



**UNIVERSIDAD
DEL AZUAY**

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA

Trabajo de titulación previo a la obtención de título de Médico

*Prevalencia de trastornos mentales y su relación con la
funcionalidad y estructura familiar en parroquias rurales del cantón
Cuenca en el año 2018*

Autores

María Alicia Balseca Andrade
Esteban Andrés Serrano Cisneros

Directora de tesis

Dra. Miriann Mora

Asesor metodológico

Dr. Fray Martínez Reyes

Cuenca - Ecuador
Octubre 2019

Directora de tesis

Miriann Mora Verdugo ^{1, 4}
+ 593 989651399
mmora@uazuay.edu.ec

Investigadores

Juan Aguilera Muñoz ^{2, 4}
+593 99774878
jaguilera@uazuay.edu.ec

Yolanda Dávila Pontón ^{3, 4}
+ 593 995888021
ydavila@uazuay.edu.ec

María Alicia Balseca Andrade ⁵
+ 593 991551007
aliciabalseca1995@gmail.com

Esteban Andrés Serrano Cisneros ⁵
+ 593 984518176
e.serrano@me.com

Asesor metodológico

Fray Martínez Reyes ^{6, 4}
+593 99886240
fraymartinezreyes@hotmail.com

¹ Médico Familiar. Maestría en Gerencia de la salud

² Médico Psiquiatra

³ PhD. en Psicoterapia

⁴ Profesor titular de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay

⁵ Estudiante de Medicina de la Universidad del Azuay

⁶ Médico General. Maestría en Investigación en salud. Maestría en gerencia

Resumen

Antecedentes: los trastornos mentales tienen un impacto negativo en la vida de las personas y su familia.

Objetivo: determinar la prevalencia de trastornos mentales y su asociación con la funcionalidad y estructura familiar en zonas rurales del cantón Cuenca.

Metodología: estudio transversal analítico. Se utilizó la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica para evaluar psicopatologías, FF-SIL para funcionalidad familiar y familiograma para estructura familiar.

Resultados: prevalencia de trastornos mentales actuales fue 20.73%. Depresión y ansiedad son las más prevalentes. No convivir con una pareja, la edad de 21 a 40 años y familias disfuncionales, presentaron más trastornos mentales. Existe asociación entre el tipo de familia no tradicional y la angustia (OR = 2.11). Depresión, ansiedad generalizada y fobias se asociaron con disfunción familiar (OR = 3.65, 3.26 y 3.57).

Conclusiones: la prevalencia de trastornos mentales fue mayor a la nacional. Se encontró asociación entre ciertos trastornos mentales, la funcionalidad y el tipo de familia.

Palabras claves: *trastornos mentales, depresión, ansiedad, funcionalidad familiar*

Abstract

Background: Mental disorders have a negative impact on the lives of people and their families.

Objective: determine the prevalence of mental disorders and their association with functionality and family structure in rural areas of Cuenca.

Methodology: cross-sectional and analytical study. MINI-Mental was used to evaluate psychopathologies, familiograms and FF-SIL family functionality.

Results: the prevalence of mental disorders was 20.73%. Depression and anxiety were the most prevalent. Not living with a partner, the age of 21 to 40 years and dysfunctional families had more mental disorders. There is an association between the non-traditional family type and anguish (OR = 2.11). Depression, generalized anxiety and phobias were associated with family dysfunction. (OR = 3.65, 3.26 and 3.57).

Conclusions: the prevalence of mental disorders was higher than the national prevalence. An association was found between certain mental disorders, functionality and type of family.

Keywords: *mental disorders, depression, anxiety, family functionality*




Translated by
Ing. Paúl Arpi

Introducción

La prevalencia de trastornos mentales continúan en aumento causando un impacto considerable en el ámbito sanitario, con graves consecuencias a nivel socioeconómico y familiar en todos los países. ¹ La OMS estima una prevalencia de depresión de 4.4% a nivel mundial, la cual contrasta con un 5.6% de desórdenes depresivos en el Ecuador. ²

La enfermedad mental es aquella que se produce a raíz de una alteración en los procedimientos afectivos como cognitivos del desarrollo, traduciéndose en dificultad para razonar, alteraciones del comportamiento, impedimento para comprender la realidad y adaptarse a diversas situaciones. La salud mental es parte integral del bienestar de cada individuo; esta puede verse afectada por factores culturales, económicos, ambientales y sociales. ³ La familia, al ser el núcleo principal de la sociedad, es de gran importancia puesto que influye en la esfera tanto física como psicológica de sus miembros, constituyendo un factor generador o protector para el desarrollo de distintas patologías. ⁴

La ONU define a la familia como: "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio." Mientras que la funcionalidad familiar, es la "interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia, y que pueda ser capaz de cambiar su estructura con el fin de superar las dificultades evolutivas familiares". ⁵ Esta funcionalidad juega un papel determinante en la preservación de la salud. ⁶

Es difícil lograr universalidad en cuanto a la clasificación familiar, pero se puede estructuralmente catalogar a las familias como: nucleares, extendidas, corporativas, ampliadas, personas sin familia, equivalentes familiares, y estas agruparlas en familia tradicional y no tradicional. ⁷ Pertenecen a las familias tradicionales la nuclear, así como la extendida; las demás a las no tradicionales. Esta clasificación se realiza debido al cambio que ha existido durante los últimos 25 años en cuanto a organización, estructura y

funcionamiento familiar por las grandes adaptaciones políticas, sociales, económicas, culturales que se han dado a nivel mundial. ⁸

Nuestro país a lo largo de la historia ha experimentado varios movimientos migratorios. En 50 años pasó de ser una sociedad netamente rural a urbana. La provincia del Azuay destaca puesto que, según el INEC en el 2010 existieron 27.503 casos de migración. La zona austral refleja un porcentaje migratorio alto en cantones como San Fernando con un 10.96%, y Gualaceo con 8.69%. Además se registran hasta el año 2010, la salida de 221.241 mujeres hacia el exterior. Todos estos flujos migratorios traen consigo cambios fundamentales principalmente en el núcleo familiar, originando desintegración familiar y aumento de familias transnacionales. ^{9, 10}

Diversos estudios han analizado la influencia negativa de una familia disfuncional como un factor de riesgo para el debut o la aparición de enfermedades mentales en sus miembros. Investigaciones en países como México, Nigeria, Chile y Ecuador, mediante cuestionarios como el APGAR familiar o el FF-SIL, concluyen la existencia de asociación entre estas dos variables. ^{6, 11, 12, 13}

El test FF-SIL es un instrumento que evalúa cuanti-cualitativamente, la funcionalidad familiar mediante las variables de cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. ^{14, 15} (*Anexo 1*) Este cuestionario ha sido sometido en múltiples ocasiones a pruebas como la de Cronbach ($\alpha=0,779$) y la prueba de mitades de Spearman Brown ($r=,825$), con lo cual se evidencia su confiabilidad y validez. ¹⁶

La MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para adultos, es una entrevista clínica breve y altamente estructurada de los principales trastornos psiquiátricos del CIE-10 y del DSM-V, modulada por categorías diagnósticas, con una duración entre 15 a 20 minutos. Tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta (coeficiente alfa de Cronbach= $,93$), con una sensibilidad y especificidad buena (Kappa= $,74$). ¹⁷

La realización de la presente investigación es de importancia, debido a que no contamos con cifras estadísticas sobre la funcionalidad familiar a nivel local, al igual que los datos sobre enfermedades mentales disponibles son desactualizados. La mayoría de los estudios realizados internacionalmente no son extrapolables a nuestra realidad. Nuestro objetivo es obtener y analizar la prevalencia de estos trastornos mediante la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica, así como evaluar la funcionalidad familiar con el test FF-SIL, y finalmente buscar su asociación.

Materiales y métodos

Tipo de estudio

Se realizó un estudio transversal analítico.

Población y muestra

El universo está conformado por 199.506 habitantes de parroquias representativas del área rural del cantón Cuenca en el año 2018. Se obtuvo una muestra polietápica aleatoria distribuida porcentualmente por conglomerados de acuerdo al número de habitantes de cada parroquia. *(Anexo 2)* Se incluyeron individuos a partir de 18 años en adelante, que manifestaron voluntad de participar en la entrevista y firmaron el consentimiento informado. *(Anexo 3)* Se excluyeron individuos que tuvieron dificultad para comprender la encuesta y que presentaron alteraciones cognitivas y/o conductuales graves.

Instrumentos

La evaluación de la psicopatología de los pacientes se realizó a través de la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para adultos. El cuestionario FF-SIL identificó la funcionalidad familiar, mientras que la estructura y tipo de familia se evaluó en base al familiograma. Se utilizó una ficha de identificación con las variables demográficas: género, edad, estado civil, instrucción, situación laboral actual, migración de un miembro de la familia y residencia. *(Anexo 4)*

Procedimientos

Los encuestadores fueron estudiantes de medicina previamente capacitados en el tema de las enfermedades mentales y en la aplicación de los instrumentos previamente mencionados. Se introdujo la encuesta electrónica en un programa Google Drive, que permitió elaborar una base de datos para posteriormente analizarlos en el programa SPSS.

Análisis de datos

Se procedió con el análisis descriptivo de las variables en estudio utilizando el paquete estadístico SPSS 15, determinando las prevalencias de trastornos mentales y de disfuncionalidad familiar. Se analizó la proporción correspondiente y sus respectivos intervalos de confianza (IC). La asociación entre variables se identificó con chi-cuadrado y el valor de p de acuerdo al tipo de muestra. Además se utilizó odds ratio (OR) para definir el riesgo de presentar el desenlace posterior a la exposición. El nivel de confianza fue del 96% con una p de 0.04.

Resultados

Se realizó el estudio en una muestra de 984 individuos residentes en las parroquias El Valle, Checa y Tarqui del Cantón Cuenca de los cuales, 47% (438) correspondieron al sexo masculino y el 53% (546) al femenino. La media de la edad en los hombres fue de 43.93 (DS 19.56) años; la mediana fue 40.5 para un valor mínimo de 18 y máximo de 90. En las mujeres la media fue de 41.72 (DS 17.30); la mediana estuvo en 39 con una edad mínima de 18 y máxima de 93.

La prevalencia de punto de los trastornos actuales fue del 20.73% (IC 18.31 – 23.38). El 13.62% (IC 11.62 – 15.90) presentó más de un trastorno (prevalencia de comorbilidades). Mientras que la prevalencia de vida de trastornos mentales fue del 13.31% (IC 11.33 – 15.58) para trastornos únicos.

Tabla 1. Prevalencia actual de trastornos mentales (únicos) en la población rural del cantón Cuenca, Ecuador. 2018

Trastorno	No.	%
EDM	95	9,65
Distimia	6	0,61
Bipolar	14	1,42
Angustia actual	11	1,12
Agorafobia	9	0,91
Fobia social	11	1,12
Obsesivo compulsivo	5	0,51
Estrés postraumático	12	1,22
Dependencia al alcohol	13	1,32
Abuso de alcohol	9	0,91
Dependencia de sustancias	0	0,00
Abuso de sustancias	0	0,00
Psicótico actual	10	1,02
Ansiedad generalizada	9	0,91
Total	204	20,73

En la tabla 1 se observa que el trastorno depresivo mayor es el más prevalente, seguido del trastorno bipolar y la dependencia de alcohol.

Tabla 2. Prevalencia actual de trastornos mentales agrupados por sexo, en la población rural del cantón Cuenca, Ecuador. 2018

Trastornos actuales	Sexo				Total	
	Mujeres		Hombres			
	No.	%	No.	%	No.	%
Trastornos depresivos	123	22,5	62	14,2	185	18,8
Trastorno bipolar	21	3,6	11	2,5	32	3,3
Trastornos de ansiedad	108	19,8	77	17,6	185	18,8
Dependencia y abuso de	3	0,5	58	13,2	61	6,2
Psicótico	13	2,4	20	4,6	33	3,4

En la tabla 2 se puede evidenciar que la mayoría de trastornos mentales estudiados como la depresión, el trastorno bipolar y el de ansiedad, son más prevalentes en el sexo femenino; mientras que la dependencia de alcohol y el trastorno psicótico se presentan con mayor prevalencia en el sexo masculino.

Tabla 3. Prevalencia de vida de trastornos mentales por convivencia de pareja, en la población rural del cantón Cuenca, Ecuador. 2018

Trastornos	Convivencia de pareja				Total		
	No convive		Convive				
	No.	%	No.	%	No.	%	
Actuales	Trastornos depresivos	73	20,9	112	17,7	185	18,8
	Trastorno bipolar	19	5,4	13	2,1	32	3,3
	Trastornos de ansiedad	87	24,9	98	15,5	185	18,8
	Dependencia y abuso de alcohol y sustancias	30	8,6	31	4,9	61	6,2
	Psicótico	20	5,7	13	2,1	33	3,4
De vida	Trastorno depresivo recidivante	41	11,7	46	7,3	87	8,8
	Trastorno bipolar	25	7,1	24	3,8	49	5,0
	Trastornos psicóticos	25	7,1	22	3,5	47	4,8

En esta tabla podemos notar qué tanto en los trastornos actuales como en los de vida, la prevalencia de trastornos mentales es mayor en los casos de personas que no conviven con una pareja.

Tabla 4. Prevalencia de trastornos mentales agrupados según variables estudiadas, en la población rural del cantón Cuenca, Ecuador. 2018

Variables		Trastornos depresivos		Trastorno bipolar		Trastornos de ansiedad		Dependencia abuso alcohol y sustancias		Trastornos psicóticos	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Género	Femenino	123	22,5	21	3,8	108	19,8	3	0,5	13	2,4
	Masculino	62	14,2	11	2,5	77	17,6	58	13,2	20	4,6
Edad en años	18 a 20	18	18,6	5	5,2	23	23,7	10	10,3	6	6,2
	21 a 40	56	13,6	13	3,2	71	17,2	38	9,2	9	2,2
	41 a 64	67	21,2	13	4,1	60	9,0	12	3,8	15	4,7
	65 y más	44	27,7	1	0,6	31	19,5	1	0,6	3	1,9
Convivencia de pareja	No convive	73	20,9	19	5,4	87	24,9	30	8,6	20	5,7
	Convive	112	17,7	13	2,1	98	15,5	31	4,9	13	2,1
Situación laboral	Con remuneración	112	24,8	19	4,0	97	21,5	15	3,3	18	4,0
	Sin remuneración	73	13,7	14	2,6	88	16,5	46	8,6	15	2,8
Migración en familia	Si	97	18,2	21	3,9	97	18,2	34	6,4	16	3,0
	No	88	19,5	11	2,4	88	19,5	27	6,0	17	3,8
Migración en el grupo primario	Si	99	19,7	19	4,2	87	19,0	28	6,1	10	2,2
	No	95	18,8	13	2,5	98	18,6	33	6,3	23	4,4
Funcionalidad familiar*	Disfuncional	20	46,5	1	2,3	12	27,9	2	4,7	3	7
	Funcional	148	17,5	26	3,1	155	18,4	56	6,6	29	3,4
Tipo de familia	No tradicional	25	19,8	6	4,8	32	25,4	10	7,9	5	4,0
	Tradicional	143	18,8	21	2,8	135	17,7	48	6,3	27	3,5
	Vive solo	17	17,5	5	5,2	18	18,6	3	3,1	1	1,0

* n = 887

En la tabla 4 se muestra que las mujeres tienen una mayor prevalencia de depresión tanto como de ansiedad; mientras que el sexo masculino se ve afectado por los mismo trastornos más la dependencia de sustancias. Los adultos jóvenes con una edad de 21 a 40 años es el grupo con mayor prevalencia de enfermedades mentales. Evaluando la variable de situación laboral, encontramos que los individuos sin remuneración presentan mayor prevalencia de dependencia de sustancias. Las familias disfuncionales y los hogares donde ha existido migración de un miembro de la familia, incluyendo del grupo primario, presentan mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión. Con respecto al tipo de familia, se observa que todos los trastornos estudiados son más prevalentes en las familias no tradicionales.

Tabla 5. Tipos de familia en la zona rural del cantón Cuenca, según parroquia estudiada. Cuenca, 2018

Tipo de familia	Sector						Total	
	El Valle		Checa		Tarqui			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Nuclear	274	47,82	59	69,41	183	56,14	516	52,44
Extendida	149	26,00	11	12,94	85	26,07	245	24,90
Monoparental	67	11,69	9	10,59	22	6,75	98	9,96
Transnacional	13	22,69	0	0,00	9	27,61	22	2,24
Reconstruida	3	0,52	1	1,18	2	0,61	6	0,61
Vive solo	67	11,69	5	5,88	25	7,67	97	9,86
Total	573	100,00	85	100,00	326	100,00	984	100,00

Para los análisis correspondientes, las familias monoparentales, transnacionales y reconstruidas se denominaron 'no tradicionales'; mientras que las nucleares y extendidas fueron agrupadas como 'tradicionales'. El porcentaje restante eran personas que vivían solas. En los tres sectores del estudio prevaleció la familia de tipo nuclear, seguida de la extendida.

Tabla 6. Tipos de familia de la zona rural del cantón Cuenca, según variables estudiadas. Cuenca, 2018

Variables		Tipo de familia					
		No Tradicional		Tradicional		Vive Solo	
		No.	%	No.	%	No.	%
Sexo	Mujeres	86	15,80	413	75,60	47	8,60
	Hombres	40	9,10	348	79,50	50	11,50
Estado civil	Soltero, viudo, divorciado, separado	100	28,60	188	53,70	62	17,70
	Casado, unión libre	26	4,10	573	90,40	35	5,50
Situación laboral	Sin remuneración	65	14,40	347	76,80	40	8,80
	Con remuneración	61	11,50	414	77,80	57	10,70
Migración familiar	Si	80	15,00	408	76,50	45	8,40
	No	46	10,20	353	78,30	52	11,50
Migración en el núcleo primario	Si	60	11,40	406	77,00	61	11,60
	No	66	14,40	355	77,70	36	7,90
Funcionalidad familiar*	Disfuncional	5	11,60	38	88,40		
	Funcional	121	14,30	723	85,70		
Edad por ciclo de vida	De 18 a 20	25	25,80	69	71,10	3	3,10
	De 21 a 40	45	10,90	341	82,80	26	6,30
	De 41 a 65	39	12,30	240	75,90	37	11,70
	De 65 y más	17	10,70	111	69,80	31	19,50

* No se incluyen personas que viven solas

En relación al sexo podemos notar, que no existe diferencia significativa puesto que ambos sexos pertenecen mayoritariamente a la familia tradicional. De las 452 familias que no reciben remuneración, el mayor porcentaje se encuentra representado por las familias tradicionales. Al evaluar la variable de migración de un familiar como del núcleo primario, existe mayor proporción en la familia tradicional. De las 887 familias analizadas el 4.8% presentan disfuncionalidad familiar, y de estas el 88.4% corresponden a familias tradicionales. En cuanto a la edad por ciclo de vida podemos evidenciar, que en todos los grupos etarios la familia tradicional es la más frecuente.

Tabla 7. Relaciones entre tipo de familia y trastornos mentales en habitantes de la zona rural del cantón Cuenca. Cuenca, 2018

Tipo de trastorno	Chi cuadrado	p	OR	IC	
Depresión	0,54	0,46	1,18	0,76	1,83
TEPT	0,74	0,39	1,39	0,66	2,93
TOC*	0,16	0,92			
Abuso y dependencia de alcohol y sustancias	0,47	0,49	1,28	0,63	2,60
Ansiedad generalizada	2,26	0,13	1,73	0,84	3,59
Angustia	6,25	0,04	2,11	1,16	3,85
Fobias	1,44	0,49	1,41	0,76	2,60
Psicosis	4,65	0,10	1,29	0,59	2,83
Bipolaridad	1,32	0,25	1,45	0,77	2,73

* No se calculó OR; una de las celdas tuvo un valor de 0

La tabla 7 evidencia que existe asociación entre presentar trastorno de angustia (OR: 2.11; IC: 1.16 - 3.85) y la familia no tradicional, lo que significa que las familias no tradicionales tienen 2 veces más riesgo de que uno de sus miembros desarrolle este trastorno versus las familias tradicionales.

Tabla 8. Relaciones entre funcionalidad familiar y trastornos mentales en habitantes de la zona rural del cantón Cuenca. Cuenca, 2018

Tipo de trastorno	Chi cuadrado	p	OR	IC	
Depresión	18,77	0,00	3,65	1,96	6,79
TEPT	0,18	0,69	1,30	0,39	4,37
TOC	1,79	0,18	2,27	0,66	7,80
Abuso y dependencia de alcohol y sustancias	0,26	0,61	0,69	0,16	2,91
Ansiedad generalizada	7,07	0,01	3,26	1,30	8,17
Angustia*		0,06	1,32	0,46	3,81
Fobias	12,44	0,00	3,57	1,69	7,57
Psicosis	1,56	0,21	1,96	0,67	5,74
Bipolaridad	0,15	0,70	1,23	0,43	3,55

* Se utilizó Fisher; una de las pruebas tuvo un valor inferior a 5.

La tabla 8 nos enseña que la depresión (OR: 3.65; IC: 1.96-6.79), las fobias (OR: 3.57; IC: 1.69-7.57) y la ansiedad generalizada (OR: 3.26; IC: 1.30-8.17), presentan relación con la disfunción familiar, teniendo estas familias tres veces más riesgo de padecer estos trastornos versus las familias funcionales.

Discusión

El objetivo de la presente investigación fue determinar la prevalencia de trastornos mentales y su asociación con la funcionalidad familiar. A continuación se comparan los resultados obtenidos con estudios realizados a nivel local e internacional.

En países latinoamericanos de similar realidad como Perú y Colombia, la prevalencia de trastornos mentales es del 13% y del 16% respectivamente, siendo el trastorno más frecuente el de ansiedad, seguido por los trastornos de ánimo en ambos países.^{18, 19} Nuestros resultados muestran una prevalencia mayor de trastornos mentales al compararlo con países vecinos (20.73%), encontrándose la depresión mayor en primer lugar. Estas diferencias se pueden deber a que este estudio se realizó en un área rural con alto nivel de migración. Gómez estudió la prevalencia del tipo de enfermedades mentales atendidas en el primer nivel de atención en la ciudad de Quito, encontrándose valores similares a los de esta investigación, donde el sexo femenino presentó un 18.8% de trastornos ansioso-depresivos.²⁰

Múltiples investigaciones sugieren que los trastornos mentales están relacionados con ciertos factores sociodemográficos como el género. Freeman en su investigación sobre enfermedades mentales realizada en Chile, Estados Unidos, Alemania, Australia, Gran Bretaña y Sudáfrica, concluye que las mujeres presentan mayor prevalencia y riesgo de padecer trastornos del estado del ánimo y ansiedad; mientras que los varones tienen mayor abuso de sustancias.²¹ Nuestros datos fueron similares, donde el sexo femenino tenía entre un 2% a un 8% más trastornos depresivos y de ansiedad, mientras que los varones a pesar de tener porcentajes altos en estos trastornos, presentaban un 12% más de abuso de sustancias. Las similitudes encontradas coinciden con varios investigadores en que la depresión afecta al sexo femenino en una proporción de 2:1 a 1.5:1, lo cual se puede deber a múltiples factores genéticos, biológicos y hormonales.²²

Salazar y colaboradores en un estudio observacional transversal realizado en Bogotá en adultos mayores, encontraron que existe relación entre la depresión y ciertos factores psicosociales como el insomnio, vivir solo, sufrir crisis económicas, padecer enfermedades crónicas y muerte de un familiar o amigo cercano en el último año. ²³ Nuestra investigación concuerda que las personas que no conviven con una pareja presentan una mayor tasa de trastornos mentales, específicamente ansiedad y abuso de sustancias. Estos datos pueden resultar por la falta de apoyo o soporte emocional continuo que necesitan los individuos. Torres en su estudio con estudiantes universitarios, indica que las buenas relaciones con los padres y la convivencia con la familia nuclear son factores protectores. ²⁴

Redrován en un estudio transversal realizado en adolescentes de Santa Isabel, determinó una alta prevalencia de trastornos mentales en pacientes en cuyas familias existió migración, lo cual representó un riesgo 2.3 veces mayor. ²⁵ En contraste, nuestros resultados fueron comparables presentando mayor prevalencia de depresión y ansiedad en familias con migración. Estas diferencias se pueden deber a que nuestro estudio no incluye adolescentes, que por su edad, pueden verse más afectados por la ausencia de un familiar en comparación a adultos, como indica Bonilla en su investigación en la ciudad de Cuenca en estudiantes de secundaria, donde los adolescentes se veían más afectados cuando ambos progenitores se encontraban fuera del hogar. ²⁶

Ghamari en su investigación en estudiantes universitarios en Iran, encontró significancia estadística entre una familia disfuncional y depresión; mientras que la ansiedad no fue significativa. Los investigadores concluyeron que una familia funcional puede ayudar a sus miembros a enfrentar situaciones de estrés, resolver problemas, crear esperanza y aumentar la satisfacción de vida. ²⁷ Otros estudios como el de Vázquez y de Arco, realizados en una población parecida en España, refirió altos índices de depresión mayor en personas en familias disfuncionales. ^{28, 29} Abambari, en su estudio en la población adolescente de Santa Isabel, encontró que la disfuncionalidad familiar aumenta

el riesgo de depresión 1.68 veces y el de ansiedad 3.25 veces.³⁰ En esta investigación tuvimos asociación estadísticamente significativa semejante a los estudios presentados, principalmente en el riesgo de presentar depresión, fobias y ansiedad generalizada. Por el contrario, Cogollo realizó un estudio en estudiantes colombianos con disfuncionalidad familiar y presencia de síntomas depresivos de importancia clínica, concluyendo que estos no guardan asociación significativa;³¹ estas diferencias con nuestros resultados se podría deber al hecho de que el autor buscaba relación solo con síntomas de importancia clínica.

Podemos finalizar indicando que las fortalezas de la investigación se centraron en la cantidad de personas que participaron en el estudio. Se obtuvo datos de prevalencias de la población rural que no se tenía previamente, al igual que información acerca de la funcionalidad familiar. El limitante encontrado fue que un gran número de individuos rechazaron su participación. A partir de estos datos sería interesante realizar futuras investigaciones en la población urbana y evaluar si esta se encuentra igualmente afectada por la disfuncionalidad familiar.

Conclusiones

1. La prevalencia de trastornos mentales en la población de las parroquias rurales del cantón Cuenca fue del 20.73%, valores más elevados que las estadísticas nacionales y de países vecinos.
2. Los trastornos depresivos y de ansiedad son las enfermedades mentales más representativas es este estudio.
3. El sexo femenino, las familias monoparentales, los individuos que no convivían con una pareja y las familias disfuncionales, presentaron mayor prevalencia de trastornos mentales.
4. La familia tradicional (familia nuclear y extendida) predominó en la población estudiada, siendo estas mayoritariamente funcionales.
5. Las familias no tradicionales tienen 2.11 veces más riesgo de presentar trastorno de ansiedad que las tradicionales.
6. Las familias disfuncionales tienen 3 veces más riesgo de presentar depresión, fobias y ansiedad generalizada.

Recomendaciones

1. Fomentar que los profesionales de la salud tengan una a participación activa la prevención de trastornos mentales y disfuncionalidad familiar.
2. Servir de punto de partida para futuras investigaciones que complementen y aporten más información sobre este tema.
3. Crear conciencia pública sobre el impacto que genera este tipo de trastornos en el núcleo familiar y sobre todo en la sociedad.
4. Derivar casos de enfermedades mentales diagnosticados en la población a médicos especialistas de manera temprana.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> [Accedido el 1 de Septiembre de 2019].
2. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates [Internet]. Geneva; 2017. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf> [Accedido el 30 de Agosto de 2019].
3. World Health Organization. Plan de acción sobre salud mental: 2013 - 2020 [Internet]. Geneva; 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1 [Accedido el 1 de Septiembre de 2019].
4. Acosta Vinuesa Y, Alvear Reascos R, González Pardo S, Reascos Paredes Y, Monroy G. Prevalencia de trastornos mentales y disfunción familiar en la parroquia urbana de Urcuquí-Imbabura. *Bionatura*. 2017;2(3):369-375.
5. Ferrer-Honores P, Miscán-Reyes A, Pino-Jesús M, Pérez-Saavedra V. Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson en familias con un niño que presenta retardo mental. *Revista Enfermería Herediana* [Internet]. 2014;6(2):51. Disponible en: <http://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2013/febrero/funcionamientofamiliarsegunelmodelocircumplejodeolson.pdf>
6. Casanova-Rodas L, Rascón-Gasca M, Alcántara-Chabelas H, Soriano-Rodríguez A. Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. *Salud Mental* [Internet]. 2014;37(5):443. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500011&lang=pt
7. Armas N, Díaz L. Entre voces y silencios, las familias por dentro [Internet]. Quito;. Disponible en: <http://www.semefec/joomlasemefec/images/PROTOCOLOS/Familias%20por%20Dentro.pdf>
8. Gallego M. La familia: algunos cambios sociales significativos. Vol. 65 (2007), núm. 127 *Miscelanea comillas*. 2007;65(127):815-826. Disponible en: <https://revistas.comillas.edu/index.php/miscelaneacomillas/article/viewFile/7354/7200>
9. UNICEF. Programa conjunto “Juventud, empleo y migración para reducir la inequidad en el Ecuador”. Disponible en: https://www.unicef.org/ecuador/LIBRO_DEL_AZUAY_Parte1.pdf
10. Alvarez E, Quizhpe P. Efectos de la migración en el estado de ánimo de los estudiantes del Colegio Técnico Agropecuario Carlos Aguilar Vázquez de la parroquia Jima, 2012-2013. [Pregrado]. Universidad del Azuay; 2014. <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/3949/1/10553.pdf>
11. Morales S, Echávarri O, Barros J, Maino M, Armijo I, Fischman R et al. Intento e Ideación Suicida en Consultantes a Salud Mental: Estilos Depresivos, Malestar Interpersonal y Satisfacción Familiar. *Psykhé* [Internet]. 2017;26(1):1-15. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282017000100006&lang=pt

12. Okeafor CU, Chukwujekwu DC. Assessment of family functionality status among patients with mental illness at a tertiary health facility in rivers state, Nigeria. *N Niger J Clin Res* 2017;6:1-5
13. Abambari C, Zhunio D, Romero A, Redrován J, Atiencia R. La disfuncionalidad familiar como factor asociado a depresión y ansiedad en la población de adolescente de Santa Isabel. *Rev Med HJCA* [Internet]. 2013;5(1):69-73. Disponible en: <http://revistamedicahjca.med.ec/ojs/index.php/RevHJCA/article/view/161/152>
14. Ortega T, de la Cuesta D, Días C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. 1999;15(3):164-8. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol15_3_99/enf05399.pdf
15. Fuentes A, Merino J. Validación de un instrumento de funcionalidad familiar [Doctorado]. Universidad de Concepción; 2016.
16. Cadena J. Influencia de los factores de riesgo familiares en la gravedad del consumo de drogas en los adolescentes de la Comunidad Terapéutica "Luis Amigó". [Pregrado]. Universidad Central del Ecuador; 2015. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/7040/1/T-UCE-0007-205c.pdf>
17. Galli Silva E, Feijóo Llontop L, Roig Rojas I, Romero Elmore S. Aplicación del "MINI" como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Informe preliminar epidemiológico. *Revista Medica Herediana*. 2013;13(1):20.
18. Piazza Marina, Fiestas Fabián. Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: Resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Rev. perú. med. exp. salud publica* [Internet]. 2014 Ene [citado 2019 Ago 25]; 31(1): 30-38. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000100005&lng=es.
19. Posada José A. La salud mental en Colombia. *Biomédica* [Internet]. 2013 Dec [cited 2019 Aug 25]; 33(4): 497-498. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572013000400001&lng=en.
20. Gómez C. Prevalencia de Trastornos Mentales y del Comportamiento en el Primer Nivel de Atención de la Coordinación Zonal 9-Salud [Pregrado]. Universidad Central del Ecuador; 2018.
21. Freeman D, Freeman J. *The stressed sex: Uncovering the truth about men, women, and mental health*. Oxford: Oxford University Press; 2013.
22. Vázquez A. Depresión. Diferencias de género. *Multimed* 2013; 17(3)
23. Salazar A, Plata S, Reyes M, Gómez P, Pardo D, Rios J et al. Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. *Acta Neurológica Colombiana*. 2015;31(2):176-183.
24. Torres Y, Osorio J, López P, Mejía R. *Salud mental del adolescente*. Medellín, Colombia: Artes y Letras. 2006.
25. Redrován J. Determinación de la migración, salud mental y funcionalidad familiar en niños y adolescentes. [Postgrado]. Universidad de Azuay; 2011.
26. Bonilla G. La depresión asociada a la migración en estudiantes del colegio Miguel Moreno de la ciudad de Cuenca en el año lectivo 2008-2009. [Pregrado]. Universidad de Cuenca; 2008.

27. Ghamari M. Family Function and Depression, Anxiety, and Somatization among College Students. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences* [Internet]. 2012;2(5). Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/25775965.pdf>
28. Vázquez F, Blanco V. Prevalence of DSM-IV Major Depression Among Spanish University Students. *Journal of American College Health*. 2008;57(2):165-172.
29. Arco J, López S, Heilborn V, Fernández, F. Terapia breve en estudiantes universitarios con problemas de rendimiento académico y ansiedad: eficacia del modelo "la Cartuja". *International Journal of Clinical Health Psychology*. 2005;5(3), 589-608.
30. Abambari C, Zhunio D, Romero A, Redrován J, Atiencia R. La disfuncionalidad familiar como factor asociado a depresión y ansiedad en la población de adolescente de Santa Isabel. *Rev Med HJCA* [Internet]. 2013;5(1):69-73. Disponible en: <https://revistamedicahjca.iesgob.ec/index.php/RevHJCA/article/view/161>
31. Cogollo Milanés Z, Romero Brieva Y, Morales García M, Vanegas Nuñez J, López Escobar V, Guazo Meza D. Associated factors with clinically significant depressive symptoms in postpartum adolescents in Cartagena (Colombia). *salud uninorte*. 2015;31(2):234-244.

Anexo 2. Distribución de la muestra según los sectores del área rural del cantón Cuenca.

EDAD GRUPOS	CHECA		TARQUI		VALLE		TOTAL PARCIAL		TOTAL
	H	M	H	M	H	M	H	M	
20 - 29	9	11	38	40	91	90	138	141	279
30 - 39	6	8	26	30	61	68	92	106	198
40 - 49	5	7	19	24	44	53	68	84	151
50 - 59	3	5	14	17	33	39	50	60	110
60 - 69	2	3	9	12	22	26	34	41	74
70 - 79	1	2	5	7	12	16	19	24	43
80 y mas	1	1	3	4	7	10	11	15	26
TOTAL	28	37	114	133	270	301	411	471	882

Anexo 3. Consentimiento informado para participantes de la investigación.

Consentimiento Informado para participantes de investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como colaboradores.

La presente investigación es conducida por el Dr. Juan Aguilera profesor de la facultad de Medicina de la Universidad del Azuay. La meta de este estudio es conocer .

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá contestar una entrevista que le tomara aproximadamente 25 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el Dr. Juan Aguilera. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer.

Me han indicado también que tendré que responderá a una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 25 minutos.

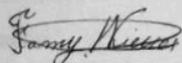
Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Juan Aguilera director de la investigación a al teléfono 0999774878.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Fanny Nieves



13 Enero 2018

Anexo 4. Operalización de variables

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala
Edad de los entrevistados	Tiempo transcurrido en años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta	Temporal (tiempo)	Años cumplidos informados por el entrevistado	Escala de razón o proporción: Ejemplo: 24 años cumplidos
Género del entrevistado	Rasgos fenotípicos que diferencian un macho de una hembra	Física (fenotipo)	Respuesta del entrevistado	Hombre Mujer
Nivel de estudio	Grados de estudio aprobados en el sistema de educación formal	Académica	Respuesta del entrevistado	Educación básica incompleta Educación básica completa Bachillerato incompleto Bachillerato completo Nivel tecnológico Nivel superior Nivel postgrado

Actividad laboral	Acción manual, intelectual, física que una persona realiza con un beneficio económico o no, de manera regular	Acción que realiza	Respuesta del entrevistado	Laboralmente activo (jornada completa) Laboralmente activo (media jornada) Laboralmente activo (ocasionalmente) Dueña de casa (sin actividad laboral) estudiante en formación/ cambio de actividad Servicio militar Cesante Jubilado/a otro: _____ _____
Cohabitación del entrevistado	Personas consanguíneas o no con quienes vive el entrevistado bajo el mismo techo	Convivencia	Referencia del entrevistado	Vive sólo/a Vive con amigos (as) Esposo/pareja Hijos Padres Suegra/suegro Abuelos Primos Nietos hermanos Otros indicar quienes _____

Estructura familiar	Estructuración familiar establecida en base a la cohabitación del entrevistado en el mismo domicilio, consanguíneos o no.	Estructural	Respuesta del entrevistado ¿Quiénes viven con usted? pueden señalar todos los que están en la lista y poner en otros si falta alguien	Mononuclear Reconstituida Nuclear Extendida Ampliada Transnacional Pareja sola
Estado civil actual	Situación de una persona natural con otra que se refiere a relación de convivencia con pareja	Perceptiva	Respuesta del entrevistado si ponemos registro civil la fuente es la cedula	soltero/a unión de hecho casado/a separado/a divorciado/a viudo/a
Migración de un integrante de la familia	Desplazamiento geográfico de un integrante de la familia, fuera o dentro del país de origen.	Desplazamiento	Respuesta del entrevistado	Si NO
Tipo de migración	Sitio al que migró dentro o fuera del país	Geográfica	Referencia del entrevistado	Dentro del país fuera del país
Tiempo de migración	Tiempo que el familiar migró dentro o fuera del país.	Temporalidad	Referencia del entrevistado	< de un año 1 a 5 años 6 a 10 años > de 10 años
Relación con la persona que migró	Relación de la persona entrevistada con la persona que migró	Familiar	Referencia del entrevistado	Padre Madre Ambos padres Esposo (a) pareja hermanos y otros familiares (abuelos o tíos, etc.) Otros.....

Funcionamiento familiar	Conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia en base a la cohesión, armonía, afectividad, adaptabilidad, permeabilidad, comunicación y roles.	Relaciones interpersonales	FFSIL (Prueba de Evaluación de las relaciones intrafamiliares)	70 – 57 Funcional 56-43 Moderadamente funcional 42-28 Disfuncional 27-14 Severamente disfuncional.
-------------------------	---	----------------------------	--	---