



Universidad del Azuay

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

**Prevalencia de trastornos mentales y su  
relación con la funcionalidad familiar en los  
adolescentes en el cantón Nabón.**

Autor:

**Janeth Alejandra Ávila Rivera  
Diana Priscila Matovelle Correa.**

Director:

**Mgs. Sebastián Herrera Puente**

**Cuenca – Ecuador**

**2022**

## I. DEDICATORIA

Este trabajo fruto de mi esfuerzo y constancia va dedicado con mucho amor a mis padres: Pancho y Janeth porque ellos sembraron en mí la semilla del amor y responsabilidad, el deseo de triunfar y superarme; los valores morales y espirituales para con ellos servir a Dios y a los más necesitados.

A mi amado esposo Esteban y adorados hijos que han sido mi fuente de motivación y siempre han estado conmigo y jamás me han dejado desvanecer.

Agradecer a mis hermanos Francisco, Pedro y Carlos y a mis abuelos maternos Franco y Loli que siempre me han dado su aliento en toda mi vida Universitaria y siempre estuvieron para mí cuando más los he necesitado.

Janeth Alejandra Ávila Rivera

## **II. AGRADECIMIENTOS**

Agradezco primeramente a Dios por permitirme cumplir un sueño en mi vida, a todos mis profesores que me han acompañado en toda mi vida académica ya sea de manera directa o indirecta que siempre me han estrechado su mano sincera. Un agradecimiento especial a mi tutor de Tesis Sebastián Herrera, por siempre brindarme su apoyo y conocimientos.

Gracias a mis padres que fueron mis mayores promotores durante este proceso, y gracias a mis hijos Esteban José y Raphaela por ser mi motivación e impulso de cada mañana.

Janeth Alejandra Ávila Rivera.

## **I. DEDICATORIA**

Como no empezar agradeciendo a Dios, ya que gracias a su bondad y misericordia obtenemos sus infinitas bendiciones, luego agradecer a mis padres Gladys y Juan Ariolfo por darme la vida, regalarme sus enseñanzas y sobre todo por sus buenos deseos.

También agradecer a mis hermanos: Jenny por su bondad y cariño; Johana que, a pesar de estar ausente, su apoyo siempre estuvo ahí para mí; Junior quien me enseñó y preparó para la escuela de la vida; Silvia por ser mi alma gemela; Juan Pablo con su carisma y buen humor me mostró otro sentido de la vida; Jonny quien su nobleza y su buen corazón inspiraron mucho en mí, e Italo, mi mellizo, que siempre de una u otra manera estaremos unidos.

A mis profesores, parte de mi formación académica que supieron guiar y enseñar con paciencia y vocación; a mi tutor Sebastián Herrera; por su liderazgo y buena voluntad para con nosotros.

Diana Priscila Matovelle Correa

## **I. AGRADECIMIENTOS**

Mi esfuerzo, perseverancia y sobre todo el deseo de salir adelante, que estuvieron y siguen presentes en mí; hoy se ven plasmados en este humilde pero laborioso trabajo, que sin duda alguna con mucho orgullo y amor los dedico a dos personas que fueron sostén vital a lo largo de este tiempo.

La primera, mi madre Gladys Correa; ya que, sin ella, sin su infinito amor, cuidados y en especial su paciencia e impulso, nada de esto sería posible y a mi hermano Washington Uzhca (Junior) que su ejemplo, amor, lealtad y apoyo incondicional; hoy están dando sus primeros frutos. A sabiendas que esto solo es el final de mis primeros estudios, pero también es el inicio de una gran trayectoria que siempre estará dedicada a ellos.

Diana Priscila Matovelle Correa

## II. RESUMEN

Los trastornos mentales y la disfuncionalidad familiar son problemáticas que pueden repercutir de manera negativa en el adolescente afectando su adecuado desarrollo. La presente investigación tiene como objetivo determinar la prevalencia de los trastornos mentales y su relación con la funcionalidad familiar en los adolescentes; en la provincia del Azuay, cantón Nabón. Este estudio abarcó a 214 participantes entre edades de 10 a 19 años, los instrumentos de evaluación empleados fueron el Mini-kid, FFSIL y una encuesta sociodemográfica. Dentro de los resultados más significativos se observó que la disfuncionalidad familiar se relacionaba de forma significativa con el Riesgo Suicida con un valor P de (0,021), Agorafobia con un valor P de (0.003) y el Abuso de Alcohol con un valor P de (0,048).

**Palabras clave.** – Adolescentes, Trastornos mentales, Funcionalidad Familiar



### III. ABSTRACT

Mental disorders and family dysfunction are problems that can hurt adolescents, affecting their proper development. This research seeks to determine the prevalence of mental disorders and their relationship with family functionality in adolescents in the province of Azuay, in Nabón. This study included 214 participants between the ages of 10 and 19. The evaluation instruments used were the Mini-kid, FFSIL, and a sociodemographic survey. Among the most significant results, it was found that family dysfunctionality was significantly related to Suicidal Risk with a P-value of (0.021), Agoraphobia with a P-value of (0.003), and Alcohol Abuse with a P-value of (0.048).

**Keywords. - Adolescents, Mental disorders, Family Functionality.**

Translated by



Diana Matovelle and Alejandra Ávila



## IV. CONTENIDO

<b>I.</b>	<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>I</b>
<b>II.</b>	<b>AGRADECIMIENTOS.....</b>	<b>II</b>
<b>I.</b>	<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>III</b>
<b>I.</b>	<b>AGRADECIMIENTOS.....</b>	<b>IV</b>
<b>II.</b>	<b>RESUMEN .....</b>	<b>V</b>
<b>III.</b>	<b>ABSTRACT.....</b>	<b>VI</b>
<b>1</b>	<b>CAPÍTULO 1 MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>1</b>
1.1	Adolescencia .....	1
1.1.1	Etapas de la adolescencia .....	3
1.2	La familia .....	4
1.2.1	Tipos de familia.....	5
1.2.2	Funcionalidad y disfuncionalidad familiar.....	8
1.2.3	Etapas del ciclo de vida familiar y crisis.....	8
1.2.4	Familia disfuncional.....	9
1.3	Trastornos mentales.....	10
1.3.1	La depresión .....	11
1.3.2	La esquizofrenia .....	11
1.3.3	La demencia .....	11
1.3.4	Los trastornos del desarrollo .....	12
1.3.5	Agorafobia.....	13
1.3.6	Trastorno suicida .....	13
1.3.7	Abuso de alcohol.....	14
1.3.8	Trastorno de ansiedad por separación .....	14
<b>2</b>	<b>Metodología.....</b>	<b>15</b>
2.1	Tipo de investigación .....	15
2.2	Población.....	15
2.3	La muestra .....	15
2.4	Criterios de inclusión y de exclusión .....	15
2.5	Procedimiento para la recolección de datos .....	16
2.6	Instrumentos:.....	16
2.7	Procesamiento de datos: .....	18



<b>3</b>	<b>Resultados .....</b>	<b>18</b>
3.1	Datos sociodemográficos .....	19
3.2	Resultados de las encuestas .....	23
3.3	Tablas cruzadas .....	26
<b>4</b>	<b>Discusión .....</b>	<b>30</b>
<b>5</b>	<b>Conclusiones .....</b>	<b>31</b>
<b>6</b>	<b>Recomendaciones .....</b>	<b>32</b>
<b>7</b>	<b>Bibliografía .....</b>	<b>33</b>

## INDICE DE TABLAS.

Tabla 1 Etapas de la adolescencia.....	4
Tabla 2 Criterio sociológico de familia.....	5
Tabla 3 Tipos de familia según la situación.....	7
Tabla 4 Puntuación FF-SIL.....	18
Tabla 5 Tabla cruzada Agorafobia*FFSIL_0_42_Disfuncional.....	26
Tabla 6 Tabla cruzada Trastorno de ansiedad por separación*FFSIL_0_42_Disfuncional.....	26
Tabla 7 Tabla cruzada Trastorno hipomaniaco*FFSIL_0_42_Disfuncional.....	27
Tabla 8 Tabla cruzada Trastorno de angustia*FFSIL_0_42_Disfuncional.....	27
Tabla 9 Tabla cruzada Fobia específica*FFSIL_0_42_Disfuncional.....	27
Tabla 10 Tabla cruzada Fobia social*FFSIL_0_42_Disfuncional.....	28
Tabla 11 Tabla cruzada Trastorno por déficit de atención / hiperactividad*FFSIL_0_42_Disfuncional.....	28
Tabla 12 Funcionalidad familiar/trastornos.....	28

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Conflictos en los adolescentes .....	1
Figura 2 Cambios en el adolescente .....	3
Figura 3 Familia según el número.....	6
Figura 4 Según el tipo de organización.....	6
Figura 5 Etapas del ciclo de vida y crisis .....	9
Figura 6 Características de la familia disfuncional .....	10
Figura 7 Grupo etario de 10/19 años del cantón Nabón.....	15
Figura 8 Parroqui20a.....	19
Figura 9 Etnia /Género .....	20
Figura 10 Edad .....	20
Figura 11 Instrucción .....	21
Figura 12 Vive con.....	21
Figura 13 Estado civil y migración familiar .....	22
Figura 14 Situación laboral .....	22
Figura 15 Causa de discriminación .....	23
Figura 16 Resultados totales, Mini Kid. ....	24
Figura 17 Resultado Total FF SIL .....	25
Figura 18 Resultado total .....	25

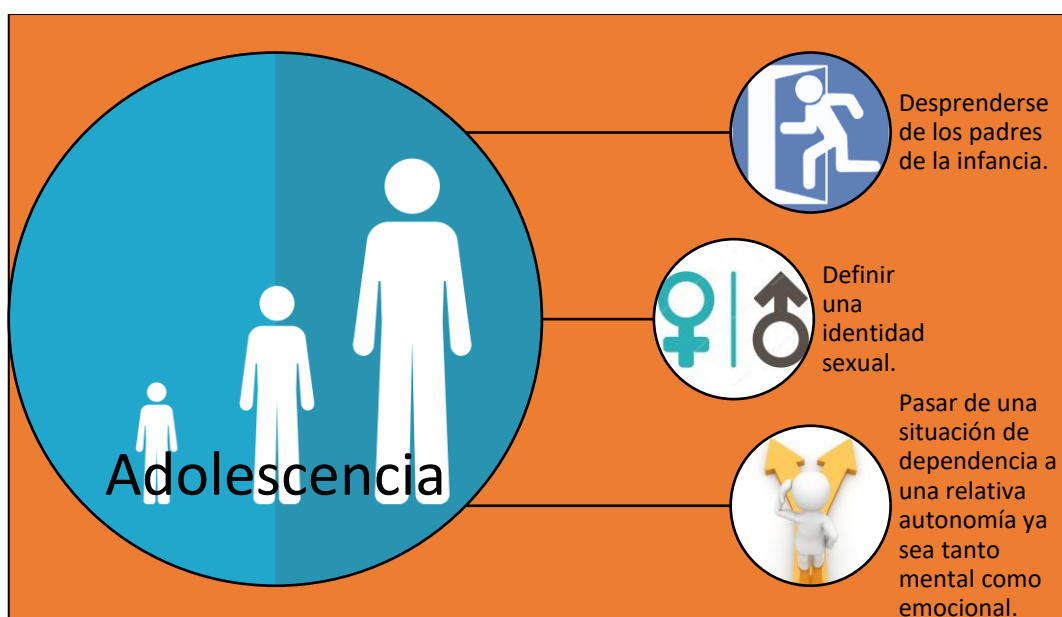
# 1 CAPÍTULO 1 MARCO TEÓRICO

La adolescencia es una etapa que está acompañada con una serie de cambios importantes, tanto en el aspecto físico como en el contexto psicosocial en donde el individuo se ve constantemente en confrontación, esto se debe principalmente a los diversos cambios a los cuales tiene que afrontar, en donde se descubre y explora nuevas dinámicas relacionadas a su edad. En este aspecto la familia juega un rol fundamental como sistema de apoyo de la persona durante este periodo de transición, la cual tiene como objetivo brindar una red socio-afectiva a todos sus integrantes, esta condición es todavía más crítica al existir presencia de trastornos mentales en el individuo (Bazán, 2018).

## 1.1 Adolescencia.

La adolescencia es un proceso activo que se presenta desde la niñez hasta la edad adulta, la cual se diferencia de otras etapas debido a la presencia de cambios en el estado comportamental, físico y social. La palabra "adolescencia" proviene de "adolescere" la cual hace referencia al proceso que tiene un individuo en su desarrollo. Hay que recalcar, que la etapa de la adolescencia se presenta con la llegada de la pubertad en donde el sujeto se enfrenta a distintos cambios que surgen desde la parte corporal y afecta a su estado emocional y su entorno social (Blanco & Díaz, 2019).

*Figura 1 Conflictos en los adolescentes.*



*Fuente: Elaboración propia.*

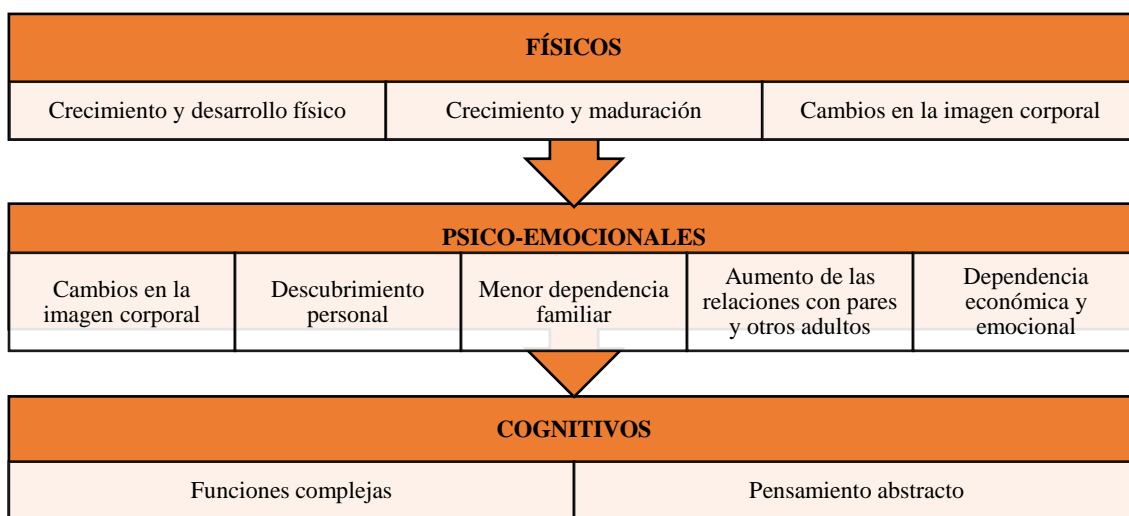
De esta forma, la adolescencia es un periodo de transición entre la niñez y la edad adulta donde ocurren diversos cambios físicos, sexuales, cognitivos, sociales y emocionales lo que puede causar expectativa y ansiedad tanto en el adolescente como en los familiares. El tiempo que dura la adolescencia varía en cada persona y contexto en el que viva, debido a que en ocasiones los llevan a asumir responsabilidades de manera más rápida y su adolescencia se ve coartada entrando de manera precipitada a la adultez. Pero en general la adolescencia puede comenzar a los 10 o a los 12 años y puede terminar después de los 20 (Kneer & Guzmán, 2019).

Los cambios físicos que se viven en esta etapa son principalmente causados por las cuales circulan en la sangre llevando ciertas sustancias que influyen en el crecimiento, del desarrollo y el estado de ánimo. Los niños y las niñas en la adolescencia tendrán mayor estatura, mayor fuerza, les aparecerá vello púbico y axilar van a producir mayor grasa en la piel lo que también puede llevar la presencia de acné, además el olor de su sudor será más fuerte debido al aumento en la transpiración y su voz cambiará (De-la-Villa et al., 2010).

Las mujeres tendrán cambios propios de su sexo como por ejemplo se desarrollarán sus senos, sus caderas se ensancharán y llegará a su primera menstruación llamada menarquía. Por su parte los hombres sufrirán algunos cambios como la aparición de la barba y bigote tendrán vello en el pecho sus hombros se ensancharán y sus testículos producirán semen apareciendo las primeras eyaculaciones. Los adolescentes también tendrán cambios emocionales que los llevará a pasar de la alegría a la tristeza en cuestión de minutos lo que provocará pasar más tiempo con sus amigos (Pertuz et al., 2020).

Además, tendrán nuevos gustos e intereses y poco a poco dejarán los juegos y juguetes llamando la atención otras prácticas y sus conversaciones serán de temas que necesitan descubrir. En esta etapa se desarrollan otro tipo de sentimientos como es la atracción al género opuesto (Miranda & Oriol, 2019).

**Figura 2 Cambios en el adolescente.**



*Fuente: (Bazán, 2018) Nota: Estos cambios se puede presentar con mayor o menor intensidad.*

Hay que recalcar que, en la adolescencia se debe de pasar por cambios físicos como es el aumento de masa corporal, la maduración de los órganos sexuales y cambios de la imagen corporal. Mientras que, en el contexto emocional, la persona al presentar un cambio de su imagen tiende a generar una reestructuración de su personalidad, esto se debe a que el sujeto deja de verse como un infante y empieza a verse como un adulto. En este punto experimenta una distorsión de las formas del cuerpo, cambio de voz y aparición de vello púbico, pero también existe una independencia hacía la familia, lo que provoca un acercamiento hacia amistades de la misma edad o apego hacía adultos que vienen a asumir el rol de padres como es el caso de profesores (Observatorio Social del Ecuador, 2018).

Hay que recalcar que en esta etapa se desarrolla el pensamiento cognitivo, es decir la persona tienen una interpretación propia y generar una reflexión del porque pasa las cosas. Teniendo interpretación propia de su entorno lo que genera el desarrollo de habilidades lingüísticas, numéricas o filosóficas para abordar e interpretar diversos contextos y tener una perspectiva propia de su situación y de su entorno (Águila et al., 2017).

### **1.1.1 Etapas de la adolescencia.**

La adolescencia es una etapa que puede variar, en función de una persona a otra y a estas se le puede dividir en tres etapas. Vale la pena destacar, que las etapas en la adolescencia no se presentan de igual manera de una persona a otra y está puede variar en función del medio ambiente en el cual se desarrolla la persona. Es decir, una persona que tiene una

mejor alimentación y tiene que cumplir con mayores responsabilidades puede desarrollarse más pronto que otro (Diaz et al., 2018).

**Tabla 1 Etapas de la adolescencia.**

ADOLESCENCIA	FÍSICO	EMOCIONAL	INTELECTUAL	SOCIAL
TEMPRANA DE MÁS DE 10 A 14 AÑOS	Preocupación por el cuerpo y cambios puberales Comparación con sus pares Imagen Normalidad Despertar de la sexualidad.	Cambios de humor Hipersensibilidad Reacciones infantiles y adultas Autonomía y separación de los padres Desafío de autoridad parental emociones nuevas Inseguridad Melancolía	Pensamiento concreto a abstracto Capacidad de reflexión.	De lo intrafamiliar al apego de amistades infantiles Vínculos de identificación con pares Sumisión Idealización.
MEDIA DE 14 A 18 AÑOS	Consolidación de los cambios Desarrollo completo en niñas/varones ganan peso y fuerza Madurez reproductiva Actividad física intensa	Reafirmación de la identidad sexual Búsqueda del placer Rebeldía Contradicciones sucesivas en las manifestaciones conductuales inseguridad Ambivalencia Desconfianza Separación de los padres	Pensamiento abstracto Altruismo Mayor responsabilidad Desarrollo vocacional Pensamiento del futuro	Identificación con pares Confrontación con adultos Roles de género Ideales políticos, sociales y religiosos
TARDIA DE 18 A 21 AÑOS	Tiene el cuerpo desarrollado	Autonomía y afirmación de la identidad con autoimagen estable Capacidad para intimar y mayor compromiso con la pareja	Pensamiento formal (introspección) Planear futuro Valores personales	

Fuente: Elaboración propia. Nota: Los cambios físicos muchas veces inciden en el factor emocional.

## 1.2 La familia.

La familia es la célula fundamental de la sociedad ya que es el primer grupo humano y marca una pauta importante en el desarrollo personal y social de cada persona. Por lo que de su adecuado funcionamiento dependerá en gran medida el bienestar de cada uno

de sus miembros. En la actualidad se puede encontrar un gran número de constituciones familiares. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la familia es comprendida como “El grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado, por lo general a la cabeza de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos” de esta definición se desprenden dos elementos que caracterizan el vínculo familiar (Anaya & Fajardo, 2018).

Por un lado, el vínculo estrictamente biológico, que hace referencia a la relación que se tiene con un individuo mediante el aspecto genético y por otro lado el vínculo jurídico, que legaliza esta vinculación en relación a la adopción y al matrimonio. Sin embargo, en la actualidad el concepto de familia se ha ampliado con respecto al concepto tradicional, esto se debe principalmente a diversos cambios sociales han producido estar en evolución. Entre los principales cambios sociales se destaca la disminución de la familia extensa y el predominio de la nuclear (Villarreal, 2017).

### 1.2.1 Tipos de familia.

En la actualidad se puede clasificar a la familia de diversas formas, entre las principales se tiene la siguiente. Según el criterio sociológico se pueden encontrar a la familia tradicional, moderna y semi tradicional (Choez et al., 2022).

**Tabla 2 Criterio sociológico de familia.**

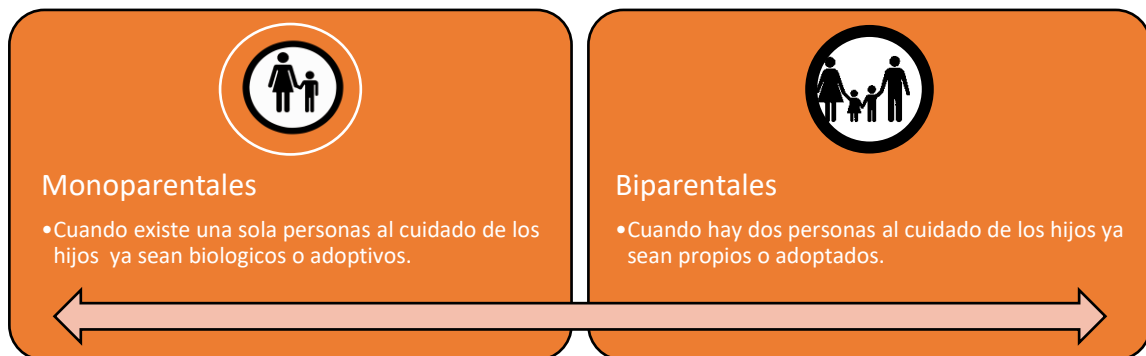
Familia tradicional.	La familia tradicional se basa en una diferenciación clara de funciones según la edad y el sexo de sus progenitores, la madre se encarga de las tareas del hogar y el hombre es el responsable de aportar los recursos económicos, existe una relación de dominio y autoridad de la figura paterna.
Familia moderna.	La familia moderna tiene una organización más flexible y la autoridad es compartida entre el padre y la madre, hay un mayor vínculo afectivo entre los diferentes miembros de la familia.
Familia semi tradicional.	La mujer trabaja y se ocupa además de la mayor parte del trabajo doméstico.

Fuente: Elaboración propia. **Nota:** La familia tradicional se encuentra muchas veces condicionada por la cultura.



Por otra parte, se puede encontrar según el número de miembros a las familias Monoparentales y Biparentales. Vale la pena mencionar que, cada vez es más frecuente encontrar a familias Monoparentales y las causas son varias, pero como principales se puede destacar, el divorcio, la muerte de uno de los progenitores, viudedad o elección de la persona (Trofin, 2018).

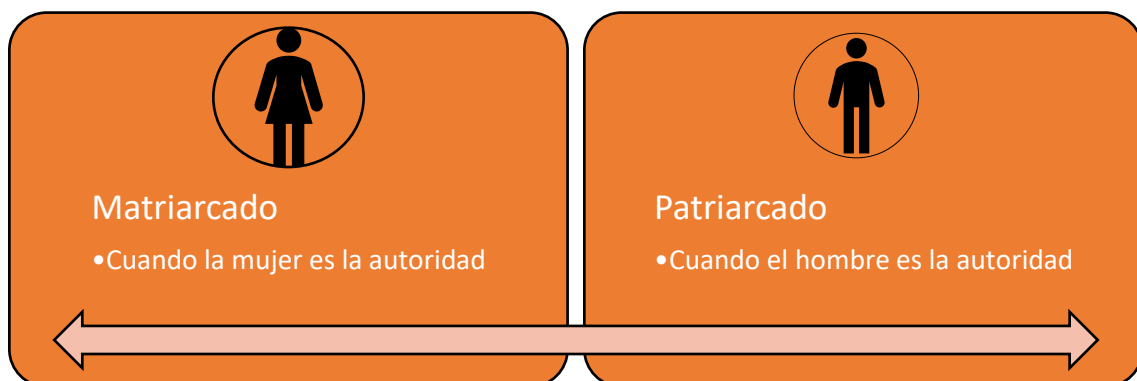
**Figura 3 Familia según el número.**



*Fuente: Trofin (2018) Nota: La familia monoparental está en crecimiento.*

A su vez, se puede clasificar a la familia según su tipo de organización, es decir la persona que lidera dentro del hogar. En este aspecto se puede encontrar una organización de tipo matriarcado y patriarcado (Dumont et al., 2020).

**Figura 4 Según el tipo de organización.**



*Fuente: Elaboración propia. Nota: Los cambios físicos muchas veces inciden en el factor emocional.*

Pero también se puede clasificar a la familia según la situación en la que esta se encuentre y se puede apreciar de la siguiente manera:

**Tabla 3 Tipos de familia según la situación.**

<b>Familia nuclear</b>	La familia nuclear es la que se encuentra constituida por padre, madre e hijos.
<b>Familia extensa</b>	Es similar a la nuclear, sino que en esta se convive con otros miembros de la familia como es abuelos, tios, primos, etc
<b>Familia polinuclear</b>	Es la familia que esta compuesta de varias familias nucleares.
<b>Familia agregada</b>	Es aquella pareja que vive sin haber formalizado su situación.
<b>Familia reconstituida</b>	Es considerada la unión de dos personas separadas, la cual pueda abarcar los hijos de sus anteriores relaciones.
<b>Familia educadora o familia de acogida</b>	Esta familia se brinda a un menor que se encuentre en riesgo, la cual puede ser temporal o permanente.
<b>Hogares unipersonales</b>	Son personas que viven solas.
<b>Familias homosexuales</b>	Son familias en donde los jefes de hogar conviven personas del mismo sexo y pueden traer hijos de relaciones anteriores, adoptados o hacer uso de terapias de fecundación.
<b>Cónyuges solos</b>	Esta situación se da cuando los hijos de una familia se independizan y dejan su hogar.
<b>Familias monofiliales</b>	Este caso se genera cuando los hijos vuelven a vivir con los padres.
<b>Familia con hijos adoptados</b>	Son familias que tienen hijos no biológicos.

Fuente: Choez (2022) Nota: Los cambios físicos muchas veces inciden en el factor emocional.

### **1.2.2 Funcionalidad y disfuncionalidad familiar.**

La familia es una organización sumamente importante para el desarrollo personal de sus miembros y el verse afectado lo cual puede repercutir de manera negativa a los miembros que la integran. En una familia con una actividad funcional se puede encontrar una estructura bien definida, en la cual existe un balance equilibrado entre afectos y autoridad, esto significa que los roles están adecuadamente definidos y delimitados. En donde la calidez, aceptación y diálogo entre los distintos miembros de este sistema siempre deben estar presentes dentro de un esquema de este tipo el apoyo mutuo será una pieza clave a la hora de afrontar la crisis que puedan surgir en los distintos ciclos de la evolución del sistema familiar (Cando & Fernández, 2018).

Hay que puntualizar que los padres emiten un mensaje unitario el cual llega a los hijos sin interferencias ni distorsiones, esto no significa que las opciones de diálogo estén cerradas. Sin embargo, cuando este tiempo de esquema se ve alterado, se puede decir que la familia es disfuncional. En una familia disfuncional la autoridad es difusa, es decir indefinida y en desorden puede suceder que los progenitores van perdiendo la posición que tienen, siendo ocupada por los hijos o por uno de los padres. Lo que generará discusiones enfrentamientos e incluso alianzas lo que perjudicará a todos los individuos del sistema (Anaya & Fajardo, 2018).

No hay que dejar de mencionar que el tema afectivo también deja de estar bien regulado, originando falta de cuidado o actitudes de sobreprotección. En este aspecto es probable que uno de los progenitores probablemente intente recuperar la autoridad que han perdido surgiendo así diversos problemas, ya que difícilmente alguna de las partes estará dispuesta a ceder (Weldel, 2018).

La disfuncionalidad familiar es muy estudiada dentro de la psicología ya que se le ha relacionado con el surgimiento de diversos problemas de salud mental, como adicciones, anorexia, bulimia, depresión, ansiedad entre otros. Por este motivo es de suma importancia que los tratamientos para superar estas dificultades tomen en cuenta y consideren a la familia de manera integral (Anaya & Fajardo, 2018).

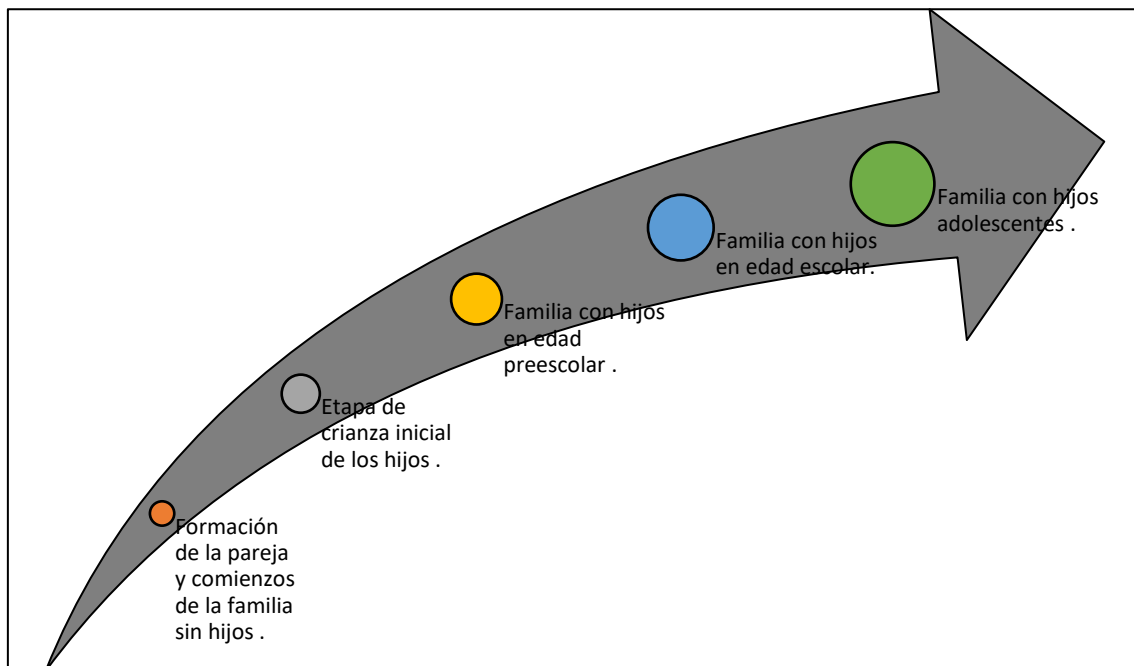
### **1.2.3 Etapas del ciclo de vida familiar y crisis.**

Toda familia está destinada a experimentar distintos ciclos y cambios los hijos crecen los padres se van haciendo mayores y cada quien sigue desarrollando su propia

individualidad dentro de este grupo humano este dinamismo personal, implica que el grupo al que pertenecemos también tendrá que transformarse con el tiempo. En estas necesarias transformaciones es donde aparecen los ciclos de vida de la familia, en muchos casos afrontar estas transiciones puede llegar a ser un verdadero drama, especialmente en las familias disfuncionales (Cataño & Zapata, 2019).

Esto se debe a que las condiciones a nivel integral no son las óptimas, como consecuencia la crisis se desata porque las estrategias necesarias no han sido desarrolladas adecuadamente, lo opuesto sucede dentro de una familia que si tiene la habilidad de hacer frente a estos periodos. En donde puede surgir una crisis, pero esta se enfoca como una oportunidad para el fortalecimiento y evolución positiva del sistema, las etapas del ciclo de vida familiar podrían enfocarse de la siguiente manera:

**Figura 5 Etapas del ciclo de vida y crisis.**



Fuente: Elaboración propia. Nota: Los ciclos de crisis se presentan en diversas etapas de cambios.

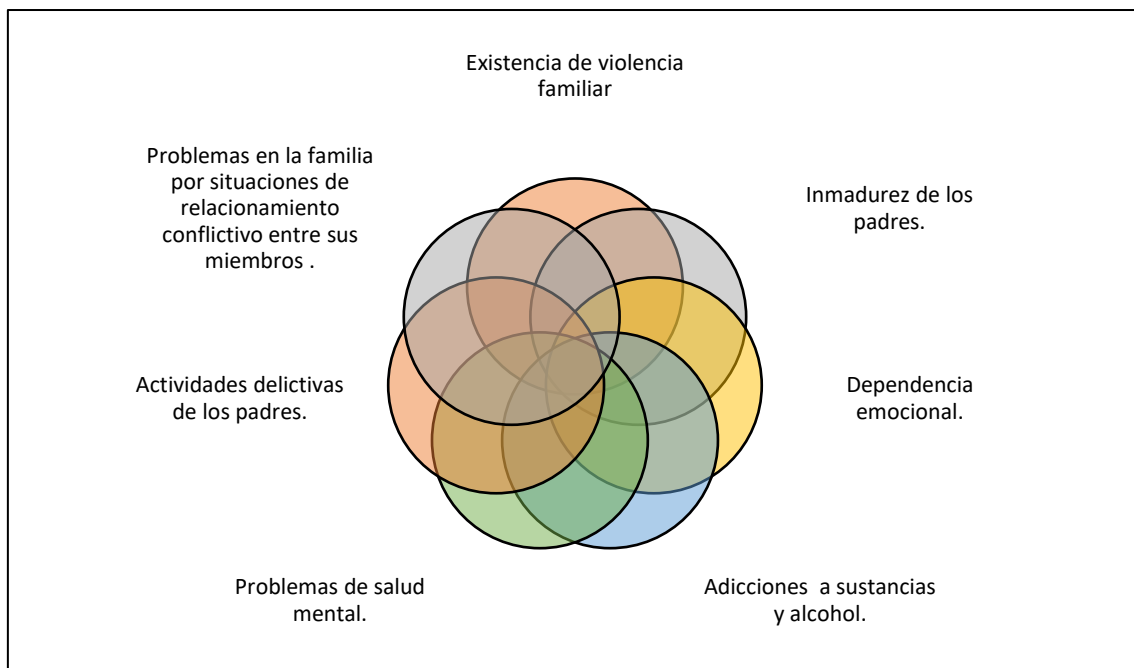
#### **1.2.4 Familia disfuncional.**

La familia disfuncional, alude a un tipo de familia que no puede cubrir alguna de las necesidades materiales, educativas, afectivas o psicológicas de sus miembros en especial de los niños, esto dará origen a una serie de conflictos que la hacen no funcional en la sociedad en la cual se encuentra. El término disfuncional alude a que no se cumple con una función o que la familia en este caso no puede cumplir con el rol o la función

encomendada por la sociedad, este enfoque de familia disfuncional es considerado no apropiado para designar una problemática familiar y lo que sucede entonces es que se debe denominar en todo caso una familia conflictiva o con problemas (Claus & Zerbetto, 2018).

Características de las familias disfuncionales por supuesto que los problemas suceden en todas las familias, pero se tienen grados o niveles mayores, menores de conflicto o de situaciones conflictivas, existen diferentes tipos de familias disfuncionales dependiendo con la particularidad del conflicto que tengan o en ocasiones se dan combinados en general una pareja disfuncional o los hogares disfuncionales tienen como características (Dávila, 2015).

**Figura 6 Características de la familia disfuncional.**



*Fuente: Elaboración propia Nota: Los cambios físicos muchas veces inciden en el factor emocional.*

### **1.3 Trastornos mentales.**

Existe una gran variedad de trastornos mentales, cada uno de ellos con manifestaciones distintas, en general se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones la conducta y las relaciones con los demás (Silva-Rodrigues & Carvalho-Figueiredo, 2017). Entre los trastornos mentales se incluyen:

- La depresión.
- El trastorno afectivo bipolar.
- La esquizofrenia y otras psicosis.
- La demencia.
- Las discapacidades intelectuales.
- Los trastornos del desarrollo como el autismo.
- Agorafobia.
- Trastorno suicida.
- Abuso del Alcohol.
- Trastorno de ansiedad por separación.

### **1.3.1 La depresión.**

La depresión es un trastorno mental frecuente y una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo, se calcula que afecta a más de 350 millones de personas. El paciente con depresión presenta tristeza, pérdida de interés y la capacidad de disfrutar sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño del apetito, cansancio, falta de concentración. También puede presentar diversos síntomas físicos sin causas orgánicas aparentes (Silva-Rodrigues & Carvalho-Figueiredo, 2017).

La depresión puede ser de larga duración o recurrente y afecta considerablemente a la capacidad de llevar a cabo las actividades laborales, académicas y de afrontar la vida cotidiana, en su forma más grave puede inclusive conducir al suicidio.

### **1.3.2 La esquizofrenia.**

Es un trastorno mental grave que afecta alrededor de 21 millones de personas en todo el mundo, la psicosis entre ellas esquizofrenia, se caracterizan por anomalías del pensamiento, la percepción, las emociones, el lenguaje, la percepción del yo y la conducta. La psicosis suele ir acompañadas de alucinaciones, oír, ver o percibir algo que no existe y de delirios que son ideas persistentes, que no se ajustan a la realidad de las que el paciente está firmemente convencido incluso cuando hay pruebas de lo contrario. Estos trastornos, pueden dificultar que la persona trabaje o estudie con normalidad (Silva-Rodrigues & Carvalho-Figueiredo, 2017).

### **1.3.3 La demencia.**

La demencia afecta a 47.5 millones de personas en el mundo, este trastorno de naturaleza crónica y progresiva se caracteriza por el deterioro de la función cognitiva, es

decir, la capacidad para procesar el pensamiento más allá de lo que podría considerarse consecuencia del envejecimiento normal y tiene las siguientes distorsiones:

- La memoria.
- El pensamiento.
- La orientación.
- La comprensión.
- El cálculo.
- La capacidad de aprendizaje.
- El lenguaje.
- El juicio.

El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado y en ocasiones precedido por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación. La demencia es causada por diversas enfermedades y lesiones que afectan al cerebro como la enfermedad del Alzheimer o los accidentes cerebrovasculares (Pelissolo, 2019).

#### **1.3.4 Los trastornos del desarrollo.**

Son considerados un término en general que abarca la discapacidad intelectual y los trastornos generalizados del desarrollo, entre ellos el autismo. Los trastornos del desarrollo suelen debutar desde la infancia, pero tienden a persistir hasta la edad adulta causando una disfunción o un retraso en la maduración del sistema nervioso central. Por lo general no se caracterizan por periodos de remisión y recidivas como muchos trastornos mentales, sino que siguen un patrón constante. La discapacidad intelectual se manifiesta por la afectación de facultades de diversas áreas del desarrollo como las habilidades cognitivas y conducta adaptativa, el retraso mental afecta a la capacidad de adaptarse a las exigencias cotidianas de la vida.

Algunos de los síntomas de los trastornos generalizados del desarrollo como el autismo son:

- Alteraciones del comportamiento social.
- La comunicación y el lenguaje.
- Limitaciones específicas de cada individuo con respecto a sus intereses y actividades que realizan repetidamente.

### **1.3.5 Agorafobia.**

La agorafobia es un tipo de trastorno de ansiedad, que se caracteriza por tener miedo a encontrarse en lugares o estar en situaciones que podrían presentar un riesgo o generar la sensación de encierro, vulnerabilidad o vergüenza. Por lo que el sujeto evita a toda costa este tipo de actividades de manera anticipada. De esta manera, la ansiedad se produce a raíz del miedo a que no haya medios de escape o ayuda accesible si se intensifica la ansiedad (Ceberio, 2020).

La mayoría de las personas que sufren agorafobia la padecen después de tener uno o más ataques de pánico, lo que los hace preocuparse por volver a tener un ataque, así que evitan los lugares donde puede volver a suceder. Los síntomas típicos de la agorafobia comprenden el miedo desproporcionado salir de casa solo, multitudes o esperar en una fila; espacios cerrados como cines, ascensores o tiendas pequeñas; espacios abiertos como estacionamientos, puentes o trenes; usar el transporte público como autobuses, aviones o trenes (Regalado-Chamorro & Medina-Gamero, 2021).

### **1.3.6 Trastorno suicida.**

El suicidio es un fenómeno que ha adquirido especial relevancia en los últimos años con el aumento exponencial de los casos, un informe de la organización mundial de la salud asegura que se produce un nuevo suicidio en el mundo cada 40 segundos, tratándose una de las 20 causas de muerte más importante a nivel mundial y la segunda entre los jóvenes de 15 a 29 años de edad. Existen, solamente 28 países del mundo que tienen planes estratégicos para prevenirlo, cabe destacar que todos los suicidios y los intentos suicidas hablan de una crisis emocional, de una perturbación en la forma en que se vive y de un desacuerdo social (Cañón & Parra, 2018).

La conducta suicida abarca las actitudes o gestos suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado. Todos los estudios que se han hecho en torno al suicidio han llegado a la conclusión de que más del 95% de los pacientes que se suicidan o tiene una tentativa padecen de un trastorno mental diagnosticado. En donde los trastornos depresivos forman el 80% de este perfil, siguiéndole la esquizofrenia y los trastornos de la personalidad en el que se destaca el trastorno antisocial y el trastorno límite de la personalidad (Cañón & Parra, 2018).



### **1.3.7 Abuso de alcohol.**

El alcohol puede provocar diversos malestares tanto en el sujeto como a nivel de salud pública, a nivel biológico se puede observar que el consumo excesivo del alcohol puede generar lesiones de tipo hepáticas provocando en varios casos cuadros de cirrosis avanzadas, en el sistema nervioso puede generar lesiones permanentes, o provocar daños de tipo cardiaco o gástrico, pero también esta afección puede generar daños de tipo psicológicos como es ansiedad, depresión, demencia alcohólica. A su vez se puede ver diversos problemas de tipo social como son los problemas económicos y dentro del contexto familiar puede generar problemas de tipo afectivo (García & Martínez, 2020).

Vale la pena mencionar, que el alcohol al ser una droga aceptada por la sociedad, su consumo es muy recurrente, afectando a diversos grupos etarios, en donde, el grupo mayor mente afectado son hombres sobre los 22 años y mujeres con más de 25 años, pero también una de las poblaciones más afectadas son los adolescentes (Pons Delgado SV, 2017).

### **1.3.8 Trastorno de ansiedad por separación.**

La ansiedad por separación, es una etapa de desarrollo normal entre los bebés y los niños pequeños. Los niños suelen presentar un periodo de ansiedad por separación, pero por lo general lo superan aproximadamente a los 3 años de edad, con menos frecuencia el trastorno de ansiedad por separación puede sucederles a adolescentes, adultos y ocasionar problemas importantes al salir de casa o ir a trabajar.

Algunos síntomas del trastorno de ansiedad por separación son angustia recurrente y excesiva sobre participar o estar lejos del hogar o de los seres queridos, preocupación constante excesiva sobre perder un padre u otro ser querido por una enfermedad o un desastre, quejas frecuentes sobre dolores de cabeza, dolores de estómago u otros síntomas cuando se anticipa la separación de un padre u otro ser querido.

## 2 Metodología.

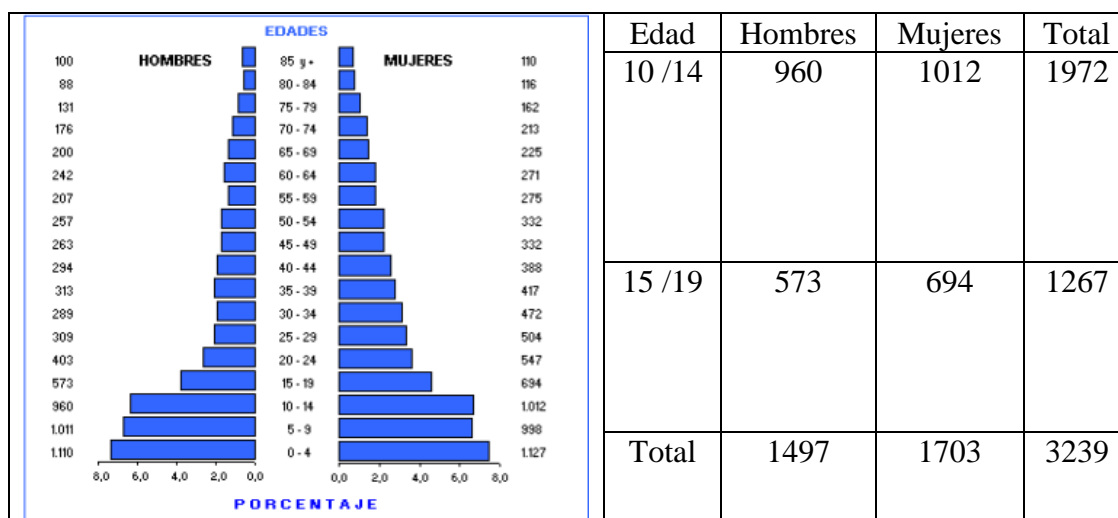
### 2.1 Tipo de investigación.

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, ya que la información obtenida se realizó a partir de un análisis de datos; el tipo de investigación es de tipo descriptivo, ya que se van a describir los resultados encontrados y con un corte transversal ya que los datos obtenidos, fueron generados en un período determinado de tiempo.

### 2.2 Población.

El presente estudio se desarrolló en cantón Nabón, el cual está conformado según el Censo del 2001 por 15.121 habitantes, en donde se trabajó con adolescentes de 10 a 19 años de la zona. En donde se tomó como referencia los grupos de edad que van entre los 10 a los 14 años y los 15 a 19 años, teniendo la siguiente población:

**Figura 7 Grupo etario de 10/19 años del cantón Nabón.**



Fuente: [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Fasciculos\\_Censales/Fasc\\_Cantoniales/Azuay/Fasciculo\\_Nabon.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Fasciculos_Censales/Fasc_Cantoniales/Azuay/Fasciculo_Nabon.pdf)

### 2.3 La muestra.

De esta forma para la muestra se tomó a 214 participantes que se encuentran entre los rangos de edad de 10 a 19 años.

### 2.4 Criterios de inclusión y de exclusión.

Como criterios de inclusión se tomó en consideración los siguientes aspectos:

- Que los participantes tengan un rango de edad de 10 años a 19 años y once meses.
- Que los participantes realicen este estudio de forma voluntaria y con el consentimiento por parte de los padres.
- Que los participantes residan por un periodo de 6 meses o más en el cantón Nabón.

Como criterios de exclusión se consideró los siguientes aspectos

- A participantes que no cuenten con facultades cognitivas para realizar este estudio.
- A participantes que no sepan leer ni escribir.
- A participantes que no hablen el idioma español.

## **2.5 Procedimiento para la recolección de datos.**

Una vez obtenido el valor de la muestra, se prosiguió al levantamiento de información la cual fue realizada desde el 13 de marzo del 2021, hasta el 28 de noviembre del 2021, en adolescentes pertenecientes al cantón Nabón de la provincia del Azuay (Zhiña, Rañas, Cochapata, El Progreso, Morasloma y Nabón centro). Los cuales fueron seleccionados de manera aleatoria con la posibilidad de evaluar pacientes quienes presentan o presentaron algún tipo de trastorno de salud mental, y con ello poder aproximarnos a la realidad de la salud mental en el país.

Esto incluye a los adolescentes que den su aceptación de participar en la investigación de manera voluntaria; también aquellos adolescentes que deseen participar y a quienes sus representantes les autorice su colaboración; siendo firmado el respectivo consentimiento informado.

## **2.6 Instrumentos:**

Para realizar las mediciones, se valió de una entrevista semiestructurada que nos permitió llenar una ficha sociodemográfica y obtener información relevante para la investigación.

Se utilizó la prueba **MINI Kid** (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para niños y adolescentes):

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad demuestran que la MINI tiene una puntuación

de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de  $18,7 \pm 11,6$  minutos; media 15 minutos). Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento y es de aplicación individual (Lecrubier, ét al, y Scheehan, ét al., 1992, 1994 y 1998).

La M.I.N.I. está dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas, permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos (Lecrubier, ét al, y Scheehan, ét al., 1992, 1994 y 1998).

La M.I.N.I. mide los siguientes trastornos:

- A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR.
- B. RIESGO DE SUICIDIO.
- C. TRASTORNO DISTÍMICO.
- D. EPISODIO (HIPO) MANÍACO.
- E. TRASTORNO DE ANGUSTIA.
- F. AGORAFOBIA.
- G. TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN.
- H. FOBIA SOCIAL.
- I. FOBIA ESPECÍFICA.
- J. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO.
- K. ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.
- L. ABUSO DE ALCOHOL.  
DEPENDENCIA DE ALCOHOL.
- M. ABUSO DE DROGAS.  
DEPENDENCIA DE DROGAS (no alcohol).
- N. TRASTORNOS DE TIC.
- O. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD.
- P. TRASTORNO DE LA CONDUCTA.
- Q. TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE.
- R. TRASTORNOS PSICÓTICOS DE POR VIDA
- S. ANOREXIA NERVIOSA.
- T. BULIMIA NERVIOSA.
- U. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.
- V. TRASTORNOS ADAPTATIVOS.

Y la prueba **FFSIL**: test que evalúa cuanti-cualitativamente la funcionalidad familiar con variables de cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. Posee adecuadas propiedades psicométricas, con buena consistencia en sus resultados. De aplicación individual o grupal.

La calificación se realiza adjudicando puntos según la opción seleccionada en la escala: casi nunca vale 1, pocas veces vale 2, a veces vale 3. Muchas veces vale 4 y casi siempre vale 5. Los puntos se suman y a esa puntuación total le corresponde un diagnóstico de funcionamiento familiar (Cassinda, ét al., 2016).

**Tabla 4 Puntuación FF-SIL.**

Nivel de funcionalidad	Puntuación	Leyenda
Funcional	De 70 a 57 puntos	
Moderadamente funcional	De 56 a 43 puntos	
Disfuncional	De 42 a 28 puntos	
Severamente funcional	De 27 a 14 puntos	
En blanco	Cero puntos	

*Fuente: Elaboración propia.*

## 2.7 Procesamiento de datos:

Una vez obtenida la información se hizo uso del programa SPSS V.21, en dónde, en primera instancia se realizó una base de datos, que comprendía la información sociodemográfica y las preguntas. A partir de ello, se realizó el análisis de los datos y se correlaciono las variables, mediante el cual se pudo obtener los resultados esperados.

## 3 Resultados.

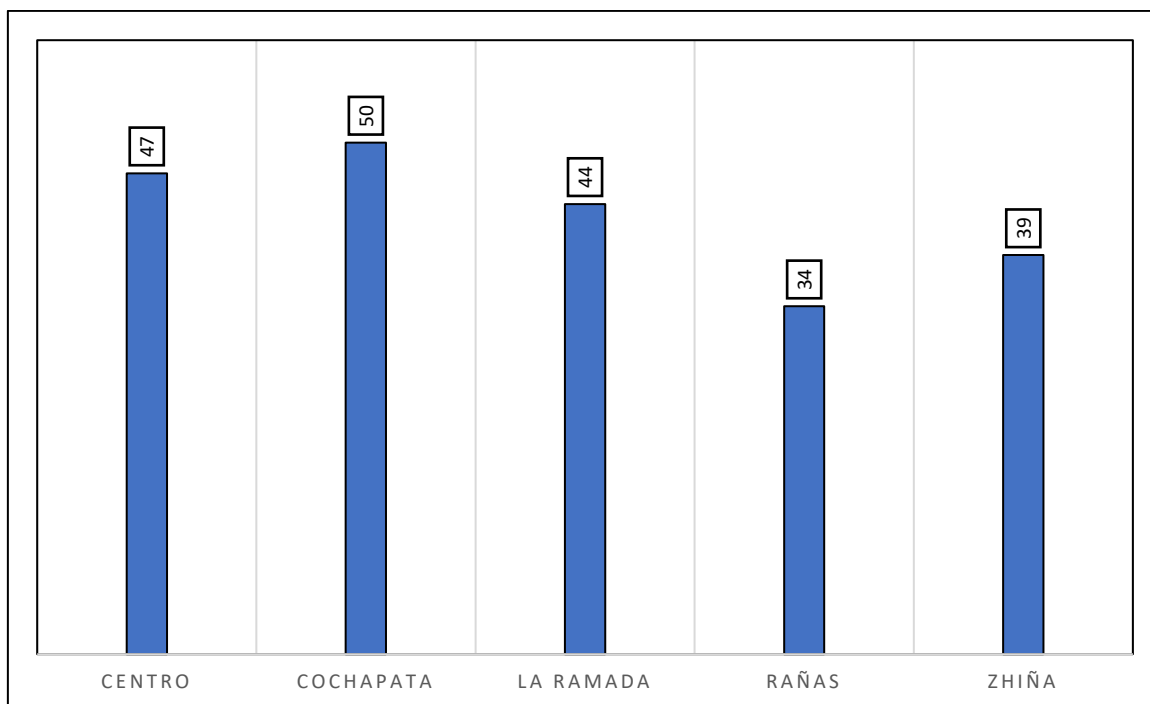
A partir de la implementación de las encuestas a 214 participantes pertenecientes al Cantón Nabón se pudieron obtener datos sociodemográficos y los resultados del Cuestionario en donde se identificaron los factores de riesgos pertenecientes al MINI Kid y al FF-SIL. En el primer cuestionario se valoraron las siguientes dimensiones Trastorno de comportamiento suicida, Trastorno distímico, Trastorno hipomaníaco, Trastorno de angustia, Agorafobia, Trastorno de ansiedad por separación, Fobia social, Fobia específica, Trastorno obsesivo compulsivo, Trastorno por estrés postraumático, Abuso de alcohol, Dependencia al alcohol, Abuso de drogas, Dependencia de drogas, Trastorno por

déficit de atención / hiperactividad, Trastorno de la conducta, Trastorno negativista desafiante, Trastorno de ansiedad generalizada, Trastornos adaptativos, mientras que en el segundo cuestionario se valoró la funcionalidad/disfuncionalidad familiar.

### 3.1 Datos sociodemográficos.

Dentro de los datos sociodemográficos obtenidos dentro de esta investigación se puede observar que 50 participantes provienen de la región Cochapata, con una representación del 23,36%; 47 participantes provienen del Centro con una representación del 21,96%; 44 participantes provienen de La Ramada con una representación del 20,56%; 39 participantes son de Zhiña con una representación del 18,22% y 34 participantes son de origen de Rañas con un 15,88%. Como se puede ver en la figura 8.

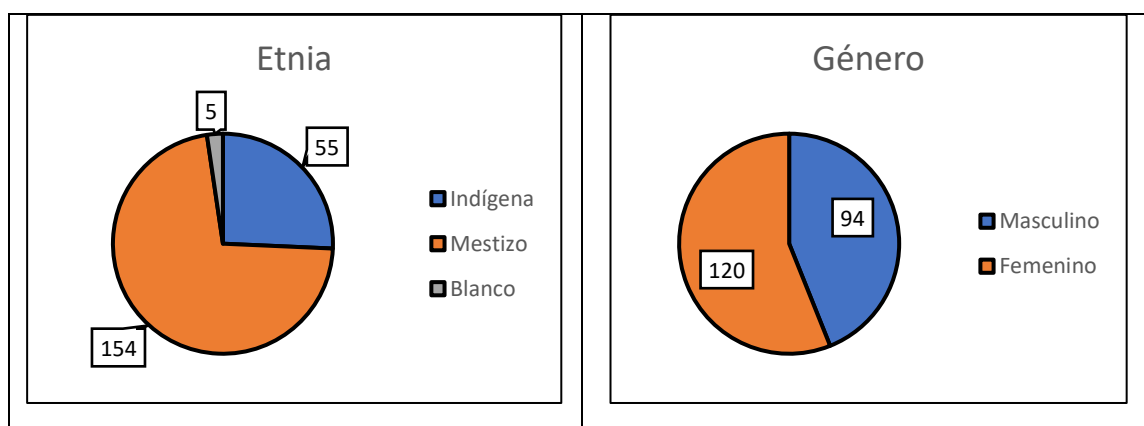
**Figura 8 Parroquia.**



Fuente: Elaboración propia Nota: Parroquias pertenecientes al Cantón Nabón .

En relación a la Etnia se puede ver que el 71,96% de los participantes se autodefinen como “Mestizo”, el 25,7% se considera “Indígena” y el 2,33% tiene una autopercepción de ser “Blancos”, en relación del género se puede decir que 56,07% de los participantes son de género femenino, mientras que un 43,92% son de género masculino. Como se puede ver en la figura 9.

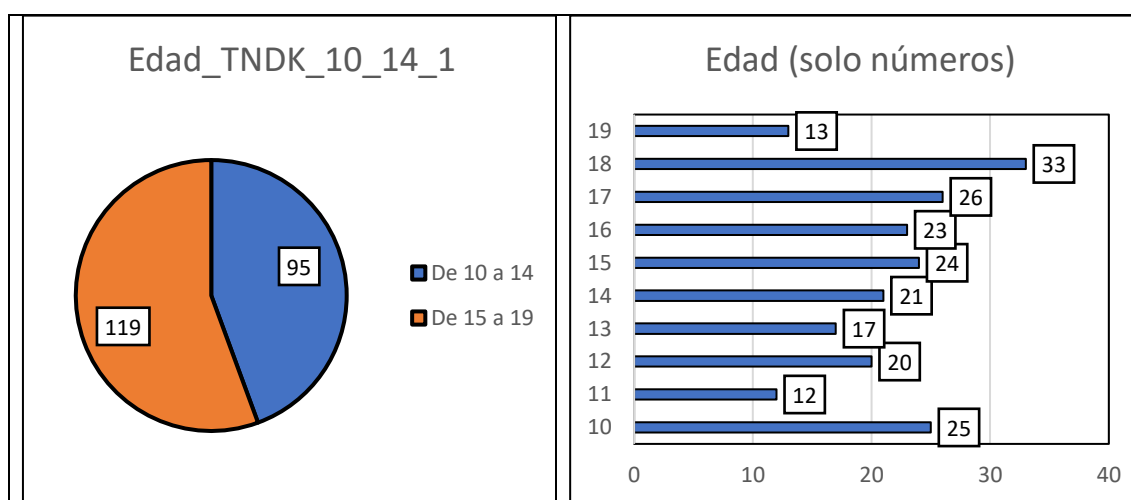
**Figura 9 Etnia /Género.**



Fuente: Elaboración propia Nota: La etnia se realiza a partir de la autodefinición.

Mientras que en la edad se puede apreciar que el 55,6% de los participantes se encuentran en el rango de edad de 15 a 19 años de edad, mientras que el 44,39% de los participantes se encuentran en el rango de edad de 10 a 14 años. Siendo la edad más predominante en los participantes que tiene 18 años y la menos predominante en aquellos que tienen 11 años.

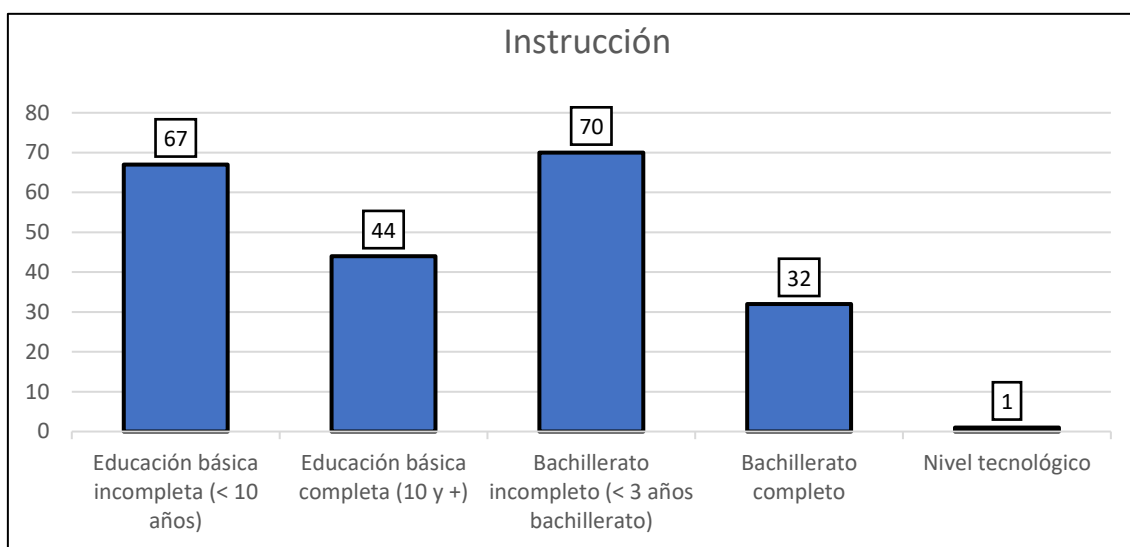
**Figura 10 Edad.**



Fuente: Elaboración propia Nota: Para este estudio se tomaron edades desde los 10 a los 19 años.

En función de la instrucción se puede apreciar que el 32,71% de los participantes tienen un bachillerato incompleto ubicado en < 3 años, seguido de un 31,30% con una educación básica incompleta, un 20,56% de los participantes tiene educación básica completa, el 14,95 tiene un bachillerato completo y el 0,46% de los participantes está cursando un nivel tecnológico. Como se puede ver en la figura 11.

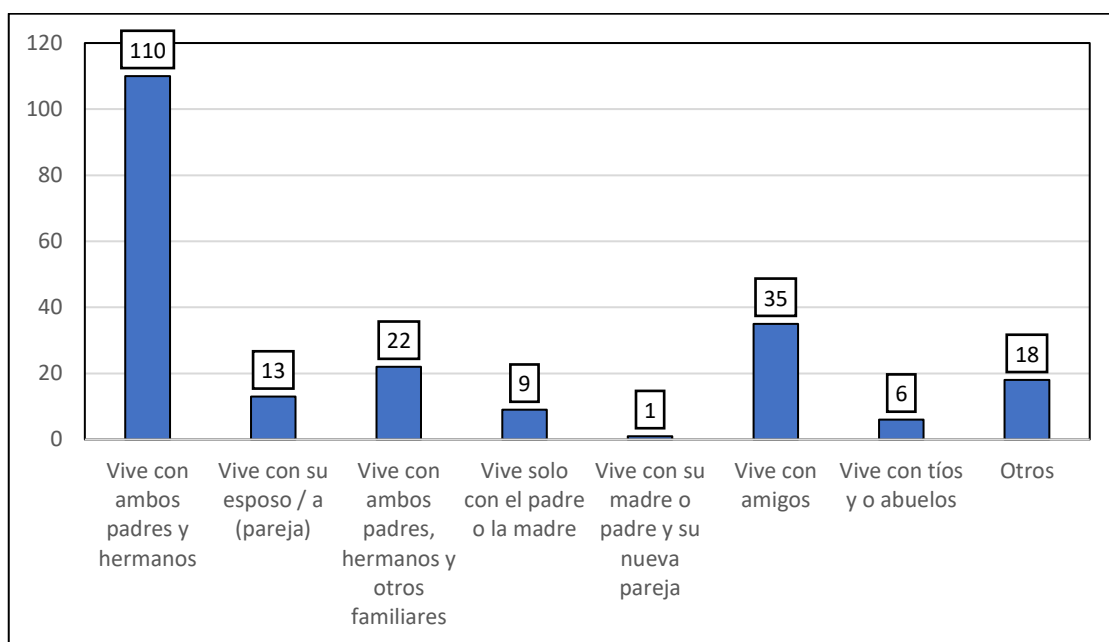
**Figura 11 Instrucción.**



Fuente: Elaboración propia Nota: La escolaridad son años aprobados.

En relación a la pregunta ¿Con quién vive la persona? Se puede decir que el 51,40% vive con ambos padres y hermanos, el 16,35% viven con amigos, el 10,28% viven con ambos padres, hermanos y otros familiares, el 8,41% de los participantes respondieron otros, el 6,07% viven con el conyugue o pareja, el 4,2% vive con el padre o con la madre, el 2,8% viven con tíos o abuelos y el 0,46% viven con el padre o la madre y su pareja. Como se puede ver en la figura 12.

**Figura 12 Vive con.**

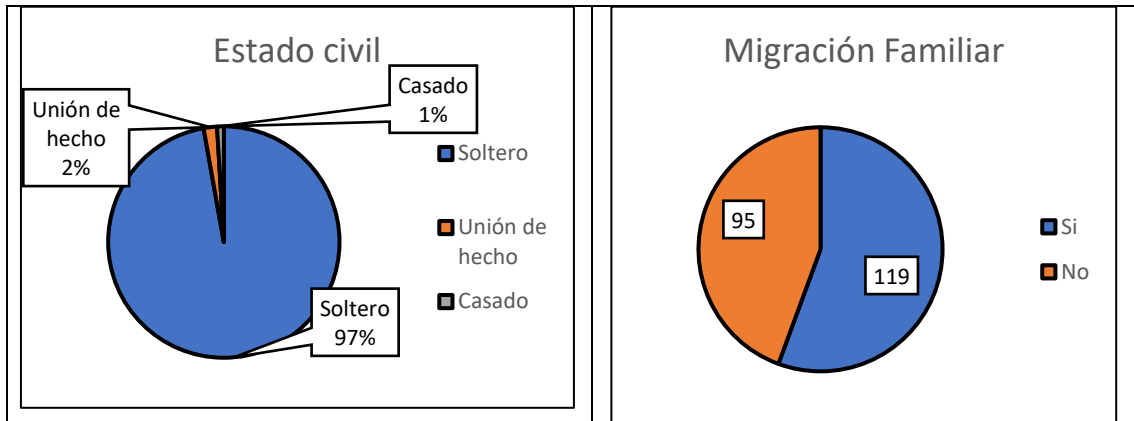


Fuente: Elaboración propia Nota: La vivienda comprende por lo menos un periodo de tres meses.



En relación al estado civil se puede ver que 208 participantes son solteros, existen 2 casados y 4 que se encuentran en unión de hecho, mientras que en función de la migración se puede observar que el 55,6% de los participantes tiene uno o varios familiares que están en estado de migración.

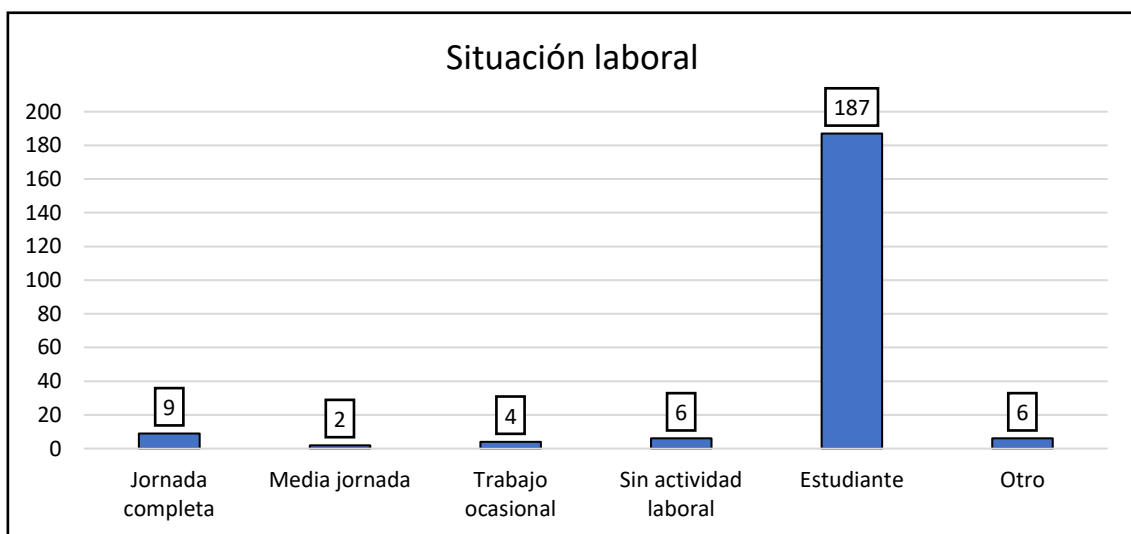
**Figura 13 Estado civil y migración familiar.**



Fuente: Elaboración propia Nota: La migración involucra a padres, hermanos o familiares que vivían en el mismo hogar.

En relación a la situación laboral se puede ver que el 87,38% de los participantes estudian, seguido del 4,2% que trabajan en jornada completa, el 2,6% no tienen actividad laboral al igual que tiene otras actividades, el 1,86% tienen trabajos ocasionales y el 0,93% tienen un trabajo de media jornada. Como lo indica la figura 14.

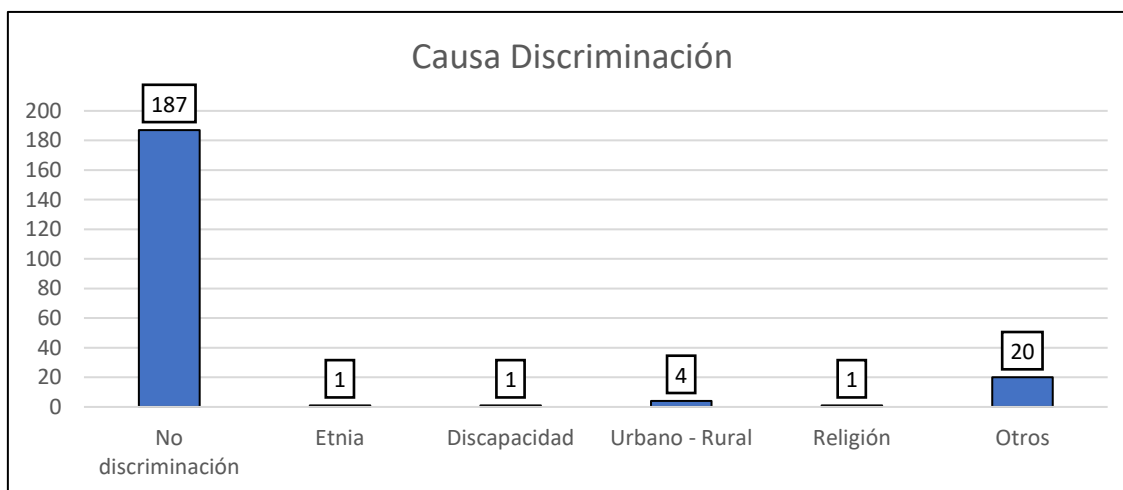
**Figura 14 Situación laboral.**



Fuente: Elaboración propia Nota: varios adolescentes que trabajan también estudian de forma paralela.

En la pregunta relacionada con la percepción de discriminación, se puede observar que el 87,38% de los participantes no se sienten discriminados, el 9,34% de los participantes se sienten discriminados por la opción otras razones, el 1,86% sienten discriminación por motivos demográficos, y se puede encontrar que un 0,46 tiene motivos de etnia, religión y discapacidad.

**Figura 15 Causa de discriminación.**

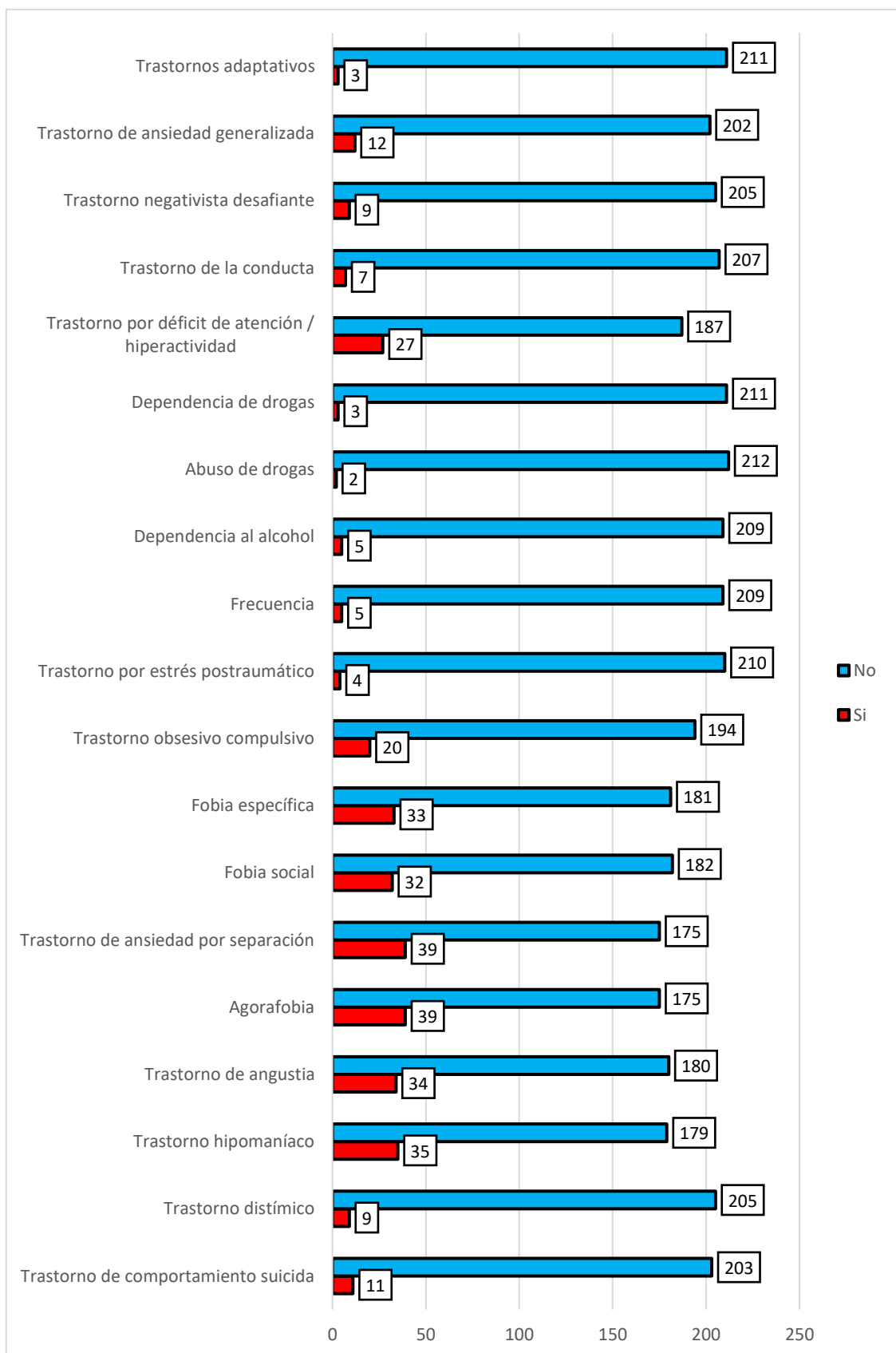


Fuente: Elaboración propia Nota: La discriminación en varios casos es una percepción.

### 3.2 Resultados de las encuestas.

Una vez encontrados los datos sociodemográficos se prosiguió con la tabulación del test Mini Kid, en donde se pudo encontrar los siguientes resultados, entre las dimensiones con mayor afectación se puede ver que la “Agorafobia” al igual que el “Trastorno de ansiedad por separación” tiene un porcentaje de 18,22% de prevalencia en relación a todos los participantes. Le sigue la dimensión de “Fobia específica” con un 15,42% y “Fobia social con un 14,95%; en quinto lugar, se tiene al “Trastorno de déficit de atención” con un 12,61%; mientras que el “Trastorno de Ansiedad Generalizada” se ubica en sexto lugar con un porcentaje del 5,6%. A su vez los resultados del trastorno hipomaniaco, encontramos que 8,87% lo padecen actualmente y un 7,47% lo han tenido con antelación y con respecto a trastorno de angustia un 6,54% lo padecen actualmente y un 9,34 lo padecen de por vida. Como se puede ver en la figura 16.

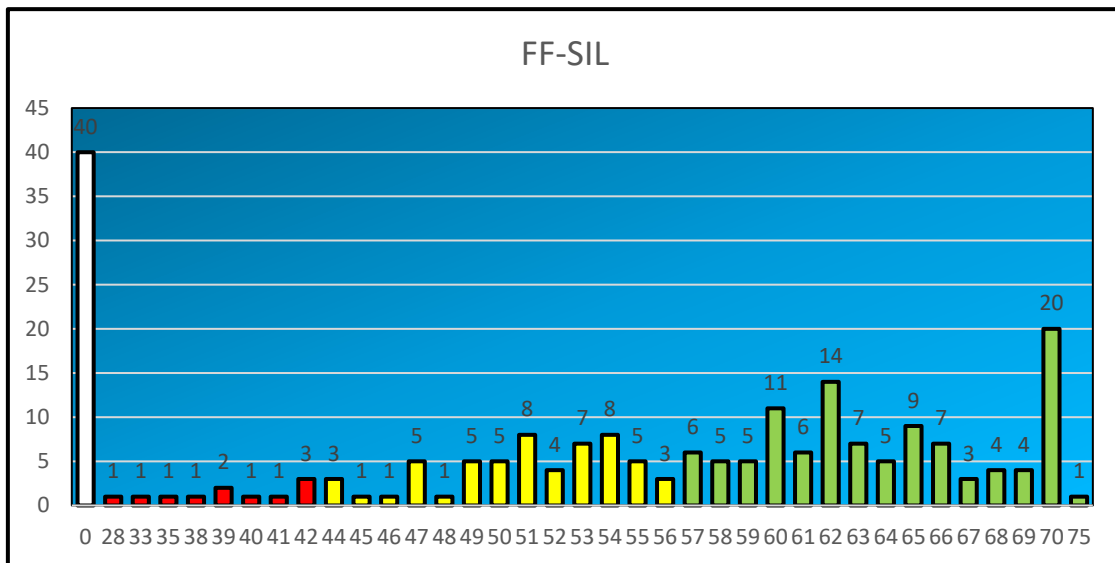
**Figura 16 Resultados totales, Mini Kid.**



Fuente: Elaboración propia Nota: La agrupación se realizó en función del número de respuestas

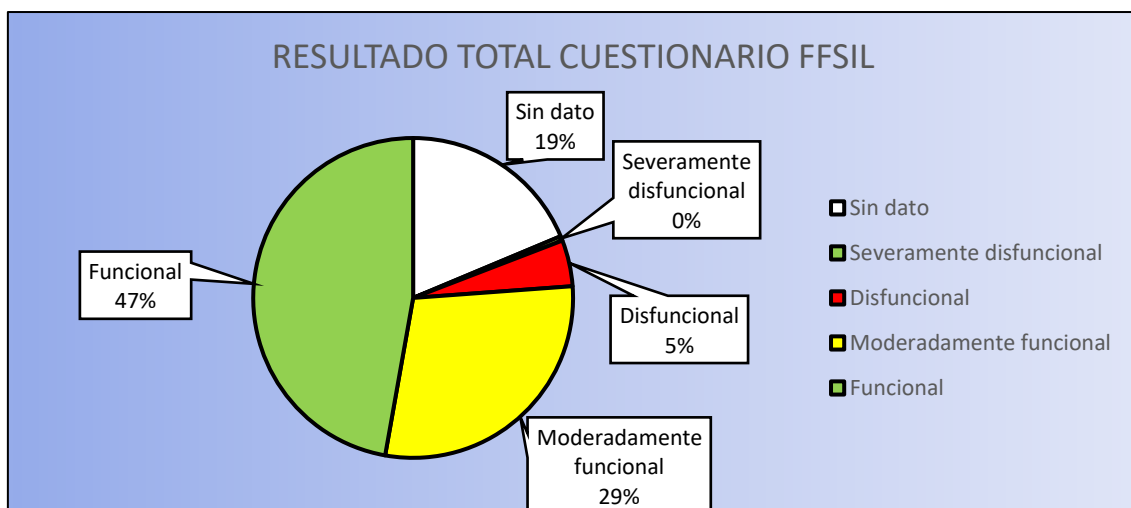
A partir de ello, se obtuvieron los resultados del FFSIL, en donde se encontró los siguientes resultados: 101 personas son funcionales, con una representación del 47,19%, seguido de 62 personas que son moderadamente funcionales con una representación del 28,97%, 40 personas que no tienen un dato lo que representa el 18,69%; 10 personas que son disfuncionales con un 4,6% y una personas que es severamente disfuncional con el 0,46% como se puede ver en las figuras 17-18.

**Figura 17 Resultado Total FF SIL.**



Fuente: Elaboración propia Nota: La agrupación se realizó en función del número de respuestas

**Figura 18 Resultado total.**



Fuente: Elaboración propia.

### 3.3 Tablas cruzadas.

En la Prevalencia de trastornos mentales y su relación con la funcionalidad familiar, se puede apreciar que las dimensiones con mayor incidencia es la agorafobia, en donde de los 214 participantes, 39 presentan este trastorno, de los cuales 25 son funcionales y 14 disfuncionales. Es decir, presentan mayor prevalencia la familia funcional con la disfuncional. Como se puede observar en la Tabla 5.

**Tabla 5 Tabla cruzada Agorafobia\*FFSIL\_0\_42\_Disfuncional.**

		FFSIL_0_42_Disfuncional			Total
		Disfuncional	Funcional	Sin dato	
Agorafobia	Si	14	25	0	39
	No	24	137	14	175
Total		38	162	14	214

Fuente: Elaboración propia.

De igual manera, en la Tabla cruzada Trastorno de ansiedad por separación\*FFSIL\_0\_42\_Disfuncional, se puede apreciar que 38 de los 214 participantes presentan un trastorno de ansiedad, de los cuales 28 tienen una Funcionalidad familiar y 10 presentan una disfuncionalidad. Como se puede ver en la Tabla 6.

**Tabla 6 Tabla cruzada Trastorno de ansiedad por separación\*FFSIL\_0\_42\_Disfuncional.**

		FFSIL_0_42_Disfuncional			Total
		Disfuncional	Funcional	Sin dato	
Trastorno de ansiedad por separación	Si	10	28	1	39
	No	28	134	13	175
Total		38	162	14	214

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla cruzada Trastorno hipomaníaco\*FFSIL\_0\_42\_Disfuncional, se puede observar que existen 35 participantes que presentan trastorno hipomaníaco de los cuales 26 se encuentran en familias funcionales y 8 en disfuncionales. Como se puede ver en la Tabla 7.

**Tabla 7 Tabla cruzada Trastorno hipomaniaco\*FFSIL\_0\_42\_Disfuncional.**

		FFSIL_0_42_Disfuncional			Total
		Disfuncional	Funcional	Sin dato	
Trastorno hipomaniaco	Si	8	26	1	35
	No	30	136	13	179
Total		38	162	14	214

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla cruzada Trastorno de angustia\*FFSIL\_0\_42\_Disfuncional, se observa que 34 de los participantes tienen “Trastorno de angustia”, de los cuales 24 pertenecen a familias funcionales y 6 a familias disfuncionales.

**Tabla 8 Tabla cruzada Trastorno de angustia\*FFSIL\_0\_42\_Disfuncional.**

		FFSIL_0_42_Disfuncional			Total
		Disfuncional	Funcional	Sin dato	
Trastorno de angustia	Si	6	24	4	34
	No	32	138	10	180
Total		38	162	14	214

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla cruzada Fobia específica\*FFSIL\_0\_42\_Disfuncional, se puede ver que 33 de los participantes tiene “Fobia específica” 29 pertenecen a familias funcionales y 4 a familias disfuncionales. Como se puede ver en la tabla 9.

**Tabla 9 Tabla cruzada Fobia específica\*FFSIL\_0\_42\_Disfuncional.**

		FFSIL_0_42_Disfuncional			Total
		Disfuncional	Funcional	Sin dato	
Fobia específica	Si	4	29	0	33
	No	34	133	14	181
Total		38	162	14	214

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla cruzada Fobia social\*FFSIL\_0\_42\_Disfuncional, se puede apreciar que 32 de los participantes tienen “Fobia Social” de los cuales 22 participantes pertenecen a familias funcionales y 9 a familias disfuncionales. Como se observa en la Tabla 10.

**Tabla 10 Tabla cruzada Fobia social\*FFSIL\_0\_42\_Disfuncional.**

		FFSIL_0_42_Disfuncional			Total
		Disfuncional	Funcional	Sin dato	
Fobia social	Si	9	22	1	32
	No	29	140	13	182
Total		38	162	14	214

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla cruzada Trastorno por déficit de atención / hiperactividad\*FFSIL\_0\_42\_Disfuncional, se puede ver que 27 participantes tienen “Trastorno de déficit de atención” de los cuales se puede apreciar que 23 pertenecen a familias funcionales y 3 a familias disfuncionales

**Tabla 11 Tabla cruzada Trastorno por déficit de atención / hiperactividad\*FFSIL\_0\_42\_Disfuncional.**

		FFSIL_0_42_Disfuncional			Total
		Disfuncional	Funcional	Sin dato	
Trastorno por déficit de atención / hiperactividad	Si	3	23	1	27
	No	35	139	13	187
Total		38	162	14	214

Fuente: Elaboración propia.

A su vez, dentro de los resultados más significativos se puede observar que el Trastorno suicida en relación con la Disfuncionalidad tiene un valor P de (0,021), y el OR tuvo un puntaje de 3,939 ; a su vez se puede observar que la Agorafobia en relación con la Disfuncionalidad tiene un valor P de (0,003) con un OR de 3,197 y el Abuso del alcohol en relación con la Disfuncionalidad tiene un valor P de (0,048) con un OR del 0,857.

**Tabla 12 Funcionalidad familiar/trastornos.**

	Disfuncionalidad Familiar	%	P	OR	IC 95%	
DISTIMIA	4	44,4	0,068	3,694	0,942	14,48
TRASTORNO SUICIDA	5	45,5	0,021	3,939	1,135	13,679
ANGUSTIA	6	17,6	0,88	1,078	0,407	2,855
HIPOMANIACO	8	22,9	0,46	1,395	0,575	3,382
TOC	6	30,0	0,142	2,149	0,76	6,08
AGORAFOBIA	14	35,9%	0,003	3,197	1,458	7,008
ESTRÉS POST	1	25,0	0,573	1,432	0,145	14,163
ANSIEDAD POR SEPARACION	10	25,6%	0,201	1,709	0,746	3,916
ABUSO DE ALCOHOL	3	60,0	0,048	0,857	1,104	42,584

FOBIA SOCIAL	9	28,1%	0,121	1,975	0,825	4,726
DEPENDENCIA DE ALCOHOL	2	40,0%	0,241	2,944	0,475	18,271
FOBIA ESPECIFICA	4	12,1%	0,338	0,54	0,178	1,639
ABUSO DE DROGAS	1	50,0%	0,345	4,351	0,266	71,181
DEPENDENCIA DE DROGAS	2	66,7%	0,093	8,944	0,789	101,345
DEFICIT DE ATENCION	3	11,1	0,424	0,518	0,147	1,824
TRASTORNO DE CONDUCTA NEGATIVISTA	7	100,0%	0			
DESAFIANTE	1	11,1%	1	0,52	0,063	4,29
ANSIEDAD GENERALIZADA	4	33,3%	0,247	2,265	0,645	7,955
TRASTORNO ADAPTATIVO	0	0%	1			
EDM	8	16,7	0,636	0,813	0,345	1,918
TDTK	4	4,4	0,068	3,694	0,942	14,480

*Fuente: Elaboración propia.*



## 4 Discusión.

En un estudio realizado por Lora (2021), el cual fue aplicado a 679 participantes en un rango de edad de 13 -18 años, se pudo observar que la prevalencia de los trastornos ansiedad por separación es del 49,2%, resultado muy superior al 18,22% encontrados en este estudio. Esta condición se puede correlacionar con la presencia del 68,4% de los participantes del estudio de Lora, que pertenecen a una familia severamente disfuncional, cabe destacar que en este estudio se obtuvo apenas el 5% de los participantes que se encontraban en una familia disfuncional. Sin embargo, hay que destacar que, la relación entre el “Trastorno de ansiedad por separación” es de 2 a 1 en familias funcionales. Es decir, que por cada participante que tiene trastorno de ansiedad por separación de familia disfuncional existen 2 de familias funcionales.

De manera similar, Tafur (2020), indica que hay una correlación entre la calidad de funcionalidad en la familia y los síntomas de tipo ansioso-depresivo, en donde existe una prevalencia en función del género, el tipo de familia, el número de integrantes y la escolaridad. En este estudio se presentaron familias con disfuncionalidades de tipo leve y moderado, las cuales mostraban una elevada cohesión y una baja adaptabilidad. Entre los adolescentes que tiene mayor afectación en este estudio muestra que aquellas que pertenecen al genero femenino tienen mayor prevalencia que las del género masculino.

Por su parte, Moscoso (2021) realiza un artículo sobre la ansiedad y depresión en adolescentes, en donde indica diversos síntomas recurrentes en adolescentes, en donde factores como la migración, la disfuncionalidad familiar, embarazos prematuros y otros factores de riesgos generan en los cambios cognitivos en esta población, en donde, actividades como las relaciones interpersonales han mejorado en gran medida la calidad de vida de los participantes.

Un estudio realizado por Constanza (2018), titulado “*Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes*”, indica, que a nivel mundial la ideación suicida se encuentra ente el 10 al 35% y los intentos del mismo son de 5 al 15%, En donde el 20% de las personas que hacen un primer intento vuelven a probar un año después y que el 10% de este 20% consuman en suicidio. Entre los factores asociados al suicidio se tiene al alcoholismo. Diversos estudios indican que más del 15% de los alcohólicos se suicidan.

## 5 Conclusiones.

Mediante el presente trabajo de investigación denominado “Prevalencia de trastornos mentales y su relación con la funcionalidad familiar en los adolescentes en el cantón Nabón”, se pudo valorar a 214 participantes entre los rangos de 10 a 19 años de edad provenientes del cantón Nabón, en donde se aplicó una ficha sociodemográfica, la cual fue de gran importancia ya que indica las características propias de la población y a su vez se aplicó el M.I.N.I. Kid y el FF- SIL, en donde se obtuvieron los principales datos.

Dentro de los datos sociodemográficos se puede ver que los participantes provienen de la zona Centro, Cochapata, la Ramada, Rañas y Zhiña del cantón Nabón, el 71,96% de los participantes se definen como mestizo, seguido por indígenas y blancos, el género que tiene mayor prevalencia es el femenino con un 56%, el rango de edad fue de 10 a 19 años con mayor prevalencia en los de 18 años, en función de la escolaridad predomina el Bachillerado incompleto con menos de 3 años con un 20,56%, la mayoría de los participantes en un 51,40% viven con los padres y con sus hermanos, el 97% de los participantes son solteros y el 55,6% tienen familiares en migración. Además, en un 87,38% tienen como principal actividad la educación, a su vez en mismo porcentaje sienten que no están discriminados.

Dentro de los principales resultados obtenidos en el M.I.N.I. Kid, se destacan a la agorafobia, seguido del trastorno de ansiedad y separación, pero también se puede ver el trastorno de hipomaniaco y el trastorno de angustia que son los que predominan. En cuanto a la disfuncionalidad se presenta en el 5% de los participantes.

Cuando se correlaciona las variables del M.I.N.I. Kid en relación al FF SIL, encontramos que no existe una relación directa entre los resultados y se encuentra mayor prevalencia de trastornos en familias funcionales que en familias disfuncionales. De esta manera, se pudieron cumplir los objetivos planteados para esta investigación, en donde no se haya una relación significativa.

## **6 Recomendaciones.**

Se sugiere, hacer uso de los datos generados en esta investigación para realizar un programa de intervención que se encuentre dirigido a estas poblaciones, para dar tratamiento tanto a los trastornos mentales como a la relación que tiene los adolescentes con la familia. Hay que recordar que el fenómeno de migración es sumamente alarmante, en donde en muchas ocasiones el adolescente se ve afectado de forma directa por esta problemática. Es preciso realizar un trabajo no solo con adolescentes, sino con la familia. Es preciso mencionar, que el rol que tiene la familia en el proceso de desarrollo del adolescente es fundamental, esto se debe a que esta etapa el sujeto debe de sentir el apoyo brindado por los miembros del hogar.

A su vez, se sugiere trabajar no solo en la comunidad de Nabón, si no que se deben de generar nuevos estudios en varios cantones del Austro ya que no se cuentan con datos relevantes y necesarios para el desarrollo de políticas públicas que busquen e desarrollo tanto físico como psicosocial de las personas.

Finalmente, se recomienda a la academia generar de manera sistémica trabajos de manera mancomunidad con otra área como es la producción, ya que el fenómeno migratorio responde a una realidad del país, la cual se refleja en la inestabilidad laboral y por ende se ve reflejada en los hogares.

## 7 Bibliografía.

- Águila, G., Díaz, J., & Díaz, P. (2017). Adolescencia temprana y parentalidad. *Fundamentos teóricos y metodológicos acerca de esta etapa y su manejo. MediSur*, 15(5), 694-700.
- Anaya, A., & Fajardo, E. C. (2018). La disfunción familiar como predictor de codependencia en adolescentes mexicanos. *Nova scientia*, 10(20), 465-480.
- Bazán, G. E. (2018). Análisis de la relación entre depresión y estilo de vida en adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(3).
- Blanco, F. E., & Díaz, L. P. (2019). La autotrascendencia en la prevención del consumo de alcohol en adolescentes hijos de padres consumidores. *Enfermería universitaria*, 16(2), 216-226.
- Botero, A. F., Arredondo, N. H., & Gómez, D. G. (2020). Rasgos patológicos y creencias disfuncionales en los trastornos de la personalidad. *Revista de Psicología:(Universidad de Antioquía)*, 12(2), 6-10.
- Cando, L. R., & Fernández, L. S. (2018). El maltrato físico y psicológico de los niños dentro del ambiente intrafamiliar en hogares disfuncionales y su influencia en el comportamiento en edad escolar. . *Didasc@ lia: Didáctica y Educación* , 9(4), 165-176.
- Cañón Buitrago, S. C. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría Atención Primaria*, 20(80), 387-397. Epub 00 de julio de 2019. Recuperado en 22 de julio de 2022, de <http://scielo>.
- Cañón, S. C., & Parra, J. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría Atención Primaria*, 20(80), 387-397.
- Cataño, Á. M., & Zapata, V. (2019). Configuración del rol paterno sin la presencia de la madre en dos tipologías de hogares. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 11(1), 146-169.
- Ceberio, M. R. (2020). Uso de Prescripciones paradójales en trastornos de pánico y agorafobias: un estudio de revisión. *Calidad de Vida y Salud*, 13: 2-17.

- Choez, J. S., Bazarro, D. C., & Zambrano, D. P. (2022). LOS TIPOS DE FAMILIA Y SU INCIDENCIA EN EL RENDIMIENTO ACADÉMICO DE LOS ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN BÁSICA. *REFCalE: Revista Electrónica Formación y Calidad Educativa*, ISSN 1390-9010, 10(1), 91.
- Claus, M. I., & Zerbetto, S. R. (2018). Las fuerzas familiares en el contexto de la dependencia de sustancias psicoactivas. *Escola Anna Nery*, 22(4).
- Dávila, Y. (2015). La influencia de la familia en el desarrollo del apego . *La influencia de la familia en el desarrollo del apego* . Cuenca, Ecuador.
- De-la-Villa, M., Rodríguez, F., & Ovejero, A. (2010). Correlatos psicosociales del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. *Salud publica mex*, 406-415.
- Díaz, D., Fuentes, I., & Senra, N. D. (2018). Adolescencia y autoestima: su desarrollo desde las instituciones educativas. *Conrad*, 14(64), 98-103.
- Dumont, J. R., Cuadros, M. J., & Tito, L. P. (2020). Importancia de la familia: Un análisis de la realidad a partir de datos estadísticos. *Horizonte de la Ciencia*, 10(18).
- García, A., & Martínez, K. (2020). Caracterización de pacientes con antecedentes de alcoholismo crónico en una unidad de cuidados intensivos. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 49(3), e532.
- Kneer, J. M., & Guzmán, C. M. (2019). El apego en la adolescencia: una revisión sistemática de la investigación latinoamericana durante los últimos 15 años. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(2), 172-182.
- Lora, D. D., & Souffront, P. M. (2021). Artículo Original Prevalencia de síntomas de trastorno de ansiedad en adolescentes que asisten a centros educativos. *PUCMM*, 11(1), 46.
- Miranda, R., & Oriol, X. (2019). Bullying en la adolescencia y satisfacción con la vida:¿ puede el apoyo de los adultos de la familia y de la escuela mitigar este efecto? *Revista de Psicodidáctica*, 24(1), 39-45.

- Moscoso, D. R., & Narvaez, L. D. (2021). Ansiedad y depresión en adolescentes. ,. *Revista Boletín Redipe*, 10(2), 182-189.
- Observatorio Social del Ecuador. (2018). *Situación de la niñez y adolescencia en Ecuador, una mirada a través de los ODS*. Quito: UNICEF.
- Pelissolo, A. (2019). Trastornos de ansiedad y fóbicos. *EMC-Tratado de Medicina*, 23(2), 1-8.
- Pertuz, C., Navarro, E., Laborde, C., Gómez, P., & Lasprilla, S. (2020). Implementación de una guía de práctica clínica para la detección oportuna y el diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y adultos en el servicio de consulta externa y prioritaria de un hospital mental público de Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(2), 102-108. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v49n2/0034-7450-rcp-49-02-102.pdf>
- Pons Delgado SV, D. L. (2017). Nivel de conocimientos sobre alcoholismo en adolescentes de riesgo a través de una intervención educativa. *Rev Med Granma*, 32-218.
- Regalado-Chamorro, M., & Medina-Gamero, A. (2021). Agorafobia en tiempos de confinamiento:¿ miedo a perder el control? *Atencion Primaria*, 53(9).
- Rodríguez-Alejo, D. I., Cisneros-Ramos, M., & Robles-Cedeño, L. A. (2018). Psicoterapia integrativa en un caso de trastorno depresivo persistente. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(1).
- Silva-Rodrigues, C. Y., & Carvalho-Figueiredo, P. A. (2017). Efectos de la depresión en los cambios cognitivos del enfermo con trastorno neurocognitivo leve debido a probable enfermedad de Alzheimer. *Ciencias Psicológicas*, 11(2), 149-154.
- Tafur-Orahulio, Y. M. (2020). Sintomatología ansiosa-depresiva en relación con el funcionamiento familiar en un grupo de adolescentes de Lima Norte. *CASUS. Revista de Investigación y Casos en Salud*, 5(1), 18-25.

- Trofin, A. (2018). Autoestima y actitud hacia la escuela de estudiantes de familias biparentales y monoparentales en un condado de Rumania. *RIEE/ Revista Internacional de Estudios en Educación*, 18(2), 104-117.
- Villarreal, D. &. (2017). Cohesión, adaptabilidad y composición familiar en adolescentes del Callao, Perú. *Propósitos y Representaciones*, 5(2), 21-64.
- Weldel, K. (2018). Depresión, ansiedad y disfunción familiar en el embarazo. *Revista Médica Sinergia*, 3(01), 3-8.