



**UNIVERSIDAD
DEL AZUAY**

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

**“PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES Y SU RELACIÓN CON LA
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADULTOS DEL CANTÓN DE NABÓN”**

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de:

Psicólogo/a Clínico/a

Autoras:

María Gracia Salinas Iñiguez y Amalia María Peña Crespo

Directora:

Mg. María Fernanda Coello Nieto

Cuenca-Ecuador

2022

DEDICATORIA I

Dedico el presente proyecto de investigación a las personas más importantes en mi vida quienes han sido y siempre serán mis padres María Elena & Genaro ya que gracias a ellos he podido lograr todo lo que me he propuesto, con su apoyo incondicional me han enseñado que hasta lo inalcanzable se convierte en alcanzable y lo imposible con esfuerzo y dedicación se hace posible. A mi abuelo Aurelio, quien a pesar de no encontrarse presente jamás lo he olvidado y siempre lo recuerdo con cariño y admiración. A mis tíos Eva, Oswaldo, Pedro & Pablo quienes han sido unos padres más en esta época estudiantil y jamás me ha faltado su apoyo y guía.

María Gracia Salinas Iñiguez.

DEDICATORIA II

Dedico el presente trabajo a mi papá y a mi mamá por ser las personas más importantes en mi vida y por ayudarme a cumplir mis metas, también a mi abuela Carmen por los consejos y por ser un pilar fundamental en mis estudios.

Amalia María Peña Crespo.

AGRADECIMIENTO I

Quiero agradecer primeramente a Dios quien ha sido mi guía desde siempre y me ha permitido llegar hasta el lugar donde estoy ahora.

A mis padres por su constante motivación y guía, a mis tíos por confiar en mí y brindarme siempre su ayuda incondicional, a mis primas y amigos por su impulso para permitirme seguir adelante.

Finalmente, a mi compañera de tesis Amalia Peña por toda su ayuda y amistad sincera en los años compartidos y a la directora de nuestra tesis Mg. Fernanda Coello por el apoyo y la paciencia.

María Gracia Salinas Iñiguez.

AGRADECIMIENTO II

Quiero agradecer principalmente a Dios, a mis padres, a mi novio y a mi abuela que han sido mi apoyo durante todos mis años de estudio.

A mis amigos, compañeros y profesores por la motivación, las enseñanzas y los buenos momentos vividos en esta etapa.

Finalmente, a mi compañera de tesis María Gracia Salinas por toda la ayuda y los años compartidos y a la directora de nuestra tesis Mg. Fernanda Coello por el apoyo y la paciencia.

Amalia María Peña Crespo.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia de trastornos mentales y su relación con la funcionalidad familiar en adultos del cantón Nabón, debido al aumento de casos diagnosticados en dicha población en los últimos años. La investigación se realizó a 725 adultos quienes conformaron la muestra que cumple con los criterios inclusivos para la Ficha Sociodemográfica, la aplicación de la Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL) y la Entrevista Neuropsiquiátrica (MINI). Los resultados obtenidos mostraron que la mayor parte de la población estudiada padece un Episodio Depresivo Mayor, como también se presentó una diferencia significativa entre la funcionalidad familiar, dando como resultado una minoría notoria de familias disfuncionales existentes, mientras que la relación más significativa de esta investigación fue que las familias disfuncionales pertenecientes al cantón de Nabón tienden a contar con miembros con trastorno de pánico 3.3 veces más que una familia funcional.

Palabras Clave: Trastornos mentales, funcionalidad familiar, prevalencia, adultos.

A handwritten signature in blue ink, reading "Fernanda Coello", enclosed within a hand-drawn oval shape.

Fernanda Coello (Tutora de Tesis)

ABSTRACT

The purpose of this study was to determine the prevalence of mental disorders and their relationship with family functionality in adults in Nabón, due to the increase of cases diagnosed towards the population mentioned above in recent years. The research was carried out on 725 adults who made up the sample that meets the inclusive criteria for the Sociodemographic Record, the application of the Family Functioning Perception Test (FF-SIL) and the Neuropsychiatric Interview (MINI). The results obtained showed that most of the population suffered from a Major Depressive Episode, as well as a significant difference between family functionality, resulting in a notable minority of existing dysfunctional families. The most significant relationship of this investigation showed that dysfunctional families belonging to Nabón tend to have members with panic disorder 3.3 times more than a functional family.

Keywords: Mental disorders, family functionality, prevalence, adults.

Traducido por:



María Gracia Salinas

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA I	2
AGRADECIMIENTO I	4
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
PROBLEMÁTICA	13
INTRODUCCIÓN	14
CAPÍTULO 1	15
1.1. TRASTORNOS MENTALES	15
1.1.1. Definición de trastorno mental	15
1.1.2. Clasificación de los trastornos mentales	19
1.1.3 Causalidad de los trastornos mentales	21
1.1.4. Prevalencia de trastornos mentales	25
1.2. LA FAMILIA	27
1.2.1. Concepto de familia	27
1.2.2. Tipos de familias	28
1.2.3. Funciones de la familia	30
1.3. FUNCIONALIDAD FAMILIAR	31
1.3.1. Concepto de funcionalidad familiar	31
1.3.2. Concepto de disfuncionalidad familiar	32
1.3.3. Teorías de la Funcionalidad Familiar	34
1.3.4. Consecuencias de la disfuncionalidad familiar	37
1.3. CANTÓN NABÓN	39
1.3.1. Descripción del Cantón de Nabón	39
CAPÍTULO 2	40
2.1. MARCO METODOLÓGICO	40
2.1.1. Metodología	40
2.2. Objetivos de la investigación	40
2.2.1. Objetivo general	40
2.2.2. Objetivos específicos	40
2.3. Participantes	40
2.4. Instrumentos	41
2.5. Procedimiento	48
CAPÍTULO 3	49
3.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS	49
3.1.1 Análisis de variables	49
3.1.2. Análisis de las variables sociodemográficas	50
3.2. Resultados	51

3.2.1. Análisis cuantitativo del instrumento MINI	52
3.2.2. Análisis cuantitativo del instrumento FFSIL	53
3.2.3. Análisis de la prevalencia de trastornos mentales y su relación con la funcionalidad familiar en adultos del cantón de Nabón.....	54
3.3. Conclusiones del análisis.....	54
<i>CAPÍTULO 4.....</i>	56
<i>DISCUSIÓN.....</i>	56
<i>CONCLUSIONES.....</i>	61
<i>RECOMENDACIONES.....</i>	62
<i>Referencias.....</i>	63
<i>ANEXOS.....</i>	75

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	21
Clasificación de los Trastornos mentales en el DSM-V	21
Tabla 2	44
Clasificación de los Trastornos Mentales en el MINI	44
Tabla 3	47
Variables de la prueba FF-SIL	47
Tabla 4	47
Puntuaciones de la prueba FF-SIL	47
Tabla 5	50
Característica de los participantes N=725	50
Tabla 6	54
Relación entre funcionalidad familiar y trastornos psicológicos	54

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	51
Datos obtenidos de la ficha sociodemográfica	51
Figura 2	52
Prevalencia de trastornos mentales.....	52
Figura 3	53
Funcionalidad familiar	53

ÍNDICE DE ANEXOS

<i>Anexo 1: Consentimiento informado.....</i>	<i>75</i>
<i>Anexo 2: Ficha sociodemográfica.....</i>	<i>77</i>
<i>Anexo 3: Entrevista neuropsiquiátrica MINI</i>	<i>80</i>
<i>Anexo 4: Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL).....</i>	<i>81</i>

PROBLEMÁTICA

Nabón es un cantón de la provincia del Azuay ubicado en una zona rural, habitado por 15.121 personas. Cuenta con grupos étnicos los cuales están expuestos a múltiples factores de riesgo, como el alto consumo de alcohol, drogas, problemas familiares y problemas de salud mental sin tratar, por lo que presuntivamente las malas relaciones entre miembros de la familia e interpersonales se encuentran presentes en su diario vivir. Los problemas frecuentes son: peleas entre hermanos, problemas que se presentan en la adolescencia, diferencia de opiniones y desacuerdos en la pareja, pérdida de la tranquilidad debido a conflictos entre padres, problemas de educación, problemas financieros, pérdida de trabajo, divorcio, adicciones, enfermedad mental o física y demás (Gerstner, 2018).

Se ha señalado que la prevalencia y aparición de las alteraciones de salud mental son el resultado de múltiples factores sociales, culturales, económicos y ambientales (Londoño et al, 2010), por lo que se considera relevante que por medio de esta investigación se conozca la relación existente entre la disfunción familiar y la presencia de diferentes trastornos mentales, debido a que la familia es la primera forma de organización social y su existencia se comprueba en todos los pueblos y épocas de las que hay testimonio histórico. De modo que constituye una categoría de carácter universal, siendo la misma de gran importancia para la salud mental de sus integrantes (Martínez, 2015).

INTRODUCCIÓN

La presente tesis tiene como tema: “Prevalencia de trastornos mentales y su relación con la funcionalidad familiar en adultos del cantón Nabón”. La importancia reside en determinar si el grado de funcionalidad dentro de la familia se relaciona con el origen de los trastornos mentales en los adultos del cantón Nabón y con el fin de poder realizar esta comparación se aplicó el FF-SIL que es el test de funcionamiento familiar, para evaluar el mismo conjuntamente con el MINI que es la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional con la cual se analizan los trastornos presentes en la población.

Según Sarabia (2017), la funcionalidad familiar se refiere al buen desenvolvimiento interpersonal de los miembros de la familia, la misma puede tener algunas características que permiten a la familia como grupo y por separado a cada uno de sus miembros ser competentes en responder de manera correcta y eficiente a las demandas que presenta la sociedad.

Se ha tomado como primera variable a la funcionalidad familiar, debido a que en este grupo primario es en donde se adquieren los rasgos particulares que le permitirán al sujeto adaptarse de una manera eficaz o no en los grupos o sistemas que decida conformar como también aprende a desarrollar la interacción y se prepara para desenvolverse en un futuro.

Según la OMS (2019) una de cada ocho personas, refiriéndose a una escala mundial, padece un trastorno mental, este suele ser caracterizado por una amplia variedad de discapacidades funcionales tanto personales como sociales, familiares, laborales, etc.

CAPÍTULO 1

1.1. TRASTORNOS MENTALES

1.1.1. Definición de trastorno mental

Se define como trastorno mental a cualquier alteración de la salud mental, sea o no la misma resultado de una alteración somática. En lo cual se incluyen los trastornos de la esfera psicótica o afectiva y los trastornos por abuso o dependencia de diferentes sustancias. (Badia et al., 2011, p. 540)

“La definición tradicional de trastorno mental, incluye de manera determinada a personas que son diagnosticadas de trastornos psicóticos (en especial con esquizofrenia o bipolaridad)”, y tienen graves consecuencias funcionales por su patología y que requieren de forma urgente atención y supervisión para poder ser parte de un grupo social y tener estabilidad en las distintas áreas en las que se desarrolla la persona (Madoz et al., 2017).

En la actualidad se hace referencia a los trastornos mentales no sólo a través de criterios clínicos y manuales numerados, sino también por “la temporalidad y el nivel de discapacidad” que la patología provoca. Por consiguiente, se pasa de un modelo médico a un modelo integrador que junta a los síntomas con los factores psicosociales, la vida en familia e incluso la manera en como se desarrollan los individuos, es decir tomando en cuenta el ambiente en donde se desenvuelve dicha persona (Espinosa y Valiente, 2017).

Según la Organización Mundial de la Salud: “La prevalencia de trastornos mentales se encuentra en persistente crecimiento, provocando daños graves en lo que respecta a la salud como también consecuencias en lo social, lo económico y en el ámbito de los derechos humanos en todo el mundo” (OMS, 2022).

El precio de la sociedad también puede ser revelador e incalculable en lo que respecta a: sentirse rechazado por una sociedad, los prejuicios, la discriminación y también a la ausencia

o falta de oportunidades laborales para los individuos con un diagnóstico de algún trastorno mental (Valencia, 2007).

Se estima, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que “una de cada cuatro personas, es decir, un 25% de la población presente en el mundo, padece algún trastorno mental o del comportamiento durante el transcurso de su vida”.

Analizando las mismas cifras la Organización Mundial de la Salud (2020), afirma que “aproximadamente, mil millones de individuos viven día a día con al menos un trastorno mental dentro de la sociedad”.

Los trastornos mentales se encuentran en el grupo de los más dañinos y perjudiciales con respecto a otras patologías o valoraciones, debido a su alta prevalencia, su larga duración y resistencia a terapia o tratamiento, temprana edad de diagnóstico, falta de investigación, gran repercusión en distintas áreas de desarrollo de las personas, provocando incluso cierta discapacidad que varía dependiendo del nivel de la misma. Los sondeos y encuestas comunitarias sobre la salud mental y los trastornos son de gran ayuda y utilidad para la planeación y puesta en marcha de nuevas técnicas y tecnologías que aporten para la misma, el desarrollo epidémico ha sido una de las áreas de mayor estudio por parte de la Organización Mundial de la Salud en lo que respecta a la Salud Mental (Stagnaro et al., 2018).

Es importante mencionar que los trastornos mentales, tanto los neuropsiquiátricos como los del comportamiento, son un punto preocupante no solo para quienes tienen el diagnóstico, sino también para su familia, círculo social donde se desenvuelven, e incluso para los profesionales tratantes e instituciones que colaboren (Valencia, 2007).

Conforme a la Organización Mundial de la Salud (2005) en la actualidad se ha calculado que un aproximado de cuatrocientos cincuenta millones de personas en el mundo padecen o tienen algún trastorno mental, que les provoca incapacidad y dificultad para desarrollarse.

De este grupo de personas, aproximadamente el 33% de ellos tienen depresión; el 20% tiene trastornos provocados por el abuso sustancias como las drogas o el alcohol; el 5,5% padece un cuadro de esquizofrenia y un 8,2% de demencia, se sabe también que un millón de personas se suicidan cada año y entre diez y veinte millones lo han intentado o al menos han pensado en como lo harían (Saraceno, 2004).

Según Valencia (2007), lo que provoca o la causa de los trastornos mentales no es solo una o única, involucra una mezcla de varios factores los cuales son: “biológicos, afectivos, genéticos, psicológicos, emocionales, psicosociales, cognitivos, ambientales y sociales”.

El modelo estándar que es usado en la actualidad es el “biopsicosocial” es decir aquel que abarca tanto la parte biológica y genética, psicológica o mental y la social o de interacción. Siendo el elemento biológico aquel que se relaciona con el cerebro y lo neurocognitivo como también aquella parte heredada; y el componente psicosocial es el que tiene que ver con la forma de interacción y de desarrollo de la persona frente a otras (Valencia, 2007).

Es importante conocer que los factores de riesgo y de protección con lo que respecta a los trastornos mentales son tanto individuales o personales como también pueden estar relacionados con el ámbito familiar, el biológico, la parte emocional, la cognitiva, la conductual y lo interpersonal. Los mismos pueden tener un gran impacto en la salud mental durante períodos importantes a lo largo de la vida de una persona e incluso pueden llegar a afectar a más de una generación o a familiares y personas cercanas (OMS, 2018). Como, por ejemplo, las conductas de riesgo durante el embarazo tales como el alcoholismo, drogas o el abuso físico; los primeros años de maternidad son de gran importancia para los pequeños y pueden llegar a causar vulnerabilidades neuropsicológicas, afectivas y sociales (Brown & Sturgeon, 2005).

Los trastornos mentales son parte de un gigante reto y preocupación para la salud tanto pública como para la privada en la actualidad, debido a que están entre las causas más cruciales de morbilidad y sus consecuencias suelen ser graves provocando incluso en algunos casos

incapacidad. Asimismo, son diagnósticos de una evolución larga que por lo general se conoce su inicio en la adolescencia o a los principios de la adultez, y afectan a varios ámbitos del individuo en donde se desarrolla, es decir en su vida íntima, con su familia, al socializar e incluso se dificulta lo relacionado a encontrar o ser aceptado en un trabajo (Campo y Cassiani, 2008).

Según Campo y Cassiani (2008) los trastornos mentales son estudiados desde los años 80, y se sabe que existe una relación entre la formación como estudiantes y los trastornos mentales, es decir al tener un nivel superior educativamente las posibilidades de que esa persona sea diagnosticada un trastorno mental son menores, teniendo en cuenta que siempre existen excepciones.

El nivel socioeconómico es otro ámbito que tiene relación con la aparición y prevalencia de trastornos mentales, se conoce que a menor economía y niveles inferiores de educación, más altas serán las probabilidades de tener o desarrollar una enfermedad mental. Por lo que existe una relación estrecha entre el ámbito social, económico, educativo y familiar con el surgimiento de los trastornos mentales (Madoz et al., 2017).

Durante los últimos 30 años, se han dado un sin fin de cambios importantes con respecto a la atención de pacientes diagnosticados con trastornos mentales, debido a la reforma psiquiátrica y a la creación de nuevos recursos sociosanitarios, provocando una mejora en la calidad y forma de vida de dichos individuos. Lo cual debe continuar y mejorar durante los años siguientes con el objetivo de ayudar a los pacientes a tener una vida más estable y a sus familiares con menor preocupación, pensando tanto en la parte física como también en la psicológica y emocional (Madoz et al., 2017).

Posada et al. (2003) afirman que “el avance científico y tecnológico en la modernidad se ha visto revelado en mejores alternativas de atención para la salud mental de la humanidad” (p. 242), de igual manera, existen opciones nuevas para el diagnóstico y tratamiento, mejoras

también con respecto a los fármacos y psiquiatría ya que es un trabajo interdisciplinario para poder abarcar dicha área. Los estudios han avanzado tanto que incluso el tiempo de hospitalización es menor y la calidad de vida de la gente ha mejorado de manera significativa a pesar de que no se espera que la prevalencia disminuya, es más se conoce que existirá un aumento de enfermos mentales conforme pasen los años debido a problemas económicos, violencia física y psicológica, abuso de drogas y alcohol, globalización, envejecimiento de la población, contaminación entre otros.

1.1.2. Clasificación de los trastornos mentales

“Es de gran importancia mencionar que durante varios años la psiquiatría ha tenido como una de sus funciones y servicios dar a conocer y presentar la clasificación de los distintos trastornos” (Tizón, 2014).

Existen varios autores e incluso libros que tratan sobre la clasificación de los distintos trastornos, sin embargo, existe uno en específico que solo enumera a los que pertenecen o están relacionados a la salud mental y se lo conoce como Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales y está traducido a varios idiomas y se usa en varios países. Según Sandín en su artículo publicado en la revista española de psicopatología y psicología clínica afirma que:

Han transcurrido varios años desde que la American Psychiatric Association dio a conocer la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-I), el cual fue usado por varios profesionales de salud mental. A continuación de lo mencionado, las revisiones y variaciones del mismo se han dado por periodos de 15 años como un aproximado de tiempo, en donde se han realizado varios cambios significativos e importantes en la aplicación y clasificación de los mismos.

El DSM-I que fue manejado en 1952, involucraba a 3 grupos de trastornos: psicosis orgánicas, neurosis psicógenas y trastornos relacionados al carácter.

En el DSM-II en 1968, se aumentó el número de trastornos mentales, pero aún no se contaba con criterios formales que puedan servir para delimitar los límites de cada trastorno o con especificaciones detalladas. Se conoce que solo daban descripciones básicas de los trastornos mentales de forma general, tomando en cuenta sobre todo que en esa época el modelo que dominaba el área mental y el principal era el psicoanalítico y todo lo relacionado al mismo. No obstante, a partir de los años ochenta, con la actualización del DSM-III, se dio un fuerte avance que cambió la clasificación de los trastornos mentales y también el paradigma riguroso en la psiquiatría. El DSM-III dio prioridad y énfasis a las categorías de enfermedad en lugar de a los límites entre la conducta tanto normal como anormal, dicotomías en lugar de dimensiones, y síntomas manifiestos en lugar de mecanismos ocultos.

Luego con la aparición del DSM-IV, se dio un incremento en la numeración de trastornos mentales, y se mejoró los criterios y la descripción de las diferentes categorías diagnósticas incluyendo un mayor número de detalles y descripciones, lo cual facilitaba a las personas que usaban dicho libro para poder dar diagnósticos asertados y firmes.

Finalmente, el DSM-V con mayores especificaciones y después de varios cambios, clasifica los trastornos mentales en 19 clases principales y tres clases marginales, los cuales se pueden observar en la tabla 1. (2013)

Tabla 1*Clasificación de los Trastornos mentales en el DSM-V*

Trastornos Mentales del DSM-V
Trastornos del neurodesarrollo
Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
Trastornos bipolares y trastornos relacionados
Trastornos depresivos
Trastornos de ansiedad
Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados
Trastornos relacionados con traumas y estresores
Trastornos disociativos
Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados
Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria
Trastornos de la eliminación
Trastornos del sueño-vigilia
Disfunciones sexuales
Disforia de género
Trastornos perturbadores, del control de impulsos y de conducta
Trastornos relacionados con sustancias y adictivos
Trastornos neurocognitivos
Trastornos de la personalidad
Trastornos parafílicos
Otros trastornos mentales
Trastornos del movimiento inducidos por medicación y otros efectos adversos
Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

Nota. Títulos por tipo de Trastorno Mental.

1.1.3 Causalidad de los trastornos mentales

Los trastornos mentales existen alrededor del mundo, constituyendo así un problema universal y consecuencias a nivel personal, familiar, social, laboral para quienes lo padecen,

también tienen factores predisponentes, precipitantes y desencadenantes que los pueden causar. Los factores predisponentes son todas aquellas circunstancias que aumentan el riesgo de padecer trastornos, mientras que los factores precipitantes son los acontecimientos estresantes para el sujeto, o que le generan cambios importantes en su salud mental, aumentando aún más la probabilidad de desarrollar un trastorno mental y por último los factores desencadenantes son circunstancias o eventos que generan el trastorno.

Según Collazos (2007) las causas de los trastornos mentales son una serie de factores psicológicos, genéticos, biológicos, emocionales, cognitivos, sociales, entre otros. El componente biológico incluye ciertas alteraciones en algunas áreas cerebrales y el componente psicosocial alteraciones en las relaciones interpersonales y transpersonales. Actualmente existen varias corrientes terapéuticas para tratar los trastornos mentales, algunos de ellos necesitarán únicamente un plan terapéutico, mientras que los más graves deberán ser acompañados por un tratamiento psiquiátrico.

Según Medisan (2020) la generación de los trastornos mentales en personas adultas se podría deber a que cuando niños, padecían rasgos asociados a un perfil introvertido, antecedentes personales y familiares de enfermedades físicas y mentales, vulnerabilidad al estrés, disfunción familiar, sobreprotección parental, así como también situaciones de riesgo como la separación de los padres, abandono de los padres y/o familiares cercanos, bullying, abuso y acoso sexual, entre otros.

Así como en la causalidad existe una serie de factores psicosociales que están detrás de la aparición de los trastornos mentales, los adultos con trastornos mentales diagnosticados pueden empezar a tener problemas interpersonales con la aparición de los mismos; convirtiéndose los problemas interpersonales en una ruleta rusa por la cual tendrán que pasar en algún momento.

1.1.3.1 Causalidad bioquímica de los trastornos mentales

Según Kyes (1995), se ha comprobado que dietas con alto contenido de carbohidratos y bajo contenido de proteínas afectan los niveles normales de la serotonina en nuestro cuerpo, neurotransmisor natural que cuando está en niveles alterados o anormales tiene efectos cerebrales asociados con tendencias suicidas, agresión y violencia, alcoholismo y conducta impulsiva. Las funciones normales de la serotonina son el control de las emociones y el estado de ánimo aumentando así la felicidad y mejorando el humor, actúa como regulador del apetito causando la sensación de saciedad, regula la ansiedad y apetito sexual, controla la temperatura corporal. Mientras que los niveles bajos de serotonina están asociados a la depresión, fatiga, irritabilidad, cambios bruscos en el humor, insomnio, difícil control de la ira, aumentan los niveles de ansiedad, necesidad inmediata de sentir satisfacción sexual.

Según Halperin (1995) realizó un estudio en el cual comparó varones agresivos con no agresivos, ambos padecían de trastorno de déficit de atención diagnosticado combinado con hiperactividad. Se les administró la droga “fenfluramina” que simula los efectos de la adrenalina y noradrenalina, su función es provocar respuestas en el sistema serotoninérgico. Los resultados fueron positivos en los niños agresivos al bajar así los niveles de serotonina.

1.1.3.2 Causalidad genética de los trastornos mentales

Según Trucco (2002) se ha demostrado la existencia de interrelaciones entre los factores genéticos presentes y experiencias traumáticas del sujeto en su infancia, que resultan en sistemas CRH como se conoce a la Hormona del Estrés y el eje Hipotálamo y neuronas que son activadas causando hiperactividad, los cuales son los principales mediadores de las respuestas de estrés. Ambos sistemas generan una amplia influencia, tanto en el sistema nervioso central como en la periferia. Las alteraciones de los sistemas neuroendocrino e inmunológico pueden persistir en la edad adulta, dando como resultado una respuesta

desmesurada ante diversas fuentes de estrés. Esta respuesta exagerada al estrés probablemente constituye una de las bases para la generación de muchos trastornos depresivos y de ansiedad, aun cuando este modelo, de predisposición a contraer estrés, pueda no dar cuenta de la totalidad de los casos.

Según Virkkunen (1994) cree haber identificado variaciones genéticas específicas que predisponen a algunos individuos hacia la conducta suicida. Tomando casos de jóvenes rudos, descubrió que una variante del gen THP, cuyos códigos producen una enzima necesaria para la biosíntesis de la serotonina, estaba asociada fuertemente con los intentos suicidas tanto si los jóvenes eran, o no, impulsivos. Un segundo estudio demostró que bajos niveles del metabolito 5-HIAA (localizado en el líquido cerebro espinal) están asociados con un pobre control de la conducta impulsiva (sobre todo en alcohólicos). Por último, estudios en monos consistentemente demuestran altos niveles de agresividad cuando los niveles de serotonina son bajos.

1.1.3.3 Causalidad psicosocial de los trastornos mentales

La exclusión, discriminación y problemas sociales como las malas relaciones interpersonales pueden agravar la evolución o pronóstico de las enfermedades mentales. Con respecto a la nueva estructura del proceso salud-enfermedad de la actualidad, señala Ramirez (2012) que la medicina debe simplificar las bondades del enfoque higiénico social y la distribución, frecuencia y factores de las enfermedades, desde el inicio del hombre, su naturaleza sociobiológica y la estructura de salud del individuo que incorpora factores biológicos, psicológicos y sociales del mismo.

Según Caballero (2004), alrededor del mundo, alcanzan una importancia considerable las enfermedades mentales, es así que se hace cada vez más necesario conocer el porcentaje de la población que se enferman anualmente, las características clínicas y epidemiológicas de las enfermedades mentales, el número de personas que requieren ayuda psiquiátrica y, por tanto,

las graves consecuencias que en la vida social provocan el desequilibrio o la ausencia de la salud mental.

Según Valero (2004), mediante su investigación, concluye que en la etapa escolar se ha demostrado, la presencia de factores de riesgo psicosociales y organizacionales. Los factores estresantes por ejemplo en el ambiente de los profesores pudieron guardar relación causal o desencadenante en la manifestación y desarrollo de los Trastornos Mentales Cognitivos observados en la población estudiada, especialmente si se tiene en cuenta que en diversas de las investigaciones se ha demostrado una asociación entre el estrés y los trastornos neuróticos y afectivos, los Trastornos Mentales Cognitivos de mayor prevalencia en este estudio; igualmente los estados psicóticos y de déficit mental, aunque tienen origen orgánico, pueden interactuar con situaciones de conflicto emocional o de competencia, provocando episodios de crisis o descompensaciones.

1.1.4. Prevalencia de trastornos mentales

Según la Organización Mundial de la Salud (2013) la salud mental se refiere a un estado de bienestar consciente que le permite a la persona ser funcional, productiva, adaptable a las circunstancias y capaz de aportar a la comunidad. Además, esta es una pieza clave en el bienestar y la calidad de vida del ser humano, por lo cual un desequilibrio a este nivel lleva a efectos y consecuencias altamente negativas. De esta forma, se hace evidente la relevancia de los estudios epidemiológicos en salud mental, los cuales permiten la identificación de factores de riesgo y protección asociados con las enfermedades mentales, así como el planteamiento de estrategias de evaluación, intervención y prevención basadas en estudios para así aumentar la probabilidad de su eficiencia (Barrera et al., 2012).

Los datos arrojados por la encuesta mundial de salud mental indican que el riesgo de padecer cualquier trastorno mental, según los criterios del DSM-IV en Latinoamérica en

personas mayores de edad, informaron prevalencias globales de los trastornos mentales a lo largo de la vida cercanos al 50% (Campo y Cassiani, 2008).

Las enfermedades mentales más comunes son la depresión y la ansiedad. La Organización Panamericana de la Salud (PAHO) calcula que cuatro de cada cien personas en el mundo padecen de un trastorno depresivo diagnosticado y tres de cada cien, al menos uno de ansiedad o relacionado al mismo (Loaiza, 2019).

Por grupos de trastornos, los de ansiedad fueron más frecuentes que los afectivos en varias encuestas transversales aplicadas en diferentes países de América. En los estudios europeos el grupo de los trastornos del afecto tiene una prevalencia más alta, en otros estudios el abuso de alcohol y los episodios depresivos son los más prevalentes (Campo y Cassiani, 2008).

En América Latina, aunque la presencia de un diagnóstico psiquiátrico debería incrementar el uso de servicios psicológicos y psiquiátricos, los pacientes diagnosticados casi nunca acuden o buscan ayuda (Sartorius et al., 2007).

Hasta la fecha la cifra de personas con trastornos mentales diagnosticados supera ampliamente el porcentaje de las personas diagnosticadas que buscan un tratamiento adecuado, a pesar de la existencia de tratamientos eficaces y de la multitud de profesionales capacitados (Kohn et al., 2005).

Según el Ministerio de Salud de Ecuador (2010) al realizar un censo en dicho año, obtuvo que la población masculina padecía en su mayoría de una discapacidad mental en comparación a la población femenina; así mismo la población masculina lideró el rango en lo que respecta a padecer una discapacidad psiquiátrica.

Según la Organización Mundial de la Salud (2017) “aproximadamente un 30% de la población ecuatoriana padece algún problema o deterioro mental”. Los trastornos mentales con mayor prevalencia en el Ecuador presentes son: los trastornos depresivos y trastornos de

ansiedad. Los cuadros relacionados a la depresión y su clasificación estuvieron presentes con mayor frecuencia en personas con un estado civil marcado como viudo, sin estudios académicos previos y con alguna discapacidad (Molina et al., 2019).

En la población colombiana, como resultado de un estudio realizado, se pudo observar que aproximadamente el 70% de la muestra de las personas que han acudido a consulta psicológica, han reportado algún trastorno mental diagnosticado, del cual la mayoría han sido mujeres. Con respecto al género se encontró que los trastornos que más se presentan en las mujeres son los trastornos depresivos, angustia y fobias en especial la social. En los hombres los trastornos que se diagnostican mayormente fueron la depresión y trastornos asociados al uso de sustancias (Hurtado et al., 2011).

1.2. LA FAMILIA

1.2.1. Concepto de familia

Desde los periodos prehistóricos, es decir desde lo más antiguo como es el período paleolítico, el cual se caracterizaba por el nomadismo, elaboración de herramientas, y primeras expresiones artísticas hasta la actualidad, el presente y en varias o la mayoría de culturas, la familia ha ocupado un lugar central e indispensable para la supervivencia (Meza & Páez, 2016).

Según González (2016) en su tesis doctoral de la Universidad de Alicante menciona que durante los últimos años la familia ha sido de gran importancia y un motivo de estudio y análisis para varias disciplinas como son la medicina, psicología, sociología entre otras, ya que su funcionalidad y desarrollo es de gran influencia para el bienestar de quienes la integran.

Según Quintero (2013) “la familia es aquel grupo primario que acompaña al ser humano desde su origen, define y forma las dimensiones más básicas de la persona y los procesos de socialización y protección tanto psicológica como afectiva” (p. 4).

La misma es el principal grupo al que pertenecen las personas e influye de gran manera en las trayectorias vitales, está constituida por la pareja y los hijos. No obstante, el proceso histórico y social presenta diferentes estructuras familiares. Esto tiene relación con las transformaciones culturales. (Quintero, 2013, p. 6)

Según las investigaciones con el paso del tiempo, la familia es aquel escenario básico para que los hijos o hijas adquieran y aprendan reglas, normas, límites y roles que les servirán para la convivencia en sociedad (Gallego, 2012).

Durante la historia el concepto de familia ha tenido varias connotaciones como ser la organización básica social, el núcleo de un individuo, la unión de dos personas con el fin de tener hijos, el centro encargado de las primeras socializaciones entre otros por lo que es necesario recalcar que no existe una única definición de este concepto y que con el paso de los años la misma seguirá cambiando tanto en descripción como en clasificación (Gallego, 2012).

Por lo que tradicionalmente y con el paso del tiempo se puede decir que la familia es el sitio fundamental y primordial en el cual se comparten y gestionan los riesgos sociales de cada uno de sus miembros (Carbonell et al., 2012).

1.2.2. Tipos de familias

En la actualidad existen varios autores y diversidad de clasificaciones familiares debido a que las formas de convivir han cambiado en las últimas décadas, según González (2016), existen:

- Familias ensambladas, que son aquellas que se forman a partir de adultos divorciados, separados o que ya no tienen relación con su pareja y forman una convivencia con una nueva en donde incluyen a los hijos que tuvieron con otras parejas.
- Familias compuestas, aquellas que suman o unen a otros individuos a vivir con ellos los cuales pueden ser consanguíneos como también no serlo.
- Familias monoparentales, aquellas que cuentan con una sola figura paterna o materna.

-Familias de parejas del mismo sexo, aquellas que conviven con dos padres o dos madres.

-Familias extensas, aquellas que viven con otros parientes consanguíneos aparte de la familia nuclear, es decir como abuelos, tíos, primos entre otros. (p. 6)

Según el psicólogo Corbin (2016) la familia es un factor importante para todos los niños por lo que su clasificación es necesaria, para él existen 8 tipos de familias las cuales son:

-Familia nuclear, aquella la cual se conoce como típica y está confirmada de forma biparental. En la que la mayoría de instituciones inculcan a las personas a formarla.

-Familia monoparental, en la cual un solo padre se hace cargo de la unidad familiar. Las causas pueden ser varias como divorcios, separaciones, muerte del cónyuge, abandono entre otras.

-Familia adoptiva, aquella que adopta a un niño, niña o a algunos niños.

-Familia sin hijos, aquella que no llega a tener descendientes, puede deberse a varios motivos ya sea por dificultad fisiológica, física o por la decisión de no ser padres.

-Familia de padres separados, aquella que debido a una crisis o decisión los padres ya no conviven juntos.

-Familia compuesta, aquella en la que se unen otras familias, suele pasar en separaciones donde se convive con la familia de un padrastro o madrastra, por ejemplo, son más características en la zona rural.

-Familia homoparental, la cual tiene dos padres o madres homosexuales.

-Familia extensa, en la cual viven varios familiares, no solo los que forman la familia nuclear.

De acuerdo a los reconocidos autores Minuchin y Fishman (1981) en su libro llamado “Técnicas de Terapia Familiar” en la edición publicada en Argentina en el año 2004, es de gran importancia conocer la composición familiar, los mismos publicaron la siguiente clasificación:

- Familia de pas de deux, aquella compuesta por dos personas por ejemplo madre e hijo o padre e hija.
- Familia de tres generaciones, aquella familia extensa característica de clase media baja y sitios rurales, en ella conviven mínimo más de dos generaciones.
- Familia con soporte, aquella en la que los hijos mayores reciben ciertas responsabilidades parentales. En caso de no manejarse de forma correcta los límites y reglas los hijos encargados pueden presentar conductas negativas o disfuncionales.
- Familia acordeón, aquella en la que uno de los progenitores se mantiene alejado de su familia por tiempos prolongados, ya sea por trabajo u otra situación.
- Familia cambiante, aquellas que roten de manera seguida a distintos lugares o domicilios.
- Familia huésped, aquella en la que una niña o niño son miembros de una familia de manera temporal.
- Familia con padrastro o madrastra, aquellas en las que su padre o madre después de una separación tiene otra pareja que convive en su hogar.
- Familia con un fantasma, cuando un miembro de la familia ha fallecido.
- Familias descontroladas, aquellas que no tienen una organización o límites claros.
- Familia psicósomática, aquellas familias que parecen estar estables o llevarse bien solo cuando uno de los miembros está enfermo o presenta síntomas. (pp. 64-73)

1.2.3. Funciones de la familia

Toda familia tiene un tipo a la cual pertenece es decir una manera en la cual está formada y puede ser llamada de diversas maneras dependiendo la clasificación de cada autor, sin embargo, también llevan ciertas funciones en donde incluso se puede ver que tan funcionales o disfuncionales son. En lo que respecta a las funciones básicas de las mismas son: la educación, la religión, la cultura, el cuidado, la espiritualidad, la parte

económica y sobre todo la satisfacción de necesidades ya sean biológicas, físicas, afectivas como también materiales en donde se desarrolla la afectividad y se aprende a convivir en sociedad. (González, 2016, pp. 6)

Las funciones que tiene una familia pueden ser divididas en distintos campos:

La función biopsicosocial de la familia, la cual se vincula a las relaciones afectivas y sexuales, así como al cuidado y crianza de los hijos, la parte social de la relación como también la emocional.

La función económica tiene que ver con el ámbito laboral, es decir, el trabajo y el presupuesto económico de la familia; aquello que sirva para conseguir bienes y servicios que satisfagan las necesidades de quienes la conforman.

La función cultural-espiritual es aquella en la que se inculca a los otros miembros lo que son valores y espiritualidad.

La función educativa está relacionada con el desarrollo psíquico del niño durante toda su vida ya que las enseñanzas tienen que ver desde cómo comunicarse hasta que hábitos tendrá en un futuro (Martín & Tamayo, 2013).

1.3. FUNCIONALIDAD FAMILIAR

1.3.1. Concepto de funcionalidad familiar

Antes de definir conceptos, es de gran importancia mencionar que la familia no es un único criterio que ha permanecido de manera estática a lo largo del tiempo, al contrario, se habla de la misma como un concepto dinámico es decir que ha cambiado y se ha adaptado a los diferentes contextos en donde ha sufrido varias transformaciones las cuales van acorde a la época en la que se encuentra cada grupo social, de tal manera que Fuentes y Merino (2016) mencionan que: “es necesario recalcar que no se puede hablar de familia como una forma de

constitución única ya que en la actualidad hay múltiples formas y maneras de constituir una familia”.

La misma tiene un papel importante, el cual se trata de la construcción del autoconcepto y autoestima de los niños ya que en la misma se dan las primeras interacciones, conversaciones, expectativas e incluso es donde aprenden a respetar las diferentes opiniones y pensamientos, siempre y cuando exista una funcionalidad familiar y buena comunicación (De León & Silió, 2010).

Higueta y Cardona (2014) afirman que: “las familias se definen como funcionales por presentar comunicaciones sanas, claras, directas en donde se pueden diferenciar los roles de los miembros que la conforman, también se puede ver la resolución de problemas, la cohesión que existe, como también la forma de comprensión y que tan solidarios son como grupo”.

La familia es considerada un refugio afectivo y de aprendizaje social. Al ser la misma funcional, las personas tendrán relaciones sanas y estarán alegres. La misma constituye la base de la sociedad, aquel medio natural para que sus miembros se desarrollen por lo que un establecimiento familiar sano contribuirá a una relación familiar con armonía y apta para resolución de problemas (Cid et al., 2014).

Por lo que González et al. (2012), definen a las familias funcionales como aquellas capaces de formar un entorno en el cual sus miembros puedan desarrollarse, por lo general no cuentan con integrantes que sufran trastornos psicológicos graves. La funcionalidad se asocia a varias características de un núcleo familiar como: cohesión, flexibilidad, comunicación, estrés, conflictos, emociones, vínculos, entre otros.

1.3.2. Concepto de disfuncionalidad familiar

Desde la antigüedad hasta el presente, la familia es considerada el primer núcleo en donde se desarrolla y educa la persona, en el cual se aprenden hábitos, costumbres, rutinas,

modales y cultura que le permiten al sujeto crear relaciones interpersonales, como también es el lugar en el cual una persona puede experimentar problemas (Sabatfcela, 2018).

Verdecia y Barrios (2016) definen a las familias disfuncionales como aquellas que tienen un fracaso en los roles, en la cual no existen reglas o límites tendiendo así a desarrollar problemas constantes entre los miembros.

Según Carreras (2014), menciona que autores como Beavers y McMaster afirman que una de las características que mayormente comparten las familias disfuncionales es la incoherencia, la cual se hace notar por la incongruencia entre lo que dicen y hacen los padres a sus hijos, siendo así un mal modelo de educación para los mismos.

Espinoza (2015) en su estudio sobre la disfuncionalidad familiar la señala como la falta de cumplimiento de las funciones básicas tales como la biológica, financiera, transpersonal, social, cultural, entre otras, presentes en núcleos familiares.

Existen varias características presentes en las familias disfuncionales, según Pérez & Reinoza (2011) como la falta de cohesión entre los miembros que es de gran riesgo dentro de las familias ya que los miembros tienden a no expresarse con asertividad llevándoles así a la imposibilidad de solucionar problemas, produciendo respuestas agresivas o negando los problemas, este tipo de contratiempos generan en los miembros angustia, depresión, ansiedad que podrán ser factores precipitantes para la aparición de trastornos mentales en los mismos. Mencionan también que la disfuncionalidad se debe a constantes manifestaciones de violencia física y mental, en donde las familias presencian actos agresivos y crueles generados por el irrespeto hacia los miembros.

Según López (2021) en Ecuador existen distintas circunstancias que provocan que una familia se catalogue como disfuncional y no siempre están relacionadas unas a otras. Una causa común en el país puede ser la insuficiencia de cumplimiento de roles por parte de los progenitores de la familia.

Fierro (2016) afirma que la disfuncionalidad puede afectar en algunos ámbitos como: “la comunicación, el estado de ánimo, las relaciones afectivas y el interés”. Menciona también que la disfuncionalidad familiar se ve afectada por el machismo generado por los progenitores, consumo de drogas o alcohol, violencia familiar, incapacidad de satisfacer necesidades (tanto emocionales como económicas) y abuso de poder entre miembros.

Otras causas comunes de la disfuncionalidad familiar son: progenitores separados, progenitores problemáticos, falta de comunicación o falta de asertividad en la misma, falta de tiempo y maltrato hacia los miembros (López, 2021).

1.3.3. Teorías de la Funcionalidad Familiar

La familia es una de las áreas más importantes para los seres humanos, por lo que se ha estudiado un fuerte vínculo entre la vida familiar, la salud y el desarrollo del sujeto (Arnett, 2008).

La disfunción del sistema familiar se puede observar cuando existe un desbalance entre los miembros de la familia transpersonal e interpersonalmente, ya que la estabilidad de la familia depende del intercambio emocional entre los miembros, así tiende a ser saludable o inestable según sea el caso (Garibay, 2013).

Rangel (2008) menciona que el apoyo social es una característica del grupo en el que desencadena una sensación de cuidado y amor hacia sus miembros comparada como si tuvieran una responsabilidad compartida frente a situaciones estresantes, mejorando la calidad de relación entre los mismos (Cobb, 1976).

La semejanza existente entre la salud y función de las personas, tomando como inicio a su núcleo familiar y su comportamiento en su diario vivir, genera las pautas necesarias para mantener el equilibrio, generando así mayor posibilidad en cumplir con los niveles de realización y autorrealización de sus miembros, de acuerdo con Zamponi (s.f):

Resolución de Problemas: La capacidad del sistema familiar para resolver problemas comunes como la alimentación, el aprendizaje, la parte económica o problema emocional de alguno de sus miembros. Para ello, las familias funcionales podrán identificar problemas asertivamente con el fin de solucionarlos de la manera más adecuada.

Comunicación: En el sistema familiar, será de vital importancia que los miembros adquieran la capacidad de comunicarse correctamente, es decir expresar con honestidad lo que sientan/crean sin afectar a los demás miembros, es decir, ser asertivos.

Roles: Los miembros de la familia deberán tener claros los roles que deberán desempeñar, sin que ésta sea una causa de jerarquización dentro de la misma, se deberá tratar a todos con respeto por igual.

Respuesta afectiva: Se refiere a la capacidad de responder a un estímulo emocional de manera adecuada, sin provocar extremos o represión de respuesta.

Compromiso afectivo: Trata del interés de los miembros de la familia por participar en actividades conjuntas con el fin de compartir tiempo de calidad entre sí.

Control conductual: Se refiere a poder controlar los factores que dificultan o facilitan una conducta entre algunos de sus miembros como en accidentes que les pueda suceder o cómo reaccionar ante acontecimientos poco usuales que ocurra en el núcleo familiar.

Por lo tanto, se puede concluir con que la actividad familiar conjunta corresponde a la gestión completa de sus miembros y comportamientos, facilitando la convivencia cumpliendo la asertividad en todas las áreas para obtener como resultado un núcleo familiar funcional (Vitry et al., 2019).

La función de la familia depende de una serie de factores que ayudan al desarrollo humano, para el buen desarrollo de la sociedad, y el factor importante es la comunicación porque es el medio a través del cual los miembros se pueden expresar y así poder conocer lo que les está sucediendo. Actualmente, este factor se consume por falta de tiempo para compartir

con la familia, divorcio de los padres o altas metas económicas, los progenitores pasan la mayor parte del tiempo fuera de casa, lo que significa que no tienen control sobre las reglas y límites en su hogar, lo que significa tiempo libre para padres e hijos que mayormente están ocupados usando Internet; comúnmente en las redes sociales, permitiéndonos comunicarnos virtualmente con todo tipo de personas, de forma rápida y fácil (Morán, 2016).

Según Garibay (2013) relata que las funciones principales de la familia son el cuidado y apoyo de sus miembros, la educación de los hijos y la satisfacción de sus necesidades. La familia es responsable de brindar cultura, costumbres y hábitos, los mismos que serán importante impulso en el desarrollo de los menores.

Para Castellón & Ledesma (2012), la funcionalidad familiar es el conjunto de el tipo de relaciones personales que se crean en el seno de cada familia. La familia es considerada la unidad mínima de la sociedad, pero a su vez se valora como un sistema social y se reconoce su complejidad como organismo vivo, aquí el individuo adquiere sus primeras vivencias, valores y manera de ver al entorno; la familia es un arma de doble filo ya que tendrá mucho impacto en la evolución de sus miembros.

Para Olson (1989) la funcionalidad familiar es la interacción del vínculo afectivo entre los miembros de la familia y tiene la capacidad de cambiar su estructura con un fin. La superación de las dificultades a las que se enfrenta la familia a lo largo de su ciclo vital es una clara señal de la funcionalidad dentro de los miembros. Cuando el sistema familiar está funcionando mal, podemos observar su disfunción, es decir, la disminución del funcionamiento de la familia puede significar inestabilidad emocional en sus miembros, pero aun así el mismo tiene arreglo siempre y cuando los miembros estén listos para cambiar actitudes interpersonales que generan desequilibrio en la familia.

La familia es el primer grupo del cual los individuos aprenden las normas básicas del comportamiento humano y las expectativas de vida, los progenitores serán personas

fundamentales para el acompañamiento no solo en la infancia sino durante toda la vida, usualmente estos comportamientos y valores aprendidos en la familia, serán los mismos que se enseñen a su futura descendencia, he ahí la importancia de un correcto funcionamiento familiar (Bezanilla et al., 2014).

Para que la familia se considere funcional es necesario evaluarla y, ante las dificultades, se pondrá a prueba la resiliencia de los miembros para lograr a un equilibrio emocional generando un hogar pacífico en el que el núcleo familiar permanezca cómodo y se pueda sentir seguro (Siguenza, 2015).

La familia es un sistema constituido por una red de relaciones en el que uno o varios miembros pasarán por cambios de comportamiento, existirán altos y bajos independientemente en cada miembro, la familia es el núcleo capaz de brindar sostenibilidad emocional o desequilibrio a los mismos, por ello la comunicación es un factor clave ya que de ella dependerá la solución de problemas dentro de la familia. Comunicarse con asertividad además de permitirles a los miembros desahogarse y expresar de esta manera lo que sienten con facilidad, dará paso a que obtengan una respuesta emocional correcta por parte de los otros miembros (Paladines et al., 2010)

La familia es considerada la unidad básica de la sociedad. Se considera un grupo social en el cual los miembros combinan el parentesco, así como la estructura y enseñanza de roles de sus padres y abuelos a su vez. Estas asociaciones que involucran relaciones biológicas, están principalmente determinadas por la cultura del núcleo (Bezanilla, J, et al. 2014).

1.3.4. Consecuencias de la disfuncionalidad familiar

Según Gómez (2009): “la disfuncionalidad familiar tiene que ver con la dificultad para expresar amor y afecto por parte de sus miembros”. Menciona también, que existe una probabilidad alta de que personas que provienen de familias disfuncionales, en un futuro tengan también una disfuncionalidad al momento de crear su hogar.

Una familia disfuncional puede tener consecuencias totalmente negativas, ya que afecta causando problemas en el desarrollo emocional, conductual y la manera en la que una persona comprende lo que sucede en el entorno, lo que incluso le imposibilita un adecuado desarrollo de la personalidad (Pérez et al., 2017).

Con respecto a los niños, la disfuncionalidad familiar produce graves consecuencias, según López et al. (2015) algunos de los resultados negativos son:

- Carencia de la capacidad de juego o de ser infantil,
- Un crecimiento psicológico y emocional rápido.
- Un crecimiento lento.
- Manifestación de alteraciones mentales como depresión, ansiedad, trastornos de personalidad o pensamientos suicidas en un futuro.
- Adicciones futuras.
- Revelación contra los padres.
- Falta de valores.
- Sentimientos de ambivalencia hacia miembros de la familia.
- Dificultad para relacionarse con sus pares.
- Trastorno del lenguaje, de aprendizaje o de la comunicación.
- Mal rendimiento académico.

Varias investigaciones han demostrado que la salud mental de los hijos tiene gran relación con la salud mental de los padres, y muchas veces se pasa esto por alto cuando en realidad es un elemento básico en lo que respecta a la crianza, formación y bienestar (Enriquez et al., 2021).

1.3. CANTÓN NABÓN

1.3.1. Descripción del Cantón de Nabón

El consultor turístico Larrea (2021), explica que según las creencias antiguas Nabón significa “nabo grande”, y esto puede deberse a que este vegetal se producía en cantidades gigantes dentro de este territorio en los tiempos cuando pasaban por el lugar los incas, los cañaris y españoles, es decir hace varios años.

Nabón es un cantón que se encuentra ubicado a 69 kilómetros de la ciudad de Cuenca en Ecuador, conectado por la autopista que va desde Cuenca a Loja, se conoce que la actividad principal o por la cual generan ingresos la mayoría de sus habitantes es la agricultura, y un 36% de sus habitantes constituyen la población económicamente activa. Según datos del SIISE Nabón está considerado como uno de los cantones más pobres del país, con aproximadamente un 87% de pobreza y 55% de indigencia (Alcaldía de Nabón, 2021), lo cual hace que sea un sitio vulnerable con respecto a problemas de distintos tipos incluso por la falta de educación de sus integrantes.

La organización de Nabón tiene un enfoque participativo y está en constante búsqueda de nuevas oportunidades. Promueven lo local y sus habitantes son comprometidos con el municipio y sus derivados. (Camino, 2010).

CAPÍTULO 2

2.1. MARCO METODOLÓGICO

2.1.1. Metodología

El enfoque metodológico de la presente investigación es de tipo correlacional, debido a la presencia de dos variables evaluadas estadísticamente; no experimental, debido a la ausencia de control sobre la o las variables independientes porque ya han ocurrido los hechos anteriormente; con un enfoque cuantitativo, basado principalmente en valores y números; de tipo transversal analítico, debido a que se realizó el análisis y medición del nivel de una o varias variables en un momento dado, tomando en cuenta que los datos fueron obtenidos por medio de fichas sociodemográficas y aplicación de instrumentos.

2.2. Objetivos de la investigación

2.2.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia de trastornos mentales y su relación con la funcionalidad familiar en adultos del cantón Nabón.

2.2.2. Objetivos específicos

- Identificar los trastornos mentales presentes en la población adulta de Nabón.
- Identificar la funcionalidad familiar.
- Relacionar los trastornos mentales con la funcionalidad familiar de la población adulta de Nabón.

2.3. Participantes

Esta investigación fue desarrollada en el cantón Nabón, con una muestra aleatoria obtenida por la división en conglomerados de acuerdo al número de habitantes de cada comuna

que participó en el estudio, obteniendo un total de 725 adultos para la muestra de los cuales 238 son hombres y 487 son mujeres, es decir la mayoría de adultos presentes en la investigación son pertenecientes al sexo femenino.

Criterios de inclusión: personas de 18 años en adelante, habitantes de la población de Nabón, participantes quienes hayan firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: habitantes del cantón Nabón que vivan menos de un año en el lugar y tengan nacionalidad extranjera, personas menores a 18 años, personas quienes se opongan a firmar el consentimiento informado.

2.4. Instrumentos

Para la presente investigación se ocuparon los siguientes instrumentos:

a) Consentimiento informado

Ficha la cual debe ser firmada por todos los participantes después de ser leída, con el fin de que conozcan sobre los instrumentos que serán aplicados, como también que entiendan la razón del estudio. La misma está estructurada con palabras sencillas las cuales son entendibles para el idioma y nivel de educación de las y los entrevistados. En el caso de que los participantes sean analfabetos, el entrevistador será quién dé lectura al mismo y posteriormente pida la huella dactilar del encuestado, la cual consta como firma.

b) Ficha sociodemográfica

Datos que son necesarios para entender una situación social. Esta herramienta consta de preguntas que nos permiten obtener información acerca de variables demográficas como: la edad, el sexo, lugar de nacimiento, estado civil, nivel socioeconómico, nivel de escolaridad, ocupación, familiares que han migrado, entre otras.

c) Entrevista neuropsiquiátrica para evaluar la prevalencia de trastornos mentales (MINI INTERNACIONAL)

Según Galli et al., (2002) las entrevistas psiquiátricas estructuradas son un diseño corto y preciso de los síntomas que poseen los principales trastornos, las cuales no intentan reemplazar y menos desplazar a lo que es una entrevista formal o principal la cual abarca diversos temas tanto generales como específicos. Se conoce la existencia de entrevistas psiquiátricas con estructura fundamentadas en: “la décima y onceava edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10 y 11) y también en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-V)” (p. 24).

La MINI es una entrevista neuropsiquiátrica estructurada que evalúa a los principales Trastornos Psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y del CIE 10. Las investigaciones y estudios realizados acerca de su validez y confiabilidad demuestran que es una prueba altamente aceptable y en la cual se puede confiar. La aplicación puede darse por parte del personal clínico o por quienes hayan recibido una preparación y entrenamiento completo previo para la aplicación del mismo (Bobes et al., 2000, p. 4), ya que: “las entrevistas estructuradas fueron diseñadas para ser aplicadas no solo por el personal clínico sino por los sujetos que han sido preparados con anterioridad para poder emplearlo” (Galli et al., 2002).

En las entrevistas estructuradas, las preguntas se realizan o preparan previamente, con un orden concreto y tienen diferentes grupos o distintas opciones para que la persona pueda elegir la más adecuada según su situación. Se realiza la aplicación a todos los individuos que hayan accedido a ser evaluados. Tiene como ventaja la facilidad de una organización inmediata, por lo que clasificar las respuestas y analizar las mismas puede tardar menos que otro tipo de entrevista además de que es confiable y generalmente objetiva. Como desventaja se puede mencionar que no es flexible en cuanto a la aplicación y respuestas concretas a elegir,

provocando una inadecuación del entrevistado y como resultado un análisis del caso con menos detalles (Díaz et al, 2013).

La MINI se encuentra separada en distintos módulos que son clasificados por las letras del abecedario, donde cada una pertenece a una distinta clase. Al inicio de cada trastorno se encuentran en un cuadro de color gris las preguntas relacionadas a los criterios del manual diagnóstico y en el final se encuentran los recuadros que sirven para que la persona que aplicó el test pueda identificar si él o la entrevistada cumplen con los criterios diagnósticos para dicho trastorno (Bobes et al., 2000).

Esta entrevista estructurada está traducida en 33 idiomas lo cual hace que su aplicación sea apta en distintos lugares y culturas, se encuentra clasificada por categorías con una duración aproximada de 15 minutos o más; siempre debe existir una capacitación previa a pesar de que la misma es de fácil entendimiento para el público en general (Galli et al., 2002). Es importante mencionar que la entrevista es una de las técnicas más utilizadas en la investigación en áreas de la salud, sobre todo en el presente. Se suele confundir a las entrevistas con las encuestas, siendo la primera de carácter cualitativa mientras que las encuestas se enfocan en el área cuantitativa y se manejan por lo general con números o porcentajes.

Tabla 2*Clasificación de los Trastornos Mentales en el MINI*

Módulos del MINI

- A. Episodio Depresivo Mayor
- B. Suicidalidad
- C. Episodios Maníacos e Hipomaníacos
- D. Trastorno de Pánico
- E. Agorafobia
- F. Trastorno de Ansiedad Social
- G. Trastorno Obsesivo-Compulsivo
- H. Trastorno por Estrés Postraumático
- I. Estado por Estrés Postraumático
- J. Dependencia de Alcohol
- K. Dependencia de sustancias (no alcohol)
- L. Trastornos Psicóticos
- M. Anorexia nerviosa
- N. Bulimia Nerviosa
- O. Trastorno de ansiedad generalizada
- P. Trastorno Antisocial de la Personalidad

Nota. Principales trastornos mentales psiquiátricos del EJE I que evalúa la entrevista diagnóstica estructurada MINI.

En las entrevistas uno de los propósitos que se tiene es obtener datos del emisor, pero debido a la falta de flexibilidad de las estructuradas no se permite obtener información más profunda y detallada, ya que la misma no logra adaptarse al contexto y a las características del entrevistado (Díaz et al., 2013). Por lo que este tipo de entrevista se la suele ocupar en investigaciones o estudios más no para conocer detalladamente sobre una persona.

El MINI fue aplicado a todos los adultos que conformaron la investigación con el fin de conocer la presencia o ausencia de distintos trastornos mentales en dicho cantón. Los aplicantes fueron estudiantes de la Universidad del Azuay, quienes tuvieron una preparación previa para obtener el conocimiento de los distintos instrumentos y herramientas.

d) Cuestionario de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL)

Según Pérez et al. (1997) se desarrolló el Cuestionario de Percepción del Funcionamiento Familiar, por un grupo de investigadores en Cuba, el objetivo del mismo es hacer que la práctica médica sea más humana y, por lo tanto, investigable y de esta manera medir la salud de la familia en la proporción en que se considera que las personas interactúan en su entorno familiar y social. Fue necesario crear un cuestionario FFSIL para de esta manera evaluar la actividad y dinámica familiar y conocerla mediante la aplicación a uno de sus miembros con la mayor discreción, alejados del área familiar para que el encuestado sea lo más honesto posible y así evitar que el cuestionario tenga poco grado de confiabilidad.

Este cuestionario es una herramienta eficaz que actúa como complemento dentro de una evaluación familiar, gracias a este podemos medir los niveles laborales de sus miembros y detectar los factores de riesgo existentes para la disfunción en la familia. Su aplicación e interpretación es relativamente fácil y generalmente suele ser aplicado por especialistas en psicología clínica y medicina (Coronel et al., 2020).

Comenzando con el principio que esta prueba es simple, económica y de fácil entendimiento para cualquier nivel académico y puede ser aplicada por profesionales como psicólogos, médicos, enfermeros, trabajadores sociales, entre otros. Para su elaboración, se realizó una profunda revisión bibliográfica y se obtuvieron los siguientes tipos:

- **Cohesión:** La unidad física y emocional de la familia frente a las diferentes situaciones y en la toma de decisiones sobre las tareas diarias.
- **Armonía:** La alineación de los intereses y necesidades de uno con los intereses de la familia, en un equilibrio emocional positivo.
- **Comunicación:** Los miembros pueden transmitir su experiencia y conocimiento de forma clara y directa.
- **Adaptabilidad:** La capacidad de cambiar las estructuras de poder, las relaciones de roles y las reglas, cuando se enfrenta a una situación que lo requiere.
- **Afectividad:** La capacidad de los miembros para experimentar y expresar sentimientos y emociones positivas hacia los demás.
- **Rol:** Cada uno cumple con las responsabilidades y funciones negociadas por la unidad familiar.
- **Permeabilidad:** La capacidad de proporcionar y recibir experiencias de familias y otras organizaciones (Pérez et al., 1997).

El funcionamiento familiar es definido como la dinámica que sucede entre los miembros de una familia y este instrumento lo evalúa por medio de 7 categorías: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles, adaptabilidad. Empleando 14 situaciones que podrían o no suceder en las familias encuestadas. Según el valor final que se obtenga, se concluirá si la familia es Funcional cuando el puntaje ha sido de 70-57 pts.; Moderadamente funcional 56-43 pts.; Disfuncional 42-28 pts.; Severamente disfuncional 27-14 pts. (Morocho, 2019).

Tabla 3*Variables de la prueba FF-SIL*

N° de situaciones	Variables que mide
1 y 8	Cohesión
2 y 13	Armonía
5 y 11	Comunicación
7 y 12	Permeabilidad
4 y 14	Afectividad
3 y 9	Roles
6 y 10	Adaptabilidad

Nota. Número de situaciones con las variables que mide correspondientemente.

Tabla 4*Puntuaciones de la prueba FF-SIL*

Funcionalidad familiar	Puntuación
Familia Funcional	70-57
Moderadamente Funcional	56-43
Disfuncional	42-28
Severamente Disfuncional	27-14

Nota. Diagnóstico del funcionamiento familiar según puntuación prueba FF-SIL.

2.5. Procedimiento

Se realizó la aplicación de los diversos instrumentos durante varios fines de semana, en donde se visitó distintas zonas rurales del cantón de Nabón, se dividió en distintos grupos a los encuestadores, quienes debían movilizarse muchas veces caminando varios kilómetros para poder llegar incluso a los sitios más lejanos con el fin de completar la muestra deseada para la cual se realizó antes una aleatorización de las viviendas. Una vez finalizadas las encuestas, se realizó la calificación y obtención de resultados los cuales fueron ingresados al programa SPSS V.21, obteniendo como resultado los análisis estadísticos (cuantitativos) con el fin de cumplir los objetivos de la investigación.

CAPÍTULO 3

3.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Las cifras fueron recolectadas desde noviembre del 2020 hasta junio del 2021 por lo que el levantamiento de datos se desarrolló en un período aproximado de 6 meses durante los cuales varios fines de semana un número de estudiantes de la Universidad del Azuay junto a profesores se trasladaron a distintos sectores del cantón de Nabón para poder realizar las encuestas y aplicación de inventarios. Los resultados se expresan mediante medidas de frecuencia, la asociación entre variables se comprobó mediante el estadístico Chi cuadrado, complementado con el OR e intervalos de confianza. El procesamiento de información fue realizado en el programa estadístico SPSS V27 y la edición de tablas y gráficos en Excel 2019, se trabajó con una significancia del 5% ($p < 0.05$), lo cual explica que un resultado estadísticamente significativo tiene menos de ese porcentaje de probabilidad de que ocurra como producto de la casualidad. Se maneja una muestra la cual cumplía con lo fijado tanto en los criterios de inclusión como también con los de exclusión.

3.1.1 Análisis de variables

La investigación fue realizada con 725 adultos del cantón de Nabón, en un 46.6% adultos de entre 20 y 40 años, 63.8% con una escolaridad inferior al bachillerato completo lo cual es un dato de gran importancia debido a que más de la mitad de adultos entrevistados no han culminado sus estudios. La situación laboral del 34.6% era de jornada completa y un 2.2% se encontraba estudiando, lo cual es un porcentaje sumamente bajo en comparación a la gente que no terminó de estudiar a pesar de que las escuelas y colegios del sector han avanzado durante los últimos años, por lo que se espera que el porcentaje de niños que se encuentran estudiando sea mayor.

3.1.2. Análisis de las variables sociodemográficas

Tabla 5

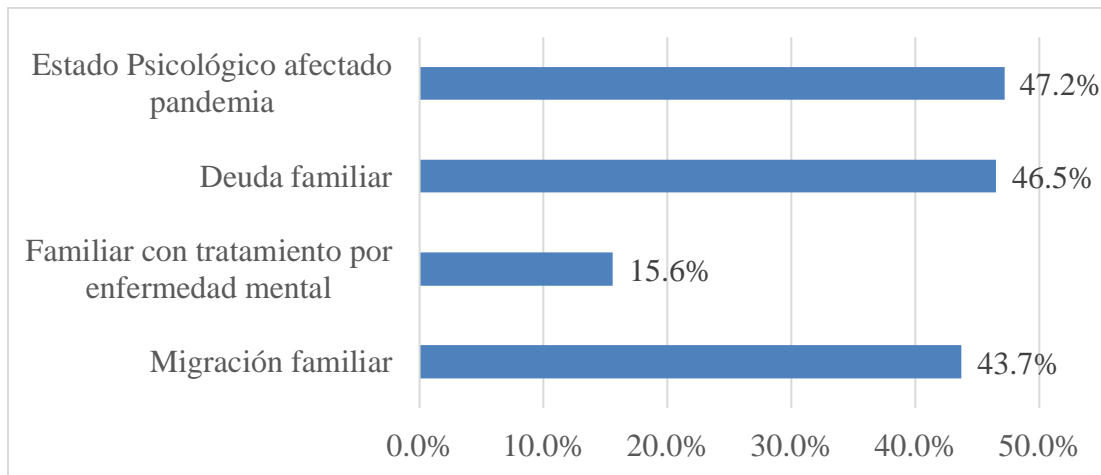
Característica de los participantes N=725

Característica	Hombres		Mujeres		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Edad en años	20-29	54	7,4	129	17,8	183	25,2
	30-39	41	5,7	114	15,7	155	21,4
	40-49	30	4,1	72	9,9	102	14,1
	50-59	34	4,7	68	9,4	102	14,1
	60-69	34	4,7	57	7,9	91	12,6
	70-79	30	4,1	34	4,7	64	8,8
	80-90	15	2,1	13	1,8	28	3,9
Escolaridad	Sin escolaridad	23	9,7	71	14,6	94	13,0
	Básica incompleta	82	34,5	173	35,5	255	35,2
	Básica completa	42	17,6	71	14,6	113	15,6
	Bachillerato incompleto	29	12,2	45	9,2	74	10,2
	Bachillerato completo	51	21,4	100	20,5	151	20,8
	Nivel tecnológico	3	1,3	5	1,0	8	1,1
	Nivel superior completo	8	3,4	20	4,1	28	3,9
	Nivel de postgrado		0,0	2	0,4	2	0,3
Situación laboral	Jornada completa	116	48,7	135	27,7	251	34,6
	Media jornada	30	12,6	47	9,7	77	10,6
	Trabajador ocasional	29	12,2	43	8,8	72	9,9
	Dueña de casa	5	2,1	153	31,4	158	21,8
	Estudiante	3	1,3	13	2,7	16	2,2
	Cambio de actividad		0,0	1	0,2	1	0,1
	Cesante	5	2,1	5	1,0	10	1,4
	Jubilado	12	5,0	10	2,1	22	3,0
	Otros	38	16,0	80	16,4	118	16,3

Al explorar algunas características demográficas adicionales, se determinó que más del 40% de participantes tenía un estado psicológico afectado por la pandemia, preocupaciones de deudas familiares y además migración familiar, los cuales son temas de gran importancia para quienes manejan estudios o investigaciones sobre la salud mental. También se determinó que el 15.6% de participantes tenían familiares con tratamiento por enfermedad mental, lo cual a pesar de ser un valor inferior a la mitad es un porcentaje fundamental para entender y analizar las respuestas de los reactivos aplicados.

Figura 1

Datos obtenidos de la ficha sociodemográfica



Nota. Características adicionales de los participantes.

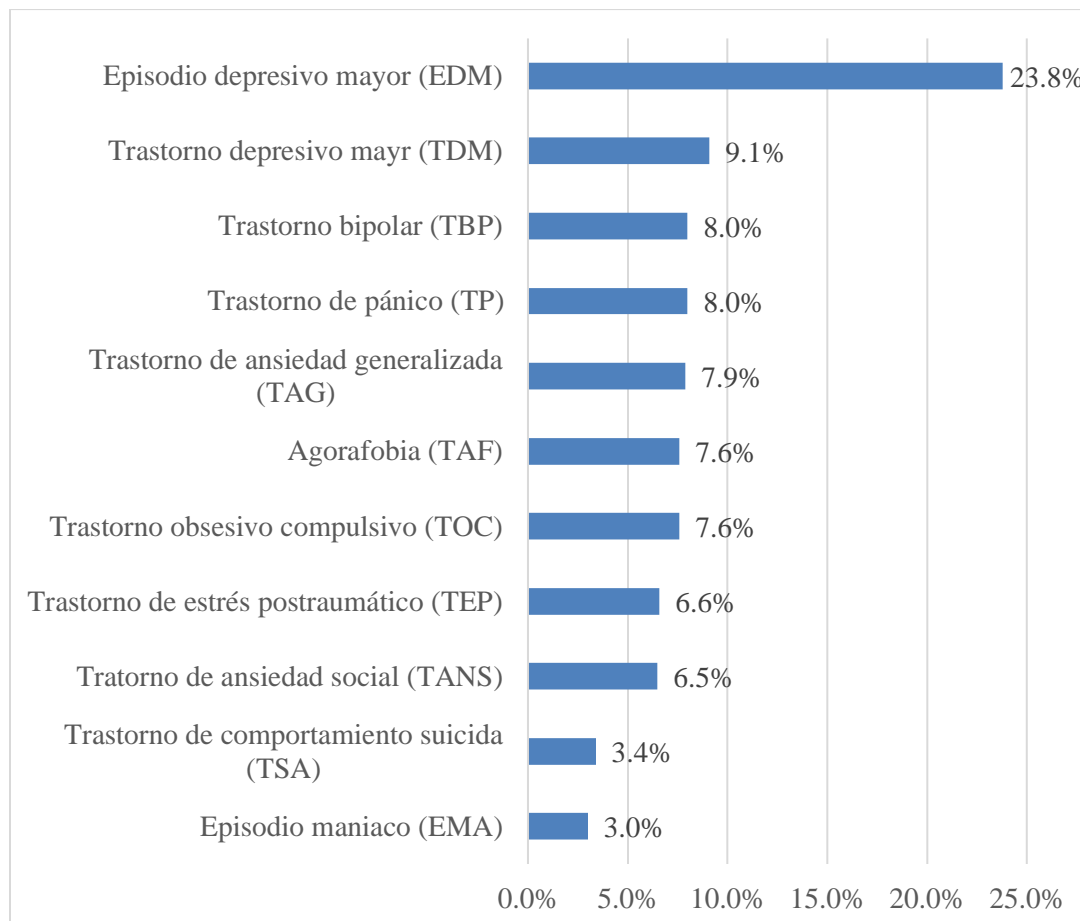
3.2. Resultados

Para la obtención de los resultados de la investigación se realizó el análisis de lo obtenido en la Entrevista Neuropsiquiátrica (MINI) y también los resultados obtenidos de la prueba del Funcionamiento Familiar (FFSIL), aplicadas a adultos del cantón de Nabón. Ambas observaciones fueron realizadas de manera cuantitativa obteniendo puntajes en forma de porcentajes, finalmente se realizará la correlación entre la prevalencia de los distintos trastornos mentales con la funcionalidad familiar de la población investigada.

3.2.1. Análisis cuantitativo del instrumento MINI

Figura 2

Prevalencia de trastornos mentales



Nota. Identificación de trastornos mentales en adultos del cantón de Nabón.

En la figura 2 se muestra la identificación de los trastornos mentales, principalmente se detectó el Episodio Depresivo Mayor (EDM) con (23.8%), seguido por el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) con (9.2%). Mientras que los trastornos menos generales fueron Episodio Maníaco (EMA) y el Trastorno de Comportamiento Suicida (TSA).

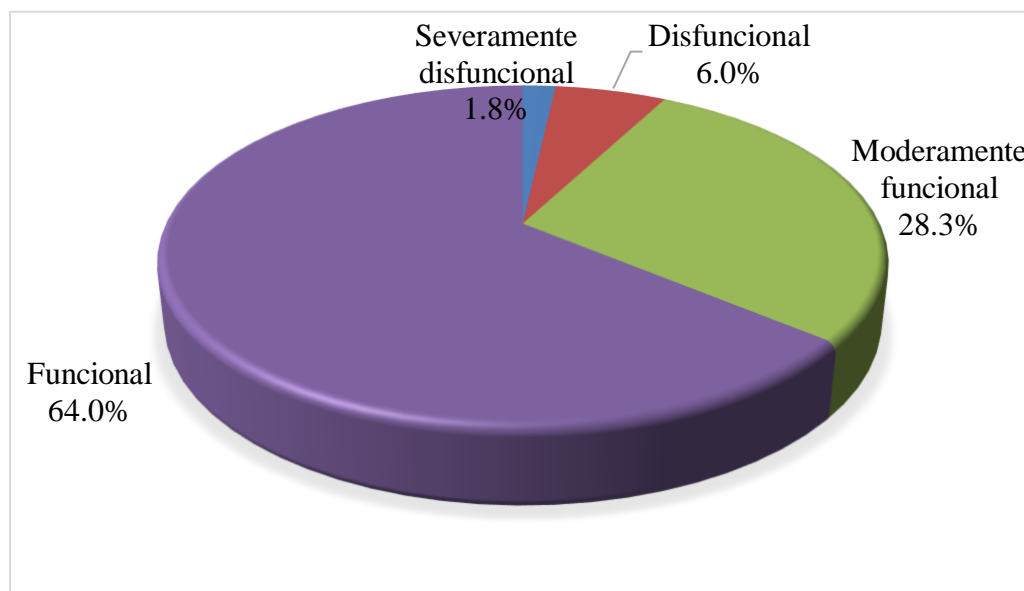
Es de gran importancia mencionar que ningún trastorno llega a superar el 50% de prevalencia en lo que respecta a la población investigada, incluso la mayoría de clasificaciones no llegan a sobrepasar el 10%, solo el Episodio Depresivo Mayor (EDM) en el cual de los 725 adultos encuestados un aproximado de 173 de ellos marco como presencia del mismo.

Con respecto al trastorno con menor prevalencia se observa que solo 22 personas de la muestra total tienen un Episodio Maníaco (EMA).

3.2.2. Análisis cuantitativo del instrumento FFSIL

Figura 3

Funcionalidad familiar



Nota. Nivel de funcionalidad familiar.

Con respecto a la funcionalidad familiar representada en la figura 7, se determinó que el 64% de familias presentaba familias funcionales, el 28,3% pertenecen a familias moderadamente funcionales, el 6% a disfuncionales y el 1,8% presentó una familia severamente disfuncional. Por lo que la funcionalidad positiva supera al 50% en la población investigada.

Para una mejor comprensión, se tomó la decisión de dicotomizar el tipo de familia y dividir entre funcionales y disfuncionales y con ello realizar una asociación con la tenencia de trastornos. En este sentido se encontró una relación significativa con TP (Trastorno de pánico) identificándose que aquellas familias disfuncionales tenían un trastorno de pánico en una medida significativamente superior a las familias funcionales ($X^2=3.679$; $p=0.03$), con una prevalencia del 19.5% implicando que tener una familia disfuncional era un factor de riesgo

que involucraba que estos participantes tenían la probabilidad de 3.3 veces más de tener trastorno de pánico en comparación a aquellas personas con las familias funcionales (OR=3.313; IC 95% =1.426 – 7.700). Detalles en la tabla 6.

3.2.3. Análisis de la prevalencia de trastornos mentales y su relación con la funcionalidad familiar en adultos del cantón de Nabón

Tabla 6

Relación entre funcionalidad familiar y trastornos psicológicos

Trastornos	Total	Familias funcionales		Familias disfuncionales		Chi 2	p	OR	IC 95%	
		n	%	N	%					
		EDM	177	161	21,61					
TDM	69	62	8,16	7	10,6	0,864	0,353	1,494	0,637	3,503
TSA	25	23	3,17	2	4,5	0,215	0,643	1,423	0,318	6,368
EMA	22	19	2,62	3	16,7	2,079	0,149	2,488	0,692	8,946
TBP	14	8	1,10	6	8,6	0,102	0,750	1,158	0,47	2,852
TP	58	50	6,90	8	19,5	8,592	0,003*	3,313	1,426	7,700
TAF	55	50	6,90	5	12,2	1,233	0,277	1,741	0,647	4,690
TANS	47	45	6,21	2	6,9	-	1,000	0,878	0,202	3,822
TOC	55	50	6,90	5	11,9	1,106	0,293	0,691	0,629	4,547
TEP	48	45	6,21	3	7,9	-	1,000	1,024	0,302	3,475
TAG	57	51	7,03	6	14,0	2,523	0,112	2,083	0,827	5,244

3.3. Conclusiones del análisis

- En general se trabajó con población adulta de todas las edades pero la mayoría eran adultos jóvenes.
- Se observa bajos niveles de escolaridad.
- La mayoría de ocupaciones son trabajos de medio tiempo e informales.

- Más del 40% reportó:
 - Estado psicológico afectado por la pandemia.
 - Deudas familiares.
 - Migración familiar.
- Trastornos principales: episodio depresivo mayor y trastorno depresivo mayor.
- Trastornos menos frecuentes:
 - Episodio maníaco y trastorno de comportamiento suicida.
- El trastorno de pánico está presente en el 8% de la población.
- El 64% de familias son funcionales.
- Existe una relación entre la funcionalidad y la tenencia al trastorno de pánico.
 - Las familias disfuncionales tienden a contar con miembros con trastorno de pánico.
 - Pertenecer a una familia disfuncional es un factor de riesgo para la presencia de un trastorno de pánico (3.3 veces más que una familia funcional).

CAPÍTULO 4

DISCUSIÓN

La presente investigación se llevó a cabo con una población de 725 adultos pertenecientes al cantón de Nabón quienes a su vez cumplieron con los criterios de inclusión para poder ser entrevistados. En la participación se contó con 238 hombres y 487 mujeres.

Ante la existencia de trastornos mentales mundialmente diagnosticados, el presente proyecto de investigación se centró en determinar la prevalencia de los mismos en relación con la funcionalidad familiar de los entrevistados por medio de la aplicación de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) y el Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL).

Se muestra en este estudio la identificación de los trastornos mentales que padece la población entrevistada, los valores más altos pertenecen al Episodio Depresivo Mayor (EDM) con 23,8%, seguido por el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) con 9,2%.

Formando los espectros depresivos el principal diagnóstico que padece la población estudiada, lo cual concuerda con un estudio según Pérez et al., (2017) el cual muestra que existe un índice mundial que indica que 1 de cada 10 personas adultas padecen depresión, siendo esta una cifra alarmante y que únicamente el 40% de estos son tratados adecuadamente, disminuyendo sus síntomas promedio; al contrario, las personas que no obtienen ayuda terapéutica pueden llegar al suicidio. Este trastorno lo padecen en su mayoría el género femenino, llegando a duplicar la cifra diagnosticada en varones, lo cual también se puede observar en nuestros resultados descritos anteriormente ya que la mayoría de población encuestada forma parte del género femenino y se espera este grupo tenga el mayor índice diagnosticado; tomando en cuenta que el origen de la depresión se debe a distintos factores

como genéticos, hormonales, fisiológicos o también puede ser provocado debido a las alteraciones de estrés del individuo o al ambiente en donde se desarrolla.

Así mismo encontramos que dentro de los trastornos menos generales en la población adulta de Nabón está el Trastorno de Comportamiento Suicida (TSA) con 3,4%, mismo que es una problemática a nivel del mundo ya que según Gerstner et al. (2019) las tasas de suicidio en adultos jóvenes ha aumentado en un 10,42% demostrando inconsistencias con los resultados de bajos índices de este trastorno, el mismo es un factor desencadenante a un trastorno depresivo no tratado clínicamente, provocando así consecuencias letales para quien lo padecen, los factores predisponentes al mismo se deberán a distintas causas como situaciones económicas, de pobreza, falta de empleo, mala relación familiar, escaso control de emociones, entre otras.

El Episodio Maníaco (EMA) por su parte con 3,0% se convierte en el menos frecuente de la población estudiada, sin embargo, según el porcentaje encuestado, se espera que lo padezcan en su mayoría la población femenina por el mayor número de participantes mujeres, lo cual demostraría compatibilidad con un estudio ecuatoriano efectuado en Guayaquil, realizado por Tapia (2017) quien mediante la revisión de historias clínicas, defiende que es más vulnerable a presentarse síntomas del episodio maníaco en el género femenino.

Con respecto al estado psicológico afectado por la pandemia se obtuvo como resultado que el 47,2% de la población fue perjudicada, lo cual involucra un porcentaje alto y preocupante llegando a concordar con el estudio realizado por Larios et al. (2021) donde redacta que la cuarentena aumenta el riesgo de problemas de salud mental e incluso puede empeorar los síntomas en el caso de pacientes psiquiátricos afectando a la cognición y la sociabilidad de los mismos.

De igual manera Gil-Fortoul (2021) realizó una investigación cualitativa la cual le tomó aproximadamente 4 meses en Quito-Ecuador, aplicando entrevistas semiestructuradas a una

muestra de 102 personas y realizó un análisis del discurso obtenido por parte de los participantes del cual obtuvo como resultado tres categorías sobre el impacto emocional de la pandemia mundial las cuales son: frustración, incertidumbre y tristeza, concordando con las preocupaciones mencionadas por los participantes del presente estudio y a su vez con el porcentaje de afectación por la problemática la cual abarca a un gran número de ellos.

En otro estudio de tipo transversal realizado en Ecuador por Velastegui et al. (2020) se buscó los efectos de la pandemia en la salud mental de 348 personas pertenecientes a las provincias de Chimborazo, Tungurahua, Cotopaxi y Pastaza, por medio de las escalas de: “Valoración del Estado de Ánimo” (EVEA) y “Ansiedad y Depresión de Goldberg”; obteniendo como resultado que 59,2% de la población tenía indicios de ansiedad y un 54,8% indicios de depresión lo que significa que existe un estado psicológico afectado por la pandemia mundial como se ha evidenciado también en el presente estudio.

De la población entrevistada, más del 40% de personas presentan deudas familiares y migración familiar. El alto índice de esta interrelación causal mencionada presente en los resultados de esta investigación concuerdan con un estudio nacional de Sotomayor et al. (2019) quienes señalan que teniendo como principales razones las crisis económicas que ha atravesado el país durante varias décadas, la falta de empleo que desencadena en estas familias deudas económicas y el sueño de alcanzar un mejor nivel de vida, la población ecuatoriana toma la decisión de migrar nacional e internacionalmente y así desde el exterior destina los ingresos que le producen su empleo principalmente en pagar las deudas pendientes que dejaron en su país, como proveer a su familia de vivienda, alimento y educación en la mayoría de los casos.

Así también Cardoso et al. (2021) señala que anteriormente existía mayor índice de machismo en Latinoamérica y únicamente los varones estaban dispuestos a emigrar y buscar una mejoría financiera para sus familias, pero en la actualidad debido a los nuevos

requerimientos de las sociedades, las mujeres se han visto obligadas a dejar sus hogares y emigrar en pro del bienestar familiar lo cual se ve reflejado en nuestros resultados mayormente con encuestadas del género femenino.

Como resultado final de esta investigación y con el cual se cumplen los objetivos planteados, se obtuvo que el pertenecer a una familia disfuncional es un factor de riesgo mucho más alto para la presencia de un Trastorno de Pánico (TP), lo cual corresponde con otra investigación previa realizada por Pérez (2013) que trata sobre la dinámica familiar en hogares que cuentan con un miembro diagnosticado dicho trastorno. El estudio fue realizado en México en un centro de salud mental y para el mismo se ocupó el cuestionario de “Evaluación del Funcionamiento Familiar” (EFF) el cual evalúa la percepción de una persona acerca del funcionamiento familiar de su hogar y el “Instrumento de Problemas Familiares” el cual evalúa lo negativo y las preocupaciones de los miembros de una familia. Como resultado del primero se obtuvo que una persona que tenga el diagnóstico de Trastorno de Pánico marcará con un involucramiento disfuncional existente, en lo que respecta al segundo instrumento se muestra como resultado una comunicación e interacción familiar negativa.

En otro estudio sobre el trastorno de pánico y sus estrategias de afrontamiento Giles (2019) afirma que:

Según los resultados de varias investigaciones se observa que las estrategias de afrontamiento que más ocupan las personas diagnosticadas con trastorno de pánico son: el pensamiento mágico, la evitación, la culpa y además buscan apoyo social y las que menos usan son el confrontar, planificar y la evaluación positiva. (p.108)

Lo cual en parte puede deberse a la falta de aprendizaje en el hogar o la disfuncionalidad presente, concordando de esta manera con los resultados obtenidos mencionados anteriormente.

Según Benitez y Caballero (2016) en un estudio no experimental realizado en Colombia el cual trata sobre las escalas de depresión, ansiedad y funcionalidad familiar aplicado a estudiantes universitarios donde usaron los instrumentos: APGAR Familiar el cual mide el funcionamiento de la familia, Escala de Depresivos de Zung para valorar aspectos característicos de la depresión y la Escala de Ansiedad de Zung la cual indica el nivel de disposición a la ansiedad; encontraron como resultado que en promedio las mujeres presentan puntajes más elevados con respecto a la depresión y ansiedad comparado con los hombres y la funcionalidad familiar no presenta diferencias significativas por sexo, lo cual se puede evidenciar dentro de este estudio ya que la mayor parte de participantes son mujeres por lo tanto se espera que el porcentaje superior de personas con trastornos de ansiedad sean de sexo femenino también, tomando en cuenta que el trastorno de pánico pertenece al eje de los trastornos de ansiedad.

Por último, en el avance de la investigación se presentaron limitaciones que pueden haber alterado a los resultados las cuales fueron: la falta de división de la muestra en grupos más pequeños lo cual ayudaría tanto para el momento de la recolección de datos como en el análisis, varias encuestas fueron realizadas en presencia de los familiares del participante debido a que se las realizó en sus mismos hogares y finalmente la falta de clasificación por sexo con respecto a la prevalencia de trastornos. Después de todo la investigación presenta resultados los cuales pueden llegar a ser de interés para futuros estudios o para próximas intervenciones de salud mental en el cantón de Nabón.

CONCLUSIONES

A partir de esta investigación se ha podido observar de forma cuantitativa la prevalencia de trastornos mentales, la funcionalidad familiar y la relación que existe entre ambas variables en la población adulta del cantón de Nabón. En donde se obtuvo como resultados a la depresión como el trastorno más recurrente y se encontró también un mayor número de familias funcionales, lo cual puede deberse al poco uso de redes sociales, falta de conocimiento de los problemas existentes en zonas urbanas ya que muchos de los adultos mencionaron no haber salido nunca desde sus hogares hacia la ciudad, e incluso también la vida en familia debido a que gran parte de las personas pertenecientes a la muestra vivían con sus familias nucleares. Se encontró solo una relación existente entre disfuncionalidad y trastornos mentales, en específico con el trastorno de pánico lo cual puede abrir un nuevo campo investigativo.

Además, de los resultados ya expuestos es importante tomar en cuenta el porcentaje de la población que se ha visto afectada psicológicamente debido a la pandemia que se atravesó a nivel mundial durante el último período ya que puede incluso llegar a ser una causa de la disfuncionalidad familiar y de la aparición de trastornos mentales o empeorar los síntomas de quienes ya hayan sido diagnosticados con anterioridad a pesar de que se realizó el estudio con personas que viven en el campo y no pararon nunca de realizar sus actividades pertenecientes a su rutina diaria.

De esta manera, se ha podido cumplir con los objetivos propuestos previamente y obtener datos reales y actuales sobre la salud mental de dicha población, lo cual puede servir como guía para futuros estudios o incluso para volver a realizar las encuestas y hacer un análisis comparativo.

RECOMENDACIONES

- Para futuras investigaciones, se recomienda realizar las entrevistas a la población con mayor cautela y si es posible en un lugar en donde no se encuentre el resto de la familia del entrevistado.
- También se recomienda dividir a la población en grupos específicos con el fin de obtener una muestra más precisa.
- Se aconseja continuar con la investigación para poder hacer posible la intervención de profesionales de salud mental en zonas rurales como es el cantón de Nabón.
- Se sugiere implementar talleres al momento de realizar una investigación en una población grande, ya que se estaría logrando dos objetivos, primeramente, la obtención de datos y como segundo punto dar conocimientos nuevos y educacionales a zonas rurales.
- Investigar específicamente al trastorno de pánico y su relación con la disfuncionalidad familiar.

Referencias

- Alcaldía de Nabón. (2021). *Conozca Nabón*. Datos-Información general. www.nabon.gob.ec
- Arnett, J.. (2008). *Adolescencia y adultez emergente : un enfoque cultural*. Pearson Educación.
- Badia, M. y Justes, M. y Serviá, L. y Montserrat, N. y Villanova, J. y Rodriguez, A. Trujillano, J. (2011). *Clasificación de los trastornos mentales en la Unidad de Cuidados Intensivos*. Revista Scielo. vol.35 no.9. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912011000900002
- Barrera, L. P., Bautista, E., & Trujillo, A. (2012). *Prevalencia de problemas psicológicos detectados en un centro de educación y desarrollo humano*. Enseñanza e Investigación en Psicología, 17, 13-27.
- Benitez, A. y Caballero, M. (2016). *Estudio psicométrico de las escalas de depresión, ansiedad y funcionalidad familiar en estudiantes de la Universidad Industrial de Santander*. Acta Colombiana de Psicología, 20 (1). <https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/1302/1235>
- Bezanilla, J. Miranda, M. (2014) *La familia como grupo social: una reconceptualización*. Alternativas en Psicología. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/alpsi/v17n29/n29a05.pdf>
- Bobes, J. y Ferrando, L. y Gibert, J. y Soto, M. y Soto, O. (2000). *MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW*. Versión en español. <https://www.fundacionforo.com/pdfs/mini.pdf>
- Brown, H. y Sturgeon, S. (2005). *Promoviendo un inicio saludable en la vida y reduciendo riesgos tempranos*. En: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena Seds. *Prevención de trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de política*. Oxford, Oxford University Press
- Caballero, E. (2004). *Discapacidad laboral por trastornos mentales en trabajadores docentes*. ACADEMIA. <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/35582592/rst06204-with-cover-page->

v2.pdf?Expires=1659680943&Signature=QfJ8MH2gZ4qAa~Aggg2tDEoVP3xuzCtBYSiWk
 PXHafkwcUvvVLxLQvY4kxo7u3v~93r0j8ICXILfn3XDxBxTNeWxgvubKp3jl2mx~bYoK
 4CmgJVspTP~MciWGz4atN1F1WrC8oPS2p63-jmy9ds2YI70HddBZ-
 2c~EP~cyy7LvQyh0H4DXbinexEhJupkYHfiH3L9lQl4qpJC2ns8ho7R42rgw6a0A4rBoxxVI
 WUHHpntrpPJ6vgXo9atQv8mNbxv2zN3H-
 c3guDJUwIB9r7yED7GGs48rAEhmlExMRJJ~p7XxwVTFcITTdNn4FFWkw-
 Bg4zP7SkZPSFjMo6jcnXrw__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

Camino, S. (2010). *Asesoría para la inclusión del Desarrollo Rural Territorial – Identidad Cultural (DRT – IC) en los territorios donde se implementa el proyecto MDRT*. Informe de progreso correspondiente al territorio de Nabón. Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural.

Campo, A y Cassiani, C. (2008). *Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados*. [Archivo PDF].

<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v37n4/v37n4a10.pdf>

Carbonell, J., Carbonell, M. & González, N. (2012). *Las Familias en el siglo XXI: Una mirada desde el Derecho*. Universidad Autónoma del Estado de México, Instituto de investigaciones jurídicas. Serie: Estudios Jurídicos, Núm. 205. Coordinadora México. Editorial: Elvia Lucía Flores Ávalos.

Cardoso, R. y Gives, L. (2021). *Migración ecuatoriana, género y retorno en el siglo XXI*. Revista Científica Multidisciplinaria de Prospectiva. <https://doi.org/10.30878/ces.v28n2a5>

Carreras, A. (2014). *Recursos, Funcionalidad y Disfuncionalidad Familiar*. ACADEMIA.

Castellón, S., & Ledesma, E. (2012). *El funcionamiento familiar y su relación con la socialización infantil*. Proyecciones para su estudio en una comunidad suburbana de Sancti Spíritus.

<http://www.eumed.net/rev/cccss/21/ccla.html>

Cid, M., Montes de Oca, R. & Hernandez, O. (2014). *Family in health care*. Scielo. Revista Médica Electrónica. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684

-18242014000400008

Cobb, S. (1976). *Social support as a moderator of life stress*. Psychosomatic medicine, 300 - 314

Collazos, M. (2007). *Trastornos mentales y problemas de salud mental*.

<https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v30n2/0185-3325-sm-30-02-75.pdf>

Corbin, J. (2016). *Los 8 tipos de familias y sus características*. Psicología y mente.

<https://psicologiaymente.com/social/tipos-de-familias>

Coronel, D, García, V. (2020). *Análisis de la aplicación del Cuestionario de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL) en la evaluación de factores de riesgo familiar*.

Universidad de Guayaquil.

[http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/52889/1/SISTEMATIZACI%
c3%93N%20DE%20EXPERIENCIAS%20-%20CORONEL%20DITVIND-
GARCIA%20VIDAL-%20OCTUBRE%202020.pdf](http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/52889/1/SISTEMATIZACI%c3%93N%20DE%20EXPERIENCIAS%20-%20CORONEL%20DITVIND-GARCIA%20VIDAL-%20OCTUBRE%202020.pdf)

De León, B. & Silió, G. (2010). *LA FAMILIA. PAPEL QUE DESEMPEÑA EN LA EDUCACIÓN DE SUS HIJOS/AS Y POSIBLES CONSECUENCIAS EN LA FORMA DE INTERACCIONAR DE LOS ADOLESCENTES CON SUS IGUALES*. Redalyc. NFAD Revista de Psicología, N°1. (pp. 329). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832324035>

Díaz, L. y Torruco, U. y Martínez, M. y Varela, M. (2013). *La entrevista, recurso flexible y dinámico*. Investigación en educación médica 2(7):162-167. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. PP.163. Revista Redalyc.

<https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733228009.pdf>.

Enriquez, R., Pérez, R., Ortiz, R., Cornejo, Y. & Chumpitaz, H. (2021). *Family dysfunctionality and adolescent depression: a systematic review between the years 2016-2020*. Scielo. Conrado vol.17 no.80.http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990

-86442021000300277&lang=es.

- Espinal, I., Gimeno, A. y Gonzalez, F. (2000), *El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia: Universidad Autónoma de Santo Domingo UASD y Centro Cultural Poveda.*
- Espinosa, R y Valiente, C. (2017). *¿Qué es el trastorno mental grave y duradero?.* Vol. 16-1, 4-14.
<https://journals.ucjc.edu/EDU/article/view/4079/2999>
- Espinoza, Y. (2015). *Estudio sobre la disfuncionalidad familiar y su incidencia en el aprendizaje de los niños y niñas de primero y segundo año de educación primaria de la escuela Sagrado Corazón de Jesús de Tulcán.* Biblioteca digital.
<https://bibdigital.epn.edu.ec/bitstream/15000/10577/1/CD-6255.pdf>
- Fierro, E. (2016). *Los Hogares disfuncionales y su incidencia en el rendimiento académico de los estudiantes de los novenos años de Educación General Básica Superior (A, B, C, D y E) del Instituto Nacional Mejía Año Lectivo 2014-2015.* Dspace.
- Fuentes, A. y Merino, J. (2016). *VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR.* Scielo. Ajayu vol.14 no.2 La Paz.
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612016000200003&script=sci_arttext
- Gallego, A. (2012). *Critical Recovery of the Concepts of Family, Familiar Dynamics and their Features.* Revista Virtual Universidad Católica del Norte No. 35. Redalyc. (pp. 339).
<https://www.redalyc.org/pdf/1942/194224362017.pdf>
- Galli, E. y Feijóo, L. y Roig, I. y Romero, S. (2000). *Aplicación del “MINI” como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Informe preliminar epidemiológico.*
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v13n1/v13n1ao3.pdf>
- Gallego, A. (2012). *Critical Recovery of the Concepts of Family, Familiar Dynamics and their Features.* Revista Virtual Universidad Católica del Norte.
<https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/364/679>
- Garibay, S. (2013). *Enfoque sistémico: Una introducción a la psicoterapia familiar.*

Gerhard. H y Pellicer. F. (2007). *Trastornos mentales y problemas de salud mental*.

<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v30n2/0185-3325-sm-30-02-75.pdf>

Gerstner. R. y Lara. F. (2019). *Análisis de tendencias temporales del suicidio en niños, adolescentes y adultos jóvenes en Ecuador entre 1990 y 2017*. SciELO.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272019000100002

Giles, M. (2019). *Trastorno de pánico y Estrategias de Afrontamiento: Una Revisión de la Literatura Empírica*. Revista Perspectivas en Psicología Volumen 3, N° 1.

<http://rpsico.mdp.edu.ar/bitstream/handle/123456789/1037/14.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Gil-Fortoul, D. (2021). *Psychological impact of the pandemic: A thematic analysis on emotional experiences in Ecuador*. CienciAmérica (2021) Vol.10(1).

<http://201.159.222.118/openjournal/index.php/uti/article/view/362/718>

Gómez, L. (2009). *Dysfunctional Families: One Central Theme in Two Fictional Works of Tony Morrison, Song of Solomon and Sula*. Scielo. Universidad Pedagógica Nacional. Folios.

<http://www.scielo.org.co/pdf/folios/n29/n29a10.pdf>

Gómez, Y. (2011). *Prevalencia de trastornos mentales en usuarios de consulta psicológica en una universidad colombiana*. DSpace.

https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/26790/10613-Texto_del_articulo-33008-1-10-20120124.pdf?sequence=1&isAllowed=y

González, F., Gimeno, A., Meléndez, J. & Córdoba, A. (2012). *The perception of the family functionality. Confirmation of its bifactorial structure*. Scielo. Escritos de Psicología vol.5 no.1

Málaga.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092012000100005

González, N. (2016). *Funcionalidad Familiar en Familias Extensas Significado para el Adulto Mayor de Vivir en Familia Extensa*. Tesis Doctoral de la Universidad de Alicante. Departamento de

Enfermería. Dspace

https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/61988/1/tesis_gonzalez_quirarte.pdf

Guillermina, G, Lenderos, E y Arrijoja, G. (2007), *Funcionalidad familiar y capacidad física de los adultos mayores en una comunidad rural*. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Halperin, J. (1995). *Serotonergic function in aggressive and nonaggressive boys with ADHD*.

http://www.robertexto.com/archivo13/psicol_forense.htm

Higuita, L. & Cardona, J. (2014). *Perception of Family Functioning in Adolescents enrolled in Public Education Institutions in Medellín (Colombia)*. Redalyc. Revista CES Psicología. <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423548400011.pdf>

Hurtado, H, Sánchez, V, Bedoya, L, Londoño, N, Juárez, F, Marín, C, Muñiz, O; Agudelo, D y Gómez, Y. (2011). *Prevalencia de trastornos mentales en usuarios de consulta psicológica en una universidad colombiana*. DSpace.

https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/26790/10613-Texto_del_articulo-33008-1-10-20120124.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kyes, R. (1995). *Aggression and brain serotonergic responsivity: response to slides in male macaques*. http://www.robertexto.com/archivo13/psicol_forense.htm

Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J., Saxena, S. y Saraceno, B. (2005). *Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública*. Revista Panamericana de Salud Pública.

Larrea, E. (2021). *Nabón, una joya de naturaleza y cultura por descubrir en el Ecuador*. ESCAFANDRA. <https://www.escafandra.news/nabon-una-joya-de-naturaleza-y-cultura-por-descubrir-en-ecuador/>.

Larios, A., Bohórquez, J., Naranjo, J. & Sáenz, J. (2021). *Psychological impact of social isolation on the comorbid patient: on the subject of the COVID-19 pandemic*. Scielo. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502020000400227.

Loaiza, Y. (2019). *Las cifras muestran por qué es importante la salud mental*. GK.

<https://gk.city/2019/09/02/depression-ansiedad-salud-mental-2/>.

López, J. (2021). *Characteristics of dysfunctional families in Ecuador: A bibliographic approach*.

Repositorio. Ambato.

<http://repositorio.uti.edu.ec/bitstream/123456789/2615/1/LOPEZ%20BAYAS%20JONATHAN%20DANIEL.pdf>

López, P., Barreto, A., Mendoza, E. & Del Salto, M. (2015). *Low academic result in students and dysfunctional families*. Scielo. MEDISAN vol.19.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000900014

Madoz, A., Ballesteros, J., Leira, M. y García, E. (2017). *ENFOQUE EN LA ATENCIÓN*

INTEGRAL A LOS PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE TREINTA AÑOS

DESPUÉS DE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA. Redalyc. Resvista Española de Salud Pública

Vol. 91. <https://www.redalyc.org/pdf/170/17049838003.pdf>

Martín, M. & Tamayo, M. (2013). *Funciones básicas de la familia. Reflexiones para la orientación psicológica educativa*. Dialnet. Cuba.

Medisan. (2020). *Los Trastornos Psicómaticos en el niño y adolescente*.

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=99813>

Meza, J.& Páez, R. (2016). *FAMILIA, ESCUELA Y DESARROLLO HUMANO*. Rutas de investigación educativa. Universidad de la Salle. Clacso. Bogotá.

<http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20161116033448/FamiliaEscuelaYDesarrolloHumano.pdf>

Ministerio del Ecuador. (2010). *Censos*.

<http://indestadistica.sni.gob.ec/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=SNI.qvw&host=QVS@kukuri&anonymous=truehttp://indestadistica.sni.gob.ec/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=SNI.qvw&host=QVS@kukuri&anonymous=true&bookmark=Document/BM38>

- Minuchin, S. & Fishman, C. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. Editorial Paidós SAICF. Edición para Argentina y Uruguay.
- <https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/042d5ead5802c0aa81b54a43364df0d4.pdf>
- Molina G, Parra M, Martínez F. (2017). *Caracterización de la Aplicación del Test MINI para Evaluar Salud Mental*. <http://dx.doi.org/10.14410/2019.11.1.ao.04>
- Morán, J. (2016). *Funcionalidad Familiar y uso de redes sociales en adolescentes de segundo de bachillerato de la Unidad Educativa Santo Domingo de Guzman*. Repositorio Universidad Técnica de Ambato. <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/18033/2/tesis%20.pdf>
- Morocho, J. (2019). *Funcionalidad familiar frente a la adicción de drogas mediante el test FF-SIL en adolescentes de la Unidad Educativa Ciudad de Riobamba de Guayaquil, noviembre 2018 -julio 2019*. Universidad Central del Ecuador.
- <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/22580/1/T-UCE-0006-CME-241-P.pdf>
- Olson, H., Sprenkle, D., & Russel, C. (1989). *Circumplex model: systemic assessment and treatment of families*. Taylor and Francis.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental*. OMS, Editores Médicos, S.A. EDIMSA.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes*. Organización mundial de la salud.
- <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Prevención de los trastornos mentales*. Organización mundial de la salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Trastornos Mentales*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Día Mundial de la Salud Mental: una oportunidad para impulsar un aumento a gran escala de la inversión en salud mental*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news/item/27-08-2020-world-mental-health-day-an-opportunity-to-kick-start-a-massive-scale-up-in-investment-in-mental-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Trastornos Mentales*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Paladines, M, Quinde, M. (2010). *Disfuncionalidad familiar en niñas y su incidencia en el rendimiento escolar*. Universidad de Cuenca. <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2267/1/tps602.pdf>
- Pérez, A. & Reinoza, M. (2011). *THE TEACHER AND THE DYSFUNCTIONAL FAMILY*. Redalyc. Educere (La Revista Venezolana de Educación). Universidad de los Andes Venezuela. <https://www.redalyc.org/pdf/356/35622379009.pdf>
- Pérez, A. (2013). *LA DINÁMICA FAMILIAR CON UN MIEMBRO QUE PRESENTA TRASTORNO DE PÁNICO: un estudio desde la terapia breve en un centro de salud mental* [Archivo PDF]. Universidad del Valle de Atemajac. https://biblioteca.univa.mx/Anuario/2013/2013_16_la_dinamica.pdf
- Perez, E., Cervantes, V., Hijuelos, N., Pineda, J. & Salgado, H. (2017). *Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor*. Scielo. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-84472017000200073&script=sci_arttext
- Pérez, F, Louro, I & Bayarre, H. (1997). *Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento*.
- Pérez, G., Pachay, L., Peñafiel, P. y Moreira, S. (2017). *Disfuncionalidad familiar en el proceso educativo en contextos vulnerables*. Rev. SINAPSIS, Edición N° 10, Vol. 1.

- Posada, J, Aguilar, G. Magaña, G y Gómez, L. (2003). *Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio nacional de salud mental*. Revista Septiembre. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v33n3/v33n3a02.pdf>
- Quintero, A. (2013). *La familia según un enfoque de convergencia: diversidad familiar, género y sexualidad*. Katharsis—ISSN 0124-7816, No. 15. Colombia
- Ramirez, J. (2012). *Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor*. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252012000200009&script=sci_arttext&tIng=en
- Rangel, M (2008). *Desarrollo de recursos y redes sociales*. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. http://www.planificacion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf
- Sagbaicela, J. (2018). *La disfuncionalidad familiar y su incidencia en los problemas de aprendizaje de los niños de tercer año de educación general básica elemental*. Espirales revista multidisciplinaria de investigación. ISSN: 2550-6862.
- Sandín, B. (2013). *DSM-5: ¿CAMBIO DE PARADIGMA EN LA CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES?*. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica Vol. 18, N.º 3. <https://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/12925/11972>
- Sarabia, F. (2017). *Funcionalidad Familiar y su relación con la hostilidad en adolescentes*. Universidad Técnica de Ambato. <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24809/2/Funcionalidad%20familiar%20y%20su%20relaci%C3%B3n%20con%20la%20hostilidad%20en%20adolescentes.pdf>
- Saraceno. B. (2004) *Mental health: scarce resources need new paradigms- World Psychiatry*, 3:1-5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16633441/>
- Sartorius N. (2007). *Stigma and mental health*. The Lancet
- Siguenza, W. (2015). *Funcionamiento Familiar según el modelo circunplejo de Olson*.

- Sotomayor, D., Barrios, A. y Chininin, M. (2019). *Consecuencias de la migración ecuatoriana*.
<https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/1330>
- Stagnaro, J, Cía, J, Vázquez, N, Vommaro, H, Nemirovsky, M, Serfaty, E, Sustas, S, Medina, M, Benjet, M, Aguilar, S, Kessler, R. (2018a). *Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina*. <https://www.apsa.org.ar/docs/vertex142.pdf>
- Tapia, K. (2017). *Episodios maníacos en pacientes con trastornos bipolar en el Hospital Universitario de Guayaquil período 2014 - 2015*. Universidad de Guayaquil.
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/33072/1/CD-2025%20TAPIA%20GARCIA%2c%20KAROL%20LISSETH.pdf>
- Trucco, M. (2002). *Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales*. Scielo.
https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272002000600002&script=sci_arttext&tlng=pt
- Valencia, M. (2007). *Trastornos mentales y problemas de salud mental*. Día Mundial de la Salud Mental 2007. Salud Mental, Scielo Vol. 30, No. 2
<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v30n2/0185-3325-sm-30-02-75.pdf>
- Valero, H. (2004). *Discapacidad laboral por trastornos mentales en trabajadores docentes*. Revista Cubana de Salud y Trabajo. <https://n9.cl/vnewl>
- Velastegui, D., Bustillos, A., Flores, F. & Mayorga-Lascano, M. (2020). *EFFECTOS DE LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID-19 EN LA SALUD MENTAL DE HOMBRES Y MUJERES DE LA ZONA 3 DEL ECUADOR*. Revista de Investigación y Desarrollo Volumen 12. <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/dide/article/view/983/915>
- Verdecia, M. y Barrios, Y. (2016). *Las familias disfuncionales como factor de riesgo adictivo en la adolescencia*. Revista de adicción y ciencia 4(1), 1-8. Scielo.
- Virkkunen, M. (1994). *Suicidality and 5-HIAA concentration associated with a tryptophan hydroxylase polymorphism and CSF biochemistries, glucose metabolism, and diurnal activity*

rhythms in alcoholic, violent offenders, fire setters, and healthy volunteers.

http://www.robertexto.com/archivo13/psicol_forense.htm

Viteri, E. Briones, E. Bajaña, V. Aroni, E. (2019). *Funcionalidad familiar y apoyo social percibido. Abordaje desde la intervención comunitaria en Ecuador.* Revista Venezolana de Gerencia, vol. 24, núm. 88. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29062051016>

Zamponi, J. (s.f.). *Traducción y adaptación del Modelo MCMaster del Funcionamiento Familiar de Epstein, Baldwin y Bishop.* Versión preliminar para la Argentina. Uso experimental. Manuscrito no publicado.

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Salud mental en el Cantón Nabón”

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 PHD. Yolanda Dávila Pontón profesora de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay. La meta de este estudio es conocer cómo se encuentra la salud mental de la población.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá contestar una entrevista que le tomará aproximadamente 40 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 parece 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 Dra. Yolanda Dávila Pontón. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer la salud mental de la población.

Me han indicado también que tendré que responderá a una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 40 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 Yolanda Dávila directora de la investigación a al teléfono 0995888021.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

(en letras de imprenta)

Anexo 2: Ficha sociodemográfica**INFORMACIÓN GENERAL.**

Ficha

Coloque con una marca visible para cada una de sus respuestas.

Nombre del entrevistador.....

Comuna

1 <input type="checkbox"/> indígena	2 <input type="checkbox"/> mestiza.	3 <input type="checkbox"/> blanca.	4 <input type="checkbox"/> otra
-------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

1 <input type="checkbox"/> masculino	2 <input type="checkbox"/> femenino	3 <input type="checkbox"/> otro
--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------

3.- Edad: _____ años cumplidos

4.- Años de estudio

- | | |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Sin escolaridad | 6 <input type="checkbox"/> nivel tecnológico (años aprobados) |
| 2 <input type="checkbox"/> < 10 - educación básica incompleta | 7 <input type="checkbox"/> nivel superior completo (años aprobados – completo) |
| 3 <input type="checkbox"/> 10 - educación básica incompleta completo) | 8 <input type="checkbox"/> nivel postgrado |
| 4 <input type="checkbox"/> < 3 bachillerato incompleto | |
| 5 <input type="checkbox"/> 3 - bachillerato completo | |

5.- ¿Quiénes viven con usted? Pueden señalar todos los que están en la lista y poner en otros si falta alguien.

- | |
|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Vive con ambos padres y hermanos |
| 2 <input type="checkbox"/> Vive con su esposo (a) pareja |
| 3 <input type="checkbox"/> Vive con ambos padres, hermanos y otros familiares (abuelos o tíos, etc.) |
| 4 <input type="checkbox"/> Vive sólo con el padre o la madre |
| 5 <input type="checkbox"/> Vive con su madre o padre y su nueva pareja y sus hijos |
| 6 <input type="checkbox"/> Vive solo |
| 7 <input type="checkbox"/> Vive con amigos (as) |
| 8 <input type="checkbox"/> Vive con tíos y/o abuelos |
| 9 <input type="checkbox"/> Otros indicar con quienes..... |

6.- Estado civil actual:

- | | |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> soltero/a | 4 <input type="checkbox"/> separado/a (de hecho) |
| 2 <input type="checkbox"/> unión de hecho | 5 <input type="checkbox"/> divorciado/a (legalmente) |
| 3 <input type="checkbox"/> casado/a | 6 <input type="checkbox"/> viudo/a |

¿Vive con su pareja? Si No

7.- ¿Qué actividad desarrolla actualmente?

Por favor elija la alternativa que represente mejor su situación laboral
(con excepción de licencia médica y pre- y postnatal)

- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> laboralmente activo (jornada completa) | 6 <input type="checkbox"/> en formación/cambio de actividad |
| 2 <input type="checkbox"/> laboralmente activo (media jornada) | 7 <input type="checkbox"/> servicio militar |
| 3 <input type="checkbox"/> laboralmente activo (ocasionalmente) | 8 <input type="checkbox"/> cesante (estuvo trabajando) |
| 4 <input type="checkbox"/> dueña de casa (sin actividad laboral) | 9 <input type="checkbox"/> jubilado/a |
| 5 <input type="checkbox"/> estudiante | 10 <input type="checkbox"/> otro: _____ |

8.- ¿Tiene un familiar directo que ha migrado?

En el caso que la respuesta sea Sí, elija si esta es interna o externa

Si No Migración interna Migración externa

9.- Identifique quien migro y el tiempo

- | |
|---|
| 1 <input type="checkbox"/> padre. |
| 2 <input type="checkbox"/> madre |
| 3 <input type="checkbox"/> ambos padres |
| 6 <input type="checkbox"/> esposo (a) pareja |
| 7 <input type="checkbox"/> hermanos |
| 8 <input type="checkbox"/> abuelos o tíos |
| 9 <input type="checkbox"/> otros indicar quienes..... |

- | |
|---|
| 1 <input type="checkbox"/> < de un año |
| 2 <input type="checkbox"/> 1 a 5 años |
| 3 <input type="checkbox"/> 6 a 10 años |
| 4 <input type="checkbox"/> > de 10 años |

10.- Algún miembro de la familia ha recibido tratamiento médico por alguna enfermedad mental

Si No

11.- Endeudamiento

Tiene deudas la familia en el caso que la respuesta sea Sí, elija cuantos miembros están endeudados

Si No Número de miembros

De todos los ingresos, cual es el porcentaje destinado a pagar la deuda

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Cuarta parte | 5 <input type="checkbox"/> menos de la cuarta parte |
| 2 <input type="checkbox"/> Mitad | |
| 3 <input type="checkbox"/> Más de la mitad | |
| 4 <input type="checkbox"/> Todo | |
| — | |

Si No

12.- ¿Se ha sentido discriminado o excluido por otras personas?

¿Por qué causa o motivo usted se ha sentido discriminado o excluido?

1 <input type="checkbox"/>	Etnia
2 <input type="checkbox"/>	Discapacidad
3 <input type="checkbox"/>	Urbano – rural
4 <input type="checkbox"/>	Religión
5 <input type="checkbox"/>	Otros Especifique

13.- Realiza actividad física o ejercicio programado

Si No

¿Qué tiempo dedica a la actividad física o ejercicio?

1 <input type="checkbox"/>	Inferior a 30 minutos al día (2 o 3 veces por semana cuando no es todos los días)
2 <input type="checkbox"/>	Igual o Superior a 30 minutos al día

¿Cuál es la intensidad de la actividad física?

1 <input type="checkbox"/>	Leve	2 <input type="checkbox"/>	Moderado	3 <input type="checkbox"/>	Intensa
----------------------------	------	----------------------------	----------	----------------------------	---------

14.- ¿Ha sentido que sus estados psicológicos se han afectado por la pandemia?

Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

MINI

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Versión en Español 5.0.0
DSM-IV

EE.UU.: **D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan**
University of South Florida, Tampa

FRANCIA: **Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine**
Hôpital de la Salpêtrière, Paris

Versión en español:

L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert
Instituto IAP – Madrid – España

M. Soto, O. Soto
University of South Florida, Tampa
Asesores de traducción: L. Franco-Alfonso, L. Franco

© Copyright 1992, 1994, 1998, 1999 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias del MINI para su uso personal.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

Nombre del paciente: _____ Número de protocolo: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Hora en que inició la entrevista: _____
 Nombre del entrevistador: _____ Hora en que terminó la entrevista: _____
 Fecha de la entrevista: _____ Duración total: _____

Módulos	Período explorado	Cumple los criterios	DSM-IV	CIE-10
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	299.20-296.26 episodio único	F32.x
	Recidivante	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
EDM CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 episodio único	F32.x
			296.30-296.36 recidivante	F33.x
B TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (últimos 2 años)	<input type="checkbox"/>		
C RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
	Riesgo: <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> alto	<input type="checkbox"/>		
D EPISODIO MANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Pasado	<input type="checkbox"/>		
EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	Pasado	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
E TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>		
	De por vida	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
F AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>		
G FOBIA SOCIAL (<i>Trastorno de ansiedad social</i>)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
K DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
L TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por vida	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1	F20.xx-F29
	Actual	<input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82 293.89/298.8/298.9	
TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
M ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVA/PURGATIVA	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)	De por vida	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

Instrucciones generales

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 se han realizado comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios 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) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso.

ENTREVISTA:

Con el fin de hacer la entrevista lo más breve posible, informe al paciente que va a realizar una entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y las cuales requieren unas respuestas de sí o no.

PRESENTACIÓN:

La MINI 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.

CONVENIOS:

Las oraciones escritas en «letra normal» deben leerse «palabra por palabra» al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos.

Las oraciones escritas en «MAYÚSCULAS» no deben de leerse al paciente. Éstas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos.

Las oraciones escritas en «negrita» indican el período de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el período de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas.

Respuestas con una flecha encima (➡) indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, rodear con un círculo «**NO**» en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo.

Cuando los términos están separados por una barra (/) el entrevistador debe leer sólo aquellos síntomas que presenta el paciente (p. ej., la pregunta H6).

Frases entre paréntesis () son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

Todas las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta enmarcando SÍ o NO.

El clínico debe asegurarse de que cada dimensión de la pregunta ha sido tomada en cuenta por el paciente (p. ej., período de tiempo, frecuencia, severidad, alternativas y/o).

Los síntomas que son mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deben codificarse sí en la MINI. La MINI Plus tiene preguntas que explora estos problemas.

Para preguntas, sugerencias, sesiones de entrenamiento o información acerca de los últimos cambios en la MINI se puede comunicar con:

David V Sheehan, M.D., M.B.A.
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
Tampa, FL USA 33613-4788
Tel.: + 1 813 974 4544
Fax: + 1 813 974 4575
e-mail: dsheehan@hsc.usf.edu

Yves Lecrubier, M.D./Thierry Hergueta, M.S.
INSERM U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
F. 75651 París, Francia
Tel.: + 33 (0) 1 42 16 16 59
Fax: + 33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail: hergueta@ext.jussieu.fr

Laura Ferrando, M.D.
IAP
Velázquez, 156,
28002 Madrid, España
Tel.: + 91 564 47 18
Fax: + 91 411 54 32
e-mail: iap@lander.es

Marelli Soto, M.D.
University of South Florida
3515 East Fletcher Avenue
Tampa, FL USA 33613-4788
Tel.: + 1 813 974 4544
Fax: + 1 813 974 4575
e-mail: mon0619@aol.com

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

A. Episodio depresivo mayor

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SÍ	1
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SÍ	2
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	➡ NO	SÍ	

A3	En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:			
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	3
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ	4
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SÍ	5
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SÍ	6
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SÍ	7
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	8
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SÍ	9

¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL	

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B:

A4	a	¿En el transcurso de su vida, tuvo otros períodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	➡ NO	SÍ	10
	b	¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?	NO	SÍ	11

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A3 = SÍ), EXPLORAR LO SIGUIENTE:

A5	a	¿CODIFICÓ SÍ EN A2?	NO	SÍ	
	b	¿Durante el período más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar a las cosas que previamente le daban placer o le animaban?	NO	SÍ	12
		Si NO: ¿Cuando algo bueno le sucede, no logra hacerle sentirse mejor aunque sea temporalmente?			
		¿CODIFICÓ SÍ EN A5a O A5b?	➡ NO	SÍ	

A6	Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas:				
	a	¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?	NO	SÍ	13
	b	¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor en las mañanas?	NO	SÍ	14
	c	¿Casi todos los días, se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual, y tenía dificultades para volver a dormirse?	NO	SÍ	15
	d	¿CODIFICÓ SÍ EN A3c (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTORA)?	NO	SÍ	
	e	¿CODIFICÓ SÍ EN A3a (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)?	NO	SÍ	
	f	¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpa desproporcionado con la realidad de la situación?	NO	SÍ	16

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS ACTUAL	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

B. Trastorno distímico

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, NO EXPLORE ESTE MÓDULO

B1	¿En los últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?	➡ NO	SÍ	17
B2	¿Durante este tiempo, ha habido algún período de 2 meses o más, en el que se haya sentido bien?	NO	➡ SÍ	18
B3	Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:			
a	¿Cambió su apetito notablemente?	NO	SÍ	19
b	¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	NO	SÍ	20
c	¿Se sintió cansado o sin energía?	NO	SÍ	21
d	¿Perdió la confianza en sí mismo?	NO	SÍ	22
e	¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	NO	SÍ	23
f	¿Tuvo sentimientos de desesperanza?	NO	SÍ	24
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3?	➡ NO	SÍ	
B4	¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?	➡ NO	SÍ	25

¿CODIFICÓ SÍ EN B4?

NO	SÍ
TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

C. Riesgo de suicidio

Durante este último mes:				Puntos:
C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO	SÍ	1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SÍ	2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SÍ	6
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SÍ	10
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	10
A lo largo de su vida:				
C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	4

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6)
RODEAR CON UN CÍRCULO «SÍ» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO
DE SUICIDIO

NO	SÍ
RIESGO DE SUICIDIO	
1-5 puntos	Leve <input type="checkbox"/>
6-9 puntos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 puntos	Alto <input type="checkbox"/>

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

D. Episodio (hipo)maníaco

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

D1	a	¿Alguna vez ha tenido un período de tiempo en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía, o seguro de sí mismo, que esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere períodos en el que estaba intoxicado con drogas o alcohol.)	NO	SÍ	1
<p>SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON «EXALTADO» O «EUFÓRICO», CLARIFÍQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA: Lo que queremos decir con «exaltado o «eufórico» es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, en el que los pensamientos se aceleran, en el que se tienen muchas ideas, en el que aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.</p> <p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente «exaltado», «eufórico», o lleno de energía?	NO	SÍ	2
D2	a	¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha notado usted o los demás, que ha estado más irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que incluso usted creía justificadas?	NO	SÍ	3
<p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente excesivamente irritable?	NO	SÍ	4
¿CODIFICÓ SÍ EN D1a O EN D2a?			➡ NO	SÍ	
D3	<p>SI D1b O D2b = SÍ: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL SI D1b Y D2b = NO: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO</p> <p>Durante el tiempo en el que se sentía exaltado, lleno de energía, o irritable notó que:</p>				
	a	¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante?	NO	SÍ	5
	b	¿Necesitaba dormir menos (p. ej., se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SÍ	6
	c	¿Hablaba usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle?	NO	SÍ	7
	d	¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos?	NO	SÍ	8
	e	¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?	NO	SÍ	9
	f	¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?	NO	SÍ	10
	g	¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras, que ignoró los riesgos o consecuencias (p. ej., se embarcó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente o mantuvo actividades sexuales indiscretas)?	NO	SÍ	11
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE D3 (O 4 O MÁS RESPUESTAS SI D1a ES NO [EPISODIO PASADO] O SI D1b ES NO [EPISODIO ACTUAL])?			➡ NO	SÍ	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

D4	<p>¿Duraron estos síntomas al menos 1 semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en la casa, en el trabajo, en la escuela, o fue usted hospitalizado a causa de estos problemas?</p> <p style="text-align: right;">EL EPISODIO EXPLORADO ERA:</p>	NO	SÍ	12								
		↓ <input type="checkbox"/>	↓ <input type="checkbox"/>									
		<i>HIPOMANÍACO</i>	<i>MANÍACO</i>									
	¿CODIFICÓ NO EN D4 ?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>EPISODIO HIPOMANÍACO</i></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ACTUAL</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">PASADO</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			NO	SÍ	<i>EPISODIO HIPOMANÍACO</i>		ACTUAL	<input type="checkbox"/>	PASADO	<input type="checkbox"/>
NO	SÍ											
<i>EPISODIO HIPOMANÍACO</i>												
ACTUAL	<input type="checkbox"/>											
PASADO	<input type="checkbox"/>											
	ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.											
	¿CODIFICÓ SÍ EN D4 ?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>EPISODIO MANÍACO</i></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ACTUAL</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">PASADO</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			NO	SÍ	<i>EPISODIO MANÍACO</i>		ACTUAL	<input type="checkbox"/>	PASADO	<input type="checkbox"/>
NO	SÍ											
<i>EPISODIO MANÍACO</i>												
ACTUAL	<input type="checkbox"/>											
PASADO	<input type="checkbox"/>											
	ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.											
MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)												

E. Trastorno de angustia

(⇒ SIGNIFICA: RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN E5 Y PASAR DIRECTAMENTE A F1)

E1	a	¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?	→ NO	SÍ	1
	b	¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?	→ NO	SÍ	2
E2		¿Alguna vez estas crisis o ataques o ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?	NO	SÍ	3
E3		¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un período de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?	NO	SÍ	4
E4		Durante la peor crisis que usted puede recordar:			
	a	¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido?	NO	SÍ	5
	b	¿Sudaba o tenía las manos húmedas?	NO	SÍ	6
	c	¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO	SÍ	7
	d	¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?	NO	SÍ	8
	e	¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	NO	SÍ	9
	f	¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	NO	SÍ	10
	g	¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?	NO	SÍ	11
	h	¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse?	NO	SÍ	12
	i	¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?	NO	SÍ	13
	j	¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO	SÍ	14
	k	¿Tenía miedo de que se estuviera muriendo?	NO	SÍ	15
	l	¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?	NO	SÍ	16
	m	¿Tenía sofocaciones o escalofríos?	NO	SÍ	17
E5		¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y EN POR LO MENOS 4 DE E4?	NO	SÍ	
			Trastorno de angustia de por vida		
E6		SI E5 = NO, ¿CODIFICÓ SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4? SI E6 = SÍ, PASAR A F1.	NO	SÍ	
			Crisis actual con síntomas limitados		
E7		¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?	NO	SÍ	18
			Trastorno de angustia actual		

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

F. Agorafobia

F1 ¿Se ha sentido particularmente incómodo o ansioso en lugares o situaciones donde podría tener una crisis o ataque, o síntomas de una crisis como los que acabamos de discutir, o situaciones donde no dispondría de ayuda o escapar pudiera resultar un tanto difícil: como estar en una multitud, permanecer en fila, estar solo fuera de casa, permanecer solo en casa, viajar en autobús, tren o automóvil? NO SÍ 19

SI F1 = NO, RODEE CON UN CÍRCULO NO en F2.

F2 ¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita estar acompañado para enfrentarlas? NO SÍ 20
Agorafobia actual

¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO SÍ

TRASTORNO DE ANGUSTIA sin agorafobia ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO SÍ

TRASTORNO DE ANGUSTIA con agorafobia ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ NO EN E5 (TRASTORNO DE ANGUSTIA DE POR VIDA)?

NO SÍ

AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

G. Fobia social (trastorno de ansiedad social)

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

G1	¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estén observando, de ser el centro de atención o temió una humillación? Incluyendo cosas como el hablar en público, comer en público o con otros, el escribir mientras alguien le mira o el estar en situaciones sociales.	➡ NO	SÍ	1
G2	¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional?	➡ NO	SÍ	2
G3	¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre en ellas?	➡ NO	SÍ	3
G4	¿Este miedo interfiere en su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa molestia?	NO	SÍ	4

FOBIA SOCIAL
(trastorno de ansiedad social)
ACTUAL

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

H. Trastorno obsesivo-compulsivo

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, MARCAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

H1	¿Este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas? (p. ej., la idea de estar sucio, contaminado o tener gérmenes, o miedo de contaminar a otros, o temor de hacerle daño a alguien sin querer, o temor que actuaría en función de algún impulso, o tiene temores o supersticiones de ser el responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales; o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas)	NO ➡ H4	SÍ	1						
(NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA. NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, CONDUCTAS SEXUALES, PROBLEMAS PATOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL JUEGO, ALCOHOL O ABUSO DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE PUDIERA DERIVAR PLACER DE LA ACTIVIDAD Y PUDIERA QUERER EVITARLA SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS)										
H2	¿Estos pensamientos volvían a su mente aun cuando trataba de ignorarlos o de librarse de ellos?	NO ➡ H4	SÍ	2						
H3	¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no le son impuestos desde el exterior?	NO	SÍ <input type="checkbox"/> obsesiones	3						
H4	¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como lavar o limpiar en exceso, contar y verificar las cosas una y otra vez o repetir, coleccionar, ordenar las cosas o realizar otros rituales supersticiosos?	NO	SÍ <input type="checkbox"/> compulsiones	4						
	¿CODIFICÓ SÍ EN H3 O EN H4?	➡ NO	SÍ							
H5	¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos?	➡ NO	SÍ	5						
H6	¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">TRASTORNO OBSESIVO/ COMPULSIVO ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ	6	TRASTORNO OBSESIVO/ COMPULSIVO ACTUAL		
NO	SÍ	6								
TRASTORNO OBSESIVO/ COMPULSIVO ACTUAL										

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

I. Estado por estrés postraumático (opcional)

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

I1	¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física? EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO DE REHÉN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATÁSTROFE NATURAL	➡ NO	SÍ	1
I2	¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiada (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	➡ NO	SÍ	2
I3	En el último mes:			
a	¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?	NO	SÍ	3
b	¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento?	NO	SÍ	4
c	¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	NO	SÍ	5
d	¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	NO	SÍ	6
e	¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	NO	SÍ	7
f	¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	NO	SÍ	8
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE I3?	➡ NO	SÍ	
I4	Durante el último mes:			
a	¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	NO	SÍ	11
d	¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	NO	SÍ	12
e	¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	NO	SÍ	13
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE I3?	➡ NO	SÍ	
I5	¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?	NO	SÍ	14

**ESTADO POR ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO
ACTUAL**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

J. Abuso y dependencia de alcohol

(➔ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

J1	¿En los últimos 12 meses, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un período de 3 horas en tres o más ocasiones?	➔ NO	SÍ	1
J2	En los últimos 12 meses:			
a	¿Necesitaba beber más para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber?	NO	SÍ	2
b	¿Cuando reducía la cantidad de alcohol, temblaban sus manos, sudaba, o se sentía agitado? ¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (p. ej., temblores, sudoraciones o agitación)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA.	NO	SÍ	3
c	¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado?	NO	SÍ	4
d	¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado?	NO	SÍ	5
e	¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos?	NO	SÍ	6
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos, o estando con otros, debido a su consumo de alcohol?	NO	SÍ	7
g	¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físicos o mentales?	NO	SÍ	8
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?			
		NO	➔ SÍ	
		DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL		
J3	En los últimos 12 meses:			
a	¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado, o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa? ¿Esto le ocasionó algún problema? CODIFIQUE SÍ SÓLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS.	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría un riesgo físico, por ejemplo conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una máquina, etc.)?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo un arresto, perturbación del orden público?	NO	SÍ	11
d	¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	12
	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?			
		NO	SÍ	
		ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL		

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas

(➔ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

Ahora le voy a enseñar/leer una lista de sustancias ilícitas o medicinas.

K1 a ¿En los últimos 12 meses, tomó alguna de estas sustancias, en más de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo? ➔ NO SÍ

RODEE CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:

Estimulantes: anfetaminas, *speed*, cristal, dexedrina, ritalina, píldoras adelgazantes.

Cocaína: inhalada, intravenosa, crack, *speedball*.

Narcóticos: heroína, morfina, Dilaudid, opio, Demerol, metadona, codeína, Percodan, Darvon.

Alucinógenos: LSD (ácido), mescalina, peyote, PCP (polvo de ángel, *peace pill*), *psilocybin*, STP, hongos, éxtasis, MDA, MDMA.

Inhalantes: pegamento, éter, óxido nitroso (*laughing gas*), *amyl* o *butyl nitrate* (*poppers*).

Marihuana: hachís, THC, pasto, hierba, mota, *reefer*.

Tranquilizantes: Qualude, Seconal («reds»), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halción, barbitúricos, «Miltown», Tranquimazin, Lexatin, Orfidal.

Otras sustancias: esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra sustancia?

ESPECIFIQUE LA/S SUSTANCIA/S MÁS USADA/S: _____

b. SI EXISTE USO CONCURRENTE O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS, ESPECIFIQUE QUÉ DROGA/CLASE DE DROGA VA A SER EXPLORADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN:

SÓLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA.

SÓLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA.

CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE. (FOTOCOPIAR K2 Y K3 SEGÚN SEA NECESARIO.)

K2 Considerando su uso de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:

a ¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla? NO SÍ 1

b ¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudaciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor? NO SÍ 2

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

c ¿Ha notado que cuando usted usaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado? NO SÍ 3

d ¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) pero ha fracasado? NO SÍ 4

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

- | | | | | |
|---|--|----|----|---|
| e | ¿Los días que utilizaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) empleaba mucho tiempo (> 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas? | NO | SÍ | 5 |
| f | ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas? | NO | SÍ | 6 |
| g | ¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud? | NO | SÍ | 7 |

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2?
ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____

NO **SÍ** →

**DEPENDENCIA
DE SUSTANCIAS
ACTUAL**

Considerando su uso de (NOMBRE DE LA CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:

- | | | | | |
|------|--|----|----|----|
| K3 a | ¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema?
(CODIFIQUE SÍ, SÓLO SI LE OCACIONÓ PROBLEMAS) | NO | SÍ | 8 |
| b | ¿Ha estado intoxicado con (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (p. ej., conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, o utilizar una máquina, etc.)? | NO | SÍ | 9 |
| c | ¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden público? | NO | SÍ | 10 |
| d | ¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas? | NO | SÍ | 11 |

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K3?
ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____

NO SÍ

**ABUSO DE SUSTANCIAS
ACTUAL**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

L. Trastornos psicóticos

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

PIDA UN EJEMPLO PARA CADA PREGUNTA CONTESTADA AFIRMATIVAMENTE. CODIFIQUE SÍ SOLAMENTE PARA AQUELLOS EJEMPLOS QUE MUESTRAN CLARAMENTE UNA DISTORSIÓN DEL PENSAMIENTO O DE LA PERCEPCIÓN O SI NO SON CULTURALMENTE APROPIADOS. ANTES DE CODIFICAR, INVESTIGUE SI LAS IDEAS DELIRANTES CALIFICAN COMO «EXTRAÑAS» O RARAS.

LAS IDEAS DELIRANTES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI: SON CLARAMENTE ABSURDAS, IMPROBABLES, INCOMPENSIBLES, Y NO PUEDEN DERIVARSE DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA.

LAS ALUCINACIONES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI: UNA VOZ HACE COMENTARIOS SOBRE LOS PENSAMIENTOS O LOS ACTOS DE LA PERSONA, O DOS O MÁS VOCES CONVERSAN ENTRE SÍ.

Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.

EXTRAÑOS

L1	a	¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espiaba, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño? NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO.	NO	SÍ	SÍ	1
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ ⇒ L6	2
L2	a	¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	NO	SÍ	SÍ	3
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ ⇒ L6	4
L3	a	¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.	NO	SÍ	SÍ	5
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ ⇒ L6	6
L4	a	¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	NO	SÍ	SÍ	7
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ ⇒ L6	8
L5	a	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS. CODIFIQUE SÍ SÓLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L1 A L4, POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS, RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, CELOS, CULPA, RUINA O DESTITUCIÓN, ETC.	NO	SÍ	SÍ	9
	b	Si SÍ: ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	NO	SÍ	SÍ	10
L6	a	¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces?	NO	SÍ		11
		LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS» SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SÍ A LO SIGUIENTE:			SÍ	
		Si SÍ: ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?			SÍ	
	b	Si SÍ: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO	SÍ	SÍ ⇒ L8b	12

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

L7	a	¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? ENTREVISTADOR/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.	NO	SÍ	13						
	b	Si SÍ: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?	NO	SÍ	14						
BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/a:											
L8	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?	NO	SÍ	15						
L9	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?	NO	SÍ	16						
L10	b	¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE [ALOGIA] O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)?	NO	SÍ	17						
L11		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «b»?	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">NO</td> <td style="text-align: center;">SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL</td> </tr> </table>			NO	SÍ	TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL			
NO	SÍ										
TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL											
		o									
		¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «b»?									
L12		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»?	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">NO</td> <td style="text-align: center;">SÍ</td> <td style="text-align: center;">18</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA</td> </tr> </table>			NO	SÍ	18	TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA		
NO	SÍ	18									
TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA											
		o									
		¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»?									
		VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO									
		o ¿CODIFICÓ SÍ EN L11?									
L13	a	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b A L7b Y CODIFICÓ SÍ EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL)	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">→</td> <td style="text-align: center;">SÍ</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">NO</td> <td style="text-align: center;">SÍ</td> </tr> </table>			→	SÍ	NO	SÍ		
→	SÍ										
NO	SÍ										
		o									
		EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?									
	b	SI CODIFICÓ SÍ EN L1EA:									
		Anteriormente me dijo que usted tuvo un período/s en el que se sintió (deprimido[a]/exaltado[a]/particularmente irritable).	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">NO</td> <td style="text-align: center;">SÍ</td> <td style="text-align: center;">19</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL</td> </tr> </table>			NO	SÍ	19	TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL		
NO	SÍ	19									
TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL											
		Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS SÍ DE L1b a L7b) ¿Se limitaban exclusivamente a los períodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/irritable?									

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

M. Anorexia nerviosa

(➔ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

M1	a	¿Cuál es su estatura?	<input type="checkbox"/> pies	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pulgadas
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm
	b	¿En los últimos 3 meses, cuál ha sido su peso más bajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> libras
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kg
	c	¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MÍNIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACIÓN)?	➔ NO	SÍ

En los últimos 3 meses:

M2		¿A pesar de su bajo peso, evitaba engordar?	➔ NO	SÍ	1
M3		¿A pesar de estar bajo peso, temía ganar peso o ponerse gordo/a?	➔ NO	SÍ	2
M4	a	¿Se consideraba gordo, o que una parte de su cuerpo era demasiado gorda?	NO	SÍ	3
	b	¿Influyó mucho su peso o su figura en la opinión que usted tenía de sí mismo?	NO	SÍ	4
	c	¿Pensaba usted que su bajo peso era normal o excesivo?	NO	SÍ	5
M5		¿CODIFICÓ SÍ EN UNA O MÁS RESPUESTAS DE M4?	➔ NO	SÍ	
M6		SÓLO PARA MUJERES: ¿En los últimos 3 meses, dejó de tener todos sus períodos menstruales, aunque debió tenerlos (cuando no estaba embarazada)?	➔ NO	SÍ	6

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5 Y M6?

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5?

NO	SÍ
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

TABLA UMBRAL DE ESTATURA/PESO MÍNIMO (estatura sin zapatos; peso sin ropa)

Mujer estatura/peso															
Pies/pulgadas	4,9	4,10	4,11	5,0	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	
Libras	84	85	86	87	89	92	94	97	99	102	104	107	110	112	
cm	144,8	147,3	149,9	152,4	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	
kg	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51	
Hombre estatura/peso															
Pies/pulgadas	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	5,11	6,0	6,1	6,2	6,3
Libras	105	106	108	110	111	113	115	116	118	120	122	125	127	130	133
cm	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	180,3	182,9	185,4	188,0	190,5
kg	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	61

Los umbrales de pesos anteriormente mencionados son calculados con un 15% por debajo de la escala normal de la estatura y sexo del paciente como es requerido por el DSM-IV. Esta tabla refleja los pesos con un 15% por debajo del límite inferior de la escala de distribución normal de la *Metropolitan Life Insurance Table of Weights*.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

N. Bulimia nerviosa

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

N1	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimentos en un período de 2 horas?	➡ NO	SÍ	7				
N2	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana?	➡ NO	SÍ	8				
N3	¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo?	➡ NO	SÍ	9				
N4	¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones, como vomitar, ayunar, practicar ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua) u otros medicamentos?	➡ NO	SÍ	10				
N5	¿Influye grandemente en la opinión que usted tiene de sí mismo su peso o la figura de su cuerpo?	➡ NO	SÍ	11				
N6	¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA?	NO ↓ Ir a N8	SÍ					
N7	¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (____)libras/kg)? (ENTREVISTADOR/A: ESCRIBA EN EL PARÉNTESIS EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACIÓN A SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA/PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA.)	NO	SÍ	12				
N8	¿CODIFICÓ SÍ EN N5 O CODIFICÓ NO EN N7 O SALTÓ A N8?	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2">BULIMIA NERVIOSA ACTUAL</td> </tr> </table>			NO	SÍ	BULIMIA NERVIOSA ACTUAL	
NO	SÍ							
BULIMIA NERVIOSA ACTUAL								
	¿CODIFICÓ SÍ EN N7?	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL</td> </tr> </table>			NO	SÍ	ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL	
NO	SÍ							
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL								

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

O. Trastorno de ansiedad generalizada

(➔ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

O1	a	¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	➔ NO	SÍ	1
	b	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	➔ NO	SÍ	2
		CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.	NO	➔ SÍ	3
O2		¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	➔ NO	SÍ	4
O3		CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.			
		En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:			
	a	¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?	NO	SÍ	5
	b	¿Se sentía tenso?	NO	SÍ	6
	c	¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	NO	SÍ	7
	d	¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	NO	SÍ	8
	e	¿Se sentía irritable?	NO	SÍ	9
	f	¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?	NO	SÍ	10

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?

NO	SÍ
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

P. Trastorno antisocial de la personalidad (opcional)

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS Y RODEAR CON UN CÍRCULO NO)

P1 Antes de cumplir los 15 años:

a	¿Faltaba a la escuela o se escapaba y dormía fuera de casa con frecuencia?	NO	SÍ	1
b	¿Mentía, hacía trampa, estafaba o robaba con frecuencia?	NO	SÍ	2
c	¿Iniciaba peleas o incitaba a otros, los amenazaba o los intimidaba?	NO	SÍ	3
d	¿Destruía cosas deliberadamente o empezaba fuegos?	NO	SÍ	4
e	¿Maltrataba a los animales o a las personas deliberadamente?	NO	SÍ	5
f	¿Forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted?	NO	SÍ	6
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE P1?	NO	SÍ	

NO CODIFIQUE SÍ, SI LA CONDUCTA ES SÓLO POR MOTIVOS POLÍTICOS O RELIGIOSOS.

P2 Después de cumplir los 15 años:

a	¿Se ha comportado repetidamente de una forma que otros considerarían irresponsable, como no pagar sus deudas, ser deliberadamente impulsivo o deliberadamente no trabajar para mantenerse?	NO	SÍ	7
b	¿Ha hecho cosas que son ilegales incluso si no ha sido descubierto (p. ej., destruir la propiedad, robar artículos en las tiendas, hurtar, vender drogas o cometer algún tipo de delito)?	NO	SÍ	8
c	¿Ha participado repetidamente en peleas físicas (incluyendo las peleas que tuviera con su cónyuge o con sus hijos)?	NO	SÍ	9
d	¿Ha mentido o estafado a otros con el objetivo de conseguir dinero o por placer, o mintió para divertirse?	NO	SÍ	10
e	¿Ha expuesto a otros a peligros sin que le importara?	NO	SÍ	11
f	¿No ha sentido culpabilidad después de hacerle daño a otros, maltratarlos, mentirles o robarles, o después de dañar la propiedad de otros?	NO	SÍ	12

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?

NO	SÍ
TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE POR VIDA	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

ESTO CONCLUYE LA ENTREVISTA

Referencias

- Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry* 1998; 13: 26-34.
- Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora LI, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry* 1997; 12: 224-231.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P. *European Psychiatry* 1997; 12: 232-241.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl 20): 22-23.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

<i>Traducciones</i>	<i>MINI 4.4 o versiones previas</i>	<i>MINI 4.6/5.0, MINI Plus 4.6/5.0 y MINI Screen 5.0</i>
Africano		R. Emsley
Alemán	I. v. Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	G. Stotz, R. Dietz-Bauer, M. Ackenheil
Árabe		O. Osman, E. Al-Radi
Bengalí		H. Banerjee, A. Banerjee
Búlgaro		L.G. Hranov
Checo		P. Zvlosky
Chino		L. Carroll, K-d Juang
Coreano		En preparación
Croata		En preparación
Danés	P. Bech	P. Bech, T. Schütze
Esloveno	M. Kocmur	M. Kocmur
Español	L. Ferrando, J. Bobes-García, J. Gilbert-Rahola, Y. Lecrubier	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes-García, O. Soto, L. Franco, G. Heinze
Estonio		J. Shlik, A. Aluoja, E. Khil
Farsi/Persa		K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finés	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen
Francés	Y. Lecrubier, E. Weiller, L. Bonora, P. Amorim, J.P. Lepine	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, T. Hergueta
Griego	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hebreo	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Hindi		C. Mittal, K. Batra, S. Gambhir
Holandés/Flamenco	E. Griez, K. Shruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere	I. Van Vliet, H. Leroy, H. van Megen
Húngaro	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Inglés	D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan	D. Sheehan, R. Baker, J. Janavs, K. Harnett-Sheehan, M. Sheehan
Islandés		J.G. Stefansson
Italiano	L. Bonora, L. Conti, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano, Y. Lecrubier, P. Donda, E. Weiller	L. Conti, A. Rossi, P. Donda
Japonés		T. Otsubo, H. Watanabe, H. Miyaoka, K. Kamijima, J. Shinoda, K. Tanaka, Y. Okajima
Letón	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Noruego	G. Pedersen, S. Blomhoff	K.A. Leiknes, U. Malt, E. Malt, S. Leganger
Polaco	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Portugués	P. Amorim, T. Guterres	
Portugués-brasileño	P. Amorim	P. Amorim
Punjabi		A. Gahunia, S. Gambhir
Rumano		O. Driga
Ruso		A. Bystritsky, E. Selivra, M. Bystritsky
Serbio	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Ketlogetswe
Sueco	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble, H. Agren
Turco	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner
Urdú		A. Taj, S. Gambhir

Un estudio de validez de este instrumento fue posible, en parte, por una beca del SmithKline Beecham y la European Commission. Los autores dan su agradecimiento a la Dra. Pauline Powers por sus recomendaciones en las secciones sobre anorexia nerviosa y bulimia.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

Anexo 4: Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)

Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)

A continuación, se presentan situaciones que pueden ocurrir en su familia. Usted debe marcar con una x en la casilla que le corresponda a su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente.

		Casi nunca (1)	Pocas veces (2)	A veces (3)	Muchas veces (4)	Casi siempre (5)
1	De conjunto, se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi casa cada uno cumple responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguno de la familia tiene problema, los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

Prueba de Evaluación de las relaciones intrafamiliares (FF-SIL)

✦ La prueba denominada FF-SIL (Pérez, De la Cuadra, Louro, Bayarre), evalúa las relaciones intrafamiliares y su funcionalidad a través de diferentes dimensiones, que resultan de utilidad para conocer la estructura y dinámica funcional de los miembros de la familia. Al no ser un instrumento validado en nuestro medio (Guayaquil, Ecuador), previamente será sometido a un criterio de expertos, a través de un riguroso Análisis de Contenido, que refrenden la validez del instrumento y legitimen la utilidad del mismo a pesar de no estar normalizado. Las dimensiones que evalúa el instrumento son:

- **Cohesión:** Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
- **Armonía.** Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- **Comunicación.** Los miembros son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.
- **Adaptabilidad.** Habilidad para cambiar estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.
- **Afectividad.** Capacidad de los miembros de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- **Rol.** Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- **Permeabilidad.** Capacidad de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

Además de brindar información específica sobre estos componentes, la puntuación final se obtiene de la suma de los puntos por reactivos y permite clasificar a la familia en cuatro tipos:

Familia funcional	70 a 57 puntos.
Familia moderadamente funcional	56 a 43 puntos.
Familia disfuncional	42 a 28 puntos
Familia severamente disfuncional	27 a 14 puntos.

- La calificación se realiza adjudicando puntos según la opción seleccionada en la escala. Casi nunca (1 punto), pocas veces (2 puntos) a veces (3 puntos), muchas veces (4 puntos) y casi siempre (5 puntos). Los puntos se suman y esa puntuación total le corresponde un diagnóstico de funcionamiento intrafamiliar.