



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR**



TITULO DE LA TESIS

**“ASOCIACION DEL ESTADO DE SALUD MENTAL DEL CUIDADOR  
INTRAFAMILIAR Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PRIMER NIVEL DE LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #8”**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

Méd. Gral. Jessica de Santiago Ramírez

**DIRECTOR DE TESIS:**

Dra. María del Carmen Ponce Martínez  
Médico Especialista en Medicina Familiar

**CO ASESOR**

Dr. Manuel Enrique Herrera Ávalos  
Médico Especialista en Medicina Familiar

**EL MARQUES, QUERETARO MAYO 2022**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR**



**"ASOCIACION DEL ESTADO DE SALUD MENTAL DEL CUIDADOR  
INTRAFAMILIAR Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PRIMER NIVEL DE LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #8"**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA**

**Méd. Gral. Jessica de Santiago Ramírez**



**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**EL MARQUES, QUERETARO 2022**



"ASOCIACION DEL ESTADO DE SALUD MENTAL DEL  
CUIDADOR INTRAFAMILIAR Y LA FUNCIONALIDAD  
FAMILIAR EN PRIMER NIVEL DE LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR #8"



TRABAJO PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

MED. GRAL. JESSICA DE SANTIAGO RAMÍREZ

AUTORIZACIONES

DRA. MARÍA DEL CARMEN PONCE MARTÍNEZ  
ASESOR DE TESIS  
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DR. MANUEL ENRIQUE HERRERA ÁVALOS  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CO ASESOR DE TESIS

DR. ENRIQUE LOPEZ ABUNDES  
DIRECTOR UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8  
QUERÉTARO

EL MARQUES, QUERÉTARO A 31 DE MAYO DEL 2022



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



**"ASOCIACION DEL ESTADO DE SALUD MENTAL DEL  
CUIDADOR INTRAFAMILIAR Y LA FUNCIONALIDAD  
FAMILIAR EN PRIMER NIVEL DE LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR #8"**



**TRABAJO PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**


**PRESENTA**

**Dra. Jessica De Santiago Ramirez**

**AUTORIZACIONES**

**DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA**  
JEFE DE LA SUBDIRECCION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.

  
**DR. GEOVANI LOPEZ ORTIZ**  
COORDINADOR DE INVESTIGACION DE LA  
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.

  
**DR ISAIAS HERNANDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.

**EL MARQUES, QUERÉTARO A 31 DE MAYO DEL 2022**



**FACULTAD DE MEDICINA**  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

## I. Resumen

**Título:** Asociación del estado de salud mental del cuidador intrafamiliar y la funcionalidad familiar en la unidad de Medicina Familiar número 8. **Antecedentes:** En México el 28.6% de la población de entre 18 y 65 años ha sufrido, al menos una vez, una enfermedad o un trastorno mentales. De estos el trastorno psicológico más frecuente en México es la ansiedad, abuso de sustancias y los trastornos afectivos, como la depresión y las fobias. La familia es una estructura activa que puede favorecer en el sujeto las condiciones para un desarrollo armónico o, en su defecto, es la principal fuente de trastornos emocionales y mentales, por eso es importante su estudio. Dentro de la misma las personas hacen diferentes funciones como el de Cuidador Intrafamiliar que se encarga del afecto. También se ha detectado que la salud mental de esta persona influye directamente en el funcionamiento de la familia. **Objetivo:** Determinar la asociación de la salud mental del cuidador intrafamiliar y la funcionalidad familiar en la unidad de Medicina Familiar número 8. **Materiales y métodos:** estudio observacional comparativo de asociación, transversal. Las variables de estudio son edad, sexo, estado civil, número de hijos, escolaridad, ocupación, tipología familiar, salud mental, funcionalidad. El tamaño de la muestra se obtendrá por medio de la fórmula para dos proporciones, resultando en un total de: 122 pacientes, la técnica muestral será no probabilístico por conveniencia. El análisis estadístico se realizará por medio del programa SPSS a través de medias, porcentajes, desviación estándar e intervalo de confianza. **Recursos humanos y materiales:** los recursos serán solventados por el investigador principal. **Experiencia del grupo:** Se cuenta con experiencia en aplicación de instrumentos para evaluación de la familia. **Tiempo a realizarse:** 6 meses posterior a la aceptación del comité local de investigación

**Resultados:** Al valorar el estado de salud mental de los cuidadores intrafamiliares por medio del cuestionario GHQ-12 se determino que el 41.4% con deterioro de salud mental cuentan con una familia moderadamente funcional.

**Conclusión:** Se puede concluir que los pacientes cuidadores intrafamiliares sin deterioro de salud mental representan un factor protector para tener una familia funcional.

## II. Summary

**Title:** Association of the mental health status of the intra-family caregiver and family functionality in the Family Medicine unit number 8. **Background:** In Mexico, 28.6% of the population between 18 and 65 years of age has suffered, at least once, a disease or a mental disorder. Of these, the most common psychological disorder in Mexico is anxiety, substance abuse, and affective disorders, such as depression and phobias. The family is an active structure that can favor the conditions for harmonious development in the subject or, failing that, it is the main source of emotional and mental disorders, which is why its study is important. Within it, people

perform different functions such as the Intrafamily Caregiver who is in charge of affection. It has also been detected that the mental health of this person directly influences the functioning of the family. **Objective:** To determine the association of the mental health of the intra-family caregiver and the family functionality in the Family Medicine unit number 8. **Materials and methods:** comparative, cross-sectional, observational study of association. The study variables are age, sex, marital status, number of children, education, occupation, family type, mental health, functionality. The sample size will be obtained by means of the formula for two proportions, resulting in a total of: 122 patients, the sampling technique will be non-probabilistic for convenience. The statistical analysis will be carried out through the SPSS program through means, percentages, standard deviation and confidence interval. Human and material resources: the resources will be paid for by the principal investigator. **Group experience:** There is experience in the application of instruments for family evaluation. Time to be carried out: 6 months after acceptance by the local research committee

**Results:** When assessing the mental health status of intrafamily caregivers through the GHQ-12 questionnaire, it was determined that 41.4% with mental health deterioration have a moderately functional family.

**Conclusion:** It can be concluded that intrafamily caregiver patients without mental health deterioration represent a protective factor for having a functional family.

## **DEDICATORIA**

Dedico esta Tesis a mi Padre Manuel De Santiago, gracias papá por siempre enseñarme a trabajar por mis sueños de manera honesta , a nunca darme por vencida por mas difícil que pareciera la situación, por todos los valores que me diste en vida. Aunque ya no estás conmigo físicamente siempre lo estarás en mi corazón y en cada pensamiento.

A mi madre Hortencia por estar siempre a mi lado y apoyarme en todas mis decisiones. Por todos lo valores que me has brindado para afrontar la vida .

A mi hija Itzayana, gracias por demostrarme lo fuerte que puedo llegar a ser . Gracias por llegar a mi vida. Te amo infinitamente.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi madre Hortencia por motivarme a seguir siempre adelante y por enseñarme a enfrentar las adversidades de la vida.

A mi hermano Diego por su apoyo durante estos tres años. Por sus consejos y ayuda durante este transitar.



# INDICE

I. Resumen.....	5
II. Summary .....	5
DEDICATORIA.....	7
AGRADECIMIENTOS .....	7
INDICE .....	8
2. MARCO TEORICO .....	9
2.1 EPIDEMIOLOGIA.....	9
2.2 SALUD MENTAL.....	10
2.3 LA FAMILIA .....	12
2.4 CUIDADOR INTRAFAMILIAR EN LA FAMILIA.....	18
3.- JUSTIFICACION .....	19
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
4.1 MAGNITUD.....	20
4.2 TRASCENDENCIA.....	21
5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	21
6. OBJETIVOS .....	22
6.2 OBJETIVO GENERAL .....	22
6.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	22
7. HIPOTESIS ESTADÍSTICAS.....	22
8. MATERIAL Y METODOS.....	24
9. ASPECTOS ÉTICOS .....	30
10. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD .....	32
11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	32
12. RESULTADOS.....	33
13. ANALISIS .....	37
14. BIBLIOGRAFIA .....	38
15. ANEXOS .....	42

## **2. MARCO TEORICO**

### **2.1 EPIDEMIOLOGIA.**

Se estima que entre 450 y 500 millones de personas en el mundo presentaron algún trastorno mental durante 2016. Si bien existen discrepancias en cuanto a los números precisos, la OMS calcula que más de 300 millones padecen depresión, 60 millones trastorno bipolar y casi 21 millones esquizofrenia. Además, casi un millón de personas se suicidan al año, lo que representa más muertes que las producidas por las guerras y los desastres naturales.<sup>1</sup>

El panorama epidemiológico de los trastornos mentales en México muestra que la magnitud y trascendencia de estos es amplia e importante, por lo que se requieren acciones sistemáticas y programadas con fines tanto preventivos como curativos<sup>2</sup>

El 28.6% de la población —más de uno de cada cuatro mexicanos— de entre 18 y 65 años ha sufrido, al menos una vez, una enfermedad o un trastorno mentales. De estos el trastorno psicológico más frecuente en México es la ansiedad, padecida por el 14.3%; le siguen el abuso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos, como la depresión (9.1%) y las fobias (7.1%).<sup>3</sup>

El 18% de la población urbana de entre 18 y 65 años padece un trastorno afectivo, principalmente depresión. Un 36% de los mexicanos padecerá un desorden psiquiátrico antes de los 65 años; de entre ellos, 20% desarrollará bipolaridad o depresión, 17.8% de ansiedad y 11.9% abusará de sustancias.<sup>2,3</sup>

Se estima que más del 9% de la población adulta de la Ciudad de México sufre de depresión y 8.3% padece trastornos de ansiedad como la agorafobia o los ataques de pánico. En 2014, hubo 6 mil 337 suicidios en México, equivalentes a 17.3 suicidios diarios, lo que representa un incremento del 43% con respecto a 2005. La población más vulnerable es el de los desempleados. Entre la población urbana, las personas con trastornos mentales solicitan ayuda, primero, en sus redes sociales; 54% la solicita a familia o amigos, 10% a sacerdotes y ministros, 15% se automedica y sólo después de esto acuden con especialistas.<sup>3</sup>

En México existían 4 mil 393 especialistas en psiquiatría en 2016, que equivalen a uno por cada 29 mil habitantes.<sup>4</sup>

Una de cada seis personas sufrirá un problema de salud mental que podría requerir atención médica especializada; esto significa que, en nuestro país, para una población aprox. de 100 millones de personas, padecen trastornos mentales aproximadamente 15 millones.<sup>4</sup>

Todos estos trastornos requieren generalmente de supervisión especializada médica, psicológica y medicamentosa, lo que compromete fuertemente a los sistemas de salud pública de cualquier país, no siendo México la excepción. Si bien

–señala Medina Mora- la salud mental no es un “frente ruidoso ni visible”, es una “trinchera” que requiere atención urgente.<sup>4</sup>

El 34.5% de la demanda de servicios de salud mental en el primer nivel de atención deriva de problemas psicopatológicos en la infancia, y muchos de los niños acuden en fases avanzadas y con diversas complicaciones.<sup>2</sup>

## **2.2 SALUD MENTAL**

La salud mental es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos. Lograr que la población conserve la salud mental, además de la salud física, depende, en gran parte, de la realización exitosa de acciones de salud pública, para prevenir, tratar y rehabilitar.<sup>4,5</sup>

Hay una relación estrecha entre la salud mental y la salud física ya que existe una gran variedad de enfermedades médicas que dan como resultado trastornos mentales claramente identificados. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental es el “bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación”.<sup>4</sup>

En México solo una de cada cinco personas con algún trastorno afectivo recibieron atención y solo una de cada diez con algún trastorno de ansiedad lo obtuvieron. El tiempo que tardan los pacientes en llegar a la atención es también importante con una latencia que oscila entre 4 y 20 años según el tipo de padecimiento.<sup>3</sup>

Algunos estudios han analizado las barreras para buscar atención. Estos demuestran que las principales razones para no hacerlo están relacionadas con la creencia de que el tratamiento al que se tiene acceso no es bueno para manejar un problema mental (58% de los hombres y 68% de las mujeres); que el acceso es difícil (16 y 22% respectivamente), así como la falta de información (8 y 14%). Las barreras estaban relacionadas con el bajo nivel de escolaridad e ingresos de las familias.<sup>4</sup>

- La vergüenza de aceptar que se padece un trastorno psiquiátrico prevalece entre la población, en la ciudad de México: – Los hombres que no buscaron ayuda reportaron estar preocupados por la opinión de sus patrones si sabían acerca de su condición mental. – Por su parte, las mujeres reportaron preocupación por la opinión de los miembros de la familia.<sup>4</sup>
- En las zonas rurales la situación empeora, puesto que no hay instituciones especializadas para la atención de estos problemas, una visita al psiquiatra representa un día de viaje y un costo elevado. En el nivel local, son consultados los curanderos tradicionales y otros agentes informales.<sup>4</sup>

Usualmente los servicios de atención primaria no tienen el personal con el entrenamiento necesario para la detección y el tratamiento de las personas con problemas de salud mental. <sup>6</sup>

Los principales obstáculos para el reconocimiento de los trastornos mentales por los médicos de AP son: desconocimiento de los criterios diagnósticos, desconocimiento acerca de las preguntas adecuadas para su evaluación y limitaciones de tiempo inherentes a contextos clínicos con sobrecarga de trabajo <sup>7</sup>

Existen diversos instrumentos para analizar la Salud Mental de la población como el SF-12 (Mental Health Component Scale), MCS-121 (2-ítem Short-Form Survey), K10 y K6 (Kessler Psychological Distress Scale) (Gill, Butterworth, Rodgers y Mackinnon, 2007; Patel et al., 2008). Así como el *General Health Questionnaire de Goldberg* es una técnica elaborada por este autor, en el Hospital Universitario de Manchester, Inglaterra, en la década del 70, con el fin de evaluar el grado de salud general. El cuestionario inicial consistía en 60 preguntas. Posteriormente se han elaborado versiones más cortas de 30, 28 y 12 ítems respectivamente. <sup>7</sup>

El cuestionario surgió con el propósito de identificar dos tipos de problemas: la incapacidad para realizar las actividades diarias normales o adaptativas, y la manifestación de fenómenos perturbadores y síntomas psicopatológicos en el sujeto, centrándose en alteraciones psicopatológicas muy básicas y conductas desadaptativas menores a nivel personal y social. <sup>7,8</sup>

La versión que contiene 12 ítems, GHQ-12 (Goldberg, 1978) ha sido traducida y adaptada a 38 idiomas como por ejemplo: el árabe (Daradkeh, Ghubash & El-Rufaie, 2001), el chino (Chan, 1993; Chan & Chan, 1983; Shek, 1993), el japonés (Doi & Minowa, 2003), el español (Sánchez López & Dresch, 2008), el turco (Kihç et al., 1997), el persa (Montazeri et al., 2003). Tanto por su brevedad como por sus características psicométricas es considerado uno de los instrumentos de cribado validado más utilizado en todo el mundo. <sup>8</sup>

Este cuestionario fue elaborado por *Golberg* con la intención de identificar la severidad de disturbios psiquiátricos menores, por lo cual se considera que, en realidad, lo que mide es salud mental y no el estado de salud general que tendría que incluir el autorreporte de sintomatología física. Recorre cuatro áreas psiquiátricas fundamentales: depresión, ansiedad, inadecuación social e hipocondría. <sup>7</sup>

Esta escala, consta de proposiciones que deben ser respondidas escogiendo una de las posibles respuestas, planteadas al sujeto en escala *Likert* de cuatro puntos (0-1-2-3). Cuando el ítem está formulado de manera que expresa un síntoma, la respuesta "menos que de costumbre" toma el valor 0 y la respuesta "mucho más que de costumbre", toma el valor 3. Pero si el ítem está redactado de manera positiva, los valores para calificar cada categoría se invierten. Así se obtiene un

estimado del grado de severidad de la ausencia de salud mental. De esta manera se establece un punto de corte o "*cut-off-score*" por encima del cual se consideran "casos", o personas con disturbios psiquiátricos, y por debajo del cual se consideran "no casos", o personas sanas.<sup>9</sup>

Según este método el valor máximo que se puede obtener en la escala es de 36 puntos y el mínimo de cero puntos. La puntuación total se calcula sumando las puntuaciones obtenidas en todos los enunciados o ítems del cuestionario (a medida que aumentan las puntuaciones disminuye el nivel de salud mental). En esta versión, se considera que puntuaciones alrededor de 13 (entre 10 y 16) pueden ser considerados como normales o ausencia de psicopatología; los puntajes por encima de 16 se consideran altos en términos de deterioro de la salud mental, o con presencia de psicopatología, mientras aquellos por debajo de 10 pueden ser considerados como bajos en cuanto al deterioro de la salud mental.<sup>8,9,10,11</sup>

El GHQ -12 evalúa la dimensión general de la salud autopercebida por el paciente, pero además, permite distinguir dos subdimensiones: bienestar psicológico, en sus ítems 1, 2, 5, 7, 9 y 12, que es definido por Victoria y González (2000) como un constructo que "expresa el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo, que se define por su naturaleza subjetiva vivencial y que se relaciona estrechamente con aspectos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social". La segunda subdimensión es denominada por los autores como funcionamiento social y afrontamiento, evaluada en los ítems 3, 4, 6, 8, 10 y 11, y hace referencia a "la autoevaluación sobre la propia percepción de capacidad para atender los asuntos personales, afrontar las preocupaciones, decidir y atender los asuntos de la vida".<sup>9,10,11</sup>

El GHQ-12 presenta una buena fiabilidad en los diferentes estudios realizados. Los resultados de validación realizada en quince países del mundo son adecuados, con resultados alfa de Cronbach que varían entre 0,82 y 0,86. El GHQ-12 tiene como ventaja ser un instrumento corto, de fácil comprensión y auto-administrado, lo que facilita su utilización como instrumento de cribado.<sup>11,12</sup>

## **2.3 LA FAMILIA**

La familia es un sistema de interrelación biopsicosocial que media entre el individuo y la sociedad y se encuentra integrada por un número variable de individuos, unidos por vínculos de consanguinidad, unión, matrimonio o adopción; desde el punto de vista funcional y psicológico, implica además compartir un mismo espacio físico; desde el punto de vista sociológico no importa si se convive o no en el mismo espacio para ser considerado parte de la familia. Entre las funciones básicas de la familia se encuentran la reproducción, comunicación, afectividad, educación, apoyo social, apoyo económico, adaptabilidad, generación de autonomía, adaptación y creación de normas.<sup>13,14</sup>

Al respecto, las Naciones Unidas definen a la familia “como una unidad en los estudios demográficos que representa todo un hogar o una parte de éste; una familia estadística o una familia censal generalmente se compone de todos los miembros de un hogar emparentados por consanguinidad, adopción o matrimonio”<sup>13,26</sup>

La secretaría general del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2012), menciona que: la familia es el ámbito primordial de desarrollo de cualquier ser humano pues constituye la base en la construcción de la identidad, autoestima y esquemas de convivencia social elementales. Como núcleo de la sociedad, la familia es una institución fundamental para la educación y el fomento de los valores humanos esenciales que se transmiten de generación en generación. <sup>13,27</sup>

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2013a) afirma que la familia es “el ámbito donde los individuos nacen y se desarrollan, así como el contexto en el que se construye la identidad de las personas por medio de la transmisión y actualización de los patrones de socialización”. Actuando como una función prorectora contra las tensiones del día a día. <sup>13,15,27</sup>

Al constituirse una nueva pareja se crean expectativas acerca de cómo se llevará a cabo la vida futura en familia, pues se contempla tener hijos e hijas, cuidarlos, atenderlos y lograr una armonía familiar. Sin embargo, diferentes factores intervienen en la manera como se llevarán a cabo las relaciones entre la pareja, con los hijos y en la familia. Las familias mexicanas han estado expuestas a cambios económicos, demográficos y socioculturales. <sup>13,14</sup>

Entre los cambios podemos mencionar un incremento de familias en que el padre y la madre trabajan fuera del hogar, el descenso en la tasa de fecundidad, el alargamiento de la esperanza de vida, cambios en la nupcialidad, en la disolución de las uniones y en la multiplicidad de modelos culturales.<sup>13</sup>

Existen diversas clasificaciones de la familia en base a distintos aspectos de la misma. Con el propósito de facilitar la clasificación se identificaron cinco ejes fundamentales:

- Parentesco: El parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta.
- Presencia física en el hogar o convivencia: La presencia física también está vinculada con la identificación del jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros de las familias.
- Medios de subsistencia: basada en los medios que son origen esencial de su subsistencia.
- Nivel económico: El nivel económico de las familias influye poderosamente sobre diversos elementos vinculados con la salud.
- Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios sociales: cambios que se han presentado en las sociedades modernas y que han

representado diversas formas en que tienden a conformarse otros estilos de convivencia y que repercuten en la salud individual y familiar.<sup>13,14,15</sup>

#### Tipología de la Familia.

Con parentesco	Características
<b>Nuclear</b>	Hombre y mujer sin hijos
<b>Nuclear simple</b>	Padre y madre con 1 a 3 hijos
<b>Nuclear numerosa</b>	Padre y madre con 4 hijos o más
<b>Reconstruida (binuclear)</b>	Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior
<b>Monoparental</b>	Padre o madre con hijos
<b>Monoparental extendida</b>	Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco
<b>Monoparental extendida compuesta</b>	Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
<b>Extensa</b>	Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco
<b>Extensa compuesta</b>	Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
<b>No parental</b>	Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etcétera)
<b>Sin parentesco</b>	Características
<b>Monoparental extendida sin parentesco</b>	Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco
<b>Grupos similares a familias</b>	Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares. Por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos, etcétera

Tabla 1. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Dinámica familiar en familias con hijos e hijas. Revista Intercontinental de Psicología y Educación, vol. 10, núm. 2, julio-diciembre, 2008, pp. 31-56.

La familia como grupo social debe cumplir 3 funciones básicas que son: la función económica, la biológica y la educativa, cultural y espiritual y es precisamente éste uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, es decir, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo.<sup>13</sup>

El nexo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia en toda la familia. Por ejemplo: la enfermedad de uno de sus miembros altera la vida

del resto de los familiares quienes tienen que modificar su estilo de vida para cuidar al familiar enfermo.<sup>16</sup>

## **FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

Para hacer un análisis del funcionamiento familiar, creemos necesario verlo con una perspectiva sistémica, pues la familia es un grupo o sistema compuesto por subsistemas que serían sus miembros y a la vez integrada a un sistema mayor que es la sociedad.<sup>16</sup>

Esta concepción de la familia como sistema, aporta mucho en relación con la causalidad de los problemas familiares, los cuales tradicionalmente se han visto de una manera lineal (causa-efecto) lo cual es un enfoque erróneo, pues en una familia no hay un "culpable", sino que los problemas y síntomas son debidos precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema. El funcionamiento familiar debe verse no de manera lineal, sino circular, o sea, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa. El enfoque sistémico nos permite sustituir el análisis causa-efecto por el análisis de las pautas y reglas de interacción familiar recíproca, que es lo que nos va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares y por tanto a las causas de la disfunción familiar.<sup>16</sup>

El primer entorno donde el sujeto aprende a relacionarse es la familia como escenario primario de socialización, sin embargo la familia recibe la influencia directa de un medio externo en el que se efectúa la interacción social a través de la comunicación y el lenguaje que afectan de forma indirecta las relaciones en el núcleo familiar.<sup>17</sup>

A mayor estabilidad emocional y psicológica de los padres, mejor desempeño social de sus hijos, sin embargo, a mayor estrategia autoritaria menor desarrollo de habilidades sociales.<sup>18</sup>

La disfuncionalidad familiar se refiere a los conflictos que surgen en el ambiente familiar, los cuales podrían repercutir en las habilidades sociales de los hijos e hijas principalmente al llegar a la adolescencia, manifestándose en problemas para relacionarse con los pares, el déficit en el control de emociones y sentimientos, el aislamiento social, la dificultad en la comunicación interpersonal, entre otros.<sup>18</sup>

La disfunción familiar conlleva a que el núcleo familiar genere comportamientos y conductas inapropiadas respecto al modo de demostrar y expresar el afecto, apoyarse en nuevas actividades, compartir un tiempo diferente al de trabajar, solucionar conflictos, y permitir la participación en las decisiones familiares.<sup>17</sup>

La disfuncionalidad familiar guarda relación con el sistema de reglas o límites en el hogar las cuales están caracterizados por normas unilaterales que invierten la



función de protección de sus miembros y aumentan los factores de riesgo respecto a la disolución de familia<sup>17</sup>

## **INSTRUMENTO FF-SIL**

Debido a lo anterior uno de los instrumentos diseñados para la evaluación del funcionamiento familiar que existe hoy en día es la prueba FF-SIL que se diseñó en 1994, con la idea que fuera sencillo para la evaluación de las relaciones intrafamiliares, de fácil aplicación y calificación por el equipo de salud de la Atención Primaria, siendo validada por Isabel Louro Bernal, Patricia Arés Muzio y Silvia Martínez Calvo en el 2004. Este instrumento es posible aplicarlo en diferentes miembros de la familia.<sup>17</sup>

Tiene como objetivo evaluar siete procesos implicados en las relaciones intrafamiliares: cohesión, roles, armonía, comunicación, afectividad, permeabilidad y adaptabilidad.<sup>19</sup>

Se compone por 14 ítems, redactados en forma positiva, además de una escala de tipo Likert con 5 opciones como alternativas de respuesta.<sup>19</sup>

Definiremos a continuación los procesos o variable que evalúa el instrumento:

- **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 de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.
- **Permeabilidad:** capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.
- **Afectividad:** capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- **Roles:** cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- **Adaptabilidad:** habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.<sup>19</sup>

Metodología del instrumento:

1. Test de funcionamiento familiar FF-SIL. Consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, para un total de 14, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento.

<b>No. de Situaciones</b>	<b>Variables que mide</b>
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

Tabla 2. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev Cubana Med Gen Integr

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos.<sup>19</sup>

Escala Cualitativa	Escala Cuantitativa
Casi nunca	1 punto.
Pocas veces	2 puntos
A veces	3 puntos
Muchas veces	4 puntos
Casi siempre	5 puntos

Tabla 3. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev Cubana Med Gen Integr

Cada situación es respondida por el usuario mediante una cruz (x) en la escala de valores cualitativas, según su percepción como miembro familiar. La calificación se realiza adjudicando puntos según la opción seleccionada en la escala: casi nunca vale 1, pocas veces vale 2, a veces vale 3, muchas veces vale 4 y casi siempre vale 5. Los puntos se suman y a esa puntuación total le corresponde un diagnóstico de funcionamiento familiar.<sup>19</sup>

Al final se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar de la siguiente manera: <sup>19</sup>

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

Tabla 3. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev Cubana Med Gen Integr

**Familia funcional:** Es aquella cuya interrelaciones como grupo humano favorece el desarrollo sano y el crecimiento personal de cada uno de sus miembros, en la medida que existe un equilibrio en el cumplimiento de sus funciones y a su vez disponga de recursos adaptativos para enfrenar los cambios. En nuestra investigación la funcionabilidad se medirá por la expresión positiva de las categorías que definen el funcionamiento familiar. Cuando al aplicares el Test (FF-SIL) se obtiene una puntuación de 70 a 57 puntos.<sup>19</sup>

**Familia moderadamente funcional:** Es una expresión intermedia entre la familia funcional y la familia disfuncional, de las categorías de que define el funcionamiento familiar. Se obtienen en Test un puntuación de 56 a 43 puntos.<sup>18,19</sup>

**Familia disfuncional:** Es la expresión negativa de las categorías que definen el funcionamiento familiar. Se obtiene en Test con una puntuación de 42 a 28 puntos.<sup>18,19</sup>

**Familia severamente disfuncional:** Es una expresión negativa de extremo de las categorías que define el funcionamiento familiar, se obtiene en el Test con una puntuación de 27 a 14.<sup>18</sup>

Las propiedades psicométricas de esta prueba, encontradas en su validación para la población cubana, son las siguientes: el estudio de la confiabilidad temporal dio como resultado un valor de 0,93, el análisis de la consistencia interna es elevado ( $\alpha = 0,85$ ), lo que habla a favor de una homogeneidad intraítems con independencia del carácter multidimensional del instrumento.<sup>18</sup>

## 2.4 CUIDADOR INTRAFAMILIAR EN LA FAMILIA

El cuidar es una situación que muchas personas a lo largo de sus vidas acaban experimentando. La experiencia de cada cuidador es única, ya que son demasiados los aspectos que hacen que esta experiencia difiera de cuidador a cuidador. El por qué se cuida y a quién se cuida, así como la relación previa con la persona cuidada, la causa y el grado de la dependencia del familiar, la ayuda que prestan otros miembros de la familia, las exigencias que se imponen los cuidadores son sin duda factores que intervienen en la calidad de vida del cuidador.<sup>17</sup>

El Cuidador Intrafamiliar surge de la existencia de dos tipos de roles a desempeñar dentro de la familia. Estos se definen con base en la función de satisfacción de las necesidades básicas de carácter afectivo y económico que tiene una familia, y que se traducen en roles de tipo afectivo e instrumental.<sup>18</sup>

El rol afectivo está relacionado con funciones de apoyo, aportación de valores, normas y pautas de comportamiento. En la mayoría de las familias lo desempeña la madre. En tanto, al rol instrumental, se le relaciona de forma esquemática con aquellas tareas que garantizan la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo familiar, aún más específicamente, la aportación de orden económico, papel que suele ser desempeñado por el padre.<sup>19</sup>

Los cambios que ha sufrido nuestra sociedad han mostrado que la transmisión de valores, conductas y hábitos, más que un rol, desempeñado por un actor específico, corresponde a una función, es decir, la actividad necesaria ejercida por un organismo. Esto significa que en la familia, como núcleo organizado, se mantienen activas sinergias, compuestas de fuerzas contrarias y convergentes que confluyen

a cumplir la función mencionada. Esta función puede aparecer intermediada por sujetos extrafamiliares, lo cual es relevante pues agrega elementos extraños al núcleo de convivencia.<sup>18</sup>

El cuidador intrafamiliar deberá cumplir con ciertas características acordes a las circunstancias, conocimientos, posibilidades, habilidades y disposición para el cuidado directo, la capacidad de conservación espontánea, empatía de lazos interpersonales y sociales y la interconexión con redes de salud. De esta manera, la función incluye la necesaria transmisión de normas y valores traducidos en hábitos.<sup>18</sup>

Cada sistema familiar, valora al Cuidador Intrafamiliar de una manera determinada. Esta proporciona el marco referencial a partir del cual el Cuidador Intrafamiliar reconstruirá su propia identidad, en un sentido origen-convivencia, condicionando la mejora o el detrimento de su autoestima. Delineando un perfil de fracaso o éxito en su desempeño.<sup>20,23,27</sup>

En el inicio del cuidado la persona que cuida aún no es plenamente consciente de que es el miembro de la familia sobre el que va a recaer la mayor parte del esfuerzo y responsabilidades del cuidado; tampoco de que probablemente se encuentra en una situación que puede mantenerse durante muchos años y que, posiblemente, implique un progresivo aumento de dedicación en tiempo y energía. Poco a poco, sin darse cuenta, la persona va integrando su nuevo papel de cuidador en su vida diaria. Es frecuente que experimenten cambios en las siguientes áreas: en las relaciones familiares, en el trabajo y en su situación económica, en su tiempo libre, en su salud y en su estado de ánimo.<sup>20,28</sup>

Para fines de este estudio se identificará el rol de cuidador intrafamiliar (concepto diferente a cuidador primario) en base a las funciones que realiza cada uno de los integrantes de la familia que participara en el estudio. Tomando como cuidador intrafamiliar al encargado de brindar el rol afectivo en cuanto a apoyo, valores, normas y comportamiento.<sup>30</sup>

### **3.- JUSTIFICACION**

En México el eje de la atención de la salud mental tiene un mayor enfoque en el tercer nivel, ejemplo de ello es la cantidad de hospitales psiquiátricos (46) en comparación con las unidades de internamiento psiquiátrico en hospitales generales (13) y establecimientos residenciales (8). Aunado a lo anterior, el acceso a los Hospitales psiquiátricos se ve limitado por barreras geográficas, ya que la mayoría se ubican en las grandes metrópolis o cercanas a ellas. Además se cuenta en los establecimiento de primer nivel se ofrece atención a 310 usuarios por cada 100,000 habitantes, siendo la mayoría pacientes adultos, en contraste con el tercer nivel que atienden a 47 usuarios por cada 100,000.<sup>4,26,28</sup>

Dado que la salud mental sigue siendo la mayor demanda de salud insatisfecha, se tiene que reflexionar acerca de la respuesta que se ofrece a la población en este

contexto. La atención de las enfermedades mentales no está del todo integrada en los programas de atención a la salud en general y es insuficiente el trabajo multidisciplinario. México carece de un programa nacional de salud mental específico para la niñez, lo que obstaculiza la detección y atención tempranas de los trastornos. <sup>4,21,28</sup>

Debido a lo anterior, al ser la familia el núcleo principal de la sociedad en el cual se desarrollan los individuos y donde socializan por primera vez, constituye el espacio por excelencia para el desarrollo de la identidad ya que se adquieren las primeras experiencias, valores y concepción del mundo. La familia puede favorecer en el sujeto las condiciones para un desarrollo armónico o, en su defecto, ser la principal fuente de trastornos emocionales y mentales, por consiguientes es importante su abordaje. <sup>3,30,31</sup>

La familia es una estructura activa, que no permanece estancada y se transforma de acuerdo a las demandas. Al asumir el estudio de la familia los especialistas se enfrentan con el reto de su diagnóstico, atendiendo a tres aspectos fundamentales: estructurales, de dinámica y funcionamiento familiar. Este último define el carácter y la calidad de las relaciones intrafamiliares<sup>16</sup>

Así mismo los roles que desempeñan cada uno de los miembros es fundamental para la funcionalidad de la familia. Uno de estos roles es el de cuidador intrafamiliar, el cual cubre las necesidades afectivas y de valores en la familia. Al ser uno de los principales roles dentro de la familia el conocer su estado de salud mental nos permite valorar la funcionalidad de la familia. <sup>18,29</sup>

A su vez el tomar en cuenta el estado de salud mental del cuidador intrafamiliar también nos ayuda a detectar de manera temprana posibles trastornos e implementar programas en el primer nivel de atención que repercuten en la funcionalidad familiar. Por lo tanto en este estudio se busca conocer si existe una asociación positiva o negativa del estado de salud mental de cuidador intrafamiliar y la funcionalidad familiar. Es factible realizar el estudio dado que se cuentan con los instrumentos para la valoración de la población derechohabiente en nuestro instituto, así como los recursos humanos y materiales. <sup>1,22,24</sup>

## **4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **4.1 MAGNITUD**

Los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias representan un 13% de la morbilidad a nivel mundial, siendo la depresión una de las principales causas, con un 4.3 %, además de ocupar el 11% de discapacidad mundial, principalmente en mujeres. Las consecuencias económicas son igualmente elevadas, en un estudio reciente se calculó que el impacto mundial acumulado de

los trastornos mentales en términos de pérdidas económicas será de US\$ 16,3 billones entre 2011 y 2030.<sup>1,25,26</sup>

#### **4.2 TRASCENDENCIA**

Los trastornos mentales influyen a menudo en otras enfermedades tales como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares o la infección por el VIH/sida, existen pruebas de que la depresión predispone al infarto de miocardio y a la diabetes, que a su vez aumentan la probabilidad de sufrir depresión. Muchos factores de riesgo, tales como el bajo nivel socioeconómico, el consumo de alcohol o el estrés, son comunes a los trastornos mentales y a otras enfermedades no transmisibles.<sup>4</sup>

Al transpolar lo anterior a uno de los principales factores que las originan, encontramos a la familiar y más directamente a sus integrantes, y en este caso específico al cuidador intrafamiliar, quien, en muchas de las ocasiones, es responsable de brindar el afecto y valores en la familia, sus acciones influyen en el desempeño adecuado de los otros miembros de la familia, repercutiendo de esta manera en la funcionalidad familiar.<sup>1</sup>

Por lo anterior es imperativo realizar capacitaciones y brindar las herramientas necesarias al personal de primer nivel de atención para lograr una mejor cobertura en las detecciones del estado de salud mental de los pacientes y en específico para el cuidador intrafamiliar. Existe poca preparación en el sector salud con respecto al estudio de la Salud Mental, de acuerdo con encuestas a nivel nacional reportan que como personal de salud el programa de formación de pregrado para médicos dedica 4% del total de horas a estudiar enfermedades mentales; el programa para enfermeros, 3% y otro personal de la salud, 5%.<sup>3,31</sup>

En conclusión, a nivel institucional es importante iniciar con estudios y capacitaciones que nos permitan detectar las alteraciones de la salud mental en los miembros de la familia. Lo anterior nos permitirá como efecto colateral lograr un impacto en la disminución de diferentes patologías, así como en las consecuencias económicas que implican.

#### **5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

**¿Existe asociación del estado de salud mental del cuidador intrafamiliar y la funcionalidad familiar?**

## **6. OBJETIVOS**

### **6.2 OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la asociación entre el estado mental del cuidador intrafamiliar y la funcionalidad familiar.

### **6.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar el estado de salud mental del cuidador intrafamiliar y su asociación con la cohesión familiar.
- Determinar el estado de salud mental del cuidador intrafamiliar y su asociación con la armonía familiar.
- Determinar el estado de salud mental del cuidador intrafamiliar y su asociación con la comunicación familiar
- Determinar el estado de salud metal del cuidador intrafamiliar y su asociación con la permeabilidad familiar.
- Determinar el estado de salud mental del cuidador intrafamiliar y su asociación con la afectividad familiar.
- Determinar el estado de salud metal del cuidador intrafamiliar y su asociación con la asignación de roles familiares.
- Determinar el estado de salud mental del cuidador intrafamiliar y su asociación con la adaptabilidad familiar.

## **7. HIPOTESIS ESTADÍSTICAS**

Ho. La asociación entre cohesión familiar con deterioro de salud mental en el cuidador intrafamiliar es igual o menor que 64%; mientras que en el cuidador intrafamiliar sin deterioro de salud mental es igual o menor de 42%.

Ha. La asociación entre cohesión familiar con deterioro de salud mental en el cuidador intrafamiliar es mayor que 64%; mientras que en el cuidador intrafamiliar sin deterioro de salud mental es mayor de 42%.

Ho. La asociación entre disfunción en la armonía familiar con deterioro de la salud mental en el cuidador intrafamiliar es igual o menor del 50%, mientras que en el cuidador intrafamiliar sin deterioro en la salud metal es menor o igual al 50%.

Ha. La asociación entre disfunción en la armonía familiar con deterioro de la salud mental en el cuidador intrafamiliar es mayor al 50%, mientras que en el cuidador intrafamiliar sin deterioro de la salud mental es mayor al 50%.

Ho. La asociación entre disfunción en la comunicación familiar con deterioro de la salud mental en el cuidador intrafamiliar es igual o menor del 64%, mientras que en el cuidador intrafamiliar sin deterioro en la salud mental es igual o menor al 42%.

Ha. La asociación entre disfunción en la comunicación familiar con deterioro de la salud mental en el cuidador intrafamiliar es mayor al 64%, mientras que en el cuidador intrafamiliar sin deterioro en la salud mental es mayor al 42%.

Ho. La asociación entre disfunción en la permeabilidad familiar con deterioro de la salud mental en el cuidador intrafamiliar es igual o menor del 50%, mientras que en el cuidador intrafamiliar sin deterioro en la salud mental es igual o menor al 50%.

Ha. La asociación entre disfunción en la permeabilidad familiar con deterioro de la salud mental es mayor al 50%, mientras que en el cuidador intrafamiliar sin deterioro en la salud mental es mayor al 50%.

Ho. La asociación entre disfunción en la afectividad familiar con deterioro de la salud mental en el cuidador intrafamiliar es igual o menor del 60%, mientras que en el cuidador intrafamiliar sin deterioro en la salud mental es igual o menor al 40%.

Ha. La asociación entre disfunción en la afectividad familiar con deterioro de la salud mental en el cuidador intrafamiliar es mayor al 60%, mientras que en el cuidador intrafamiliar sin deterioro en la salud mental es mayor al 40%.

Ho. La asociación entre disfunción en la asignación de roles con deterioro de la salud mental en el cuidador intrafamiliar es igual o menor del 50%, mientras que en el cuidador intrafamiliar sin deterioro en la salud mental es igual o menor al 50%.

Ha. La asociación entre disfunción en la asignación de roles con deterioro de la salud mental en el cuidador intrafamiliar es mayor al 50%, mientras que en el cuidador intrafamiliar sin deterioro en la salud mental es mayor al 50%.

Ho. La asociación entre disfunción en la adaptabilidad familiar con deterioro de la salud mental en el cuidador intrafamiliar es igual o menor del 37%, mientras que en el cuidador intrafamiliar sin deterioro en la salud mental es igual o menor al 30%.

Ha. La asociación entre disfunción en la adaptabilidad familiar con deterioro de la salud mental en el cuidador intrafamiliar es mayor al 37%, mientras que en el cuidador intrafamiliar sin deterioro en la salud metal es mayor al 30 %.



## 8. MATERIAL Y METODOS

a) Diseño de la investigación:  
Estudio observacional, comparativo, de asociación, transversal y prospectivo

b) Definición de la población

Derechohabientes adscritos a la UMF 8 de El Marques, Querétaro que desempeñan el rol de Cuidador Intrafamiliar.

c) Lugar de la Investigación

- Unidad de Medicina Familiar Numero 8 , El Marques. Querétaro.

d) Tiempo de estudio: 6 meses posterior a la aprobación por el Comité Local de Investigación y Comité de Ética en Investigación.

e) Grupos de estudio

- Pacientes que desempeñan el rol de cuidador intrafamiliar con deterioro de la salud mental.
- Pacientes que desempeñan el rol de cuidador intrafamiliar sin deterioro de la salud mental.

El cuestionario de Funcionalidad Familiar (FF-SIL) será aplicado a otro integrante de la familia, con el objetivo de disminuir el sesgo de observación. Dado que este estudio esta enfocado en el cuidador intrafamiliar, no se considerará un grupo de estudio diferente.

f) Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Pacientes que desempeñan el rol de cuidador intrafamiliar, de ambos géneros, adscritos a la UMF 8, el marques, Querétaro
- Pacientes en un rango de edad de 20 a 69 años.
- Pacientes que acepten participar en el estudio y que firmen el consentimiento informado

Criterios de exclusión:

- Pacientes con antecedente de medicación por trastornos mentales ya diagnosticados.
- Pacientes analfabetos

Criterios de eliminación:

- Pacientes que no llenen adecuadamente el instrumento aplicado.

g) Tamaño de muestra:

$$n = \frac{(K)(p_1 q_1 + p_2 q_2)}{(p_1 - p_2)^2}$$

$$n = \frac{(6.2)[(0.64)(0.36) + (0.42)(0.58)]}{(0.64 - 0.42)^2} = 60.71$$

Donde:

$Z_\alpha$  = Nivel de confianza del 95% con una zona de rechazo

$Z_\beta$  = Poder de la prueba 80%

$P_2$  = prevalencia establecida en hipótesis para el grupo 1 (0.64)

$p_1$  = prevalencia establecida en hipótesis para el grupo 2 (0.42)

$q_2$  = 0.36

$q_1$  = 0.58

$K$  = 6.2

$n = 60.71 = 61$  pacientes por grupo. Total 122 pacientes.

#### **h) Técnica Muestral**

Muestreo no probabilístico por conveniencia

### i) Variables

<b>Variables</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Unidad de Medición</b>
Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de la persona	Número de años cumplidos, según fecha de nacimiento que presente en su identificación	Cuantitativa discreta	Años
Sexo	Es un conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer	A través de las características fenotípicas del paciente por observación se registrará en el instrumento que el médico aplicará.	Cualitativa nominal dicotómica	1.-Masculino 2.-Femenino
Número de hijos	Cantidad de descendientes de una pareja, ya sea por consanguineidad o adopción.	La cantidad de hijos (que viven en el mismo techo) que nos refiera el paciente al momento de la entrevista.	Cuantitativa discreta	Números ordinales enteros.
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco	El estado civil actual que refiere el derechohabiente al momento de la entrevista y se corroborará con su INE.	Cualitativa Nominal	1.-Soltero 2.-Casado 3.-Union libre 4.- Viudo 5.-Divorciado
Escolaridad	Período de tiempo durante el cual se asiste o asistió a la escuela.	Grado de estudio máximo que nos proporcionará el derechohabiente al momento de la entrevista.	Cualitativa Ordinal	1.- Primaria 2.- Secundaria 3.- Preparatoria 4.- Licenciatura o mas
Ocupación	Hace referencia a lo que la persona se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo.	La actividad laboral que refiera que desempeñe actualmente al momento de la entrevista.	Cualitativa Nominal	1.- Hogar 2.- Obrero 3.- Profesionista. 4.- Comerciante

Funcionalidad familiar	Dinámica relacional sistemática que se da a través de: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad	Resultado de las respuestas del cuestionario FF-SIL que nos proporcionará el derechohabiente integrante de la familia, que no cumple con el rol de cuidador intrafamiliar. Correspondiendo al puntaje total del cuestionario, el cual nos otorgará las siguientes categorías. 1)Familia funcional: 70-57 puntos. 2)Familia moderadamente funcional: 56-43 puntos 3)Familia disfuncional: 42-28 puntos 4)Familia severamente disfuncional; 27-14 puntos.	Cualitativa Nominal	1)Familia funcional 2)Familia moderadamente funcional 3)Familia disfuncional 4)Familia severamente disfuncional
Salud mental	Bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales.	Resultado de las respuestas del cuestionario GHQ-12( <i>General Health Questionnaire de Goldberg</i> ) que nos proporcionará el derechohabiente identificado como cuidador intrafamiliar. Los puntajes por arriba de 16 se consideran altos en términos de deterioro de la salud mental, mientras que puntajes por debajo de 10 se consideran bajos en cuanto al deterioro de la salud mental.	Cualitativa Nominal	1) Deterioro de la salud mental  2) Sin deterioro de la salud mental.
Cuidador intrafamiliar	Individuo que desempeña el rol de cubrir las necesidades afectivas en la familia para los otros miembros.	Resultado de entrevistar a los miembros de la familia con respecto a quien de ellos es el encargado de brindar cariño, afecto, inculcar valores y normas a los otros miembros de la familia.	Cualitativa Nominal	Padre Madre Abuelo Tio Hijo (a) Mayor

Tiempo como rol de cuidador intrafamiliar	Cantidad de tiempo que un individuo desempeña el rol de cubrir las necesidades afectivas en la familia para los otros miembros.	Los años que nos mencione la familia, con respecto al tiempo que lleva el cuidador intrafamiliar cumpliendo la función afectiva.	Cuantitativa discreta	Años
Tipología familiar (Parentesco)	Identificar con que elementos está integrada una familia. El parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta.	Número de integrantes que habitan en un mismo techo, el cual se obtendrá de la entrevista al derechohabiente.	Cualitativa Nominal.	Familia Nuclear Familia Extensa Familia compuesta

**a) Selección de las fuentes, métodos, técnicas y procedimientos de recolección de la información.**

Una vez obtenida la autorización por el comité local de ética e investigación, se solicitará permiso a las autoridades correspondientes de la unidad de Medicina Familiar No. 8 para realizar la investigación.

Se identificará al paciente, cuidador intrafamiliar, en la sala de espera de la unidad de medicina familiar, se le explicará en que consiste el estudio a realizar, y se verificará que cumpla con los criterios de selección preguntando su edad, escolaridad, estado civil, número de hijos, así como la rol que desempeña. Posterior a identificar si cumple los criterios de selección y si asume el rol de cuidador intrafamiliar se preguntará si cuenta con algún diagnóstico previo que comprometa su estado de salud mental. O en su defecto que se encuentre con tratamiento previo establecido. En caso de obtener una respuesta negativa a una patología previa, se explicará en que consiste de manera amplia el estudio. Posteriormente se preguntará si accede a participar en el estudio, de obtener una respuesta positiva se otorgará el consentimiento informado para su llenado. Una vez autorizado el

consentimiento por el cuidador intrafamiliar, será llevado al aula del área de educación, donde se explicará en que consiste el instrumento de GHQ-12 así como sus rubros para el llenado, el que será entregado por el investigador al cuidador intrafamiliar para ser contestado de manera presencial en el momento de la identificación.

Ya con el cuestionario GHQ-12 (el cual tiene la intención de identificar la severidad de disturbios psiquiátricos menores, por lo cual se considera que, en realidad, lo que mide es salud mental y no el estado de salud general ya que recorre cuatro áreas psiquiátricas fundamentales: depresión, ansiedad, inadecuación social e hipocondría) se procederá a explicar el instrumento de FF-SIL para su aplicación en otro miembro de la familia mayor de 18 años, previa autorización del consentimiento informado, el cual será entregado de manera personal y presencial, por el investigador. Con el objetivo de ayudar a clasificar la funcionalidad de la familia, disminuyendo la posibilidad de sesgo que se pudiera presentar al aplicarlo al cuidador intrafamiliar. Lo anterior debido a que al identificar al cuidador intrafamiliar con alguna alteración en el estado de salud mental puede repercutir en la perspectiva de la funcionalidad familiar.

#### **b) Procesamiento de datos y análisis estadístico.**

Para el procesamiento de datos y análisis estadístico se utilizarán medidas de tendencia central a través de medias, porcentajes, desviaciones estándar, intervalo de confianza y como medida de asociación ji cuadrada.

## **9. ASPECTOS ÉTICOS**

Este estudio se apegará a los principios enunciados en la declaración de la Asociación Médica Mundial de Helsinki de 1964 y su revisión en la Asamblea de Fortaleza, Brasil, en 2013. En la cual se establecen los principios éticos para la investigación médica en humanos, incluido la investigación de material humano y de información, que requiere consentimiento informado de los participantes, garantizando la confidencialidad de los resultados, así como la utilización de los mismos solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio de investigación.

En el presente proyecto el procedimiento se establece con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Se consideraron disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, en el Título Segundo, Capítulo primero en sus artículos: 13, 14 incisos I al VIII, 15,16,17 en su inciso II, 18,19,20,21 incisos I al XI y 22 incisos I al V. En el artículo 13 por el respeto que se tendrá por hacer prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, al salvaguardar la información obtenida de los expedientes.

Del artículo 14, en el inciso I, ya que apegado a los requerimientos de la institución y del comité local de investigación, se ajustará a los principios éticos y científicos justificados en cada uno de los apartados del protocolo. Esta investigación se considera con un riesgo mínimo obteniendo datos por medio de procedimientos comunes. Puede que los pacientes sufran daños psicológicos al momento de las llenar el cuestionario de funcionalidad familiar al producir estados negativos o alteraciones en la conducta, como labilidad emocional, llanto o incluyendo estados de ansiedad, depresión, culpa, sentimientos de inutilidad, enojo o miedo.

Se requiere carta de consentimiento informado, ya que la información se obtendrá directamente de los pacientes que deseen participar en el estudio, así como la aplicación de instrumentos. Estos datos se registrarán en el instrumento de recolección de datos. En todo momento se preservará la confidencialidad de la

información de las participantes, dicha información será conservada por el investigador principal.

Posterior al interrogatorio, aquellos pacientes que resulten con algún deterioro de su salud mental se derivaran a su consultorio por medio del formato 4.30.200, para ser valorados por su Médico Familiar quien determinará si amerita envío y atención por otro especialista e inicie tratamiento farmacológico y no farmacológico. Así como valoración por el área de trabajo social.

Los integrantes de las familias con alteraciones en la funcionalidad familiar, serán valorados por el área de trabajo social para integrarlos a grupos de autoayuda, con la finalidad de iniciar a estudiar a la familia en su conjunto para identificar su problemática. Al igual cada uno de los integrantes se derivarán con su médico familiar en formato 4.30.200 para su posterior intervención.

Toda la información que usted nos proporcionará para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por los integrantes del estudio de investigación y para los fines establecidos en el mismo. Su información quedará encriptada e identificada con un número y no con su nombre, se resguardará la confidencialidad del paciente al archivar el consentimiento informado y los datos proporcionados en un archivero que se encuentra en el área de educación de la UMF8, estará bajo llave y el único acceso lo tendrá el investigador responsable.

### **Formación de grupos**

Posterior al llenado del cuestionario GHQ-12 se formarán los dos grupos de estudio en base al resultado en el grupo de cuidador intrafamiliar con alteración del estado de salud mental o el grupo de cuidador intrafamiliar sin alteración del estado de salud mental.



## 10. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

### Recursos Humanos

#### Director de Tesis

Med. Esp. En medicina Familiar. María del Carmen Ponce Martínez  
Profesor Titular

#### Investigador Principal

Med. Gral Jessica De Santiago Ramírez  
Médico Residente de Medicina Familiar

### Recursos materiales

Gasto de inversión	Gasto
Mobiliario y equipo de oficina.	2500
Equipo de cómputo y periféricos.	7000
Hojas blancas	<b>200</b>
Copias	<b>250</b>
Lapiceros	50
<b>Total</b>	<b>10000</b>

Los gastos serán cubiertos por el investigador.

## 11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Actividades	Me s 1	Me s 2	Me s 3	Me s 4	Me s 5	Me s 6	Me s 7	Me s 8	Me s 9	Me s 10	Me s 11	Me s 12
Búsqueda bibliográfica e inicio de protocolo	X											
Elaboración de protocolo	X	X										
Registro Comité Local de Investigación			X	X	X							
Trabajo de campo						X	X	X	X			

Construcción de la base de datos								X	X			
Análisis preliminar de resultados									X	X		
Presentación de resultados									X	X		
Entrega de tesis										X	X	
Elaboración de artículo científico										X	X	X
Envío de artículo científico										X	X	X
Publicación de artículo científico										X	X	X

## 12. RESULTADOS

Se consideraron 122 pacientes que cumplían el rol de cuidador intrafamiliar, como se puede observar en el cuadro 1, con predominio de mujeres( IC 95% 92.4-99.4), con un promedio de edad de 37.42(IC 95% 36.1-38.43).

El nivel de escolaridad con mayor porcentaje fue primaria 14.8 (IC 95% 6.9-22.7), ocupación de ama de casa 53.3 ( IC 95% 44.4-62.2). De las pacientes entrevistadas el 57.4 estaban casadas (IC 95% 46.4-68.4).

Con un promedio de hijos de 2.03 (IC 95% 0.92-3.14)

El cuadro 2 nos muestra que el 41.% de los pacientes con deterioro mental muestran una funcionalidad moderada y solo el 3.4 % con familia severamente disfuncional. De los pacientes sin deterioro de la salud mental el 53.8 % cuentan con una familia moderadamente funcional y solo el 2.2% con una familia severamente disfuncional.

Debido a lo anterior podemos considerar que la mayoría de las familias estudiadas cuentan con una funcionalidad moderada.

En la tabla 3 los pacientes sin deterioro de la salud mental se relacionan con un 87.1% con una familia funcional. Los pacientes con deterioro de salud mental se relacionan con un 69 % con una familia funcional.

Los pacientes sin deterioro de la salud mental se relacionan con un 12.9% con una familia disfuncional. Los pacientes con deterioro de salud mental se relacionan con un 31 % con una familia funcional.

Se estimó una razón de momios de .329 ( IC 95%; .122-.889 ) entre los pacientes sin deterioro de la salud mental y familia disfuncional en comparación con los que presenta deterioro.

Se determinó una razón de momios de .462 ( IC 95%; .246-.868 ) entre los pacientes sin deterioro de la salud mental y familia disfuncional en comparación con los que presenta deterioro.

**Cuadro .1 Frecuencia según características sociodemográficas.**

n=100

Variables sociodemográficas	Porcentaje	IC 95%	
		Inferior	Superior
<b>Sexo</b>			
Hombre	4.1	0.6	7.6
Mujer	95.9	92.4	99.4
<b>Ocupación</b>			
Ama de Casa	53.3	44.4	62.2
Estudiante	1.6	0.6	3.8
Obrera	15.6	9.2	22
Empleado	18.9	10.2	27.6
Pensionado	.8	1.2	2.8
Comerciante	2.5	-1	6
Profesionista	6.6	1.1	12.1
Desempleado	.8	1.2	2.8
<b>Escolaridad</b>			

Analfabeta	.8	1.2	2.8
Primaria	14.8	6.9	22.7
Secundaria	32	21.6	42.4
Técnica	5.7	0.5	10.9
Bachillerato	32	21.6	42.4
Licenciatura	13.1	5.6	20.6
Posgrado	1.6	0.6	3.8
Estado Civil			
Soltera	9.8	3.2	16.4
Casada	57.4	46.4	68.4
Unión libre	27	17.1	36.9
Divorciada	2.5	-1	6
Viuda	3.3	.7	7.3
Promedio			
Edad	37.42	36.31	38.53
No. Hijos	2.03	0.92	3.14
No. Integrantes	3.66	2.55	4.77

Fuente: Hoja de recolección de datos de cuidador intrafamiliar UMF 8

### **Cuadro 2. Porcentaje del deterioro de salud mental con la funcionalidad familiar**

N=122

FUNCIONALIDAD		SALUD MENTAL	
		CON DETERIORO	SIN DETERIORO
	FUNCIONAL	27.6%	33.3%
	MODERADAMENTE FUNCIONAL	41.4%	53.8%
	FAMILIA DISFUNCIONAL	27.6%	10.8%

	FAMILIA SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	3.4%	2.2%
Total		100.0%	100.0%

Fuente: Hoja de recolección de datos de cuestionario GHQ-12 ( General Health Questionnaire de Goldberg )UMF 8

**Cuadro 3. Tablas cruzadas de asociación entre Salud Mental y Funcionalidad Familiar.**

n=122

			SALUD_MENTAL		Total
			CON DETERIORO	SIN DETERIORO	
FUNCIONALIDAD_FAMILIAR	FAMILIA FUNCIONAL	Recuento	20	81	101
		% dentro de SALUD_MENTAL	69.0%	87.1%	82.8%
	FAMILIA DISFUNCIONAL	Recuento	9	12	21
		% dentro de SALUD_MENTAL	31.0%	12.9%	17.2%
Total		Recuento	29	93	122
		% dentro de SALUD_MENTAL	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Hoja de recolección de datos de cuestionario FF-SIL UMF 8

**Cuadro 4. Estimación de Riesgo entre la asociación entre Salud Mental y Funcionalidad Familiar.**

N= 122

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para FUNCIONALIDAD_FAMILIAR (FAMILIA FUNCIONAL / FAMILIA DISFUNCIONAL)	.329	.122	.889
Para cohorte SALUD_MENTAL = CON DETERIORO	.462	.246	.868
Para cohorte SALUD_MENTAL = SIN DETERIORO	1.403	.957	2.058
N de casos válidos	122		

Fuente: Hoja de recolección de datos de cuestionarios FF-SIL y GHQ-12 ( General Health Questionnaire de Goldberg )UMF 8

**13. ANALISIS**

El incremento en las enfermedades mentales en nuestro país nos debe alertar como personal de salud para implementar nuevos programas de detección oportuna y tratamiento. Tal como podemos observar en este estudio el 69% de los pacientes con deterioro de salud mental se encuentran dentro de una familia funcional. Sin embargo ninguno se encuentra diagnosticado oficialmente ni con tratamiento.

Este 69% representa un aumento comparado con el 18 % registrado de enfermedades mentales para Mexico.

Al valorar el estado de salud mental de los cuidadores intrafamiliares por medio del cuestionario GHQ-12 se determino que el 41.4% con deterioro de salud mental cuentan con una familia moderadamente funcional.

Ya que los cuidadores intrafamiliares son los encargados de brindar el afecto, valores y normas dentro de la familia, es importante contar con las herramientas dentro de consultorio para detectar oportunamente alteraciones en el estado mental.

Se puede concluir que los pacientes cuidadores intrafamiliares sin deterioro de salud mental representan un factor protector para tener una familia funcional.

## 14. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Salud mental en México. INCyTU, Número 007, Enero 2018 Consultado 19 Enero 2021, de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf;jsessionid=FE0ABB6DA61E45071B52C6DBD37FA438?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=FE0ABB6DA61E45071B52C6DBD37FA438?sequence=1)
- 2.- Caraveo y Anduaga J., Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: confiabilidad, estandarización y validez de construcción. PRIMERA PARTE. Recuperado en 10 de enero de 2021, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252006000600065&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252006000600065&lng=es&tlng=es).
- 3.- Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud. (2011). Consultado 17 Enero 2021, de [https://www.who.int/mental\\_health/who\\_aims\\_country\\_reports/who\\_aims\\_report\\_mexico\\_es.pdf](https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf).
- 4.- Sandoval De Escurdia J., La Salud Mental en México. Servicio de Investigación y Análisis, División de Política Social. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>
- 5.- Escalona Pérez B, Ruiz Martínez AO . Salud mental y funcionamiento familiar en adultos mayores de Melchor Ocampo, Estado de México. Psicología Iberoamericana (enero-junio, 2016), vol. 24, no. 1, pp. 38-46. ISSN 1405-0943
- 6.- Barrera Guzmán ML, Flores Galaz MM. Construcción de una escala de salud Mental Positiva para adultos en Población Mexicana. Rev Iberoamericana de Diagnóstico y evaluación , 2015, 1 (39), 22-33. Disponible en <https://www.aidep.org/sites/default/files/articles/R39/Art2.pdf>
- 7.- Tejada PA, Jaramillo LE, Sánchez-Pedraza R, Sharma V. Revisión crítica sobre los instrumentos para la evaluación psiquiátrica en atención primaria. Rev. Fac. Med. 2014 Vol. 62 No. 1: 101-110. Disponible en <https://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v62n1.43759>.
- 8.- Brabete A. El Cuestionario de Salud General de 12 ítems (GHQ12): estudio de traducción y adaptación de la versión rumana. RIDEP · Nº 37 · VOL. 1 · 2014. PP: 11-29. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645433002.pdf>.
- 9.- Carmen R. Victoria García Viniegras. Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15(1):88-97. Manual para la utilización del cuestionario de salud general de goldberg. Adaptación cubana. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251999000100010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000100010).

10.- Villa IC, Zuluaga Arboleda C, Restrepo Roldán LF. Propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-12 en una institución hospitalaria de la ciudad de Medellín. Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)(2013)/Vol. 31(3)/pp. 532-545/2013/ISSNe2145-4515. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v31n3/v31n3a07.pdf>.

11.- García Viniegras CV. Manual para la utilización del cuestionario de salud general de goldberg. Adaptación cubana. Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15(1):88-97. Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n1/mgi10199.pdf>.

12.- ROCHA et al. Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. Int J Clin Health Psychol, Vol. 11. Nº1. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v31n3/v31n3a07.pdf>.

13.- Torres Velázquez LE, Ortega P, Garrido Garduño SA, Reyes Luna AG. Dinámica familiar en familias con hijos e hijas. Revista Intercontinental de Psicología y Educación, vol. 10, núm. 2, julio-diciembre, 2008, pp. 31-56 Universidad Intercontinental. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/802/80212387003.pdf>  
El artículo no menciona la versión abreviada del nombre de la revista-

14.- Doblhammer G, Gumà J. A Demographic Perspective on Gender, Family and Health in Europe. Springer Open. 2018. ISBN 978-3-319-72355-6. Disponible en [https://doi.org/10.1007/978-3-319-72356-3\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-72356-3_1).

15.- Mara Andrade J, Drumond Andrade FC, Oliveira Duarte YA, Andrade FB. Association between frailty and family functionality on health-related quality of life in older adults. Quality of Life Research. 24 January 2020 <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02433-5>.

16.- Herrera Santí Patricia María. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev Cubana Med Gen Integr ; 13( 6 ): 591-595. [Internet] [citado 28 de diciembre de 2020]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251997000600013&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000600013&lng=es&tlng=es).

17.- Gonzales Portillo J, Rivas Marín FM, Marín Restrepo XA, Villamil Bonilla LV. Niveles de disfunción familiar, en veinte mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en el municipio de armenia. AGO.USB Medellín-Colombia V. 13 N 2 PP. 279- 539 Julio - Diciembre 2013. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-80312013000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-80312013000200005&lng=en&nrm=iso).



18.- Peña Aristizábal SL. El rol de los cuidadores intrafamiliares adultos y su desempeño en la sociedad actual. Avances en enfermería vol. xiv no. 2, 1996. Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v15n3/enf05399.pdf>

19.- Cassinda Vissupe MD, Angulo Gallo L, Guerra Morales VM, Louro Bernal I, Martínez González E Estructura factorial, confiabilidad y validez de la prueba de percepción del funcionamiento familiar en adultos angolanos.. 2016 Dic [citado 2020 Dic 15]; 32( 4 ): 1-10. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252016000400005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000400005&lng=es).

20.- Ruiz Ríos AE, Nava Galán Ma G. Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. Enf Neurol (Mex) Vol. 11, No. 3: 163-169, 2012. Disponible en <https://www.mediagraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123i.pdf>.

21.- Jiménez Ruiz I, Moya Nicolás M. La cuidadora familiar: sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar. Enfermería global No 49, pág. 420-433. Disponible en <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.1.292331>

22.- Ortega Veitía T, Cuesta Freijomil D, Días Retureta C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Revista Cubana de Enfermería*, 1999, 15(3), 164-168. [citado 02 de enero de 2021], Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03191999000300005&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191999000300005&lng=es&tlng=es).

23.- Leyva Jiménez R, Hernández Juárez AM, Nava Jiménez G, López-Gaona V. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2007;45(3):225-232.[Citado 02 de Enero de 2021]. ISSN: 0443-5117. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4577/457745527004>

24.- Demarchi Sánchez G, Aguirre Londoño M, Yela Lozano N, Viveros Chavarria E. Sobre la dinámica familiar. *Revisión documental. Cult. Educ. Soc.* 6(2): 117-138, 2015. Disponible en: <https://revistascientificas.cuc.edu.co/culturaeducacionysociedad/article/view/1049>

25.- Pérez Lo Presti A, Reinoza Dugarte M. El educador y la familia disfuncional. *Educere*. 2011;15(52):629-634.[Citado 03 de Enero de 2021]. ISSN: 1316-4910. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=356/35622379009>

26.- Cogollo Z, Gómez E, De Arco O, Ruiz I, Campo-Arias A. Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2009;38(4):637-644.[Citado 03 de Enero de 2021]. ISSN: 0034-7450. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=806/80615450005> .

27.- González Rico JL, Vásquez Garibay EM, Cabrera Pivaral CE, González Pérez GJ, Troyo Sanromán R. La disfunción familiar como factor de riesgo para obesidad en escolares mexicanos. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2012;50(2):127-134.[Citado 04 de Enero de 2021]. ISSN: 0443-5117. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4577/457745494004>.

28.- Gutiérrez Capulín R, Díaz Otero KY, Román Reyes RP. El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. 2016;23(3):219-228.[Citado 10 de Enero de 2021]. ISSN: 1405-0269. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=104/10448076002>.

29.- La transformación de la familia en México del siglo XXI y su impacto en la sociedad. Temas de Ciencia y Tecnología vol. 21 número 63 Septiembre - Diciembre 2017 pp 70 – 73. Disponible en : [http://www.utm.mx/edi\\_anteriores/temas63/NotaCientifica-3\\_T63LaTransformaciondeLaFamiliaenMexico.pdf](http://www.utm.mx/edi_anteriores/temas63/NotaCientifica-3_T63LaTransformaciondeLaFamiliaenMexico.pdf)

30.- Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos en Medicina Familia. Vol. 7 Supl. 1 2005, pp 15-19. [citado 10 de Febrero de 2021]. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amfs051c.pdf>

31.- Benítez Pérez, María Elena. La familia: Desde lo tradicional a lo discutible. Revista Novedades en Población, 13(26), 58-68. [Citado 12 de febrero de 2021]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-40782017000200005&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782017000200005&lng=es&tlng=es).

## 15. ANEXOS

### Escala de Salud General. GHQ-12 ( *General Health Questionnaire de Goldberg* )

**Instrucciones:** Lea cuidadosamente estas preguntas. Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Conteste a todas las preguntas. Marque con una cruz (X) una de las casilla de la respuesta que usted escoja. Queremos saber los problemas recientes y actuales, no los del pasado.

Situaciones				
1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?	Mejor que lo habitual (____)	Igual que lo habitual (____)	Menos que lo habitual (____)	Mucho menos que lo habitual (____)
2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	No, en absoluto (____)	No más que lo habitual (____)	Bastante más que lo habitual (____)	Mucho Más (____)
3. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?	Más que lo habitual (____)	Igual que lo habitual (____)	Menos útil que lo habitual (____)	Mucho Menos (____)
4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más capaz que lo habitual (____)	Igual que lo habitual (____)	Menos capaz que lo habitual (____)	Mucho menos (____)
5. ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?	No, en absoluto (____)	No más que lo habitual (____)	Bastante más que lo habitual (____)	Mucho Más (____)
6. ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?	No, en absoluto (____)	No más que lo habitual (____)	Bastante más que lo habitual (____)	Mucho más (____)
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?	Más que lo habitual (____)	Igual que lo habitual (____)	Menos que lo habitual (____)	Mucho menos (____)
8. ¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?	Más capaz que lo habitual (____)	Igual que lo habitual (____)	Menos capaz que lo habitual (____)	Mucho Menos (____)
9. ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?	No, en absoluto (____)	No más que lo habitual (____)	Bastante más que lo habitual (____)	Mucho Más (____)
10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo?	No, en absoluto (____)	No más que lo habitual (____)	Bastante más que lo habitual (____)	Mucho más (____)
11. ¿Ha pensado que usted es una	No, en absoluto (____)	No más que lo habitual (____)	Bastante más que lo habitual (____)	Mucho más (____)

persona que no vale para nada?	(____)	(____)	(____)	(____)
12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	Más feliz que lo habitual (____)	Aproximadamente lo mismo que lo habitual (____)	Menos feliz que lo habitual (____)	Mucho menos que lo habitual (____)

#### ANEXO. Test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)

Consigna: a continuación le presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Usted clasifique y marque con una X su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

Situaciones	Casi Nunca	Pocas Veces	A veces	Muchas Veces	Casi Siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía.					
3. En mi familia cada uno cumple sus 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 diferentes.					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté 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					

#### Consentimiento informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS-CUIDADOR INTRAFAMILIAR, APLICACIÓN  
GHQ-12 SALUD MENTAL)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE  
INVESTIGACIÓN/ DIRIGIDO AL CUIDADOR INTRAFAMILIAR

Nombre del estudio:	ASOCIACION DEL ESTADO DE SALUD MENTAL DEL CUIDADOR INTRAFAMILIAR Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Sierra de las Cruces, 14, Hacienda la cruz, El Marques, 76267 Qro. El Marques, Querétaro a 25 de Enero del 2021
Número de registro:	Folio:
Justificación y objetivo del estudio:	Su familia es una estructura activa que puede favorecer las condiciones para un desarrollo armónico o, por el contrario puede ser la principal fuente de problemas emocionales y mentales. Los integrantes de su familia tienen diferentes funciones como la de Cuidador Intrafamiliar, que es el encargado de proporcionar afecto. Se ha observado que la salud mental de esta persona influye directamente en el funcionamiento de la familia. Por lo tanto se buscará comparar si la funcionalidad familiar se ve influenciada por el estado de salud mental del cuidador intrafamiliar.
Procedimientos:	Previa observación de los grupos familiares en la sala de espera de la UMF 8 se le identificó como el cuidador intrafamiliar de su familia. Ya que usted cumple con el criterio de rango de edad de 20 a 69 años, se le llevará a una de las aulas de educación donde se le aplicará el cuestionario de GHQ-12, para evaluar su salud mental. Después se recabará esta información en una base de datos para ser analizada.
Posibles riesgos y molestias:	Usted puede sentir pena, culpa o disgusto al responder las preguntas sobre su salud mental. Puede generar incomodidad que el investigador lo interroge.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Detectar oportunamente si su salud mental está afectada y recibir tratamiento no farmacológico y farmacológico si así lo requiere.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Se le avisará en cuanto se tenga la información capturada. Aquellos pacientes que resulten con algún deterioro de su salud mental se derivaran a su consultorio por medio del formato 4.30.200, para ser valorados por su Médico Familiar quien determinará si amerita envío y atención por otro especialista e inicie tratamiento farmacológico y no farmacológico. Así como valoración por el área de trabajo social.

Participación o retiro:

Su participación será voluntaria. Y si usted se siente incómodo en la entrevista puede retirarse en cuanto lo desee. No existirá ninguna sanción si desea retirarse del Proyecto.

Privacidad y confidencialidad:

Toda la información que usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por los integrantes del estudio de investigación y para los fines establecidos en el mismo. Su información quedará encriptada e identificada con un número y no con su nombre, se resguardará la confidencialidad del paciente al archivar el consentimiento informado y los datos proporcionados en un archivero que se encuentra en el área de enseñanza de la UMF8, estará bajo llave y el único acceso lo tendrá el investigador responsable.

Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá usted ser identificado. El participante cuenta con la seguridad de que no se identificará su personalidad y se mantendrá su confidencialidad de la información relacionada con su privacidad. Se garantiza por medio de este escrito al participante que sus datos no podrán ser visualizados o utilizados por otras personas ajenas al estudio, ni para propósitos diferentes a los que establece el documento que firma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Med Esp. Med Gral. Jessica De Santiago Ramírez, Residente de Medicina Familiar. Tel 44 22 31 45 32. Correo: jess.sant.89@gmail.com. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar Numero 8, El Marques. IMSS Querétaro. Matrícula: 99238010.

Colaboradores:

Med Esp. Maria del Carmen Ponce, Medico Familiar. Tel. Cel. 351 548 98 37. Correo: [carmenn1010@hotmail.com](mailto:carmenn1010@hotmail.com). Adscripción: Unidad de Medicina Familiar Numero 8, El Marques. IMSS Querétaro. Matricula: 99234359

Med Esp. en Medicina Familiar Manuel Enrique Herrera Ávalos , Medico Familiar. Tel.Cel 44 23 32 64 28. Correo: [manuel.herreraav@imss.gob.mx](mailto:manuel.herreraav@imss.gob.mx). Adscripción: Unidad de Medicina Familiar Numero 8, El Marques. IMSS Querétaro. Matricula 99175412

En caso de dudas o aclaraciones dirigirse al Comité de Ética en Investigación localizado en la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud del Hospital General Regional No. 1, ubicado en avenida 5 de febrero 102, colonia Centro, CP 760000, Querétaro, Querétaro, de Lunes a Viernes de 08 a 16 Hrs, al teléfono de 4422112337 en el mismo horario o al correo electrónico: [comiteticainvestigacionhgr1qro@gmail.com](mailto:comiteticainvestigacionhgr1qro@gmail.com)

Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1 Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 Nombre, dirección, relación y firma
Clave: 2810-009-013	

## Consentimiento informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS-APLICACIÓN FF-SIL FUNCIONAMIENTO  
FAMILIAR)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE  
INVESTIGACIÓN/ DIRIGIDO A INTEGRANTE DE LA FAMILIA MAYOR DE 18 AÑOS

Nombre del estudio:	ASOCIACION DEL ESTADO DE SALUD MENTAL DEL CUIDADOR INTRAFAMILIAR Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Sierra de las Cruces, 14, Hacienda la cruz, El Marques, 76267 Qro. El Marques, Querétaro a 25 de Enero del 2021
Número de registro:	Folio:
Justificación y objetivo del estudio:	Su familia es una estructura activa que puede favorecer las condiciones para un desarrollo armónico o, por el contrario puede ser la principal fuente de problemas emocionales y mentales. Los integrantes de su familia tienen diferentes funciones como la de Cuidador Intrafamiliar, que es el encargado de proporcionar afecto. Se ha observado que la salud mental de esta persona influye directamente en el funcionamiento de la familia. Por lo tanto se buscará comparar si la funcionalidad familiar se ve influenciada por el estado de salud mental del cuidador intrafamiliar.
Procedimientos:	Previa observación de los grupos familiares en la sala de espera de la UMF 8 se le identificó como integrante de la familia. Ya que usted cumple con el criterio de rango de edad de 20 a 69 años se le llevará a una de las aulas de educación donde se le aplicará el cuestionario FF-SIL , para evaluar como el funcionamiento familiar, con previa autorización del consentimiento informado. La información que se recabe será almacenada en la base de datos excel
Posibles riesgos y molestias:	Usted puede sentir pena, culpa o disgusto al responder las preguntas sobre problemas relacionados con el



Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<p>funcionamiento de su familia. Puede generar incomodidad que el investigador lo interroge.</p> <p>Tendrá oportunidad de conocer de forma más detallada si el funcionamiento de su familia es el adecuado, y si el resultado es un mal funcionamiento en su familia, entonces podrá recibir atención usted y los miembros de su familia para mejorar la problemática familiar.</p>
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	<p>Se le avisará en cuanto se tenga la información capturada. En caso de detectar algún problema de funcionalidad en su familia, usted y los integrantes serán valorados por el área de trabajo social para integrarlos a grupos de autoayuda, con la finalidad de iniciar a estudiar a la familia en su conjunto para identificar su problemática y adecuar la intervención. Al igual cada uno de los integrantes se derivará con su médico familiar en formato 4.30.200 para su posterior intervención.</p>
Participación o retiro:	<p>Su participación será voluntaria. Y si usted se siente incómodo en la entrevista puede retirarse en cuanto lo desee. No existirá ninguna sanción si desea retirarse del Proyecto.</p>
Privacidad y confidencialidad:	<p>Toda la información que usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por los integrantes del estudio de investigación y para los fines establecidos en el mismo. Su información quedará encriptada e identificada con un número y no con su nombre, se resguardará la confidencialidad del paciente al archivar el consentimiento informado y los datos proporcionados en un archivero que se encuentra en el área de enseñanza de la UMF8, estará bajo llave y el único acceso lo tendrá el investigador responsable.</p> <p>Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá usted ser identificado. El participante cuenta con la seguridad de que no se identificará su personalidad y se mantendrá su confidencialidad de la información relacionada con su privacidad. Se garantiza por medio de este escrito al participante que sus datos no podrán ser visualizados o utilizados por otras personas ajenas al estudio, ni para propósitos diferentes a los que establece el documento que firma.</p> <p>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</p>

Investigador Responsable: Med Esp. Med Gral. Jessica De Santiago Ramírez, Residente de Medicina Familiar. Tel 44 22 31 45 32. Correo: jess.sant.89@gmail.com. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar Numero 8, El Marques. IMSS Querétaro. Matricula: 99238010.

Colaboradores: Med Esp. Maria del Carmen Ponce, Medico Familiar. Tel. Cel. 351 548 98 37. Correo: carmenn1010@hotmail.com. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar Numero 8, El Marques. IMSS Querétaro. Matricula: 99234359

Med Esp. en Medicina Familiar Manuel Enrique Herrera Ávalos , Medico Familiar. Tel.Cel 44 23 32 64 28. Correo: [manuel.herreraav@imss.gob.mx](mailto:manuel.herreraav@imss.gob.mx). Adscripción: Unidad de Medicina Familiar Numero 8, El Marques. IMSS Querétaro. Matricula 99175412

En caso de dudas o aclaraciones dirigirse al Comité de Ética en Investigación localizado en la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud del Hospital General Regional No. 1, ubicado en avenida 5 de febrero 102, colonia Centro, CP 760000, Querétaro, Querétaro, de Lunes a Viernes de 08 a 16 Hrs, al teléfono de 4422112337 en el mismo horario o al correo electrónico: [comiteticainvestigacionhgr1qro@gmail.com](mailto:comiteticainvestigacionhgr1qro@gmail.com)

Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1 Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 Nombre, dirección, relación y firma
Clave: 2810-009-013	



Instituto Mexicano del seguro Social

Delegación Querétaro

Unidad de Medicina Familiar No 8

ASOCIACIÓN DEL ESTADO DE SALUD MENTAL DEL CUIDADOR  
INTRAFAMILIAR Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PRIMER NIVEL

**RECOLECCIÓN DE DATOS (POR PACIENTE)**

**No. de registro:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Sexo:**  Hombre  Mujer

**Edad:** \_\_\_\_\_ años **Ocupación:** \_\_\_\_\_

**Escolaridad:** \_\_\_\_\_

**Número de hijos:** \_\_\_\_\_

**Padecimientos o enfermedades previas:**

Depresión  Ansiedad  Trastorno bipolar

**]Otros:** \_\_\_\_\_

**Integrantes de la familia que viven en casa:**

\_\_\_\_\_

**¿Viven en la misma casa?:** \_\_\_\_\_

**Observaciones:**