



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Posgrado



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA

RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

“Evaluación del estrés y funcionamiento familiar en pacientes hospitalizados del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, sus familiares y correlación con días de estancia intrahospitalaria”

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA

Presenta: Sofía Nicté Cavazos Luengas

TUTORA TEÓRICA
Dra. Brisa G. Monroy Cortés

TUTORA METODOLÓGICA
Dra. María de Lourdes García
Anaya

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD.MX.

2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

INDICE

1	Introducción.....	4
2	Antecedentes.....	6
	2.1 Definición de familia.....	6
	2.2 Concepto de familia.....	6
	2.3 Funcionamiento Familiar.....	7
	2.3.1 Las relaciones afectivas.....	8
	2.3.2 Roles en la familia.....	8
	2.3.3 Limites, normas y reglas.....	9
	2.4 Teorías generales de los sistemas familiares.....	9
	2.5 Estrés Familiar.....	11
	2.6 Resiliencia Familiar.....	12
	2.7 Tipos de afrontamiento familiar.....	14
	2.8 Ambiente familiar y psicopatología.....	15
	2.9 Estrés familiar y funcionamiento familiar.....	17
	2.10 Redes de apoyo	18
3	Metodología	
	3.1 Planteamiento del problema.....	20
	3.2 Justificación.....	21
	3.3 Preguntas de investigación	21
	3.4 Objetivos	
	3.4.1 Objetivo General.....	22
	3.4.2 Objetivos Específicos.....	22
	3.5 Hipótesis	
	3.5.1 Hipótesis de investigación.....	23
	3.5.2 Hipótesis nula	23
4	Material y Métodos	
	4.1 Tipo de estudio	24
	4.2 Tamaño de la muestra	24
	4.3 Población.....	24
	4.4 Criterios de inclusión.....	24
	4.5 Criterios de exclusión.....	24
	4.6 Criterios de eliminación.....	25
	4.7 Definición conceptual y operacional de las principales variables del estudio.....	25
	4.8 Escalas de medición	
	4.8.1 Escala de Estrés Familiar (Family Stress Scale. Versión Española; FSS-VE).....	27
	4.8.2 Cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar.....	29
	4.8.3 Listado de Síntomas 90 (SCL 90, por sus siglas en inglés).....	30
	4.8.4 Escala de ideación suicida de Beck.....	32
5.	Procedimiento.....	33
6.	Análisis estadístico.....	34
7.	Recursos.....	35
	7.1 Recursos humanos.....	35
	7.2 Recursos materiales.....	35
8	Resultados.....	36
9	Discusión	44
10.	Conclusiones	46
11.	Limitaciones del estudio.	46
	Consideraciones éticas.....	46
12.	Referencias.....	47
13.	Anexos	
	9.1 Escala de Estrés Familiar (Family Stress Scale. Versión Española; FSS-VE).....	53
	9.2 Cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar.....	54
	9.3 Listado de Síntomas 90 (SCL 90, por sus siglas en inglés).....	56
	9.4 Escala de Ideación Suicida de Beck	58
	9.5 Autorización para obtener datos estadísticos de hospitalización.....	59
	9.6 Consentimientos informados.....	60

Agradecimientos

A mi familia, a mi pareja y a Laila que ya no esta con nosotros. A mi abuelo, Arnulfo Luengas, quien ha sido mi motor hasta la fecha y sin el cual este logro no sería posible.

A la Dra. Brisa Monroy, que ha sido un ejemplo a seguir para mi e impulsado mi formación como psiquiatra y terapeuta sistémico.

A la Dra. María de Lourdes García Anaya, que me transmitió el deseo de realizar investigación además de guiarme en todo el proceso de elaboración del proyecto.

Un especial agradecimiento a la Dra. Laura González Macías que ayudo a la formación de la idea principal y bases de esta tesis, sobre un tema que tanto nos emociona.

A la Dra. Jimena Ramirez, que en cuatro años de formación de especialidad, me ha enseñado, nutrido, impulsado y acompañado en mi formación como especialista, terapeuta y persona. Formo parte activa del proyecto.

A los participantes y sus familiares que decidieron apoyar en esta Investigación.

1. Introducción

La investigación sobre los efectos del estado familiar en la salud mental se enfoca en los costos y beneficios que tienen sobre las personas. Si bien en la familia se lleva a cabo el primer encuentro de socialización entre los individuos. La familia tiene la función de dar estructura y límites a sus miembros, lo que garantiza el crecimiento y la supervivencia. Al interior de la familia las relaciones pueden ser positivas o negativas para el crecimiento de quienes la conforman. Las familias tienden a resistir el cambio, pero la estabilidad no siempre es funcional. En un momento definido puede presentarse un factor de estrés que afecta a uno o más miembros de la familia, lo que altera la conexión emocional entre ellos, su estado de ánimo, su bienestar, y el mantenimiento de la relación familiar. Teniendo efectos perjudiciales en su cercanía, conectividad emocional, comunicación y, en definitiva, su bienestar.

Cuando las familias no pueden adaptarse a los factores estresantes, ocurre una crisis que requiere cambios en su estructura, estilo de afrontamiento y en los patrones de resolución de problemas. Cuando surge un padecimiento psiquiátrico se observan cambios en la interacción familiar y en el funcionamiento familiar, en las primeras etapas de la enfermedad, siendo el estrés el que puede afectar el funcionamiento familiar en este momento. Un punto focal de la investigación actual en psiquiatría ha sido examinar el impacto del funcionamiento familiar durante el curso de la enfermedad, el resultado y la recaída en aquellos pacientes que padecen una enfermedad mental grave. Puede observarse que familias con individuos que padecen un trastorno mental no tienen que ser necesariamente familias con mal funcionamiento, sino que el impacto y la angustia de tener un miembro con un trastorno mental grave, afecta la capacidad de afrontamiento y el funcionamiento de la familia incluyendo la manera de tratar al familiar enfermo. Se ha sugerido que un ambiente familiar positivo (presencia de cohesión afectiva) puede estar relacionado con una disminución de los síntomas y un mejor funcionamiento social. Se ha observado que en pacientes con trastornos psicóticos que tienen un mejor funcionamiento familiar y mayores habilidades de comunicación, menos emoción expresada y disminución de la hostilidad, así como un mejor compromiso emocional tienen una menor tasa de recaída.

En la práctica clínica diaria con pacientes que ameritan hospitalización se observan dificultades en la toma de decisiones debido a ciertos criterios administrativos de la Institución, que pueden estar relacionados con las características familiares, las redes de apoyo y el estilo de afrontamiento de la familia ante la crisis. Razón por la cual los pacientes pueden tener dificultades para afrontar el cuadro agudo de su trastorno mental o su primer episodio, como alejarse de su núcleo familiar, adaptarse a la dinámica hospitalaria, la convivencia con otros pacientes, entender su padecimiento y ajustarse de nuevo a su ambiente durante el permiso terapéutico. Durante este proceso los pacientes se pueden percatar de cambios en el funcionamiento familiar, observar el posible fracaso de mecanismos de afrontamiento de sus familiares para comprender su diagnóstico y posible pronóstico, situaciones que pudiesen incidir en su egreso hospitalario.

A pesar de que se realiza una evaluación multiaxial durante la hospitalización, la valoración se enfoca en el paciente y hasta el momento no se ha medido el impacto de éste tipo de eventos en el ambiente familiar. De tal forma que estudiar a las familias durante la hospitalización puede aportarnos información de la reorganización familiar que se puede generar en este periodo, así como de la flexibilidad, adaptabilidad, conectividad emocional y comunicación durante el curso agudo del padecimiento del paciente y su trastorno.

Por lo tanto, en este estudio se pretende identificar si el estrés y el funcionamiento familiar están relacionados con la recuperación del paciente y si existe una repercusión en el número de días de estancia intrahospitalaria. Se llevó a cabo un estudio longitudinal, descriptivo, de correlación, donde se evaluó el estrés y el funcionamiento familiar durante la estancia intrahospitalaria, y su correlación con la evolución del paciente en tres momentos durante la hospitalización: al ingreso, al regreso de permiso terapéutico, y previo al egreso. A los sujetos que aceptaron participar se les aplicaron cuatro escalas: Escala de ideación suicida de Beck, Listado de síntomas SCL90, Escala de estrés familiar, y el Cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar. Y a sus familiares se les aplicarán dos escalas: Escala de estrés familiar, y el Cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar. Una vez obtenida la información se integró en una base de datos y se llevaron a cabo los análisis estadísticos correspondientes como el coeficiente de correlación de Pearson para determinar la asociación lineal entre las dimensiones de la Escala de estrés familiar y las variables escalares. Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para determinar la asociación lineal entre las dimensiones de la Escala de estrés familiar y las variables ordinales, con la finalidad de comprobar la hipótesis de investigación.

2. Antecedentes

2.1 Definición de familia

El Fondo de las Naciones Unidas para la infancia define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial" (Gennarini, 2016).

2.2 Concepto de familia

La palabra esta derivada del término *famŭlus*, que significa "siervo, esclavo", o incluso del latín *fames* (hambre) "Conjunto de personas que se alimentan juntas en la misma casa y a los que un *pater familias* tiene la obligación de alimentar". Bajo esta concepción se presumía la inclusión de la esposa y de los hijos del *pater familia*, a quien legalmente pertenecían en cualidad similar a un objeto de su propiedad, hasta que como concepto integrador (de cognados vinculados por lazos de sangre- y agnados –con vínculos civiles-), acabó siendo subsumido y reemplazado inicialmente por la conceptualización y forma grupal, que históricamente precedió a otras formas más avanzadas como las familias punalúa, sindiásmica, poligámica, monogámica y la actual o posmoderna; todas ellas con características organizativas distintas pero siempre conceptualizadas de manera similar (Oliva G & Villa G, 2014).

En la actualidad se define como grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas. (Asociación de Academias de la Lengua Española, 2019). La familia, según el Artículo 16.3 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado. En muchos países occidentales, el concepto de familia y su composición ha cambiado considerablemente en los últimos años, sobre todo, por los avances de los derechos humanos (Declaración Universal de Derechos Humanos, 1984).

La familia transmite un sentido poderoso de lo que está en juego: los vínculos afectivos de la cercanía, pero también sus demandas de sofocamiento. Pero este sentido de familiaridad puede ser engañoso cuando se trata de la escritura etnográfica y la comparación intercultural. El concepto más recogido dentro de la antropología, parece ser el círculo de parientes cercanos que es inmediatamente relevante para uno mismo, con un enfoque, aunque no limitado a, la llamada familia nuclear o conyugal: es decir, en el modelo normativo, un hombre y una mujer, generalmente tomados para unirse en una relación sexual reconocida públicamente, o matrimonio, y sus hijos, que se supone que deben vivir juntos y cuidar y amar a los demás. A esta unidad "nuclear" también se les puede agregar, en la mayoría de las instancias, a sus familiares inmediatos: los padres respectivos del hombre y la mujer, sus hermanos, los hermanos de sus padres y sus hijos, y quizás otros. Es posible que también se otorguen amor y apoyo, no necesariamente todos los que residen juntos, sino que posiblemente se reúnan para diversos eventos y ocasiones.

Dichas relaciones también se pueden imaginar diacrónicamente, como fluctúan a corto plazo a través de lo que algunos antropólogos han llamado el "ciclo de desarrollo del grupo doméstico", a medida que las familias crecen y se contraen a través de matrimonios, nacimientos, fisiones y muertes, pero también se extienden al pasado más profundo y al futuro.

La forma que ha tomado la familia ha variado con el tiempo. Esta variación es principalmente en relación con el tamaño de las familias en términos del número de hijos, la extensión (en términos relacionales) de la familia socialmente significativa y la composición del hogar, es decir, qué miembros de la familia conviven. Algunos analistas han tratado de desarrollar una tipología de las diversas formas de tales hogares familiares más allá de la familia nuclear, un ejemplo prominente, pero debatido, es el del ingeniero y sociólogo francés Frédéric Le Play quien sugirió la noción de la "familia madre", que reúne (parte de) una familia conyugal en una generación con otra familia en la sucesiva, por ejemplo, la del hijo mayor (Clarke, 2018).

La investigación sobre los efectos del estado familiar en la salud mental típicamente se enfoca en los beneficios y costos para la salud mental asociados con el matrimonio legal y la paternidad, así como también en cómo afectan los padres la salud mental de los niños menores y adultos.

Muchos estudios han demostrado que el matrimonio es beneficioso para la salud mental. Los beneficios pueden incluir un aumento de los recursos económicos, una mayor integración social (incluido el apoyo emocional y el apego), y un sentido más fuerte de significado y propósito (Hill R. , 2014).

2.3 Funcionamiento familiar

Si bien en la familia se realiza el primer encuentro de socialización entre los individuos, es aquel lugar donde se da el intercambio de saberes sobre la vida cotidiana. Al interior de la familia las relaciones pueden ser positivas si son de apoyo mutuo, respeto y confianza o también, pueden ser desfavorables, es decir, que no apuntan al crecimiento de los miembros de la familia, basadas en el descuido, abandono o rechazo. La familia se convierte en aquel lugar atravesado por una red de interacciones, mediada por diversos aspectos que influyen en sus relaciones conocidas como dinámica familiar (Sánchez, Aguirre Londoño , Yela Solano , & Viveros Chavarria, 2015).

Se entiende como funcionamiento familiar aquellas interacciones que se presentan al interior de la vida doméstica a partir de relaciones de parentesco y afinidad. Estas interacciones están caracterizadas por relaciones que van desde la colaboración hasta el conflicto entre sus miembros. Ellas ejercen una influencia en los diferentes escenarios y contextos en los que se desenvuelve cada uno de los integrantes de la familia. Es de notar que las interacciones son diversas en cada familia, teniendo así un sello distintivo (Torres Velázquez , Ortega Silva , Garrido Garduño , & Reyes Luna , 2008).

En dicha dinámica encontramos situaciones biológicas, psicológicas y sociales presentes, mediadas por reglas, autoridad y afectividad, necesarias para lograr el crecimiento de cada uno de sus miembros, posibilitando la continuidad de la familia en la sociedad. En esta interacción confluyen un sin número de experiencias, prácticas y vivencias que se encuentran determinadas por roles, autoridad, uso del tiempo libre, relaciones afectivas, normas, límites y comunicación (Agudelo Bedoya , 2008).

2.3.1 Relaciones afectivas

Los vínculos que unen a las familias pueden tener varias expresiones: el rechazo que es una forma de afecto que se traduce en exclusión, abandono y en el uso de castigo severo. La sobreprotección que, al contrario, se refiere a un contacto excesivo que se traduce en hacer cosas que el niño o la niña pudieran hacer por sí mismos, limitando sus posibilidades de autonomía acorde con la edad.

Es al interior de las familias donde el ser humano expresa sus emociones, puesto que es el lugar más seguro y confiable para sentir rabia, alegría, miedo y enojo. Es decir, la familia generalmente proporciona un ambiente protector e íntimo. La importancia de los entornos protectores en la familia es que de esta forma sus miembros generan y producen en ellos un mayor nivel de adaptación a las diferentes situaciones del contexto (Henao López & García Vesga , 2009).

Se ha afirmado que el nivel económico, sociodemográfico, empleo y edad de los padres no es un factor influyente en las relaciones de afectividad de tipo funcional (Vega Valero , Espindola Salgado , Nava Quiroz , & Soria Trujano , 2009).

2.3.2 Roles

Los roles de padres, madres, hijas e hijos son exclusivos de la familia y encarnan expectativas sociales, que a su vez movilizan patrones de interacción correlativos a normas de orden cultural, las cuales se acoplan a cada familia según su idiosincrasia y su marco de referencia particular. En la cultura mexicana se han construido (igual que en otros contextos) estereotipos masculinos que caracterizan a los hombres como proveedores del hogar, jefes de familia y, en cierta medida, los que toman las decisiones (López Bringas, González-Arratia Lopez Fuentes, Valdez Medina, González Escobar, & Robles Estrada, 2013).

Estos se llevan a cabo de manera individual y el estatus de manera colectiva. Por esto, en la familia los roles y el estatus son fundamentales, pues dependiendo de la manera cómo se internalicen, comprendan y practiquen estos en el pequeño grupo familiar, serán efectuados en el contexto social. Tradicionalmente los roles familiares se encuentran relacionados con la distribución de tareas por género. La mujer desempeña diversos roles: reproducción social, reproducción económica y gestión comunitaria, brindándole a la mujer liderazgo y autonomía al interior de hogar y fuera de él (García & Oliveira, 2005).

Cuando al interior de la familia uno de los miembros tiene una enfermedad permanente, las funciones ligadas a los roles se multiplican. Esto porque se debe organizar el tiempo para el cuidado del paciente, del hogar, el trabajo y el cuidado propio. Tales tareas recaen generalmente en la mujer (Sánchez, Aguirre Londoño , Yela Solano , & Viveros Chavarria, 2015).

2.3.3 Límites, normas y reglas

Los comportamientos de los miembros de la familia están permeados por los límites, marcados por los padres y las expectativas de comportamiento de los hijos en los diferentes ambientes, así como por las reglas de convivencia, las costumbres, los valores y los intercambios afectivos constantes. Las familias donde se ejerce una autoridad asertiva y democrática los hijos presentan actitudes favorables hacia la autoridad institucional informan de un auto concepto general más positivo, en comparación con aquellos que muestran actitudes negativas hacia la autoridad formal (Gallego Henao , 2012).

La autoridad se encuentra ligada a los límites que se trazan al interior de cada familia. De esta manera, diversas dimensiones del funcionamiento familiar como roles, normas y los límites configuran las dinámicas internas para el funcionamiento adecuado de la familia, los límites deben ser claros y precisos permitiéndole a los miembros de la familia el desarrollo de sus roles o tareas al interior de la misma.

Los límites además se encuentran definidos por las reglas y normas que se establecen en la familia. De esta manera ellas se convierten en el hilo conductor del comportamiento de los miembros de la familia. Las normas explícitas son claras para los miembros de la familia por que han sido verbalizadas, mediadas por la palabra y la escucha. En las normas implícitas los miembros de la familia no recurren a la palabra como elemento básico de su estilo de comunicación, en cambio el lenguaje no verbal cobra importancia, se trabaja con supuestos, las emociones y el afecto se sobreentienden por lo que es poco usual hacerlo explícito llegando a generar conflicto (Sánchez, Aguirre Londoño , Yela Solano , & Viveros Chavarria, 2015).

2.4 Teorías generales de sistemas

La teoría de sistemas establece que el sistema es mayor que la suma de sus partes. En las familias, esto significa que el número específico de personas no es lo más importante si no la calidad de las relaciones y las memorias compartidas, recuerdos compartidos, éxitos, fracasos y aspiraciones. Cada familia tiene una unidad especial propia. La fuerza sistémica única que moviliza a una familia se observa a menudo cuando uno de sus miembros está en problemas. Entonces la familia se convierte en algo más que la suma de sus partes individuales, adquiriendo una potencia adicional. Unir fuerzas y tirar en la misma dirección ayuda a muchas familias a superar la adversidad.

A veces, compartir la misma visión puede ser destructiva en lugar de constructiva. Las vistas sistémicas pueden volverse patológicas y mortales. Los terapeutas familiares ven esto con más frecuencia en las familias donde hay incesto, trastornos de la alimentación, adicciones, violencia y abuso. Es probable que alguien en el sistema

tenga una percepción o visión diferente, y luego se rebela. Los profesionales e investigadores deben, por lo tanto, utilizar una visión sistémica de la familia para ver el panorama completo. Esto significa que se deben evaluar a las familias como un todo, así como a sus miembros individualmente.

El estrés desde una perspectiva de sistemas, describe que las familias son organismos vivos, esto significa que son sistemas con partes interdependientes. Tienen una estructura con límites que mantener y funciones que cumplir, lo que garantiza el crecimiento y la supervivencia del sistema (Seyle, 1980).

En la teoría del estrés familiar, una visión de los sistemas nos ayuda a entender por qué una persona tiene una respuesta particular cuando está sola, pero otra cuando los niños regresan a casa de la escuela, o el padre regresa a casa del trabajo.

En otras palabras, el nivel de estrés del conjunto es cualitativamente diferente de la suma de sus partes, los niveles de estrés de cada miembro de la familia. Cada persona en la familia puede manifestar diferentes estados; juntos, pueden crear una atmósfera de tensión teñida de ira, ansiedad o tristeza. Es por eso que las reuniones a menudo terminan siendo más estresantes de lo que esperamos. El todo es más (en este caso, más tenso) que la suma de sus partes.

Los terapeutas familiares, los trabajadores sociales, los psicólogos, las enfermeras y otros profesionales médicos son testigos de esta poderosa cualidad del sistema cuando un niño gravemente enfermo se convierte en el enfoque total de los padres. Hay un efecto dominó para el hermano o compañero que ahora se siente excluido. Un miembro de la familia que se siente descuidado comienza a distanciarse y tal vez actuar para obtener atención. Este individuo puede huir, o puede comenzar con un comportamiento autodestructivo con alcohol o drogas o tener un idilio fuera del sistema familiar. A menudo, los profesionales e investigadores examinan solo a la persona que manifiesta síntomas, cuando en realidad el estrés está presente en todo el sistema familiar.

Con demasiada frecuencia, el estrés de la familia se ventila en el comportamiento de una persona, que se convierte en el chivo expiatorio de una familia preocupada y ansiosa. El chivo expiatorio de una familia se observa como el generador de problemas, esto funciona como una forma en que las familias se protegen a sí mismas de tener que reconocer pérdidas y cambios inminentes. De hecho, los sistemas humanos tienden a resistir el cambio, pero la estabilidad no siempre es funcional. Una familia puede parecer estable, pero si incluso un miembro está deprimido o ansioso, el sistema necesita cambiar. Por lo tanto, enfrentamos el dilema de las percepciones y significados individuales frente a los familiares (Boss, Bryant, & Mancini, 2017).

2.5 Estrés Familiar

El estrés familiar puede definirse como cualquier factor de estrés que afecta a uno o más miembros de la familia (o al sistema en su totalidad) en un momento definido, lo que afecta la conexión emocional entre los miembros de la familia, su estado de ánimo, bienestar y el mantenimiento de la relación familiar.

Las teorías sobre el estrés familiar surgieron por primera vez en los años 1930 y 1940. La teoría del estrés familiar más influyente, denominada (teoría ABC-X), fue propuesta por Hill (1958), fue desarrollada por Burr (1994) y ampliada por Patterson (1983). La teoría ABC-X incluye tres variables interactivas: el evento (A) que interactúa con los recursos de la familia (B), lo que permite a la familia crear su significado y definición del evento (C).

Estas tres variables entonces producen la crisis (X). Aunque el modelo ABC-X todavía es utilizado por algunos grupos de investigación y su utilidad es reconocida por los teóricos, está limitada de diferentes maneras. Primero, el modelo trata explícitamente con los principales factores de estrés (eventos críticos de la vida) y las crisis, pero no es apropiado para comprender los procesos de estrés cotidianos en las familias. En segundo lugar, el modelo afirma tener una perspectiva sobre toda la familia, pero generalmente solo los parientes o padres (o incluso más a menudo solo uno de ellos) son objetivos, mientras que las contribuciones de los niños no son consideradas. Burr y Klein (1994) hicieron importantes adiciones teóricas del modelo ABC-X al incluir los conceptos de vulnerabilidad y regeneración de la familia. Estos autores se centraron sistemáticamente en los recursos dentro de la familia y el uso de diferentes tipos de afrontamiento según fases específicas en el proceso de estrés. Posteriormente, las complicaciones a las que se enfrentó la familia al tratar con el factor estresante se abordan en el modelo revisado de estrés familiar.

En las últimas dos décadas, la investigación matrimonial ha proporcionado y estimulado nuevos aportes sobre el estrés familiar. Esta línea de investigación ha llevado al desarrollo de modelos teóricos de estrés diádico y aumento en investigación. El estrés diádico representa una forma distinta de estrés familiar, que involucra a los familiares directa o indirectamente. De acuerdo con Bodenmann (1997), el estrés diádico se define como un evento o encuentro estresante que siempre concierne a todos, ya sea directamente cuando se enfrentan al mismo evento estresante, cuando hay estrés dentro de la relación (por ejemplo, desacuerdo con los demás), o indirectamente cuando el estrés de uno de ellos se deriva de la relación cercana y afecta a ambos o a todos. En ambos casos, el estrés diádico provoca valoraciones conjuntas (además de las evaluaciones individuales) de la situación de estrés que extiende a las evaluaciones primarias y secundarias del enfoque de Lazarus (1996). Estos esfuerzos conjuntos de afrontamiento, o el uso cooperativo de recursos comunes dentro de las parejas, se conocen como afrontamiento diádico. Aunque la definición de estrés diádico se ha utilizado principalmente en el enfoque de las relaciones cercanas, se puede expandir fácilmente a los sistemas familiares.

Las familias operan como un sistema y cada miembro de la familia es una entidad interconectada que funciona como un todo. Específicamente, no se puede entender a los individuos sin tener en cuenta a la familia como

un todo. Por lo tanto, el estrés familiar afecta a cada miembro de la familia y puede tener efectos perjudiciales en su cercanía, conectividad emocional, comunicación y, en definitiva, su bienestar (Randall & Bodenmann, 2013).

2.6 Resiliencia familiar

La resiliencia familiar es un proceso en el que las familias se enfrentan con éxito o se adaptan a la adversidad y, por lo tanto, se vuelven más ingeniosas y seguras. Es un proceso dinámico en lugar de un rasgo o resultado familiar. Se refiere a la capacidad de una familia para superar el impacto de factores estresantes agudos o crónicos, transiciones de la vida o factores estresantes múltiples a lo largo del tiempo. Los métodos específicos para lograr la resiliencia familiar varían, tanto entre familias como para la misma familia en diferentes momentos, ya que la resiliencia está influenciada por el tipo y nivel de adversidad, la etapa de desarrollo familiar, las capacidades de afrontamiento y resolución de problemas de la familia y los recursos disponibles. Por lo tanto, el proceso de resiliencia familiar ocurre cuando los factores familiares, individuales y comunitarios disponibles ayudan a las familias a manejar o recuperarse. Tales factores están etiquetados como factores de protección. Estos conceptos han influido en los enfoques de tratamiento basados en la resiliencia familiar para mejorar la capacidad de las familias para enfrentar o adaptarse con éxito.

Adaptado de estudios de resiliencia individual en niños, durante los años 70 y 80, varios estudios de niños con alto riesgo encontraron que algunos sujetos eran resilientes, Logrando resultados de vida positivos a pesar de los riesgos significativos. Estos estudios identificaron factores de riesgo relacionados con resultados de desarrollo negativos como pobreza, psicopatología de los padres, estrés perinatal, y la discordia familiar crónica, así como factores de protección asociados con resultados positivos como integridad biológica, predisposición psicosocial, mecanismos de afrontamiento adaptativos, temperamento flexible y cognición íntegra, así como adecuada red de apoyo emocional. Un estudio base para estas hipótesis fue el estudio de Emmy Werner y Ruth Smith (1955), donde describe a 698 infantes desde el periodo perinatal y hasta la edad adulta. Se denominó Estudio Longitudinal de Kauai ya que durante 30 años ha recogido el impacto de una variedad de factores de riesgo biológicos y psicosociales, de sucesos vitales estresantes y de factores de protección sobre el desarrollo de estos individuos en el nacimiento, en la infancia y en la adolescencia, y finalmente en la edad adulta. Los objetivos principales de esta investigación fueron documentar a la manera de una historia natural, el curso de los embarazos y sus consecuencias posteriores sobre la comunidad desde el nacimiento hasta que los niños y las niñas hubiesen alcanzado la madurez, midiendo las consecuencias a largo plazo de complicaciones perinatales y de condiciones de crianza adversas sobre el desarrollo de los individuos y su adaptación a la vida. Sus observaciones indicaron que alrededor de dos terceras partes de estos niños y niñas tuvieron un desarrollo físico y psicológico adecuado desde su nacimiento hasta la edad adulta, así como unas condiciones de vida estables y un desarrollo social positivo, mientras que una tercera parte manifestó problemas en el desarrollo, desde el nacimiento o más adelante, de tipo físico, psicológico o social, ya sea por factores innatos o por la influencia del entorno. La atención primordial de los investigadores está centrada en el caso de los participantes que teniendo que afrontar situaciones de desventaja en alguna de las

etapas de su desarrollo fueron capaces de dar respuestas efectivas que les permitieron resolver esas dificultades, desarrollando una capacidad de resistencia y de recuperación. Estos resultados positivos se asociaron con varios factores de protección individuales, familiares y comunitarios en diversas etapas de desarrollo, y sugirieron un proceso natural de resiliencia (McGrath, 2002).

Conceptualmente, la resiliencia está influenciada por varias orientaciones teóricas: fortalezas y perspectivas ecológicas, teoría del estrés y de afrontamiento y psicología positiva. Los factores de riesgo se definen como situaciones agudas o crónicas que predicen resultados negativos; ejemplos de tales factores de riesgo incluyen pobreza, enfermedades crónicas, violencia o eventos catastróficos de la vida. La resiliencia ocurre cuando los factores de protección ayudan a los niños a reducir el impacto de los riesgos o a adaptarse al riesgo. Esto les ayuda a lograr resultados positivos, como el bienestar positivo o el éxito en la escuela, el trabajo o las relaciones personales. Factores protectores incluye características individuales como inteligencia, temperamento sencillo y locus de control interno (es decir, la percepción de que uno puede manejar eventos estresantes en lugar de necesitar fuerzas externas para manejar los factores estresantes).

También incluyen relaciones cálidas y enriquecedoras con los padres y miembros de la familia, relaciones de mentoría con adultos fuera de sus familias y experiencias positivas que cambian la vida, como viajes asociados con la educación, el empleo o el servicio militar. Las investigaciones sugirieron que la resiliencia individual no es un rasgo alcanzable, sino que varía con el tiempo dependiendo de los tipos y cantidades de riesgo y factores de protección. Además, los individuos pudieron mostrar resiliencia en cualquier período de desarrollo y la resiliencia previa (o falta de resiliencia) predijo la resiliencia futura (o falta de resiliencia). En lugar de centrarse en el impacto negativo de los riesgos o factores estresantes, la investigación sobre resiliencia se ha centrado en describir métodos exitosos para hacer frente o adaptarse a los eventos adversos. Este enfoque también ha guiado los enfoques de tratamiento basados en la resiliencia.

La resiliencia familiar es el fundamento teórico de la presente investigación, es decir, los factores de protección que influyen en los resultados positivos a pesar de los factores de riesgo para describir la capacidad de las familias para hacer frente a eventos adversos en la vida. Aunque algunos estudios sobre resiliencia infantil han descrito cómo las características familiares podrían ser factores protectores para la resiliencia de los niños, la investigación sobre resiliencia familiar se ha centrado en cómo las familias muestran la resiliencia como una unidad. La resiliencia familiar está influenciada por las características de la familia, los atributos de los miembros individuales de la familia y los recursos de la comunidad. Conceptualmente, el estrés familiar y la teoría de afrontamiento han explicado el ajuste familiar y la respuesta de adaptación, en la que las familias equilibran las demandas, las capacidades y el significado. Las demandas pueden incluir factores estresantes diarios o en curso o cepas crónicas que afectan a una familia. Las capacidades se refieren a los patrones familiares de afrontamiento o resolución de problemas y también a recursos accesibles desde el exterior. El significado representa cómo una familia valora la situación estresante y la capacidad de manejarla, al igual que considera la identidad familiar y la visión del mundo. Cuando las familias no pueden adaptarse a los factores

estresantes, ocurre una crisis que requiere cambios en su estructura, en su estilo de afrontamiento o patrones de resolución de problemas para adaptarse. (Coyle , 2016)

2.7 Tipos de afrontamiento familiar

La familia, además de una fuente de estrés, también es el entorno donde el individuo encuentra los recursos para solucionar los problemas, en forma de apoyos sociales y repertorios de afrontamiento. Así, el proceso de afrontamiento es el uso cognitivo de la evaluación del peligro del estresor y la evaluación de las consecuencias de cualquier acción de afrontamiento. El afrontamiento como concepto se identifica con el éxito adaptativo. Lazarus y Folkman (Folkman , Schaefer , & Lazarus, 1979) definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Para McCubbin y Patterson el estilo de afrontamiento significa una forma de reaccionar a un estímulo (McCubbin, Thompson, & McCubbin , 1996).

A menudo los investigadores no coinciden sobre lo que incluye el afrontamiento, pues como indican McCubbin y Patterson, supone una interacción de recursos, percepciones y comportamientos o patrones de respuesta, e implica una organización flexible de habilidades cognitivas, sociales y conductuales. Consideran estos autores que las estrategias de afrontamiento son las formas utilizadas para hacer frente a las dificultades utilizando los recursos existentes, tanto propios como del entorno. Si entendemos por recursos de afrontamiento lo que los individuos o familias tienen para afrontar la situación estresante, podemos hablar de recursos personales de los miembros del sistema familiar, es decir, un conjunto completo de factores de personalidad, actitudinales y cognitivos (autoestima, habilidades intelectuales, habilidades interpersonales, etc.), y recursos propios de la familia, es decir, rasgos o características del sistema familiar en sí mismo (acuerdo, claridad, consistencia en la estructura familiar de roles, liderazgo compartido, etc.). Hay, sin lugar a dudas, una lucha entre las exigencias del grupo familiar y el individuo (Maynard, Maynard, McCubbin, & Shao, 1980).

También el significado que una familia atribuye a una situación de estrés o la evaluación que hace la familia de la situación puede servir, por tanto, como parte de la conducta de manejo de estrés de la familia. Los incidentes que eventualmente conducen a la aparición de disfunciones, pueden depender también de la ausencia de explicaciones que ayuden a la familia a dar un sentido a lo sucedido, a por qué ocurrió y cómo se puede acudir al ambiente social para sobreponerse a la situación indeseable. La aplicación del significado social a una situación, es decir, la ubicación dentro del contexto en el cual se presentan, permite ver los eventos de estrés como menos irracionales, menos inaceptables y más comprensibles. Así, la forma en que los individuos perciben la situación influye en cómo la afrontan y en sus respuestas. La consecuencia se puede valorar de formas diferentes: algunos la consideran un recurso, y otros la incluyen dentro de la respuesta de afrontamiento.

Es aceptado actualmente que el proceso de estrés pone en juego variables disposicionales, procesos de evaluación, recursos y respuestas de afrontamiento. Otros autores, proponen considerar todos los aspectos dentro de un proceso de afrontamiento y distinguir dentro de este proceso:

- Recursos de afrontamiento: características, rasgos o competencias que posee el individuo o la familia para afrontar la situación.
- Respuestas de afrontamiento: aquellas respuestas cognitivas o conductuales dadas por el individuo o la familia a las demandas experimentadas. (McCubbin, Problem Solving and Coping, 1996)

2.8 Ambiente familiar y Psicopatología

Existe evidencia de que el funcionamiento familiar puede verse afectado en las familias de individuos con esquizofrenia, psicosis, trastorno bipolar y depresión en comparación con controles sanos. Un foco de la investigación actual en psiquiatría ha sido examinar el impacto del funcionamiento familiar en el curso de la enfermedad, el resultado y recaída en aquellos con enfermedad mental grave. Una relación bidireccional entre mal funcionamiento familiar y alteraciones en la salud mental se han sugerido (Crowe & Lyness, 2014). Usualmente se observan cambios en la interacción familiar y el funcionamiento familiar, en las primeras etapas de la enfermedad psiquiátrica, haciéndolo particularmente relevante para estudiar el funcionamiento familiar en este momento (Santesteban-Echarri, y otros, 2018).

Los síntomas depresivos en la juventud están relacionados con una menor claridad emocional, que puede llevar a un funcionamiento familiar más pobre. A su vez, esto puede perpetuar los síntomas al mantener baja comunicación familiar. Como familia el funcionamiento es particularmente relevante durante la adolescencia, es plausible que el mal funcionamiento de la familia puede exacerbar los síntomas tempranos en los jóvenes. Aunque muchas familias pueden arreglárselas bien, se ha observado que algunas familias de individuos con trastornos psicóticos parecen exhibir menores niveles de funcionamiento familiar (Koutra, y otros, 2014).

Se han observado mayores dificultades, críticas altas y comunicación familiar deficiente en familias de personas con diagnóstico de trastorno depresivo mayor. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que las familias con individuos con una enfermedad mental grave puede no ser necesariamente familias con "mal funcionamiento", sino que el impacto y la angustia de tener un miembro de la familia con un trastorno mental grave, afecta la capacidad de afrontamiento o incluso el funcionamiento de esa familia a menudo en relación con el trato con el familiar enfermo.

Los padres de niños con trastorno depresivo mayor que han sido evaluados obtienen menores puntuaciones en el funcionamiento familiar, y las madres de estos niños muestran elevados niveles de intranquilidad en comparación con familias de niños con bajo riesgo de depresión. Se ha descrito una baja cohesión familiar como predictor de ansiedad y síntomas depresivos en los jóvenes, donde los adolescentes con síntomas de ansiedad suelen ser reflejo de los estilos familiares, es decir, menos solidarios, con mayores conflictos, rígidos, más controladores y con menor independencia (Friedmann, y otros, 1997).

Los adolescentes con depresión parecen beneficiarse más, del tratamiento, tanto de antidepresivos como de psicoterapia, en el contexto de mejoría del funcionamiento familiar. Del mismo modo, adolescentes con trastorno de ansiedad, que tienen buen funcionamiento familiar tienen mejores resultados a largo plazo, después de la intervención en comparación con aquellos con el funcionamiento familiar más pobre. (Santesteban-Echarri, y otros, 2018). Los niveles moderados de cohesión y flexibilidad pueden potencialmente tener una influencia positiva en los resultados de salud mental de los jóvenes (Koutra, y otros, 2014).

Las familias de individuos con un trastorno de curso crónico, como esquizofrenia, tienen menores niveles de cohesión y flexibilidad que las familias de individuos con un primer episodio de psicosis, que también han obtenido puntajes más bajos en el funcionamiento familiar. En las familias de individuos con trastorno bipolar tuvieron menor cohesión que las familias sin antecedentes de trastorno bipolar; y menos cohesión y más conflicto que la población normativa de los Estados Unidos (Koutra, y otros, 2014).

El ambiente familiar juega un papel clave en el desarrollo de los síntomas psicóticos, como lo demuestran los estudios de adopción (Tienari, y otros, 2004), la investigación sobre emociones expresadas y los estudios de tratamiento. Los factores ambientales (ambiente familiar negativo) se han relacionado con un mal pronóstico en la psicosis. Un ambiente familiar positivo se asocia con menor gravedad en los síntomas negativos, síntomas de desorganización y el funcionamiento entre individuos identificados con riesgo inminente de psicosis. Los factores ambientales positivos pueden proteger a los individuos vulnerables contra el desarrollo de la enfermedad. Hasta la fecha, solo tratamientos psicosociales y dosis bajas de antipsicóticos han demostrado que disminuyen el riesgo de desarrollar episodios psicóticos en sujetos con síntomas prodrómicos. (González-Pinto, y otros, 2011) Se ha sugerido que un ambiente familiar positivo (cohesión con afecto y sin afectación emocional) puede estar relacionado con una disminución de los síntomas y un mejor funcionamiento social en los jóvenes en alto riesgo clínico para la psicosis (Koutra, y otros, 2014). El cuidado parental favorable parece moderar los factores genéticos y ambientales compartidos, permitiendo predecir trastornos como el comportamiento antisocial. Si la crianza favorable aumenta, la contribución de factores genéticos disminuye dramáticamente, en padres con altos niveles de afectividad (González-Pinto, y otros, 2011).

Se ha reportado que un mejor funcionamiento familiar y mayores habilidades de comunicación (menos emoción expresada según lo definido por la crítica, la hostilidad y un mayor compromiso emocional) se asocian con una menor tasa de recaída en el primer episodio de psicosis (Santesteban-Echarri, y otros, 2018). Por el contrario, los factores ambientales negativos se asociaron con un riesgo aumentado de psicosis. La asociación de factores ambientales negativos y síntomas psicóticos ha sido estudiada extensamente, demostrando que existe evidencia empírica para una interacción de vulnerabilidad y estrés en esquizofrenia al considerar la interacción de vulnerabilidad neurocognitiva y estresores psicosociales. Aunque las alteraciones del desarrollo neurológico pueden no estar presentes en recién nacidos, es posible que factores ambientales positivos ayuden a los pacientes vulnerables a evitar la progresión de la enfermedad durante sus primeros años de vida. Si esto

es cierto, puede ser posible proteger contra el desarrollo de la psicosis en personas vulnerables proporcionando herramientas e intervenciones apropiadas que se centran en mejorar los factores ambientales positivos de la familia (González-Pinto, y otros, 2011).

2.9 Estrés familiar y funcionamiento familiar

Durante las diferentes etapas del desarrollo familiar, la familia enfrenta diferentes momentos críticos del ciclo evolutivo, que implican cambios tanto individuales como familiares, los que pueden constituir un período de crisis, en las cuales se cambian las viejas pautas de interacción por otras nuevas que posibilitan, a cada uno de los miembros de la familia, el desempeño de nuevas funciones en sus roles, poniendo de manifiesto un desarrollo cada vez más acabado de individuación y de una estructura familiar cada vez más compleja y diferente a la anterior, lo que da lugar al crecimiento y desarrollo de la familia. Si en el esfuerzo de reorganización familiar por la propia estructura familiar o por su falta de flexibilidad, no lo permite, aparecen entonces las disfunciones familiares. Estas crisis son denominadas normativas o transitorias, es transitoria en función de que posibilite o no el paso de una etapa a la otra del ciclo vital y no se refiere en ningún sentido al tiempo de duración de la crisis.

Derivada etimológicamente de un vocablo griego, crisis significa separación y elección, definiéndose con estas dos acciones un proceso dinámico compuesto por un período, en el que debe producirse una separación (de algo - alguien), antes de que pueda darse una elección (de algo-alguien) como expresión de una evolución; y entre ambos un tiempo, un antes y un después. También se considera la crisis como un fenómeno evolutivo que da lugar a nuevos estados organizacionales, considerándola como una expresión de interrelación, donde no se puede concebir un tiempo sin el otro, donde no hay elección si no hay separación y ésta tiene que ser previa en aquella.

La familia en crisis se caracteriza por la inhabilidad a retornar a la estabilidad e incapacidad para realizar cambios estructurales en la familia. Dicha crisis se caracteriza por una desorganización familiar, donde los viejos modelos y las capacidades no son adecuados por largo tiempo y se requiere un cambio. Las crisis familiares son normativas cuando requieren cambios en la estructura y reglas familiares. Otras crisis son previamente promovidas por decisiones familiares para hacer mayores cambios. En otras situaciones la familia es impulsada hacia la crisis por la ocurrencia de eventos estresores no normativos, tales como, un accidente fatal en un miembro de la familia. Este modelo ve las crisis familiares como una variable continua que refleja la total ruptura del sistema. En el caso de la familia es importante, no sólo medir la ocurrencia del evento vital familiar, sino la vivencia que tiene la familia del evento (González Benitez, 2000).

En este contexto, se sabe que los familiares tienen un papel clave en el cuidado a las personas con problemas mentales, son los primeros en proporcionar asistencia, están presentes dando apoyo físico y emocional, y desempeñan un papel decisivo en la implementación del plan terapéutico de su familiar, especialmente si este no tiene la autonomía para hacerlo. Pese al papel esencial que tiene la familia como recurso de atención a la salud y soporte en la recuperación, son pocos los estudios que profundizan sobre su experiencia en las

situaciones de crisis de salud mental. Las crisis pueden constituir una manifestación aguda de un trastorno mental subyacente o ser el inicio de un problema mental. En ellas afloran las dificultades que la persona afectada tiene para satisfacer sus necesidades básicas, ya que se desvanecen sus hábitos y costumbres sin darse cuenta de ello. Las crisis se suelen manifestar como una situación de pérdida de control del comportamiento que puede llegar a poner en peligro la propia vida o la de otros y conlleva la incapacidad de autocuidado. La persona afectada es incapaz de reconocer el riesgo que corre para pedir ayuda o autorizar su ingreso en un centro hospitalario (Cuesta Benjumea, López Gracia, & Arredondo González, 2018).

2.10 Redes de apoyo

Las redes de apoyo familiar y social constituyen una fuente de recursos materiales, afectivos, psicológicos y de servicios, que pueden ponerse en movimiento para hacer frente a diversas situaciones de riesgo que se presenten en los hogares, como falta de dinero o empleo, como apoyo en caso de una enfermedad o para el cuidado de niñas, niños o personas adultas mayores. (Instituto Nacional de las Mujeres, 2015).

Estas redes se sustentan en la expectativa de que la ayuda será brindada a otros, o recibida de éstos cuando se necesite. Al respecto, es importante distinguir tres elementos:

- Los tipos de ayuda o apoyo solicitados.
- Las fuentes de apoyo (es decir, de dónde proviene o quién provee la ayuda)
- La calidad de las redes (referidas básicamente a su composición y efectividad para obtener los apoyos buscados).

Las redes más próximas (familiares, vecinos y amigos) con las que se cuentan han evidenciado diversos grados de efectividad según el tipo de ayuda solicitada y las condiciones socioeconómicas del hogar. Si bien en términos generales estas redes aparecen como poco efectivas para obtener recursos tales como un empleo o el acceso a servicios sociales y de crédito, entre 60% y 70% de la población declara no contar con apoyo en estas situaciones.

Se han observado importantes desigualdades en la distribución del capital social entre los sectores más y menos favorecidos: la disponibilidad de redes aumenta a medida que mejoran las condiciones socioeconómicas. Entre quienes manifiestan tener a quién recurrir frente a estas situaciones, la familia constituye la principal fuente de apoyo, donde una de cada tres familias recurre a las redes familiares para obtener un empleo, facilitar el acceso a servicios médicos, educativos y obtener un crédito. Se ha descrito una mayor disponibilidad de apoyo para el cuidado de un miembro del hogar enfermo (60% contaría con este tipo de ayuda en caso de necesitarla), para el cuidado de un hijo menor (92%) y para solventar gastos menores (77%). Las redes de amigos o vecinos son utilizadas con escasa frecuencia para el cuidado de un familiar enfermo o de un hijo menor (Bayón & Mier y Terán, 2010).

En los hogares pobres, más que un problema de escasez de redes, los datos parecieran estar evidenciando un problema de ineffectividad de las redes existentes para proveer de ciertos recursos. (Bayón & Mier y Terán, 2010). En un contexto de precariedad laboral y de contracción del papel del Estado como provisor de bienestar,

como es el caso de México, las redes conformadas por los lazos de parentesco, de vecindad y amistad, han sido vistas como la fuente principal de apoyo en caso de crisis o necesidad y se ha reconocido que son diferentes para mujeres y hombres, y que difieren de acuerdo con el estrato socioeconómico (Instituto Nacional de las Mujeres, 2015).

Uno de los aspectos positivos de las redes es que pueden evitar problemas de salud mental, como el estrés y la depresión. Algunos estudios han mostrado que la depresión está negativamente relacionada con el apoyo social, es decir, que las personas con bajos niveles de apoyo, suelen presentar una mayor sintomatología depresiva y viceversa (Palomar Lever & Cienfuegos Martínez, 2007).

Las redes también pueden tener un papel fundamental cuando se enfrentan situaciones de crisis en el hogar, sobre todo entre grupos sociales vulnerables (por ejemplo, personas adultas mayores, con discapacidad física o mental o con enfermedades crónicas), no cubiertos por la protección social formal. Por el contrario, las redes de apoyo en comunidades y grupos caracterizados por tener lazos muy fuertes pueden representar un freno para el desarrollo de capital social, y posiblemente tiendan más bien a reproducir la pobreza y la exclusión social (Kabeer, 2000).

En el sentido positivo o negativo de las redes influyen diversos factores, entre los que se encuentran: las características sociales y económicas, los rasgos de personalidad, los recursos dentro de las redes, la calidad de las relaciones interpersonales y la reciprocidad de apoyo entre las y los integrantes. Además, el lugar donde se vive determina en gran medida las oportunidades y necesidades de las personas, mismas que responden al contexto mayor en el cual se insertan y al funcionamiento del Estado y del mercado (Instituto Nacional de las Mujeres, 2015).

Según estimaciones del Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), en 2012 un 87.2% de la población vivía en entidades con percepción de grado de apoyo medio en redes sociales y el restante 12.8% en entidades con percepción de grado de apoyo bajo de dichas redes. Llama la atención que el porcentaje correspondiente a un grado de apoyo alto haya sido igual a cero. Estos resultados ponen en duda la existencia real de redes con efectos positivos en los que pueda apoyarse la población en situaciones de riesgo (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social., 2013).

En México las posibilidades actuales de un intercambio recíproco son menores, ya que implica costos en tiempo, disponibilidad y, sobre todo, una inversión material tanto en bienes como en servicios, en contextos de deterioro del empleo y de agudización de la pobreza. Se ha observado que 37% de los hombres y 44% de las mujeres que participan en el trabajo de cuidados, consideran muy difícil o imposible conseguir ayuda para que alguien lo cuide en caso de necesitarlo. Esta percepción es más frecuente en la población pobre que en la población no pobre, para ambos sexos, pero siempre en desventaja para las mujeres. Se observa mayor dificultad de acceso a apoyo de redes en situaciones de enfermedad en zonas rurales. La reciprocidad en las redes familiares y sociales no es una realidad en la sociedad mexicana, sobre todo para las mujeres (Instituto Nacional de las Mujeres, 2015).

3. Metodología

3.1 Planteamiento del problema

En la práctica clínica diaria con pacientes que ameritan hospitalización se observan dificultades en la toma de decisiones debido a los criterios administrativos de nuestra Institución tales como: acompañantes terapéuticos sanos, familiar responsable de primer grado que tenga disponibilidad y aceptación de la Hospitalización de manera voluntaria. Dichos criterios están relacionados a las características familiares, redes de apoyo y afrontamiento a la crisis.

A pesar de que se realiza una evaluación multiaxial durante la hospitalización, la valoración se enfoca en el paciente y hasta el momento no se ha medido el impacto de este evento en el ambiente familiar. Es importante considerar que después de una hospitalización la mayoría de las familias de los pacientes con trastornos mentales tienen dificultades para retornar a la estabilidad y, si no se logra una estabilidad, el paciente regresará a un ambiente inestable y estresante, hecho que puede desencadenar posteriores reingresos, mala adherencia al tratamiento o valoraciones constantes en el servicio de atención psiquiátrica continua del INPRFM.

En los casos en que la familia se haya ajustado a los criterios administrativos de hospitalización del INPRM, el paciente identificado es ingresado, donde se mantienen alejados de núcleo familiar, además de presentar dificultades para ajustarse a la dinámica hospitalaria, para entender su padecimiento, para ajustarse al ambiente en su permiso terapéutico y para la convivencia con otros pacientes hospitalizados. Se ha observado que dichas situaciones pudiesen incidir en su egreso hospitalario. Adicionalmente los pacientes se pueden percatar de cambios en el funcionamiento familiar relacionados con la facilidad o dificultad para obtener los acompañantes terapéuticos requeridos, con la asistencia de sus familiares a las visitas intrahospitalarias con la inversión económica que representa su hospitalización, y de ser el caso, con el posible fracaso de mecanismos de afrontamiento de sus familiares para comprender diagnóstico y pronóstico.

Dado que la influencia familiar está determinada por diversos factores como estilos de afrontamiento y estructura del sistema familiar, los cuales son diversos y en ocasiones son favorables puede que el diagnóstico principal del paciente tenga mejor pronóstico por el ambiente en el que se encuentra inmerso, no importando gravedad o cronicidad. Así, lo que encontramos es que la información sobre la relación que tienen dichos ajustes con el paciente y su salud mental, es poca, y no se sabe el impacto que esto podría tener en la duración de la estancia intrahospitalaria y en el número de permisos terapéuticos que se requieran antes de dar de alta al paciente.

3.2 Justificación

Se ha documentado la asociación positiva entre el ambiente familiar adecuado y la intensidad de los síntomas, en esta interacción son importantes la adecuada cohesión familiar y la comunicación. Los familiares tienen un papel clave en el cuidado de las personas con problemas mentales, son los responsables en proporcionar asistencia, y en dar apoyo físico y emocional. En ciertos tipos de familias existe la probabilidad de que pacientes con disfunción sean hospitalizados y egresados al mismo ambiente, mismo que puede tener dificultades en reconocimiento o aceptación de los trastornos mentales.

Mientras que algunas familias que se enfrentan a la hospitalización de uno de sus miembros son capaces de hacer frente a las crisis, retornar la estabilidad y generar algún patrón de acomodación que le permite al paciente mantener buen apego a tratamiento y recuperar la funcionalidad, otras no lo logran y no se sabe con certeza el por qué de esta diferencia. Hasta este momento, no está claro si el mal funcionamiento de la familia es el resultado de la enfermedad en uno de sus miembros, o, por el contrario, si el mal funcionamiento de la familia puede conducir a un mayor riesgo de enfermedad entre sus integrantes.

De esta forma estudiar a las familias durante la hospitalización puede aportarnos información de la reorganización familiar que se genera en este periodo, así como de su flexibilidad, conectividad emocional, comunicación y adaptabilidad; y de su posible relación con el curso del paciente y su trastorno, ya que hasta el momento no se sabe si esto guarda relación con el número de días de estancia intrahospitalaria. Por ello estudiar a la familia en el momento particular que sucede una hospitalización es fundamental para entender el estado del paciente y su progreso. El identificar el tipo de sistema familiar que tiene pobre mejoría o perpetúa el estrés familiar a lo largo de la hospitalización podrá proporcionarnos la oportunidad en un futuro de realizar intervenciones familiares durante la hospitalización con finalidad de disminuir dicho síntoma y egresar al paciente en un ambiente con mayor estabilidad. Adicionalmente la información obtenida puede favorecer la creación de una herramienta de evaluación para identificar familias con pobre funcionamiento y realizar intervenciones tempranas que impidan la prolongación del internamiento.

3.3 Pregunta de investigación

¿Es posible que el estrés y el funcionamiento familiar estén relacionados con el número de días de estancia intrahospitalaria?

3.4 Objetivos

3.4.1 Objetivo General

Evaluar si el funcionamiento y el estrés familiar están relacionados con el número de días de estancia intrahospitalaria

3.4.2 Objetivos Específicos

- Evaluar el estrés familiar en los casos de pacientes hospitalizados del Instituto Nacional de Psiquiatría
- Evaluar el funcionamiento familiar en los casos de pacientes hospitalizados del Instituto Nacional de Psiquiatría
- Evaluar la evolución sintomatológica de los pacientes hospitalizados del Instituto Nacional de Psiquiatría
- Determinar la relación entre el estrés familiar y la evolución sintomatológica.
- Determinar la relación entre el funcionamiento familiar y la evolución sintomatológica.
- Determinar la relación entre el estrés familiar y los días de estancia intrahospitalaria.
- Determinar la relación entre funcionamiento familiar y los días de estancia intrahospitalaria.
- Determinar la relación entre la evolución sintomatológica y los días de estancia intrahospitalaria.

3.5 Hipótesis

3.5.1 Hipótesis de Investigación (H1)

El estrés y el funcionamiento familiar tienen una relación positiva con los días de estancia intrahospitalaria.

3.5.2 Hipótesis nula (H0)

El estrés y el funcionamiento familiar no tienen una relación positiva con los días de estancia intrahospitalaria.

4. Material y Métodos

4.1 Tipo de estudio

El estudio fue longitudinal, descriptivo y de correlación. Se evaluó durante la estancia intrahospitalaria el estrés familiar y su correlación con la evolución sintomatológica del paciente al ingreso, al regreso de cada permiso terapéutico, y previo a su egreso. La muestra fue reclutada de manera consecutiva y aleatoria.

4.2 Tamaño de la muestra

A partir de la siguiente fórmula se calculó una muestra de 98 sujetos, considerando un intervalo de confianza de 95%, un poder estadístico del 80%, y un nivel de significancia donde la $p \leq 0.05$.

$$n = \frac{z^2 pq}{d^2}$$

p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia [(173) número de ingresos en el trimestre]

q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (0.00036)

N= tamaño de la muestra (98)

Z = valor de Z crítico (1.96)².

d = nivel de precisión absoluta. (0.05)²

4.3 Población

Pacientes hospitalizados del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” y sus familiares durante el 2020 en el trimestre correspondiente de junio, julio y agosto. Una vez aceptada su participación en el estudio y tras firmar el consentimiento informado, se les realizarán las cuatro escalas propuestas en este estudio.

4.4 Criterios de inclusión

- Ser mayor de edad
- Que el familiar responsable acepte participar y firme el consentimiento informado del estudio.
- Saber leer, escribir y hablar español.

4.5 Criterios de exclusión

- Tener escolaridad menor a primaria.
- Presentar cualquier discapacidad que no permita la realización de la batería de pruebas.
- Presentar psicopatología que impida la realización de la batería de pruebas.
- Ser menor de edad

4.6 Criterios de eliminación

- Pacientes que soliciten alta voluntaria durante internamiento
- Pacientes que decidan retirar su consentimiento a continuar con el proceso de investigación durante la realización de las pruebas.

4.7 Definición conceptual y operacional de las principales variables del estudio

Variables independientes	Tipo	Medición	Definición Conceptual
Sociodemograficas			
Edad	Cuantitativa Escalar	Años	Tiempo medido en años que ha vivido el entrevistado.
Género	Cualitativa Nominal Dicotómica	Hombre /Mujer	Construcción social caracterizada por clasificar a los miembros de la especie humana.
Estado Civil	Cualitativa Nominal Polinómica	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre	La situación personal del individuo, respecto a si se encuentra solo o en pareja y dentro de esta última situación, si lo está de iure o de facto. Se relaciona estrechamente con la libertad personal, dignidad y la libertad de pensamiento, atiende a la decisión autónoma de entrar o no en una relación personal permanente con otra persona, respecto de la cual se crean consecuencias dependiendo de dicho estado. (Jurisprudencia Civil , 2016)
Escolaridad	Cuantitativa Escalar	Años de estudio	Número de años de estudio.
Nivel Socioeconómico	Cualitativa Intervalar	Estudio Socioeconómico	El número, que indica la posición social y económica en que se encuentra la familia del Paciente y/o el Paciente que recibe atención médica, de acuerdo a variables que se evalúan con base en un método y técnicas de trabajo social y cuyo único objetivo es determinar el monto del subsidio que obtendrá el Paciente, respecto del costo de los servicios de atención médica que se ofrecen en los establecimientos que prestan servicios de atención médica de la Secretaría y de las Entidades Coordinadas. (Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica;, 2013)
Variable Clínicas			
Tipo de ingreso	Cualitativa Nominal Dicotómica	Primera vez Subsecuente	El trastorno psiquiátrico puede ser un primer brote o una exacerbación aguda de un trastorno psiquiátrico, susceptible de ser controlado en el tiempo promedio de estancia hospitalaria. (González Moncivais, 2017)
Días de estancia intrahospitalaria	Cuantitativa Escalar	Días	Tiempo medido en días que estuvo dentro del tratamiento de hospitalización recibiendo tratamiento farmacológico hasta que el paciente que abandona la estancia hospitalaria por los

			siguientes motivos: Mejoría, fin de estudios, referencia o traslado, abandono (fuga) y defunción. (González Moncivais, 2017)
Episodios de agitación (hospital/permiso)	Cuantitativa Escalar	Número de episodios	Definida como un síndrome caracterizado por inquietud motora pobremente organizada sin una meta, donde predomina una actividad física, verbal y/o psíquica incrementada, generalmente causado por un trastorno médico o psiquiátrico descompensado. (Molina López, López Pedraza, Hervert Rivera, & Díaz Sanchez, 2017)
Número de fármacos al ingreso	Cuantitativa Ordinal	Número de fármacos	Cantidad de fármacos con los que ingresa si es subsecuente.
Número de fármacos al egreso	Cuantitativa Ordinal	Número de fármacos	Cantidad de fármacos con los que egresa de hospitalización.
Número de permisos terapéuticos	Cuantitativa Ordinal	Número de permisos	Número de Procedimientos de salida y regreso del paciente al hospital de acuerdo a la valoración médica, que tiene como propósito otorgar al paciente la salida, para que la familia observe su comportamiento fuera de la institución, con el propósito de valorar la mejoría en el entorno social. (González Moncivais, 2017)
Duración de cada permiso terapéutico	Cuantitativa Escalar	Horas	A partir de la segunda semana de hospitalización, por días o por horas de acuerdo a la valoración clínica diaria realizada por el médico residente y el pase de visita semanal realizado por el médico residente y por el médico psiquiatra adscrito al servicio de hospital, siempre y cuando el paciente presente mejoría clínica. (González Moncivais, 2017)
Acompañante terapéutico	Cuantitativa Escalar	Horas	Personal a juicio del médico tratante. El acompañante debe de tener de 18 a 60 años cumplidos, ser del mismo sexo del paciente, estar sano (González Moncivais, 2017).
Lugar del permiso terapéutico	Cualitativa Nominal Polinómica	Casa, otro domicilio o lugar público.	Lugar donde se lleve a cabo permiso terapéutico.
Puntuación SCL-90	Cualitativa ordinal	Puntuación total de 90 reactivos	Evaluación de síntomas para valorar y detectar psicopatología, a partir de la intensidad del distrés referido por el sujeto en un periodo que comprende una semana previa al día de la aplicación
Escala de ideación suicida de Beck.	Cualitativa ordinal	Puntuación total de 19 reactivos.	Cuantificación y evaluación de la recurrencia consciente de pensamientos suicidas
Variables familiares			
Número de integrantes de la familia	Cuantitativa Ordinal	Número de individuos	Número de parientes cercanos que es inmediatamente relevante para uno mismo

Tipo de Familia	Cualitativa nominal Polinómica	Monoparental Biparental Reconstituida	Forma en que la familia se constituyó durante la infancia del individuo.
Escala de estrés familiar	Cuantitativa Ordinal	Puntuación total de la escala.	La puntuación total se obtiene de la suma de las puntuaciones otorgadas a cada uno de los ítems.
Subescala involucramiento afectivo funcional	Cuantitativa Ordinal	Suma de los puntajes obtenidos en los 17 reactivos de este factor.	Se refiere al grado en que la familia, como un todo, muestra interés y valora las actividades e intereses de cada miembro de la familia.
Subescala Involucramiento afectivo disfuncional	Cuantitativa Ordinal	Suma de los puntajes obtenidos en los 11 reactivos de este factor.	Aspectos negativos del funcionamiento funcional
Subescala de patrones de comunicación disfuncional	Cuantitativa Ordinal	Suma de los puntajes obtenidos en los 4 reactivos de este factor.	Intercambio de información dentro de la familia. Se centra en los aspectos negativos de la comunicación verbal pero sin descuidar la comunicación no verbal.
Subescala de patrones de comunicación funcionales	Cuantitativa Ordinal	Suma de los puntajes obtenidos en los 3 reactivos de este factor.	Se centra en los aspectos positivos de la comunicación verbal pero sin descuidar la comunicación no verbal.
Subescala Resolución de problemas.	Cuantitativa Ordinal	Suma de los puntajes obtenidos en los 3 reactivos de este factor.	Se refiere a la habilidad de una familia para resolver problemas a un nivel que mantenga un funcionamiento familiar efectivo.
Subescala patrones de control de conducta	Cuantitativa Ordinal	Suma de los 2 reactivos redactados en positivo.	Patrones que adopta una familia en el manejo de la conducta, con énfasis en las situaciones que se manifiestan en el área de la socialización entre los miembros de la familia y con el mundo externo.

4.8 Escalas de medición

4.8.1 Escala de Estrés Familiar (Family Stress Scale. Versión Española; FSS-VE).

Los 20 ítems correspondientes a la escala de Estrés familiar (Olson , 1992) fueron tomados de la escala Family Inventory of Life Events and Changes (FILE) de McCubbin, Patterson y Wilson (1981). Estos ítems fueron revisados y validados con 1.500 parejas/familias.

La escala Family Inventory of Life Events and Changes (FILE) fue desarrollada con el objetivo de medir el estrés familiar. FILE es un instrumento formado por 71 ítems. Estos ítems fueron constituidos en base a experiencias clínicas e investigaciones llevadas a cabo con familias y estrés.

La primera versión del FILE consistió en 171 ítems agrupados en ocho categorías: desarrollo familiar, trabajo, gestión, salud, finanzas, actividades sociales, leyes y relaciones familiares. Este instrumento fue utilizado en familias con problemática de diversa índole. Posteriormente fue reducido a 71 ítems, agrupados en nueve categorías.

Esta escala muestra un índice de fiabilidad alto para la escala global (0.85) (Olson , 1992). También en la adaptación española (Sanz Vazquez , Martínez Pampliega, & Iraurgi Castillo , 2002) este instrumento presenta una fiabilidad alta en la escala global (alpha de Cronbach: 0,82). Las puntuaciones para las distintas subescalas son de 0,74, 0,61 y 0,58. En cuanto a la fiabilidad test-retest, se obtuvo un valor de 0,87 para la escala global, y de 0,80, 0,67 y 0,63 para las tres subescalas.

Por otra parte, esta escala presenta índices de correlación coherentes, tanto en un sentido de convergencia como de divergencia, con constructos afines estimados mediante la escala de Clima Familiar (Family Environment Scale- FES) (Sanz Vazquez , Martínez Pampliega, & Iraurgi Castillo , 2002). Concretamente, la escala de Estrés familiar presenta correlación negativa con cuatro de las dimensiones del FES: comunicación (-0,49), expresividad (-0,50), autonomía (-0,37) y organización (-0,60), y correlación positiva con la dimensión de conflicto (0,50). La dirección de dichas asociaciones presenta apoyo a la existencia de validez convergente y divergente.

La brevedad y sencillez de la escala permiten una aplicación tanto individual como colectiva. Cada ítem se puntúa sobre una escala con 5 alternativas de respuesta: 1) *Nunca*; 2) *En muy pocas ocasiones*; 3) *A veces*; 4) *Con frecuencia* y 5) *Muy frecuentemente*. La puntuación total se obtiene de la suma de las puntuaciones otorgadas a cada uno de los ítems. La puntuación mínima que se puede obtener con la escala es de 20.

Escala de Estrés Familiar (Family Stress Scale. Versión Española; FSS-VE)				
Nº de subescalas:3				
Descripción de la escala	Nº de Ítems	Consta de 20 ítems		
	Corrección	Sumatorio de los ítems		
	Ítems inversos	Ninguno		
Características psicométricas	Fiabilidad	Escala o subescala	Alpha de Cronbach	Correlación (r de Pearson)
		FSS-VE	0,82	0,87
		Subescala 1	0,74	0,80
		Subescala 2	0,61	0,67
		Subescala 3	0,58	0,63
	Validez	Buena validez de contenido		
	Buena validez de constructo			
Subescalas	Subescala 1	Ítems 1, 2, 3, 6, 9, 14,15 y 18.		
	Subescala 2	Ítems 5, 7, 8, 10,12 y 16.		
	Subescala 3	Ítems 4, 11, 13, 17,19 y 20.		
(Sanz Vazquez , Martínez Pampliega, & Iraurgi Castillo , 2002)				

4.8.2 Cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar

Dado los problemas semánticos y diferencias culturales, se ha visto la conveniencia de contar con instrumentos elaborados o estandarizados en México cuyos reactivos estén formulados en un lenguaje accesible a la población mexicana y de acuerdo con nuestras características culturales. Los instrumentos que miden la estructura y funcionamiento familiares son muy escasos en comparación con las pruebas que evalúan el funcionamiento individual. Lo anterior se debe a que el estudio de la familia como un sistema de interacción es muy reciente y la mayoría de estos instrumentos provienen de Estado Unidos y Canadá donde se obtuvo su validez y confiabilidad.

Uno de los pocos instrumentos que se han elaborado en México es el Cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar, que se diseñó para evaluar la percepción que tiene el sujeto de su núcleo familiar en un momento dado, a partir del Mc Master Model of Family Functioning, que es un marco de referencia teórico centrado en el enfoque sistémico. Al visualizar a la familia como un microsistema social se vio la necesidad de desarrollar nuevos conceptos para entender a la familia holísticamente, ya que al cambiar la perspectiva de la teoría y técnicas con orientación individual hacia el enfoque centrado en la familia, vista como un sistema, se requiere de otro lenguaje más comprensivo. De tal manera que el síntoma es la expresión de un fracaso de adaptación del sistema; sin embargo no se le considera patológico ya que es un mecanismo utilizado para preservar el equilibrio del sistema familiar.

Este cuestionario se aplicó a una muestra restringida y seleccionada por su homogeneidad, el muestreo fue estratificado y aleatorio. Se definió con base en los siguientes criterios de inclusión: 300 sujetos mexicanos, independientemente del sexo incluyendo padres o madres jóvenes, (cuyas edades oscilaban entre los 30-39 años), pertenecientes a la clase socioeconómica alta (definida por un ingreso familiar superior a 16 salarios mínimos). Solo se incluyeron padres e hijos que asistiesen a escuelas particulares ubicadas en la Delegación Cuajimalpa, cuyo grado escolar fuera desde jardín de niños hasta 4º de primaria, la población en total fue de 23,500 alumnos. El instrumento tiene una estructura de seis factores, que agrupan los constructos teóricos propuestos originalmente. La correlación entre el factor uno y dos es negativa y significativa 1-22, lo cual representa un buen indicador de la sensibilidad del instrumento.

Para saber si la calificación de cada factor tiende hacia la categoría o definición de ese factor, habrá de obtenerse el punto medio del puntaje, también llamado punto de corte, que es diferente a cada factor. Este punto de corte o punto medio, se obtiene multiplicando el número total de reactivos de cada factor por 3, que en la escala Likert es el puntaje medio. Digamos que si una persona contesta en todos los reactivos con el número 3, significará que no está de acuerdo ni en desacuerdo con cada una de las preguntas, es decir, que no tiene una tendencia ni positiva ni negativa. Por ello, al obtener el punto medio o punto de corte, ya se puede evaluar si la persona está por encima o por debajo de éste.

Para obtener el puntaje máximo se multiplicará el número total de reactivos de cada factor por cinco, que en la escala Likert es el puntaje más alto, y para obtener el puntaje mínimo se multiplicará el número total de reactivos de cada factor por 1, que en la escala de Likert es el puntaje más bajo asignado.

Factores	Alfa
1. Involucramiento afectivo funcional	0.92
2. Involucramiento afectivo disfuncional	0.87
3. Patrones de comunicación disfuncional	0.61
4. Patrones de comunicación funcionales	0.61
5. Resolución de problemas	0.45
6. Patrones de control de conducta	0.53
Alfa general de Cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar: 0.92	

De acuerdo con lo descrito se observó que los factores 3, 4 y 6 muestran alfa de Cronbach bajo, se debe a que agruparon pocos reactivos. El primer factor formado por 17 reactivos relacionó con aspectos positivos del funcionamiento familiar, principalmente a nivel afectivo, y se le denominó: involucramiento afectivo funcional. El segundo factor incluyó 13 reactivos que corresponden a los aspectos negativos del funcionamiento familiar sobre todo a nivel afectivo, se le llamó: involucramiento afectivo disfuncional. El tercer factor agrupó cuatro reactivos relacionados con aspectos positivos de la comunicación, tanto a nivel verbal como no verbal, se le llamó: patrones de comunicación funcional. El cuarto factor agrupó tres reactivos que corresponden a los aspectos negativos de la comunicación y se le llamó: patrones de comunicación disfuncional. El quinto factor contiene tres reactivos, los cuales sugieren que los miembros de la familia son capaces de ponerse de acuerdo y que tienen buena organización familiar, por lo tanto, se infiere que pueden llegar a resolver los problemas cotidianos que se les presenten, y se le denominó: resolución de problemas. El sexto factor incluye solo dos reactivos que pertenecen al área de control de conducta y se le denominó: patrones de control de conducta. Al efectuar el análisis de componentes principales surgieron también seis factores que contenían reactivos de la mayoría de los constructos propuestos teóricamente, quedando agrupados principalmente dentro del primer y segundo factor. Por lo tanto, se propusieron las seis sub-escalas antes descritas y un total de 40 reactivos. (Atri y Zetune, 1993)

4.8.3 Listado de Síntomas 90 (SCL 90, por sus siglas en inglés)

El SCL 90 propuesto por Derogatis, Lipman y Covi en 1973 constituye una escala autoaplicable de síntomas para valorar y detectar psicopatología, a partir de la intensidad del estrés referido por el sujeto en un periodo que comprende una semana previa al día de la aplicación. Como su nombre lo indica, la prueba está formada por 90 reactivos que se deben responder en una escala tipo Likert, es decir, las cinco posibles respuestas incluyen desde un para nada (valor cero) hasta un demasiado (valor cuatro).

Los reactivos están agrupados en las siguientes nueve dimensiones de sintomatología:

1. Somatización: grado de estrés proveniente de las percepciones de una disfunción corporal.
2. Obsesivo-compulsivo: conductas identificadas con este síndrome clínico.

3. Sensibilidad inter personal: sentimientos de inadecuación personal e inferioridad.
4. Depresión: índice de la manifestación clínica de la depresión.
5. Ansiedad: síntomas y conductas clínicamente asociadas a una manifestación de exacerbada ansiedad.
6. Hostilidad: pensamientos, sentimientos y acciones característicos del afecto negativo o un estado irascible.
7. Ansiedad fóbica: síntomas que se han observado en condiciones específicas de ansiedad fóbica y/o estados agorafóbicos.
8. Ideación paranoide: evaluación desde una perspectiva sindromática de la conducta paranoide.
9. Psicoticismo: síntomas incluidos en diferentes conductas psicóticas.

Además de estas nueve dimensiones, se añade un Índice de Severidad Global que indica el grado del estrés evaluado. En México, se han mostrado que las cualidades psicométricas del SCL 90 lo convierten en una herramienta útil para la investigación y la evaluación clínica en el país. Dada su eficacia y el breve tiempo requerido para su aplicación (12-15 min.), el SCL 90 ha sido utilizado para estudiar tópicos tan diversos como la evaluación de poblaciones que poseen alguna psicopatología diagnosticada así como la evaluación en poblaciones carentes de tales diagnósticos pero cuyas características requieren de correlaciones de sanidad mental, por ejemplo, pacientes con epilepsia o personas que manifiestan comportamientos socialmente disfuncionales. También se ha requerido como complemento de evaluación y diagnóstico en estudios que involucran trastornos físicos, abordajes farmacológicos y cambios psicológicos. Asimismo, ha sido útil para la comparación de características psicológicas en sociedades que presentan poblaciones heterogéneas. Los coeficientes de alfa de Cronbach para cada una de las nueve dimensiones que componen el SCL 90:

Dimensión	α de Cronbach
Somatización	0.85
Obsesivo compulsivo	0.78
Sensibilidad Interpersonal	0.76
Depresión	0.83
Ansiedad	0.80
Hostilidad	0.66
Ansiedad fóbica	0.71
Ideación paranoide	0.69
Psicoticismo	0.76
Índice de severidad global	0.96
(Cruz Fuentes, López Bello , Blas García, González Macias, & Chávez Balderas, 2005)	

Validez del constructo.

En 72% de los casos, los reactivos que constituyen cada dimensión mostraron un valor de correlación fuerte ($r \geq 0.5$), y el más alto para su propia dimensión. Para 26% se obtuvieron las correspondencias adecuadas y el más alto para su propia dimensión, pero el valor de correlación fue moderado (≥ 0.25 y ≤ 0.5). Solo el reactivo

16 (“oye voces que los demás no oyen”) obtuvo una correlación débil con su propia escala (0.22 para la dimensión de psicoticismo). En el caso del reactivo 80 (“sentir que las cosas conocidas son extrañas o irreales”) se obtuvo una correlación moderada de 0.40 con su escala correspondiente (ansiedad) aunque para la dimensión de psicoticismo se obtuvo un valor todavía más alto (0.46). Posee en general un buen nivel de consistencia interna y un grado adecuado de confiabilidad. (Cruz Fuentes, López Bello, Blas García, González Macías, & Chávez Balderas, 2005)

4.8.4 Escala de ideación suicida de Beck.

Esta escala fue diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas; poner en la balanza varias dimensiones de autodestructividad: pensamientos o deseos. La ideación suicida también puede abarcar la “amenaza de suicidarse”, expresada abiertamente a otros (Beck, Kovacs, & Weissman, 1979). La ISB consta de 19 reactivos aplicados en el contexto de una entrevista clínica semiestructurada. Estos reactivos miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada reactivo se registra en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2. Las mediciones se sumaron para obtener un puntaje global. De este modo, el rango teórico del puntaje es de 0 a 38. Si la puntuación de los reactivos (4) “Deseo de ‘intentar suicidarse’” y (5) “Intento pasivo de suicidarse”, es “0”, se omiten las secciones siguientes y se suspende la entrevista, codificando como: “No aplicable”. En caso contrario, se sigue aplicando

La consistencia interna de la Escala de Ideación Suicida de Beck: los 20 reactivos de la Escala de ISB se sometieron a un análisis de confiabilidad y se obtuvo un coeficiente alpha de Cronbach = .84. Como el último reactivo indaga sobre el número de intentos suicidas llevados a cabo anteriormente, se evaluó también su consistencia con sólo los 19 reactivos restantes, y alcanzó el mismo nivel de confiabilidad: alpha = .84. Fue satisfactoria la consistencia interna de la Escala de ISB, con los 16 reactivos que correlacionaron $>.20$ con el puntaje total alpha = .85. Las sub-escalas originalmente propuestas por Beck (1979), fueron las siguientes: I. Características de las actitudes hacia la vida y la muerte (5 reactivos), II. Características de los pensamientos y los deseos de suicidarse (6 reactivos), III. Características del intento suicida (4 reactivos) y IV. Actualización del intento suicida (4 reactivos).

La subescala I: Características de las actitudes hacia la vida y la muerte (5 reactivos), quedó conformada por 1 factor que explicó 71.2% del total de la varianza, obteniendo una consistencia interna de alpha = .90. La subescala II: Características de los pensamientos y de los deseos de suicidarse (5 reactivos), arrojó 2 factores que explicaron 62.6% de la varianza. Al calcular la consistencia interna de cada factor se obtuvieron coeficientes alpha = .65 en el primer factor, y alpha = .45 en el segundo. Como la consistencia interna de los 5 reactivos fue de alpha = .65 se consideró pertinente integrar esta sub-escala con los 5 reactivos en una sola dimensión. La sub-escala III: Características del intento suicida (4 reactivos), se integró en un factor que explicó 46.4% de la varianza, y alcanzó una consistencia interna de alpha = .61. La subescala: IV; Actualización del intento suicida (2 reactivos), se consideró como el indicador (por el reducido número de reactivos que la integraron) que explicó 64.5% de la varianza; obtuvo un coeficiente alpha = .45. La estructura factorial descrita concuerda

con la obtenida y registrada por Beck y cols. 1979). el índice de especificidad fue de 98.1%, comparado con el criterio clínico. Al comparar la consistencia interna en esta población, con lo reportado por Beck y cols. (1979), se observa que coincidimos en el número de reactivos que se correlacionaron con $r > .20$ ($p \leq .05$) y en el índice de confiabilidad $\alpha = .85$, que es muy aceptable. (González Macip, Díaz Martínez, Ortiz León, González Forteza, & González Nuñez, 2000)

5. Procedimiento

Se invitó a participar en el estudio a todos los pacientes hospitalizados en cualquier unidad de tratamiento del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, que hayan cumplido con los criterios de inclusión. En caso de que no acepten participar en el estudio se dió fin al procedimiento y el paciente continuó seguimiento en los servicios correspondientes sin que esto haya afectado la atención del paciente.

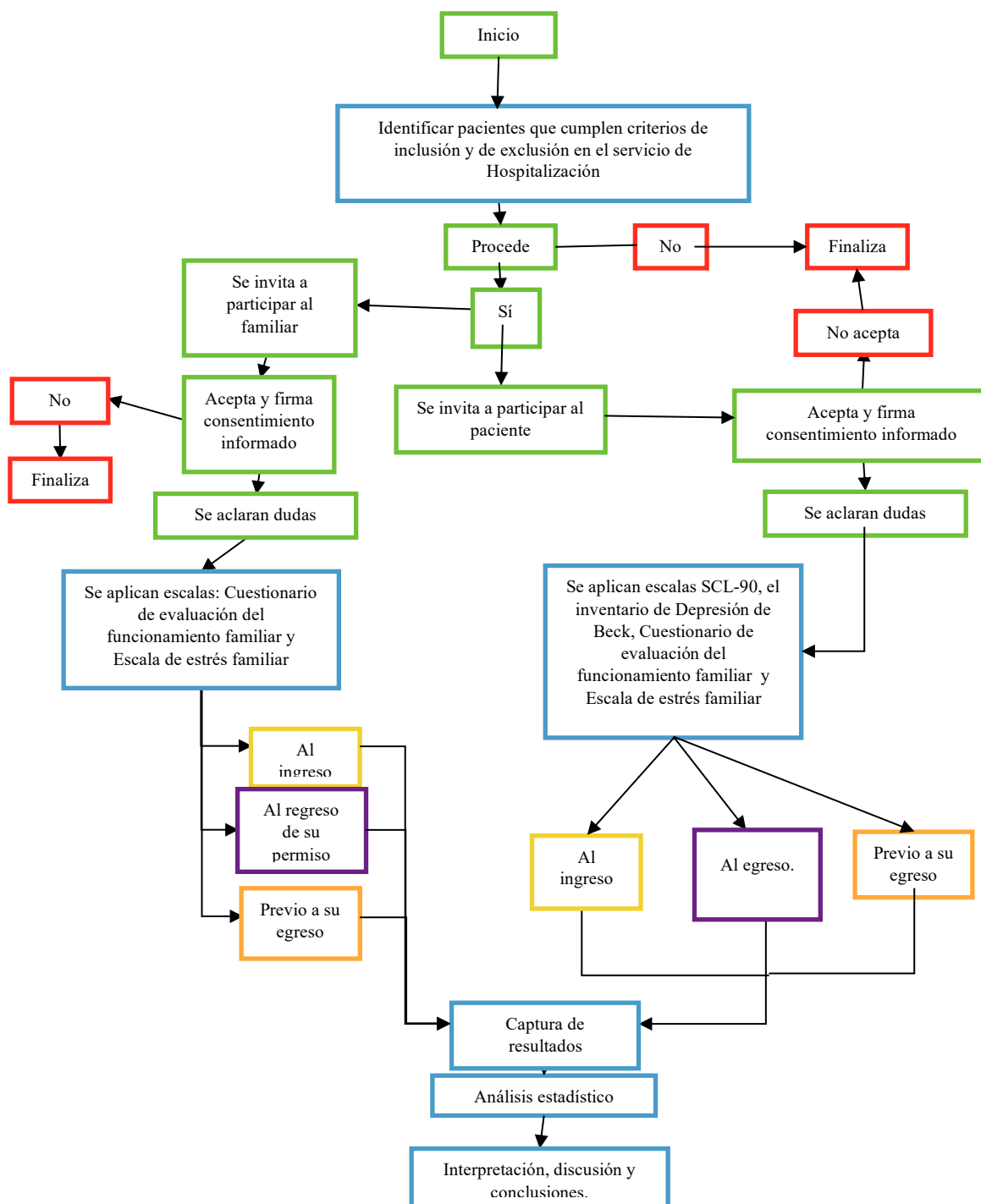
A aquellos interesados en participar se les explicó en qué consistió el estudio y sus procedimientos. Se otorgó al paciente el consentimiento informado para que lo leyera y en caso de que hayan existido dudas se aclararon en ese momento. Una vez firmado el consentimiento informado, se les aplicó la clinimetría: SCL-90, el inventario de Depresión de Beck (21 ítems), Cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar y Escala de estrés familiar.

Se realizó el mismo procedimiento con los familiares del paciente, mismos a quienes después de aceptar participar y después de firmar el consentimiento informado, se les aplicó el Cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar y la Escala de estrés familiar.

Tanto para los pacientes como para los familiares participantes, dichas escalas se aplicaron en tres momentos de la hospitalización: al ingreso, egreso y en su primera valoración en el servicio de consulta externa.

Posteriormente se integró la información recabada en una base de datos a la que solamente la tesista y tutoras tendrán acceso. Se realizó el análisis de los datos, finalmente se redactaron y se llevó a cabo la discusión.

ADD: Se realizó un ajuste en el procedimiento por la contingencia debido a SARS-CoV2, se suspendieron permisos terapéuticos, motivo por el cual se realizaron las valoraciones al ingreso, egreso y a la primera valoración en el servicio de consulta externa.



6. Análisis estadístico

Se realizó la descripción de las características demográficas y clínicas con frecuencias y porcentajes para las variables nominales y con medias y desviaciones estándar (D.E.) para las variables escalares.

Se empleó el coeficiente de correlación de Pearson para determinar la asociación lineal entre las dimensiones de la escala Escala de Estrés Familiar y las variables escalares. Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para determinar la asociación lineal entre las dimensiones de la escala Escala de Estrés Familiar y las variables ordinales y regresión lineal para el análisis de la edad con respecto a los puntajes de las escalas.

7. Recursos

7.1 Recursos humanos

- > **Tesista:** Dra. Sofía Nicté Cavazos Luengas, residente del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”
- > **Tutora metodológica:** Dra. María de Lourdes García Anaya. Investigadora adscrita a la subdirección de Investigaciones Clínicas.
- > **Tutora teórica:** Dra. Brisa Monroy Cortes, Médico Psiquiatra adscrito al servicio de Atención Psiquiátrica continua del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”
- > **Participantes:** Pacientes hospitalizados del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” que cumplan los criterios de inclusión al proyecto de tesis.

7.2 Recursos materiales

- > Hojas blancas
- > Fotocopias para las escalas que se aplicaron a los pacientes.
- > Instalaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría para realizar las entrevistas y evaluaciones que se realizaron a los pacientes.

8. Resultados

Características sociodemográficas de la muestra

Al evaluar la correlación del estrés y el funcionamiento familiar en pacientes hospitalizados del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y de sus familiares, con los días de estancia intrahospitalaria, se encontró que los participantes presentaban las características sociodemográficas que se describen en la Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes		
	n	%
Edad		
18-20	8	13.3
20-30 años	31	51.6
31-40 años	10	16.6
41-50 años	7	11.6
51-60 años	4	6.6
Sexo		
Femenino	41	68.3
Masculino	19	31.6
Estado Civil		
Soltero	44	73.33
Casado	2	3.3
Divorciado	1	1.6
Viudo	-	-
Unión Libre	3	5
Años de escolaridad		
6-10	6	10
11-15	27	45
16-20	27	45
Nivel socioeconómico		
1	22	36.6
2	17	28.3
3	16	26.6
4	4	6.6
5	1	1.6

Los diagnósticos psiquiátricos principalmente encontrados en nuestra población pertenecen a los Trastornos depresivos (Tabla 2). Durante la estancia intrahospitalaria un 53.3% de los diagnósticos cambiaron a su egreso, por lo que los pacientes egresaron con un diagnóstico principal diferente al que se ingresó.

Tabla 2. Diagnósticos al egreso de los participantes hospitalizados						
Diagnóstico	Total	%	Femenino	%	Masculino	%
Distimia	20	33.3	13	21.6	7	11.6
Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado	2	3.3	2	3.3	-	-
Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave	8	13.3	4	6.6	4	6.6
Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto.	1	1.6	1	1.6	-	-
Trastorno obsesivo compulsivo.	4	6.6	2	3.3	2	3.3
Episodio depresivo moderado.	2	3.3	1	1.6	1	1.6
Trastorno de ansiedad generalizada.	1	1.6	1	1.6	-	-
Esquizofrenia no especificada.	1	1.6	1	1.6	-	-
Trastorno psicótico breve.	1	1.6	-	-	1	1.6
Trastorno psicótico secundario al consumo de inhalables.	1	1.6	-	-	1	1.6
Bulimia Nervosa.	2	3.3	-	-	2	3.3
Trastorno límite de la personalidad.	16	26.6	15	25	1	1.6
Trastorno narcisista de la personalidad.	1	1.6	-	-	1	1.6

Las familias de los participantes contaban con las siguientes características (Tabla 3).

Tabla 3. Características de las familias de los participantes		
	n	%
Número de integrantes en familia nuclear		
1-2	15	25
3-4	33	55
5-6	10	16.6
7-8	2	3.3
Tipo de familia		
Monoparental	27	45
Biparental	29	48.3
Reconstituida	4	6.7

Se evaluó a los participantes mientras cursaban su hospitalización por exacerbación o aparición de síntomas agudos de algún trastorno mental. El 71.6% de los participantes fueron ingresos de primera vez en el servicio de hospitalización y el 28.3 % fueron ingresos subsecuentes en la Institución. La media de día de estancia intrahospitalaria fue 21, 85 días y la media que los participantes tuvieron acompañante terapéutico durante su hospitalización fue de $201 \pm 146, 71$ horas dentro del servicio de hospitalización. En la siguiente tabla (Tabla 4) se describen las características adicionales que se evaluaron durante la hospitalización de los pacientes.

Tabla 4. Características adicionales de la hospitalización				
	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Acompañante terapéutico	201,10	146,71	24,00	864,00
No. de fármacos al ingreso	1,00	1,00	0,00	8,00
No. de fármacos al egreso	3,00	1,00	1,00	7,00
Episodios de agitación	1,00	1,00	0,00	3,00

En la aplicación de las medidas de tendencia central y de dispersión, la cantidad de fármacos que tenían al ingreso era de 1 ± 1 medicamento, pero al egreso fue de 3 ± 1 , mientras los episodios de agitación fue en promedio de 1 ± 1 . Al evaluar la cantidad de fármacos que tomaban los pacientes que fueron analizados, se detectó que la mayor proporción ingresaban sin medicamento. (Tabla 5)

Tabla 5. Adición de fármacos al momento de hospitalización				
	Ingreso		Egreso	
Número de fármacos	n	%	n	%
Ninguno	25	41,7	-	-
1	4	6,7	3	5,0
2	14	23,3	20	33,3
3	11	18,3	16	26,7
4	4	6,7	11	18,3
5	1	1,7	6	10,0
6	-	-	1	1,7
7	-	-	3	5,0
8	1	1,7	-	-
Total	60	100	60	100

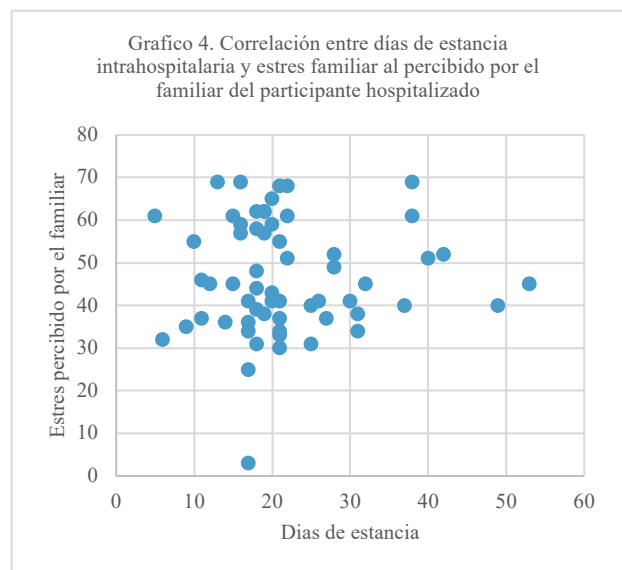
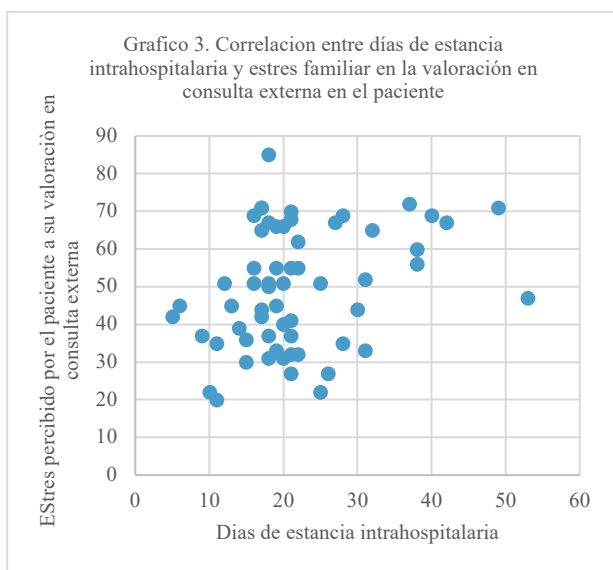
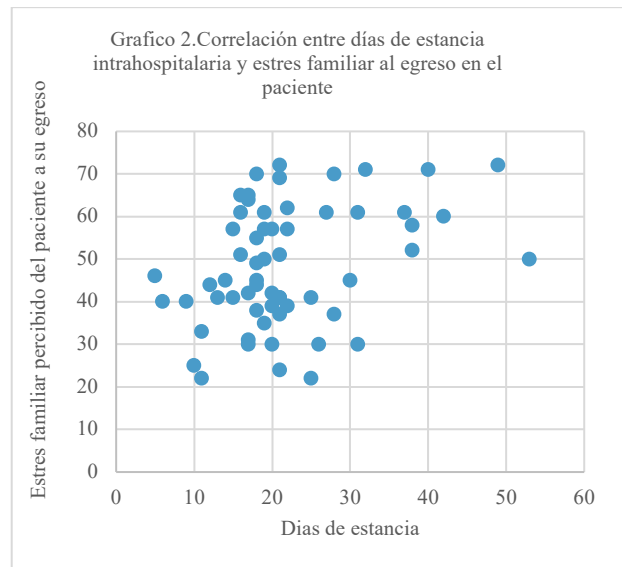
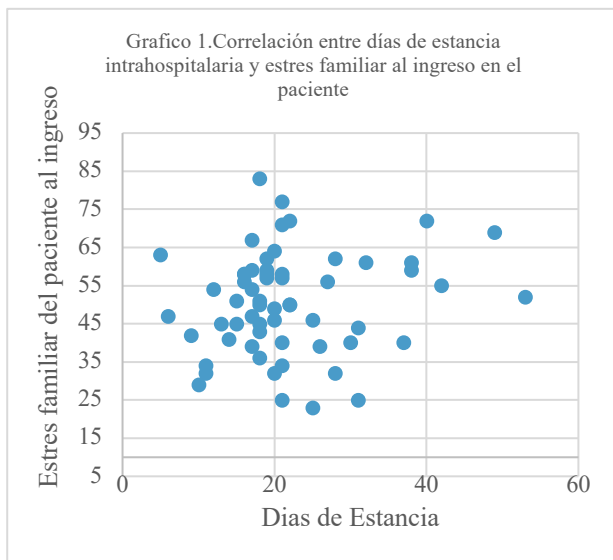
El estrés familiar y su correlación con los días de estancia intrahospitalaria.

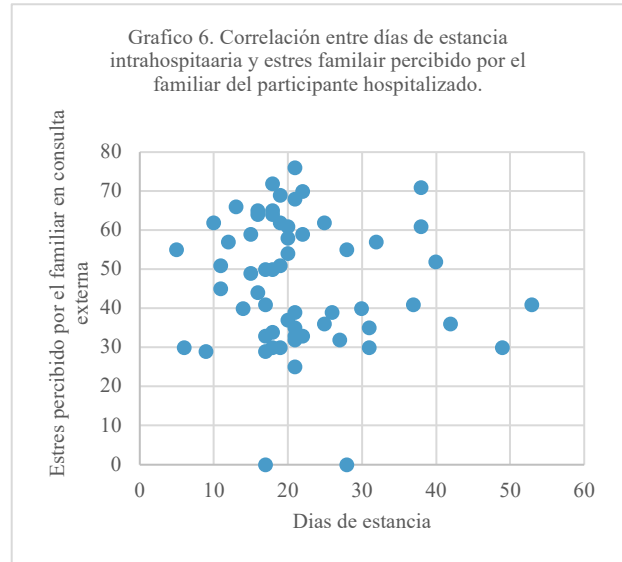
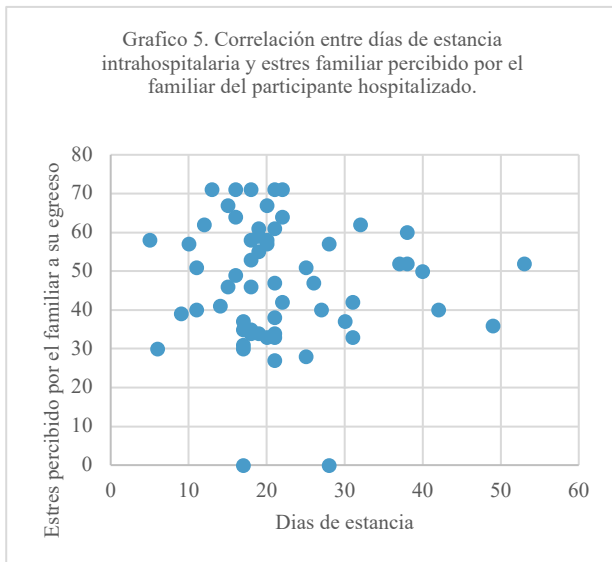
Al realizar el análisis de los días de estancia intrahospitalaria con el estrés familiar (Tabla 6) encontramos los siguientes resultados:

Tabla 6. Correlación de días de estancia intrahospitalaria y estrés familiar		
Paciente al ingreso (Gráfico 1)	Correlación de Pearson	0.154
	p	0.237
	N	60
Paciente al egreso (Gráfico 2)	Correlación de Pearson	0.355
	p	0.0053
	N	60

Paciente en la consulta externa (Gráfico 3)	Correlación de Pearson	0.315
	p	0.014
	N	60
Familiar al ingreso (Gráfico 4)	Correlación de Pearson	0.019
	p	0.883
	N	60
Familiar al egreso (Gráfico 5)	Correlación de Pearson	-0.059
	p	0.653
	N	60
Familiar en la consulta externa (Gráfico 6)	Correlación de Pearson	-0.784
	p	0.436
	N	60

En los gráficos de dispersión que se colocan a continuación, podemos observar que no existe asociación, observando que los fenómenos en cuestión no tiene relación al momento transversal de valoración.





En el análisis de la Escala de estrés familiar se documentó cómo los pacientes fueron evaluados en cuatro dimensiones como la comunicación, expresividad, autonomía y organización; se detectó que hubo diferencias estadísticamente significativas en el manejo del estrés en el egreso del paciente a comparación del ingreso (Tabla 7), sin embargo, al comparar con los resultados de la familia se identificó que no hubo diferencia significativa, sin tener cambios significativos desde el ingreso hasta el egreso. (Tabla 8)

Tabla 7. Correlación de dimensiones en análisis de Escala de Estrés familiar								
			Paciente			Familia		
			Ingreso	Egreso	Consulta externa	Ingreso	Egreso	Consulta Externa
Participante	Ingreso	Valor de r	1	,786**	,714**	,217	,116	,072
		Valor de p		,000	,000	,097	,376	0,584
	Egreso	Valor de r	,786**	1	,864**	,194	,148	,037
		Valor de p	,000		,000	,137	,259	,776
	Consulta externa	Valor de r	,714**	,864**	1	,108	,069	,043
		Valor de p	,000	,000		,411	,598	,742
Familia	Ingreso	Valor de r	,217	,194	,108	1	,797**	,780
		Valor de p	,097	,137	,411		,000	,000
	Egreso	Valor de r	,116	,148	,069	,797**	1	,000
		Valor de p	,376	,259	,598	,000		
	Consulta externa	Valor de r	,072	,037	,043	,780**	,922**	1
		Valor de p	,584	,776	,742	,000	,000	

Tabla 8. Correlación de estrés familiar percibido por el participante hospitalizado con su familiar				
		Estrés familiar percibido por el familiar al ingreso	Estrés familiar percibido por el familiar al egreso	Estrés familiar percibido por el familiar en consulta externa
Estrés familiar del paciente al ingreso	Correlación de Pearson	,217	,116	,072
	p	,097	,376	,584
	N	60	60	60
Estrés familiar del paciente al egreso	Correlación de Pearson	,194	,148	,037
	p	,137	,259	,776
	N	60	60	60
Estrés familiar del paciente en la consulta externa	Correlación de Pearson	,108	,069	,043
	p	,411	,598	,742
	N	60	60	60

En la evaluación de la presencia de estrés comparado con los días de estancia hospitalaria, se hizo el análisis por medio de la prueba estadística de regresión lineal, empleando el puntaje obtenido en la escala de estrés familiar. Se encontró que independientemente los días de estancia intrahospitalaria, el estrés se mantuvo constante en los pacientes y en la familia. (Tabla 9)

Tabla 9. Coeficientes de relación de días de estancia intrahospitalaria con estrés familiar					
Modelo de regresión lineal	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Valor de p
	B	Desv. Error	Beta		
Días de estancia hospitalaria – estrés	-,177	,225	-,102	-,784	,436

El funcionamiento familiar

El evaluar mediante el Cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar arrojó como resultado que la mayor proporción de pacientes tuvieron una percepción positiva en el involucramiento afectivo funcional (tabla 10), involucramiento afectivo disfuncional, comunicación disfuncional, comunicación funcional, resolución de problemas y control de la conducta (Tabla 11).

Tabla 10. Correlación del Involucramiento afectivo funcional						
	Paciente			Familia		
	Ingreso	Egreso	Consulta externa	Ingreso	Egreso	Consulta Externa

Paciente	Ingreso	Valor de r	1	,552**	,766**	-,072	-,042	,014
		Valor de p		<,001	<,001	,584	,752	0,915
	Egreso	Valor de r	,552**	1	,730**	-,167	,010	,058
		Valor de p	<,001	<,001	<,001	,201	1,00	,657
	Consulta externa	Valor de r	,766**	,730**	1	-,071	-,055	,007
		Valor de p	<,001	<,001	<,001	,589	,678	,958
Familia	Ingreso	Valor de r	-0,072,	-,167	-,071	1	,722	,709**
		Valor de p	,584	,201	,589	<,001	<,001	<,001
	Egreso	Valor de r	-,042	,001	-,055	,722**	1	,791**
		Valor de p	,752	1,00	,678	<,001	<,001	<,001
	Consulta externa	Valor de r	,014	,058	,007	,709**	,791**	1
		Valor de p	,915	,657	,958	<,001	<,001	<,001

Tabla 11. Subescalas del Cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar

				n	%
Involucramiento afectivo funcional	Paciente	Ingreso	Negativo	24	40,0
			Positivo	36	60,0
		Egreso	Negativo	25	41,7
			Positivo	35	58,3
		Consulta externa	Negativo	27	45,0
			Positivo	33	55,0
	Familia	Ingreso	Negativo	20	33,3
			Positivo	40	66,7
		Egreso	Negativo	24	40,0
			Positivo	36	60,0
		Consulta Externa	Negativo	22	36,7
			Positivo	38	63,3
Involucramiento afectivo disfuncional	Paciente	Ingreso	Negativo	25	41,7
			Positivo	35	58,3
		Egreso	Negativo	32	53,3
			Positivo	28	46,7
		Consulta externa	Negativo	34	56,7
			Positivo	26	43,3
	Familia	Ingreso	Negativo	49	81,7
			Positivo	11	18,3
		Egreso	Negativo	44	73,3
			Positivo	16	26,7
		Consulta Externa	Negativo	48	80,0

			Positivo	12	20,0
Comunicación disfuncional	Paciente	Ingreso	Negativo	28	46,7
			Positivo	32	53,3
		Egreso	Negativo	42	70,0
			Positivo	18	30,0
		Consulta externa	Negativo	39	65,0
			Positivo	21	35,0
	Familia	Ingreso	Negativo	39	65,0
			Positivo	21	35,0
		Egreso	Negativo	45	75,0
			Positivo	15	25,0
		Consulta Externa	Negativo	47	78,3
			Positivo	13	21,7
Comunicación funcional	Paciente	Ingreso	Negativo	27	45,0
			Positivo	33	55,0
		Egreso	Negativo	26	43,3
			Positivo	34	56,7
		Consulta Externa	Negativo	21	35,0
			Positivo	39	65,0
	Familia	Ingreso	Negativo	25	41,7
			Positivo	35	58,3
		Egreso	Negativo	23	38,3
			Positivo	37	61,7
		Consulta Externa	Negativo	25	41,7
			Positivo	35	58,3
Resolución de problemas	Paciente	Ingreso	Negativo	24	40,0
			Positivo	36	60,0
		Egreso	Negativo	25	41,7
			Positivo	35	58,3
		Consulta Externa	Negativo	23	38,3
			Positivo	37	61,7
	Familia	Ingreso	Negativo	21	35,0
			Positivo	39	65,0
		Egreso	Negativo	25	41,7
			Positivo	35	58,3
		Consulta Externa	Negativo	24	40,0
			Positivo	36	60,0
Control de conducta	Paciente	Ingreso	Negativo	19	31,7
			Positivo	41	68,3
		Egreso	Negativo	19	31,7
			Positivo	41	68,3
	Familia	Ingreso	Negativo	15	25,0
			Positivo	45	75,0
		Consulta Externa	Negativo	13	21,7
			Positivo	47	78,3

		Egreso	Negativo	13	21,7
			Positivo	47	78,3
		Consulta Externa	Negativo	14	23,3
			Positivo	46	76,7

Evolución de los síntomas y el estrés familiar

Al observar que el estrés familiar percibido se mantiene tanto en el participante como en el familiar del participante, se procedió a evaluar la relación de la evolución sintomatológica con los días de estancia intrahospitalaria (Tabla 12). Se puede observar que no existe relación lineal entre el estrés familiar y los síntomas del paciente, implicando que las variables actuaron de manera independiente .

Tabla 12. Correlación de los síntomas del paciente durante su estancia intrahospitalaria y el estrés familiar				
		SCL90 Ingreso	SCL90 Egreso	SCL90 Consulta externa
Escala de estrés familiar al ingreso	Correlación de Pearson	1	,857**	,558**
	p		,000	,000
Escala de estrés familiar al egreso	Correlación de Pearson	,857**	1	,619**
	p	,000		,000
Escala de estrés familiar y en consulta externa	Correlación de Pearson	,558**	,619**	1
	p	,000	,000	

La evolución sintomatológica evolucionó de manera independiente al estrés familiar excepto en un 36,6%. En este porcentaje de la muestra se obtuvieron puntuaciones mayores a 20 puntos en la Escala de Ideación Suicida de Beck, y en este porcentaje se obtuvieron las cifras más altas de estrés familiar.

9. Discusión

Al analizar los resultados obtenidos en nuestro estudio, pudimos observar que la mayoría de los participantes fueron del sexo femenino. Esto se debe, en gran medida a que el Instituto Nacional de Psiquiatría cuenta con más camas de hospitalización para personas de sexo femenino. Adicionalmente se observó que dentro de las características demográficas de quienes recibieron tratamiento intrahospitalario por un cuadro agudo grave fueron adultos jóvenes, solteros, con menos de 12 años de estudios y provenientes de una familia monoparental. Dicha característica es destacable ya que las familias monoparentales (casi la mitad de la población de nuestro estudio) tienen recursos y redes sociales limitadas, con tal de mantener estabilidad ponen en todas sus defensas, habilidad y mejores características (Marcdante,2019). Los pacientes con síntomas de un trastorno mental que reciben atención hospitalaria en nuestra Institución deben tener una red de apoyo amplia, ya que como se observó la mayor parte de nuestros pacientes hospitalizados requieren más de 24 horas apoyo de un acompañante terapéutico. Estos requerimientos hacen que el estudio aquí presentado tenga una orientación para sistemas familiares amplios o con redes de apoyo vastas, ya que los pacientes que no tengan dichas red de apoyo que cuente con los acompañantes terapéuticos con las características especificadas en los criterios de admisión (masculino o femenino entre 18 y 60 años, sin patología física o mental) son derivados a otro nivel de atención.

Contrario a lo que se planteó en la hipótesis, no encontramos relación entre los días de estancia intrahospitalaria y el estrés familiar. Lo que se detectó es que el estrés percibido por el paciente y su familiar, no se modificó durante los días de estancia hospitalaria, se mantuvo o se redujo ligeramente. Existe posibilidad de que aunque el equipo médico realice intervenciones con la intención, de mejorar los síntomas, y aunque estos muestren mejoría, el ambiente familiar debido a los cambios que provoca la hospitalización, tenga dificultades para remediar el estrés familiar perpetuándolo. A pesar de la intervención de la Institución que en ese momento actúa como un integrante más del sistema familiar, dicha intervención no tuvo efectos en el estrés familiar.

Cabe destacar que en un 11.6% se detectó incremento del estrés familiar percibido por los familiares en la última valoración. Al relacionarlo con otras variables, aquellas pertenecientes al paciente, se identificó que el estrés se incrementó junto con las puntuaciones del SCL-90 (exacerbación de síntomas) en esa misma valoración final. Abriendo la posibilidad de una relación entre el estrés familiar y la exacerbación de síntomas.

En cuanto al funcionamiento familiar, se identificó el incremento del involucramiento afectivo disfuncional hasta en un 80% de los pacientes, en comparación con la percepción de la familia que mejora gradualmente durante la hospitalización de su familiar y vuelve a presentar un incremento durante la valoración en consulta externa, es decir, en la valoración final, diez días posteriores a su egreso. Es contrastante encontrar que en los familiares el involucramiento afectivo disfuncional baja al ingreso y el funcional incrementa al ingreso, teniendo un comportamiento indirectamente proporcional a lo largo de la hospitalización. Ante estos hallazgos pareciera que la institución juega un papel de modulador del sistema familiar, de modo que durante el internamiento donde la figura de la institución esta más presente, el involucramiento se vuelve más funcional, y al egreso, cuando la figura de la Institución esta menos presente, el involucramiento vuelve a su tendencia disfuncional. El estudio de Duran-Badillo T y cols., (2021), de manera semejante al nuestro, observó que la

percepción del involucramiento afectivo de la familia que tenían los pacientes, es peor de la que tiene la familia. Lo que puede indicar que determinado funcionamiento familiar es fundamental para que la percepción del paciente se mantenga positiva, aunque en nuestro estudio, al momento del egreso de la hospitalización la percepción negativa fue significativamente más frecuente en los pacientes y en los familiares.

En los pacientes, al momento del ingreso, predomina una percepción de la comunicación familiar disfuncional, en comparación con la percepción de la familia, quien identificó una comunicación familiar funcional. Esta discordancia indica que existe alguna altercación en el sistema familiar, provocando que percepciones de la misma realidad no sean concordantes, unos perciben que se comunican bien cuando los otros perciben se comunican mal.

Respecto a la resolución de problemas como sistema familiar, en la subescala del Cuestionario de funcionamiento familiar es esperado encontrar que estos puntajes, fueron altos al momento del ingreso, tanto en el paciente como en el familiar, posiblemente por que al llegar a una Institución donde se les otorga un diagnóstico y una opción de resolución de la problemática actual, esto sea percibido como una solución en conjunto.

La evolución sintomática de los pacientes incluidos en este estudio varió dependiendo del tipo de padecimiento, tratamiento y el apoyo familiar. Un hallazgo importante respecto a estas variaciones, fue que en el 36.6 % de la muestra se encontraron puntuaciones altas en el SCL-90 al ingreso, y sus familiares puntuaron con los niveles más altos de estrés familiar. Adicionalmente un 11.6% de la muestra obtuvo puntuaciones por arriba de los 20 puntos en la Escala de Ideación suicida de Beck (indicativo de mayor riesgo suicida) al momento del ingreso. Estos resultados indican una posible causalidad entre la gravedad sintomatológica y el estrés familiar, así como entre la intencionalidad suicida y el estrés familiar.

El funcionamiento familiar es fundamental para la estabilidad de todos sus integrantes y se sabe que los trastornos mentales condicionan modificaciones en el funcionamiento familiar, de modo que el papel que asuma la familia es sumamente importante en la atención, cuidado y apoyo emocional.

La atención del estrés familiar es vital; los hallazgos en este trabajo nos orientan a pensar que el estrés familiar persiste en aquellos sistemas familiares con dificultades para el cambio. A este respecto los especialistas en salud mental tenemos un área de oportunidad para intervenir.

Es por esto que es importante visualizar que durante el tratamiento que implica hospitalización podemos ayudar a disminuir el estrés familiar para fomentar que el paciente egrese a un ambiente más favorable, evitando reingresos, favoreciendo adherencia terapéutica y el entendimiento de la psicopatología por parte de la familia. Esto pudiese observarse como un área de desarrollo y aplicación clínica para incidir en la evaluación global que realizamos día con día, y plasmamos en el expediente como el eje IV (estresores).

10. Conclusiones

- Nuestros resultados arrojaron que el estrés y el funcionamiento familiar no tienen una relación con los días de estancia intrahospitalaria.
- Se observó que el estrés de los pacientes no mostró variaciones a lo largo de los días de estancia hospitalaria.
- La percepción negativa del funcionamiento familiar, incrementó durante la estancia en hospitalización a comparación de la familia.
- Se observó que el estrés presente en la familia no presentó variaciones a lo largo de la hospitalización de su familiar afectado.
- Un 25% de los pacientes mostró empeoramiento de la sintomatología al egreso, evaluada mediante el SCL-90.

11. Limitaciones del estudio.

El presente estudio presentó modificaciones considerables originadas por la contingencia sanitaria asociada a virus SARS-Cov2. Previamente se tenía contemplado realizar la medición al otorgarse permiso terapéutico, pero con la finalidad de minimizar exposición al virus estos se suspendieron, y se disminuyeron en un 20% las hospitalizaciones durante el transcurso de la realización del estudio. Debido a que personas con enfermedades crónicas tienen más riesgo de complicaciones médicas al infectarse con SARS-Cov2 dejaron de salir, los familiares que respondieron las escalas, en ocasiones no eran los familiares que convivían la mayor parte del tiempo con el participante y solo se pudo aplicar escalas a un solo familiar, limitando la perspectiva del funcionamiento y el estrés familiar. No debemos olvidar que el funcionamiento familiar y las relaciones familiares son complejas, variables y dinámicas, por lo que el tratar de cuantificarlas puede que complique el intrincado y recíproco sistema que forma una familia.

De acuerdo con los principios establecidos en la **Declaración de Helsinki** y en la **Resolución Resolución 008430 de Octubre 4 de 1993, junto con la aprobación del Comité de Ética de Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría** esta investigación se consideró como riesgo mínimo y se realizó en cumplimiento con los aspectos metodológicos y aspectos éticos aprobados.

No existió conflicto de intereses en la realización de este proyecto.

12. Referencias

- Clarke, M. (2018). Family. En H. Callan, *The International Encyclopedia of Anthropology* (págs. 1-6). Oxford: John Wiley & Sons.
- Abuatiq A, Brown R, Wolles B, Randall R. (2020). Perceptions of Stress. *Clinical Journal of Oncology nursing*, 24(1):51-57.
- Agudelo Bedoya , M. (2008). Dinámica familiar y salud mental de niños y adolescentes en familias que han vivido la separación de los padres. *Revista de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Pontificia Bolivariana* , 24(24), 47-65.
- Asociación de Academias de la Lengua Española. (6 de Junio de 2019). *Real Academia Española*. Obtenido de 23ª Edición del Diccionario de la Real Academia Española- Edición del Tricentenario: <https://dle.rae.es/?id=HZnZiow>
- Atri y Zetune, R. (1993). Confiabilidad y validez del Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar, EFF. *Revista Mexicana de Psicología* , 10(1), 49-55.
- Bayón, M. C., & Mier y Terán, M. (2010). El barrio como comunidad: redes de apoyo, interacción y participación social. En M. C. Bayón, & M. Mier y Terán, *Familia y vulnerabilidad en México Realidades y percepciones*. Ciudad de México: Consejo Editorial de las Colecciones de Libros del Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Bautista Rodríguez LM, Arias Velandia MF, Carreño Leiva Z. (2016). Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista Cuidarte*, 7(2):1297-1309.
- Beck, A., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352.
- Bodenmann, G. (1997). The influence of stress and coping on close relationships: A two-year longitudinal study. *Swiss Journal of Psychology*, 56(3), 156-164.
- Boss , P., Bryant, C., & Mancini, J. (2017). General Systems Theory: The Family as a System. En P. Boss, C. Bryant, & J. Mancini, *Family Stress Management. A contextual approach*. (págs. 9-13). Los Angeles, Estados Unidos de America: SAGE.
- Burr, W., & Klein , S. (1994). A Systems Model of Family Stress. En W. Burr, *Reexamining Family Stress: New Theory and Research* . California: SAGE.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2013). Informe de pobreza en México. *Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social* , 111-114.
- Coyle , J. (2016). Family Resilience. En C. Shehan , *TheWiley Blackwell Encyclopedia of Family Studies* (págs. 1-5). Windsor, Canada : JohnWiley & Sons.
- Crowe, A., & Lyness, K. (2014). Family Functioning, Coping, and Distress in Families With Serious Mental Illness. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 22(2), 186-197.

- Cruz Fuentes, C., López Bello, L., Blas García, C., González Macías, L., & Chávez Balderas, R. A. (2005). Datos sobre la validez y confiabilidad de la Symptom Check List 90 (SCL90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental*, 28(1), 72-81.
- Cuesta Benjumea, C., López Gracia, V., & Arredondo González, C. P. (2018). Recuperar y conservar al familiar: estrategias de los familiares cuidadores para hacer frente a las crisis de salud mental. *Atención Primaria*, 2-8.
- Declaración Universal de Derechos Humanos. (10 de Diciembre de 1984). *Naciones Unidas*. Obtenido de La Declaración Universal de Derechos Humanos: <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- Duran-Badillo T, Benítez Rodríguez VA, Martínez Aguilar ML, Gutiérrez Sánchez G, Herrera Herrera JL. (2021). Depression, anxiety, cognitive function, and functional dependence in hospitalized older adults. *Rev Enfer*, 61(1):274-282.
- Folkman, S., Schaefer, C., & Lazarus, R. (1979). Cognitive processes as mediators of stress and coping. En H. Vernon, & D. Warburton, *Human stress and cognition: an information processing approach*. Nueva York: Wiley.
- Friedmann, M., McDermut, W., Solomon, D., Ryan, C., Keitner, G., & Miller, I. (1997). Family Functioning and Mental Illness: A Comparison of Psychiatric and Nonclinical Families. *Family Process*, 36(4), 357-367.
- Gallego Henao, A. M. (2012). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 35, 326-345.
- García, B., & Oliveira, O. (2005). Mujeres jefas de hogar y su dinámica familiar. *Papeles de Población*, 11(43), 29-51.
- Gennarini, S. (30 de Enero de 2016). *Center for Family And Human Rigts*. Obtenido de C-Fam: https://c-fam.org/friday_fax/informe-de-la-onu-no-hay-definicion-de-familia/
- González Benítez, I. (2000). Las crisis familiares. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(3), 280-286.
- González Macip, S., Díaz Martínez, A., Ortiz León, S., González Forteza, C., & González Nuñez, J. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23(2), 21-30.
- González Moncivais, M. C. (Enero de 2017). Procedimiento para el permiso terapéutico. *Manual de procedimientos de la subdirección de Hospitalización*. Ciudad de México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- González-Pinto, A., Ruiz de Azúa, S., Ibáñez, B., Otero-Cuesta, S., Castro-Fornieles, J., Graell-Berna, M., . . . Arango, C. (2011). Can positive family factors be protective against the development of psychosis? *Psychiatry Research*, 186(1), 28-33.
- Henao López, G., & García Vesga, M. (2009). Interacción familiar y desarrollo emocional en niños y niñas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 785-802.
- Hill, R. (1958). Generic Features of Families under Stress. *Social Casework*, 39(2), 139-150.

- Hill, R. (2014). Family and Stress. En W. Cockerman, R. Dingwall, & S. Quah, *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society* (págs. 1-2). Nottingham: John Wiley & Sons.
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2015). *Cómo funcionan las redes de apoyo familiar y social en México* . Dirección de Estadística. Ciudad de México : Gobierno de la República .
- Iseselo MK, Kajula L, Yahya-Malima KI. (2016). The psychosocial problems of families caring for relatives with mental illnesses and their coping strategies: a qualitative urban based study in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Psychiatry*, 16(146):1-12.
- Jurisprudencia Civil . (2016). ESTADO CIVIL. SU CONCEPTO. Tesis: P/J.6/2016 (pleno). *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*, 34(1), 10.
- Kabeer, N. (2000). Social Exclusion, Poverty and Discrimination Towards an Analytical Framework. *IDS Bulletin*, 31(4), 83-97.
- Karale RB, Hiremath P, Mohite VR, Naregal P, Karale B. The Level of Stress among the Relatives of Clients Admitted In Intensive Care Unit at Tertiary Care Hospital-Krishna Hospital, Karad. 2016;1(1):1-6.
- Koutra, K., Triliva, S., Roumeliotaki, T., Stefanakis, Z., Basta, M., Lionis, C., & Vgontzas, A. (2014). Family functioning in families of first-episode psychospatients as compared to chronic mentally ill patients and healthy controls. *Psychiatry Research*, 219(3), 486-489.
- Lazarus, R. (1996). Stress. En R. Lazarus , *Psychological stress and the coping process*. Nueva York : McGraw-Hill.
- Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica;. (27 de Mayo de 2013). ACUERDO por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las. *Diario Oficial de la Nación*, 1, 49-55.
- López Bringas, P., González-Arratia Lopez Fuentes, N. I., Valdez Medina, J. L., González Escobar, S., & Robles Estrada, E. (11 de Febrero de 2013). *Relaciones intrafamiliares en madres e hijos*. Recuperado el Junio de 2019, de Revista *Psicología Científica.com*: <http://www.psicologiacientifica.com/relaciones-intrafamiliares-madres-hijos/>
- Marcante, K., Kliegman, R.. (2019). Family Structure and Function. En Nelson Essentials of Pediatrics(87-91). Philadelphia, EUA.: Elsevier.
- McCubbin, H. (1996). Problem Solving and Coping. En H. McCubbin , *Family assessment: resiliency, coping and adaptation : inventories for research and practice* (págs. 13-21). Michigan : University of Wisconsin Publishers.
- McCubbin, H., & Patterson, J. (1983). Stress and the family: Coping with normative transitions. En H. McCubbin, *Family transitions: Adaptation to stress*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- McCubbin, H., Thompson, A., & McCubbin , M. (1996). Family assessment. En H. McCubbin, *Family assessment : resiliency, coping and adaptation : inventories for research and practice*. Wisconsin: University of Wisconsin Publishers.

- McGrath, M. (2002). Journeys from Childhood to Midlife: Risk, Resilience and Recovery. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 23(6), 456.
- Maynard, P., Maynard, N., McCubbin, H., & Shao, D. (1980). Family Life and the Police Profession: Coping Patterns Wives Employ in Managing Job Stress and the Family Environment. *Family Relations*, 29(4), 495-501.
- Molina López, A., López Pedraza, M. C., Hervert Rivera, R., & Díaz Sanchez, G. (2017). Paciente adulto agitado y agresivo. En F. R. De la Peña Olvera, *Compendio de guías clínicas en psiquiatría* (págs. 647-653). Ciudad de México : APM Ediciones y Convenciones en Psiquiatría.
- Oliva G, E., & Villa G, V. J. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*, 11-20.
- Olson , D. (1992). Family Stress Scale. En D. Olson, *Family Inventories* . St. Paul,MN: University of Minnesota.
- Palomar Lever, J., & Cienfuegos Martínez, Y. I. (2007). Pobreza y Apoyo Social: Un Estudio Comparativo en Tres Niveles Socioeconómicos. *Interamerican Journal of Psychology*, 41(2), 177-188.
- Pérez F, Satelices MP. (2016). Sintomatología depresiva, estrés parental y funcionamiento familiar. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(3):235-244.
- Randall , A., & Bodenmann, G. (2013). Family Stress. En M. Gellman , & J. Rick Tuner, *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (págs. 2-4). Miami : Springer.
- Rodríguez-Tovar GL, Medrano-Martínez MR, Castro-García RI, Rivera - Vázquez P. (2018). Depression and family functioning fu in elderly. *International Journal of Family & Community Medicine*, 2(4):248-251.
- Saavedra-González AG, Rangel-Torres SL, García-de León A, Duarte-Ortuño A, Bello-Hernández YA, Infante-Sandoval A. (2016). Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Aten Fam*, 23(1):24-28.
- Sánchez, G., Aguirre Londoño , M., Yela Solano , N., & Viveros Chavarria, E. (2015). Sobre la dinámica familiar. Revisión documental. *Cultura, Educación y Sociedad.*, 117-158.
- Santesteban-Echarri, O., MacQueen, G., Goldstein , B., Wans, J., Kennedy, S., Bray, S., . . . Addington, J. (2018). Family functioning in youth at-risk for serious mental illness. *Comprehensive Psychiatry*, 87(17-24).
- Sanz Vazquez , M., Martínez Pampliega, A., & Iraurgi Castillo , I. (2002). Martínez-Pampliega, A. (2002). Evaluación del funcionamiento familiar en Toxicomanías. Adaptación española y características de adecuación métrica del FAP-FACES IV. En I. Iraurgi Castillo , & F. González Saiz, *Instrumentos de evaluación en drogodependencias*. Madrid : Aula Médica.
- Seyle, H. (1980). What is a Stressful Life Event? En H. Seyle , *Selye's guide to stress research (Vol.1)* (págs. 21-40). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Tienari, P., Wynne, L., Sorri, A., Lahti, I., Läsky, K., Moring, J., . . . Wahlberg, K.-E. (2004). Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder. Long-term follow-up study of Finnish adoptees. *British Journal of Psychiatry*, 184(3), 216-222.

Torres Velázquez , L., Ortega Silva , P., Garrido Garduño , A., & Reyes Luna , A. (2008). Dinámica familiar en familias con hijos e hijas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10(2), 31-56.

Vega Valero , C., Espindola Salgado , S., Nava Quiroz , C., & Soria Trujano , R. (19 de Junio de 2009). *Estrés y ambiente familiar en niños*. Obtenido de Revista Psicología Científica.com : <http://www.psicologiacientifica.com/estres-y-ambiente-familiar-ninos>

12. Anexos

12.1 Escala de Estrés Familiar (Family Stress Scale. Versión Española; FSS-VE).

Indicar con qué frecuencia estas situaciones crearon tensión en su familia:						
La forma de responder es cruzando con una X el número que mejor se adecue a su respuesta, con base en la siguiente escala puntuar:						
1 = nunca		4= con frecuencia				
2= en pocas ocasiones		5= muy frecuentemente				
3= a veces						
1	Discusiones entre padre/s e /hijo/s	1	2	3	4	5
2	Viajes de negocios de los padres	1	2	3	4	5
3	Mucho gasto, por encima de las posibilidades, por medio de tarjetas de crédito	1	2	3	4	5
4	Enfermedades físicas o muerte de un miembro de la familia	1	2	3	4	5
5	Escasez de participación de los hijos en los las labores de casa	1	2	3	4	5
6	Los conflictos se quedan sin resolver	1	2	3	4	5
7	Dificultad al pagar las cuentas mensuales	1	2	3	4	5
8	Dificultad de los padres en el cuidado de los hijos/as	1	2	3	4	5
9	Problemas afectivos con los miembros de la familia (discusiones, diferenciaciones, preferencias etc.)	1	2	3	4	5
10	Suspensiones en relación con el trabajo escolar de los hijos	1	2	3	4	5
11	Cuestiones o asuntos con las familias del padre o de la madre	1	2	3	4	5
12	Las tareas de la casa de quedan sin hacer	1	2	3	4	5
13	El/los hijo/s tienen responsabilidades por encima o por debajo de los que corresponde a su edad	1	2	3	4	5
14	Preocupaciones a causa del consumo de drogas	1	2	3	4	5
15	Dificultad de los padres para controlar a los hijos/as	1	2	3	4	5
16	Problemas con respecto al reparto de las tareas de la casa	1	2	3	4	5
17	Un embarazo o reciente nacimiento de un hijo	1	2	3	4	5
18	Falta de tiempo para reflejarse o desconectar	1	2	3	4	5
19	Problemas o dificultades de adaptación por el cambio de domicilio	1	2	3	4	5
20	Obligaciones familiares	1	2	3	4	5

12.2. Cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar

<p>Todos los enunciados se refieren a aspectos relacionados con su familia (con la que vive actualmente). Le agradecemos de antemano su cooperación, para resolver este cuestionario.</p>						
<p>La forma de responder es cruzando con una X el número que mejor se adecue a su respuesta, con base en la siguiente escala puntuar:</p> <p style="text-align: center;">1 = Totalmente en desacuerdo 4= De acuerdo 2= De acuerdo 5= Totalmente de acuerdo 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p>						
1	Mi familia me escucha	1	2	3	4	5
2	Si tengo dificultades, mi familia esta en la mejor disposición de escucharme	1	2	3	4	5
3	En mi familia ocultamos lo que nos pasa	1	2	3	4	5
4	En mi familia tratamos de resolver los problemas entre todos	1	2	3	4	5
5	No nos atrevemos a llorar frente a los demás miembros de la familia	1	2	3	4	5
6	Raras veces platico con mi familia sobre lo que me pasa	1	2	3	4	5
7	Cuando se me presenta algún problema, me paraliza	1	2	3	4	5
8	En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas	1	2	3	4	5
9	Mi familia es flexible en cuanto a las normas.	1	2	3	4	5
10	Mi familia me ayuda desinteresadamente	1	2	3	4	5
11	En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones	1	2	3	4	5
12	Me siento parte de mi familia	1	2	3	4	5
13	Cuando me enojo con algún miembro de la familia, se lo digo.	1	2	3	4	5
14	Mi familia es indiferente a mis necesidades afectivas	1	2	3	4	5
15	Las tareas que me corresponden sobrepasan mi capacidad para cumplirlas	1	2	3	4	5
16	Cuando tengo algún problema, se lo platico a mi familia	1	2	3	4	5
17	En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartir quehaceres de la casa	1	2	3	4	5
18	En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño	1	2	3	4	5
19	Me siento apoyado(a) en mi familia	1	2	3	4	5
20	En casa acostumbramos a expresar nuestras ideas	1	2	3	4	5
21	Me duele ver sufrir a otros miembros de mi familia	1	2	3	4	5
22	Me avergüenza mostrar mis emociones frente a mi familia	1	2	3	4	5
23	Si falla una decisión, intentamos una alternativa	1	2	3	4	5
24	En mi familia hablamos con franqueza	1	2	3	4	5
25	En mi casa mis opiniones no son tomadas en cuenta	1	2	3	4	5
26	Las normas familiares están bien definidas	1	2	3	4	5
27	En mi familia no expresamos abiertamente los problemas	1	2	3	4	5
28	En mi familia, si una regla no se puede cumplir, la modificamos	1	2	3	4	5

29	Somos una familia cariñosa	1	2	3	4	5
30	En casa no tenemos un horario para comer	1	2	3	4	5
31	Cuando no se cumple una regla en mi casa, sabemos cuáles con las consecuencias	1	2	3	4	5
32	Mi familia no respeta mi vida privada	1	2	3	4	5
33	Si estoy enfermo, mi familia me atiende	1	2	3	4	5
34	En mi casa, cada quien se guarda sus problemas	1	2	3	4	5
35	En mi casa nos decimos las cosas abiertamente	1	2	3	4	5
36	En mi casa logramos resolver los problemas cotidianos	1	2	3	4	5
37	Existe confusión acerca de lo que debemos hacer cada uno de nosotros dentro de la familia	1	2	3	4	5
38	En mi casa expresamos la ternura que sentimos	1	2	3	4	5
39	Me molesta que mi familia me cuente sus problemas	1	2	3	4	5
40	En mi casa respetamos nuestras reglas de conducta	1	2	3	4	5

12.3 Listado de Síntomas 90 (SCL 90, por sus siglas en inglés)

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.						
Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una X en la casilla correspondiente, pensando en como se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días), con base en la siguiente escala puntuar:						
<p style="text-align: center;">1 = Nada 4= Bastante 2= Muy poco 5= Mucho 3= Poco</p>						
1	Dolores de cabeza	1	2	3	4	5
2	Nerviosismo	1	2	3	4	5
3	Pensamientos desagradables que no se van de mi cabeza	1	2	3	4	5
4	Sensación de mareo o desmayo	1	2	3	4	5
5	Falta de interés en relaciones sexuales	1	2	3	4	5
6	Criticar a los demás	1	2	3	4	5
7	Sentir que otro puede controlar mis pensamientos	1	2	3	4	5
8	Sentir que los otros son culpables de lo que me pasa	1	2	3	4	5
9	Tener dificultad para memorizar las cosas	1	2	3	4	5

10	Estar preocupado(a) por mi falta de ganas para hacer algo	1	2	3	4	5
11	Sentirme enojado(a), malhumorado(a)	1	2	3	4	5
12	Dolores en el pecho	1	2	3	4	5
13	Miedo a los espacios abiertos o las calles	1	2	3	4	5
14	Sentirme con muy pocas energías	1	2	3	4	5
15	Pensar en quitarme la vida	1	2	3	4	5
16	Escuchar voces que otras personas no oyen	1	2	3	4	5
17	Temblores en mi cuello	1	2	3	4	5
18	Perder la confianza en la mayoría de las personas	1	2	3	4	5
19	No tener ganas de comer	1	2	3	4	5
20	Llorar por cualquier cosa	1	2	3	4	5
21	Sentirme incómodo(a) con personas del otro sexo	1	2	3	4	5
22	Sentirme atrapada(o) o encerrado(a)	1	2	3	4	5
23	Asustarme de repente sin razón alguna	1	2	3	4	5
24	Explotar y no poder controlarme	1	2	3	4	5
25	Tener miedo a salir solo(a) de mi casa	1	2	3	4	5
26	Sentirme culpable por cosas que ocurren	1	2	3	4	5
27	Dolores en la espalda	1	2	3	4	5
28	No poder terminar las cosas que empecé a hacer	1	2	3	4	5
29	Sentirme solo(a)	1	2	3	4	5
30	Sentirme triste	1	2	3	4	5
31	Preocuparme demasiado por todo lo que pasa	1	2	3	4	5
32	No tener interés por nada	1	2	3	4	5
33	Tener miedos	1	2	3	4	5
34	Sentirme herido en mis sentimientos	1	2	3	4	5
35	Creer que la gente sabe qué estoy pensando	1	2	3	4	5
36	Sentir que no me comprenden	1	2	3	4	5
37	Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.	1	2	3	4	5
38	Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro(a) de que están bien hechas.	1	2	3	4	5
39	Mi corazón late muy fuerte, se acelera.	1	2	3	4	5
40	Náuseas o dolor de estómago	1	2	3	4	5
41	Sentirme inferior a los demás	1	2	3	4	5
42	Calambres en manos, brazos o piernas	1	2	3	4	5
43	Sentir que me vigilan o que hablan de mí	1	2	3	4	5
44	Tener problemas para dormirme	1	2	3	4	5
45	Tener que controlar una o más veces lo que hago	1	2	3	4	5

46	Tener dificultad para tomar decisiones	1	2	3	4	5
47	Tener miedo de viajar en tren, bus o subterráneos	1	2	3	4	5
48	Tener dificultades para respirar bien	1	2	3	4	5
49	Ataques de frío o de calor	1	2	3	4	5
50	Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades por que dan miedo	1	2	3	4	5
51	Sentir que mi mente queda en blanco	1	2	3	4	5
52	Hormigueos en alguna parte del cuerpo	1	2	3	4	5
53	Tener un nudo en la garganta	1	2	3	4	5
54	Perder las esperanzas en el futuro	1	2	3	4	5
55	Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo	1	2	3	4	5
56	Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo	1	2	3	4	5
57	Sentirme muy nervioso(a), agitado(a)	1	2	3	4	5
58	Sentir mis brazos y piernas muy pesados	1	2	3	4	5
59	Pensar que me estoy por morir	1	2	3	4	5
60	Comer demasiado	1	2	3	4	5
61	Sentirme incómoda(o) cuando me miran o hablan de mí	1	2	3	4	5
62	Tener ideas, pensamientos que no son los míos	1	2	3	4	5
63	Necesitar golpear o lastimar a alguien	1	2	3	4	5
64	Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad	1	2	3	4	5
65	Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas	1	2	3	4	5
66	Dormir con problemas, muy inquieto(a)	1	2	3	4	5
67	Necesitar romper o destrozar cosas	1	2	3	4	5
68	Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden	1	2	3	4	5
69	Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí	1	2	3	4	5
70	Sentirme incómodo(a) en lugares donde hay mucha gente	1	2	3	4	5
71	Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo	1	2	3	4	5
72	Tener ataques de mucho miedo o de pánico	1	2	3	4	5
73	Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público	1	2	3	4	5
74	Meterme muy seguido en discusiones	1	2	3	4	5
75	Ponerme nervioso(a) cuando estoy solo(a)	1	2	3	4	5
76	Sentir que los demás no me valoran como merezco	1	2	3	4	5
77	Sentirme solo(a) aún estando con gente	1	2	3	4	5
78	Estar inquieto(a); no poder estar sentado(a) sin moverme	1	2	3	4	5
79	Sentirme un(a) inútil	1	2	3	4	5
80	Sentir que algo malo me va a pasar	1	2	3	4	5
81	Gritar o tirar cosas	1	2	3	4	5

82	Miedo a desmayarme en medio de la gente	1	2	3	4	5
83	Sentir que se aprovechan de mí si los dejo	1	2	3	4	5
84	Pensar cosas sobre el sexo que me molestan	1	2	3	4	5
85	Sentir que debo ser castigado(a) por mis pecados	1	2	3	4	5
86	Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo	1	2	3	4	5
87	Sentir que algo anda mal en mi cuerpo	1	2	3	4	5
88	Sentirme alejado(a) de las demás personas	1	2	3	4	5
89	Sentirme culpable	1	2	3	4	5
90	Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien	1	2	3	4	5

12.4 Escala de ideación suicida de Beck.

Marcar con una X la oración que haya descrito el paciente en la entrevista.				
Características de las actitudes hacia la vida/muerte				
1	Deseo de vivir	Moderado a fuerte	Poco(Débil)	Ninguno (no tiene)
2	Deseo de morir	Moderado a fuerte	Poco(Débil)	Ninguno (no tiene)
3	Razones para vivir/morir	Vivir supera morir	Equilibrado	Morir supera vivir
4	Deseo de realizar un intento de suicidio activo	Ninguno (no tiene)	Poco(Débil)	Moderado a fuerte
5	Deseo pasivo de suicidio	Tomaría precauciones para salvar su vida	Dejaría la vida/muerte a la suerte	Evitaría los pasos necesarios para salvar su vida o mantener su vida.
Características de los pensamientos/deseos de suicidio				
6	Duración	Breves, pasajeros	Periodos largos	Continuos (crónicos), casi continuos
7	Frecuencia	Rara, ocasionalmente	Intermitente	Persistente y continuos
8	Actitud hacia los pensamientos/deseos	Rechazo	Ambivalente/indiferente	Aceptación

9	Control sobre la acción/deseo de suicidio	Tiene sentido de control	Inseguridad de control	No tiene sentido de control
10	Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar)	No intentaría porque algo lo detiene	Cierta duda hacia los intereses que lo detienen	Ninguno o mínimo interés en las razones que lo detienen
11	Razones para pensar/desear el intento suicida	Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza	Ambas	Escapar, acabar o salir de problemas
Características del intento				
12	Método: Especificidad/ oportunidad de pensar el intento	Sin considerar	Considerado, pero sin detalles	Detalles elaborados/bien formulados
13	Método: Disponibilidad/ oportunidad de pensar el intento	Método no disponible	Método tomaría tiempo/esfuerzo	Método y oportunidad disponible
14	Sensación de capacidad para llevar a cabo el intento	Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente	No esta seguro de tener valor	Está seguro de tener valor
15	Expectativa/anticipación de un intento real	No	Sin seguridad, sin claridad	Sí
Actualización del intento				
16	Preparación real	Ninguna	Parcial	Completa
17	Nota suicida	Ninguna	Solo pensad, iniciada, sin terminar	Escrita, terminada
18	Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos)	No	Solo pensados	Arreglos parciales
19	Encubrimiento de la idea de realizar un intento suicida	Revela ideas abiertamente	Revela ideas con reservas	Encubre, engaña, miente
20	Intentos suicidas previos	No	Uno	Más de uno

12.5 Autorización para obtener datos estadísticos de hospitalización

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ

Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez
Subdirección de Hospital y APC,
Instituto Nacional de Psiquiatría
"Ramón de la Fuente Muñiz"
PRESENTE.


Fecha: 28 Mayo 2019

Asunto: Obtener datos estadísticos del servicio hospitalización

Por medio del presente le envío un cordial saludo y aprovecho para solicitar su permiso de obtener el número de hospitalizaciones por trimestres al año. Si existe la posibilidad de los años 2017 y 2018. Esto con la finalidad de realizar el cálculo de muestra para mi tesis de Especialización en Psiquiatría, la cual consiste en valorar si la dinámica familiar influye en los días de estancia intrahospitalaria y recuperación del paciente, con el propósito de poder hacer o sugerir intervenciones familiares que disminuyan el número de días de estancia intrahospitalaria y beneficiar tanto a la Institución como el paciente, en diferentes ámbitos.

Agradezco la atención a la presente, y quedo a su disposición.

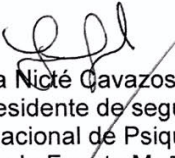
Vo. Bo.

P.A. 
Dra. Brisa G. Monroy Cortés
Tutora Clínica

Vo. Bo.


Dra. Laura González Macías
Tutora Metodológica

Atte


Dra. Sofía Nicé Cavazos Luengas
Médico Residente de segundo año
Instituto Nacional de Psiquiatría
"Ramón de la Fuente Muñiz"

VoBo. Monica Flores Ramos


INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA
RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ
DIRECCION

28 MAYO 2019

SUBDIRECCION DE HOSPITALIZACION
HORA 13:53
NOMBRE 

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dirigido a: Grupo de participantes hospitalizados

Título de proyecto: Evaluación del estrés familiar y el funcionamiento familiar en pacientes hospitalizados del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y en sus familiares, y su correlación con días de estancia intrahospitalaria

Nombre del Investigador Principal: Sofía Nicté Cavazos Luengas

Estimado(a) Señor/Señora:

Lo estamos invitando a participar en el presente proyecto de investigación, el cual es desarrollado por el Instituto Nacional de Psiquiatría. El estudio se realizará en el área de hospitalización de este Instituto.

Si Usted decide participar en el estudio, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro.

El propósito del presente estudio es identificar si el **estrés familiar** y el funcionamiento familiar están relacionados con la evolución de los síntomas del paciente y, por lo tanto, si existe repercusión en el número de días de estancia intrahospitalaria. Le pedimos participar en este estudio porque usted forma parte del grupo de población que se encuentra hospitalizada en nuestro Instituto.

Procedimientos:

Se invitará a participar en el estudio a todas las personas hospitalizadas de cualquier unidad de tratamiento del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Si usted decide otorgar su consentimiento para participar se aplicarán diversos cuestionarios. Se realizará el mismo procedimiento con sus familiares. Dichos cuestionarios se aplicarán al ingreso, al su regreso de cada permiso terapéutico y a su egreso del servicio de hospitalización. Posteriormente se integrará la información recabada en una base de datos a la que solamente los investigadores tendrán acceso.

Su participación consistirá en:

- **Responder algunos cuestionarios.** Dichos cuestionarios evalúan la severidad de los síntomas, otros síntomas asociados, el funcionamiento familiar y el estrés percibido en el ambiente familiar.
- Dicha aplicación de instrumentos durará alrededor de 45min.
- Esto será realizado en la zona de hospitalización en su habitación, se realizará en tres momentos durante la hospitalización: al momento de su ingreso, a su regreso del permiso terapéutico y a su egreso del servicio de hospitalización.

Beneficios:

Como beneficio directo se les otorgará un tríptico de información sobre estrategias de afrontamiento para el estrés familiar y cuándo se sugiere solicitar ayuda. Si usted acepta participar, estará colaborando con el Instituto Nacional de Psiquiatría y con las futuras personas que aquí sean atendidas, para la elaboración futura de una herramienta que pueda ayudar a identificar los participantes con trastornos mentales y su ambiente familiar que requieran atención en dicho rubro. Indirectamente, usted se beneficiará de la posibilidad de tener una evaluación a profundidad que le permita conocer más acerca de su condición, además de que podrá discutir con la investigadora a cargo dudas y cuestiones relacionadas con este estudio.

Confidencialidad:

Toda la información que usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. La información solo será consultada por los investigadores involucrados en este estudio. Su información personal será manejada por medio de códigos para proteger su identidad. La información que incluya su nombre, dirección u otros datos personales solo será registrada en el expediente de investigación,

el cual solo será consultada por los investigadores involucrados en el estudio. Los resultados de este estudio podrían ser publicados con fines científicos y académicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a). Si los resultados de esta investigación son presentados, su identidad no será revelada.

Resguardo de la Información:

Si usted decide otorgar su consentimiento para participar en el presente estudio que tiene objetivo evaluar el funcionamiento familiar y el estrés familiar en pacientes hospitalizados de esta Institución, se le solicitarán datos que estarán almacenados en una base de excel en una computadora MacBook Air Número de serie C2NV64F8G085, la cual estará en la oficina de la Dra. María de Lordes García Anaya en la Subdirección de investigaciones clínicas a la cual solo tiene acceso bajo llave dicha investigadora. Junto con dicha computadora estará almacenado este consentimiento informado junto con los cuestionarios que responda. Dicha muestra estará almacenada por 5 años. Posterior a cinco años dicha información será destruida. En el momento en que lo solicite su información podrá ser destruida sin que se vean afectados los beneficios a los cuales tiene derecho como participante de un estudio de investigación.

Participación Voluntaria/Retiro:

Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o no en el estudio no implicará ningún tipo de consecuencia y no afectará de ninguna manera su atención médica en el servicio de nuestra Institución.

Riesgos Potenciales/Compensación:

Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio están relacionados con la posibilidad de que se traten temas sensibles que pudieran provocar inestabilidad emocional. Si esto llegara a suceder, usted recibirá ayuda inmediata por alguno de los médicos psiquiatras involucrados en el proyecto. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incomodo(a), tiene el derecho de no responderla.

Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, pero tampoco implicará algún costo para usted.

Números a Contactar:

Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con la investigadora responsable del proyecto: Dra. Sofía Nicté Cavazos Luengas al siguiente número de teléfono 5541605324 en un horario de 8:30 a 17 hrs o al correo electrónico: proyectodinamicafamiliar@gmail.com.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de sus derechos con respecto a la investigación, llame a la presidenta del Comité de Ética en Investigación, Dra. Liliana Mondragón Barrios, al 4160-5333.

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Acepto participar voluntariamente en la investigación “Evaluación del estrés familiar en pacientes hospitalizados del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y correlación con días de estancia intrahospitalaria”, dirigida por la Dra. Sofía Nicté Cavazos Luengas, del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación que se me solicita. En relación a ello, acepto responder los cuestionarios al inicio, al regreso de cada permiso terapéutico y al egreso.

Declaro además haber sido informado/a que la participación en este estudio involucra riesgo mínimo para mi salud mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro saber que la información entregada será confidencial. Entiendo que la información será analizada por los investigadores en forma grupal y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones individuales. Por último, entiendo que la información que se obtenga será guardada y analizada por el equipo de investigación, y sólo se utilizará en los trabajos propios de este estudio.

Si usted entiende la información que le hemos dado en este formato, está de acuerdo en participar en este estudio, y también está de acuerdo en permitir que su información de salud sea usada como se describió antes, entonces le pedimos que otorgue su consentimiento mediante una firma, para participar en este estudio.

Registre su nombre, firma y fecha en este documento del cual le entregaremos una copia.

PARTICIPANTE:

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha/hora _____

TESTIGO 1

Nombre: _____

Firma: _____

Relación con la o el participante: _____

Fecha/hora: _____

TESTIGO 2

Nombre: _____

Firma: _____

Relación con la o el participante: _____

Fecha/hora: _____

Nombre y firma del investigador o persona que obtiene el consentimiento:

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha/hora _____

Dirigido a: Grupo de familiar participante de participantes hospitalizados

Título de proyecto: Evaluación del estrés familiar y el funcionamiento familiar en pacientes hospitalizados del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y en sus familiares, y su correlación con días de estancia intrahospitalaria

Nombre del Investigador Principal: Sofía Nicté Cavazos Luengas

Estimado(a) Señor/Señora:

Lo estamos invitando a participar en el presente proyecto de investigación, el cual es desarrollado por el Instituto Nacional de Psiquiatría. El estudio se realizará en el área de hospitalización de este Instituto.

Si Usted decide participar en el estudio, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro.

El propósito del presente estudio es identificar si el **estrés familiar** y el funcionamiento familiar están relacionados con la evolución de los síntomas del paciente y, por lo tanto, si existe repercusión en el número de días de estancia intrahospitalaria. Le pedimos participar en este estudio porque usted forma parte del **grupo de población que se encuentra acompañando a una persona emparentada que es parte de su núcleo familiar y se encuentra hospitalizada en nuestro Instituto.**

Procedimientos:

Se invitará a participar en el estudio a todas las personas que sean familiares de personas hospitalizadas de cualquier unidad de tratamiento del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Si usted decide otorgar su consentimiento para participar se aplicarán diversos cuestionarios. Se realizará el mismo procedimiento con su familiar hospitalizado. Dichos cuestionarios se aplicarán al ingreso, al su regreso de cada permiso terapéutico y a su egreso del servicio de hospitalización. Posteriormente se integrará la información recabada en una base de datos a la que solamente los investigadores tendrán acceso.

Su participación consistirá en:

- **Responder algunos cuestionarios.** Dichos cuestionarios evalúan la severidad de los síntomas, otros síntomas asociados, el funcionamiento familiar y el estrés percibido en el ambiente familiar.
- Dicha aplicación de instrumentos durará alrededor de 45min.
- Esto será realizado en la zona de hospitalización en la habitación de su familiar hospitalizado, se realizará en tres momentos durante la hospitalización: al momento del ingreso, al regreso del permiso terapéutico de su familiar y al egreso del servicio de hospitalización de su familiar.

Beneficios:

Como beneficio directo se les otorgará un tríptico de información sobre estrategias de afrontamiento para el estrés familiar y cuándo se sugiere solicitar ayuda. Si usted acepta participar, estará colaborando con el Instituto Nacional de Psiquiatría y con las futuras personas que aquí sean atendidas, para la elaboración futura de una herramienta que pueda ayudar a identificar los participantes con trastornos mentales y su ambiente familiar que requieran atención en dicho rubro. Indirectamente, usted se beneficiará de la posibilidad de tener una evaluación a profundidad que le permita conocer más acerca de su condición, además de que podrá discutir con la investigadora a cargo dudas y cuestiones relacionadas con este estudio.

Confidencialidad:

Toda la información que usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. La información solo será consultada por los investigadores involucrados en este estudio. Su información personal será manejada por medio de códigos para proteger su identidad. La información que incluya su nombre, dirección u otros datos personales solo será registrada en el expediente de investigación, el cual solo será consultada por los investigadores involucrados en el estudio. Los resultados de este estudio

podrían ser publicados con fines científicos y académicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a). Si los resultados de esta investigación son presentados, su identidad no será revelada.

Resguardo de la Información:

Si usted decide otorgar su consentimiento para participar en el presente estudio que tiene objetivo evaluar el funcionamiento familiar y el estrés familiar en pacientes hospitalizados de esta Institución. Se le solicitarán datos que estarán almacenados en una base de excel en una computadora MacBook Air Número de serie C2NV64F8G085, la cual estará en la oficina de la Dra. María de Lordes García Anaya en la Subdirección de investigaciones clínicas a la cual solo tiene acceso bajo llave dicha investigadora. Junto con dicha computadora estará almacenado este consentimiento informado junto con los cuestionarios que responda. Dicha muestra estará almacenada por 5 años. Posterior a cinco años dicha información será destruida. En el momento en que lo solicite su información podrá ser destruida sin que se vean afectados los beneficios a los cuales tiene derecho como participante de un estudio de investigación.

Participación Voluntaria/Retiro:

Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o no en el estudio no implicará ningún tipo de consecuencia y no afectará de ninguna manera su atención médica en el servicio de nuestra Institución.

Riesgos Potenciales/Compensación:

Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio están relacionados con la posibilidad de que se traten temas sensibles que pudieran provocar inestabilidad emocional. Si esto llegara a suceder, usted recibirá ayuda inmediata por alguno de los médicos psiquiatras involucrados en el proyecto. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incomodo(a), tiene el derecho de no responderla.

Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, pero tampoco implicará algún costo para usted.

Números a Contactar:

Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con la investigadora responsable del proyecto: Dra. Sofía Nicté Cavazos Luengas al siguiente número de teléfono 5541605324 en un horario de 8:30 a 17 hrs o al siguiente correo electrónico proyectodinamicafamiliar@gmail.com.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de sus derechos con respecto a la investigación, llame a la presidenta del Comité de Ética en Investigación, Dra. Liliana Mondragón Barrios, al 4160-5333.

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Acepto participar voluntariamente en la investigación “Evaluación del estrés familiar en pacientes hospitalizados del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y correlación con días de estancia intrahospitalaria”, dirigida por la Dra. Sofía Nicté Cavazos Luengas, del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación que se me solicita. En relación a ello, acepto responder los cuestionarios al inicio, al regreso de cada permiso terapéutico y al egreso.

Declaro además haber sido informado/a que la participación en este estudio involucra riesgo mínimo para mi salud mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro saber que la información entregada será confidencial. Entiendo que la información será analizada por los investigadores en forma grupal y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones individuales. Por último, entiendo que la información que se obtenga será guardada y analizada por el equipo de investigación, y sólo se utilizará en los trabajos propios de este estudio.

Si usted entiende la información que le hemos dado en este formato, está de acuerdo en participar en este estudio, y también está de acuerdo en permitir que su información de salud sea usada como se describió antes, entonces le pedimos que otorgue su consentimiento mediante una firma, para participar en este estudio.

Registre su nombre, firma y fecha en este documento del cual le entregaremos una copia.

PARTICIPANTE:

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha/hora _____

TESTIGO 1

Nombre: _____

Firma: _____

Relación con la o el participante: _____

Fecha/hora: _____

TESTIGO 2

Nombre: _____

Firma: _____

Relación con la o el participante: _____

Fecha/hora: _____

Nombre y firma del investigador o persona que obtiene el consentimiento:

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha/hora _____