



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**POSGRADO**

**PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR Y COMUNITARIA TERCER COHORTE  
MODALIDAD DE TITULACIÓN PROYECTO DE  
INVESTIGACIÓN**

**TEMA: “INFLUENCIA DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN  
LA SALUD MENTAL DE LOS CUIDADORES DE PERSONAS CON  
DISCAPACIDAD EN EL CANTÓN MOCHA”.**

Requisito previo para optar por el título de Especialista en Medicina  
Familiar y Comunitaria

Autora: Md. Ana Mercedes Avila Chillo

Director: Dr. Esp. Henry Estalin Moreta Colcha

Ambato – Ecuador

2022

## **APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

**A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud.**

El Tribunal receptor del Trabajo de Titulación precedido por la Lcda. Miriam Ivonne Fernández Nieto Magister, e integrado por Dra. Esp. Dávalos Barzola Cindy, Psic. Mg. Mayorga Ortiz Diego Xavier, designados por la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, para receptor el Trabajo de Titulación con el tema: **“INFLUENCIA DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA SALUD MENTAL DE LOS CUIDADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL CANTÓN MOCHA”**, elaborado y presentado por la señora Md. Ana Mercedes Avila Chillo, para optar por el Grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Titulación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la Universidad Técnica de Ambato.

Lcda. Mg. Miriam Ivonne Fernández Nieto  
Presidente y Miembro del Tribunal de Defensa

Dra. Esp. Cindy Dávalos Barzola  
Miembro del Tribunal de Defensa

Psic. Mg. Diego Xavier Mayorga Ortiz  
Miembro del Tribunal de Defensa

Marzo2022

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Titulación presentado con el tema: “**INFLUENCIA DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA SALUD MENTAL DE LOS CUIDADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL CANTÓN MOCHA**”, le corresponde exclusivamente a la: Md. Ana Mercedes Avila Chillo, Autor bajo la Dirección del Dr. Esp. Henry Estalin Moreta Colcha, Director del Trabajo de Investigación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.

Md. Ana Mercedes Avila Chillo

0201376787

AUTORA

Dr. Esp. Henry Estalin Moreta Colcha

0604436071

DIRECTOR

Marzo 2022

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Titulación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi Trabajo de Titulación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad Técnica de Ambato.

Md. Ana Mercedes Avila Chillo

0201376787

AUTORA

Marzo 2022

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**POSGRADO**

**PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y  
COMUNITARIA**

**INFORMACIÓN GENERAL**

**Tema:** “INFLUENCIA DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA SALUD MENTAL DE LOS CUIDADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL CANTÓN MOCHA”.

**AUTORA:** Md. Ana Mercedes Avila Chillo

**Grado académico:** Médico

**Correo electrónico:** [aavila6787@uta.edu.ec](mailto:aavila6787@uta.edu.ec)

**DIRECTOR:** Dr. Esp. Henry Estalin Moreta Colcha

**Grado académico:** Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

**Correo electrónico:** [he.moreta@uta.edu.ec](mailto:he.moreta@uta.edu.ec)

**LINEA DE INVESTIGACIÓN**

Salud mental y trastornos del comportamiento. Promoción de la salud/espacios saludables.

Marzo 2022

## **AGRADECIMIENTO**

Mi agradecimiento va para la Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Unidad de Posgrado, por haberme dado la oportunidad de seguir la especialización en Medicina Familiar y Comunitaria para verse plasmado nuestro objetivo de ser especialistas, a sus destacados docentes que desde el inicio del I semestre me han brindado sus conocimientos para fortalecer los nuestros de la mejor manera, mi sincero agradecimiento al Dr. Esp. Roberto Carrillo que en paz descansa, quien fue un destacado Médico Familiar que más que un docente fue un amigo para todos nosotros sus estudiantes, enseñándonos valores imprescindibles para nuestra especialidad, a la Dra. Aida Aguilar Directora Académica por su ardua labor para finalizar con éxito dicho posgrado, a la Dra. Lisbeth Reales, docente de investigación desde el inicio hasta el final de nuestros estudios, por su apoyo y conocimientos y al Dr. Henry Moreta, Director de Tesis infinitas gracias por estar dirigiéndome en éste trabajo con su apoyo, motivación, asesoría para la culminación del posgrado y la tesis presentada.

Marzo 2022

## DEDICATORIA

Doy gracias primeramente a mi padre celestial, ese ser que con su infinita bondad me ayudó a escoger dicha especialidad soñada para mi futuro, brindándome sabiduría en cada momento y salud sobre todo para seguir adelante.

A mis hijas: Emily y Miley pilares que sostienen mi vida, mi fortaleza, mi razón de existencia y por quienes ahora estoy terminando éste sueño. A ti Chrystiam, padre de mis hijas un eterno agradecimiento por creer en mí, por motivarme y por tu gran apoyo.

A mi madre amada Blanquita, sin usted no tuviera ésta noble profesión, mi muralla contra las adversidades a lo largo de mi carrera, quien con su apoyo en todo sentido me impulsa cada día más en ser mejor persona, le admiraré siempre.

A mi hermana Maura, mi segunda madre, tus ánimos y tu confianza en mi persona me han ayudado a estar donde estoy actualmente, mi mano derecha, ese ser que Dios decidió que estuvieras junto a mí.

A mis sobrinos Ezequiel y Gabriela muchas gracias por colaborarme cuanto más les he necesitado. Ian, mi pequeño a quien con solo mirarle se sabe que el amor puro sí existe, la felicidad de toda la familia.

Infinitas gracias a todos.

Marzo 2022

## ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

	<b>Pág.</b>
PORTADA	
APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN .....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
INFORMACIÓN GENERAL.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
DEDICATORIA .....	vii
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS .....	xi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xii
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA .....	2
1.1. Tema.....	2
1.2. Planteamiento del problema .....	2
1.2.1. Contextualización .....	2
1.2.2. Análisis crítico.....	7
1.2.3. Prognosis.....	8
1.2.4. Formulación del problema.....	8
1.2.5. Interrogantes .....	8
1.2.6. Delimitación del problema de investigación .....	8
1.3. Justificación.....	9
1.4. Objetivos.....	10
1.4.1. Objetivo General .....	10
1.4.2. Objetivos Específicos .....	10
CAPÍTULO 2. MARCO TEORICO .....	12
2.1. Antecedentes Investigativos .....	12
2.2. Fundamentación Filosófica .....	14
2.3. Fundamentación Legal .....	14



2.4. Categorías Fundamentales.....	16
2.4.1. Fundamentación Teórica .....	16
2.5. Hipótesis .....	28
2.6. Señalamiento de Variables .....	28
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA .....	29
3.1. Enfoque de la investigación.....	29
3.2. Modalidad de la investigación.....	29
3.3. Tipos de investigación.....	30
3.4. Población y muestra .....	30
3.4.1. Población .....	30
3.4.2. Muestra .....	31
3.4.3. Criterios de inclusión:.....	31
3.4.4. Criterios de exclusión: .....	31
3.4.5. Fundamentación Ética .....	31
3.5. Operacionalización de variables.....	31
3.6. Plan de recolección de información .....	34
3.7. Procedimientos para el levantamiento o recolección de información.....	36
CAPÍTULO 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	37
4.1. Características de la población: Datos sociodemográficos .....	37
4.2. Análisis de la salud mental.....	40
4.3. Efectividad en el funcionamiento familiar (ASF-E) de Friedemann.....	42
4.4. Verificación de la hipótesis .....	42
4.5. Discusión de resultados .....	47
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	50
5.1. Conclusiones.....	50
5.2. Recomendaciones .....	51
CAPÍTULO 6. PROPUESTA .....	52
6.1. Datos Informativos .....	52
6.2. Antecedentes de la propuesta .....	52
6.3. Justificación.....	53
6.4. Objetivos.....	53
6.4.1. Objetivo General.....	53
6.4.2. Objetivos Específicos .....	53
6.5. Análisis de factibilidad .....	54

6.6. Fundamentación.....	54
6.7. Modelo operativo.....	55
6.8. Administración .....	62
6.9. Previsión de la evaluación .....	63
BIBLIOGRAFÍA.....	64
ANEXOS.....	70
ANEXO 1. ESCALA DE VALORACIÓN DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD.....	70
ANEXO 2: ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG.....	74
ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	80

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variable dependiente.....	33
Tabla 2. Variable independiente .....	34
Tabla 3. Escala .....	36
Tabla 4. Edad .....	37
Tabla 5. Sexo.....	38
Tabla 6. Estado civil.....	38
Tabla 7. Nivel educativo .....	39
Tabla 8. Estados de ansiedad .....	40
Tabla 9. Escala de ansiedad .....	40
Tabla 10. Depresión .....	41
Tabla 11. Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar.....	42
Tabla 12. Comprobación de la hipótesis, frecuencias observadas y esperadas .....	43
Tabla 13. Pruebas de chi-cuadrado .....	44
Tabla 14. Correlación de variables.....	45
Tabla 15. Relaciones significativas entre variables .....	47
Tabla 16. Modelo operativo .....	56

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Categorías fundamentales.....	16
Figura 2. Administración. ....	62

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**POSGRADO EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**  
**TERCER COHORTE**

**TEMA: “INFLUENCIA DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA SALUD MENTAL DE LOS CUIDADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL CANTÓN MOCHA”**

**AUTOR:** MD. Ana Mercedes Avila Chillo

**DIRECTOR:** Dr. Esp. Henry Estalin Moreta Colcha

**fecha:** noviembre 2021

**RESUMEN**

La presente tesis de investigación tiene como objetivo analizar la influencia de la funcionalidad familiar en la salud mental de los cuidadores de las personas con discapacidad en el cantón Mocha. La metodología de estudio es cuantitativa, de campo, bibliográfico, descriptivo y correlacional, se recurrirá a un diseño no experimental con diseño transversal. Los instrumentos utilizados fueron Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar de Friedemann, el Test de Hamilton y la Escala de la Depresión de Zung. Sobre la salud mental presentan estados emocionales negativos pudiendo afectar su estabilidad y su desenvolvimiento pleno y adecuado, así la mayor parte presenta ansiedad leve con un 55%, y moderada con un 20%, el 62,5% tienen un rango normal sin depresión. En la correlación de las variables el valor p mayor que 0,05 presenta relación significativa con estados de ansiedad con el 0,042 y la escala de efectividad del funcionamiento familiar, no existe relación entre la depresión y el funcionamiento familiar, Los resultados demuestran que la funcionalidad familiar tuvo un nivel de efectividad intermedio con el 57,5% estableciendo que las relaciones familiares no llegan a grados preocupantes de disfuncionalidad y su relación con la salud mental con estado emocionales negativos descritos en la presente investigación, sin embargo, tienen que corroborarse mediante estudios prospectivos, de forma que la relación entre las variables y sus variaciones en el tiempo puedan verse y posiblemente ayuden a explicar otras controversias. Se concluye que los estados emocionales inciden con el grado de funcionamiento familiar.

**Palabras clave:** funcionalidad familiar, salud mental, estados emocionales, cuidadores.

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**POSGRADO EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**  
**TERCER COHORTE**

**THEME: “INFLUENCE OF FAMILY FUNCTIONALITY ON THE MENTAL HEALTH OF CAREGIVERS OF PEOPLE WITH DISABILITIES IN THE MOCHA CANTON”.**

**AUTHOR:** MD. Ana Mercedes Avila Chillo

**DIRECTOR:** Dr. Esp. Henry Estalin Moreta Colcha

**DATE:** November, 2021

**ABSTRACT**

This research thesis aims to analyze the influence of family functionality on the mental health of caregivers of people with disabilities in the Mocha canton. The study methodology is quantitative, field, bibliographic, descriptive and correlational, a non-experimental design with a cross-sectional design will be used. The instruments used were the Friedemann Family Functioning Effectiveness Scale, the Hamilton Test and the Zung Depression Scale. Regarding mental health, they present negative emotional states that can affect their stability and their full and adequate development, thus most of them present mild anxiety with 55%, and moderate with 20%, 62.5% have a normal range without depression. In the correlation of the variables, the p value greater than 0.05 presents a significant relationship with anxiety states with 0.042 and the family functioning effectiveness scale, there is no relationship between depression and family functioning. The results obtained have to be corroborated through prospective studies, so that the relationship between the variables and their variations over time can be seen and possibly help explain other controversies. It is concluded that emotional states affect a degree of family functioning.

**Keywords:** family functionality, mental health, emotional states, caregivers.

## INTRODUCCIÓN

Los miembros de la familia son los principales cuidadores de las personas con discapacidad. La familia juega un papel importante en el cuidado de las personas con discapacidad, como cuidar su tratamiento, la alimentación, proveerles de las necesidades básicas, acompañarlos a un hospital o clínica, ofrecerles apoyo emocional y ayudarlos con sus finanzas. La familia también asegura de que el paciente se adhiera al tratamiento mientras tolera cambios en el comportamiento del paciente. Las personas con discapacidad generalmente viven con sus familias (1).

Las familias de los pacientes son la primordial fuente de apoyo y cuidado de los pacientes y la mayoría de los pacientes viven con sus familias. Ser cuidador es algo que no se puede elegir ni planificar, por lo que los cuidadores están obligados a poder adaptarse a estas situaciones. Este contexto provoca que los demás miembros de la familia experimenten la sensación de estar agobiado. El cuidado de personas con personas de discapacidad y desempeñar otras actividades de rutina hace que los miembros de la familia, como cuidadores, experimenten estados emocionales negativos y, en consecuencia, esto conduce a un estrés o carga sustancial. El estrés, la ansiedad y la depresión, tienen un efecto negativo en la salud física, psicológica y social de los cuidadores debiendo adaptarse a la situación (Venkatesh et al., 2016).

Los estudios sobre cuidadores que viven con pacientes con discapacidad han encontrado que experimentan altos niveles de carga, ansiedad, depresión y estrés. La carga del cuidador, especialmente la tensión, se asocia con el uso por parte de los cuidadores de estrategias de afrontamiento desadaptativas, mala calidad de vida y niveles más altos de morbilidad psicológica (1). La carga familiar también está relacionada con la tradición y la cultura. Además, el estigma y la discriminación no solo afecta a la persona con discapacidad sino que también es una carga para la familia (2).

## **CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA**

### **1.1. Tema**

Influencia de la funcionalidad familiar en la salud mental de los cuidadores de personas con discapacidad del cantón Mocha.

### **1.2. Planteamiento del problema**

#### **1.2.1. Contextualización**

Casi mil millones de personas en el mundo viven con algún problema en su salud mental. En los países de ingresos bajos y medianos, más del 75% de las personas con problemas de salud mental no reciben ningún tratamiento. El 12,5% de todos los problemas de salud está representado por los trastornos mentales, una cifra mayor a la del cáncer y los problemas cardiovasculares. Más de 300 millones de personas en el mundo viven con problemas de salud mental como depresión, ansiedad, estrés entre otros, que ha aumentado un 18,4% entre 2005 y 2015 (3). El gasto en servicios de salud mental en todo el mundo representa un 2.8% del gasto total destinado a la salud en general. En países de bajos ingresos el presupuesto asignado a salud mental representa el 0,5% del presupuesto general de salud, mientras que en los países de altos ingresos este porcentaje asciende a 5.1%. Es decir que en los países de ingresos bajos el gasto en salud mental es de menos de 1 dólar per cápita, frente a los 80 dólares per cápita en países de ingresos altos (4).

La salud mental del cuidador es fundamental. En condiciones de estrés, los cambios en el comportamiento del cuidador, la disponibilidad emocional y el funcionamiento psicológico pueden tener un efecto en cascada en el bienestar de las personas que cuidan (3). Algunas de las características demográficas de los cuidadores informales descritos en estudios de Europa y Norteamérica son: mujeres (83.6%), amas de casa (44.25%), de 45 a 65 años (= 59.2 a), sin estudios (17.1%), con parentesco directo con la persona cuidada (son hijas, 22% esposas y 7.5% nueras), no reciben ayuda de otras personas (53.7%), gran parte de los cuidadores comparten el domicilio con el enfermo y prestan ayuda diaria, en



la mayoría de los casos sin remuneración. (Río, 2006).

El centro de este modelo es el bienestar de los cuidadores, cuya salud física y mental es crucial para participar en un liderazgo efectivo, afrontamiento y significado durante la pandemia. En efecto, los cuidadores sirven como un embudo a través del cual el estrés y la interrupción de la pandemia afectan el funcionamiento general de la familia (4). La capacidad de los cuidadores para brindar cuidado, seguridad, orientación y protección depende, en parte, de su propia salud mental. Los cuidadores con problemas de salud mental corren un mayor riesgo de abuso y negligencia, un funcionamiento social deficiente y más problemas de salud emocional, conductual y física (6). En el caso de los cuidadores, estudios internacionales demuestran que en Chile se enfoca al brindar atención a la población de 65 años o más que vive en situación de dependencia, el 80% tiene un cuidador que vive en el mismo domicilio, el 34,2% tiene un cuidador fuera del hogar y también son atendidos por un familiar, el 16,1% cuenta con atención exclusivamente fuera del hogar y el 4,5% no recibe atención de terceros (14).

Además, la problemática de salud que aqueja a nivel mundial como las condiciones generadas por la pandemia del COVID-19 han llevado a un aumento en el número de personas con nuevas condiciones de salud mental o que experimentan un empeoramiento de condiciones pre-existentes. Esta pandemia ha expuesto la necesidad de que la salud mental se constituya como un componente central dentro de los planes de respuesta y recuperación de los sistemas de salud y los gobiernos nacionales. Es importante destacar que las políticas de salud mental que adopten los países deben abordar cuestiones que incluyan la promoción de la salud mental y no sólo ocuparse de los trastornos mentales (OMS/OPS, 2019).

En el contexto de los esfuerzos nacionales por desarrollar y aplicar políticas relativas a la salud mental, es esencial, no solo proteger y promover el bienestar mental de los ciudadanos, sino también satisfacer las necesidades de las personas con trastornos de salud mental (5).

A finales del 2019, Paraguay junto con otros 5 países de todo el mundo, fue seleccionado para formar parte de la Iniciativa Especial para la Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud. Esta iniciativa tiene como principal objetivo avanzar hacia la cobertura universal en salud mental. Así también la OPS/OMS

apoya al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en la implementación de un plan de respuesta y recuperación en salud mental frente al COVID-19, con el principal objetivo de prevenir y mitigar el impacto de la pandemia sobre el bienestar psicosocial y la salud mental (6).

Durante la COVID-19, se han notificado informes de problemas de salud mental en la comunidad en general a nivel internacional (7). Los cuidadores tienen una carga adicional durante la pandemia, que incluye un mayor estrés, preocupaciones sobre el acceso y la seguridad de sus familias, la responsabilidad adicional del cuidado de la persona con discapacidad, ansiedad y depresión por el cierre y la reintegración, preocupaciones sobre la salud física y se preocupa por el desarrollo social y emocional de sus familias debido a la separación prolongada con las personas de su entorno (8). Informes recientes entre los cuidadores en el hogar indican un uso más frecuente del alcohol como estrategia de afrontamiento durante la pandemia en comparación con los no cuidadores, lo que a su vez está relacionado con más problemas con el alcohol (9). Además, en una encuesta reciente, los cuidadores con niños en el hogar tenían más probabilidades de informar sentirse deprimidos que los adultos sin niños. Estos hallazgos resaltan las necesidades únicas de salud mental de los cuidadores durante la pandemia (4).

Actualmente, muy pocos estudios se han centrado únicamente en los procesos relacionados con el bienestar del cuidador (10). Además del estrés financiero, la ansiedad y la depresión del cuidador se asocian con un mayor potencial de abuso infantil durante la pandemia (11). La pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) ha puesto de manifiesto, de manera inédita, la importancia del cuidado para la sostenibilidad de la vida y la poca visibilidad de este sector en las economías de la región, donde aún se considera una externalidad, y no un componente fundamental del desarrollo (12). La actual crisis sanitaria pone de manifiesto la injusta organización social del trabajo de cuidados en América Latina y el Caribe. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), son las mujeres quienes, remuneradas o no, soportan la mayor carga del cuidado (13).

En todas las familias hay funciones comunes, la mayoría tienen que ver con cubrir necesidades biológicas, psicológicas y sociales, además las de crianza, las económicas y el cuidado de los hijos. Dentro de las funciones primordiales que desempeñan las familias, se considera crear un ambiente de afecto, de igual manera, debe cuidar que esas necesidades emocionales cumplan con una permanente calidad afectiva, con una equilibrada y continua combinación de apoyo, respeto, tolerancia así como comprensión (Ojeda, 2013). La funcionalidad en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros (14).

La familia como sistema juega un papel importante no sólo en el proceso generador de alteración de la salud sino en su proceso de rehabilitación. Esto depende si la familia es disfuncional o, por el contrario, es funcional, y cuenta con recursos adecuados de soporte social (15). En un estudio realizado en el 2008 en Perú, se muestra que el nivel de funcionamiento familiar se relaciona significativamente con los probables trastornos mentales, donde estadísticamente existe una relación significativa entre la ansiedad y depresión con el nivel de funcionamiento familiar; Velásquez & Villarroel (2004), encontraron una relación estadística altamente significativa ( $p=0,00000$ ) entre la salud mental y sus factores protectores: proyecto de vida y funcionamiento familiar.

En un estudio en la ciudad de México, se analizó la influencia de la función familiar percibida y la salud mental de los cuidadores y los familiares dependientes, se encontró una asociación estadísticamente negativa entre la función familiar y la salud mental de los cuidadores; también se observó que, a mayor deterioro por la evolución de la enfermedad del paciente, existe una menor funcionalidad familiar (16).

El sistema de salud mental en Ecuador ha evolucionado en la última década, siendo uno de sus principales logros el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Colectivo e Intercultural (MAIS-FCI), donde se estipula que la salud mental no sólo depende de factores biológicos sino también de las condiciones de vida. Aun así, sistema de salud mental ecuatoriano presenta varias limitaciones que dificultan la implementación de estas normativas, entre las que destacan (15):

- La insuficiente dotación presupuestaria, que prioriza la financiación de los niveles secundario y terciario de atención. Así, en 2012 el monto total para salud fue de 1 881 061 107 millones de dólares, de los cuales sólo el 0,44% (8 308 210 millones de dólares) se asignaron para las acciones de salud mental; de esta cantidad, el 98,57% se destinó a hospitales psiquiátricos. Esta tendencia se mantuvo en 2014, donde sólo el 1.46% del presupuesto en salud fue destinado a la salud mental, siendo casi la mitad de este monto invertido en hospitales psiquiátricos.

- Los servicios de atención primaria de salud mental no cuentan con los suficientes profesionales ni centros de APS para cubrir las necesidades de los usuarios. Esto favorece que estos se “auto-refieran” a los centros de atención de segundo y tercer nivel.

A nivel de nuestro país, hay pocos estudios que evidencien funcionalidad familiar y su asociación con estados de depresión y ansiedad. Un estudio realizado en el cantón Santa Isabel, provincia del Azuay, se encontró depresión y ansiedad en el 32.8%, y 27.5% de los participantes con familias disfuncionales versus un 22.6% y 10.4% en personas provenientes de familias funcionales. De este estudio se concluye que la disfunción familiar aumenta el riesgo de depresión con un Odds Ratio del 1.68 (IC 95% 1.04-2.71) y ansiedad con Odds Ratio del 3.25 (IC 95% 1.84-5.74), (Abambari, 2013).

En el Ecuador el 65% de las familias ecuatorianas son disfuncionales, es decir no cumple con sus funciones, dichas cifras son las que manejan dentro de la pastoral familiar de la Conferencia Episcopal Ecuatoriana (CEE) y el Consejo Ecuatoriano de Laicos Católicos (Celca, 2011).

Cañizares en la ciudad de Quito realizó una investigación basada en la sobrecarga del cuidador de las personas con discapacidad severa, incluyó a una población de estudio de 118 personas consideradas como cuidadores principales de familiares con discapacidad física, evidenciando al menos el 61.7% de los cuidadores han presentado trastornos en la salud mental en donde se incluye cuadros de estrés severo, depresión, cansancio excesivo, insomnio durante un largo periodo de tiempo; además, se identificó que la prevalencia de cuidadores principales se centran en el género femenino con un 86.4% del

total poblacional.

En Tungurahua como en el resto del país, no se han realizado programas de atención para la evaluación de la salud de los cuidadores primarios así como de las posibles repercusiones que este tipo de atención desencadenan en la salud de los mismos, además se desestima la relación que exista entre las posibles afectaciones físicas, emocionales y sociales del cuidador y la calidad de atención y cuidado brindado a la persona con discapacidad (Carlosama, F 2014). De acuerdo a análisis realizados en la provincia de Tungurahua actualmente se ha registrado 12.030 personas con algún tipo de discapacidad, específicamente en el cantón Ambato, de los cuales 3.026 personas con discapacidad física, 1.497 discapacidad intelectual, 97 de lenguaje, 865 visual y 1443 con discapacidad auditiva, personas que por el tipo y grado de discapacidad han creado cierto nivel de dependencia para su desenvolvimiento hacía sus cuidadores, los cuales estarían inmiscuidos en 111 casos con problemas psicológicos o presencia de algún trastorno emocional negativo, 206 en el área psicosocial debido a las consecuencia por el cuidado brindado. (Consejo Nacional para la igualdad de Discapacidades CONADIS, 2016). No existen datos que haga relación entre la funcionalidad familiar y la salud mental en la provincia.

### **1.2.2. Análisis crítico**

Hay una variedad de factores asociados con la salud mental, que comprometen significativamente la calidad de la atención brindada al receptor, así como el autocuidado del cuidador. Aunque se sabe que la fragilidad influye en el rendimiento cognitivo, los cuidadores experimentan otros factores que agravan el rendimiento cognitivo, como el estrés por sobrecarga. Los cuidadores pueden estar expuestos a tres condiciones de vulnerabilidad, es decir, las relacionadas con el cuidado (sobrecarga), su propio envejecimiento (fragilidad) y su contexto de residencia, ya que viven lejos del apoyo formal del cuidado (zonas rurales) (16).

El cuidado de los miembros de la familia con discapacidad en el hogar es muy común. Hay aspectos positivos de la prestación de cuidados en el hogar, incluido el

acercamiento de los miembros de la familia y respetar y cuidar a los miembros de la familia. Pero brindar atención se ha descrito como una experiencia estresante, que puede erosionar la salud física y psicológica de los cuidadores. El impacto general de estas experiencias se ha denominado la carga del cuidador. Al igual que otros grupos propensos a la depresión y ansiedad, como las personas con otros trastornos mentales, los consumidores de alcohol y sustancias, los que padecen enfermedades crónicas o abusos o eventos traumáticos, y los que tienen una predisposición genética a la depresión, los cuidadores familiares de los familiares mayores con discapacidades forman un grupo "en riesgo" de depresión. Existe una creciente evidencia de que la carga del cuidador impone costos tanto físicos como psicológicos a los cuidadores. La depresión es uno de los problemas más importantes que enfrentan los cuidadores (17).

### **1.2.3. Prognosis**

La presente investigación permitirá que los cuidadores de las personas con discapacidad y sus familias puedan ser analizadas y a la vez ser intervenidas adecuadamente de una forma más intencionada y adecuada, lo que contribuirá cada vez a la salud mental de los cuidadores y por ende de estas familias.

### **1.2.4. Formulación del problema**

¿Cómo influye la funcionalidad familiar en la salud mental en los cuidadores de las personas con discapacidad del cantón Mocha?

### **1.2.5. Interrogantes**

- ¿Cuál es la escala de funcionamiento familiar que tiene los cuidadores de personas con discapacidad?
- ¿Cómo analiza la salud mental de los cuidadores de personas con discapacidad?
- ¿Existirá influencia entre la funcionalidad familiar y la salud mental?

### **1.2.6. Delimitación del problema de investigación**

## **Lineamientos de la investigación**

### **Área de investigación- MSP**

- Salud mental y trastornos del comportamiento.

### **Líneas de investigación de Ciencias de la Salud – UTA**

- Promoción de la salud/espacios saludables

### **Líneas de investigación para la atención primaria**

- Intervención para promover la salud y conductas saludables

### **Sublíneas por programa del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria**

- Atención Integral en Salud

### **Delimitación espacial:**

El presente trabajo de investigación se va a realizar en el Cantón Mocha perteneciente al Distrito 18D04.

### **Delimitación temporal:**

Se realizó en el período comprendido entre septiembre 2020 a septiembre 2021.

## **1.3. Justificación**

Para el médico de familia es responsabilidad de proporcionar atención integral y continuada a todo paciente en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte, sin tener en cuenta la raza, religión, cultura o clase social, es competente clínicamente para proporcionar la mayor parte de la atención que necesita el individuo, después de considerar su situación cultural, socioeconómica y psicológica, es quien se responsabiliza personalmente de prestar una atención integral y continuada a sus pacientes. Por lo que dentro de éstos parámetros de interés vemos que la sobrecarga del cuidado de un paciente con discapacidad afecta diferentes aspectos de la vida del cuidador y afecta de forma negativa a la calidad de vida en relación a la salud, en especial a la salud mental que dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales cotidianas o de sus

relaciones sociales.

Es así que se trabajó con grupo de personas, no solo con el responsable del cuidado de algún miembro de su familia con discapacidad, sino con aquellas personas que pueden ver afectados en todos sus roles que desempeñan con interés especial en su salud mental como una importante esfera para el bienestar de la persona antes mencionada, así como se ve influenciada con el funcionamiento de sus familias.

Dados los beneficios de una función familiar adecuada para la salud y el bienestar de las personas con discapacidad, es importante comprender si los aspectos sociodemográficos y el contexto del cuidado, la función cognitiva, los síntomas depresivos y el estrés percibido predicen una función familiar adecuada, así establecer su influencia en la salud mental de los cuidadores. El presente estudio tuvo como finalidad identificar algunos de los predictores de la función familiar que brindan atención a personas con discapacidad. La información es de utilidad teórico practica porque ayudará a los investigadores y médicos a planificar y ofrecer intervenciones familiares efectivas destinadas a brindar un mejor apoyo a estas personas con base a la información considerada, los datos obtenidos de la aplicación de los test y el diseño de la propuesta.

En consecuencia, el presente trabajo se propone analizar un abordaje de la funcionalidad familiar del cuidador desde sus diversas dimensiones y la relación con la salud mental, así como las repercusiones que impone el cuidado en la familia. De manera que si pudiéramos conocer el grado de impacto podríamos disponer de información clave a efecto de realizar planes de intervención que mejoren su salud y por consiguiente su calidad de vida.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo General**

Evaluar la relación de la funcionalidad familiar en la salud mental de los cuidadores de personas con discapacidad del cantón Mocha.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**



- Determinar la funcionalidad familiar de los cuidadores de personas con discapacidad.
- Determinar los niveles de ansiedad y depresión que afectan la salud mental en los cuidadores de personas con discapacidad.
- Evaluar la relación entre funcionalidad familiar y los estados emociones negativos que afectan a la salud mental de las personas en estudio.
- Diseñar un programa educativo para el grupo familiar de los cuidadores dirigido a la promoción del cuidado de la salud mental.

## CAPÍTULO 2. MARCO TEORICO

### 2.1. Antecedentes Investigativos

En estudio Da Costa y col (18) el objetivo fue verificar la diferencia de media o mediana en las puntuaciones de funcionalidad familiar y sobrecarga de los cuidadores familiares de personas con trastornos mentales. La metodología es de campo y transversal se desarrolló en un Centro de Atención Psicosocial con 61 cuidadores familiares. Se utilizaron instrumentos de caracterización sociodemográfica, proceso de atención, Índice de Apgar Familiar y Cronograma de Entrevistas de Carga Familiar. Se adoptaron pruebas de diferencia de media / mediana. Los resultados determinaron que las mujeres con trastornos mentales y la presencia de niños en el hogar disminuyeron la mediana de la puntuación de Apgar familiar. La dificultad en la relación entre cuidador - usuario, nerviosismo - tensión, agresión física y agitación de los pacientes aumentó el promedio global de carga subjetiva. Se concluye que las intervenciones deben enfocarse a reducir la sobrecarga y promover la funcionalidad familiar deben priorizar a los cuidadores, asistirlos en el manejo de conductas problemáticas y sensibilizar al núcleo familiar para la corresponsabilidad del cuidado de los enfermos, especialmente en familias con niños que demandan cuidados diarios.

Según Pavarini (19) por los beneficios de la función familiar adecuada para la salud y el bienestar de los adultos mayores, es importante comprender qué factores predicen la función familiar adecuada en las personas que cuidan un familiar. El objetivo es analizar los predictores de la función familiar. Se utilizó un diseño de estudio transversal para investigar una muestra no probabilística de 298 cuidadores cónyuges mayores. Se utilizaron entrevistas presenciales en el hogar para evaluar variables sociodemográficas y contexto de atención, función familiar (APGAR familiar), función cognitiva, estrés percibido y síntomas depresivos. Los datos se analizaron mediante regresión logística múltiple con el método paso a paso para la sección variable. Los resultados muestran que los cuidadores de edad avanzada tienen algún grado de deterioro cognitivo, síntomas depresivos y niveles altos de estrés, presenta niveles generales más bajos de función familiar. El tener más hijos se relacionó con una función familiar aproximadamente 1,3 veces mayor (IC del 95%:

1,080-1,057). Se concluye que el estrés, la depresión, el deterioro cognitivo y el número de hijos son predictores de la función familiar y deben considerarse en las estrategias de atención social y de salud dentro del contexto del cuidado familiar.

Una revisión bibliográfica desarrollada por Nenobais y col (20) hace mención de la salud mental de los cuidadores. El autor destaca que los principales cuidadores de personas con discapacidad son sus familiares. Las familias como cuidadoras de personas se asocian con una carga significativa. La revisión sistemática tuvo como objetivo identificar y resumir el enfoque principal basado en la evidencia científica sobre la carga familiar como cuidadora de personas con trastornos mentales. Métodos: Las bases de datos utilizadas fueron Scopus, Science Direct y Sage Journal con las palabras clave “carga”, “familia”, “cuidador”, “mental”, “salud”, “enfermedad”, “trastorno” y se limitaron a 2014 - 2018 desde las revistas de enfermería y ciencias de la salud. Se revisaron ciento cuatro artículos de texto completo. Los 14 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión fueron analizados mediante síntesis narrativa siguiendo el modelo de la Metodología de Joanna Briggs para la Revisión Sistemática Cualitativa para encontrar los temas principales de cada artículo. Los resultados determinaron que se encontraron siete temas principales relacionados con la carga familiar como cuidadores de un familiar con trastornos mentales, que se encuentra en el grupo de persona con discapacidad. Los 7 temas fueron conocimiento, carga emocional, carga física, medicación, carga financiera, carga social, servicios de salud y apoyo gubernamental. Los hallazgos sugieren que la carga familiar sobre los cuidadores fue diversa y que esto tiene un efecto sobre la capacidad de la familia para cuidar a los pacientes con trastornos mentales. La carga familiar se ha convertido en un indicador importante para la prestación de servicios de salud mental.

Un estudio de Ebrahimi y col (21) analiza el cuidado de personas con discapacidad crea condiciones estresantes y puede provocar problemas de salud mental en los padres y cuidadores. El objetivo de este estudio fue investigar los síntomas somáticos, la depresión y la ansiedad en los padres y cuidadores de personas con discapacidad. Este estudio fue realizado como un estudio conjunto por la Universidad de Ciencias Médicas de Isfahan y la Universidad de Hamburgo. Este estudio transversal se realizó en 454 padres y cuidadores de personas en 2019. Se

realizó un muestreo aleatorio y los participantes fueron seleccionados de acuerdo con los criterios de inclusión. Para la recopilación de datos se utilizaron el Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9) (Depresión), PHQ-7 (Ansiedad) y PHQ-15 (Somático). Los resultados mostraron que el 28,4% de los padres y cuidadores de personas con discapacidad no tenían ningún síntoma depresivo y el 70% restante experimentó niveles leves a graves de síntomas depresivos. En cuanto al nivel de ansiedad, el 30,2% no presentó síntomas de ansiedad y el 69,8% presentó niveles de síntomas de ansiedad de leves a severos. En cuanto a los síntomas somáticos, el 17,8% no informó síntomas somáticos y el 82,2% informó niveles leves a graves de síntomas somáticos. Los padres y cuidadores difirieron significativamente en términos de depresión, ansiedad y síntomas somáticos según el tipo de discapacidad. hallazgos del presente estudio muestran que la tasa de síntomas de depresión, ansiedad y síntomas somáticos es mayor que en la población general. Además, los diferentes tipos de discapacidad pueden tener diferentes efectos en la salud mental.

## **2.2. Fundamentación Filosófica**

El trabajo se fundamenta en el paradigma critico propositivo que ayudó al análisis del problema y la búsqueda de soluciones, con la población analizada a través de un estudio documental, de campo, con información ética, que permitió la comprensión de la realidad, de los hechos, recolectándose la información de manera responsable, con la finalidad de conseguir un resultado y plantea una solución a los problemas de salud mental presentes en la población afectada.

## **2.3. Fundamentación Legal**

El trabajo se sustenta en la normativa constitucional del Ecuador y la Ley Orgánica de Salud la cual refiere lo siguiente. La Constitución de la República del Ecuador (2008) en su artículo 32 menciona que: La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a

programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (22).

La Ley Orgánica de Salud (23) menciona en el artículo 3 que la salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

En el artículo 14 se direccionan a la salud mental de los ciudadanos del Ecuador de todo el territorio. “Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud, implementarán planes y programas de salud mental, con base en la atención integral, privilegiando los grupos vulnerables, con enfoque familiar y comunitario, promoviendo la reinserción social de las personas con enfermedad mental” (23).

## 2.4. Categorías Fundamentales

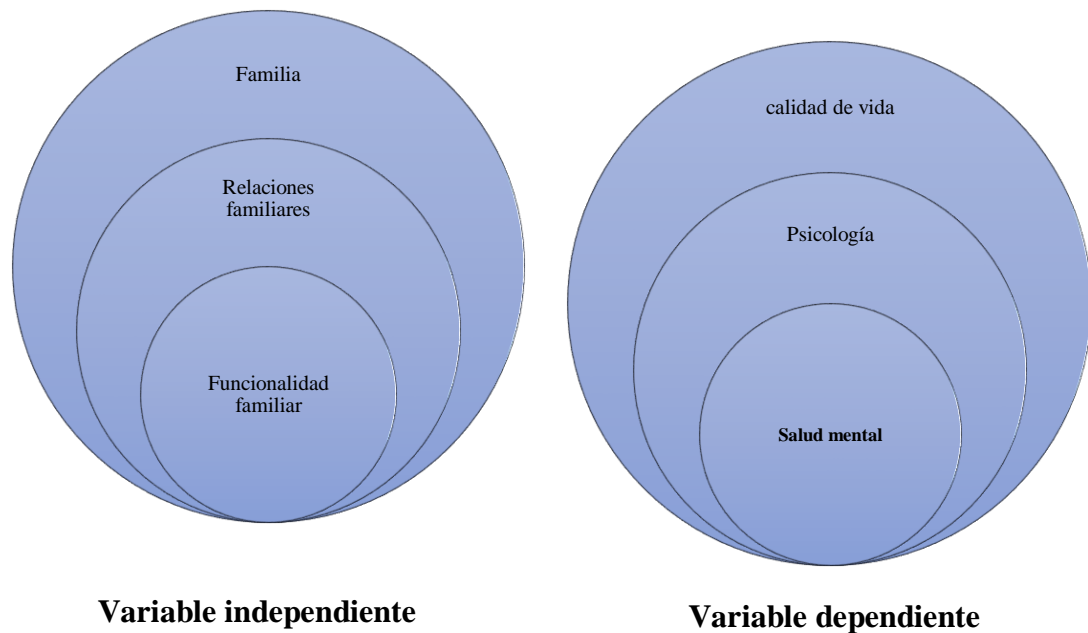


Figura 1. Categorías fundamentales.

### 2.4.1. Fundamentación Teórica

#### 2.4.1.1. Funcionalidad familiar

El funcionamiento familiar es uno de los factores importantes para evaluar la calidad del entorno familiar, incluida la asignación de roles, la comunicación, la respuesta emocional, la capacidad de resolución de problemas y el control del comportamiento entre los miembros de la familia. La función familiar tiene como objetivo integrar varias características de la familia, considerar a la familia como un sistema y examinar la función general del sistema familiar. Es un indicador importante del funcionamiento del sistema familiar de un individuo y está estrechamente relacionado con la salud mental en los adolescentes (24) .

La funcionalidad familiar está representada por las relaciones armónicas y la forma en que los miembros de una familia se relacionan entre sí y con los demás, con miras al equilibrio familiar. Por tanto, la familia puede considerarse funcional o disfuncional. Una familia funcional o madura es aquella que logra vivir conflictos y momentos críticos con estabilidad emocional, conviviendo de manera armónica e

independiente, manteniendo el compromiso entre sus miembros y por lo tanto juega un papel importante en el cuidado de las personas con trastornos mentales. En las relaciones familiares disfuncionales o inmaduras, se priorizan los intereses individuales sobre el grupo familiar. En momentos de crisis se culpa a los familiares de no asumir sus roles dentro del entorno familiar y tener un vínculo superficial, pudiendo incluso presentar comportamientos agresivos y hostiles (18).

Teniendo en cuenta el papel destacado que desempeñan las familias en el cuidado de las personas, es necesario realizar estudios dirigidos a los cuidadores de personas con trastornos mentales o angustia psicológica; especialmente en los países en desarrollo, donde existe una mayor deficiencia de los servicios de salud destinados a la asistencia especializada a los usuarios de enfermedades mentales y sus cuidadores. El proceso de cuidado puede impactar negativamente la vida social y profesional de los cuidadores, su rutina diaria, la relación con los pacientes, la calidad de vida y causar problemas en la funcionalidad familiar por sobrecarga y dificultad para afrontar conductas inherentes a los trastornos mentales (18).

El funcionamiento familiar, como una métrica del estado de la familia en su conjunto, un concepto múltiple, se define como la capacidad de los miembros de la familia para llevar a cabo los roles familiares, lidiar con los problemas familiares, adaptarse a las nuevas rutinas y procedimientos familiares, comunicarse eficazmente entre sí y mantener relaciones cohesivas entre sí (25)<sup>4</sup>. Además, estudios previos han revelado que los cuidadores se beneficiaron de un mejor funcionamiento familiar en otras enfermedades. El deficiente funcionamiento familiar se asoció con más estrés y una menor calidad de vida en los padres (26).

La funcionalidad familiar se describe como la dinámica de las relaciones familiares que se van formando dentro de las familias a lo largo de su historia, con adaptación, compañerismo, afecto y capacidad para resolver la familia con sus miembros. La función familiar puede afectar potencialmente la salud social, emocional y física de las personas. También refleja la capacidad de la familia para cumplir las metas esenciales de la vida de sus miembros y la forma en que los miembros de la familia interactúan entre sí dentro de la unidad familiar. Una familia con niveles adecuados de función familiar tiene más probabilidades de resolver situaciones críticas con

estabilidad emocional. Los conflictos a menudo se resuelven de manera más equilibrada, sin sobrecargar a ningún miembro de la familia, y las personas pueden adaptarse armoniosamente en respuesta a cambios en la vida y eventos estresantes (19).

### **Relaciones familiares**

El contexto familiar, en particular, ha recibido una atención considerable de los profesionales de la salud mental y los investigadores para los esfuerzos de intervención temprana. Investigaciones anteriores han identificado riesgo (por ejemplo, negligencia, abuso físico y sexual, inseguridad financiera, movilidad residencial y acoso sexual) y protección (por ejemplo, apego familiar, apoyo de los padres, comunicación entre padres e hijos y estabilidad financiera) factores para la depresión en el entorno familiar (27).

Los esfuerzos pueden ser más eficaces si se centran en los factores de protección. Por ejemplo, las relaciones familiares cálidas y cohesivas brindan apoyo social y recursos que ayudan a proteger del estrés. Además, las relaciones cercanas entre padres e hijos facilitan la comunicación sobre problemas personales y estrategias de afrontamiento. Sin embargo, la mayor parte de esta investigación proviene de pequeños estudios transversales con muestras clínicas o comunitarias y sugiere solo un papel a corto plazo de los factores familiares positivos en la disminución de los síntomas depresivos durante la niñez y la adolescencia. Se desconoce si las relaciones familiares positivas promueven una mejor salud mental más allá de la adolescencia y durante los primeros años de la edad adulta. Hay escasez de estudios longitudinales que rastreen a las personas a lo largo del tiempo para comprender las interconexiones entre la vida familiar temprana y el desarrollo de la depresión durante el curso de la vida (24).

Las interacciones interpersonales entre los miembros de la familia tienen impactos duraderos e influyen en el desarrollo y el bienestar de un individuo a través de vías psicosociales, conductuales y fisiológicas (28). La dinámica familiar y la calidad de las relaciones familiares pueden tener un impacto positivo o negativo en la salud (29).



La dinámica familiar es esencial en las relaciones familiares, está se refiere a los patrones de interacción entre parientes, sus roles y relaciones, y los diversos factores que dan forma a sus interacciones. Debido a que los miembros de la familia dependen unos de otros para el apoyo emocional, físico y económico, son una de las principales fuentes de seguridad o estrés en las relaciones. Las relaciones familiares seguras y de apoyo brindan amor, consejos y cuidado, mientras que las relaciones familiares estresantes están cargadas de discusiones, comentarios críticos constantes y demandas onerosas (30).

Varios factores pueden influir en la dinámica familiar. Algunos investigadores han identificado la individualización, la reciprocidad, la flexibilidad, la estabilidad, la comunicación clara y la reciprocidad de roles como los principales factores que contribuyen a una dinámica familiar saludable. En particular, la reciprocidad, es decir, un sentimiento compartido de cohesión y calidez, se ha identificado como el factor contribuyente más importante. Por el contrario, los factores que contribuyen a la dinámica familiar no saludable incluyen el enredo, el aislamiento, la rigidez, la desorganización, la comunicación poco clara y el conflicto de roles (29).

Las relaciones familiares juegan un papel central en la configuración del bienestar de un individuo a lo largo de la vida. La calidad de las relaciones familiares, incluido el apoyo social (brindar amor, consejos y cuidado) y la tensión (discusiones, ser crítico, hacer demasiadas demandas), pueden influir en el bienestar a través de vías psicosociales, conductuales y fisiológicas. Las personas que reciben apoyo de sus familiares pueden sentir un mayor sentido de autoestima, y que puede ser un recurso psicológico, fomentando el optimismo, el afecto positivo y una mejor salud mental. Los miembros de la familia también pueden regular los comportamientos de los demás (es decir, el control social) y brindar información y aliento para comportarse de manera más saludable y utilizar los servicios de atención médica de manera más efectiva, pero el estrés en las relaciones también puede conducir a comportamientos que comprometen la salud como mecanismos de afrontamiento para lidiar con el estrés (28)

## **Familia**

La definición de familia en sí misma se ha transformado a lo largo de los años. En generaciones anteriores, las familias se mantenían unidas y varias generaciones ayudaban a criar a los niños. Ahora es más común que las familias se extiendan por todo el país y que los abuelos se involucren menos en la vida de sus nietos. Sin familia cerca, algunos desarrollan un grupo central de familias locales, a las que consideran su familia. Esta estructura familiar puede cambiar con las mudanzas, por lo que la familia de una persona puede ser una situación fluida. Otro aspecto de la familia que ha cambiado a lo largo de los años es el reconocimiento y la aceptación de las familias no tradicionales y el aumento de las familias mixtas (29).

Los miembros de la familia están vinculados de manera importante a lo largo de cada etapa de la vida, y estas relaciones son una fuente importante de conexión e influencia sociales para las personas a lo largo de sus vidas. Las conexiones familiares pueden proporcionar un mayor sentido de significado y propósito, así como recursos sociales y tangibles que benefician el bienestar (28).

### **2.4.1.2. Salud mental**

Los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente, se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos (OMS, 2014).

El cuidado de las personas con discapacidad conlleva responsabilidades diferentes, exclusivas y duras como la supervisión puntual de la medicación, atender sus necesidades físicas, emocionales y económicas, y ayudarles a acudir al centro de rehabilitación. Están agobiados y sufren estrés; por tanto, necesitan ayuda para afrontarlo. Si las estrategias de afrontamiento que utilizan para aliviar la carga no son saludables e inmaduras, pueden afectar directamente sus funciones. Muchos estudios han señalado que las madres de niños con discapacidades del desarrollo como discapacidades intelectuales (DI), retraso en el desarrollo y discapacidad física y

sensorial han mostrado signos notables de angustia psicológica. Las madres muestran más angustia psicológica o síntomas depresivos. Los padres y cuidadores de personas con discapacidad corren un mayor riesgo de sufrir un alto nivel de estrés y eso puede ser la causa de la alta tasa de depresión entre ellos. Investigaciones anteriores han demostrado que los trastornos psiquiátricos son más comunes entre los cuidadores de personas con DI en comparación con la población general (21).

Las altas demandas de cuidado, así como los cambios en las rutinas diarias y los roles sociales, pueden conducir a altos niveles de carga percibida y estrés en los cuidadores familiares, que se asocian con niveles más bajos de apoyo percibido y recibido, como así como un mal funcionamiento familiar (31) (32). Cuando la familia lucha por adaptarse a los desafíos derivados del envejecimiento y la presencia de enfermedades crónicas, las relaciones familiares pueden verse afectadas negativamente, impactando el bienestar físico, emocional y psicológico de los adultos mayores (33).

El trabajo de rutina requiere de los cuidadores el juicio y la capacidad de resolución de problemas, imponiendo como requisito un nivel mínimo de rendimiento cognitivo. Una revisión verificó que los cuidadores pueden tener dificultades cognitivas, particularmente en funciones de velocidad de procesamiento, memoria de trabajo, función ejecutiva y memoria retardada. Por lo tanto, las restricciones de desempeño cognitivo en los cuidadores comprometen el autocuidado y su capacidad para cuidar a los demás, afectando la adopción de prácticas de salud adecuadas. Se deben destacar algunos factores que complican la situación relacionados con la prestación de cuidados, por ejemplo, tener más de 60 años y vivir en zonas no urbanas, donde es más difícil encontrar apoyo formal (16)..

Considerando un enfoque cualitativo, los estudios indican que cuando el deterioro de la capacidad funcional afecta al adulto mayor, también se ve afectado todo el sistema familiar, independientemente de la clase social (34). En cuanto al cuidador, el apoyo familiar que se brinda al anciano puede darse de forma impuesta, sin apoyo emocional / social e información sobre el cuidado a brindar. La falta de conocimientos específicos y preparación de las familias para el cuidado provoca cambios negativos en el apoyo social y las relaciones familiares (19).

En metaanálisis anteriores han demostrado que los niveles más bajos de apoyo social se asocian con niveles más altos de carga percibida en el cuidador familiar y con un rendimiento cognitivo más deficiente en los adultos mayores (35). Las personas con discapacidad pueden recibir apoyo de diferentes fuentes, pero los miembros de la familia son la fuente principal el mantener una función familiar de buena calidad ayuda a mantener la salud y el bienestar de las personas que brindan atención a los miembros de la familia dependientes. Si bien es mujer y experimenta altas demandas familiares puede causar altos niveles de tensión, tener menos demandas familiares, un vínculo más fuerte con los miembros de la familia y tener una mejor educación también se ha demostrado que se asocia con una mejor función familiar (19).

Un estudio previo con 2.052 adultos mayores brasileños demostró que una mala función cognitiva y una mayor dependencia, además de no tener hijos, eran predictores de una baja función familiar. Sin embargo, se descubrió que vivir con otra persona, en lugar de estar solo, es un factor de predicción importante del funcionamiento familiar adecuado. Los autores indicaron que, en la vejez, la falta de autonomía, la dependencia, la demencia y la falta de apoyo social, afectan la calidad de vida de las personas mayores. Se cree que la presencia de familiares aumenta la seguridad de las personas mayores, ya que pueden ayudar en las actividades diarias y también contribuir al desarrollo social(36).

La literatura ha mostrado un rápido aumento en el número de personas mayores involucradas con el cuidado familiar en todo el mundo, y se ha argumentado que se necesita hacer más para apoyar a estas personas (37) (16). Un metaanálisis previo ha señalado que los cuidadores conyugales son más probablemente sean mayores, brinden más horas de atención al día y durante muchos años, y vivan en peores condiciones de salud física en comparación con los niños más jóvenes o los cuidadores políticos (19).

## **Carga del cuidador**

La carga del cuidador se refiere a costos cuantificables como los costos de atención y la pérdida de tiempo libre para los cuidadores. La atención informal, la prestación de atención no remunerada a una persona dependiente, es la columna vertebral de la atención para las personas con una discapacidad psicosocial y es realizada predominantemente por mujeres. El cuidado informal es altamente beneficioso para la sociedad, pero puede tener un impacto negativo en la salud física y mental, e incluso en la mortalidad, de los cuidadores. Varios estudios han demostrado que los impactos negativos del cuidado se distribuyen de manera desigual, con mayor carga entre las cuidadoras. El concepto de carga claramente no describe toda la experiencia del cuidado, y también se sabe que cuidar puede ser una fuente de transformación positiva, fuerza interior y satisfacción. No obstante, la prestación de cuidados es, en general, una carga y recae principalmente sobre los hombros de las mujeres (38).

La carga del cuidador se puede notar en el procedimiento de la enfermedad y sus esperanzas han sido reemplazadas por la decepción, esta carga ha aparecido en una gama completa de síntomas (21).

La carga subjetiva es un estado caracterizado por fatiga, estrés, contacto social limitado percibido y ajuste de roles, y autoestima alterada percibida. Este estado proviene de una valoración negativa de la situación del cuidador y puede amenazar la salud física, psicológica, emocional y funcional de los cuidadores. La carga subjetiva se ha relacionado con la ansiedad, la depresión y los efectos negativos sobre la salud física (31).

Los cuidadores familiares asumen la responsabilidad de brindar apoyo emocional y económico, supervisar la ingesta de medicamentos, mantener el cumplimiento del tratamiento y promover la interacción social (39) (40). En comparación sin el paciente sin el cuidador familiar, el paciente con el cuidador familiar mostró una tasa más baja de personas sin hogar y una mayor tasa de supervivencia (41).

## **Ámbito social, psicológico y biológico de la salud mental del cuidador**

El cuidar de familiares con discapacidad es una tarea exigente que eventualmente genera impactos negativos en ellos, que incluyen angustia económica, sentimientos de vergüenza, culpa y autoculpabilidad, así como problemas emocionales, psicológicos y físicos que afectarán su bienestar. Se espera que los cuidadores familiares desempeñen el papel de "administradores", al mismo tiempo, deberán continuar con su rutina y responsabilidades normales o de la vida diaria. Este rol abrumador, sobrecargado y bastante estresante definitivamente tendrá algún impacto en el funcionamiento familiar, el bienestar psicosocial y la tensión financiera de los cuidadores (42).

Los cuidadores que responden negativamente cuando brindan atención a los pacientes pueden crear un efecto de círculo vicioso con su estado de salud mental deficiente y estilos de afrontamiento negativos. Estudios previos han demostrado que si los estilos de afrontamiento negativos de los cuidadores no mejoran en el proceso de cuidar a los pacientes, esto afectará seriamente el ajuste social de los cuidadores, aumentará el estrés psicológico adverso de los pacientes y la carga de cuidado, así como como resultado de sus déficits funcionales y reducción del nivel de calidad de vida a largo plazo (43).

Los cuidadores generalmente gozan de buena salud. Las personas con una salud mental más deficiente, menos apoyo social y que cuidan a pacientes con un estado de desempeño más deficiente tienen más probabilidades de experimentar una calidad de vida más baja (44).

La evidencia empírica ha demostrado que el estilo de vida de los cuidadores familiares introduce riesgos para su bienestar físico, mental y social. Estos riesgos se derivan de sus patrones diarios de uso del tiempo, que se caracterizan por una carga importante derivada del cuidado. Las mujeres son las principales cuidadoras de la familia y asumen la responsabilidad de la mayoría de las tareas físicas relacionadas con el cuidado de la salud. A pesar de un aumento informado en la participación de los hombres para ayudar con el cuidado en contextos de enfermedades crónicas y discapacidad, las mujeres dedican más tiempo que los hombres al cuidado de los

niños. Las responsabilidades de los cuidadores familiares incluyen brindar apoyo físico, psicológico, espiritual y emocional, lo que puede aumentar su carga (45).

La perspectiva psicosocial del cuidador familiar incorpora factores personales, familiares y socioculturales asociados al ajuste y adaptación del cuidador a situaciones de riesgo, adversidad y vulnerabilidad (46). El perfil psicosocial de los cuidadores se caracteriza por altos niveles de sobrecarga y burnout, estrés parental y procesos de adaptación positivos a pesar de la pérdida de salud, deterioro del funcionamiento familiar, síntomas de depresión, síntomas de ansiedad, estilos de afrontamiento negativos, bajos niveles de resiliencia, poco apoyo social, optimismo y efectos en la calidad de vida (47).

### **Estados emocionales**

Las emociones son reacciones psicofisiológicas que representan modos de adaptación del individuo cuando percibe un objeto, persona, lugar, suceso o recuerdo importante. Son universales y comunes a todas las culturas. Sus manifestaciones también tienen patrones de comportamiento semejantes a todos los individuos. Psicológicamente, las emociones alteran la atención, hacen subir de rango ciertas conductas guía de respuestas del individuo y activan redes asociativas relevantes en la memoria (23).

Las emociones pueden ser en el ser viviente tanto positivas como negativas. Las emociones negativas como tal que son las que veremos afectadas en este estudio son aquellas que producen malestar psicológico o desagrado. Las más estudiadas y las más conocidas son la depresión y la ansiedad.

El malestar que provocan estas emociones va acompañado de una activación fisiológica, es decir, una manera de reaccionar de nuestro cuerpo, que suele ser desagradable y también una conducta eficaz que por ejemplo nos ayude a evitar una amenaza, a expresar enérgicamente una queja cuando detectamos un abuso o a mostrar nuestra tristeza por una pérdida importante (24).

La depresión es una condición mental prevalente en todo el mundo y un contribuyente significativo a la carga global de la enfermedad. La depresión a

menudo ocurre inicialmente durante la adolescencia, puede continuar o reaparecer en la edad adulta, y tiende a convertirse en un trastorno mental crónico de por vida. Los problemas mentales, la salud y los síntomas depresivos pueden estar asociados con el aumento reciente de muertes prematuras en la mediana edad debido al suicidio, el alcohol y las drogas (24).

A menudo, el cuidador familiar es el principal responsable de manejar los efectos secundarios del tratamiento y los síntomas de la enfermedad en el hogar a medida que la condición del paciente se deteriora. La angustia que experimentan no solo puede afectar su capacidad para cuidar al paciente, sino que también puede afectar su capacidad para brindar apoyo emocional, apoyar las actividades de la vida diaria y ayudar con otros aspectos físicos de la atención (48).

El estrés crónico, la depresión y la ansiedad son consecuencias del cuidado diario y pueden contribuir al deterioro de la salud mental, el bienestar y el desempeño cognitivo del cuidador (49). Estos efectos disminuyen la calidad de la atención. Los metaanálisis han demostrado que los cuidadores tienen niveles más altos de depresión y carga y niveles más bajos de bienestar subjetivo y salud percibida, especialmente mujeres y cónyuges.

### **Psicología**

La psicología es una ciencia social y una disciplina académica enfocadas en el análisis y la comprensión de la conducta humana y de los procesos mentales experimentados por individuos y por grupos sociales durante momentos y situaciones determinadas. Tiene un campo de estudio vasto, ya que se centra en la mente y la experiencia humanas (50).

La psicopatología es la exploración científica de los estados mentales anormales que, durante más de un siglo, ha proporcionado una Gestalt para los trastornos psiquiátricos y ha guiado el progreso clínico y científico de la psiquiatría moderna. Sin embargo, a raíz de los inmensos avances técnicos, la psicopatología ha sido cada vez más marginada por la investigación neurobiológica, genética y neuropsicológica (50).



En este contexto, los factores que se ha demostrado que afectan negativamente el ajuste psicológico del cuidador familiar incluyen enfermedad metastásica, pronóstico más grave, mayor duración de la enfermedad, mayor angustia del paciente y más síntomas del paciente. Otro factor que puede afectar el ajuste psicológico del cuidador es la disponibilidad de apoyo social. La presencia de una adecuada red de apoyo social, así como la percepción por parte del cuidador de que es adecuada, puede servir como un amortiguador o protección para el cuidador frente a todas las tensiones que debe enfrentar (51).

### **Calidad de vida**

La calidad de vida es un conjunto de factores que da bienestar a una persona, tanto en el aspecto material como en el emocional, es decir, con una serie de condiciones de las que debe gozar un individuo para poder satisfacer sus necesidades (15). El concepto de calidad de vida según la OMS, es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, normas y sus inquietudes.

En resumen, la calidad de vida es un concepto que abarca la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias particulares, así como la asociación con los aspectos particulares del entorno (Estrada, 2011). Es un concepto amplio y complejo por la cantidad de elementos que integran a dicho concepto. Además, se debe considerar que este modelo no responde precisamente al tradicional de corte biológico, sino que es mucho más integrador al considerar aspectos biopsicosociales.

La calidad de vida del cuidador familiar es un tema importante tanto en el entorno de tratamiento activo-curativo como en el entorno de tratamiento paliativo/de apoyo. La angustia que experimentan los cuidadores familiares en ambos entornos está aumentando a medida que las fuerzas en el cuidado de la salud exigen que se brinde más y más atención en la clínica ambulatoria o en el hogar. Se ha documentado un aumento de la carga, un empeoramiento del funcionamiento familiar, una mayor morbilidad psicológica y una peor adaptación psicológica (15).

## **2.5. Hipótesis**

**H<sub>1</sub>:** “Funcionalidad familiar SI influye en la salud mental de los cuidadores de personas con discapacidad en el cantón Mocha”.

**H<sub>0</sub>:** Funcionalidad familiar No influye en la salud mental de los cuidadores de personas con discapacidad en el cantón Mocha”.

## **2.6. Señalamiento de Variables**

**Variable Independiente:** Funcionalidad familiar.

**Variable Dependiente:** Salud mental de los cuidadores de las personas con discapacidad.

## **CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA**

### **Generalidades**

En el desarrollo de una investigación, la formulación de la metodología implica evidenciar la hipótesis o supuestos estimados previamente en el estudio, por lo cual se necesita reconstruir datos, a partir de conceptos teóricos habitualmente operacionalizados, es decir detallar cada aspecto seleccionado para desarrollar dentro del proyecto de investigación que deben ser justificado por el investigador; responde al “como” de la investigación. Según la revisión bibliográfica se puede mencionar que el marco metodológico hace referencia las acciones, técnica y métodos, que ayudan a obtener información y datos necesarios para analizar el problema planteado.

### **3.1. Enfoque de la investigación**

La investigación se desarrolló con un enfoque metodológico cuantitativo, pues éste es el que mejor se adapta a las características y necesidades de la investigación. El enfoque cuantitativo se basa en la utilización de la recolección de información y datos para su posterior análisis y que se dirigen a la contestación de preguntas de investigación para probar la hipótesis establecida previamente y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento de una población. A partir del enfoque cuantitativo se tomará las técnicas de Test y Escalas ya preestablecidas y aprobadas para medir dichos parámetros que nos servirán para la aplicación de la presente investigación.

### **3.2. Modalidad de la investigación**

La modalidad de la investigación es bibliográfica documental la cual se fundamenta en el análisis de documentos, publicaciones, libros, revistas que presentan definiciones, teorías, clasificaciones, antecedentes, información del contexto relacionada con las variables de investigarse (52). En el presente estudio se utilizó para obtener definiciones acerca de la salud mental, funcionalidad familiar y seleccionar los instrumentos más fiables para la recolección de datos que estén

calificados como confiables y usados en otras investigaciones similares.

También es definida como aplicada porque no sólo se analiza la problemática de investigación, si no se propone una propuesta de solución a través de la información obtenida y los indicadores que muestran el contexto de la realidad y las causales de los hechos o fenómenos (53). En el presente trabajo de titulación según se utilizó para el diseño de la propuesta que mejore la salud mental de los cuidadores, empezando con el diagnóstico de la realidad, determinándose las afectaciones que tienen y posteriormente con base en información elaborar los parámetros y las estrategias de acción que ayuden a una intervención efectiva.

### **3.3. Tipos de investigación**

La investigación es correlacional su finalidad evaluar las causales del problema pero a través de los métodos estadísticos, con los cuales se cuantifican las dimensiones de la problemática y de los hechos (54). Por lo general se aplican herramientas estadísticas, que miden las relaciones significativas y ayudan a la comprobación de la hipótesis. se utilizó para establecer la relación existente entre funcionalidad familiar y salud mental, en el cual se consideran datos cuantificables como frecuencias y porcentajes, posteriormente se aplicó mediciones a través de correlaciones y la comprobación de hipótesis a través de chi cuadrado.

### **3.4. Población y muestra**

#### **3.4.1. Población**

Se conoce como población al conjunto de casos en su totalidad que han sido previamente seleccionados de acuerdo con parámetros y especificaciones de acuerdo al objeto de estudio, se identifica principalmente por poseer una característica común, que es motivo del estudio y que da origen a los datos de la investigación.

La población de estudio es representada por 40 personas adultas entre hombres y mujeres, que están involucrados como cuidadores de las personas con discapacidad que pertenecen al Cantón Mocha, en el período comprendido entre septiembre 2020 a

septiembre 2021.

### **3.4.2. Muestra**

Se trabajó con la totalidad de la muestra, puesto que es una población pequeña que no requiere que se use fórmula para el cálculo.

### **3.4.3. Criterios de inclusión:**

Todas las personas mayores de edad, que son cuidadores de personas con discapacidad residentes en el cantón Mocha y que aceptan participar en el estudio.

### **3.4.4. Criterios de exclusión:**

Se excluirá a personas que se queden a cargo de alguna de las personas con discapacidad por tiempos cortos o no pertenezcan al mismo grupo familiar donde sea indispensable a su cargo de forma fija, cuidadores que no estén dispuestos a participar en la investigación, si poseen alguna limitación física, psicológica o social que impida la participación en la investigación.

### **3.4.5. Fundamentación Ética**

Para este estudio cada paciente firmará un consentimiento informado previa su participación con el fin de preservar la confidencialidad y la autonomía del sujeto de estudio.

## **3.5. Operacionalización de variables**

**Variable Dependiente:** Salud mental de los cuidadores de las personas con discapacidad.

**Definición:** La Salud mental es el componente de bienestar mental, hace referencia a un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo entiende a la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales, tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.

El hecho de ser cuidador primario puede ocasionar un impacto en la salud mental, llegando a ser un factor predisponente para desarrollar estados afectivos negativos, como son la ansiedad y síntomas depresivos y que pueden tener una repercusión en el autocuidado, por ende, los trastornos mentales son afecciones que se ven en pensamiento, sentimientos, estado de ánimo y comportamiento, las mismas que pueden afectar la capacidad de relacionarse con los demás y funciones diarias.

Los estados emocionales negativos como el miedo, la ansiedad, la tristeza o la ira, la depresión, se consideran naturales, adaptativas y universales en tanto se dan en todos los individuos de las más diversas culturas. Poseen un sustrato biológico considerable, son esencialmente agradables o desagradables, nos activan y forman parte de la comunicación con los demás. A su vez, las emociones pueden actuar como poderosos motivos de la conducta según Cano-Vindel, 1997. Pero también esas mismas emociones, cuando son demasiado intensas y/o frecuentes durante mucho tiempo pueden provocar alteraciones en la salud tanto física como mental. Dentro de los trastornos mentales son comunes la ansiedad y la depresión por lo que se van a abarcar principalmente a estos 2 tipos.

**Ansiedad:** Se define como una anticipación de un daño o desgracia a futuro, acompañada de un sentimiento de disforia y/o de síntomas somáticos de tensión y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza o peligro inminente acompañada de un sentimiento intenso y displacentero o de síntomas físicos ubicados en cualquier región de la geografía corporal.

Esta disfuncionalidad tiene un impacto considerable en el bienestar personal, en las relaciones sociales y en la productividad en el trabajo, con el agravante de que su alta prevalencia y el curso recurrente o incluso crónico de muchos de ellos, los puede hacer tan inhabilitantes como cualquier otra enfermedad física crónica.

**Depresión:** La depresión es una alteración del humor en la que destaca un ánimo deprimido, falta de energía y/o pérdida de interés, o de la capacidad para disfrutar u obtener placer llamada anhedonia, que afecta la vida de la persona, las actividades habituales, durante la mayor parte del día y durante al menos dos semanas con una reducción del interés o del placer en actividades que solían ser del agrado de la

persona afectada. Además, la depresión nos afecta física y mentalmente en nuestro modo de sentir y de pensar, causarnos ansiedad, pérdida del sueño, del apetito, y falta de interés o placer en realizar diferentes actividades.

Tabla 1. Variable dependiente

<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escalas</b>	<b>Ítem</b>	<b>Técnica/ Instrumento</b>
<b>Cuidadores de las personas con discapacidad</b>	Salud mental	<b>Ansiedad</b>	0= Ausente 1= Intensidad leve 2= Intensidad media 3= Intensidad fuerte 4= Intensidad máxima (invalidante). No hay ansiedad si el puntaje general es de 0 a 13 puntos. Ansiedad leve si el puntaje general es de 14 a 17 puntos. Ansiedad moderada si el puntaje es de 18 a 24 puntos. Ansiedad severa si el puntaje es de 25 a 30 puntos.	<b>Test de Hamilton</b>
		<b>Depresión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25-49 rango normal</li> <li>• 50-59 Ligeramente deprimido</li> <li>• 60-69 Moderadamente deprimido</li> <li>• 70 o más, Severamente deprimido</li> </ul>	<b>Escala De Autoevaluación Para La Depresión De Zung</b>

**VARIABLE INDEPENDIENTE:** Funcionalidad familiar.

**Definición:** El funcionamiento familiar comprende al conjunto de relaciones interpersonales que nacen en el núcleo familiar y son parte de la identidad propia del individuo y la familia.

Tabla 2. Variable independiente

<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escalas</b>	<b>Ítem</b>	<b>Técnica/ Instrumento</b>
<b>Mantenimiento de sistema: acciones ancladas en la tradición, estructura y flexibilidad familiar. Estas estrategias de mantenimiento del sistema agrupan acciones como dormir, patrones de comunicación, de recreación, práctica religiosa, entre otras. Cambio de Sistema: incorporación de conocimientos nuevos y se asumen nuevas conductas y estructuras. La flexibilidad para hacer cambios debe estar incluida con los otros patrones de operación familiar.</b>	funcionamiento familiar	Cada uno de los ítems tiene tres indicadores previamente ponderados por su autora; 1 es nivel bajo, 2 nivel intermedio y 3 nivel alto de efectividad de la funcionalidad familiar. La efectividad de la funcionalidad familiar se clasifica en tres niveles: alto si el puntaje final está entre 48 y 60, intermedio entre 34 y 47 y bajo entre 20 y 33.	El instrumento tiene 20 ítems con las metas y dimensiones del sistema familiar; cada uno de los ítems consiste en tres frases que expresan características del funcionamiento familiar.	Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (ASF-E) de Friedemann, es un instrumento desarrollado para evaluar la Efectividad de la Funcionalidad Familiar en base a la Teoría de Organización Sistémica.

### 3.6. Plan de recolección de información

Para la recolección de información se procedió a utilizar métodos cuantificables, pero seleccionándose instrumentos que ayuden a evaluar los problemas de salud



mental de la población seleccionada. Cada instrumento tiene sus características específicas y están validados por sus autores respectivos.

**Escala de ansiedad de Hamilton:** Fue establecido por Hamilton en 1959 y contiene 14 ítems. Se utiliza el método de calificación de 5 niveles de 0 a 4 puntos. El coeficiente de confiabilidad de Cronbach de 0,93 (55).

**Escala de Autoevaluación Para La Depresión De Zung:** La escala de autoevaluación de la depresión (SDS) de Zung es una medida de detección establecida con referencia a normas que se utiliza para identificar la presencia de trastornos depresivos en adultos (56). La escala fue creada por Zung en 1965, basándose en los aspectos afectivos, fisiológicos y psicológicos que suelen caracterizar la depresión. La escala consta de 20 reactivos tipo Likert que van desde nunca (1) hasta siempre (4), donde los ítems 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20 se escriben en sentido inverso. En Colombia se realizó un estudio para determinar las propiedades psicométricas de la escala en una muestra de 4407 jóvenes "entre 12 y 18 años, encontrando un alfa de Cronbach  $r = 0,548$ , y una estructura factorial tetradimensional: síntomas afectivos, físicos síntomas, síntomas cognitivos y síntomas psicológicos que explican 13,55%, 11,61%, 9,72% y 8,68% respectivamente (57). Los coeficientes alfa de Cronbach para la escala total fueron iguales a 0,73 y la alta fiabilidad indicó que es adecuado en la determinación de la depresión (58).

**Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (ASF-E) de Friedemann:** La escala fue diseñada por Friedemann que consta de 20 preguntas que tienen opciones de respuestas con valores de 1 a 3 puntos para cuantificarlas 1 es el nivel más bajo, 2 es el intermedio y 3 es el más alto. La escala evalúa las dimensiones: coherencia, individuación, cambio del sistema, mantenimiento, también las metas: espiritualidad, estabilidad, crecimiento y control del sistema familiar. La calificación máxima es 60 puntos y la mínima 20 (59).

Tabla 3. Escala

<b>Funcionamiento bajo</b>	<b>20 – 50 puntos</b>
<b>Funcionamiento intermedio</b>	51 a 55 puntos
<b>Funcionamiento alto</b>	56 a 60 puntos

Fuente: (59).

El instrumento en su versión original tiene una confiabilidad de Alfa de Cronbach de 0,60 a 0,84. (59).

### **3.7. Procedimientos para el levantamiento o recolección de información**

Para el levantamiento de la información se aplicaron los instrumentos acudiendo a los hogares de los cuidadores durante el tiempo detallado anteriormente. La información sobre la percepción de la funcionalidad familiar se recolectó en los hogares de los cuidadores durante recorridos en los cuales se procedió a la aplicación también de los otros instrumentos.

Todos los datos se procedieron a calcular según las indicaciones de cada instrumento según los anexos 1, 2 y 3 y establecer los resultados específicos para cada medición. Posteriormente la información se detalló en IBM Spss 20 para su medición para la obtención de resultados estadísticos con tablas y gráficas.

Con la información se calculó la hipótesis de investigación, las relaciones significativas entre las variables y las correlaciones que establecen la influencia entre las variables con la Correlación de Pearson, el p value y el chi cuadrado.

## CAPÍTULO 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

### 4.1. Características de la población: Datos sociodemográficos

Los datos sociodemográficos se relacionaron con la salud mental y la funcionalidad familiar, para establecer si son factores que pueden influir en los cuidadores de personas con discapacidad.

#### Edad

Tabla 4. Edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	20 - 40 años	13	32,5	32,5
	41 - 64 años	20	50,0	82,5
	Más de 65 años	7	17,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0

Fuente: Instrumentos aplicados

Elaborado por: Avila (2021)

#### Análisis e interpretación de resultados

La edad de la población investigada se encuentra entre los 20 a 65 años de la población evaluada, el 50% pertenece al grupo de 41 a 64 años, lo que hace pensar que son personas que se encuentran en un rango etario donde pueden enmascarar enfermedades en conjunto con problemas crónicos, sumándose estrés, la ansiedad, la depresión y la sobrecarga que genera el cuidado de una persona con algún tipo de discapacidad, dándose como resultado afectaciones de su salud integral llegando a convertirse en enfermos silenciosos.

## Sexo

Tabla 5. Sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	7	17,5	17,5
	Femenino	33	82,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0

Fuente: Instrumentos aplicados

Elaborado por: Avila (2021)

## Análisis e interpretación de resultados

El 82,5% del grupo investigado pertenecen al sexo femenino, y el 17,5% al masculino, por lo que se destaca su rol de cuidador la presencia de la mujer, siendo imprescindible su papel dentro del contexto familiar y que sus funciones delegadas en el cuidado, la responsabilidad para mantener y cuidar tanto a sus hijos, su pareja y más aún a una persona con discapacidad, son destacadas.

## Estado civil

Tabla 6. Estado civil

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltero	5	12,5	12,5
	Casado	23	57,5	70,0
	Viudo	3	7,5	77,5
	Unión libre	7	17,5	95,0
	Divorciado	2	5,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0

Fuente: Instrumentos aplicados

Elaborado por: Avila (2021)

## Análisis e interpretación de resultados

El estado civil es otro punto que se consideró, donde el 57,5% está casado, el 17,5% vive en unión libre con su pareja, el 12,5% es soltero, en 7,5% es viudo y finalmente

5% es divorciado. La mayor parte de la población investigada se ubica como casado, que establece que tiene la responsabilidad del cuidado del hogar conjuntamente con su pareja.

### Nivel educativo

Tabla 7. Nivel educativo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Primaria completa	13	32,5	32,5
	Primaria incompleta	10	25,0	57,5
	Secundaria completa	7	17,5	75,0
	Secundaria incompleta	6	15,0	90,0
	Universidad	1	2,5	92,5
	Ninguno	3	7,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0

Fuente: Instrumentos aplicados

Elaborado por: Avila (2021)

### Análisis e interpretación de resultados

Del 100% de encuestados, 32,5% posee primaria completa en el caso de su nivel educativo, el 25% primaria incompleta, el 17,5% en cambio secundaria completa, el 15% cuenta con secundaria incompleta, el 7,5% no posee ningún nivel educativo y sólo un 2,5% cuenta con formación de tercer nivel. El nivel de formación de los cuidadores puede motivar a dificultades en los cuidados de las personas con diferentes discapacidades.

## 4.2. Análisis de la salud mental

### Estados de ansiedad

Tabla 8. Estados de ansiedad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Ausente	7	17,5	17,5	17,5
Leve	22	55,0	55,0	72,5
Moderado	8	20,0	20,0	92,5
Grave	2	5,0	5,0	97,5
Muy grave/incapacitante	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Fuente: Instrumentos aplicados

Elaborado por: Avila (2021)

### Análisis e interpretación de resultados

Del 100% de personas evaluadas, el 55% tiene ansiedad leve, en el 20% es moderada, en el 17,5% se encuentra ausente, en el 5% es grave y finalmente en el 2,5% es muy grave o incapacitante. La ansiedad es un problema común en los cuidadores de personas con discapacidad, que provoca estrés, presión constante por la responsabilidad que acarrea la atención a grupos vulnerables, es necesario actuar de manera rápida inmediata para prevenir que los estados de ansiedad leve, se vuelvan graves y afecten la salud de la muestra investigada.

### Escala de Ansiedad de Hamilton

Tabla 9. Escala de ansiedad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Ansiedad psíquica	26	65,0	65,0	65,0
Ansiedad somática	7	17,5	17,5	82,5
Ninguna	7	17,5	17,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Fuente: Instrumentos aplicados

Elaborado por: Avila (2021)

### **Análisis e interpretación de resultados**

Del 100% de personas evaluadas, el 65% tiene ansiedad psíquica, el 17,5% obtuvo ansiedad somática y el 17,5% no posee ningún tipo de ansiedad. La información demuestra que la ansiedad es un problema frecuente en la población investigada, por la situación familiar y la presión de los cuidados a una persona con discapacidad.

### **Escala de Depresión de Zung**

Tabla 10. Depresión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Rango normal	25	62,5	62,5	62,5
Ligeramente deprimido	10	25,0	25,0	87,5
Moderadamente deprimido	4	10,0	10,0	97,5
Severamente deprimido	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Fuente: Instrumentos aplicados

Elaborado por: Avila (2021)

### **Análisis e interpretación de resultados**

El 100% de personas evaluadas, 62,5% obtiene un rango normal con relación a la depresión, es decir que su percepción de la realidad, sus sentimientos de autoestima y tristeza son normales, que se presentan por problemas en el hogar y su entorno, el 25% está ligeramente deprimido, el 10% moderadamente deprimida y finalmente 2,5% se ubica en una situación crítica que requiere tratamiento por estar severamente deprimido. Hay que considerar que es necesario actuar en el grupo poblacional con mayor riesgo, sobre todo en la prevención oportuna en el porcentaje con bajos niveles de depresión a través de actividades de psicoterapia y apoyo emocional.

### 4.3. Efectividad en el funcionamiento familiar (ASF-E) de Friedemann

Tabla 11. Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
	Bajo nivel de la efectividad de la funcionalidad familiar	5	12,5	12,5
	Intermedio nivel de la efectividad de la funcionalidad familiar	23	57,5	70,0
	Alto nivel de la efectividad de la funcionalidad familiar	12	30,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0

Fuente: Instrumentos aplicados

Elaborado por: Avila (2021)

### Análisis e interpretación de resultados

La efectividad del funcionamiento familiar según el test aplicado se ubicó la mayor parte en un nivel intermedio con el 57,5%, el 30% en cambio obtienen un alto nivel y el 12,5% en cambio es bajo. Los resultados obtenidos muestran que el funcionamiento familiar de las familias no es el adecuado, estas variables guardan relación con las relaciones familiares y la comunicación que se presenta problemática en los hogares. Las familias funcionales permiten que existan mejores cuidados para las personas con discapacidad, puesto que cuentan con el apoyo de los miembros de un hogar, en cambio las familias disfuncionales provocan distanciamiento que puede influir en la salud mental de los cuidadores y de las personas a las cuales cuidan.

### 4.4. Verificación de la hipótesis

Para el desarrollo de la hipótesis se utilizó el método denominado como chi cuadrado, el cual se calculó con el programa IBM Spss 20. Para proceder al cálculo de chi cuadrado se usaron los datos estadísticos del test de Estados de ansiedad y la escala de efectividad en el funcionamiento familiar, se obtienen las frecuencias observadas según los resultados y posteriormente se procede a calcular las



frecuencias esperadas como se observa en la tabla 9.

Tabla 12. Comprobación de la hipótesis, frecuencias observadas y esperadas

		Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (ASF-E) de Friedemann			Total	
		Bajo nivel de la efectividad de la funcionalidad familiar	Intermedio nivel de la efectividad de la funcionalidad familiar	Alto nivel de la efectividad de la funcionalidad familiar		
<b>Síntomas de los estados de ansiedad</b>	Ausente	Frecuencia observada	3	3	1	7
		Frecuencia esperada	0,9	4	2,1	7
	Leve	Frecuencia observada	1	14	7	22
		Frecuencia esperada	2,8	12,7	6,6	22
	Moderado	Frecuencia observada	0	5	3	8
		Frecuencia esperada	1	4,6	2,4	8
	Grave	Frecuencia observada	0	1	1	2
		Frecuencia esperada	0,3	1,2	0,6	2
	Muy grave/incapacitante	Recuento	1	0	0	1
		Frecuencia esperada	0,1	0,6	0,3	1
	<b>Total</b>	Frecuencia observada	5	23	12	40
		Frecuencia esperada	5	23	12	40

Para desarrollar la prueba de chi cuadrado se obtienen la siguiente información:

Grados de libertad determinados = 8

Nivel de significancia = 0,05.

Por lo cual el valor de la tabla de distribución es de: 15,5073

Tabla 13. Pruebas de chi-cuadrado

Aplicar	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	16,001 <sup>a</sup>	8	,042
<b>Razón de verosimilitudes</b>	12,859	8	,117
<b>Asociación lineal por lineal</b>	,550	1	,458
<b>N de casos válidos</b>	40		

a. 13 casillas (86,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,13.

### Regla de decisión

Al obtenerse el valor  $X^2C = 16,001$  de las frecuencias calculadas de los instrumentos aplicados, constituyéndose mayor que  $X^2T$  de la tabla de distribución = 15,5073, con 8 gl y un nivel de significancia de 0,05 y un  $p = 0,042$ , se acepta la hipótesis alternativa (h1) “Funcionalidad familiar SI influye en la salud mental de los cuidadores de personas con discapacidad en el cantón Mocha”, por lo se rechaza la hipótesis nula (h0) “Funcionalidad familiar No influye en la salud mental de los cuidadores de personas con discapacidad en el cantón Mocha”.

La tabla 14 demuestra las correlaciones débiles y muy débiles, puesto que la salud mental y la funcionalidad familiar dependen de otros factores sociales, pero existen relación significativa entre las variables.

Tabla 14. Correlación de variables

		Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (ASF-E) de Friedemann	Sexo	Edad	Estado civil	nivel educativo	Síntomas de los estados de ansiedad	Escala de Ansiedad de Hamilton	Escala de Depresión de Zung
Edad	Correlación de Pearson	0,118	0,09	1	-0,078	-0,31	0,34	0,241	0,241
	Sig. (bilateral)	0,468	0,579		0,634	0,052	0,032	0,135	0,135
	N	40	40	40	40	40	40	40	40
Estado civil	Correlación de Pearson	0,106	0,316	-0,078	1	-0,303	-0,123	0,077	0,017
	Sig. (bilateral)	0,515	0,047	0,634		0,058	0,449	0,637	0,919
	N	40	40	40	40	40	40	40	40
nivel educativo	Correlación de Pearson	-0,151	-0,628	-0,31	-0,303	1	0,149	-0,065	-0,194
	Sig. (bilateral)	0,354	0	0,052	0,058		0,358	0,69	0,23
	N	40	40	40	40	40	40	40	40
Síntomas de los estados de ansiedad	Correlación de Pearson	,119*	-0,347	,340*	-0,123	0,149	1*	-0,007	0,474
	Sig. (bilateral)	0,466	0,028	0,032	0,449	0,358		0,964	0,002
	N	40	40	40	40	40	40	40	40
Escala de Ansiedad de	Correlación de Pearson	0,017	0,142	0,241	0,077	-0,065	-0,007	1	-0,21

Hamilton	Sig. (bilateral)	0,918	0,381	0,135	0,637	0,69	0,964		0,194
	N	40	40	40	40	40	40	40	40
Escala de Depresión de Zung	Correlación de Pearson	0,274	0,142	0,241	0,017	-0,194	0,474	-0,21	1
	Sig. (bilateral)	0,087	0,381	0,135	0,919	0,23	0,002	0,194	
	N	40	40	40	40	40	40	40	40
Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (ASF-E) de Friedemann	Correlación de Pearson	1	0,233	0,118	0,106	-0,151	0,119	0,017	0,274
	Sig. (bilateral)		0,148	0,468	0,515	0,354	0,466	0,918	0,087
	N	40	40	40	40	40	40	40	40
Sexo	Correlación de Pearson	0,233	1*	0,09	,316*	-,628**	-0,347	,142*	,142**
	Sig. (bilateral)	0,148		0,579	0,047	0	0,028	0,381	0,381
	N	40	40	40	40	40	40	40	40

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

\*\*.. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

## Relaciones significativas entre variables

Para complementar el análisis de las correlaciones se obtiene el denominado p value, que establece el nivel de inferencia y relación que determina las relaciones de significancia que ayudan a la comprobación de hipótesis.

Tabla 15. Relaciones significativas entre variables

	Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (ASF-E) de Friedmann
<b>Edad</b>	,610
<b>Estado civil</b>	,290
<b>Nivel educativo</b>	,764
<b>Sexo</b>	,154
<b>Síntomas de los estados de ansiedad</b>	0,042
<b>Escala de Ansiedad de Hamilton</b>	0,033
<b>Escala de Depresión de Zung</b>	,419

El valor p mayor que 0,05 presenta relación significativa con los síntomas de los estados de ansiedad con el 0,042 y la escala de efectividad del funcionamiento familiar, no existe relación entre la depresión y el funcionamiento familiar. La ansiedad es un problema de salud mental que afecta las relaciones familiares, que establece el nivel de relación entre ambas variables.

### 4.5. Discusión de resultados

Una vez analizados los resultados, se pudo observar que la población de entre 41 a 61 años son los más propensos a desarrollar problemas crónicos, estrés y ansiedad, resultados parecidos a los obtenidos en la investigación de Pérez, García, Rodríguez, (2009) en la que la mayoría de su población de estudio tuvo una media de edad de 60 años (33), lo que demuestra que a mayor edad se incrementa los riesgos mentales.

Con respecto al sexo de los participantes en este estudio la mayoría de la población

(82,5%) pertenecieron al sexo femenino, al igual que en el estudio de Carretero, Garcés y Rodenas, (2015), en el cual el 70% de su población perteneció al sexo femenino (34), dejando ver que las mujeres son las más propensas a desarrollar problemas mentales ya que normalmente son quienes se encargan del cuidado familiar.

Por otra parte, el 57,5% de la población del presente estudio tenía un estado civil de casado, un resultado parecido al de Carretero, Garcés y Rodenas, (2015), y Pérez, García, Rodríguez, (2009), en los cuales el 40.5% de la de 64.7% (33), (34), respectivamente de la población estaban casados.

Como también, en este estudio se observó que la mayoría de la población (32,5%) solo tenía un grado de educación primaria, idéntico al resultado de Pérez, García, Rodríguez, (2009), en el que la mayoría (57.5%) de su población solo tenía estudios primarios (33), por lo que se puede mencionar que la falta de educación está relacionada al desarrollar estrés, ansiedad en los cuidadores de personas discapacitadas.

Los estados emocionales negativos que presentan los cuidadores tienden, por lo general, a reprimir y negar las mismas. Los afectados por la ansiedad y la depresión manifiestan un sentimiento de abandono, soledad e impotencia para solucionar problemas de su rutina diaria. Turtós Carbonell (2018) encontraron cuidadores que se dedicaron a esa tarea durante varios años. En estos casos, se demostró que las afectaciones a la salud fueron proporcionales al tiempo dedicado y se acentuaba el desgaste físico y psicológico.

Pasando a los resultados del nivel de ansiedad solo un 5% de la población de este estudio presento un nivel grave y un 2,5% muy grave o incapacitante, algo parecido al resultado obtenido por Gualpa, Yambay y Ramírez, (2019), en el cual solo el 11.3% de la población de cuidadores de personas con discapacidad presentaban niveles de ansiedad altos (35), por lo que se puede mencionar que la funcionalidad familiar no desarrolla una ansiedad alta.

De igual manera, en este estudio se idéntico que la mayoría de la población 65% sufre de ansiedad psíquica, idéntico al resultado obtenido por Dueñas y otros, (2016) en el que el 85.2% de la población de cuidadores presento este tipo de ansiedad (36),

observándose que es alta a aparición de síntomas emocionales por parte de los cuidadores de personas discapacitadas.

Con respecto a la depresión el 62,5% de la población presenta un rango normal sin depresión, resultado parece de Dueñas y otros, (2016) en el que el 81.3% presentaban un rango normal con relación a la depresión (36), por lo que se puede decir que sus niveles de autoestima, felicidad, etc. son normales.

Como también en el presente trabajo no se ha identificado que exista una asociación del nivel de salud mental de los cuidadores a la funcionalidad familiar, a pesar de que este es considerado un factor altamente estresante, por lo que la situación del entorno familiar parece no ser una variable concluyente en la fortaleza mental del cuidador.

Además, se halló que la efectividad del funcionamiento familiar en su mayor parte se encontró en un nivel intermedio con un 57,5%, a diferencia de los resultados obtenidos por Pérez, García, Rodríguez, (2009), quienes ubicaron a un 25.07% en un nivel intermedio del funcionamiento familiar (33).

Finalmente es importante recalcar que los resultados conseguidos en este trabajo tienen que corroborarse mediante estudios prospectivos, de forma que la relación entre las variables y sus variaciones en el tiempo puedan verse y posiblemente ayuden a explicar otras controversias, como el aumento o el declive del riesgo de muerte de los cuidadores.

## **CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1. Conclusiones**

La funcionalidad familiar de los cuidadores de personas con discapacidad presenta un nivel de efectividad intermedio en el 57,5% de la muestra investigada, la información establece que las relaciones familiares no llegan a grados preocupantes de disfuncionalidad y mala comunicación, pero es probable la presencia de problemas en el entorno de los hogares, mayor corresponsabilidad, compromiso y apoyo social.

Con respecto a la salud mental de los cuidadores de personas con discapacidad, el 62,5% no tiene depresión, solo un bajo porcentaje presenta riesgos críticos, en cambio la ansiedad es un problema más frecuente, la mayor parte tiene ansiedad leve y moderada que representa el 55% y el 20% respectivamente, solo un 2,5% tienen ansiedad grave o incapacitante. La ansiedad es psíquica en el 65%, en el 17,5% en cambio es somática y solo 17,5% no ha tenido ansiedad o síntomas relacionados por su actividad de cuidador.

Hay una relación significativa entre la funcionalidad familiar y la salud mental, los síntomas de los estados de ansiedad y la escala de efectividad del funcionamiento familiar presentan una asociación significativa, no existe relación entre la depresión y el funcionamiento familiar.

Los datos del estudio muestran la necesidad de implementar un programa educativo de apoyo social para el grupo familiar de los cuidadores dirigido a la promoción del cuidado de la salud mental basado en actividades de enseñanza aprendizaje que mejoren los estilos de afrontamiento y trabajen en la corresponsabilidad del grupo familiar.



## **5.2. Recomendaciones**

Fomentar las relaciones familiares a través de modelos de comunicación integral en la cual las familias mejoren su funcionalidad, su apoyo social a sus miembros a través de actividades de enseñanza aprendizaje y talleres vivenciales que fortalezcan el respeto y responsabilidad.

Planificar jornadas de salud mental para los cuidadores de pacientes con discapacidad y sus familias para implementar actividades que les ayuden a fortalecer sus relaciones familiares, comprensión, comunicación, respeto y corresponsabilidad social.

Diseñar un programa educativo de apoyo social para el grupo familiar de los cuidadores dirigido a la promoción del cuidado de la salud mental, en el cual se trabaje la mejora de la funcionalidad familiar con el desarrollo de actividades que mejoren las relaciones familiares y disminuyan el riesgo de depresión y ansiedad a través de la enseñanza de estilos afrontamiento.

## **CAPÍTULO 6. PROPUESTA**

### **6.1. Datos Informativos**

#### **Título de la propuesta**

Programa educativo de apoyo social para el grupo familiar de los cuidadores dirigido a la promoción del cuidado de la salud mental.

#### **Responsables**

**Autora:** Ana Mercedes Avila Chillo

**C.I.** 0201376787

**Teléfono:** 0992507627

**Email:** aavila6787@uta.edu.ec

**Tutor:** Dr. Esp. Henry Estalin Moreta Colcha

### **6.2. Antecedentes de la propuesta**

La aplicación de los instrumentos determina que la ansiedad es un problema de salud mental frecuente en la población estudiada, aunque con un valor leve, pero que puede ser crítico sino se desarrollan acciones preventivas tempranas. A continuación, se resumen los resultados obtenidos acerca de la funcionalidad familiar y la salud mental

El 55% tiene ansiedad leve, en el 20% es moderada, en el 17,5% se encuentra ausente, en el 5% es grave y finalmente en el 2,5% es muy grave o incapacitante. La ansiedad es un problema común en los cuidadores de personas con discapacidad. El 65% tiene ansiedad psíquica, el 17,5% obtuvo ansiedad somática y el 17,5% no posee ningún tipo de ansiedad. El 62,5% obtiene un rango normal con relación a la depresión, el 25% está ligeramente deprimido, el 10% moderadamente deprimida y finalmente 2,5% se ubica en una situación crítica. La efectividad del funcionamiento familiar ubicó a la mayor parte en un nivel intermedio con el 57,5%, el 30% en cambio obtienen un alto nivel y el 12,5% en cambio es bajo.

Al desarrollar un análisis de las relaciones significativa, el valor p mayor que es 0,05 presenta relación significativa con los síntomas de los estados de ansiedad con el 0,042 y la escala de efectividad del funcionamiento familiar, no existe relación entre la depresión y el funcionamiento familiar.

### **6.3. Justificación**

La presente propuesta tiene como finalidad desarrollar una intervención para mejorar la funcionalidad familiar que fortalezcan las relaciones entre los miembros de un hogar, enfocándose en la reducción de la sobrecarga del cuidador, la asistencia en manejo de conductas problemáticas y la sensibilización a la familia acerca de la corresponsabilidad del cuidado de las personas con discapacidad, así prevenir cualquier riesgo de salud mental presentan la población beneficiaria.

Los beneficiarios de la presente propuesta son los cuidadores de las personas con discapacidad puesto que requieren del apoyo de la familia para prevenir problemas de salud mental futuros, tratar los niveles de ansiedad presentes en un grupo de la población evaluada y Adicionalmente fomentar la corresponsabilidad, por lo cual se brindarán actividades tanto para mejorar la salud mental de los cuidadores como también fortalecer las relaciones y la comunicación en los hogares, a través de talleres motivacionales educativos enfocados al desarrollo de habilidades sociales significativas en el grupo familiar.

### **6.4. Objetivos**

#### **6.4.1. Objetivo General**

Diseñar actividades de enseñanza aprendizaje para la promoción y el cuidado de la salud mental de los cuidadores de personas con discapacidad.

#### **6.4.2. Objetivos Específicos**

Sensibilizar al grupo familiar acerca de la importancia de la corresponsabilidad en los cuidados de la persona con discapacidad.

Implementar talleres educativos motivacionales para la mejora de las capacidades de afrontamiento de los cuidadores de personas con discapacidad para la reducción de la sobrecarga y estrés.

Planificar asesorías personalizadas para el manejo de la ansiedad y el estrés con

actividades educativas lúdicas.

## **6.5. Análisis de factibilidad**

La presente propuesta es factible porque se cuenta con el apoyo de las autoridades del centro de salud para emprender las actividades según el cronograma de actividades establecido que es de 6 meses, por lo cual se acudirán a los hogares de los cuidadores para desarrollar e implementar el modelo operativo presentado.

La investigadora cuenta con todos los recursos técnicos y la formación adecuada para trabajar las actividades de asesoría, sensibilización y educación, que reducen los costos y gastos. Además, el centro de salud tiene los servicios profesionales de psicólogos, que brindarán la información necesaria y los contenidos para trabajar en los talleres y charlas planificados. Hay que considerar que entre los fines del Ministerio de Salud del Ecuador es mejorar la salud mental de la población, lo cual sustenta el plan educativo presentado puesto que se enfoca a este ámbito, así se integran a este planteamiento la población afectada por la sobrecarga y demanda de cuidar a personas con discapacidad.

Las herramientas tecnológicas brindan además la posibilidad de diseñar diferentes productos y recursos educativos de enseñanza aprendizaje para llegar a todos los miembros del grupo familiar sumándose a eso la información que puede encontrarse en los recursos de internet que ayudarán al diseño de los contenidos del plan educativo y la preparación de guías con las cuales el personal de salud y la investigadora podrá trabajar el modelo operativo diseñado.

## **6.6. Fundamentación**

### **Estrategias de apoyo social y familiar para cuidadores**

El apoyo social se puede definir como la existencia o disponibilidad de personas en las que podemos confiar, personas que nos hacen saber que se preocupan, valoran y aman]. Clásicamente, este constructo se ha clasificado en dos dimensiones: estructural y funcional. La dimensión estructural se refiere al tamaño, composición y complejidad de la red social. La dimensión funcional comprende los tipos

funcionales de asistencia (prestados o disponibles) que generalmente se pueden clasificar en: emocional, instrumental e informativa. Además, la dimensión funcional se puede medir de dos formas: percibida y recibida. El apoyo percibido se refiere a la evaluación de la disponibilidad de apoyo cuando se necesita, la valoración de su idoneidad y la calidad de dicho apoyo, mientras que el apoyo recibido se refiere a la naturaleza y frecuencia de las transacciones de apoyo específicas (31).

El apoyo social se ha estudiado en varios contextos, uno de los cuales es el cuidado informal. El estudio del cuidado familiar es una buena oportunidad para analizar cómo se relaciona el apoyo social con los resultados psicológicos. El cuidado de un familiar es un evento estresante que puede tener efectos negativos en la salud y el bienestar de los cuidadores. En el cuidado, el apoyo social ha sido analizado bajo el estrés y los modelos de afrontamiento derivados de la Teoría del Estrés Transaccional de Lazarus y Folkman. En estos modelos, las consecuencias de los posibles eventos estresantes dependen de la valoración personal del cuidador de estos eventos y de los recursos del cuidador, como el apoyo social. A partir de estos modelos, algunos autores han intentado teorizar cómo el apoyo social modula las consecuencias del estrés y ansiedad. El apoyo social puede desempeñar un papel en dos puntos diferentes de la secuencia causal, vinculando el estrés con sus consecuencias. Primero, la percepción de que otros pueden proporcionar los recursos necesarios podría llevar a evaluar una situación como menos estresante. En segundo lugar, la recepción real de apoyo puede aliviar el impacto del estrés proporcionando una solución al problema, reduciendo la importancia percibida del problema, proporcionando distracción del problema o facilitando comportamientos saludables. Por lo tanto, el apoyo social podría disminuir el impacto de los factores estresantes en la situación emocional del cuidador (31)..

## **6.7. Modelo operativo**

Tabla 16. Modelo operativo

Fases	Metas	Actividades	Tiempo	Responsable	Resultados
Planificación de la propuesta	Planificar las actividades de la propuesta con la finalidad de definir su cumplimiento en el periodo de ejecución-	Diseño un plan operativo para cada actividad con el apoyo del personal de salud y las familias.	1 mes	Investigadora	1 cronograma y plan operativo presentados al centro de salud.
Diseño de actividades de la propuesta	Elaborar las fases del desarrollo de las actividades de la propuesta para la organización de recursos logísticos.	Presentación de las actividades según el modelo operativo diseñado a las autoridades del centro de Salud.	6 meses	Investigadora	Implementar el 70% de las actividades consideradas en el plan.
Sensibilización acerca de la corresponsabilidad familiar en los cuidados de la persona con discapacidad	Implementar actividades de enseñanza aprendizaje para desarrollar compromisos de corresponsabilidad con el cuidado de las personas con discapacidad.	<p><b>Diagnóstico</b></p> <p>En esta etapa se analizará el nivel de conocimientos de los otros miembros de la familia acerca de los cuidados a una persona con discapacidad, se implementará una encuesta con diez preguntas, para elaborar los contenidos para la sensibilización de grupo familiar.</p> <p><b>Planificación de actividades</b></p> <p>En esta etapa se plantea el diseño de las</p>	1 mes conforme se recolectará la información con los participantes	Investigadora	El 80% de los contenidos de la sensibilización se obtuvieron de las necesidades de formación del grupo familiar en cuidado de personas con discapacidad.

		<p>actividades que se desarrollarán con el grupo familiar, para este fin se seleccionaron las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Charlas informativas de 60 minutos una vez por semana</li> <li>• Diseño un díptico de cuatro partes para presentar la importancia de la corresponsabilidad de grupo familiar en el cuidado de las personas con discapacidad que se entregará a los pacientes una vez a la semana los viernes en el centro de salud.</li> <li>• Visitas a las familias para para brindar charlas informativas acerca de la corresponsabilidad familiar y los riesgos que puede tener el cuidador sin el apoyo de la familia.</li> </ul> <p><b>Implementación de las actividades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para la implementación de las actividades se desarrollará un cronograma y modelo operativo que establezca el tipo de recursos logísticos requeridos.</li> <li>• Se recolectará información para el diseño de díptico a través de una revisión</li> </ul>	30 días		<p>El 50% de las familias participan de las charlas para brindar apoyo social al cuidador.</p> <p>El 40% de familias se informan acerca de la importancia de la corresponsabilidad de grupo familiar en el cuidado de las personas con discapacidad.</p> <p>El 40% de las familias conocen los riesgos del cuidado de una persona con discapacidad sin el apoyo social de la familia.</p>
--	--	---	---------	--	---

		<p>bibliográfica acerca de la corresponsabilidad del grupo familiar el cuidado de personas con discapacidad y se diseñará en el programa Adobe Photoshop, se imprimirán por lo mínimo 50 copias y se entregarán en el centro de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se elaborará un cronograma de visitas para las familias y se efectuará una visita previa para tratar acerca de la actividad y solicitar el consentimiento informado.</li> <li>• Charla: se presentará material en vídeos, fotografías y se utilizará la técnica de discusión debate para tratar acerca de la corresponsabilidad de la familia en el cuidado familiar de la persona con discapacidad. Se diseñará los contenidos a presentarse de manera semanal</li> </ul>	<p>30 días, una vez por semana Duración: 1 hora.</p>		<p>El 40% se informa acerca de la corresponsabilidad de la familia en el cuidado familiar de la persona con discapacidad</p>
<p>Talleres educativos motivacionales para la mejora de las capacidades de afrontamiento de los cuidadores</p>	<p>Desarrollar capacidades y competencias en el grupo familiar para la  Desarrollar</p>	<p><b>Diagnóstico.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnóstico de las necesidades formación para la determinación de los contenidos y elaboración de los materiales para cada taller.</li> </ol>	<p>1 mes en la cual se evalúan los resultados.</p>	<p>Investigadora</p>	<p>El 50% de las familias conocen la prevención de riesgos psicosociales como la ansiedad y el estrés en la persona encargada del cuidado de</p>



	<p>habilidades sociales y cognitivas para el manejo adecuado del estrés a través del desarrollo de la autoestima y la motivación de los cuidadores.</p>	<p>2. Se implementa una encuesta sobre los conocimientos de los participantes.</p> <p><b>Organización y planificación</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaboración un cronograma de actividades con la planificación de los talleres, con los objetivos y metas que se conseguirán con su desarrollo.</li> <li>2. Compra y selección de recursos materiales, humanos y logísticos para la ejecución.</li> </ol> <p><b>Ejecución</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se planificarán cuatro talleres por año, con base a los siguientes contenidos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados de la persona con discapacidad</li> <li>• Riesgos o físicos y psicosociales del cuidador de la persona con discapacidad</li> <li>• Funcionalidad de la familia y la salud mental de los cuidadores.</li> <li>• Ansiedad estrés y depresión en los cuidadores de personas con discapacidad</li> </ul> </li> <li>2. Para iniciar con los talleres se convocará a la población a participar e inscribirse en</li> </ol>	<p>30 días para el desarrollo logístico de la propuesta.</p> <p>6 a 12 meses para implementar los talleres de 10 horas cada uno.</p>		<p>la persona con discapacidad.</p> <p>El 60% de las familias participan en los talleres y se educan en temas de ansiedad, depresión y estrés.</p>
--	---	--	--	--	--

		<p>los talleres</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Se desarrollará un cronograma de actividades de ejecución de cada taller.</li> <li>4. Se diseñarán los materiales requeridos para el taller.</li> <li>5. Durante la jornada se utilizará la metodología activa de enseñanza aprendizaje, al empezar el taller se seleccionaron 2 juegos lúdicos para presentación, durante el desarrollo del taller se presentarán vídeos, diapositivas y se darán diferentes recomendaciones a los participantes. Finalmente se elaborará un registro de asistencia y se plantean las conclusiones con interrogantes acerca de la importancia de la salud mental de los cuidadores.</li> </ol>			
Asesorías personalizadas para el manejo de la ansiedad y el estrés	Mejorar la capacidad de los cuidadores para afrontar la carga y el estrés con la enseñanza aprendizaje de un buen manejo del tiempo y de los	<p><b>Ejecución</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Para las asesorías personalizadas se plantearán actividades dentro del centro de salud con los pacientes de manera directa durante la atención y consulta médica, con el consentimiento informado de los participantes.</li> </ol>	Se plantea una duración de 3 meses para la actividad en la cual se cumplirá cada actividad. En el primer mes	Investigadora	El 60% participa en actividades de asesoría para el afrontamiento de la sobrecarga del cuidador familiar.

	recursos.	<p>2. Se elaborarán materiales que se entregarán a los pacientes durante la consulta médica.</p> <p>3. En las asesorías se implementarán juegos motivadores, dinámicas y actividades reflexivas que ayuden a relajamiento de la persona, también se les enseñará acerca de técnicas de relajación cuando sientan estrés excesivo y no puedan manejar la ansiedad.</p>	<p>se organizará a las familias y diseñaran los materiales.</p> <p>En los dos meses posteriores se desarrollará las asesorías los viernes.</p> <p>La duración será de 1 hora.</p>		
Evaluación	Evaluar las actividades planificadas con la finalidad de conocer los niveles de cumplimiento.	<p>Diseño de un plan de evaluación</p> <p>Implementación de instrumento de evaluación de la propuesta como encuesta y Check list.</p> <p>Tabular la información obtenida.</p> <p>Mejorar las actividades de la propuesta permanente.</p>	Durante el desarrollo de las actividades.	Investigadora	El 95% de las actividades fueron evaluadas.

## 6.8. Administración

La administración de la propuesta estará a cargo de la investigadora con el apoyo del equipo de salud, desarrollándose en un periodo de 6 a 12 meses.

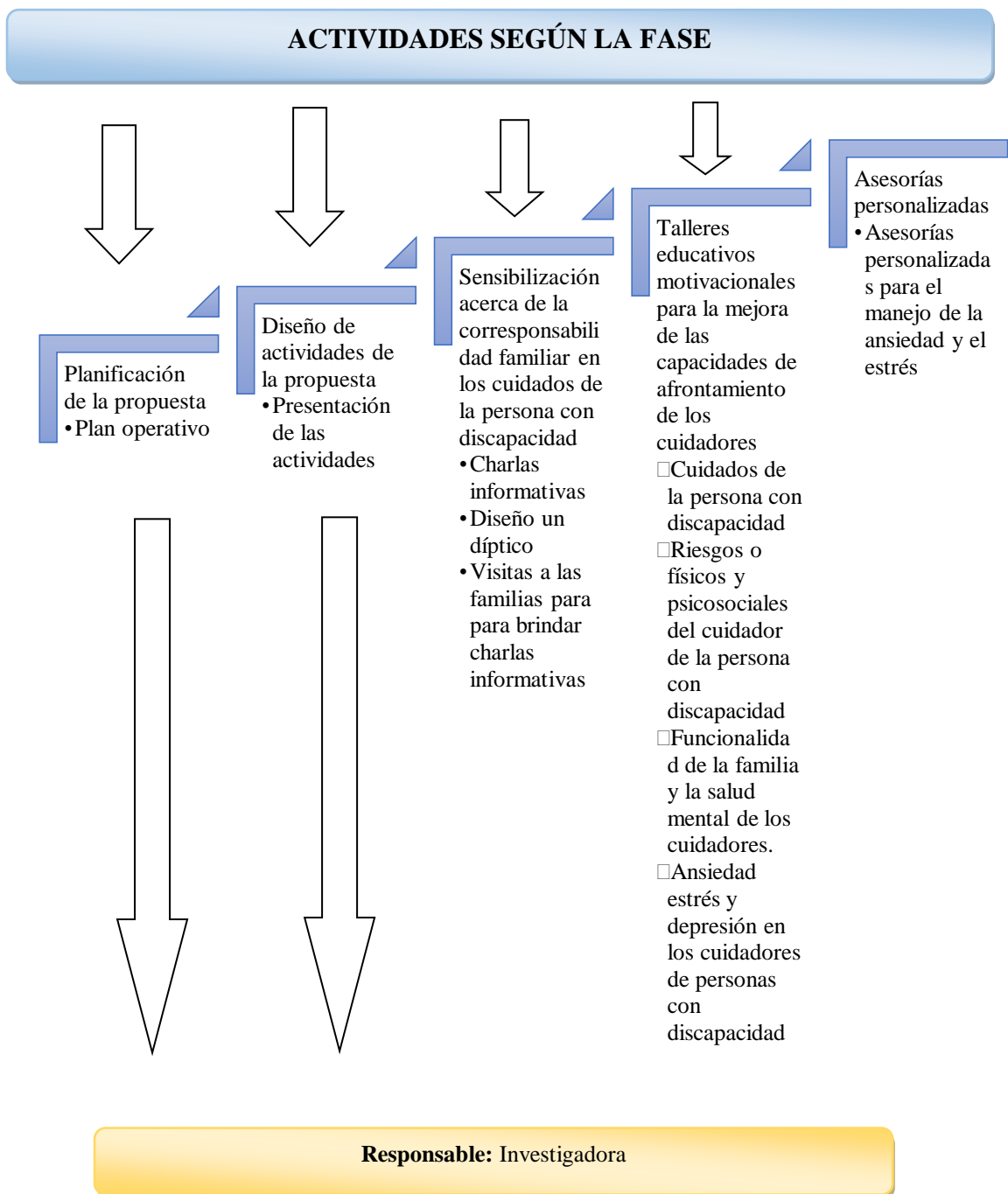


Figura 2. Administración.

## **6.9. Previsión de la evaluación**

Para la previsión de la evaluación se desarrollaron actividades de control y seguimiento por cada actividad se utilizarán los siguientes instrumentos:

- Cuestionario de encuesta
- Grupos focales
- Registros visuales.

Las personas encargadas para la evaluación serán la investigadora, los beneficios y el personal de salud. Sera de manera permanente para prevenir errores y mejorar los resultados a obtenerse.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bademli K, Lök N, Kılıc AK. Relationship Between Caregiving Burden and Anger Level in Primary Caregivers of Individuals With Chronic Mental Illness. *Arch Psychiatr Nurs*. junio de 2017;31(3):263–8.
2. Koschorke M, Padmavati R, Kumar S, Cohen A, Weiss HA, Chatterjee S, et al. Experiences of stigma and discrimination faced by family caregivers of people with schizophrenia in India. *Soc Sci Med*. abril de 2017;178:66–77.
3. Masarik AS, Conger RD. Stress and child development: a review of the Family Stress Model. *Curr Opin Psychol* [Internet]. 2017;13:85–90. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352250X16300549>
4. Wade M, Prime H, Johnson D, May SS, Jenkins JM, Browne DT. The disparate impact of COVID-19 on the mental health of female and male caregivers. *Soc Sci Med* [Internet]. 2021;275:113801. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953621001337>
5. Prime H, Wade M, Browne DT. Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. *Am Psychol*. 2020;75(5):631–43.
6. Pierce BS, Perrin PB, Tyler CM, McKee GB, Watson JD. The COVID-19 telepsychology revolution: A national study of pandemic-based changes in U.S. mental health care delivery. *Am Psychol*. 2021;76(1):14–25.
7. Serafini G, Parmigiani B, Amerio A, Aguglia A, Sher L, Amore M. The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM*. junio de 2020;113(8):531–7.
8. Neece C, McIntyre LL, Fenning R. Examining the impact of COVID-19 in ethnically diverse families with young children with intellectual and developmental disabilities. *J Intellect Disabil Res*. octubre de 2020;64(10):739–49.
9. Wardell JD, Kempe T, Rapinda KK, Single A, Bilevicius E, Frohlich JR, et al. Drinking to Cope During COVID-19 Pandemic: The Role of External and Internal Factors in Coping Motive Pathways to Alcohol Use, Solitary Drinking, and Alcohol Problems. *Alcohol Clin Exp Res*. octubre de 2020;44(10):2073–83.

10. Fontanesi L, Marchetti D, Mazza C, Di Giandomenico S, Roma P, Verrocchio MC. The effect of the COVID-19 lockdown on parents: A call to adopt urgent measures. *Psychol Trauma Theory, Res Pract Policy*. 2020;12:S79–81.
11. Brown SM, Doom JR, Lechuga-Peña S, Watamura SE, Koppels T. Stress and parenting during the global COVID-19 pandemic. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2020;110:104699. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213420303549>
12. Patrick SW, Henkhaus LE, Zickafoose JS, Lovell K, Halvorson A, Loch S, et al. Well-being of Parents and Children During the COVID-19 Pandemic: A National Survey. *Pediatrics*. octubre de 2020;146(4).
13. CEPAL. The COVID-19 pandemic is exacerbating the care crisis in Latin America and the Caribbean. *COVID-19 Response* [Internet]. 2020;1(02):1–4. Disponible en: <https://estadisticas>.
14. CEPAL. Women’s autonomy in changing economic scenarios (LC/CRM.14/3). Santiago de Chile; 2019.
15. Sierra L, Montoya R, Paz M, López M, Montalvo A. Experiencia del Cuidador familiar con los cuidados paliativos y al final de la vida. *Index de Enfermería* [Internet]. 2019;28(2). Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962019000100011](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000100011)
16. Brigola AG, Luchesi BM, Alexandre T da S, Inouye K, Mioshi E, Pavarini SCI. High burden and frailty: association with poor cognitive performance in older caregivers living in rural areas. *Trends psychiatry Psychother*. 2017;39(4):257–63.
17. Zhong Y, Wang J, Nicholas S. Social support and depressive symptoms among family caregivers of older people with disabilities in four provinces of urban China: The mediating role of caregiver burden. *BMC Geriatr*. 2020;20(1):1–10.
18. da Costa JJ, Oliveira AC, da Silva I, Albuquerque JG, de Moura TT, Tenório Sou AM. Family functionality and burden of family caregivers of users with mental disorders. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(5):e20201061.
19. Pavarini SCI, Bregola AG, Luchesi BM, Oliveira D, Orlandi F de S, de Moura FG, et al. Social and health-related predictors of family function in older spousal caregivers: A cross-sectional study. *Dement e Neuropsychol*.

- 2020;14(4):372–8.
20. Nenobais A, Jatimi A, Jufriyanto M. Family Burden for the Caregivers of People with Mental Disorders: A Systematic Review. *J Ners*. 2019;14(3):26.
  21. Ebrahimi A, Nasiri-Dehsorkhi H, Hosseini SM, Afshar-Zanjani H, Schroeder J. Psychosomatic Symptoms, Depression, and Anxiety among Parents and Caregivers of People With Disability *بيستم جلد الحاوى*. *J Body, Mind Cult* [Internet]. 2021;8(2). Disponible en: <https://ijbmc.org/index.php/ijbmc/article/view/267>
  22. Asamblea Nacional del Ecuador. Constitución de la República Ecuador. *Regist Of* 449. 2008;132.
  23. Ley Orgánica de Salud del Ecuador. Registro Oficial Suplemento 423 de 22-dic.-2006. Última modificación: 18-dic.-2015. 2015;13. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORGÁNICA-DE-SALUD4.pdf>
  24. Zhang T, Wang Z. The Effects of Family Functioning and Psychological Suzhi Between School Climate and Problem Behaviors. *Front Psychol*. 2020;11(March):1–9.
  25. Zhang Y. Family functioning in the context of an adult family member with illness: A concept analysis. *J Clin Nurs*. agosto de 2018;27(15–16):3205–24.
  26. Pisula E, Porębowicz-Dörsmann A. Family functioning, parenting stress and quality of life in mothers and fathers of Polish children with high functioning autism or Asperger syndrome. *PLoS One*. 2017;12(10):e0186536.
  27. Masters RK, Tilstra AM, Simon DH. Explaining recent mortality trends among younger and middle-aged White Americans. *Int J Epidemiol*. febrero de 2018;47(1):81–8.
  28. Thomas PA, Liu H, Umberson D. Family Relationships and Well-Being. *Innov Aging*. 2017;1(3):1–11.
  29. Jabbari B, Rouster A. Family Dynamics. *Stat Pearls* [Internet] Treasure Island (FL): StatPearls [Internet]. 2021; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560487/>
  30. Gunn HE, Eberhardt KR. Family Dynamics in Sleep Health and Hypertension. *Curr Hypertens Rep*. abril de 2019;21(5):39.
  31. del-Pino-Casado R, Frías-Osuna A, Palomino-Moral PA, Ruzafa-Martínez M, Ramos-Morcillo AJ. Social support and subjective burden in caregivers of



- adults and older adults: A meta-analysis. *PLoS One*. 2018;13(1):1–18.
32. Oliveira NA de, Souza ÉN, Luchesi BM, Inouye K, Pavarini SCI. Stress and optimism of elderlies who are caregivers for elderlies and live with children. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(4):697–703.
  33. Amonkar P, Mankar MJ, Thatkar P, Sawardekar P, Goel R, Anjenaya S. A Comparative Study of Health Status and Quality of Life of Elderly People Living in Old Age Homes and within Family Setup in Raigad District, Maharashtra. *Indian J community Med Off Publ Indian Assoc Prev Soc Med*. 2018;43(1):10–3.
  34. Aguiar AC de SA, Menezes TMDO, Camargo CL de. Arranjos familiares com pessoas idosas: fatores contributivos. *Av en Enfermería*. 2018;36(3):292–301.
  35. Kelly ME, Duff H, Kelly S, McHugh Power JE, Brennan S, Lawlor BA, et al. The impact of social activities, social networks, social support and social relationships on the cognitive functioning of healthy older adults: A systematic review. *Syst Rev*. 2017;6(1).
  36. Campos ACV, Rezende GP de, Ferreira EF e, Vargas AMD, Gonçalves LHT. Funcionalidade familiar de idosos brasileiros residentes em comunidade. *Acta Paul Enferm*. 2017;30(4):358–67.
  37. Nunes DP, de Brito TRP, Duarte YA de O, Lebrão ML. Caregivers of elderly and excessive tension associated to care: Evidence of the sabe study. *Rev Bras Epidemiol*. 2018;21(Suppl 2).
  38. Mathias K, Kermode M, San Sebastian M, Davar B, Goicolea I. An asymmetric burden: Experiences of men and women as caregivers of people with psycho-social disabilities in rural North India. *Transcult Psychiatry*. 2019;56(1):76–102.
  39. Velligan DI, Brain C, Bouérat Duvold L, Agid O. Caregiver Burdens Associated With Treatment-Resistant Schizophrenia: A Quantitative Caregiver Survey of Experiences, Attitudes, and Perceptions. *Front psychiatry*. 2019;10:584.
  40. Lucksted A, Stevenson J, Nossel I, Drapalski A, Piscitelli S, Dixon LB. Family member engagement with early psychosis specialty care. *Early Interv Psychiatry*. octubre de 2018;12(5):922–7.
  41. Meng N, Chen J, Cao B, Wang F, Xie X, Li X. Focusing on quality of life in the family caregivers of patients with schizophrenia from the perspective of

- family functioning: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2021;100(5). Disponible en: [https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2021/02050/Focusing\\_on\\_quality\\_of\\_life\\_in\\_the\\_family.56.aspx](https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2021/02050/Focusing_on_quality_of_life_in_the_family.56.aspx)
42. Azman A, Jamir Singh PS, Sulaiman J. The mentally ill and their impact on family caregivers: A qualitative case study. *Int Soc Work*. 2019;62(1):461–71.
  43. Yi M, Jiang D, Jia Y, Xu W, Wang H, Li Y, et al. Impact of caregiving burden on quality of life of caregivers of COPD patients: The chain mediating role of social support and negative coping styles. *Int J COPD*. 2021;16(March):2245–55.
  44. Hsu T, Nathwani N, Loscalzo M, Chung V, Chao J, Karanes C, et al. Understanding Caregiver Quality of Life in Caregivers of Hospitalized Older Adults With Cancer. *J Am Geriatr Soc*. mayo de 2019;67(5):978–86.
  45. Toledano-Toledano F, Domínguez-Guedea MT. Psychosocial factors related with caregiver burden among families of children with chronic conditions. *Biopsychosoc Med*. 2019;13:6.
  46. Toledano-Toledano F, Luna D. The psychosocial profile of family caregivers of children with chronic diseases: a cross-sectional study. *Biopsychosoc Med*. 2020;14(1):1–9.
  47. Toledano-Toledano F, Moral De La Rubia J, McCubbin LD, Cauley B, Luna D. Brief version of the coping health inventory for parents (CHIP) among family caregivers of children with chronic diseases. *Health Qual Life Outcomes*. 2020;18(1):1–14.
  48. Chamba Ortiz PA, Ojeda Orellana KP. Síndrome de sobrecarga en cuidadores familiares de adultos mayores y factores asociados. *Chordeleg*, 2017. *Rev la Fac Ciencias Médicas la Univ Cuenca*. 2019;37(1):11–9.
  49. Brigola A, Luchesi B, Rossetti E, Mioshi E, Inouye K, Pavarini S. Health profile of family caregivers of the elderly and its association with variables of care: a rural study. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(3):410–422.
  50. Schultze-Lutter F, Schmidt SJ, Theodoridou A. Psychopathology - A precision tool in need of re-sharpening. *Front Psychiatry*. 2018;9(SEP):1–6.
  51. Soto AL, Barreto P (dir. ), Pérez MA (dir. ). Beneficios de un programa de soporte para familiares de pacientes al final de la vida: estudio multicéntrico. Universitat de València; 2018.

52. Cadena Iñiguez P, Rendón-Medel R, Aguilar-Ávila J, Salinas- Cruz E, De la Cruz-Morales FDR, Sangerman- Jarquín DM. Quantitative methods, qualitative methods or combination of research: an approach in the social sciences. *Rev Mex Ciencias Agrícolas* [Internet]. 2017;8(7):1603. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2631/263153520009.pdf>
53. Manterola C, Quiroz G, Salazar P, García N. Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2019;30(1):36–49. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300057>
54. Monjarás A, Bazán A, Pacheco Z, Rivera J, Zamarripa JE, Cuevas CE. Diseños de Investigación. *Research Designs. Educ y Salud Boletín Científico Inst Ciencias la Salud* [Internet]. 2019;15(15):119–22. Disponible en: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-35348921065&partnerID=MN8TOARS>
55. Hu P, Yang Q, Kong L, Hu L, Zeng L. Relationship between the anxiety/depression and care burden of the major caregiver of stroke patients. *Medicine (Baltimore)*. octubre de 2018;97(40):e12638.
56. Dunstan DA, Scott N. Clarification of the cut-off score for Zung’s self-rating depression scale. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):1–7.
57. Benitez A, Caballero MC. Estudo psicométrico das escalas de depressão, ansiedade e funcionalidade familiar em estudantes da universidade industrial de Santander. *Acta Colomb Psicol*. 2017;20(1):232–41.
58. Sedighi S, Najarzagagan MR, Ghasemzadeh H. Factor Structure and Psychometric Properties of Zung Self- Rating Depression Scale in Women with a Sick Child. *Int J Pediatr*. 2020;8(20):11581–6.
59. Casallas N, Velasquez V. Efecto Programa De Cuidado Cultural En La Funcionalidad Familiar: Desde Personas Mayores Con Discapacidad, Facatativá, Cundinamarca. *Rev Latinoamericana Estud Fam*. 2017;9:50–64.

## ANEXOS

### ANEXO 1. ESCALA DE VALORACIÓN DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD

Es el test de ansiedad más utilizado en la actualidad.

Fue diseñado en 1.959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducido a 13.

Posteriormente en 1969 el test es dividido en síntomas psíquicos y somáticos que se puntúan según la intensidad y frecuencia. Los síntomas psíquicos corresponden a los ítems (1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática a los ítems (7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. El Servicio de Salud Andaluz refiere que este test es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

El objetivo era valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia).

El test de ansiedad de Hamilton, no distingue síntomas específicos de un trastorno de ansiedad, ni entre un desorden de ansiedad y una depresión ansiosa. A pesar de discriminar adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos, no se recomienda su uso como herramienta de scrining ni de diagnóstico.

Cada parámetro es calificado en una escala de 5 puntos, extendiéndose desde:

**0= Ausente**

**1= Intensidad leve**

**2= Intensidad media**

**3= Intensidad fuerte**

**4= Intensidad máxima (invalidante).**

Este test mide la ansiedad en puntaje total determinando los siguientes niveles:

**No hay ansiedad si el puntaje general es de 0 a 13 puntos.**

**Ansiedad leve si el puntaje general es de 14 a 17 puntos.**

**Ansiedad moderada si el puntaje es de 18 a 24 puntos.**

**Ansiedad severa si el puntaje es de 25 a 30 puntos.**

A su vez el test mide los puntajes de la ansiedad psíquica y somática por separado, lo que nos permite distinguir de manera más explícita la sintomatología.

Dentro de los síntomas psíquicos tenemos los siguientes:

**Estado ansioso:** Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.

**Tensión:** Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.

**Temores:** A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.

**Insomnio:** Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.

**Funciones Intelectuales (Cognitivas):** Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.

**Humor depresivo:** Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.

**Conducta en el transcurso del test:** Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.

Dentro de los síntomas somáticos tenemos los siguientes:

**Síntomas somáticos musculares:** Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.

**Síntomas somáticos sensoriales:** Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).

**Síntomas cardiovasculares:** Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.

**Síntomas respiratorios:** Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).

**Síntomas gastrointestinales:** Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.

**Síntomas genitourinarios:** Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.

**Síntomas del sistema nervioso autónomo:** Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, erectismo piloso.

<b>Elemento</b>	<b>Síntomas</b>	<b>Punt.</b>	<b>Elemento</b>	<b>Síntomas</b>	<b>Punt.</b>
1. Ansioso	Preocupaciones, anticipación de lo peor, anticipación temerosa, irritabilidad		9. Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, pulso fuerte, sensación de desvanecimiento, ausencia de latido	
2. Tensión	Sensación de tensión, fatiga, respuesta de alarma, llanto fácil, temblor, sentimiento de inquietud, incapacidad para relajarse		10. Síntomas respiratorios	Presión o constricción torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea	
3. Miedos	A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solos, a los animales, al tráfico, a las multitudes		11. Síntomas gastrointestinales	Dificultad para tragar, gases, dolor abdominal, ardor, plenitud abdominal, náuseas, vómito, borborigmos, atonía intestinal, pérdida de peso, estreñimiento	
4. Insomnio	Dificultad para quedarse dormido, sueño fragmentado, sueño insatisfactorio o fatiga al despertar, sueños, pesadillas o terrores nocturnos		12. Síntomas genitourinarios	Frecuencia de micción, urgencia miccional, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia	
5. Intelectual	Dificultades de concentración, memoria reducida		13. Síntomas autónomos	Boca seca, sofocos, palidez, tendencia a sudar, mareos, cefalea tensional, erizamiento del cabello	
6. Humor depresivo	Pérdida de interés, ausencia de placer en las aficiones, depresión, despertar anticipado, variación en el día		14. Comportamiento durante la entrevista	Nerviosismo, inquieto o tranquilo, temblor de manos, ceño fruncido, tensión facial, suspiros o respiración acelerada, palidez, facial, tragar saliva, eructos, sacudidas tendinosas enérgicas, pupilas dilatadas, exoftalmos	
7. Somático (muscular)	Dolores, contracciones, rigidez, sacudidas mioclónicas, rechinar de dientes, voz titubeante, aumento de tono muscular		<b>Puntuación total</b>		
8. Somático (sensorial)	Tinnitus, visión borrosa, ráfagas de frío o calor, sensación de debilidad, sensación de incomodidad				

## **ANEXO 2: ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG**

La Escala de Depresión de Zung (ZDS) fue creada por William W. K. Zung en el año 1965, siendo posiblemente una de las primeras escalas de depresión en validarse en España.

Fue diseñada para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo. La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras.

Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo).

El rango de calificación es de 20-80.

- 25-49 rango normal
- 50-59 Ligeramente deprimido
- 60-69 Moderadamente deprimido
- 70 o más, Severamente deprimido



Por favor marque (✓) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

**ANEXO 3. ESCALA DE EFECTIVIDAD EN EL FUNCIONAMIENTO  
FAMILIAR (ASF-E) DE FRIEDEMANN**

La escala mide el nivel de efectividad de la funcionalidad familiar por medio de las dimensiones: cambio, mantenimiento, individuación, coherencia, y las metas: espiritualidad, crecimiento, control, estabilidad del sistema familiar. Consta de 20 ítems cada uno tiene tres indicadores que han sido ponderados previamente por la autora del instrumento (Friedemann, 1995) la ponderación corresponde a los siguientes niveles.

**Tabla 4: CALIFICACIÓN DE LAS DIMENSIONES DE LA ESCALA ASF-E**

DIMENSIONES	RANGOS		CLASIFICACION		
		Máximo	Alto nivel	Intermedio nivel	Bajo nivel
Mantenimiento del sistema (MS)	7	21	17-21	12-16	7-11
Cambio del sistema (CS)	5	15	13-15	9-12	5-8
Individuación (I)	3	9	8-9	6-7	3-5
Coherencia (C)	5	15	13-15	9-12	5-8

Fuente: (Friedemann, 1995) citado en (Villalobos, 2008)

Nivel	Significado
1	Bajo nivel de la efectividad de funcionalidad familiar.
2	Intermedio nivel de la efectividad de la efectividad de la funcionalidad familiar.
3	Alto nivel de la efectividad de la funcionalidad familiar

Fuente: (Villalobos, 2008)

**Puntaje Total de la escala Efectividad de la Funcionalidad Familiar**

El puntaje total de la escala de Efectividad de la funcionalidad familiar se obtiene sumando el total de ítem y se clasifica según el siguiente rango:

RANGOS		CLASIFICACION		
Mínimo	Máximo	Alto nivel de la efectividad de la funcionalidad familiar	Intermedio nivel de la efectividad de la funcionalidad familiar	Bajo nivel de la efectividad de la funcionalidad familiar
20	60	56-60	51-55	30-50

Fuente: (Friedemann, 1995) citado en (Villalobos, 2008)

En cada número hay tres afirmaciones sobre su familia, lea cuidadosamente y señale con una X en el cuadrado inferior del lado derecho la que mejor describa su familia. Si dos de éstas le gustan por su semejanza, seleccione la que considere más parecida de su familia. Ninguna afirmación es errónea o equivocada, son formas diferentes de ser de la familia.

1	C	Generalmente nuestra familia está feliz	En nuestra familia hay rabia y tristeza	En nuestra familia con frecuencia no se demuestran los sentimientos
2	M S	En nuestra familia nunca nos ponemos de acuerdo sobre quien tiene derecho a hacer alguna actividad determinada	A veces un miembro de nuestra familia es desconsiderado o no le importan los otros miembros	Usualmente no sólo pensamos en nosotros individualmente, sino también en otros miembros de la familia
3	I	Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, a veces ayudamos a hacerla si beneficia a nuestra familia	Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, usualmente no participamos, porque no nos sentimos parte de la comunidad	Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, nos gusta participar
4	C S	No somos felices, porque no podemos cambiarnos de barrio	Nos gusta nuestro barrio porque los vecinos son buena gente	Nuestro barrio es peligroso y tenemos que tener cuidado cuando salimos fuera de casa
5	C	Nos sentimos orgullosos de pertenecer a nuestra familia, porque nos apoyamos más que en otras familias	En nuestra familia, como en cualquier otra, tenemos momentos buenos y malos	Nos parece que otras familias son más unidas que la nuestra
6	M	Algunos miembros de	Algunos miembros de	Nosotros sabemos cuando alguien en

	S	nuestra familia piensan que nadie los entiende	nuestra familia, algunas veces, creen que no los entendemos bien	nuestra familia tiene problemas.
7	I	Nos gusta participar en actividades comunitarias, de la iglesia o del sitio donde estudiamos, porque nos gusta enterarnos de lo que está pasando y de lo que hay que hacer	No tenemos tiempo o ganas de participar en actividades comunitarias, de la iglesia o del sitio donde estudiamos	Algunas veces participamos en actividades comunitarias, de la iglesia o del sitio donde estudiamos cuando alguien nos invita
8	C	Si les pidiéramos un favor a nuestros amigos, ellos lo harían, porque nos aprecian	Es más probable que la comunidad o la iglesia nos haga un favor, a que nos lo hagan nuestros amigos	Si necesitáramos un favor no tendríamos a quien acudir en nuestro alrededor mas cercano
9	M	Si se presenta un problema serio en nuestra familia genera conflicto y produce sufrimiento	Si se presenta un problema serio en nuestra familia todos lo asumimos de manera diferente	Si se presenta un problema serio en nuestra familia lo enfrentamos todos juntos
10	S	En nuestra familia unos hacen todo el trabajo y otros no hacen nada	En nuestra familia todos colaboramos en lo que podemos, para que todo lo que hay que hacer, se haga	En nuestra familia algunos podrían colaborar más
11	C	Con frecuencia hay alguien en nuestra familia que no está de acuerdo con la forma en que se toman las decisiones	En nuestra familia tenemos un buen método para tomar decisiones	En nuestra familia no podemos tomar decisiones sin herir los sentimientos de alguien
12	M	Si tenemos problemas en nuestra familia, los resolvemos nosotros mismos, sin recurrir a las Instituciones educativas donde estudiamos o a los sitios donde trabajamos	Si tenemos problemas en las Instituciones educativas donde estudiamos o en los sitios donde trabajamos, luchamos por nuestros derechos	Cuando en nuestra familia tenemos problemas en las instituciones educativas donde estudiamos o en los sitios donde trabajamos, lo discutimos con las personas comprometidas
13	S	La mayoría de nuestros amigos de la comunidad comprenden	Nosotros podemos compartir con nuestros amigos	Nosotros no les contamos nuestros problemas

	S	nuestros problemas cuando se los contamos	de la comunidad porque nos ayudan	familiares a nuestros amigos de la comunidad
<b>14</b>	M S	Nuestra familia estaría mejor, si no fuera por algunos problemas que hemos tenido	Los problemas han generado mucha infelicidad en nuestra familia	Nuestra familia ha aprendido mucho de los problemas que hemos tenido
<b>15</b>	C	En nuestra familia todos podemos opinar	En nuestra familia se respeta hasta las opiniones más raras	En nuestra familia no podemos expresar lo que realmente pensamos
<b>16</b>	M S	En nuestra familia no nos preocupamos mucho el uno del otro	En nuestra familia cada uno toma sus propias decisiones	En nuestra familia somos unidos
<b>17</b>	C S	En nuestra familia nunca se toman decisiones sin consultarlas con los demás	En nuestra familia tomamos decisiones sin consultarlas con los demás	Cuando tomamos decisiones personales pedimos la aprobación de la familia
<b>18</b>	C	En nuestra familia cada uno anda por su lado	Estar en familia nos hace sentir seguros y muy a gusto	Hay momentos en los que estar en familia nos hace sentir bien y hay otros en los que preferimos estar sin ellos
<b>19</b>	M S	En nuestra familia no le damos mucha importancia a las fechas especiales	En nuestra familia no hay nada que celebrar	En nuestra familia tenemos la tradición de celebrar las fechas especiales
<b>20</b>	C S	En nuestra familia todos somos libres de ser como realmente somos	En nuestra familia a algunos nos gustaría tener más libertad	En nuestra familia tenemos que comportarnos como se nos dice

Fuente: Friedemann, ML. 1995 citado en Villalobos, B. 2008

## ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO



### UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD COORDINACIÓN DE POSGRADOS POSGRADO EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

#### III COHORTE

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio de investigación, es dirigido por la PhD Lisbeth Reales, y es realizada por la médica Ana Mercedes Avila Chillo, estudiante del posgrado en Medicina Familiar y Comunitaria III Cohorte de la Ciudad de Ambato.

El Objetivo de la presente investigación es aplicar tres instrumentos de evaluación como son la escala de valoración de Hamilton para la Ansiedad, la escala de Depresión de Zung y la escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (ASF-E) de FRIEDEMANN a los cuidadores de personas con discapacidad del cantón Mocha.

Estimado Usuario, antes de iniciar su participación, Ud. Debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados:

#### **Información del estudio**

Riesgos del estudio. - La integridad de su salud estará garantizada, porque no existe algún agente que pueda afectar su estado emocional o daño físico alguno.

Beneficios. - La información obtenida, después de su participación será utilizada en beneficio de la comunidad, puesto que con los resultados obtenidos del estudio podremos determinar cuál es la influencia de la funcionalidad familiar en la salud mental de los cuidadores de personas con discapacidad del cantón Mocha.

Confidencialidad. - La información que se recogerá será de uso personal, garantizando su integridad, guardando total confidencialidad de los datos proporcionados.

Participación. - Su participación es totalmente voluntaria por lo que Ud. estará libre de decidir si participar o no en el estudio. Además, debo manifestar que Ud. es libre de retirarse del estudio en el momento que desee, sin ningún inconveniente.

Publicaciones. - Se aspira realizar publicaciones científicas, pero no se expondrá su identidad.

Responsabilidad del Investigador. La participación en este estudio, no genera responsabilidades por parte del investigador, referente a proporcionar atención médica especializada, tratamiento farmacológico, o compensaciones económicas, o de otra naturaleza al participante.

Responsabilidades del participante. - La participación en este estudio no genera responsabilidad alguna, por parte del participante, una vez leído y firmado el consentimiento informado.

Preguntas .- Si tiene alguna duda acerca de la presente investigación , favor comunicarse al 0992507627 o al correo [aavila6787@uta.edu.ec](mailto:aavila6787@uta.edu.ec) .  
Pertenece a Md. Ana Mercedes Avila Chillo.

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE**

Yo, \_\_\_\_\_, con CI \_\_\_\_\_, declaro haber conocido en detalle los enlaces del presente documento, por el cual expreso mi voluntad de participar en el estudio titulado. Aplicación de los tres instrumentos de evaluación como son la escala de valoración de Hamilton para la Ansiedad, la escala de Depresión de Zung y la escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (ASF-E) de FRIEDEMANN para poder determinar la influencia de la funcionalidad familiar en la salud mental de los cuidadores de personas con discapacidad del cantón Mocha.

Autorizo a las personas investigadoras a tomar los datos con fines académicos y de ser el caso también para la divulgación científica con la metodología declarada en este documento, respetando las normas bioéticas y protección de identidad.

---

FIRMA