



Salud Mental

ISSN: 0185-3325

perezrh@imp.edu.mx

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la
Fuente Muñiz
México

Casanova-Rodas, Leticia; Rascón-Gasca, María Luisa; Alcántara-Chabelas, Humberto; Soriano-
Rodríguez, Alejandra

Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental

Salud Mental, vol. 37, núm. 5, septiembre-octubre, 2014, pp. 443-448

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58232671011>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental

Leticia Casanova-Rodas,¹ María Luisa Rascón-Gasca,¹ Humberto Alcántara-Chabelas,¹ Alejandra Soriano-Rodríguez¹

Artículo original

SUMMARY

Antecedents

When a family member suffers from a mental disorder, such as schizophrenia, and a relative takes on the role of caregiver, social support is crucial to successfully addressing family functionality and the problems this may cause.

Objective

Determine the factors of social and structural support associated with the perception of family functionality in persons with a mental disorder and family caregivers.

Material and method

This is a descriptive, correlational, cross-sectional, non-probabilistic study, with sequential participation. Subjects were divided into two groups: 72 outpatients diagnosed with a mental health disorder, and 66 kinship caregivers. Three instruments were used: an MOS Questionnaire, an APGAR-Family Questionnaire and a Duke-UNC-11 Questionnaire.

Results

58.2% of the patients perceived family functionality (APGAR); 19.4%, severe dysfunctionality, and 22.2%, slight dysfunctionality. Among relatives, 66.7% perceived family functionality; 10.6%, severe dysfunctionality, and 22.7%, slight dysfunctionality.

In the Structural Support Report (MOS), a statistically significant difference was observed ($t=2.478$, $gl=136$, $p=0.014$) in the perception of instrumental support among patients ($\bar{x}=11.68$) and relatives; the latter perceiving the least instrumental support ($\bar{x}=9.91$). In functional social support (Duke-UNC-11) no difference ($t=1.170$; $gl=136$, $p=.244$) was indicated between relatives ($\bar{x}=40.36$) and patients ($\bar{x}=38.07$).

The linear regression model showed that patients with the longest period of evolution and diagnosis of schizophrenia predict dysfunctionality, whereas social support predicts functionality ($p<.001$). Among relatives, longer periods of evolution indicated dysfunctionality, while social support predicted functionality ($p<.001$).

Conclusion

It is clear that social support plays an important role in family functionality in patients suffering from mental problems and kinship caregivers. In patients, it was observed that the greater the AS, the higher the degree of family functionality. Among relatives, structural support showed an increased perception of family functionality, which reduces the likelihood of relapses and hospitalization.

Key words: Social support, user, family functionality, caregiver, mental disorder.

RESUMEN

Antecedentes

Cuando algún miembro de la familia presenta un padecimiento mental como la esquizofrenia, y un familiar asume el rol de cuidador, el apoyo social es elemental para afrontar con éxito la funcionalidad familiar y los problemas que ocasionan.

Objetivo

Determinar los factores de apoyo social y estructural asociados con la percepción de funcionalidad familiar en las personas con trastorno mental y los familiares cuidadores.

Material y método

Estudio descriptivo, correlacional, transversal, no probabilístico, de participación secuencial, en dos grupos: 72 pacientes ambulatorios diagnosticados con un trastorno de salud mental y 66 familiares cuidadores. Se utilizaron tres instrumentos: el Cuestionario MOS, el Cuestionario APGAR-Familiar y el Cuestionario Duke-UNC-11.

Resultados

La Funcionalidad familiar (APGAR) es percibida por 58.3% de los pacientes; el 19.4%, disfuncionalidad severa y 22.2%, disfuncionalidad leve. En los familiares, 66.7% percibe funcionalidad familiar; 10.6%, disfuncionalidad severa y 22.7%, disfuncionalidad leve.

En el reporte del apoyo estructural (MOS) se observó una diferencia estadísticamente significativa ($t=2.478$, $gl=136$, $p=0.014$) en la percepción de apoyo instrumental entre los pacientes ($\bar{x}=11.68$) y los familiares. Estos últimos percibieron menor apoyo instrumental ($\bar{x}=9.91$). En cuanto al apoyo funcional social (Duke-UNC-11) no se indica diferencia ($t=1.170$, $gl=136$, $p=.244$) entre los familiares ($\bar{x}=40.36$) y los pacientes ($\bar{x}=38.07$).

El modelo de regresión lineal mostró que los pacientes con mayor tiempo de evolución y con diagnóstico de esquizofrenia predicen disfuncionalidad; en cambio el apoyo social predice funcionalidad ($p<.001$). En los familiares, a mayor tiempo de evolución se pronostica disfuncionalidad en tanto que el apoyo social predijo funcionalidad ($p<.001$).

Conclusión

Es evidente que en la funcionalidad familiar el apoyo social juega un papel importante en pacientes que padecen problemas mentales y en los familiares cuidadores. En los pacientes se observó que a mayor AS perciben mayor funcionalidad familiar. En los familiares el apoyo estructural demostró una mejor percepción de funcionalidad familiar, lo que permite disminuir la probabilidad de recaídas y hospitalización.

Palabras clave: Apoyo social, usuario, funcionalidad familiar, cuidador, trastorno mental.

¹ Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Correspondencia: Dra. Ma. Luisa Rascón Gasca. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370, México DF. Tel. 4160 – 5156. E-mail: rascong@imp.edu.mx

INTRODUCCIÓN

Las familias que tienen un miembro con algún trastorno mental como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la depresión, el trastorno de la personalidad, entre otros, requieren que un integrante de la familia asuma el papel de cuidador. Sin embargo, el escaso apoyo social (AS) y la falta de orientación se puede asociar con el manejo ineficaz de la situación de su familiar enfermo.

El AS es una propiedad del grupo en el que el sujeto se siente cuidado, amado, estimado como miembro de la red, con obligaciones mutuas relacionadas con la protección que se ejerce sobre las situaciones estresantes que sufren las personas.¹ En este sentido, Lin (2005) menciona que el AS es la provisión expresiva o instrumental percibida o real proporcionada por la comunidad, las redes sociales, las relaciones íntimas y de confianza. Así mismo la teoría basada en la red de capital social explora los patrones de la vida social relacionados en función de la intensidad y la reciprocidad.^{2,3} Por otro lado, dentro de la red de apoyo de la cual forma parte y con la que cuenta un individuo, se encuentra la familia, siendo ésta la pieza importante capaz de brindar apoyo incondicional aun con las vicisitudes a que se ve sometida.⁴ Por su parte, Barrera (1986) conceptualiza el *Apoyo social percibido* como una evaluación cognitiva al ser conectado con otros y se caracteriza por dos vertientes que perciben disponibilidad y adecuación de lazos de apoyo.⁵

Otros investigadores han sugerido que el AS reduce las consecuencias negativas que la enfermedad produce tanto al paciente como a sus cuidadores, observándose menor riesgo de recaídas, específicamente cuando se tienen mayores habilidades sociales, por consiguiente hay una disminución en la frecuencia de las hospitalizaciones, estabilidad sintomatológica y emocional y por ende calidad de vida favorable.⁶⁻¹¹

El apoyo social es lo que el enfermo crónico necesita para afrontar con éxito los problemas que da lugar la enfermedad, destacándose el papel de la cuidadora primaria quien es la que aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional. Desde esta perspectiva las redes de apoyo juegan un papel importante en el bienestar de los propios cuidadores, que se ven protegidos contra el estrés generado por la misma enfermedad.¹²

En este sentido, el AS es un constructo multidimensional que está conformado por dos ámbitos básicos: 1) el *estructural*, constituido por las redes o vínculos sociales directos o indirectos que unen a un grupo de individuos en una relación de parentesco o de amistad y 2) el *funcional* o *expresivo*, basado en tres fundamentos principales: a) Los *aspectos emocionales*, tales como la empatía, el amor y la confianza; b) los *recursos instrumentales*, como las conductas dirigidas a solucionar el problema de la persona receptora y c) los *apoyos informativos* referidos a la recepción de la información útil para afrontar un problema.¹³⁻¹⁷

En un aspecto amplio, el AS es un proceso por medio del cual las relaciones sociales pueden promover la salud

y el bienestar en los individuos, ejerciendo un efecto amortiguador de apoyo en la recuperación y la integración en la comunidad, para estructurar los mecanismos, el desarrollo y fortalecimiento de las relaciones que beneficiarán a aquellos que viven con la enfermedad mental.¹⁸⁻²⁰

Por otro lado, estudios realizados²¹ sobre la carga de los cuidadores informales, incluso de los formales, en relación al nivel de apoyo social relacionado con su mal estado de salud, predice una peor salud de los familiares de las personas con esquizofrenia y, por ende, puede afectar la funcionalidad familiar.

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.²² El término funcionalidad de la dinámica familiar involucra cinco aspectos: 1) *Adaptación*, explica la capacidad de utilizar los recursos intra y extrafamiliares en procuración del bien común y la ayuda mutua en tiempo de necesidad, así como la asistencia de amigos o redes sociales; 2) *Participación*, describe la distribución de responsabilidades entre los miembros de la familia, compartiendo solidariamente los problemas y la toma de decisiones acerca de diversos asuntos (finanzas, cuidado médico y problemas personales); 3) *Crecimiento*, se refiere a la madurez emocional y física, auto-realización y reacción de los miembros de la familia por un apoyo mutuo; 4) *Afecto*, puntualiza la relación del cuidado y expresión de amor, dolor e ira que existe entre los miembros de la familia y 5) *Resolución*, representa un compromiso o determinación de la familia o de otros miembros para compartir tiempo, espacio y recursos, sobre todo económicos.^{23,24}

En un trabajo sobre la calidad de vida y la funcionalidad familiar en pacientes con esquizofrenia, se reporta que no hubo relación entre la funcionalidad familiar percibida por el paciente y la del cuidador, y se señala que el tiempo de evolución, es decir el número de años que presentan los pacientes con el trastorno, redundaba en la funcionalidad familiar percibida.²⁵ En otro estudio donde 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.²⁶

Comprender la manera en que se establece la funcionalidad familiar, tanto en los pacientes como en los familiares, así como la relación con la evolución de la enfermedad, el apoyo estructural, funcional y social, facilitará el entendimiento y el bienestar tanto de los pacientes como de los familiares. Con esto se pretende el siguiente objetivo.

Objetivo

Determinar los factores de apoyo social y estructural asociados con la percepción de funcionalidad familiar en las personas con trastorno mental y los familiares cuidadores.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio

De tipo descriptivo y correlacional, transversal, no-probabilístico de participación secuencial.

Muestra

El estudio incluyó 72 pacientes y 66 familiares. La muestra de pacientes entrevistados en una institución de salud mental tenía diagnóstico de algún trastorno mental. Éstos fueron agrupados independientemente de que presentaran alguna comorbilidad. Los padecimientos que presentaban fueron: esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno por depresión, trastorno de personalidad, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por déficit de atención y diagnósticos no especificados pero con síntomas psiquiátricos.

Instrumentos

Se utilizaron tres instrumentos para determinar la forma en que perciben el apoyo: Para apoyo estructural se utilizó el Cuestionario MOS (siglas en inglés del *The Medical Outcomes Study Social Support Survey*,²⁷ autoadministrado de 20 ítems, que valora el apoyo estructural y funcional, explora cinco dimensiones: emocional, informativo, real, interacción social positiva y afecto/cariño, en una escala de cinco puntos de frecuencia. El Cuestionario de funcionalidad familiar APGAR-Familiar²⁸ que investiga cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad, participación o compañerismo, gradiente de crecimiento, afecto y resolución. Así como el Cuestionario Duke-UNC-11 *Funcional Social Support Questionnaire*,²⁹ en su versión original que se divide en dos escalas: 1. apoyo social afectivo y 2. apoyo social de confianza, que incluyen preguntas de tipo Likert, con puntuaciones de 1 a 5.

Se obtuvo la confiabilidad de la consistencia interna por medio del α de Cronbach para cada uno de los instrumentos de medición mencionados. Para el MOS fue 1 de 0.949, la adecuación se hizo mediante el Kaiser-Meyer-Olkin=.933, varianza total 64.81. Para el instrumento de apoyo social Duke-UNC-11, se alcanzó un valor de confiabilidad de 0.904, Kaiser-Mayer-Olkin=.884, varianza total de 52.10. La Escala APGAR también mostró una aceptable consistencia interna con una valor de α =0.794, Kaiser-Meyer-Olkin=.794, varianza total de 55.49.

Procedimiento

A los usuarios y familiares que asistieron a la institución de salud mental se les invitó a participar voluntariamente en el estudio. A los que aceptaron se les solicitó su consentimiento informado y se les proporcionó la información del estudio. Los instrumentos fueron aplicados antes de recibir una interven-

ción psicoeducativa, los cuestionarios fueron auto-administrados, explicados por psicólogos previamente capacitados.

- *Criterios de inclusión para el paciente:* Para poder participar en este estudio, antes de la aplicación de los instrumentos se identificó por medio de la escala de síntomas positivos y negativos (PANSS) si los usuarios se encontraban estables; así mismo debían de estar bajo tratamiento psiquiátrico y convivir cotidianamente con sus familiares.
- *Criterios de inclusión para el familiar:* Estar a cargo de un paciente, ser responsable de su manutención y cuidado y convivir cotidianamente con él.
- *Criterios de exclusión para ambos:* Familiar gravemente enfermo o incapacitado, en su defecto no reunir los criterios de inclusión.

El estudio fue dictaminado previamente por el Comité de Ética institucional y cumplió con la normatividad internacional de bioética.

Análisis estadístico

Se realizó por medio de estadística descriptiva e inferencial a través de la t de Student para muestras independientes. Para investigar los factores de apoyo social que están asociados con la funcionalidad se usó el análisis multivariado por medio de la regresión lineal. Se consideró zona de significancia con $p<0.05$. Se utilizó el programa SPSS 12.0 para Windows (Chicago, IL, USA).³⁰

RESULTADOS

La distribución de la muestra fue: 72 pacientes (52.2%) y 66 familiares (47.8%). Las características de los pacientes fueron: 63.9% hombres, la media de edad correspondió a 36.9 años, $DS\pm 11.69$. En referencia a la escolaridad, la mayoría cursó de nueve a 15 años (69.4%). En relación a los trastornos de los pacientes, un alto porcentaje (65.2%) presentaba esquizofrenia; 10.6%, trastornos de la personalidad; 10.6%, bipolaridad; 6.1%, depresión y 4.5%, otros trastornos. La media del tiempo de evolución de la enfermedad fue de 10 años, $DS\pm 11$ años (cuadro 1).

En cuanto a los familiares, la mayoría fueron mujeres (81.8%), con una media de edad de 57 años, $DS\pm 12.4$ años, lo que significa que se encuentran entre 45 y 69 años de edad; 75.8% con escolaridad de más de nueve años: 32.3% de nueve a 15 años y 43.5% más de 15 años. Con relación a la actividad remunerada, 58.8% dijo no tener actividad laboral. Respecto del parentesco con el paciente, en su mayoría es la madre: 61.5% (cuadro 1).

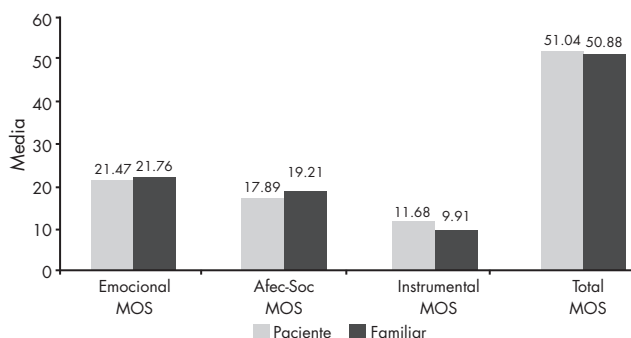
A continuación se presentan los resultados del análisis de comparación de la percepción de funcionalidad familiar y apoyo entre los familiares y los pacientes.

Cuadro 1. Característica de la muestra de estudio

Características	Pacientes n=72 (%)	Familiares n=66 (%)
Sexo		
• Hombres	63.9	18.2
• Mujeres	36.1	81.8
Edad		
• 15-25	16.7	1.5
• 26-35	31.9	9.1
• 36-45	33.3	9.1
• 46-55	9.7	25.8
• 56-85	8.3	54.5
	$\bar{x}=37$ años ± 12 años	$\bar{x}=57$ años ± 12 años
Escolaridad (años)		
• 1 a 3	–	6.5
• 4 a 8	1.4	17.7
• 9 a 15	69.4	32.3
• Más de 15	29.2	43.5
Diagnóstico		
• Esquizofrenia	62.7	
• Trastorno bipolar	17.5	
• Trastorno por depresión	11.9	
• Trastorno de personalidad	13.4	
• Otros	4.5	
Tiempo de evolución		
• 1-5 años	26.4	
• 6-9 años	13.9	
• 10-14 años	19.4	
• 15-20 años	22.2	
• 21-60 años	18.1	
	$\bar{x}=10$ a 14 años DS=10.8 años	
Parentesco con el paciente		
• Madre		61.5
• Hermano/hermana		15.4
• Padre		13.8
• Pareja		6.2
• Hijo/hija		1.5
• Amigo/amiga		1.5

Funcionalidad familiar (APGAR)

En los pacientes, 58.3% percibe funcionalidad familiar; 19.4%, disfuncionalidad severa familiar y 22.2%, disfuncionalidad leve. En cuanto a los familiares, 66.7% percibe funcionalidad familiar; 10.6%, disfuncionalidad severa y 22.7% disfuncionalidad leve. Se observa diferencia estadística ($t=2.014$, $gl=136$, $p=0.046$) entre la percepción de los familiares ($\bar{x}=7.42$) y la de los pacientes ($\bar{x}=6.49$).

**Gráfica 1.** Comparación de apoyo funcional estructural (MOS) entre pacientes y familiares.

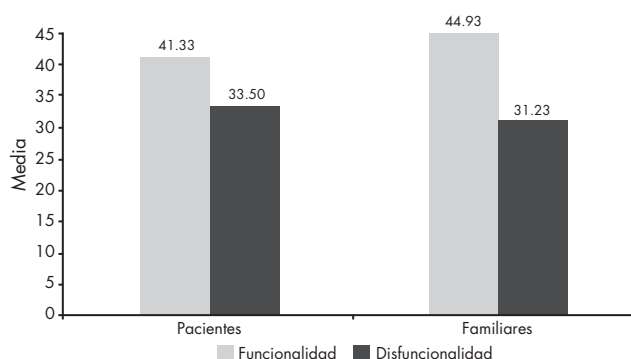
Los familiares comienzan a percibir disfuncionalidad a partir del quinto año de evolución de la enfermedad y los pacientes a partir del séptimo año de su evolución.

Comparación de apoyo estructural (MOS)

Con relación al apoyo estructural (MOS), la comparación entre el grupo de familiares y pacientes indica solamente que presenta diferencia estadística en el apoyo instrumental ($t=-2.478$, $gl=136$, $p=0.014$), los familiares perciben menor apoyo instrumental ($\bar{x}=9.91$) (gráfica 1).

Comparación del apoyo funcional social (Duke-UNC-11)

Con respecto al apoyo funcional social (Duke-UNC-11), los resultados de comparación muestran que no existe diferencia ($t=1.170$, $gl=136$, $p=.244$) entre el apoyo funcional social percibido por los familiares ($\bar{x}=40.36$) y los pacientes ($\bar{x}=38.07$). Así mismo, como se observa en la gráfica 2 no existe diferencia en la percepción de funcionalidad ($t=1.762$, $gl=84$, $p=.082$) y de disfuncionalidad ($t=-.702$, $gl=50$, $p=.486$) familiar de ambos grupos.

**Gráfica 2.** Comparación de apoyo social (DUKE - UNC-11) entre pacientes y familiares en relación con la funcionalidad.

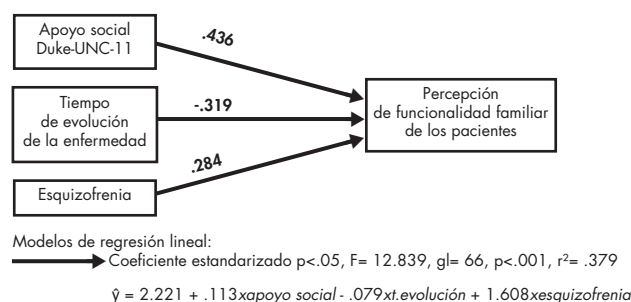


Figura 1. Modelo de regresión lineal para identificar los factores asociados a la funcionalidad familiar de los pacientes.

Factores de apoyo social y estructural asociados con la percepción de funcionalidad familiar

Adicionalmente se evaluó un modelo de regresión lineal para establecer la relación que existe entre la presencia de funcionalidad familiar y la percepción de las diversas formas de apoyo.

El modelo indicó que en los pacientes, un mayor tiempo de evolución y el diagnóstico de esquizofrenia predicen disfuncionalidad; en cambio el apoyo social (Duke) predice funcionalidad ($p < .001$). Para los familiares, el mayor tiempo de evolución de la enfermedad del paciente predice disfuncionalidad y el apoyo social (Duke) predice funcionalidad ($p < .001$), (figuras 1 y 2).

DISCUSIÓN

Este trabajo sugiere, como lo menciona Rodríguez-Sánchez,³¹ que la funcionalidad familiar es una variable importante a ser tomada en cuenta en la evaluación del apoyo social de los pacientes y sus familiares. También refleja que el diagnóstico es significativo ya que los resultados indican que influye en la funcionalidad.

La distribución de responsabilidades, la madurez y el apoyo mutuo son factores que pueden contribuir a la funcionalidad familiar, ya que dan lugar al compromiso de todos los miembros de la familia.^{21,22}

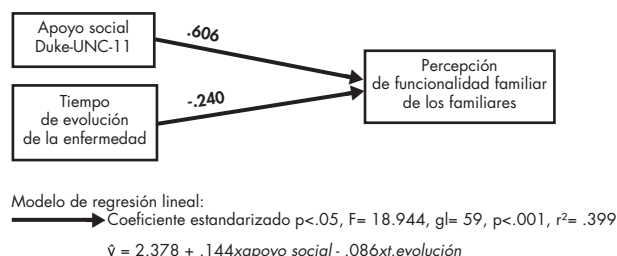


Figura 2. Modelo de regresión lineal para identificar los factores asociados a la Funcionalidad Familiar de los familiares.

Con relación al apoyo funcional estructural (MOS), la percepción de mayor apoyo instrumental en los pacientes les permite afrontar el problema de los insumos como alimentación, casa, vestido, etc., como lo refieren dichos autores.¹³⁻¹⁶

En conclusión, el apoyo social juega un papel importante tanto en los pacientes que padecen un problema de salud mental como en sus familiares (cuidadores), ya que tiene el efecto de incrementar el bienestar emocional, la estabilidad y el control que los hace sentir mejor, percibir su ambiente de manera positiva y disminuye la probabilidad de efectos negativos,^{5,32} y sobre todo mejora la calidad de vida del paciente.^{6-8,10}

El tiempo de apoyo es sustancial durante la evolución del padecimiento, por lo que se debe fomentar la participación en los cursos psico-educativos para que ayude a la familia a mantener una red social de apoyo, incluso en los propios pacientes, con la finalidad de reducir su dependencia familiar.³

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México (CONA-CyT) por el financiamiento del Proyecto 46569-H.

A las personas con un problema de salud mental y a los familiares que nos brindaron su tiempo y la información, ya que sin ellos no hubiera sido posible la realización de este estudio.

A Karina Loredó y Luis Leyva, con quienes compartimos momentos importantes en el seminario de apoyo.

Al doctor Francisco Juárez García por su asesoría para el análisis estadístico.

REFERENCIAS

1. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Med* 1976;38(5):300-314.
2. Lin N, Dean A, Ensel WM. Social support, life events and depression. New York, NY: Academic Press; 1986.
3. Lin N. A Network theory of social capital. En: Castiglione D, van Deth J, Wolleb G (eds.). To appear in handbook on social capital. Oxford: Oxford University Press; 2005; pp.1-25.
4. Ardila S. El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica consideraciones desde una perspectiva social. *Rev Colomb Psiquiat* 2009;30(1):114-125.
5. Barrera M. Distinctions between social support concepts, measures and models. *American J Community Psychology* 1986;16(4):413-445.
6. Culter D, Tatum E, Shore J. A comparison of schizophrenic patients in different community support teaching approaches. *Community Mental Health J* 1987;23:103-113.
7. Lin SF. Community adaptation, self-concept and social support of patients with schizophrenia. Kaohsiung: Master thesis; Kaohsiung Medical University; 1997.
8. Fakhoury W, Murray A, Shepherd G, Priebe S. Research in supported housing. *Social Psychiatry Epidemiology* 2002;37:301-315.
9. Espina A, González P. Intervenciones familiares en la esquizofrenia. Cambios en la sintomatología y el ajuste social. *Salud Mental* 2003;26(1):51-58.
10. Chiung-Yu H, Valmi DS, Chun-Chin T, Mei-Yi H. Social support and adaptation of Taiwanese adults with mental illness. *J Clinic Nurs* 2008;17(13):1795-1802.

11. Dean A, Lin N. The stress-buffering role of social support. *J Nervous Mental* 1977;165:304-317.
12. Vega O, González D. Apoyo social: Elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enferm Glob* 2009;16:1-11.
13. Gottlieb BH. Social Support strategies: Guidelines for mental health practice. Beverly Hills: Sage Publications; 1983.
14. Dean A. Social support, epidemiological perspective. En: Lin, Nan, Dean A (eds.). Social support, life events and depression. Nueva York, NY: Academic Press; 1986.
15. Pérez-García AM. Personalidad, afrontamiento y apoyo social. Madrid: UNED; 1999.
16. Martine L, Schultz M, Newsom J. Stability and change in older adults social contact and social support the cardiovascular health study. *J Gerontology Psychological Sciences Social Sciences* 1999;54(5):302-311.
17. Chermonas W, Clarke D, Marchinko S. Relationship-based support for women living with serious mental illness. *Issues Mental Health Nursing* 2008;29:437-453.
18. Cohen S, Gottlieb BH, Underwood LG. Social relationships and health. En: Cohen S, Underwood LG, Gottlieb BH (eds.). Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists. Oxford: Oxford University Press; 2000; pp.3-25.
19. Montero M. Teoría y práctica de la psicología comunitaria: La Tensión entre comunidad y sociedad. Barcelona: Paidós; 2003.
20. Marrero RJ, Carballeira M. El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo. *Salud Mental* 2010;33(1):39-46.
21. Breitborde N, López S, Chang C, Koperlowicz A et al. Emotional over-involvement can be deleterious for caregivers' health. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 2009;44:716-723.
22. Maddaleno M. Enfoque familiar y los problemas de salud del adolescente. En: Florenzano R, Horwitz N, Rigeling Y, Venturini G et al. (eds.). Salud familiar. Primera edición. Chile: División Ciencias Médicas; Facultad de Medicina; Universidad de Chile; 1986; pp.125-145.
23. Rangel JL, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescencia embarazada. *Rev Fac Med UNAM* 2004;47(1):24-27.
24. Forero LM, Avendaño MC, Duarte ZJ, Campo-Arias A. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Revista Colombiana Psiquiatría* 2006; 35(1):23-29.
25. Caqueo A, Lemos S. Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema* 2008;20(4):577-582.
26. Pérez A, García L, Rodríguez E, Losada A et al. Función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia. *Aten Primaria* 2009;41(11):621-628.
27. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med* 1991;32:705-714.
28. Smilkstein G. The family APGAR. A proposal for family function test and its use by physicians. *J Fam Pract* 1978;6:1231-1239.
29. Broadhead WE, Gehlbach SH, Degruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNC functional social support questionnaire: Measurement for social support in family medicine patients. *Medicine Care* 1988;26:709-723.
30. SPSS Inc. SPSS 12.0 for Windows. Version 12.0.1 (11 nov 2003). Chicago Ill, 60606-6307, EE.UU.
31. Rodríguez-Sánchez E, Pérez-Peñaranda A, Losada A, Pérez-Arechede-rra D et al. Las relaciones entre la calidad de vida y la función de la familia en el cuidador. *BMC Family Practice* 2011;12(19)doi:10.1186/1471-2296-12-19. Obtenido de: <http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>.
32. Castro R, Campero L, Hernández B. La investigación sobre apoyo social en salud: Situación actual y nuevos desafíos. *Rev Saúde Pública* 1997;31(4):425-435.

Artículo sin conflicto de intereses