

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA



**ADAPTACIÓN DEL INSTRUMENTO *FACES IV* EN POBLACIÓN PSIQUIÁTRICA DE
MÉXICO**

por

ALEXA MARIANA FERRARA TORRES

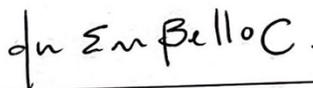
**como requisito para obtener el grado de MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA CLÍNICA
Y HOSPITALARIA con Orientación en Adultos.**

Junio 2020.

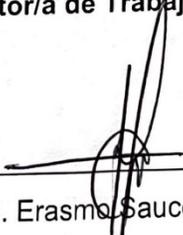
El presente trabajo titulado "Adaptación del instrumento *FACES IV* en población psiquiátrica de México", presentado por Alexa Mariana Ferrara Torres ha sido aprobado por el comité de trabajo terminal.



Mtra. Daniela Romero Guerra
Director/a de Trabajo Terminal



Dra. Daniela Escobedo Belloc
Co-director/a de Trabajo Terminal



Dr. Med. Erasmo Saucedo Uribe
Miembro de la Comisión de Trabajo Terminal



Dr. Med. Felipe Arturo Morales Martínez.
Subdirector de Estudios de Posgrado

Monterrey, Nuevo León, México, Agosto, 2022

DEDICATORIA.

En busca de la representación justa, digna y equitativa, para todos aquellos que no se han sentido representados.

Para todos mis seres queridos y aquellos que presenciaron y fueron parte de este esfuerzo, con amor y gratitud, por siempre nuestra.

AGRADECIMIENTOS.

Mi gratitud pura resalta para la Lic. Daniela Romero, quien con arduo esfuerzo y motivación impulsó el trayecto de este proyecto que incendió tanta ilusión en el equipo de trabajo. Por su dedicación y disposición a compartir su intelecto y experiencia a través de cada sugerencia y cada adversidad. Gracias por siempre impulsarnos hacía adelante. Así mismo, a la Lic. Veronica Flores, quien con mucha experiencia enriqueció las aportaciones clínicas y el alcance del presente proyecto. A los miembros del equipo, la Lic. Jazmín Cortés y Horacio Muñoz por siempre estar al pendiente y ayudarme a construir y dar cada paso de este estudio.

Al Dr. David Olson, por asesorarme y brindarme con el compás necesario para poder reflejar sus intenciones en nuestra población, pero más importante por permitirnos la confianza para hacerlo.

Al Departamento de Psiquiatría por mantener siempre una mano estirada mostrando su disposición, por permitirme hacer uso de las instalaciones y brindaremos con las herramientas necesarias para cumplir los objetivos.

A los participantes, gracias por regalarme de su tiempo y disposición.

Finalmente, a mi familia, pareja y amigos. Gracias por formar parte de este producto de mi educación, gracias por siempre motivarme, por brindarme el apoyo y seguridad para creer que podía lograrlo y levantarme cuando lo dude. Gracias por todo el amor que se refleja en las próximas páginas.

Gracias a todos por ser parte de esto.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	10
1.1 Descripción del problema o necesidad.	10
1.2 Justificación del problema.	12
1.3 Antecedentes	14
1.4 Objetivo General:	18
1.5 Objetivos Específicos.	19
1.6 Preguntas de Investigación.	19
1.7 Variables.	19
1.8 Hipótesis.	20
1.9 Hipótesis Nula:	20
2. MARCO TEÓRICO.	21
2.1 Población Clínica.	21
2.2 Relación de la Salud Mental con el Funcionamiento Familiar.	23
2.3 Modelo Circunflejo de Sistemas Maritales y Familiares.	25
2.3.1 Cohesión.	26
2.3.2 Adaptabilidad.	26
2.3.3 Comunicación.	27
2.4 Escala de Evaluación de la Cohesión y la Adaptabilidad Familiar, FACES IV .	29
2.5 Adaptación y Validación de Instrumentos.	34
2.5.1 Traducción.	36
2.6 Fiabilidad.	38
2.6.1 Consistencia Interna.	39
2.6.2 Fiabilidad Test-Retest.	40
2.6.3 Fiabilidad Interobservador e Intraobservador.	40
2.7 Validez.	41
2.7.1 Validez de Contenido.	41
2.7.2 Validez de Constructo.	42
2.7.3 Validez de Criterio.	43
2.8 Sensibilidad al cambio.	43
3. MÉTODO.	45

3.1 Participantes	45
3.2 Instrumentos.	46
3.3 Diseño.	47
3.4 Procedimiento.	47
3.5 Adaptación.	47
3.6 Evaluación.	48
3.7 Análisis Estadístico.	49
3.8 Consideraciones Éticas.	50
4. RESULTADOS	53
5. DISCUSIÓN.	58
6. CONCLUSIONES	65
7. APENDICE	68
7.1 Escala de la Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar.	68
8. REFERENCIAS:	72

LISTA DE TABLAS.

Tabla 1 Re-adaptación de ítems.	54
Tabla 2 Datos Sociodemográficos de la muestra.	56
Tabla 3 Análisis de Resultados de Fiabilidad de diversas versiones del FACES IV.	59
Tabla 4 Resultados de correlaciones entre subescalas de la versión traducida del FACES IV para población psiquiátrica en México.	63
Tabla 5 Resultados originales de correlaciones entre subescalas elaborados por el Dr. Olson.	64
Tabla 6 Cronograma del estudio.	67

NOMENCLATURA

APA	American Psychological Association.
FACES	Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales
GBD	Global Burden of Diseases
IHME	Institute for Health Metrics
ITC	Comisión Internacional de Tests.
OMS	Organización Mundial de la Salud
SPSS	Statistical Analysis Software

RESUMEN

PROPÓSITO Y MÉTODO DEL ESTUDIO: El objetivo de este estudio fue desarrollar una versión culturalmente adaptada de la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar IV (FACES IV) para la población psiquiátrica mexicana, así como evaluar su confiabilidad. Para el proceso de traducción se elaboró una retrotraducción rigurosa y se evaluó la misma a través de grupos focales. La muestra final estuvo compuesta por 60 pacientes psiquiátricos, 44 mujeres y 16 hombres en un rango de edad entre 18 y 60 años. La captura de la muestra se lleva a cabo en las áreas tanto de consulta externa como hospitalización.

CONTRIBUCIONES Y CONCLUSIONES: La escala global mostró un alfa de Cronbach de 0,90, proporcionando una buena consistencia. La mayoría de las escalas también mostraron buenos niveles de consistencia, excepto la cohesión en malla ($\alpha=.55$) y la cohesión rígida ($\alpha=.59$). También se probaron las correlaciones entre subescalas propuestas en el modelo de Olson (2011), encontrando resultados similares en la presente versión. En conclusión, los datos confirmaron la confiabilidad de la versión mexicana de FACES IV para la población psiquiátrica, evidenciando un instrumento útil para la evaluación familiar en este contexto, sin embargo, se destaca la necesidad de elaborar más investigaciones para confirmar completamente estos resultados.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Descripción del problema o necesidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) a través del proyecto *Global Burden of Diseases (GBD)* a cargo del *Institute for Health Metrics (IHME)* reportó en el 2017, un estimado que menciona que el 13% de la población general padece de un trastorno mental o abuso de sustancias, siendo este un equivalente a un aproximado de 970 millones de personas a nivel mundial (IHME, 2017, citado en Ritchie y Rosie, 2019).

En México, 1 de cada 4 personas entre 18 y 65 años ha tenido un trastorno mental, sin embargo, sólo 1 de cada 5 recibe tratamiento. Los hospitales psiquiátricos son los que suelen proporcionar el tratamiento a pacientes con alguna enfermedad mental en la mayoría de los casos, por ende, se sitúa a estos mismo como el eje principal de la atención a la salud mental (Secretaria de Salud, 2014).

Esto nos da una idea de la prevalencia de los trastornos psiquiátricos, su población actual y el crecimiento que ha presentado en los últimos años. Muir-Cochrane, Barkway y Nizette (2014), proponen que existen diversos factores de riesgo y factores protectivos de la salud mental, siendo el contexto familiar uno de los más importantes, acompañados de cuestiones individuales y de comunidad social del individuo.

El tratamiento y manejo de la enfermedad mental ha optado por incluir a la familia pues aparte de que este contexto puede fungir como protector de la salud del

individuo, la misma enfermedad también puede impactar en el funcionamiento del sistema familiar debido a que este sobrelleva grandes cambios. En la mayoría de los casos, la familia debe proveer cuidado físico o psíquico al miembro diagnosticado, es por eso por lo que se ha incluido a la familia dentro del tratamiento psiquiátrico. Por esto mismo, en la literatura actual, se hace hincapié en el funcionamiento familiar, el papel que tiene este en la enfermedad y cómo la enfermedad impacta en este contexto (Zhang, 2018).

La investigación ha demostrado que la familia también es un recurso de recuperación y sanación con resultados prometedores pues son una fuente de ayuda instrumental al miembro con enfermedad mental, dan acompañamiento, apoyo y motivación. Así mismo, se han identificado factores relacionados a la familia que impiden la recuperación, como por ejemplo, aquellos casos en los que se fomenta la dependencia vs. La independencia y la autonomía del paciente, actitudes negativas y de rechazo hacia el paciente o hacia el diagnóstico de enfermedad mental (Aldersey y Witley, 2015).

La importancia de las relaciones familiares se ha relacionado con los mecanismos de afrontamiento a los eventos estresantes de la vida, por ende, tienen la posibilidad de empeorar o mejorar el funcionamiento psicológico (Okefor y Chukwujekwu, 2017). La funcionalidad en la familia es, por ende, un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros, debido a esto se considera de suma importancia su evaluación pues nos permite facilitar el entendimiento y el bienestar de los miembros al comprender la

relación de la funcionalidad de la familia con la evolución de la enfermedad (Casanova, Rascón, Alcántara y Soriano, 2014).

1.2 Justificación del problema.

El área de la salud cuenta con instrumentos de medición que logran, dentro de la complejidad de los fenómenos, medir de manera estable estos mismo. Sin embargo, la mayoría se desarrollan en un habla inglesa lo que refleja un conflicto al momento de intentar aplicar a poblaciones hispanohablantes y de diferente cultura. Por ende, es necesario un proceso que permita la certificación del instrumento (Sánchez y Echeverry, 2004). Esto último, sería la adaptación, la estandarización y la validez del instrumento (Hernández et al, 2010). En el presente proyecto, se concentra en el esfuerzo por adaptar el instrumento, entendiendo este como un proceso de adaptación transcultural que es necesario para garantizar una versión equivalente a la original que permita obtener resultados fiables y válidos (Lleixà y Curto, 2017).

El instrumento *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales* (FACES IV) es de los autoinformes más utilizados para la evaluación del funcionamiento familiar pues evalúa las dimensiones de cohesión y flexibilidad familiares mediante el uso de seis subescalas que puntualizan los altos y bajos de estas variables. Además, proporciona 2 subescalas adicionales que miden la comunicación y la satisfacción del sistema familiar respectivamente. Este instrumento está en su cuarta versión modificada, la cual fue publicada en el 2010 y se ha implementado en múltiples investigaciones en diversos contextos culturales y enfocándose en diferentes líneas de

investigación con problemáticas clínicas y poblaciones variadas. Habiendo sido ya adaptado y validación en estas últimas (Costa Ball et al, 2013).

La evaluación del funcionamiento familiar es una necesidad dentro de la población psiquiátrica debido a la relación que se ha comprobado que mantiene con la recuperación del paciente. Considerando las diferencias de la cultura mexicana y el fuerte papel que cumple el contexto familiar en tal, se muestra una necesidad de adecuar el instrumento FACES IV con el fin de evaluar la adaptabilidad y la cohesión en los modelos familiares mexicanos, específicamente en aquellos que están llevando a cabo un tratamiento psiquiátrico (Rosas et al, 2003). En la actualidad, se reporta la complejidad de las nuevas organizaciones familiares y la diversidad de su funcionamiento. Por esto mismo, se hace énfasis en la intención de contar con instrumentos fiables y validados que permitan evaluar, sin sesgos transculturales, el funcionamiento familiar, con el fin de poder estructurar la mejor intervención para el paciente y así mismo, lograr un mayor entendimiento de sus recursos en el ámbito familiar (Costa Ball et al, 2013).

La adaptación de este instrumento resultaría en la obtención de una herramienta que permitiría obtener un panorama de la estructura del funcionamiento familiar de los pacientes psiquiátricos en Nuevo León. Esto podría facilitar la detección de áreas de oportunidad y fortalezas del sistema familiar que pudieran impulsar la recuperación de pacientes gracias al entendimiento de la relación entre el contexto familiar y la enfermedad mental del paciente. Para poder obtener resultados confiables es necesario asegurarnos que la prueba no cuenta con sesgos transculturales. Por ende, es necesario estructurar las propiedades psicométricas del instrumento iniciando por

una correcta traducción que permite el reflejo de la cultura local y la evaluación de la confiabilidad que nos permitirá verificar si la escala funciona de manera similar en distintas condiciones.

1.3 Antecedentes

En el 2010, se llevó a cabo la validación de constructo de la tercera versión de la *Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar* en México, dicha investigación se llevó a cabo partiendo de que no se encontraron antecedentes publicados de FACES III en nuestro idioma, con adecuación a la cultura de México, ni de otros países latinoamericanos. Los autores concluyeron que la prueba es relativamente confiable, con un resultado de 70% de confiabilidad y valida mediante un análisis confirmatorio; para esto se establecieron 12 criterios y valores mínimos a cumplir como referencia de validez. Solamente 8 de los criterios rebasaron estos valores, los 4 restantes incluían la existencia de interacción lineal entre los ítems, la obtención de un modelo que no fue totalmente puro, las estimaciones inadecuadas de las diferencias entre las correlaciones y 2 ítems de la subescalas de cohesión y 4 de adaptabilidad que cargaron a dimensiones no conocidas, aunque esto se considero limitación, no lo fue a un grado suficiente como para invalidar el instrumento, pero sí para tomar en consideración en futuros estudios ya que pudiera llegar a invalidar un proceso de medición.

Otras de las consideraciones futuras propuestas argumentan la importancia de estudiar la prueba de manera más extensa en otro tipo de poblaciones, incluso mencionando la población estudiada en esta investigación: pacientes y familias

clínicas. (Rosasa et al, 2002). No obstante, se han obtenido resultados dispares en cuanto a la validez y la fiabilidad en diversas culturas ya que múltiples estudios evidencian la necesidad de la adecuación del instrumento para que este pueda ser replicado en la estructura propuesta por los autores (Schmidt et al, 2010).

En cuanto a la versión actual, el FACES IV, durante el 2010 se realizó su adecuación y validación en Uruguay. En dicho estudio, se argumentó que en los últimos años se realizaron diversas investigaciones de fiabilidad y validez del instrumento. En Italia, Hungría y España, el modelo propuesto por Olson originalmente no se ajustaba adecuadamente al utilizar análisis factoriales confirmatorios y exploratorios. Por esto, para la estructura original de seis factores utilizando los ítems originales se utilizó un análisis factorial confirmatorio con los datos uruguayos. Se mostró como estos no se ajustan a una estructura de 6 factores, mismo que se encontró con la escala reducida que incluía 4 ítems por subescala. Se procedió por esto a un análisis de estructura interna del cuestionario, agrupando los ítems según a qué escala pertenece originalmente en el modelo. Para llegar a un resultado, se elaboró un instrumento en el que se eliminaron tres ítems en cada una de las escalas, obteniendo un instrumento de 6 escalas independientes, unidimensionales y con una fiabilidad aceptable (Costa Ball et al, 2013).

Las escalas balanceadas de cohesión tuvieron una buena fiabilidad ($\alpha = .71$), sin embargo, la de flexibilidad tuvo una fiabilidad baja ($\alpha = .46$). Las escalas desbalanceadas oscilaron entre .57 y .65 en los resultados de fiabilidad. La fiabilidad reportada originalmente por Olson se postulaba un rango de .77 a .89 con escalas de siete ítems. Los autores de esta investigación explican este fenómeno mediante la

longitud de la escala, considerando que la disminución de ítems pudiera haber afectado y disminuido la fiabilidad de cada una, por ende, consideran la fiabilidad encontrada como aceptable (Costa Ball et al, 2013).

Por otro lado, Costa Ball et al (2013) revisaron la correlación en el Análisis Factorial Confirmatorio entre las escalas balanceadas de cohesión y flexibilidad debido a que el instrumento propone una correlación directa. Se demostró, que en efecto, a mayor cohesión familiar, mayor flexibilidad y mayor satisfacción. Se recalca la correlación positiva entre la escala de cohesión desbalanceada enredada y la de cohesión balanceada ($r = .04$) y la escala de cohesión desbalanceada rígida y flexibilidad balanceada ($r = .07$), mismo que contradice las hipótesis propuestas por Olson inicialmente. En cuanto a la escala de Satisfacción Familiar, se encontró una correlación positiva con las dos escalas balanceadas, una correlación negativa con las desbalanceadas de cohesión desligada y caótica y una ausencia de correlación con las escalas enmarañada y rígida, esto último se resalta como punto a seguir investigando.

Los autores consideran la versión uruguaya del instrumento útil para investigación sobre el funcionamiento familiar, sin embargo, se presentan dudas sobre su uso para diagnóstico o clasificación debido a que para esto se requiere una fiabilidad mínima de 0.80 (Costa Ball et al, 2013).

Así mismo, en el estudio “Psychometric Properties of the Spanish version of the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV” se revisaron las propiedades psicométricas del instrumento en la población española. La hipótesis principal de esta investigación giraba sobre el supuesto de que la versión en español del FACES IV mostraría valores de validez adecuados como en la versión original, los resultados del

estudio obtuvieron un mejor ajuste del modelo, mostrando la validez del FACES IV como un instrumento multidimensional, con una estructura de seis escalas, tres respondiendo al factor de cohesión y tres al de flexibilidad. Se replicó el modelo utilizado por el autor para la validez de la versión original, inicialmente confirmando la estructura de 6 factores, obteniendo índices de ajuste muy similares e índices con carga aceptable a excepción de los ítems 28, 12, 30 y 32 los cuales tuvieron una carga menor a la buscada. Los autores mencionan que la fiabilidad encontrada en esta revisión fue mayor a la obtenida en versiones griega, húngara e italiana pero muy similar a la versión portugués (Martínez et al., 2017)

Se reportó una confiabilidad adecuada para los factores de cohesión desconectada, flexibilidad rígida y cohesión balanceada, superando el criterio de 0.7, mientras que la flexibilidad balanceada y la flexibilidad caótica obtuvieron puntajes cercanos al criterio de 0.70. Por otro lado, el factor más bajo fue el de la escala de cohesión enredada con un $\alpha = .63$. En cuanto al análisis de la estructura, no se encontró un ajuste adecuado al evaluar una estructura unifactorial. Sin embargo, se procedió a un análisis de estructura de 6 factores como lo propuesto por Olson, Gorall y Tiesel, en este modelo se cumplieron con todos los criterios establecidos, a excepción de uno. Aunado a esto, se muestra un patrón de carga desigual en los factores para las subescalas de cohesión enredada y cohesión balanceada, mientras los demás factores obtuvieron cargas similares. Se mostró también una fuerte correlación negativa entre cohesión balanceada y cohesión desconectada ($r = -.82$), y aún más baja con la cohesión enredada ($r = -.31$), mismo que se observa con las subescalas de flexibilidad, la correlación reportada entre la flexibilidad balanceada y la flexibilidad caótica fue de

$r=.55$, mientras que con la escala de flexibilidad rígida se reducía aún más ($r =.10$) (Martínez et al., 2017).

En esta evaluación de las propiedades psicométricas del instrumento en población española elaborada por Martínez, Merino, Iriarte y Olson (2017), se evaluó la validez convergente utilizando el FACES II, llegando a una relación positiva entre la flexibilidad equilibrada en ambos instrumentos ($r = .58$), y entre la cohesión equilibrada ($r = .76$). Así mismo, para la validez concurrente, se observó una correlación positiva alta entre FACES II total con las escalas equilibradas del FACES IV, obteniendo para la flexibilidad equilibrada un resultado de $r=.63$ y para la cohesión equilibrada $r=.75$ (Martínez et al., 2017)..

En conclusión, la revisión española de las propiedades psicométricas del FACES IV posiciona al instrumento como una herramienta valiosa para el análisis del funcionamiento familiar multidimensionalmente. Señalando las dimensiones de flexibilidad y cohesión permiten determinar el nivel de funcionalidad de un sistema familiar, sea este saludable o no, recalcando su utilidad tanto para investigación como para asesoramiento, así mismo, mostró propiedades psicométricas mas robustas y consistentes con los estudios originales, favoreciendo la viabilidad internacional del instrumento (Martínez et al., 2017).

1.4 Objetivo General:

El objetivo general de la presente investigación se centra en la adaptación transcultural y la evaluación de la consistencia interna del instrumento *Faces IV: Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar*.

1.5 Objetivos Específicos.

- Elaborar la adaptación del instrumento a la cultura y lenguaje de la población psiquiátrica en Nuevo León basado en criterios de intención.
- Determinar la confiabilidad del instrumento traducido mediante la evaluación de la consistencia interna relacionada al alfa de Cronbach.
- Identificar la concordancia intra-evaluador a través del Kappa de Cohen en grupos paralelos.

1.6 Preguntas de Investigación.

- ¿Refleja la adaptación del instrumento el correcto uso del lenguaje que logra un entendimiento correcto en población nuevoleonés?
- ¿La consistencia interna del instrumento FACES IV: Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar permite evaluar de manera acertada las variables que pretenden medir?
- ¿El uso del instrumento arroja medidas de confiabilidad similares y adecuadas aun cuando se aplica por evaluadores diferentes?

1.7 Variables.

Las variables para tomar en consideración para la presente investigación son las siguientes:

- Cohesión desprendida
- Cohesión enredada
- Flexibilidad rígida
- Flexibilidad caótica.

- Satisfacción Familiar

- Comunicación

1.8 Hipótesis.

Se considera que el instrumento de evaluación adaptado tiene las propiedades psicométricas adecuadas y necesarias que permiten la correcta evaluación de la cohesión, adaptabilidad, satisfacción y comunicación familiar en la población psiquiátrica de Nuevo León.

1.9 Hipótesis Nula:

La hipótesis nula es que el instrumento adaptado no cuenta con las propiedades psicométricas necesarias para la evaluación adecuada de la cohesión, adaptabilidad, satisfacción y comunicación familiar en la población psiquiátrica de Nuevo León.

2. MARCO TEÓRICO.

2.1 Población Clínica.

La población con trastornos mentales ha ido en incremento durante los últimos años, incluso estos se sitúan en una de las tres primeras causas de mortalidad de personas entre 15 y 35 años, debido a la propensión al suicidio (Secretaría de Salud, 2014). De acuerdo con el reporte de *Depresión y otros Trastornos Mentales Comunes* de la OMS en el 2015, 300 millones de personas padecen de depresión, es decir un equivalente a 4.4 % de la población general y en un 3.6% de la población general se presenta un trastorno de la ansiedad (OMS, 2017). Así mismo, reporta que el trastorno bipolar está presente en 60 millones de personas, los trastornos psicóticos en 23 millones de personas y la demencia en 50 millones de personas a nivel global. (OMS, 2019).

Estas cifras propuestas por la OMS, fundamentaron la creación del Programa de Acción Específico de la Salud Mental 2013-2018 en México, donde se plantean los cambios en el concepto de atención a la población con enfermedad mental basado en el derecho de recibir una atención cálida, especializada y con respecto a los derechos de los usuarios. En este mismo reporte se aborda que actualmente se sabe que al menos el 10% de la población mundial tiene un trastorno mental y el 25% de los mismos desarrollara algún problema relacionado durante su curso de vida. (Secretaría de Salud, 2014).

A nivel global, se situó que estos trastornos junto al uso de fármacos son los principales impulsores de discapacidad causando al menos 40 millones de años de discapacidad en personas con edades de 20 a 29 años. En la región de América Latina y el Caribe, se situaron a los trastornos mentales y de la conducta acompañados por las enfermedades osteomusculares y reumáticas como las principales causas de discapacidad, al igual que a nivel mundial; situando específicamente a la depresión como la causa número uno en esta región . Entre 1990 y 2010, se mostró tanto un aumento significativo de la carga de morbilidad causado por muchas enfermedades no transmisibles (incluidos los trastornos mentales), como un incremento en las muertes prematuras y discapacidades asociadas a los trastornos por consumo de alcohol y fármacos en América Latina y el Caribe (IMHE, 2013).

En México, 1 de cada 4 personas entre 18 y 65 años ha tenido un trastorno mental, sin embargo, sólo 1 de cada 5 recibe tratamiento. Este tratamiento se ha mostrado ser recibido en su mayoría dentro de hospitales psiquiátricos, centralizado este como el eje de la atención de la salud mental (Secretaria de Salud, 2014).

Esto nos da una idea de la prevalencia de los trastornos psiquiátricos, la población actual y el crecimiento que ha presentado en los últimos años. Alrededor del 50% de la población psiquiátrica se atiende en hospitales de tercer nivel (Castro et al., 2020). En el 2011, México contaba con 46 hospitales psiquiátricos (13 correspondientes al sector privado), 13 unidades de internamiento psiquiátrico en hospitales generales, 544 establecimientos de salud mental ambulatorios y 8 establecimientos residenciales (Pimentel, 2019).

En referencia a la población psiquiátrica atendida, se han mostrado incrementos en los egresos hospitalarios por trastornos mentales en las Instituciones de Secretaria

de Salud. López (2018) reportó en la Carpeta Informativa no. 86 de la Cámara de Diputados que los egresos de hospitalización en entidades hospitalarias de la Secretaría de Salud subieron de 50 egresos en el 2005 a 227 egresos en el 2015 a nivel nacional en estancias de 1 día o menos, mientras que las estancias de más de un día incrementaron de 41,002 en el 2005 a 49,132 en el 2015, mostrando un incremento de 0.19%. En ambos casos, el consumo de sustancias era el motivo más prevalente de internamiento seguido por trastornos neuróticos en el caso de hospitalizaciones de 1 día y esquizofrenia en casos de más de un día. Entre el 2001 y el 2014, se mostró un aumento en el número de unidades de hospitalización psiquiátrica, pasando de poco más de 430 a 738, así mismo los consultorios psiquiátricos de especialidad incrementaron del 3.9 al 6.5% en el mismo rango de tiempo.. (López, 2018). Sin embargo, se reporta una disminución del 3% de camas destinadas a pacientes psiquiátricos (OMS,2011).

2.2 Relación de la Salud Mental con el Funcionamiento Familiar.

Se puede decir que vivimos dentro del contexto de nuestras relaciones con otros, especialmente de nuestras familias y amigos. Por eso, cuando una persona se enferma, esta situación impacta en las personas con las que está relacionada (Evans et al., 2020) El funcionamiento familiar ha sido relacionado a la salud mental tanto como factor protector, como factor de riesgo. (Thornicroft y Patel, 2014). Cuando este es adecuado, promueve el desarrollo integral de los miembros del sistema familiar, de lo contrario un funcionamiento maladaptativo puede propiciar síntomas y enfermedades en los miembros del núcleo familiar. El funcionamiento familiar óptimo es un reto debido a que

es necesario el equilibrio flexible entre sus distintas dimensiones, esto finalmente, permite a la familia enfrentar desafíos y situaciones (Pérez y Pía, 2016)

Los familiares proveen cuidados vitales a los pacientes con trastornos mentales, aún más en la actualidad donde el tratamiento ha ido empujando a sistemas comunitarios de atención versus a la institucionalización. Esto ha llevado a la necesidad de los familiares de tomar el rol de cuidador primario (Tan, Conclon, Tsamparli y O'Neill, 2019). Así, se disminuye el impacto en la calidad de vida del paciente y los resultados adversos. Pero, el trastorno mental impacta tanto al paciente como a sus seres queridos. La estabilidad económica, demanda de atención y apoyo, citas médicas, entre otras cuestiones son tareas que impactan el sistema familiar y a los miembros que lo componen, incluso pudieran llegar a desarrollar síntomas propios si la carga los sobrepasa (Evans et al., 2020). Sin embargo, Tan et al. (2019) puntúan que otra relación entre la dinámica familiar y los trastornos mentales recae en que las dinámicas de disfunción familiar han sido relacionadas a éstas en cuanto a que el estrés ambiental, incluido el familiar, toma un rol fundamental en el inicio y mantenimiento de síntomas psiquiátricos. Por ende, se pudiera decir que los trastornos mentales tienen un impacto significativo en la familia y viceversa (Ma, Roberts, Winefield y Furber, 2016).

Santesteban-Echarri et al (2018) revelaron que las familias con historial médico de trastornos mentales mostraron puntuaciones menores en las escalas de funcionamiento familiar. En personas que tenían un hermano con una enfermedad mental grave, se mostraba un funcionamiento más rígido, por otro lado, se mostraba con predominancia caótica en familias con padres que padecen de psicosis o manía. La comunicación se vio afectada en las familias donde los padres reportaban trastornos

mentales graves. Pérez y Pía (2016) realizaron un estudio donde asociaron la salud mental parental y las dimensiones de funcionamiento familiar y resaltan la importancia de que los programas de prevención e intervención en salud mental consideren el funcionamiento familiar y los factores que lo afectan. Chen, Xu y Wu (2018) proponen lo mismo argumentando que la familia facilita la prevención de trastornos mentales y la integración a la atención.

2.3 Modelo Circunflejo de Sistemas Maritales y Familiares.

El Mapa de Pareja y Familia, conocido también como el Modelo Circunflejo de Sistemas Maritales y Familiares, fue desarrollado por David Olson y sus colegas de la Universidad de Minnesota (Olson, 2014). Olson, Russel y Sprenkel describen el modelo y destacan que se compromete de 3 conceptos claves para entender el funcionamiento familiar: la cohesión familiar, la adaptabilidad y la comunicación. Estas tres dimensiones del comportamiento familiar han resultado de un agrupamiento de más de cincuenta conceptos para describir las dinámicas familiares y materiales (2014). Basado en la teoría del sistema familiar y componentes en común con otros marcos, este modelo gráfico representa claramente las dimensiones ya mencionadas (Olson, 2014).

Olson y Gorall (2006) destacan la hipótesis principal del modelo, la cual sitúa que los niveles balanceados de cohesión y flexibilidad conducen a un funcionamiento sano, mientras que los niveles desbalanceados de ambas se asocian a funcionamientos más problemáticos. A esta hipótesis se le suele denominar la hipótesis curvilínea.

Una variedad extensa de modelos teóricos se ha enfocado en variables independientes relacionadas a las que postula el modelo presente. Sin embargo, se ha

presentado evidencia extensa del valor e importancia de estas 3 dimensiones y como son críticas para entender y tratar a los sistemas familiares y maritales (Olson,2014).

2.3.1 Cohesión.

La cohesión es un sentimiento de cercanía personal con otra persona. El modelo nos propone cuatro niveles de cohesión con los que se logra describir dentro de relaciones de parejas o familia (Olson et al., 2014). Olson (2014) denomina los extremos como Desprendido y Enredado, mostrando el extremo más bajo y el más alto respectivamente. Aun cuando en ocasiones, cualquiera de estos dos estilos de cohesión puede ser apropiado, cuando las relaciones se atorán en ellos se convierten en problemáticas. Usualmente, en niveles muy altos de cohesión hay un consenso excesivo dentro del núcleo familiar y poca independencia. Por el otro lado, en niveles extremadamente bajos los miembros del núcleo familiar muestran poco apego y compromiso a la familia. Los niveles medios, o centrales, de la cohesión denominados como Separado y Unido son considerados los niveles más funcionales, en parte porque balancean la separación y la unión (Olson et al., 2014). El autor del modelo también destaca que los individuos que logran experimentar un balance entre los extremos de los niveles centrales son capaces de ser independientes y estar conectados a sus familias. A estos se les denomina sistemas familiares balanceados (Olson, 2014; Olson et al, 2014).

2.3.2 Adaptabilidad.

La adaptabilidad familiar se define como la habilidad del sistema marital o familiar de cambiar su estructura de poder, roles en la relación y reglas en respuesta a

estrés o situaciones diversas. Por ende, se podría decir que la adaptabilidad es la cantidad de cambio que ocurre en el liderazgo, los roles y las reglas (Olson et al, 2014). Esta dimensión incluye conceptos como liderazgo, estilos de negociación, relaciones de roles y reglas de las relaciones, siendo el balance entre la estabilidad y el cambio el enfoque principal (Olson, 2000). La adaptabilidad, al igual que la cohesión, tiene también 4 niveles y también se argumenta que los niveles centrales llevan a un funcionamiento más saludable. Los niveles extremos se denominan adaptabilidad rígida y adaptabilidad caótica. Las familias que se sitúan en estas dos pueden funcionar bien a corto plazo, pero el funcionamiento se mostraría problemático a la larga. Los niveles centrales en este caso son flexible y estructurada. No fue hasta recientemente que el potencial del sistema para cambiar obtuvo la importancia que amerita, ya que en un inicio se mostraba la rigidez y el esfuerzo por mantener el status quo de los sistemas (Olson, 2014). El autor también destacó que tanto la estabilidad como el cambio, son necesarias para el funcionamiento adecuado. La capacidad para el último es la que distingue a las parejas y familias funcionales de los demás. Sin embargo, no existe un nivel que sea mejor que otro para ninguna relación. No obstante, fijarse en un extremo conduce a funcionamientos problemáticos en las relaciones (Olson, 2000).

2.3.3 Comunicación.

Esta dimensión es considerada por Olson (2014) como una dimensión facilitadora ya que la comunicación es considerada como crítica para el movimiento entre dimensiones. Olson et al (2014) refieren que es a través de ella que las familias y parejas identifican y resuelven sus preocupaciones sobre la cohesión y la flexibilidad. Se podría decir que la comunicación es “la grasa que suaviza las fricciones entre la

pareja y la familia” (Olson et al, 2014 p.98). Los autores destacan la cualidad lineal de esta dimensión ya que mientras mejores sean las habilidades de comunicación, más se fortalecerá la relación pues permitirá mantener una estructura cohesiva, adaptarse al cambio y resolver problemas. Dentro de esta dimensión se consideran seis dimensiones: habilidades para escuchar, hablar, autodivulgación, claridad, permanecer en tema, y respeto y consideración. Debido a que esta dimensión se considera como facilitadora, no está graficada en el modelo (Olson et al, 2014).

Otra manera de considerar el Modelo circunflejo es como un Mapa de Parejas y un Mapa de Familias (Olson, 2014). Este modelo ofrece 16 formas de mapear y entender a la pareja y las familias que también puede ser aplicado por terapeutas, consejeros y familiares que busquen entender y cambiar la dinámica de aquellos sistemas familiares o maritales que están afrontando dificultades (Olson et al., 2014).

El Mapa de la Familia considera la familia de origen de la persona ya que las personas comúnmente utilizan este como referencia para el tipo de pareja o familia que quieren, o no quieren. Esta consideración es importante debido al reto que resulta si una pareja viene de o prefiere dos dinámicas muy diferentes (Olson, 2014).

Mientras tanto el Mapa de Pareja muestra 16 estilos de matrimonios. Dentro de la pareja, es importante balancear los niveles de unión y separación y de estabilidad y cambio. Estos niveles se pueden ajustar para lograr un nivel aceptado por ambos miembros de la pareja. Sin embargo, este proceso no está exento de dificultades como lo podría ser el desacuerdo sobre el estado actual de los niveles en su matrimonio, o la diferencia en los niveles preferidos. Afortunadamente, las parejas pueden hacer

intentos deliberados para cambiar tanto su cohesión como su adaptabilidad con el fin de mantener su matrimonio más satisfactorio. Para lograrlo, pueden discutir sobre que ven y qué tan satisfechos están con la relación en cuanto a la cohesión, adaptabilidad y la comunicación (Olson, 2014)

2.4 Escala de Evaluación de la Cohesión y la Adaptabilidad Familiar, FACES IV .

Olson (2006) enfatiza cómo el Modelo circunflejo de Sistemas Maritales y Familiares se desarrolló en un intento de solucionar la brecha entre la investigación, la teoría y la práctica. A través de él se ha permitido la elaboración de auto-reportes y escalas clínicas basadas en el modelo. Incluso se ha reportado el uso del auto reporte en más de 1,200 investigaciones para el 2002 (Kouneski, 2002 citado por Olson, 2006). Las líneas de investigación de estos instrumentos varían desde la relación entre síntomas familiares y estilos de sistemas familiares, estilos de familias antes y después de tratamientos, etc... También se ha mostrado su utilidad en la práctica clínica para la evaluación y la planeación de intervención (Olson, 2014).

El auto reporte elaborado para evaluar el Modelo Circunflejo Familiar es la *Escala de Funcionamiento y Adaptabilidad Familiar FACES IV*. Olson (2011) menciona que esta última versión del instrumento fue diseñada para evaluar la cohesión y flexibilidad familiar. Las versiones previas de la escala incluyen el FACES I, FACES II, FACES III y la Escala de Evaluación Clínica que constituye el instrumento observacional. Desde su inicio, tanto el modelo como la escala han sobrellevado amplias revisiones y alteraciones, siendo utilizada de manera basta en el ambiente clínico (Olson, Sprenkle and Russell, 1979 citado en Olson, 2011).

Olson (2011) establece que los conceptos del modelo se han definido de diversas maneras operacionales y conceptuales para incluir aspectos del funcionamiento familiar, pero la importancia de la cohesión y flexibilidad para el entendimiento del sistema ha sido una constante. La versión actual tiene cambios y componentes nuevos que se han ido desarrollando relacionados al Modelo Circunflejo. Los cambios van desde la definición de flexibilidad, el desarrollo de seis escalas nuevas, un sistema de evaluación perfilada, puntuaciones de proporción y el desarrollo de seis estilos de familias según el análisis de agrupamiento (Olson, 2006). Los objetivos principales del desarrollo del FACES IV giraban entorno al desarrollo de una escala de auto reporte confiable, válida y clínicamente relevante que evaluará las 2 dimensiones principales del Modelo Circunflejo y fuera útil para el trabajo clínico y de investigación dentro de las familias (Olson, 2011).

El instrumento estuvo disponible para su uso a partir del 2011 y está constituido por 42 ítems en total (Sperry, n.d.), adicional a ello, incluye dos escalas con 10 ítems cada una que miden la Comunicación Familiar y la Satisfacción Familiar. El autor recomienda el uso completo de los 62 ítems para medir el funcionamiento familiar (Olson, 2010). Prepare-Enrich, quien distribuye el uso del instrumento, cuenta con diversas versiones traducidas que pueden solicitarse en su compra, así como algunas versiones validadas y estandarizadas.

En el Manual de Aplicación, Olson (2010) describe la composición del instrumento. Esta incluye seis subescalas para evaluar cohesión y flexibilidad. Dos subescalas miden la flexibilidad y la cohesión balanceadas, estas son similares al FACES II y el FACES III; mismo por los que el autor sustenta al reportar que mantienen

altas correlaciones (Olson, 2006). Las cuatro subescalas restantes miden los extremos altos y bajos de ambas variables. Es decir, para evaluar la cohesión desbalanceada se utilizan las subescalas Desprendido y Enredada; mientras que, para evaluar la flexibilidad desbalanceada se utilizan las subescalas Caótica y Rígida.

Cada subescala está constituida por 7 ítems que se evalúan en escala Likert. Todas las escalas, con excepción de Satisfacción, se califican como sigue: 1, Totalmente en desacuerdo; 2, Generalmente en desacuerdo; 3, indeciso; 4, Generalmente de acuerdo y 5, Totalmente de acuerdo. Para Satisfacción se utiliza la siguiente referencia: 1, Muy insatisfecho; 2, De alguna forma insatisfecha; 3, Generalmente satisfecha; 4, Muy satisfecho y 5, Totalmente satisfecho (Olson, 2010).

En la dimensión de la cohesión, la prueba evalúa el “nivel de ligazón emocional que los miembros de la familia perciben respecto a los otros” (Olson, 2010 p.120). La flexibilidad se define en el Modelo Circunflejo como la “cantidad de cambio en el liderazgo de la familia, roles en las relaciones y reglas en las relaciones” dentro del sistema (Olson , 2006 p.06). Sin embargo, el autor destaca la cantidad limitada de ítems en la dimensión de flexibilidad en el FACES IV, y versiones anteriores, que se relacionaban directamente a la cantidad de cambio presente en el sistema familiar. Por esto, se adecuo la definición conceptual a “la cualidad y expresión de liderazgo y organización, roles de organización y reglas y negociaciones en las relaciones” (p.06). Así mismo, el instrumento facilita la evaluación de la satisfacción familiar y la comunicación. En estas áreas se evalúa la comunicación del sistema familiar y que tan satisfechos están los miembros con esto mismo (Olson, 2011).

Olson (2011) sugiere a partir de este modelo que mientras más altos sean los puntajes de los niveles balanceados de cohesión familiar y flexibilidad se presenta un funcionamiento familiar más sano, contrario a cuando se presentan puntuaciones más altas en los niveles no balanceados. También menciona que los sistemas balanceados se comunican de mejor manera lo que lleva a un grado de satisfacción mayor.

El instrumento permite la representación gráfica del Modelo Circunflejo, donde las seis escalas pueden ser trazadas en la gráfica. Los niveles balanceados de cohesión y flexibilidad se sitúan en las celdas centrales y los desbalanceados en los extremos. Por otro lado, ofrece 3 puntuaciones de proporción: Proporción de Cohesión y Proporción de Flexibilidad y Proporción Circunflejo Total que mide la combinación de cohesión y flexibilidad. Estas pretenden evaluar los aspectos curvilíneos del instrumento, mientras más alta la proporción de las escalas balanceadas a las desbalanceadas, más sano el sistema familiar (Olson, 2006).

Finalmente, se agregó la descripción de 6 estilos familiares que varían en cuanto a la felicidad y salud del sistema. Estas se denominan como Balanceada, Rígida, Cohesiva, Media, Flexiblemente Desbalanceada, Caóticamente Desprendida y Desbalanceada. Se llegaron a estos mediante el análisis de agrupamiento por puntuaciones percentiles de las 6 escalas con el objetivo de evaluar problemas de variabilidad y oblicuidad en las subescalas (Olson, 2006).

En el 2011, Olson tomó la iniciativa de validar el instrumento, por lo que se evaluaron 124 familias con un total de 487 evaluados de los cuales 80% eran cáucacos, 7% asiáticos americanos, 6% afroamericanos, 2% hispanos y 2% nativos americanos. Se evidencio la estructura válida y confiable del instrumento de 4 factores con 7 ítems

positivos cada uno y 1 factor con 7 ítems positivos y 7 negativos, es decir, se encontraron 2 escalas balanceadas y 4 desbalanceadas. (Olson, 2011). Así mismo, diversos estudios en otras poblaciones se han llevado a cabo. Para futuras investigaciones, el autor menciona que no es absolutamente necesario, e incluso sería inapropiado, llevar a cabo un análisis factorial, por lo que procede a sugerir el análisis confirmatorio, el cual ya se ha realizado con anterioridad mostrando resultados positivos (Olson, 2010).

En otra instancia, Olson (2011) comparte sus hallazgos sobre la confiabilidad de las escalas se evaluó para determinar la consistencia interna, con resultados adecuados de entre .77 y .89 para las 6 escalas. Se llevó a cabo un análisis de correlación entre las 6 escalas donde las dos escalas balanceadas de cohesión y flexibilidad mostraron una correlación alta ($r = .60$). La cohesión balanceada y la Escala Desprendida que evalúa el extremo inferior de esta dimensión, obtuvieron una correlación negativa alta ($r = .80$), a su vez, la correlación de la cohesión balanceada y la Escala Enredada situado en el polo más alto de la cohesión, mostraron una correlación baja negativa ($r = 0.15$). Las escalas de Enredada y Desprendida fueron correlacionadas positivamente mostrando su relación ($r = .27$). Los resultados de las correlaciones de flexibilidad mostraron una correlación negativa alta ($r = -.53$) entre la flexibilidad balanceada y la caótica, y una correlación mínima entre flexibilidad balanceada y rígida ($r = -.05$). Las dos áreas desbalanceadas no mostraron correlación significativa (Olson, 2011).

Olson (2011) al correlacionar entre las dos dimensiones, encontró una correlación significativa entre Desprendida y Caótica ($r = .60$), la cohesión balanceada obtuvo una correlación negativa alta con la subescala caótica ($r = -0.68$) y baja con rígida

($r=-0.11$). La flexibilidad balanceada también obtuvo una relación negativa con la escala Desprendida ($r= -.82$) pero una baja correlación con la escala Enredada ($r=-09$) (Olson, 2011).

2.5 Adaptación y Validación de Instrumentos.

Aun cuando el proceso de validación y adaptación sigue siendo un proceso complejo, no requiere el mismo esfuerzo que la creación de un instrumento nuevo. Dentro de los procesos de desarrollo de instrumentos encontramos la necesidad de definir el constructo, el propósito, la población, el modo de aplicación, el formato, organización, evaluación y prevención de sesgo, codificación de respuestas, entre otras cuestiones necesarias de revisar. Por esto mismo, y por el costo económico menor, se considera más viable la adaptación y validación de escalas preexistentes. Dentro de sus beneficios encontramos la posibilidad de comparaciones transculturales e internacionales (Berenger y Roldan, 2017). Mediante el proceso de adaptación y validación podemos lograr garantizar la viabilidad, fiabilidad y sensibilidad de las medidas que proporciona un instrumento, por ende, estaríamos asegurando que el instrumento cuenta con las propiedades necesarias para su uso.

Obtener equivalencia multilingüe, cultural y psicológica en instrumentos de evaluación es un reto para practicantes y académicos. Por esto mismo, Cripps (2017) afirma la necesidad esencial de combinar técnicas para incrementar la precisión de los instrumentos y minimizar las fuentes de defecto en su uso. Es importante que existen diversos problemas que afectan la equivalencia entre versiones de un instrumento, como el sesgo en el método o de administración, pero cabe recalcar que la adaptación

es una de las principales fuentes de falta de validez en versiones multilingüísticas de instrumentos de evaluación (Cripps, 2017).

Para la evaluación psicológica hoy en día, la adaptación de instrumentos es obligatoria. La APA creó Estándares para la Evaluación Psicológica y Educativa donde postula que cuando un instrumento sobrelleva un cambio sustancial, como es la traducción, la confiabilidad y validez se deben establecer para la nueva versión. Las dos versiones nuevas deben ser psicológicamente equivalentes, por ende los ítems deben de causar reacciones por los mismos rasgos psicológicos y estos deben ser los que busca medir la prueba. Esto debe hacerse incluso cuando el instrumento se adapta para un grupo o población específica (Hedrih, 2019).

Las pruebas psicológicas no son como cualquier tipo de textos, estos se entienden como estímulos que necesitan causar cierta reacción; esta reacción debe ser causada por los rasgos psicológicos que la prueba intente medir. Es decir que los estímulos activan factores internos y una tarea esencial es evaluar que los factores internos produzcan exactamente la misma reacción en la versión traducida aun cuando los estímulos sean diferentes (Hedrih, 2019).

De hecho, debido a los avances recientes en investigación, metodología y conciencia de la importancia de la investigación, en el 2013 Elousea, Muñiz y Hambleton (2013) realizaron la revisión de las directrices para la adaptación de tests publicadas por Comisión Internacional de Tests (ITC) junto a Muñiz y Hambleton en 1994. En esta se actualizaron las directrices y se agregó un listado de control de calidad en la traducción. Así recalcan el valor de la integración de aspectos lingüísticos,

métricos, culturales y conceptuales del proceso de adaptación (2013). En la presentación actual, publicada en el 2017, consiste en 18 directrices organizadas en 6 secciones. Algunos puntos a destacar estas directrices dictan que las diferencias culturales deben tomarse en cuenta, la necesidad de respaldar empíricamente la equivalencia de versiones de los instrumentos, la importancia de la metodología, traducción, familiaridad con el instrumento, y la necesidad de solicitar permiso del autor del instrumento para su adaptación(Hedrich, 2019).

El proceso de adaptación conlleva una revisión de diversas propiedades psicométricas. Entre estas destacan la viabilidad de su uso, esto es que sea fácil de administrar, tenga interés, preguntas claras y sencillas, un formato adecuado, codificaciones correctas etc... , que sea fiable y que sea válido.Estos componentes siempre se deben de evaluar, puede revisarse la sensibilidad al cambio en caso de que el instrumento tenga el fin de evaluar respuestas de los participantes en ensayos clínicos (Berenger y Roldán, 2017).

2.5.1 Traducción.

Frecuentemente, la adaptación es usada como sinónimo de adaptación de instrumentos. Sin embargo, es importante recalcar la diferencia de estos dos procesos. La traducción es uno de los componentes del proceso de adaptación. Para Iliescu (2017), la adaptación de instrumentos va más allá de la transformación del texto de un idioma a otro, sino que es un proceso científico que ofrece evidencia de la adecuación de la información lingüística en términos de lenguaje y propiedades psicométricas. Koffler et al (2019) resalta la importancia de entender la adaptación como el proceso de

traducción, modificación de ítems, confiabilidad, estudios de validez y elaboración de normas.

La traducción de instrumentos en la adaptación no es dirigida lingüísticamente sino sobre intención. Los ítems son modificados para lograr una equivalencia y similitud en las dos formas aun cuando esto solo se logre mediante severas transformaciones de los componentes de la escala (Iliescu, 2017). La equivalencia cultural es un factor importante en el proceso de adaptación (Hedrich, 2019). Para encajar en un contexto cultural, los ítems son modificados de tal manera que las referencias culturales originales se modifican de manera equivalente para encajar con las de la población a evaluar (Iliescu, 2017) A este proceso se le denomina descentración de instrumentos (Hedrich, 2019).

Hedrich (2019) resalta la importancia que el traductor designado a este proceso no sólo domine la lengua, sino que también es necesario que esté inmerso en la cultura objeto de la traducción. Las características que se bene buscar en un traductor son el conocimiento de ambas lenguas y culturas, la sensibilidad cultural a ambas y que conozca la naturaleza y el objetivo del estudio.

Existen dos métodos para la traducción, ambos requieren de al menos dos traductores trabajando por separado. Uno de ellos elabora la traducción mientras el segundo compara y evalúa la calidad de la versión traducida a la original. La traducción directa ocurre cuando los contenidos de la versión original son traducidos de manera idéntica al lenguaje de la población objetivo. La retrotraducción se elabora mediante la traducción de la versión original a un lenguaje y otro traductor traduce esa versión de

regreso al lenguaje original. Cuando el segundo ha terminado la retrotraducción, el investigador que lidera la adaptación compara la versión original con la nueva (Hedrich, 2019).

2.6 Fiabilidad.

La fiabilidad se refiere a “la estabilidad o constancia de la medida cuando esta se repite varias veces” (Berenger y Roldán, 2017 p. 72). Mediante la fiabilidad se logra la evaluación de la precisión del instrumento, algunos sitúan como sinónimo la reproductibilidad y repetibilidad (Berenger y Roldán, 2017). Houser (2019) la describe como el grado en que las puntuaciones son consistentes y reproducibles (Houser, 2019). En ocasiones se explica mediante procesos de medición en ingeniería, por ejemplo, al tomar varias del mismo objeto y compararlas, aun cuando tratamos de ser lo más precisos, la medida puede variar, sin embargo, si el error es pequeño o mínimo, estaríamos satisfechos con el resultado. Las medidas de fiabilidad pueden tener efectos devastadores por lo que es importante buscar un buen nivel en los instrumentos de evaluación. Todos los instrumentos deben de reportar sus índices y cálculos de fiabilidad, así como todas las investigaciones deben de reportar los mismos sobre los instrumentos que utilicen (Rust y Golombok, 2018).

Gregory (2007 citado en Houser, 2019) se refirió a la fiabilidad como la consistencia en las medidas, destacó que en el caso de las evaluaciones psicológicas existen pocos instrumentos que tengan total consistencia. Describe a la fiabilidad como un continuo que va desde consistencia mínima hasta resultados de repetición casi perfectos. Houser (2019) añade que las puntuaciones incluyen una puntuación real y

una de error. En la ulterior se incluyen los efectos potenciales que alteran la puntuación real como las limitaciones del instrumento, consistencia en la administración, errores en la puntuación, entre otras.... Esta propiedad psicométrica se reporta como una correlación entre dos sets de puntuaciones que puede variar desde -1.0 hasta + 1.0, mientras más cercana esté al +/-1 la puntuación, mejor fiabilidad tiene la prueba, usualmente 0.8 se considera como una fiabilidad fuerte. La puntuación positiva indica una relación directa, mientras la negativa sería indicativa de una relación inversa. Para evaluarla existen diferentes métodos, como por ejemplo, fiabilidad test-retest, formas alternas, interevaluador y la consistencia interna (Houser, 2019).

2.6.1 Consistencia Interna.

Es el grado en el que los ítems se correlacionan entre sí, demuestra que el comportamiento y estilo de respuesta de los evaluados fue consistente a través de la evaluación (Houser, 2019). La consistencia interna es una medida de la homogeneidad y estabilidad de los ítems entre ellos, si estos miden el mismo fenómeno mostraron una alta correlación. . Los factores que incrementan la fiabilidad pueden ir desde una muestra más variada, cantidades grandes de ítems, menos amplitud en su dificultad, experiencia previa en la realización del test, motivación o preguntas con menos contenido emocional (Berenger y Roldán, 2017). Es necesario cuando los instrumentos cuentan con más de una sub escala y está conformado por más de 20 ítems. Se calcula mediante el alfa de Cronbach o el coeficiente KR-20, el primero se utiliza cuando el instrumento se puede contestar con más de 2 opciones y el segundo para respuestas dicotómicas. Se considera aceptable en un rango de entre 0.70 y 0.90. Por debajo del rango, se mostrará una baja correlación, por encima de el, redundancia y duplicación de

ítems. (Sanchez y Echeverry, 2004; Oviedo y Campo-Arias, 2005 citado en Berenger y Roldán, 2017)

2.6.2 Fiabilidad Test-Retest.

Esta fiabilidad mide la similitud entre dos puntuaciones después de un lapso definido (Cripps, 2017). Con esto, se logra evaluar la reproducibilidad del test, es recomendable que el lapso no sea menor a 2 días ni mayor a 14 (Berenger y Roldán, 2017). Los resultados se analizan mediante la correlación de Pearson y arroja un resultado de entre 0 y 1, mientras mayor sea, mejor (Rust y Golombok, 2018). Sin embargo, este método no toma en cuenta que la varianza se explica por las diferencias entre los sujetos medidos. Por otro lado, el coeficiente de correlación intraclass, incorpora el análisis de la variabilidad de los sujetos y otras fuentes como diferentes evaluadores, características de los sujetos y error. Esta se obtiene mediante el ANOVA y se interpreta como el porcentaje de la variabilidad de los puntajes que depende solo de la variabilidad entre los sujetos medidos. Otro método es el coeficiente de correlación-concordancia de Lin, este mide el acuerdo entre dos pares de mediciones, estableciendo la variación en una línea de 45° que parte del origen, este se recomienda como complemento del ANOVA (Sanchez y Echeverry, 2004).

2.6.3 Fiabilidad Interobservador e Intraobservador.

Cuando la aplicación al mismo paciente se hace por personas diferentes, los resultados deberían de ser similares (Sánchez y Echeverry, 2004). La repetitividad está relacionada a la variabilidad intraobservador, donde un mismo observador conjuga dos medidas en la misma muestra en un lapso. En cambio, si las medidas se elaboran por

dos o más observadores en la misma muestra, hablaríamos de la reproductibilidad y se estaría sujeto a la evaluación de la variabilidad interobservador (Popović y Thomas, 2017). Mediante el cálculo del coeficiente de correlación intraclassa (CCI) en escalas cuantitativas como el índice de Kappa en escalas categóricas, ayudan a evaluar el grado de concordancia entre dos o más evaluadores, o la fiabilidad interevaluador; si esta es alta, se supone que también lo sería la concordancia interevaluador (Berenger y Roldán, 2017)

2.7 Validez.

Cizek (2020 p. 12) proponen que la validez es “el grado en el que las puntuaciones de una administración apropiada de un instrumento apoyan las inferencias sobre la variación en el constructo que el instrumento fue creado para medir”. Muñiz (2018) nos plantea que cuando a través de este proceso, podemos decir que las inferencias hechas a partir del instrumento son válidas.

2.7.1 Validez de Contenido.

Es la forma principal de validez para la aproximación función de psicometría, es la base principal con la que se juzga cualquiera programa de construcción de instrumentos. Frecuentemente, su análisis es cualitativo debido a que se le atribuye mayor importancia a la cualidad de la desviación que a la cantidad de esta. Si el instrumento está reflejando otro dominio, este sería considerado como fuente de sesgo (Rust y Golombok, 2018). La validez de contenido busca evaluar si el contenido del instrumento

es válido para lo que busca evaluar (Neukrug y Fawcett, 2019), si los ítems del instrumento realmente evalúan el constructo que está diseñado para medir (Patten y Newhart, 2018) . Sánchez y Echeverry (2004) postulan que este estilo de validez respondería la pregunta ¿Refleja el instrumento la estructura de dominios de lo que busca evaluar? Supone la evaluación de si los ítems representan adecuadamente los dominios o factores de lo que se busca medir. Esto se logra a mediante el análisis factorial que nos mostrará si el instrumento representa correctamente los dominios o factores del concepto a medir. El Análisis Factorial nos mostrará tanto la estructura factorial como los ítems se distribuyen en ellos, facilitando la eliminación de ítems que afectan la variabilidad de medición.

2.7.2 Validez de Constructo.

Determinar la validez de constructo requiere de juicios subjetivos e información empírica. Un constructo se refiere a la colección de comportamientos relacionados asociados de manera significativa. Al momento de crear un instrumento, se tendría que suponer sobre los componentes que constituyen el constructo que quieren evaluar (Patten y Newhart, 2018). Rust y Golombok (2018) argumenta que la entidad de un instrumento normalmente no puede medirse de forma directa, dejándonos a expensas de la evaluación de su utilidad mediante la relación del instrumento a los fenómenos variados que la teoría predice. La validez de constructo es el grado en que las medidas corresponden a los conceptos teóricos que se están estudiando y garantiza que estas pueden considerarse y utilizarse como medidas del fenómeno en cuestión ya que cuenta como evidencia de la relación interna entre los ítems del instrumento (Berenger y Roldán, 2017). Sánchez y Echeverry (2004) describen que un instrumento que cuenta

con validez de constructo no deja factores sin medir ni mide dominios ajenos a lo que busca medir. Propone que tras haber descubierto los diferentes factores del instrumento, se puede aplicar otros instrumentos que miden estos factores y hacer una comparación. De otro modo, se puede utilizar los valores de correlación en estructuras matriciales.

2.7.3 Validez de Criterio.

Es definida por Houser (2019 p.356) como "el grado en que las puntuaciones obtenidas en una medida dependiente se correlacionan a un estándar identificado o un comportamiento observable". Neukrug y Fawcett (2019) proponen que la validez de criterio responde a la pregunta ¿cuál es la relación entre el instrumento y un criterio "fuente externa" a la que el instrumento debería estar relacionada? Los evaluadores suelen plantear comparaciones para ver si los campos de medición están relacionados con otro criterio, es decir, un estándar o principio para juzgar (Patten y Newhart, 2018). Es adecuado evaluarla cuando se cuenta con un método de referencia, o gold standard, del fenómeno estudiado por el instrumento, en estos casos, la validez de criterio sería la más importante (Berenger y Roldán, 2017) . Se puede evaluar de dos maneras: la validez de predictiva y la validez concurrente. La primera se utiliza, como lo dice su nombre, cuando los instrumentos tienen valor predictivo ya que relaciona la puntuación actual y un evento que pudiera darse a futuro (Sánchez y Echeverry, 2004; Rust y Golombok, 2018). Mientras que la segunda es evaluada mediante la administración simultánea de instrumentos que miden lo mismo (Patten y Newhart, 2018).

2.8 Sensibilidad al cambio.

Berenger y Roldán (2017) afirman la utilidad de evaluarla cuando se utiliza el instrumento como respuesta a ensayos clínico o estudios de intervención. Con ella, se demuestra la capacidad de detectar cambios clínicos importantes en el instrumento. Es estimada mediante el tamaño del efecto, o la diferencia entre las puntuaciones antes y después de la intervención dividido por la desviación estándar de las puntuaciones basales.

3. MÉTODO.

3.1 Participantes

La convocatoria para la presente investigación se llevará a cabo en el *Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”* de la *Universidad Autónoma de Nuevo León*. Se solicitará participación de población clínica y población general. Para la población clínica, se solicitará la participación voluntaria de las personas que acudan a tratamiento dentro del Departamento de Psiquiatría. Mientras tanto para la población general se reclutaron los participantes dentro de la consulta de los demás servicios del hospital, solicitando la participación de aquellas personas que actualmente no tengan un diagnóstico o lleven un tratamiento psiquiátrico. En cuanto a los criterios de inclusión, serán los mismos para ambas poblaciones, estos requieren que los participantes tengan entre 18 y 65 años, de género indistinto y que gusten participar de manera voluntaria. Por otro lado, se excluirán todos aquellos protocolos que no hayan podido ser completados adecuadamente.

Para el cálculo de la muestra se tomó en consideración la población finita de 1,192 paciente que cumplen con conformidad los criterios de selección del presente estudio. A un nivel de confianza del 95%, una probabilidad máxima estimada del 50% y un error máximo aceptado del 10%; se determinó, mediante la fórmula para tamaños muestrales de proporciones en poblaciones finitas, una muestra estadísticamente significativa de 89 evaluados, sugiriendo un 10% extra para compensar merma, obteniendo finalmente una muestra final propuesta de 98 evaluados.

$$n = (N \times Z^2 \times p \times q) / d^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times q$$
$$n = 1,192 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 / 0.1^2 \times 1,191 + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5$$

$$n = 89$$

Considerando que en el presente estudio se comparará la confiabilidad de dos grupos pareados (población clínica y población general), se contará con 2 grupos de 98 evaluados con los mismos criterios de selección. La mitad de cada grupo será conformada por población clínica y la otra mitad por población general. Tomando esto en cuenta, para la totalidad de la investigación se estará evaluado un total de 196 evaluados.

Se comenzará la evaluación con un grupo piloto de 60 participantes el cual estará conformado por 30 participantes de población clínica y 30 participantes de población general. Se buscará que los grupos sean pareados, manteniendo alta atención a las características de los integrantes en ambos grupos.

3.2 Instrumentos.

El instrumento *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales* (FACES IV) mide tres dimensiones específicas basadas en el Modelo Circunflejo de los Sistemas Marital y Familiar: cohesión, flexibilidad y comunicación familiar (Costa Ball et al, 2013). Estas están divididas en dos escalas balanceadas y cuatro escalas no balanceadas. Cada escala cuenta con 7 ítems estilo likert con un rango de puntuación de 1 a 5. Las escalas balanceadas miden la cohesión y la flexibilidad dentro del sistema familiar. Por otro lado, en las subescalas no balanceadas se miden los altos y bajos de estas dos variables, es decir la cohesión desconectada y enredada y la flexibilidad rígida y

caótica. Aunado a eso, se incluye una subescala de comunicación y la de satisfacción (Olson, 2010).

3.3 Diseño.

La presente investigación instrumental exploratoria tiene un diseño descriptivo de corte transversal.

3.4 Procedimiento.

El procedimiento de esta investigación se divide en 3 fases específicas: Adaptación, Evaluación y Análisis Estadístico.

3.5 Adaptación.

Para la adaptación al lenguaje representativo de la población del FACES IV se tomará como referencia el instrumento original, la versión en español mexicano y el instrumento validado tanto en población uruguaya, peruana y española. Se evaluarán junto a un equipo conformado por expertos en terapia de familia las cualidades de intención de cada ítem y la adecuación a la cultura del noroeste del país y a la población objetivo de esto. Mediante el análisis y comparación de las versiones de la escala en español, se llegará a la construcción de una versión del instrumento basada en un idioma básico, comprensible y dirigido a población psiquiátrica del noroeste del país.

Posterior a obtener la adecuación basada en la intención de los ítems, se solicitará el apoyo de 10 sujetos ajenos a la muestra del estudio. Con su ayuda, se

analizará el entendimiento y/o dudas que tienen de cada uno de ellos sobre los 62 ítems en esta nueva versión del instrumento. En caso de no obtener total concordancia en el entendimiento por parte de los 10 sujetos, se corregirá la redacción en aquellos ítems en los que sea necesario y se repetirá el proceso con el análisis solamente de los ítems corregidos con un nuevo grupo de 10 sujetos. Este paso se repetirá hasta obtener un acuerdo total por 10 sujetos sobre el entendimiento de todos los ítems.

Finalmente, un traductor nativo de habla inglesa con español como segunda lengua elaborará la retro-traducción de la versión final adaptada en español a inglés. Esta última será enviada al Dr. David Olson, autor de la prueba, con el objetivo de llevar a cabo el análisis de la nueva versión y compararla con la original y obtener retroalimentación y un aval sobre el uso de la nueva versión.

3.6 Evaluación.

Se iniciará con la administración de un estudio piloto con un grupo de 60 participantes pertenecientes al grupo clínico. Se reclutaron en la consulta externa y áreas de internamiento de adultos del *Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"*. El cuestionario es auto aplicable y tiene una duración promedio de 20 minutos, está conformado por 62 ítems en escala Likert con un valor de puntuación de 1, siendo nunca, a 5 considerado como siempre.

Para ambos grupos, se obtendrá un consentimiento informado firmado por cada participante, el evaluador y dos testigos previo a la administración del instrumento. Se iniciará otorgando una explicación sobre la presente investigación, sus objetivos y metodología, se procederá a abordar el anonimato de la participación, confirmando que

se le otorgará un folio a cada set de pruebas y no se incluirá el nombre o domicilio de los participantes para evitar la posible identificación de su identidad. Así mismo, se les comentará que los datos recabados serán salvaguardados bajo el folio de identificación en bases de datos que solo serán accesibles por los miembros del equipo de investigación. Se asegurará que la participación es completamente voluntaria y que en caso de así desearlo o requerir, se podrán retirar de la misma en cualquier momento. Posterior a esta se les otorgará el formato de consentimiento informado a los participantes, permitiendo su lectura y dando oportunidad a esclarecer cualquier duda que pudiera surgir. Finalmente, se solicitará su firma y la de dos testigos del documento, así como la del investigador que esté aplicando el instrumento. Sólo tras haber accedido y firmado, se procederá a la aplicación del instrumento.

Se administra el instrumento a dos grupos de 98 participantes con un mes de diferencia. La mitad de los participantes se reclutaron en el Departamento de psiquiatría y la otra mitad en otros servicios del hospital. Ambos contarán con los mismos criterios de inclusión y exclusión a excepción de la población clínica que deberá estar llevando un tratamiento activo ya sea farmacológico o psicoterapéutico dentro del Departamento de Psiquiatría. Con el fin de elaborar la evaluación de la concordancia intra-evaluador, los grupos se evaluarán con un mes de diferencia y por evaluadores diferentes.

3.7 Análisis Estadístico.

Se logrará el análisis estadístico de los datos recopilados a través del uso del programa SPSS mediante elementos estadísticos como alfa de Cronbach y Kappa de Cohen.

Primero, se realizará el análisis de la confiabilidad del instrumento. Se busca medir el error que puede generarse debido a la inestabilidad del instrumento o a aplicaciones en diferentes condiciones. En esta investigación se optará por el uso de la medida de confiabilidad interna *alfa de Cronbach*, el cual requiere una sola aplicación del instrumento. Esta medida se concentra en la evaluación de la correlación entre ítems, si esta es adecuada, nos mostraría una consistencia interna en el instrumento y una estructura aglutinada (Sánchez y Echeverri, 2004).

Considerando que las 8 escalas que se evaluarán miden un factor diferente, mediante la evaluación de la confiabilidad, se valorará si cada ítem de cada una de ellas mide el mismo factor correspondiente (Argibay, 2006). Por eso a la par, se elaborará el análisis de ítems para detectar aquellos que no contribuyen a la confiabilidad adecuada y podrían perjudicar los resultados. Estos procesos se llevarán a cabo tanto para el grupo piloto como para la muestra total de la investigación.

A continuación, para los grupos pareados, se revisará la concordancia intra-evaluador y la consistencia en el tiempo mediante la comparación del alfa de Cronbach obtenido por los dos grupos y el Kappa de Cohen aplicado a grupos pareados para obtener un análisis más profundo de la confiabilidad del instrumento.

3.8 Consideraciones Éticas.

Los criterios de ética permanecerán como un foco sustancial en la presente investigación cuyo objetivo principal busca un beneficio a la salud mental de la sociedad. Por ende, se respetará la autonomía y dignidad de los evaluados, cuya participación permanecerá en todo momento voluntaria, permitiendo retirarse en cualquier momento. Es importante recalcar que su participación no conlleva ningún

gasto para el paciente y que conlleva un riesgo mínimo según los criterios del *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud* de los Estados Unidos Mexicanos donde se establecen las aplicaciones de pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipula la conducta del sujeto dentro de esta clasificación.

Siguiendo los lineamientos de este reglamento, se recalca que se respetará la confidencialidad de los participantes y de la información proporcionada, la cual se mantendrá bajo el anonimato en todo momento. Se busca lograr esto mediante la atribución de un folio a cada set de pruebas. De este modo, no se incluirá información personal que pudiera llevar a la identificación del participante, como nombre o domicilio. La información recabada será salvaguardada de forma anónima bajo este folio específico en las bases de datos, las cuales podrán ser accedida solamente por los integrantes del equipo de investigación. Cabe destacar que en caso de que se elabore alguna publicación del presente estudio, no se incluirá información personal de ningún sujeto, más bien, se limitará a datos generales de la población y/o muestra en conjunto como por ejemplo: media de edad y porcentajes de participantes de cada género.

Por otro lado, el propósito y detalle de la investigación permanecerá transparente para el paciente, asegurando el informe adecuado sobre el estudio, su propósito y objetivos. Para lograr esto, se obtendrá un consentimiento informado firmado por cada participante previo a la evaluación y posterior a la explicación de esta. Iniciando por la explicación, esta consistirá en una presentación a la investigación, sus objetivos y método, seguido de la garantía del anonimato de su participación. Se mencionara como la información será salvaguardada como ya fue descrito y el compromiso a que solo el

equipo tendrá acceso a esta. Finalmente, se resaltaré la participación voluntaria en todo momento y que en caso de decidir desistir o no participar esto no tendrá ningún impacto en su atención dentro de los servicios del hospital. Se procederá a permitir la lectura del consentimiento informado y a aclarar cualquier duda que pudiera surgir, seguido de la obtención de la firma del participante, el investigador y dos testigos.

4. RESULTADOS

El proceso de traducción se llevó a cabo de la manera descrita, obteniendo la aprobación del autor de la escala, el Dr. Olson, el día 05 de septiembre del 2020. Posterior a ello, se inició la evaluación del entendimiento de los ítems con 10 participantes que cumplían los criterios de inclusión, se recibieron observaciones sobre 9 ítems procediendo a su reformulación.

Motivo	#	Ítem Adaptado 1.0	Ítem Adaptado 2.0
No lo entendio 1 persona	14	La disciplina es justa en nuestra familia	La disciplina es adecuada en nuestra familia.
No lo entendieron 2 personas	61	En referencia a que tan justa es la crítica dentro de la familia, yo estoy_____	En referencia a que tan adecuada es la crítica dentro de la familia, yo estoy_____
No lo entendieron 3 personas	36	Nuestra familia tiene dificultades para darle seguimiento a quienes hacen las diversas tareas en el hogar	En nuestra familia es difícil recordar y hacer las tareas del hogar que le corresponden a cada quien.
Duda sobre si se refiere a una persona como líder o el nivel de	30	No hay liderazgo en nuestra familia.	En nuestra familia, los miembros no muestran liderazgo.

liderazgo de cada quien			
Mencionó 1 persona que tuvo que leer dos veces el ítem	19	Los miembros de nuestra familia consultan al resto las decisiones importantes	Los miembros de nuestra familia consultan con el resto las decisiones importantes
Mencionó 1 persona que tuvo que leer dos veces el ítem	22	Los miembros de la familia tienen poca necesidad de tener amigos fuera de la familia.	Los miembros de la familia no sienten mucha necesidad de tener amigos fuera de la familia.
Mencionó 1 persona que tuvo que leer dos veces el ítem	33	Los miembros de la familia pocas veces dependemos unos de otros.	En nuestra familia, pocas veces dependemos de otros miembros de la familia.
Mencionó 1 persona que tuvo que leer dos veces el ítem	34	Nos ofende que miembros de la familia hagan cosas ajenas a la familia.	Nos sentimos ofendidos cuando los miembros de la familia hacen cosas (actividades) ajenas a la familia.
Mencionó 1 persona que tuvo que leer dos veces el ítem	44	Los miembros de la familia se escuchan muy bien entre ellos	Los miembros de la familia nos sabemos escuchar muy bien entre nosotros

Tabla 1 Re-adaptación de ítems.

La mayoría de los ítems recibieron una reestructuración de la gramática, manteniendo la estructura del instrumento. Sin embargo, para el ítem 61 y 14 se optó

por el reemplazo de la palabra “justa” por “adecuada”. Posterior a esto, se volvió a solicitar el apoyo de 10 participantes, mostrando total concordancia entre las definiciones.

Posterior a esto, se inició la evaluación del grupo piloto que fue conformado finalmente por 64 participantes, siendo 4 eliminados debido a que no fueron contestados en su totalidad. Los instrumentos fueron respondidos por 44 mujeres y 16 hombres. El rango de edad osciló entre 60 y 18 años, con una media de 28, una mediana de 31.33, moda de 26 y una desviación estándar de 11.91. A continuación se incluyen las características descriptivas en cuanto a escolaridad y residencia de la muestra:

Municipio		
	Porcentaje	Frecuencia
Monterrey	50.0	30
Escobedo	6.7	4
Santa catarina	8.3	5
García	1.7	1
Juarez	3.3	2
San pedro	1.7	1
Guadalupe	10.0	6

Escolaridad.		
	Porcentaje	Frecuencia
Primaria	5.0	3
Secundaria	16.7	10
Preparatoria	15.0	9
Licenciatura	58.3	35
Posgrado	5.0	3
Total	100.0	60

Apodaca	11.7	7
Tampico	1.7	1
San nicolas	5.0	3
Total	100	60

Tabla 2 Datos Sociodemográficos de la muestra.

Se procedió a la evaluación de los resultados encontrando buenos índices de consistencia interna para la escala completa ($\alpha = .895$). El análisis de los ítems no mostró ítems que incrementarían el coeficiente por más de .037 puntos si fuesen eliminados.

Los mismos resultados se encontraron en el análisis de las subescalas, donde se reportaron los siguientes resultados: Cohesión balanceada =.86, Cohesión Desprendida=.55, Cohesión Enredada=.59, Flexibilidad balanceada=.77 , Flexibilidad Caótica=.75, Flexibilidad Rígida= .68, Comunicación= .73 y Satisfacción=.84.

Adicionalmente, se realizó la evaluación de las correlaciones propuestas por los autores del Modelo Circunflejo. Para esto, se llevó a cabo un análisis de correlación entre las 8 sub-escalas donde las dos escalas balanceadas de cohesión y flexibilidad mostraron una correlación positiva alta ($r = .793$). La cohesión balanceada y la Escala Desprendida que evalúa el extremo inferior de esta dimensión, obtuvieron una correlación negativa alta ($r = -.509$), a su vez, la correlación de la cohesión balanceada y la Escala Enredada situado en el polo más alto de la cohesión, mostraron una

correlación. muy baja positiva ($r=0.008$). Las escalas de Enredada y Desprendida fueron de igual manera, correlacionadas positivamente mostrando un puntaje muy bajo ($r= .0081$). Los resultados de las correlaciones de flexibilidad mostraron una correlación negativa ($r=-.497$) entre la flexibilidad balanceada y la caótica, y una correlación negativa baja entre flexibilidad balanceada y rígida ($r=-.372$). Las dos áreas desbalanceadas mostraron una correlación negativa de $r=-0.096$.

Al correlacionar entre las dos dimensiones, se encontró una correlación positiva entre la sub escala Desprendida y Caótica ($r=.592$), la cohesión balanceada obtuvo una correlación negativa con la subescala caótica ($r=-0.377$) y positiva con la rígida ($r=.406$). La flexibilidad balanceada también obtuvo una relación negativa con la escala Desprendida ($r= -.474$) pero una baja y positiva correlación con la escala Enredada ($r=.039$).

5. DISCUSIÓN.

Olson (2011) en su estudio para validar el instrumento FACES IV situó la confiabilidad de las escalas para determinar la consistencia interna, obteniendo los siguientes resultados en un rango de consistencia adecuada: Cohesión balanceada =.89, Cohesión Desprendida=.87, Cohesión Enredada=.77, Flexibilidad balanceada=.84 , Flexibilidad Caótica=.86, Flexibilidad Rígida= .82. Las escalas de comunicación y satisfacción no fueron incluidas en dicho estudio, sin embargo, su consistencia interna fue reportada en el manual de aplicación del instrumento con los siguientes puntajes: Comunicación= .90 y Satisfacción = .92.

Los análisis de confiabilidad Alfa han sido conducidos en numerosas poblaciones. En el 2015 se llevó a cabo una adaptación transcultural y la revisión de la validez de la versión griega del instrumento donde se encontraron alfas entre los rangos de .64 y .79. Por otro lado los resultados españoles incluyeron solamente las 6 escalas principales mostrando los resultados entre .65 y .77. En Uruguay se reportaron los resultados de la fiabilidad en dos grupos distintos pertenecientes al grupo piloto del estudio de adaptación del instrumento. Los resultados rodearon un rango de .43 y .94. A su vez, Perú reportó índices que oscilan entre .30 y .98. Finalmente, Portugal reportó para las consistencias internas resultados entre .68 y .87 (Casallo, 2019; Costa Ball et al, 2013).

Por ende, podemos concluir que los niveles mínimos y máximos comparados al nuestro y el original muestran los siguientes rangos:

	Flexibilidad Balanceada	Flexibilidad Rígida	Flexibilidad Caótica	Cohesión balanceada	Cohesión Enredada	Cohesión Desprendida	Comunicación	Satisfacción
Coefficiente máximo.	0.76	0.76	0.75	0.85	0.74	0.77	0.92	0.95
Coefficiente Mínimo.	0.43	0.35	0.56	0.56	0.58	0.30	0.73	0.83
Coefficiente del presente estudio.	0.77	0.68	0.75	0.86	0.59	0.55	0.73	0.84
Coefficiente reportado por Olson (2011)	0.84	0.82	0.86	0.89	0.77	0.87	0.9	0.92

Tabla 3 Análisis de Resultados de Fiabilidad de diversas versiones del FACES IV.

Los resultados obtenidos en el presente estudio mostraron una fiabilidad alta para el instrumento completo ($\alpha = .90$). Sin embargo, el análisis de subescalas muestra una consistencia interna alta y moderada para las subescalas de flexibilidad balanceada, cohesión balanceada y satisfacción, incluso permitiendo su uso para propósitos clínicos. Por otro lado, las escalas de comunicación y flexibilidad caótica permanecen en una consistencia interna adecuada, mientras que el resto de las escalas permanecen debajo del rango comúnmente sugerido como una buena consistencia interna, alertando de una consistencia pobre para Flexibilidad Rígida, Cohesión Enredada y Cohesión Desprendida. Estos resultados destacan la necesidad de la elaboración del análisis factorial para evaluar si algunos ítems específicos están interrumpiendo la correcta evaluación de dichas subescalas. Tanto en poblaciones hispanohablantes como en poblaciones europeas, ha sido evidente cómo la estructura factorial propuesta por los autores no se replicaba en dichas culturas (Baiocco, 2013; Gomes, 2017; Koutra, 2013; Mirnics, 2010, Pereira, 2012).

Por otro lado, las puntuaciones de confiabilidad deficientes se han mostrado a través de distintas culturas como lo fue en el caso del estudio italiano, portugués, griego y uruguayo. Mirnic et al (2017) hipotetizan que los bajos niveles de fiabilidad podrían deberse a diferencias culturales, mientras que Costa-ball et al (2013) alegan que esto podría deberse a la concepción de los puntajes extremos como algo positivo o no tan extremo según las características de cada cultura. Particularmente en el caso del presente estudio, se encontró que las 3 subescalas que mostraban índices de confiabilidad por debajo de lo propuesto por Nunnally se categorizaban en una categoría de “bajo”. Por ende, concordamos que los supuestos propuestos, se podría destacar que las escalas desbalanceadas contienen ítems que podrían entenderse debido a diferencias culturales como una característica positiva para el funcionamiento familiar. Por ejemplo, el ítem 22, referente a la escala de cohesión enredada menciona: “Nos sentimos demasiado cercanos los unos a los otros”, o por ejemplo, el ítem 23 de la escala de flexibilidad rígida menciona: “Nuestra familia está muy organizada”. Es decir, los conceptos “cercanos” o “organizados” suelen ser denominados como cualidades positivas, lo cual al emparejarlo con un aumentativo (demasiado, muy) puede leerse como una dinámica saludable y positivo en vez de como un extremo disfuncional.

Dentro de estos mismos, podemos deducir que el grupo piloto supera el coeficiente más alto reportado en diversos estudios en las escalas de flexibilidad y cohesión balanceadas.

Por otro lado, en cuanto al análisis de correlaciones entre las subescalas, se mostró que el presente estudio sobrepasó el nivel de correlación reportado por los autores en la versión original para las escalas balanceadas ($r=.793$), esto confirma la

concordancia del funcionamiento de familias balanceadas que sostienen un funcionamiento saludable mayor. Este hallazgo fue concordante con los resultados de la población griega, uruguaya, portuguesa y peruana (Casallo, et al, 2019; Costa ball et al, 2013; Gomes et al, 2017; Koutra et al, 2013; Pereira et al, 2012).

Los extremos de las escalas desbalanceadas mostraron bajas correlaciones. Olson (2011) propone esto como evidencia de la independencia y valor de las escalas separadas de los extremos de cohesión ($r = .0081$) y flexibilidad ($r=0.27$). Estos hallazgos concuerdan con los encontrados en la validación italiana y uruguaya, no obstante, la población griega mostró este hallazgo solamente en las escalas correspondientes a cohesión (Baiocco et al, 2013; Costa ball et al, 2013; Koutra et al, 2013).

A diferencia de lo propuesto por Olson en su revisión (2011) no se encontraron correlaciones negativas entre todas las escalas balanceadas y sus extremos desbalanceados. De hecho, se encontró solamente una relación negativa entre cohesión balanceada y cohesión desenredada ($r=-.509$), y para flexibilidad se encontró una correlación negativa entre la flexibilidad balanceada y la flexibilidad caótica ($r=-.497$). Aunado a ellos, se encontró una correlación positiva entre la flexibilidad balanceada y la flexibilidad rígida ($r=.372$). Estos resultados son concordantes con los resultados italianos y uruguayos (Baiocco et al, 2013; Costa ball et al, 2013).

En cuanto a los resultados a través de las dimensiones, se encontró una correlación negativa entre la cohesión balanceada y la flexibilidad caótica ($r=-.377$) y positiva con la flexibilidad rígida ($r=.406$). Mismo que fue evidenciado en las validaciones peruana, italiana y portuguesas. Mientras tanto, la flexibilidad balanceada mantiene una correlación negativa con la cohesión desligada ($r=-.474$) y una mínima

positiva con la cohesión enredada ($r=0.039$). Estos resultados concuerdan con los propuestos por los autores en las subescalas de flexibilidad balanceada y la cohesión desligada, así como la cohesión balanceada y la flexibilidad caótica. Las demás correlaciones propuestas por los autores eran muy bajas en el estudio de Olson (2011), específicamente $r=-0.09$ para flexibilidad y cohesión enredada y $r=-.11$ para cohesión y flexibilidad rígida. Las correlaciones entre la flexibilidad balanceada y la cohesión desligadas se muestran también en los resultados italianos, peruanos, portugueses y griegos, mientras que los de la flexibilidad balanceada y la cohesión enredada se mostró en todos menos con los portugueses (Baiocco et al, 2013; Casallo et al, 2019; Costa ball et al, 2013; Koutra et al, 2013).

Las correlaciones con la escala de satisfacción y comunicación y el resto de las subescalas han sido utilizadas incluso para mostrar la validez convergente del instrumento, el presente estudio mostró correlaciones positivas entre las escalas de satisfacción y las escalas balanceadas (cohesión balanceada $r=.739$, flexibilidad balanceada $r=.73$), la flexibilidad rígida ($r=.254$) y la escala de comunicación ($r=.816$), mientras que destacó una correlación negativa con la escala desligada ($r=-.412$), enredada ($r=-.064$) y caótica ($r=-.421$). Estos resultados concuerdan con los estipulado por Olson (2011) y en la validación italiana (Baiocco et al, 2013).

En cuanto a la comunicación, se encontró una correlación positiva correlaciones con las escalas balanceadas (cohesión balanceada $r=.757$, flexibilidad balanceada $r=.783$), la flexibilidad rígida ($r=.236$), mientras que destacó una correlación negativa con la desligada ($r=-.462$) y la flexibilidad caótica ($r=-.431$). Estos resultados concuerdan con los estipulado por Olson (2011) y en la validación en población portuguesa y la italiana a excepción de la correspondiente a la cohesión enredada la

cual se encontró negativa en dicha población. Olson (2011) menciona que independiente a las correlaciones encontradas con las escalas desbalanceadas, es evidente que las familias moderadamente cohesivas y flexibles se caracterizan por niveles positivos de comunicación y satisfacción.

FACES IV Población psiquiátrica

	Cohesión			Flexibilidad		
	Balanceada	Enredada	Desligada	Balanceada	Caótica	Rígida
Cohesión Balanceada	<i>0.77</i>					
Cohesión Enredada	0.008	<i>0.68</i>				
Cohesión Desligada	-0.509*	0.081	<i>0.75</i>			
Flexibilidad Balanceada	0.793*	0.039	-0.474*	<i>0.86</i>		
Flexibilidad Caótica	-0.377*	0.379*	0.592*	-0.447*	<i>0.59</i>	
Flexibilidad Rígida	0.406*	-0.199	0.159	0.372	-0.096	<i>0.55</i>
Comunicación	0.757*	-0.462	-0.462*	0.783	-0.431	0.236
Satisfacción	0.739*	-0.412	-0.412*	0.73*	-0.421*	0.254

*: correlación significativa a nivel .01; en itálicas se reporta el alfa de cronbach; se sombrea las correlaciones presentes en ambos estudios.

Tabla 4 Resultados de correlaciones entre subescalas de la versión traducida del FACES IV para población psiquiátrica en México.

FACES IV Resultados Validación por el Dr. Olson

Cohesión	Enredad	Flexibilidad
Balanceada	a	Balanceada
	Desligada	Caótica
		Rígida

Cohesión Balanceada	<i>0.89</i>					
Cohesión Enredada	-0.150	<i>0.77</i>				
Cohesión Desligada	-0.8*	0.270*	<i>0.87</i>			
Flexibilidad Balanceada	0.6*	0.010	-0.5*	<i>0.84</i>		
Flexibilidad Caótica	-0.53*	0.36*	0.6*	-0.31*	<i>0.84</i>	
Flexibilidad Rígida	-0.05	0.340	-0.200	-0.1*	0.120	<i>0.82</i>
Comunicación						
Satisfacción	0.89	-0.2	-0.9	0.91	-0.67	

*: correlación significativa a nivel .01; en itálicas se reporta el alfa de cronbach; se sombrea las correlaciones presentes en ambos estudios.

Tabla 5 Resultados originales de correlaciones entre subescalas elaborados por el Dr. Olson.

6. CONCLUSIONES

La versión adaptada del instrumento FACES IV para población psiquiátrica del noroeste de México muestra resultados prometedores en la mayoría de sus medidas. El presente estudio aplicado en el grupo piloto mostró una alta consistencia interna para el instrumento FACES IV, sin embargo, al analizar los resultados de sus escalas se encontraron alfas de Cronbach que variaba entre 0.55 y 0.86, es decir, se encontraron coeficientes bajos, adecuados y altos a través de las escalas.

En cuanto a la estructura del instrumento, se confirmaron las hipótesis propuestas por Olson (2011) sobre la concordancia entre el funcionamiento balanceado de las familias en las áreas de cohesión y flexibilidad. Por otro lado, se mantuvo el funcionamiento independiente de las escalas desbalanceadas.

Además de ello, el modelo circunflejo presupone correlaciones negativas entre la escala balanceada de cada dimensión y sus escalas desbalanceadas. Esto se encontró solamente entre la cohesión balanceada y la cohesión desligada, es decir el extremo inferior de la dimensión de cohesión y entre la flexibilidad balanceada y la flexibilidad caótica, es decir el extremo superior de dicha dimensión.

Aunado a ello, se encontró la misma relación entre el funcionamiento desenredado y caótico que postula el modelo, misma que advierte sobre que si una

familia muestra una cohesión desenredada, también pueda evidenciar una flexibilidad caótica.

Finalmente, la comunicación y la satisfacción evidenciaron su correlación positiva entre ellas y los funcionamientos balanceados en cuanto a la cohesión y flexibilidad familiar. Mostrando cómo los niveles de cohesión y adaptabilidad suelen reflejar niveles positivos de comunicación y satisfacción.

Cronograma

<u>Actividad</u>	<u>Mes</u>	<u>Resultados Esperados</u>
Desarrollo de anteproyecto.	<i>Agosto- Mayo 2020</i>	Protocolo completado.
Sometimiento de Anteproyecto ante el Comité Ético.	<i>Junio 2020</i>	Aprobación de Protocolo.
Análisis de Observaciones del Comité	<i>Junio 2020-Julio 2020</i>	Cambios de sugerencias del Comité de Ética.
Comienzo del protocolo de investigación	<i>Julio 2020</i>	Adaptación del instrumento.

Reclutamiento de Pacientes	<i>Agosto 2020- Noviembre 2020</i>	Reclutamiento de pacientes.
Análisis Estadístico	<i>Diciembre 2020</i>	Análisis Estadístico.
Presentación de Resultados	<i>Enero 2021</i>	Análisis de resultados. Presentación frente al Departamento de Psiquiatría.

Tabla 6 Cronograma del estudio.

7. APENDICE

7.1 Escala de la Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar.

Fecha: _____

Folio: _____

Edad:	
Nacionalidad:	
Municipio de Residencia:	
Escolaridad:	
¿Cuenta actualmente con algún diagnostico de trastorno mental, emocional o psiquiátrico?	
¿Actualmente acude a tratamiento? De ser así, especifique cual.	
¿Ha recibido diagnostico o atención para algún trastorno o problema mental o emocional en el pasado? Especifique	

A continuación, se presentará una serie de enunciados relacionados con aspectos que se producen en las familias y entre los familiares. Indique, por favor, a que grado describen a su familia:

1	2	3	4	5
No describe a nuestra familia en lo absoluto	Describe a nuestra familia levemente	De alguna forma describe a nuestra familia	En general describe a nuestra familia	Describe mucho a nuestra familia.

1 Los miembros de nuestra familia están involucrados, se interesan y participan en la vida de sus integrantes.	1 2 3 4 5
2 Nuestra familia intenta nuevas maneras para tratar con los problemas.	1 2 3 4 5

3	Nos llevamos mejor con personas fuera de la familia que con los que están dentro la familia.	1	2	3	4	5
4	Nosotros pasamos demasiado tiempo juntos como familia.	1	2	3	4	5
5	Hay consecuencias estrictas por romper las reglas en nuestra familia.	1	2	3	4	5
6	En nuestra familia parece que nunca nos podemos organizar.	1	2	3	4	5
7	Los miembros de la familia se sienten muy unidos (cercaños) el uno al otro.	1	2	3	4	5
8	En nuestra familia, los padres se consultan entre si antes de tomar decisiones importantes.	1	2	3	4	5
9	Cuando estamos en casa parece que evitamos el contacto unos con otros.	1	2	3	4	5
10	Nos sentimos presionados para pasar la mayor parte del tiempo libre juntos.	1	2	3	4	5
11	Hay consecuencias claras cuando un miembro de la familia hace algo mal.	1	2	3	4	5
12	Es difícil saber quien manda en nuestra familia.	1	2	3	4	5
13	En nuestra familia, nos apoyamos unos a otros en momentos difíciles.	1	2	3	4	5
14	La disciplina es justa en nuestra familia.	1	2	3	4	5
15	Sabemos muy poco sobre los amigos de los otros miembros de la familia.	1	2	3	4	5
16	Los miembros de la familia son muy dependientes del uno al otro.	1	2	3	4	5
17	Nuestra familia tiene una regla para casi todas las situaciones posibles.	1	2	3	4	5
18	En nuestra familia las cosas que nos proponemos no se hacen.	1	2	3	4	5
19	Los miembros de nuestra familia consultan al resto las decisiones importantes.	1	2	3	4	5
20	Mi familia es capaz de hacer cambios cuando sea necesario.	1	2	3	4	5
21	Cuando algun miembro de la familia tiene una situacion problemática cada uno lo tiene que resolver solo.	1	2	3	4	5
22	Los miembros de la familia tienen poca necesidad de tener amigos fuera de la familia.	1	2	3	4	5
23	Nuestra familia está muy organizada.	1	2	3	4	5
24	No está claro quien es responsable de que (actividades, tareas) en nuestra familia.	1	2	3	4	5
25	Nos gusta pasar parte de nuestro tiempo libre con los otros miembros de la familia.	1	2	3	4	5
26	Nos turnamos las tareas del hogar entre nosotros.	1	2	3	4	5
27	Nuestra familia casi nunca hace cosas juntas	1	2	3	4	5
28	Nos sentimos demasiado cercaños los unos a los otros.	1	2	3	4	5

29	Nuestra familia se siente frustrada cuando hay cambios en nuestros planes o rutinas	1	2	3	4	5
30	No hay liderazgo en nuestra familia.	1	2	3	4	5
31	Aunque cada miembro de la familia tiene intereses individuales, también participa en actividades familiares.	1	2	3	4	5
32	Tenemos reglas y roles muy claros en nuestra familia.	1	2	3	4	5
33	Los miembros de la familia pocas veces dependemos unos de otros.	1	2	3	4	5
34	Nos ofende que miembros de la familia hagan cosas ajenas a la familia.	1	2	3	4	5
35	Es importante seguir las reglas en nuestra familia.	1	2	3	4	5
36	Nuestra familia tiene dificultades para darle seguimiento a quienes hacen las diversas tareas en el hogar.	1	2	3	4	5
37	En nuestra familia hay un buen equilibrio entre estar juntos y ser independientes.	1	2	3	4	5
38	Cuando surgen problemas, podemos llegar a un acuerdo.	1	2	3	4	5
39	En general cada uno funcionamos de manera independiente	1	2	3	4	5
40	Nos sentimos culpables cuando queremos pasar tiempo lejos de la familia.	1	2	3	4	5
41	Una vez que se toma una decisión, es muy difícil cambiarla.	1	2	3	4	5
42	Nuestra familia se siente caótica y desorganizada.	1	2	3	4	5
43	Los miembros de la familia están satisfechos con la forma en que se comunican los unos con los otros.	1	2	3	4	5
44	Los miembros de la familia se escuchan muy bien entre ellos.	1	2	3	4	5
45	Los miembros de la familia expresan afecto entre ellos.	1	2	3	4	5
46	Los miembros de la familia son capaces de preguntarse entre sí que es lo que desean.	1	2	3	4	5
47	Los miembros de la familia pueden discutir tranquilamente los problemas entre ellos.	1	2	3	4	5
48	Los miembros de la familia discuten sus ideas y creencias con los demás miembros de la familia.	1	2	3	4	5
49	Cuando los miembros de la familia se hacen preguntas entre sí, obtienen respuestas honestas.	1	2	3	4	5
50	Los miembros de la familia tratan de entender los sentimientos de los otros miembros.	1	2	3	4	5
51	Cuando los miembros de la familia están molestos, pocas veces se dicen cosas negativas entre sí.	1	2	3	4	5

52 Los miembros de la familia expresan sus verdaderos sentimientos entre sí.	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
Muy insatisfecha	De alguna manera insatisfecha.	Generalmente Satisfecha.	Muy satisfecha.	Extremadamente satisfecha.

Que tan satisfecho esta en relación con:

53 El grado de cercanía entre los miembros de la familia.	1	2	3	4	5
54 La habilidad de nuestra familia en como manejar el estrés.	1	2	3	4	5
55 Las habilidades de nuestra familia para ser flexible.	1	2	3	4	5
56 Las habilidades de nuestra familia para compartir experiencias positivas.	1	2	3	4	5
57 La calidad de comunicación entre los miembros de nuestra familia.	1	2	3	4	5
58 Las habilidades de nuestra familia para resolver problemas.	1	2	3	4	5
59 La cantidad de tiempo que ustedes pasan juntos como familia.	1	2	3	4	5
60 La manera en que discutimos los problemas.	1	2	3	4	5
61 Que tan justa es la critica dentro de nuestra familia.	1	2	3	4	5
62 La preocupación que se tienen los unos a los otros dentro de nuestra familia.	1	2	3	4	5

8. REFERENCIAS:

- Aldersey, H. M., y Whitley, R. (2015). Family influence in recovery from severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 51(4), 467-476.
- Baiocco, R., Cacioppo, M., Laghi, F., & Tafà, M. (2013). Factorial and construct validity of FACES IV among Italian adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 22(7), 962-970.
- Berenguer-Poblet, M., y Roldán-Merino, J. (2017). Capítulo 3 Validación y adaptación de cuestionarios. *Compartir experiencias, combatir el dolor: Una visión de la fibromialgia desde el ámbito «bio-psico-social»*, 39, 71.
- Casanova, L., Rascón, M. L., Alcántara, H., y Soriano, A. (2014). Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. *Salud mental*, 37(5), 443-448.
- Casallo Domínguez, P. C. (2019). Propiedades psicométricas de las dimensiones de cohesión y flexibilidad de la Escala Faces IV en universitarios de Bogotá y Lima.
- Chen, J., Xu, D., & Wu, X. (2019). Seeking Help for Mental Health Problems in Hong Kong: The Role of Family. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 46(2), 220-237.
- Cizek, G. J. (2020). *Validity: An Integrated Approach to Test Score Meaning and Use*. Routledge.
- Costa Ball, D., González Tornaría, M.L., Masjuan, N., Trápaga, M.A., Del Arca, D., Scafarelli, L., y Feibuscheurez, A. (2009). Escala de evaluación del

funcionamiento familiar -FACES IV-: Proceso de adaptación a Montevideo, Uruguay. *Ciencias Psicológicas*, 3(1), 43-56. Recuperado en 29 de abril de 2020, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212009000100005&lng=es&tlng=es.

Costa Ball, D., González Tornaría, M., del Arca, D., Masjuan, N. y Olson, D.H. (2013). Propiedades Psicométricas del FACES IV: Estudio de validez en población uruguaya. *Ciencias Psicológicas VII* (2): 119 - 132.

Cripps, B. (2017). *Psychometric testing: Critical perspectives*. John Wiley y Sons.

Díaz-Castro, L., Cabello-Rangel, H., Medina-Mora, M. E., Berenzon-Gorn, S., Robles-García, R., & Madrigal-de León, E. Á. (2019). Necesidades de atención en salud mental y uso de servicios en población mexicana con trastornos mentales graves. *salud pública de méxico*, 62(1, ene-feb), 72-79.

Evans, K., Nizette, D., O'Brien, A., Johnson, C., & Rmn, R. G. N. (Eds.). (2020). *Psychiatric and Mental Health Nursing in the Uk, E-Book*. Elsevier.

Gomes, H. M. S., Peixoto, F., & Gouveia-Pereira, M. (2019). Portuguese validation of the family adaptability and cohesion evaluation scale—FACES IV. *Journal of Family Studies*, 25(4), 477-494.

Hedrih, V. (2019). *Adapting Psychological Tests and Measurement Instruments for Cross-Cultural Research: An Introduction*. Routledge.

Hernandez, R., Fernandez, C., y Baptista, P. L. (2010). *Metodología de la investigación* (5a. ed.). McGraw-Hill Interamericana.

- Hernandez, R. y Mendoza, P. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: McGraw-Hill Education.
- Houser, R. A. (2019). *Counseling and educational research: Evaluation and application*. Sage Publications.
- IESM-OMS. (2011) "Informe sobre Sistema de Salud Mental de México: Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud" (IESM-OMS) 375 MEXICO. 2011. pp. 9-1
- Iliecu, D. (2017). *Adapting tests in linguistic and cultural situations*. Cambridge University Press.
- Institute for Health Metrics and Evaluation, Human Development Network, The World Bank (IHME). (2013). *La carga mundial de morbilidad: generar evidencia, orientar políticas- Edición regional para América Latina y el Caribe*. Seattle, WA: IHME, 2013.
- Koffler, S., Mahone, E.M., Johnson, D., Marcopulos, B. y Smith, G. (2019). *Neuropsychology: A Review of Science and Practice*. Oxford University Press.
- Koutra, K., Triliva, S., Roumeliotaki, T., Lionis, C., & Vgontzas, A. N. (2013). Cross-cultural adaptation and validation of the Greek version of the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales IV Package (FACES IV Package). *Journal of family Issues*, 34(12), 1647-1672.
- Lleixà, M., 7 Curto, P. M. (2017). *Investigación en enfermería: teoría y práctica*. Tarragona: Publicacions URV.

- Ma, N., Roberts, R., Winefield, H., y Furber, G. (2017). The quality of family relationships for siblings of children with mental health problems: A 20-year systematic review. *Journal of Family Studies*, 23(3), 309-332.
- Martínez-Pampliega, A., Merino, L., Iriarte, L., y Olson, D. H. (2017). Psychometric properties of the Spanish version of the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV. *Psicothema*, 29(3), 414-420.
- Mirnics, Z., Vargha, A., Tóth, M., & Bagdy, E. (2010). Cross-cultural applicability of FACES IV. *Journal of Family Psychotherapy*, 21(1), 17-33.
- Muir-Cochrane, E., Barkway, P., y Nizette, D. (2014). *Mosby's Pocketbook of Mental Health*. Chatswood, N.S.W.: Elsevier Australia .
- Muñiz, J. (2018). *Introducción a la psicometría*. Difusora Larousse-Ediciones Pirámide.
- Neukrug, E. S., y Fawcett, R. C. (2019). *Essentials of testing and assessment: A practical guide for counselors, social workers, and psychologists*. Nelson Education.
- Okefor, C. U., y Chukwujekwu, D. C. (2017). Assessment of family functionality status among patients with mental illness at a tertiary health facility in Rivers State, Nigeria. *New Nigerian Journal of Clinical Research*, 6(9), 1.
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of family therapy*, 22(2), 144-167.
- Olson, D. H., y Gorall, D. M. (2006). *Faces IV and the Circumplex model*. Minneapolis, MN: Life Innovations.

- Olson, D.H. (2010). *Faces IV Manual*. Minneapolis, MN: Life Innovations.
- Olson, D. H. (2011). FACES IV and the circumplex model: Validation study. *Journal of marital and family therapy*, 37(1), 64-80
- Olson, D. H., DeFrain, J., y Skogrand, L. (2010). *Marriages and families: Intimacy, diversity, and strengths*. McGraw Hill.
- Olson, D. H., Russell, C. S., y Sprenkle, D. H. (2014). *Circumplex model: Systemic assessment and treatment of families*. Routledge.
- Patten, M. L., y Newhart, M. (2018). *Understanding research methods: An overview of the essentials*. Taylor y Francis.
- Pimentel, L. (2019). The Importance of Mental Health in the Mexican Public Health System. *Mexican Journal of Medical Research ICOSA*, 7(13), 1-6.
- Popović, Z. B., y Thomas, J. D. (2017). Assessing observer variability: a user's guide. *Cardiovascular diagnosis and therapy*, 7(3), 317.
- Ritchie, H. y Roser, M. (2019). "Mental Health". Recuperado en Octubre 01 del 2019, de <https://ourworldindata.org/mental-health#prevalence-of-mental-health-and-substance-use-disorders>.
- Rosasa, E. P., Clavelinab, F. G., Trilloc, M. T., Coriad, A. I., y Ibáñez, S. L. (2002). Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Aten Primaria*, 10, 624-630.
- Rust, J., y Golombok, S. (2018). *Modern psychometrics: The science of psychological assessment*. Routledge

Secretaria de Salud (2014). "Programa de Acción Específico: Salud Mental 2013-2020".

Recuperado el 01 de octubre del 2019, de

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf.

Sánchez, R., y Echeverri, J. (2004). Validación de escalas de medición en salud.

Revista de Salud pública, 6, 302-318.

Santesteban-Echarri, O., MacQueen, G., Goldstein, B. I., Wang, J. L., Kennedy, S. H.,

Bray, S., ... & Addington, J. (2018). Family History of Mental Illness and it

Association with Family Functioning in Youth at Risk for Serious Mental Illness. In

EARLY INTERVENTION IN PSYCHIATRY (Vol. 12, pp. 177-177). 111 RIVER

ST, HOBOKEN 07030-5774, NJ USA: WILEY.

Schmidt, V., Barreyro, J. P., y Maglio, A. L. (2010). Escala de evaluación del

funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores?. *Escritos de*

Psicología (Internet), 3(2), 30-36.

Tan, J. H. P., Conlon, C., Tsamparli, A., O'Neill, D., & Adamis, D. (2019). The

association between family dysfunction and admission to an acute mental health

inpatient unit: a prospective study. *Irish journal of psychological medicine*, 1-11.

Thornicroft, G., y Patel, V. (2014). *Global mental health trials*. Oxford: Oxford University

Press.

World Health Organization, (2017). Depression and Other Common Mental Disorders .

Recuperado el 01 de octubre del 2019, de

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1>.

World Health Organization, (2019). Mental Disorders. Recuperado el 01 de octubre del

2019, de <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.

Villarreal-Zegarra, D., Copez-Lonzoy, A., Paz-Jesús, A., & Costa-Ball, C. D. (2017).

Validez y confiabilidad de la Escala Satisfacción Familiar en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana, Perú. *Actualidades en Psicología*, 31(123), 90-99.

Zhang, Y. (2018). Family functioning in the context of an adult family member with illness: A concept analysis. *Journal of clinical nursing*, 27(15-16), 3205-3224

9. RESUMEN AUTOBIOGRAFICO.

Alexa Mariana Ferrara Torres

Candidato para el Grado de

Maestra en Psicoterapia Clínica y Hospitalaria con Orientación en Adultos.

Titulo: Adaptación del instrumento *faces iv* en población psiquiatrica de México.

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud

Biografía:

Datos Personales: Nacida en Monterrey, Nuevo León el 02 de julio de 1996, hija de Luis de Jesús Ferrara González y Rebeca Torres Jaubert.

Educación: Egresada de la Preparatoria Centro de Investigación en Educación Bilingüe, continuo su formación en la Universidad de Monterrey, grado obtenido Psicóloga Clínica en el 2019.

Experiencia Profesional: Psicoterapeuta de tiempo completo en consulta privada, junto a trabajo de voluntariado en programas internacionales enfocados en migrantes latinoamericanos en estados unidos, así como practicas profesionales en distintos rubros desde el 2017.