



**Universidad Andina del Cusco**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**Escuela Profesional de Psicología**



**Funcionalidad familiar en pacientes con esquizofrenia que acuden al  
Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, 2021**

**Tesis presentada por:**

Bach. Yennyfer Nicole Hencke Soria

**Para optar al Título Profesional de Psicóloga**

**Asesor:**

Mg. Ps. Luis Fernando Gamio Gonzales

ID ORCID: 0000-0003-2447-692

**Cusco – 2022**



## Agradecimientos

A mi madre, por la fuerza que transmite e inspira; por todo el amor que me da, por todo el soporte que me ha brindado siempre, además de su confianza, comprensión y paciencia.

A mis hermanas, por su cariño, por su compañía, por su apoyo e impulso para seguir adelante.

A mis familiares, los cuales han sido pieza importante en mi camino, quienes aportaron con su apoyo incondicional.

A la Universidad y profesores de la Escuela Profesional de Psicología por los 5 años de formación, por todo el conocimiento brindado y por su dedicación.

A todo el personal del Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, por brindarme todas las facilidades para realizar este estudio.

A todos los pacientes y familiares que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, por ser parte y haber colaborado para este estudio.



## Dedicatoria

A mi madre, Yennifer Soria Figueroa, por cuidar de mí siempre, por su apoyo incondicional y los ánimos en todo momento, por amar a su manera, por ser quien es, por ser ejemplo e inspiración, por ser la persona de la cual sigo aprendiendo sobre la fortaleza y la dedicación. Es la fuerza que la define y lo que admiro siempre.



## **JURADO DE TESIS**

Dra. Ysabel Masias Ynocencio

Dictaminante

Ps. Magali Izquierdo Concha

Dictaminante

Mtra. María Del Carmen Virginie Boisseranc Bonett

Replicante

Mtra. María Liliana Peña Farfán

Replicante

Mg. Luis Fernando Gamio González

Asesor



## Índice

<b>Carátula</b> .....	<b>i</b>
<b>Agradecimientos</b> .....	<b>ii</b>
<b>Dedicatoria</b> .....	<b>iii</b>
<b>Resumen</b> .....	<b>x</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>x</b>
<b>Capítulo 1</b> .....	<b>1</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>1</b>
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Formulación del problema .....	6
1.2.1 Problema general.....	6
1.2.2 Problemas específicos .....	6
1.3 Justificación.....	7
1.3.1 Conveniencia.....	7
1.3.2 Relevancia social.....	7
1.3.3 Implicancias prácticas .....	8
1.3.4 Valor teórico.....	8
1.3.5 Utilidad metodológica.....	8
1.4 Objetivos de la investigación .....	9
1.4.1 Objetivo general .....	9
1.4.2 Objetivos específicos .....	9
1.5 Delimitación del estudio .....	10
1.5.1 Delimitación espacial .....	10
1.5.2 Delimitación temporal.....	10
1.6 Viabilidad.....	10



1.7	Aspecto ético.....	10
<b>Capítulo 2 .....</b>		<b>11</b>
<b>Marco teórico .....</b>		<b>11</b>
2.1	Antecedentes del estudio.....	11
2.1.1	Antecedentes internacionales .....	11
2.1.2	Antecedentes locales .....	17
2.2	Bases teóricas .....	18
2.2.1	Funcionalidad familiar .....	18
2.2.2	La familia .....	20
2.2.3	Enfoque sistémico familiar .....	22
2.2.4	Modelo circumplejo .....	26
2.2.5	Funciones de la familia según el Modelo Circumplejo de Olson .....	27
2.2.6	Dimensiones del Modelo Circumplejo.....	28
2.2.7	Tipos de familia según el Modelo Circumplejo de Olson.....	30
2.2.8	Rangos de funcionamiento familiar .....	33
2.2.9	La esquizofrenia en la familia .....	34
2.2.10	La esquizofrenia .....	35
2.3	Definición de términos básicos .....	39
2.4	Variable .....	39
2.4.1	Identificación de variable .....	39
2.4.2	Operacionalización de la variable .....	41
<b>Capítulo 3 .....</b>		<b>42</b>
<b>Método .....</b>		<b>42</b>
3.1	Alcance del estudio .....	42
3.2	Diseño de investigación .....	42



3.3	Población	43
3.3.1	Características de la población	43
3.4	Muestra	45
3.4.1	Criterios de inclusión de la muestra	46
3.4.2	Criterios de exclusión de la muestra	46
3.5	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	46
3.6	Validez y confiabilidad de instrumentos	48
3.7	Plan de análisis de datos	52
<b>Capítulo 4</b>		<b>54</b>
<b>Resultados de la investigación</b>		<b>54</b>
4.1	Resultados respecto a los objetivos específicos	55
4.2	Resultados respecto al objetivo general	62
<b>Capítulo 5</b>		<b>64</b>
<b>Discusión</b>		<b>64</b>
5.1	Descripción de los hallazgos más relevantes	64
5.2	Limitaciones del estudio	66
5.3	Comparaciones crítica con la literatura existente	66
5.4	Implicancias del estudio	73
<b>Conclusiones</b>		<b>74</b>
<b>Sugerencias</b>		<b>76</b>



### Relación de tablas

Tabla 1. Matriz de Operacionalización de la variable.....	41
Tabla 2. Sexo de la población.....	45
Tabla 3. Rango etario de la población.....	46
Tabla 4. Grado de instrucción de la población.....	46
Tabla 5. Estado civil de la población.....	47
Tabla 6. Ficha técnica FACES III.....	50
Tabla 7. Ficha técnica PANSS.....	52
Tabla 8. Baremos de cohesión y adaptabilidad familiar.....	54
Tabla 9. Funcionamiento familiar de pacientes según la dimensión de cohesión.....	59
Tabla 10. Funcionamiento familiar de pacientes según la dimensión de adaptabilidad.....	60
Tabla 11. Funcionamiento familiar en pacientes con esquizofrenia.....	63
Tabla 12. Funcionalidad familiar de familiares según la dimensión de cohesión.....	64
Tabla 13. Funcionamiento familiar de familiares según la dimensión de adaptabilidad... ..	66
Tabla 14. Funcionalidad familiar de familiares.....	67
Tabla 15. “Funcionalidad familiar en pacientes con esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, 2021”.....	82
Tabla 16. Instrumentos de recolección de datos.....	86





### Relación de figuras

Figura 1. Modelo circumplejo de Olson.....	31
Figura 2. Tipos de familia del modelo circumplejo del funcionamiento familiar de Olson, Russell y Sprenkle.....	32
Figura 3. Dimensión de cohesión en pacientes.....	61
Figura 4. Dimensión de adaptabilidad en pacientes.....	62
Figura 5. Dimensión de cohesión en familiares.....	65
Figura 6. Dimensión de adaptabilidad en familiares.....	66
Figura 7. Tipología familiar de los pacientes con esquizofrenia y familiares que acuden al Centro de Salud Comunitario de Santiago,2021. En el modelo Circumplejo de Olson.....	69



## Resumen

El estudio corresponde al alcance descriptivo de diseño no experimental y de enfoque cuantitativo, que tuvo como objetivo identificar el nivel de funcionalidad familiar de los pacientes con esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago de la ciudad del Cusco, evaluando la dimensión de adaptabilidad y de cohesión familiar para poder conocer la dinámica de la familia, tomando en cuenta la percepción del paciente y de un familiar a cargo. La investigación contó con la muestra de 35 pacientes y 35 familiares. La herramienta aplicada fue FACES III que fue creado por Olson, Russell y Sprenkle. Con los resultados se demostró que la funcionalidad familiar de pacientes (65.7%) y de familiares (80%) que se evaluaron según la dimensión de cohesión pertenece al nivel bajo de tipo desligada y según la dimensión de adaptabilidad pertenece al nivel moderado de tipo flexible y estructural. En tanto, la conclusión de esta investigación es que una gran parte de los pacientes y familiares son de nivel moderado de funcionalidad familiar, siendo estas de tipo estructurada desligada y flexible desligada.

**Palabras clave:** Funcionalidad familiar, adaptabilidad, cohesión, esquizofrenia.

## Abstract

The study corresponds to the descriptive scope of a non-experimental design and a quantitative approach, which aimed to identify the level of family functionality of patients with schizophrenia who attend the Santiago Community Mental Health Center in the city of Cusco, evaluating the dimension of adaptability and family cohesion in order to know the dynamics of the family, taking into account the perception of the patient and a family member in charge. The investigation had a sample of 35 patients and 35 relatives. The applied tool was FACES III which was created by Olson, Russell and Sprenkle. With the results, it was demonstrated that the family functionality of patients (65.7%) and relatives (80%) that were evaluated according to the cohesion dimension belongs to the low level of the detached type and according to the adaptability dimension it belongs to the moderate level of the flexible type. and structural. Meanwhile, the conclusion of this research is that a large part of the patients and relatives have a moderate level of family functionality, being these of the structured detached and flexible detached type.

**Keywords:** Family functionality, adaptability, cohesión, schizophrenia.



## Capítulo 1

### Salud mental

#### Introducción

##### 1.1 Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) indica que la esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta aproximadamente a más de 24 millones de personas en todo el mundo, donde dos de cada tres personas no tienen acceso a la salud mental especializada. Una de las posibles causas de la esquizofrenia se debe a la interacción entre la genética y una serie de factores ambientales. También menciona que más allá de los síntomas clínicos de los pacientes con este diagnóstico no solo incurren en un considerable gasto social y económico, sino que también es un trastorno estigmatizado por la sociedad, siendo la esquizofrenia la condición más frecuentemente identificada como el trastorno más grave por parte de la comunidad.

El Ministerio de Salud del Perú (MINSA, 2022) en el año 2021 dio a conocer la cifra de 77 388 casos de personas que fueron diagnosticadas con esquizofrenia en los centros de salud de primer nivel de atención, institutos especializados y hospitales generales a nivel nacional, de los cuales 21 517 personas recibieron atención en los diferentes Centros de Salud Mental Comunitaria.

En el Perú se ha implementado un nuevo modelo de atención para tratar la salud mental, el cual se centra en la reintegración del paciente a nivel familiar, centrando la atención en la comunidad. Es un nuevo enfoque en el tratamiento de pacientes psiquiátricos fundamentado en la inclusión comunitaria y laboral, en lugar de internarlos (MINSA, 2016).



Con la integración del enfoque comunitario en la atención de pacientes con problemas de salud mental el bienestar social y familiar pasaron a ser integrados dentro del tratamiento tomando en cuenta la necesidad de la persona.

La Red de servicios de Salud Cusco Norte ha implementado tres Centros de Salud Mental Comunitario uno en la provincia de Calca, el segundo en el distrito del Santiago y en el año 2019 el tercero en la provincia de Anta, dándose el cumplimiento a la Reforma de la Salud Mental.

La función de los Centros de Salud Mental Comunitario (CSMC) es contribuir a la mejora de la salud mental y a su vez a la calidad de vida de dicha población, específicamente hacia personas con trastorno mental y/o problema psicosocial, tomando en cuenta el entorno de la familia y la comunidad donde se desenvuelve, otorgándoles así un acceso óptimo a los servicios que brinda el sector salud.

Actualmente el Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago recibe el mayor número de referencias de distintos centros de salud y puestos de salud de Cusco para la atención de pacientes.

El Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago inicio sus actividades el 15 de octubre del 2018, contando con un equipo conformado por 21 miembros entre profesionales (médico psiquiatra, médico de familia, psicólogos, químico farmacéutico, licenciadas de enfermería y técnicos de enfermería) y personal administrativo (técnicos informáticos, personal de limpieza y vigilancia). Además cuenta con diferentes unidades y servicios (tratamiento ambulatorio de trastornos debido al consumo de alcohol, tratamiento ambulatorio de personas con trastornos afectivos, tratamiento de adolescentes y niños con trastorno mental que se dé de manera ambulatoria, y del comportamiento una atención oportuna a población con problemas psicosociales, apoyo a la rehabilitación psicosocial), los cuales realizan un abordaje interdisciplinario y de ser necesario transinstitucional



mediante las redes de apoyo (municipios, instituciones públicas y particulares, organizaciones distritales, etc.); es así que en el año 2019 se atendieron a 3016 usuarios que acudieron al centro de salud por primera vez; con la apertura de 1741 historias clínicas durante el año de los cuales 44,1% cuentan con seguro SIS; realizaron 428 visitas domiciliarias, según la base de datos, reportado por la unidad de estadística del Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago.

Durante el año 2020 se atendieron 600 personas con el diagnóstico de violencia; 210 personas diagnosticadas de trastorno psicótico; 849 personas diagnosticadas con trastornos afectivos (ansiedad, depresión, conducta e intento suicida); 219 personas diagnosticadas con problemas de adicciones y 363 niños con diagnóstico de trastorno mental y de comportamiento.

En el año 2021, año en el que se realizó el presente estudio, se atendieron a 72 personas con el diagnóstico de esquizofrenia, de los cuales algunos pacientes viven con su familia, otros se encuentran ubicados en hogares financiados por el estado donde se encuentran casos de abandono, demás pacientes fueron derivados a otros centros de salud (Centro de Salud Mental Comunitario de San Sebastián, de Virgen Asunta, de Quillabamba, de Sicuani, de Anta, de Huaró, de Espinar y de Urubamba) debido a la dificultad en cuanto a distancia entre el centro y la vivienda del paciente, en caso no habría Centros de Salud Mental Comunitarios cercanos se recurre a la atención remota (telecomunicaciones), y demás pacientes que lamentablemente decidieron, junto a su familia o cuidador principal, abandonar el tratamiento y dejaron de acudir al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago.

Los pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia necesitan un tratamiento integral que contenga múltiples intervenciones para mejorar su funcionamiento personal, familiar y la reintegración social. La esquizofrenia es el trastorno mental con más estigma social y



como consecuencia la familia puede verse afectada si no se tiene un adecuado asesoramiento, psicoeducación y apoyo sobre la enfermedad y su tratamiento, sobre todo a como relacionarse con el paciente. Además, con la presencia del trastorno mental se pueden presentar cambios en la dinámica familiar, además puede afectar a nivel emocional, físico, social y hasta en el aspecto económico de cada miembro de la familia o cuidador principal del paciente.

Según los estudios realizados por Bowen (Del Carmen, 2020) el bienestar y la estabilidad es generado por la familia, promoviendo la disminución de los síntomas y previene las crisis psicóticas, solo si se crea un ambiente saludable y si presentan funcionalidad familiar adecuada.

La funcionalidad familiar, es por la que se consigue elevar el desarrollo integro de sus componentes, así como una situación de salud propicia donde se percibe el grado de satisfacción a raíz del funcionamiento familiar tomando en cuenta la participación, la adaptación, el crecimiento, el afecto y los recursos.

Para la identificación del problema se recabo información acerca de los pacientes, donde se encontró que la mayoría de los pacientes tenían el diagnóstico de disfuncionalidad familiar, diagnosticado por la mayoría de los profesionales del Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago. Debido a lo hallado se vio conveniente realizar entrevistas a los familiares y a los pacientes con esquizofrenia y se pudo observar que el diagnóstico afectado las relaciones familiares, además ambos manifestaron encontrarse en un ámbito de estrés, preocupación y fatiga debido al diagnóstico, lo que sosiega las relaciones y la dinámica familiar, perjudicando así el buen vivir de los miembros. Por lo tanto, se vio la necesidad de conocer a profundidad como es la dinámica familiar, midiendo objetivamente cada aspecto de su funcionamiento. El funcionamiento familiar según varios estudios realizados sobre la influencia de la familia dentro del tratamiento de pacientes con



esquizofrenia, han confirmado que la funcionalidad familiar es un componente importante y se debe tomar en cuenta dentro del tratamiento del paciente, debido a que se demostró la disminución significativa de síntomas negativos con el apoyo de la familia y según la dinámica que tengan los miembros, el pronóstico mejora. Conjuntamente, con el nuevo abordaje en salud mental, con el enfoque comunitario, el paciente no solo es tratado por los profesionales en salud, sino que también pasa a ser cuidado por sus familiares. Entonces al evaluar la funcionalidad familiar de manera objetiva, midiendo cada aspecto, dará lugar a poder visibilizar como está funcionando la familia, además se podría mejorar el tratamiento conociendo que características tiene la familia o que dificultades presentan, tomando en cuenta la percepción de cada miembro.

Por esta razón la presente investigación pretende identificar y describir el funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia que son atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago de Cusco, lo que permitirá adquirir más información sobre la población, aportando también al enfoque comunitario en salud mental que recientemente ha sido implementado, el cual toma en cuenta a la familia como un componente importante para el tratamiento del paciente. Y como se trata de evaluar la funcionalidad familiar, se vio conveniente evaluar también a los familiares para ampliar la información de cómo se encuentra la dinámica familiar, agregando asimismo que, para entender al individuo, su funcionamiento y perspectivas solo es posible con una comprensión de la familia, puesto que la funcionalidad familiar se basa en interacción. Además, basar el reporte sobre el funcionamiento familiar, sobre uno solo de sus miembros, es de validez cuestionable; esto según la escala utilizada para evaluar la funcionalidad familiar. Entonces considerando la importancia de tomar en cuenta la percepción de ambos, la prueba de FACES III, basada en el enfoque sistémico familiar y con la perspectiva del modelo circuplejo familiar, donde se evalúa la dimensión de cohesión y adaptabilidad; fue



administrada tanto al paciente con el diagnóstico de esquizofrenia como a un miembro de la familia cercano o que este a cargo del paciente para un mejor conocimiento acerca de su funcionalidad familiar y poder obtener más información acerca de las personas con el diagnóstico de esquizofrenia.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema general**

¿Qué nivel de funcionalidad familiar presentan los pacientes con esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, 2021?

### **1.2.2 Problemas específicos**

- ¿Cuál es el nivel de funcionalidad familiar respecto a la dimensión de cohesión familiar en pacientes con esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, 2021?
- ¿Cuál es el nivel de funcionalidad familiar respecto a la dimensión de adaptabilidad familiar en pacientes con esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, 2021?
- ¿Cuál es el tipo de familia respecto a la dimensión de cohesión familiar en pacientes con esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, 2021?
- ¿Cuál es el tipo de familia respecto a la dimensión de adaptabilidad en pacientes con esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, 2021?
- ¿Cuál es el tipo de funcionalidad familiar en pacientes con esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, 2021?
- ¿Cuál es el tipo de funcionalidad familiar en la familia de pacientes con esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, 2021?





### **1.3 Justificación**

#### **1.3.1 Conveniencia**

La investigación es conveniente por la misma razón de que se obtendrán datos acerca de la funcionalidad familiar en pacientes con esquizofrenia del Centro De Salud Mental Comunitario de Santiago, permitiendo así tener más información para comprender cómo se relacionan y funcionan las personas con dicho diagnóstico dentro de su entorno familiar, tomando en cuenta la percepción tanto del paciente como del familiar; además aportará al nuevo modelo de atención en salud mental, siendo una herramienta para la atención o el tratamiento del paciente.

#### **1.3.2 Relevancia social**

Este estudio se justifica socialmente porque la esquizofrenia es un trastorno que involucra el desarrollo conductual y cognitivo de los individuos, así como aspectos emocionales y sociales que la persona enfrenta día a día afectando la dinámica familiar, involucrando también a la comunidad donde se desarrolla. Y al haberse integrado el modelo comunitario en salud mental, modelo que debe tomar en cuenta todo el entorno en el que se desarrolla la persona para su intervención.

Obtener información acerca del nivel de funcionalidad familiar permitirá visibilizar como se encuentra su entorno familiar y ver al paciente ampliamente, tomando en cuenta cada aspecto de la funcionalidad del entorno donde se desarrolla. Además, el estudio funcionara para sensibilizar a las personas sobre funcionalidad familiar y sobre personas con el diagnóstico de esquizofrenia, deseando que pueda ayudar a disminuir el estigma social que se tiene frente a dicho trastorno. Así mismo, como todo estudio, lo que se pretende es acercarse a la realidad de esta población.



### **1.3.3 Implicancias prácticas**

Esta investigación brindara información actualizada sobre la búsqueda de la información de enfoques y teorías sobre funcionalidad familiar, la esquizofrenia y la familia. Se describirá acerca de cómo se presenta la funcionalidad familiar de los pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia y familiares, siendo información útil para el Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, para contar con más datos de dicha población y el entorno donde se desarrolla. Si bien este estudio se focaliza en una institución determinada, este mismo se podría realizar en otros Centro de Salud de la región para conocer la dinámica familiar de los pacientes y poder apoyar a su bienestar e información. Así mismo, se podrían realizar comparaciones entre poblaciones y observar su funcionalidad familiar.

### **1.3.4 Valor teórico**

El estudio posibilita la profundización de teorías referentes a la funcionalidad familiar en pacientes con esquizofrenia, tomando en cuenta teorías que se siguen utilizando y métodos que se siguen aplicando para la comprensión respecto a la familia, además de observar la percepción que tiene el paciente con esquizofrenia hacia su entorno familiar. Con esta investigación también se busca ampliar la posibilidad de generar más estudios de dicho trastorno y poder abordar de mejor manera el tema de la funcionalidad familiar, midiendo objetivamente cada aspecto.

De esta forma la presente investigación ofrecerá más información a las personas que les interese investigar este tema, además de ofrecer información actualizada.

### **1.3.5 Utilidad metodológica**

El estudio corresponde a un estudio descriptivo lo que permitirá obtener información y nuevo conocimiento sobre la esquizofrenia y la familia al identificar el nivel de funcionalidad familiar de los pacientes que acuden al Centro de Salud Mental comunitario de Santiago.



## **1.4 Objetivos de la investigación**

### **1.4.1 Objetivo general**

Describir el nivel de funcionalidad familiar que presentan los pacientes con esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, 2021.

### **1.4.2 Objetivos específicos**

- Identificar el nivel de dimensión de cohesión familiar en pacientes con esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, 2021.
- Identificar el nivel de dimensión de adaptabilidad familiar en pacientes con esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, 2021
- Identificar el tipo de familia respecto a la dimensión de cohesión familiar en pacientes con esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, 2021.
- Identificar el tipo de familia respecto a la dimensión de adaptabilidad en pacientes con esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, 2021.
- Identificar el tipo de funcionalidad familiar en pacientes con esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, 2021.
- Identificar el tipo de funcionalidad familiar en la familia de pacientes con esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, 2021.



## **1.5 Delimitación del estudio**

### **1.5.1 Delimitación espacial**

La investigación se realizó en la ciudad de Cusco, en el distrito de Santiago, particularmente en el Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago.

### **1.5.2 Delimitación temporal**

El presente estudio fue desarrollado en el año 2021, en el primer semestre del año, durante los meses de marzo y junio.

## **1.6 Viabilidad**

El presente estudio fue posible, puesto que se pudo acceder a la población tras haber solicitado los permisos pertinentes de la institución en la que se realizó la recolección de datos. La variable que se ha querido estudiar, ha sido investigada mediante diversos medios impresos y electrónicos, asimismo de artículos académicos al respecto. Para la realización del estudio se emplearon instrumentos de recolección de datos adaptados y válidos para la población de estudio, también se contó con los recursos financieros y se tomó en cuenta los protocolos de seguridad (debido a la pandemia) necesarios para el desarrollo de esta.

## **1.7 Aspecto ético**

Para la elaboración de la investigación se consideraron los aspectos legales vigentes en el código de ética del psicólogo peruano, también las reglamentaciones estipuladas en la normativa de la universidad. Se guardará la identidad de las y los participantes, solicitando su participación en la investigación con el documento conocido como “consentimiento informado” utilizando la información recabada con propósitos únicamente científicos, donde se plantearan los objetivos de la investigación. En el desarrollo no se vulnerará el derecho a la privacidad de los participantes, considerando lo indicado en el código de ética profesional.



## Capítulo 2

### Marco teórico

#### 2.1 Antecedentes del estudio

##### 2.1.1 Antecedentes internacionales

Rangel (2019), de la Universidad Autónoma de Barcelona en España investigo sobre “el tratamiento familiar sistémico en la esquizofrenia”. El estudio tuvo metodología mixta con el alcance de tipo descriptivo y longitudinal. Se planteó como objetivo conocer las características de la calidad de vida, la sintomatología de los pacientes y de los familiares, para esto desarrollo un programa sobre el tratamiento familiar fundamentado por el modelo de reconfirmación de Linares, el cual duro cuatro años. Se consideró como muestra 108 personas que se atendían en la unidad de psiquiatría del Hospital de Sant Pau, donde 62 fueron familiares y 46 fueron pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Para el desarrollo de la investigación conto con los siguientes dos grupos de comparación; el primer grupo estuvo conformado por 23 pacientes que fueron tratados con terapia familiar y abordaje farmacológico, el segundo grupo constituido por 23 pacientes también fueron tratados con abordaje farmacológico. Evaluó en tres medidas de tiempo, en el primer tiempo lo realizo antes de iniciar el tratamiento familiar, el segundo tiempo fue después de dos años y el tercer tiempo fue al finalizar el tratamiento familiar. Con lo que concluyo la investigación demostrando que hubo una disminución clínicamente significativa además de estadística de las consecuencias, psicopatología general y mediante un aumento social y laboral en usuarios del grupo en tratamiento. Y en el otro grupo la calidad de vida de los familiares evidencio



que se incrementó la mejora de las relaciones sociales pasando los dos años y al terminar el tratamiento familiar.

Del Carmen (2020), perteneciente a la Universidad Santiago de Cali en Colombia desarrolló una investigación con el método cualitativo y de alcance descriptivo sobre “las relaciones familiares de pacientes con esquizofrenia”, para esto la autora explora y busco artículos de producción científica en español, inglés y portugués, lo que hizo que se delimitara la base de datos. Luego de haber revisado artículos de revistas registradas publicadas entre el año 2008 hasta el año 2019, lo que, a su vez considero esto como criterio de inclusión, y que estén relacionadas con el tema y las palabras clave de estudio. Para dicha investigación selecciono 164 artículos, donde 22 fueron de Scielo, 20 de Science Direct, 21 de Proquest, 19 de Ebsco Host, 15 de Taylor & Francis Group, 15 de Google Scholar, 12 de Dialnet, 11 de Redalyc, 9 de Springer, 8 de Nature International Journal of Science, 5 de Oxford University Press, 3 de Pub Med, 2 de Sage Journals y 2 de Scopus. Luego de haber revisado temas y resúmenes de cada artículo, se escogieron 78 artículos de los cuales realizo una lectura completa y minuciosa, según los criterios de inclusión que considero la autora concluyo con 33 artículos. Los datos obtenidos del estudio manifiestan que tiende y percibe a tener cambios que suelen tener variaciones que ocasionan conflictos respecto a las dinámicas familiares, perjudicando la interacción en sus miembros. Cuando un solo integrante de la familia se hace responsable, por lo que asume todo el cuidado del paciente, repercuten en consecuencias negativas en su aspecto físico, emocional, social y psicológico, lo que a su vez afecta la calidad de vida tanto del paciente como de la familia. Es así como concluyo el estudio diciendo respecto a lo hallado, que la familia pasa por un proceso de desajuste que la moviliza y pasa a reestructurar la funcionalidad tratando de establecer el bienestar de todo el sistema familiar. Al aparecer el diagnóstico de esquizofrenia afecta la dinámica familiar, llevando a cada integrante a reestructurar su funcionalidad a nivel social,



familiar e individual. La persona que asume el papel de cuidador experimenta agotamiento y sobrecarga tanto físico como psicológico, debido a las exigencias del paciente y el resto de la familia, lo que seguidamente en muchos casos, mueve a la familia en busca de aceptación y la posibilidad de adaptarse; no obstante, esto no se llega a cumplir como se desearía, puesto que no cuentan con el apoyo, las herramientas y las estrategias necesarias para tratar al diagnóstico competentemente. Por esta razón varias familias muestran problemas que afectan la calidad de vida y la interacción entre los integrantes. La familia como sistema, se halla como un proceso de interacción continua, donde se van estableciendo relaciones íntimas lo que da lugar a que se pueda estructurar; por eso es importante incluir a la familiar en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia, de esta manera ofrecerá una mejor funcionalidad en el hogar, además será posible disminuir los conflictos debido a la sobrecarga y a las alteraciones en la dinámica; la inclusión permite al grupo familiar y al paciente con esquizofrenia sobrellevar el trastorno adquiriendo herramientas y a desarrollar habilidades necesarias que permitan enfrentar adecuadamente las situaciones estresantes, enfocándose en el bienestar tanto individual como familiar.

### **2.1.2 Antecedentes nacionales**

Barreto (2017), perteneciente a la Universidad privada Antenor Orrego en Trujillo, investigó sobre “la disfunción familiar como factor asociado a no adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia en el Hospital Víctor Lazarte Echeagaray”. La investigación fue desarrollada en base al enfoque cuantitativo y de tipo analítico, respecto al corte es observacional y seccional transversal. La muestra estuvo formada por 178 usuarios que son considerados adultos con esquizofrenia, quienes fueron divididos en 2 grupos, tomando en cuenta la adherencia terapéutica. Utilizo el cuestionario de Morinsky Green para evaluar la no adherencia terapéutica y la escala de APGAR para evaluar la funcionalidad en las familias. En su investigación llegó a demostrar que la disfunción en las familias en los



pacientes con la no adherencia terapéutica fue del 34%, y la disfunción familiar en pacientes con adherencia terapéutica fue del 16%. Concluyo su estudio demostrando que la disfunción familiar corresponde a un factor relacionado a no adherencia terapéutica en pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia con un odds ratio de 2.79, siendo esto significativo ( $p < 0.05$ ) y un gran hallazgo. Lo que significa que, el incumplimiento del tratamiento adecuado se ha vuelto un problema sanitario y económico; dio a conocer que solo el 50% de los enfermos crónicos cumple con el tratamiento en los países desarrollados, escenario donde se agrava en los países con bajos recursos. Indicó también que la enfermedad mental grave afecta significativamente la funcionalidad familiar, afectando roles de cada miembro y la interacción entre ellos. Además, genera un fuerte impacto emocional. Con esto, reafirmo que el buen funcionamiento familiar se debe a un adecuado uso herramientas como el apoyo social familiar, estrategias de afrontamiento, manejo del estrés psicológico familiar y direccionar los problemas conductuales del paciente.

Aquino (2017), de la Universidad Nacional del Altiplano en Juliaca, realizó el estudio sobre “familia y rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide del servicio de salud mental del Hospital Carlos Monge Medrano”; el estudio se desarrolló desde el aspecto correlacional, respecto al método corresponde al hipotético–deductivo con el enfoque cuantitativo y utilizo la escala de likert; su muestra poblacional fue de 40 pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia paranoide en el ámbito de estudio. La investigación llevo a los siguientes resultados; existe correspondencia entre la rehabilitación psicosocial y la dinámica familiar del paciente, la correlación de RHO Spearman fue de 0,869, por lo que la existencia de la correlación positiva. Dado esto se demostró que, dentro de la dinámica familiar, el 50% de los familiares se encuentran cansados por intentar posibilitar el cuidado del familiar con el diagnóstico de esquizofrenia paranoide con las actividades como la educación y el trabajo frente a la enfermedad. Por otro lado, se hace





presente una relación importante entre la rehabilitación psicosocial y el apoyo familiar del paciente con esquizofrenia paranoide. Obtuvo la siguiente conclusión; hubo correlación de RHO Spearman de 0,898, donde 26 familias que representaron el 65% estuvieron de acuerdo acerca de que la familia tiene que apoyar al miembro con dicho diagnóstico para llevar a cabo el tratamiento correcto y así alcanzar a la rehabilitación psicosocial del paciente.

Gil (2017), de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa realizó el estudio sobre “influencia de la familia en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia bajo el modelo de Salud Mental Comunitario del Centro de Salud Mental Comunitario Alto Libertad”. La investigación fue de tipo explicativa-descriptiva, correspondiente al diseño no experimental y mediante el enfoque cuantitativo, asimismo, se consideró como muestra estuvo constituida por 39 familias de pacientes diagnosticados con esquizofrenia y para la evaluación elaboro una encuesta. Llegando a concluir en lo siguiente; el 64% de pacientes conto con adherencia al tratamiento más de un año y logro mantener la constancia lo que mejoro la eficacia del medicamento, redujo la aparición de efectos secundarios haciendo que mejore la calidad de vida del paciente; el 80% recibió una visita domiciliaria por semana, el 87% recibió seguimiento telefónico del personal del Centro de Salud una vez a la semana, el 77% recibió más de un par de sesiones de psicoterapia familiar, el 72% recibió atención multidisciplinaria, el 69% asistió a consulta con psiquiatría más de dos veces y el 44% recibió más de dos sesiones de terapia ocupacional; existieron problemas con respecto a la enfermedad, el 49% mostraron problemas relacionados a violencia familiar, el 28% no presento ningún problema, el 20% presentaron problemas delincuenciales y el 3% presento problemas con sustancias; el apoyo familiar dentro del tratamiento considerado así en la reestructuración de la salud mental como un elemento necesario en la sanación del paciente, de acuerdo a eso el 69% de familias reconoció que hubo un “buen” soporte de la familia, el 21% de familias manifestó tener un apoyo “regular” y el 10% menciono que el apoyo era



“malo”, se consideró entonces que la mayoría de pacientes recibieron un conveniente apoyo familiar que les permitirá optimizar su recuperación; el 90% de los familiares describió que los usuarios muchas veces dependen económicamente de su familia siendo esta la única fuente de apoyo y el 10% refirió que no depende, con esto se pudo visibilizar que la familia pertenece a uno de los ejes fundamentales en su recuperación; los enfermos de esquizofrenia en su mayor parte que son a consecuencia de la separación de familias en la que se encuentra representada por 82%, en la que se considera el estilo de crianza, se evidencio también que el 39% de los pacientes son parte de familias con estilos de crianza indiferente, el 33% fueron criados autoritario, el 18% a un estilo de crianza permisivo y el 10% pertenece a estilos de crianza democrático; la comunicación familiar resulto ser necesaria en las relaciones familiares armoniosas, donde el 64% de pacientes considero que la comunicación entre ellos se caracteriza por ser reciproca permitiendo que cada miembro exprese sus sentimientos o formas de pensar, el 44% menciono que a veces se comunica con su familia; el conocimiento acerca de la enfermedad, respecto diseño de salud mental comunitaria el cual garantiza la aceptación y la comprensión, el 64% de familiares refirió haber tenido buen conocimiento de la enfermedad; las familias adquirieron conocimiento sobre la enfermedad gran parte de parte del Centro de Salud Mental Comunitario Alto Libertad; el 23% representa a la informal, llegando a concluir que es imprescindible asegurar conocer la enfermedad perteneciente al primer paso para que los familiares cuenten con las herramientas necesarias; el 80% recibió visitas domiciliarias más de una vez a la semana, el 87% declaro que cuenta con comunicación fluida con el personal del centro salud una vez a la semana, lo que reflejo un correcto seguimiento al paciente. Finalmente concluyo diciendo que la asociación de familiares es necesaria para poder brindar herramientas a la familia educando y sensibilizando referente a la enfermedad, son ellos quienes exigen el cumplimiento de los derechos en salud mental, el 49% de familiares manifestaron que permanentemente



estuvieron presentes en la asociación y el 38% menciono que solo asiste algunas veces, respecto a la calificación de la información brindada al 49% le parece buena y al 53% les parece que si responden y satisfacen a sus necesidades.

Hidalgo (2020), de la Universidad Nacional Federico Villareal de Junín, realizo el estudio titulado “funcionamiento familiar percibido e ideal en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia de un hospital general de la región Junín”. La investigación tuvo un diseño metodológico no experimental con enfoque cuantitativo y fue de tipo descriptivo-transversal. El estudio tuvo como finalidad analizar el funcionamiento familiar percibido e ideal con la muestra de 100 cuidadores de pacientes con el diagnostico de esquizofrenia. Se aplicó la escala de FACES III de Olson. Los resultados del estudio fueron los siguientes; 51% de lo percibido e ideal el 62% ambos con el nivel rango medio. La escala percibida de la dimensión cohesión fue desligada representada por el 96 % respecto a la escala que se percibió de la dimensión adaptabilidad resulto ser rígida con el 47%, en cambio en la evaluación ideal de la cohesión fue desligada constituida por el 49% y el ideal de la adaptabilidad fue flexible representada por el 46%. Llegando a concluir que respecto al sistema familiar se evidencio que se desligada – rígida con el 47% y en la evaluación ideal el sistema familiar fue desligada – flexible con el 46%.

### **2.1.3 Antecedentes locales**

Rosa (2017), en la ciudad de Cusco de la Universidad Alas Peruanas, elaboro la investigación sobre “tipos de familia y estilos de afrontamiento del estrés en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II”. El estudio fue de tipo descriptivo relacional con el enfoque cuantitativo. Se planteó como principal objetivo conocer la relación que existe entre los tipos de familia y estilos de afrontamiento del estrés con la muestra de 40 usuarios con el diagnóstico realizado respecto al ámbito de esquizofrenia, en fase de estabilización y mantenimiento que fueron



hospitalizados y control ambulatorio para esto administro los siguientes instrumentos; la escala de cohesión y adaptabilidad familiar de Olson (FACES III) y el cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE). Los resultados a los que llego fueron; respecto a los tipos de familia de acuerdo a la adaptabilidad familiar, fue de tipo rígida representada por el 52.5% representada por tener roles autocráticos, de acuerdo a cohesión familiar fue de tipo desligada con el 55% caracterizada por la ausencia de lazos afectivos, se consideró como sobresaliente en el estilo de afrontamiento, corresponde un 50%, La estrategia utilizada para afrontar el estrés evitativo el cual fue la más fuente usada por los usuarios respecto al diagnóstico de esquizofrenia paranoide, el cual correspondió al 35%. Concluyo el estudio diciendo que hay relación entre los tipos de familia y los estilos de afrontamiento del estrés, en los pacientes que se encuentran con diagnóstico de esquizofrenia.

## **2.2 Bases teóricas**

### **2.2.1 Funcionalidad familiar**

A partir de 1975 se estudió la funcionalidad familiar, con la intención de identificar las variables definitorias de la dinámica familiar y cómo funcionan.

La teoría en la que se basó el presente estudio para explicar la funcionalidad familiar es la teoría de Olson según el modelo circuplejo que él desarrollo, el cual explica que es la relación o conexión de vínculos afectivos que se da entre cada miembro, lo que sería la cohesión familiar; y puede cambiar estructuralmente teniendo como finalidad sobre llevar las dificultades evolutivas de la familia, lo que vendría a ser la adaptabilidad familiar. Dentro de lo cual, al acontecer un desbalance dentro del sistema familiar, acontece la disfuncionalidad, lo que se concibe como la disminución del funcionamiento adecuado y lo que a su vez suele representar la ausencia de afecto acompañado de dolor y muchas veces se expresa con agresión o enojo, se hace presente también el deterioro o desintegración; entonces es importante que esté presente un patrón de intercambio emocional para garantizar



la estabilidad de la familia. Además, según su funcionalidad se clasifican en los siguientes tipos de familia, rígida, estructurada, flexible, caótica, desligada, separada, unida y enredada (Olson et al., 1979).

La funcionalidad en la familia, entendida como un sistema, se encuentra en constante dinámica y funcionamiento, entonces, ante algún tipo de tensión o dificultad que no es sostenida adecuadamente afectara significativamente en la funcionalidad del sistema familiar. Sin embargo, es necesario que el grupo familiar pase por un proceso de cambio, de movimiento para que esta pueda adaptarse y volver a reestructurarse hacia la funcionalidad, lo que significa que al pasar o encontrarse en una nueva etapa se cambiaran las reglas e interacciones para que prevalezca la continuidad del sistema y al mismo tiempo el crecimiento y desarrollo de sus integrantes. Entonces la funcionalidad familiar tiene que ver con la capacidad de revolversse y afrontar las dificultades que van surgiendo y así poder superar cada etapa del ciclo vital dentro del entorno familiar.

La familia funcional se caracteriza por la capacidad que tiene a la hora de cumplir con las labores encargadas, conforme al ciclo vital donde se encuentre y de acuerdo con las circunstancias percibidas de un contexto externo. El funcionamiento en la familia es un elemento importante y definitivo para mantener la salud (Espinal, Gimeno y Gonzales, 2006).

Jackson (1965), quien propone el modelo de Palo Alto junto a Watzlawick y Weakland, explica que lo que hace funcional a la familia es la capacidad de resolución de problemas.

Smilkstein (citado en Martínez et al., 2006), propone que la funcionalidad familiar es resultado de la complacencia de una persona dentro de su vida, es la interacción armoniosa que existe entre cada uno de los miembros de la familia y es la apreciación que tiene cada integrante sobre su funcionamiento familiar.



### 2.2.2 La familia

Para entender más sobre la familia se han desarrollado varias teorías. Teorías como la de sistemas ecológicos, el cual explica respecto al desarrollo de la juventud y la infancia, se encuentra subordinados bajo distintos ambientes, entornos o ecologías. Otra teoría es la familiar sistémica que explica la funcionalidad de la familia y la entiende como una organización dinámica que se van modificando y hay subsistemas, también se encarga de abordar el tema de los distintos tipos de límites entre los miembros. El interaccionismo simbólico es una teoría más que ve a la familia como un símbolo y se les asignan significados; además sugiere que al igual que otros fenómenos sociales, la familia pertenece a una construcción social que es parte del reflujo y el flujo de las normas sociales y los significados frecuentemente variantes.

Es considerada la familia como un grupo de personas los cuales comparten vínculos de consanguinidad, convivencia y afecto, también es un elemento de la sociedad y se halla condicionada por la situación histórica, social, cultural y por el sistema económico donde se desarrollan. El grupo familiar forma una institución determinante para el desarrollo social y personal, de manera que influye directamente a la expresión de la personalidad, ya que esto repercute dentro del funcionamiento familiar, y dentro del proceso de la salud y enfermedad mental (Acevedo y Vidal, 2019).

Por otra parte, la familia es entendida como un grupo que se relaciona e integrada de forma sistemática, es así como se considera un subsistema social que conforma un macrosistema social; el relacionarse con los demás se considera un elemento esencial para el desarrollo de la personalidad. De esta manera la familia cumple con ciertos aspectos necesarios como brindar a cada miembro seguridad en el aspecto afectivo, enseñar y pasar por procesos adaptativos, crear prácticas habituales que lleven a desarrollar una conducta adecuada y responsable, brindar herramientas para sostener momentos de crisis, angustia,



frustraciones, manejo de emociones en general, regular la energía y manejar impulsos negativos y proteger a cada miembro del grupo familiar para la independencia a través de la educación y el respeto (Gómez y Villa, 2013).

Según Minuchin (1986) las familias son sistemas que trabajan de forma eficiente, organizada e interdependiente y se encuentran en constante interacción, donde a su vez pasan por dificultades normales de acuerdo con la etapa de vida que se encuentre la familia, se regulan por medio de reglas que establecen, además cumplen con dos propósitos importantes, siendo uno interno, la protección psicosocial de cada miembro, y el otro externo, la transmisión de la cultura y la adaptación. El grupo familiar funciona a través de esquemas transaccionales los cuales se dan entre cada miembro y estas se conservan con el tiempo. Los intercambios repetitivos establecen patrones acerca de qué manera, cuando y con quien relacionarse.

Para Bateson (1973), la familia es un sistema dinámico, viviente que establece reglas con la finalidad de crear acuerdos entre ellos. Y que además es una estructura socio cultural que cuenta con memoria colectiva que es remitida a aspectos como acontecimientos familiares, genealógicos y mitos. La familia como sistema toma importancia a partir de considerarla como el proceso generador de la enfermedad y de la misma forma como proceso de su rehabilitación, solo si cumple con sus funciones básicas.

Para Burgess y Locke (citado en Roche, 2006), la familia es una unidad de personas que interactúan, se relacionan mediante vínculos de nacimiento, matrimonio o adopción con la finalidad de poder crear y conservar una cultura común que apoye el desarrollo social, mental, emocional y físico de cada miembro de la familia.

Estrada (2007) concibió a la familia como una célula o cromosoma sociales, donde la membrana se encarga de proteger adentro a sus individuos y los relaciona hacia afuera con otros organismos parecidos. Además, al formar una solo célula, esta pasa por ciclos



vitales, por periodos de cambio, de regulación o ajuste. Son un sistema de emociones que interactúan entre ellos, donde comunican y responden a sus necesidades.

Gil (2007) definió a la familia como un grupo que debe asegurar la creación de vínculos afectivos, ya que son quienes otorgan fuerza y sentido a cada miembro desde su interior, también son quienes ayudan y enseñan a relacionarse y los pone en contacto con el exterior.

### **2.2.3 Enfoque sistémico familiar**

El estudio es desarrollado de acuerdo a un enfoque sistémico familiar, el cual surgió en la década de 1950 junto con la terapia familiar; este modelo se caracteriza por el trabajo con la familia, entendida como grupo socio-afectivo primario, corresponde el sistema familiar su unidad de análisis ya que es un todo y no el individuo, por lo que la familia vendría a ser un organismo interdependiente y estructurado se comunica con pautas de interacción, dentro del cual el individuo es uno de los componente teniendo una función y posición en el sistema (Feixas, 2016).

El contexto en el cual surge este enfoque se dio antes de la década de los 50, en ese entonces la psicología tenía un enfoque tradicional intrapsíquico, es decir algo interno, se entendía que el problema solo se encontraba dentro de la psiquis de la persona, ósea la causa de su malestar estaba en él, y por esta razón la relación solo se daba entre el terapeuta y paciente. Más tarde se observó que en determinados trastornos como la esquizofrenia, la cual se considera una condición severa y compleja, donde existe una alteración severa de la comunicación, lo que hacía difícil el trabajo y por esa razón se buscó otras maneras de tratamiento. Para esto los estudios realizados por Bateson (1973) fueron importantes, ya que le intereso conocer cómo funcionaban las familias de estos pacientes, por ejemplo la teoría de doble vinculo, donde se encontró que la familia de los pacientes con esquizofrenia presentaba algunas irregularidades en la forma de comunicarse, y se planteó que la





esquizofrenia era un modo de respuesta de los modos de relacionarse con la familia; de esta manera la psicología direcciono el foco hacia la familia, es decir, tomo en cuenta el medio donde se desarrolla el paciente. Los primeros aportes dentro de este enfoque sistémico se dieron con los estudios realizados en el tratamiento de la familia y a la terapia de pareja, principalmente sobre la familia con pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia.

Este enfoque parte de una base teórica ecléctica, es decir, toma en cuenta varias teorías, como la teoría general de los sistemas, la teoría pragmática de la comunicación, la cibernética y surge en principio en el plano de la biología, como sistemas biológicos, donde se entendía a la célula como un sistema semi abierto, que recibe información de otros organismos y que cada elemento tenía una función, un propósito y que además tiene la capacidad de autorregularse; es a partir de todas estas teorías que es posible darle otra mirada a la familia.

Respecto a la teoría general de sistemas se describen ciertas propiedades que son consideradas como sistemas de la familia, dentro de las cuales se encuentra la familia como sistema abierto, entendida como un conjunto de individuos estructurados dinámicamente donde la totalidad ocasionando normas de funcionamiento e intercambiar información con el medio que lo rodea; la totalidad, aquí el cambio es un elemento de afecta a todos y sus pautas de funcionamiento no son reductibles a la suma de los individuos; los límites, compuesto por varios subsistemas donde existen límites con un grado variable; la jerarquía, el grupo familiar se encuentra estructurada con distintas maneras de organización; la retroalimentación, el comportamiento de cada individuo influye al de los demás; la equifinalidad, es posible tener la misma pauta de interacción; por último, la tendencia a estados constantes, cada movimiento interaccionar dará lugar a disminuir la cantidad de variedades comunicacionales posibles y los mecanismos que hacen que permanezcan las



reglas de interacción son consideradas homeostáticas, ya que mantienen el equilibrio (Feixas et al., 2016).

El enfoque sistémico puede ser aplicado a varios formatos de intervención, como las organizaciones, orientada a plantear intervenciones de acuerdo a las pautas interaccionales; las redes sociales, entendida como sistemas más amplios y complejos, a su vez entendiendo que a un nivel antes se encuentra la familia; instituciones escolares, desde la mirada de que se encuentra entre dos sistemas y la interacción está orientada a entender el problema que se muestra en el niño; mediación, orientada a facilitar la comunicación y resolver conflictos entre dos partes de manera objetiva y neutral favoreciendo la relación familiar; finalmente la psicoterapia individual, la cual está enfocada en la manera que el individuo participa en la danza interaccional y la intervención está orientada a influir ese patrón interaccional (Feixas, 2016).

Las escuelas principales dentro de este enfoque sistémico son, la escuela de Palo Alto California la característica principal en esta escuela es que se centra en los patrones de comunicación dentro de la estructura familiar, la escuela de Milán se centra en el significado de los síntomas y la escuela estructural estratégica se centra en los roles, en las jerarquías dentro de la estructura familiar, le interesa saber cómo se van dando las comunicaciones y las interacciones.

El sistema conceptualmente trata de un todo organizado el cual es la suma de las diferentes partes. Su característica principal son las funciones, las relaciones de interdependencia y los circuitos de retroalimentación. Dentro de la familia se entiende como todo organizado en la que cada uno de los integrantes cumple sus acciones y se encarga de la regulación del resto, al mismo tiempo se ve afectado por estas. Crean una especie de patrón interaccional, una danza, en la que las interacciones se vuelven interdependientes hacia los demás (Feixas et al., 2016).



Uno de los aspectos de la teoría de sistemas aplicada a la familia, es que la familia como sistema se encuentra en constante transformación, es decir, se adapta a las distintas exigencias de las diferentes etapas por las que atraviesa, asegurando así la continuidad y el crecimiento psicosocial de cada miembro de la familia. Otro aspecto de la teoría de sistemas es que la familia es considerada como un sistema activo que se autogobierna a partir de reglas que se han ido desarrollando y modificando con el tiempo, lo que permite a cada miembro experimentar lo que se puede o no en la relación hasta llegar a definir una relación estable, ósea, formar una unidad sistémica con modalidades transaccionales propios del mismo sistema y a su vez sean modificadas con el tiempo. En la teoría de sistemas también se entiende a la familia como un sistema que es abierto en relación a las interacciones con otros sistemas, vale decir, se encarga de las relaciones interfamiliares las cuales con relacionadas con las normas sociales (Mancellani, 2001).

El enfoque sistémico también explica la complejidad de fenómenos interrelacionados que ocurren dentro de la familia; y dentro del tratamiento sucede que ya no es solo el terapeuta y el cliente, sino que el trabajo se realiza de manera grupal, como equipo, comprendida como un gran conjunto conformado también por la familia.

Dentro de la terapia familiar se encuentran modelos que han desarrollado una manera de intervención, de los cuales están; los modelos conductuales, enfocado en la regulación de refuerzos que se administran recíprocamente, donde los padres aplican en casa el programa de reforzamiento desarrollado por el terapeuta; los modelos psicoeducativos, donde se tomó importancia al nivel emocional de la familia como origen de estrés para el paciente con esquizofrenia, denominando el termino de emoción expresada, utilizada para predecir recaídas y medir en nivel de contacto del paciente con la familia, seguidamente se desarrollaron programas orientados al tratamiento con un enfoque psicoeducativo; los modelos psicodinámicos, desarrollo una influencia de tipo testimonial y a porto con las



entrevistas realizadas a los padres de los niños se trataban; los modelos cognitivos, analizaron los supuestos disfuncionales, llamados también errores cognitivos o creencias irracionales de las que las personas se plantean la relación de pareja; por último, los modelos experienciales, donde se enfatizó la expresión emocional durante la sesión, ya sean rabia, resentimiento, amor o afecto, las cuales en muchas ocasiones se encontraban inhibidas dentro de la familia (Feixas et al., 2016).

Las terapias sistémicas han demostrado ser eficaces en el proceso de tratamiento de familias disfuncionales, donde el análisis está orientado a los problemas mentales a partir de un origen ubicado dentro de la familia. Habiéndose formado distintas corrientes teóricas, como la escuela de Milán, el enfoque de resolución de problemas y el enfoque estratégico de la escuela de Palo Alto o el enfoque estratégico estructural. Predominando el enfoque estratégico, en donde se encuentran los estudios de Bateson acerca de la comunicación que se da en las personas con el diagnóstico de esquizofrenia con sus familiares (Feixas et al., 2016).

#### **2.2.4 Modelo circumplejo**

Olson et al. (1979), fueron quienes desarrollaron el modelo circumplejo familiar, basada en el enfoque sistémico familiar, donde la intención fue integrar la investigación teórica con la práctica, planteando una escala para evaluar la percepción del funcionamiento familiar tomando en cuenta dos dimensiones, las cuales son la adaptabilidad y la cohesión familiar. No obstante, de forma tácita se evalúa la variable de la comunicación, la cual se hace estructural de la adaptabilidad y de la cohesión, dicho de otra manera, entre más adaptada y cohesionada este una familia se mostrará mejor en sus procesos comunicacionales e inversamente entre menos adaptada y cohesionada este una familia sus momentos comunicacionales se mostrarán insuficientes.



El modelo Circumplejo, ayuda al diagnóstico familiar, a lo que Ortiz (2008), expone que dicho modelo compone en un solo esquema las dimensiones de adaptabilidad y cohesión para elaborar la valoración de las variables planteadas utilizando autoinformes, donde cada variable es evaluada por varios ítems.

La escala de FACES III, permite obtener la percepción de una persona respecto a su funcionamiento familiar, de tal manera que se clasifica para la familia en un rango de 16 tipos específicos, las cuales gráficamente se encontrarían dentro de tres grupos más generales propios a familias balanceadas, de rango medio y extremas. También es posible hacer una comparación de la diferencia percibida por el sujeto entre, la familia real e ideal, lo que servirá para adquirir datos adicionales sobre la familia, siendo importante clínica y teóricamente, para poder prescribir pautas de tratamiento a nivel familiar o a nivel individual (Martínez, Iraurgi y Sanz, 2006).

### **2.2.5 Funciones de la familia según el Modelo Circumplejo de Olson**

**Apoyo mutuo:** “Las relaciones emocionales, financieras, sociales y emocionales generan un marco de dependencia mutua entre los miembros del núcleo familiar, sin embargo, este sentimiento de pertenecía permite el equilibrio emocional confortando las actividades grupales” (Olson et al., 1979).

**Autonomía e independencia:** “Los roles que se plantean en la familia son definidos para cada individuo que la conforma, contribuyendo a un sentido de identidad, por lo que es un sistema que permita que cada familia pueda hacer cosas de manera individual o de manera grupal para facilitar el crecimiento del núcleo familiar” (Olson et al., 1979).

**Reglas:** “Los límites que se propone dentro del núcleo familiar deben ser implícitas o explícitas, donde la firmeza que se instruyan dentro de ellos permite cierta flexibilidad cuando las condiciones sean diferentes. Existiendo patrones de interacción básicos” (Olson et al., 1979).



**Adaptabilidad a los cambios de ambiente:** “Ligado a la capacidad de cambio que existe en ella. Donde es un deber del núcleo familiar adecuarse a los cambios dentro o fuera de ella misma con el fin de mantener la funcionalidad” (Olson et al., 1979).

**La familia se comunica entre sí:** “Se consigue de diversas maneras dentro de la familia incluso con mensajes no verbales o implícitos. Siendo el eje principal la comunicación para que así las funciones de las familias sean plenas y adecuadas, si estos canales se ven afectados en cuando la funcionalidad de la comunicación dentro del núcleo familiar se ve entorpecido” (Olson et al., 1979).

### 2.2.6 Dimensiones del Modelo Circumplejo

**Cohesión familiar:** “Esta íntimamente ligado a como las familias se encuentran interconectadas. Principalmente en los vínculos emocionales que manejan los miembros de la familia. Para la medición y el diagnóstico de la dimensión de cohesión se tienen los siguientes indicadores, los límites, el espacio, la vinculación emocional, el tiempo, la coaliciones, los intereses, la toma de decisiones, las amistades y la recreación. Esto facilito poder instaurar las cualidades familiares en el modelo circumplejo, asimismo se tuvo familias con cualidades de tipo desligados, enredadas, separados y unidas” (Olson et al., 1979).

Para entender la cohesión familiar se podría mencionar que esta está relacionada con la forma de aferrarse o no entre cada miembro, evalúa el grado de conexión o separación de los miembros de la familia; entonces la cohesión hace referencia a la unión de las emociones que se posee dentro de los miembros de las familias y como lo perciben (Olson et al., 1979).

La cohesión familiar puede ser desvinculada de nivel baja llamada también desligada o desvinculada, donde prima el “yo” presentando ausencia de unión afectiva, lealtad hacia la familia e independencia personal; luego está la cohesión separada de nivel baja a moderada, donde prima el “yo” con la presencia de “nosotros”, caracterizada por una



moderada unión afectiva, cierto grado de lealtad; seguido de la cohesión conectada o unida de nivel moderada a alta, donde prima en “nosotros” con presencia del “yo”, caracterizada por tener una considerable unión afectiva y fidelidad; y por último la cohesión enredada de nivel alta, donde prima el “nosotros”, caracterizada por la máxima unión afectiva entre sus miembros y con un alto grado de dependencia (Olson et al., 1979).

**Adaptabilidad familiar:** “Evalúa la con la capacidad de cambio que posea cada grupo familiar y el grado de flexibilidad que comprenda esta. Según Schmidt (2010), refiere que es la manera en cómo la familia maneja el cambio de su estructura de poder, de las relaciones de roles y las reglas de relación en respuesta a situaciones de estrés o cambios propios del ciclo evolutivo familiar, dependen también de la adaptación de cada miembro de la familia a los cambios y el liderazgo que representa a la misma. Para la evaluación de la adaptabilidad familiar se tienen los siguientes indicadores, los estilos de negociación, la estructura del poder, la retroalimentación y las relaciones de los roles, lo que caracteriza a las familias en tres tipos, los cuales son el rígido, el flexible, el estructurado y el caótico.

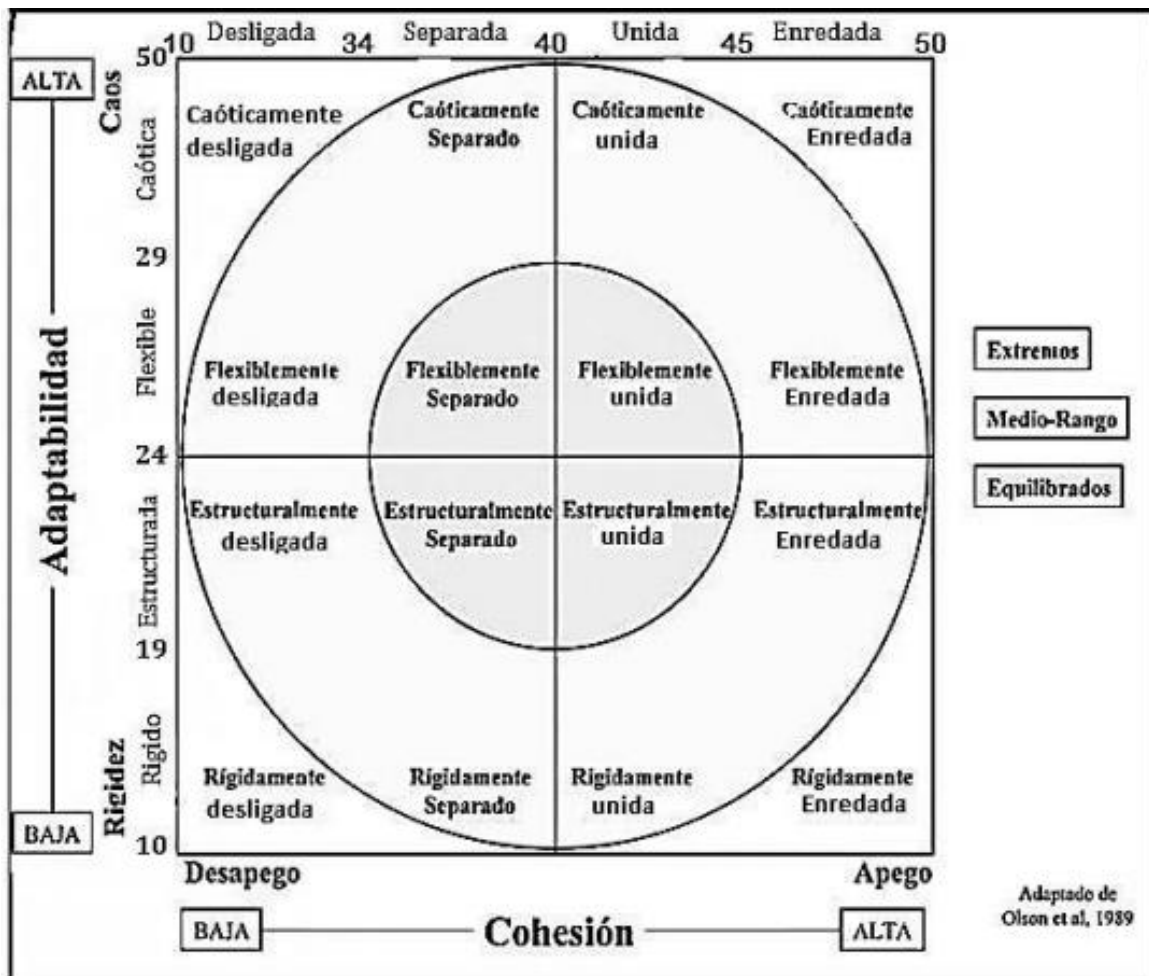
**Comunicación familiar:** “Permite el movimiento hacia las dos dimensiones, siendo esta la tercera, considerada en este modelo un componente que se puede modificar, respecto a la situación con la familia en la que se encuentra, por la misma razón de ser facilitadora no se encuentra graficada en el modelo Olson, ya que, al cambiar la forma de comunicación de la familia, varía el tipo de cohesión y adaptabilidad familiar” (Olson et al., 1979).

### 2.2.7 Tipos de familia según el Modelo Circumplejo de Olson

Según Olson hay cuatro tipologías de la familia en función a las dimensiones de adaptabilidad y cohesión representados en la Figura 1 y descritos seguidamente:

Figura 1

Modelo circumplejo de Olson



Nota. El grafico representa los tipos de familia de acuerdo a la dimensión de adaptabilidad y la dimensión de cohesión, considerando niveles y rangos.

#### Tipos de familia según la dimensión adaptabilidad:

**Caótica:** La ausencia de liderazgo es la característica principal dentro de esta dimensión, donde existe un cambio de roles y una disciplina ausente o cambiante.





**Flexible:** Los roles se comparten dentro del ámbito familiar de la misma manera que el liderazgo y la disciplina, la misma que va a variar siempre y cuando la familia lo considere oportuno.

**Estructurada:** Se aplica la disciplina democrática donde los miembros de la familia comparten los roles o el liderazgo, dándose cambios a solicitud de los miembros de la familia.

**Rígida:** Es la disciplina sin opción de cambios, donde sus roles son fijos poseyendo un liderazgo autoritario.

Clasificación de los tipos de familia de acuerdo a la dimensión cohesión:

**Desligada:** Se da cuando los individuos que componen una familia tienen poco en común no compartiendo tiempo entre ninguno de sus integrantes, distinguiéndose por tener límites rígidos.

**Separada:** Cada una de las personas aporta su propio subsistema, en tanto, a su vez también se permiten tomar decisiones familiares, teniendo límites externos e internos semi abiertos.

**Unidas:** Obtiene entre sus miembros ciertos espacios para su desarrollo de manera individual, poseyendo límites amplios semi abiertos, contando con límites intergeneracionales claros.

**Enredada:** Su característica es que se complica en identificar con precisión el rol de cada parte de la familia, poseyendo límites difusos.

**Figura 2**

*Tipos de familia del modelo circunplejo del funcionamiento familiar de Olson, Russell y Sprenkle*

		COHESIÓN			
		Baja			Alta
A D A P T A B I L I D A D	Alta	DESLIGADA	SEPARADA	UNIDA	ENREDADA
	CAÓTICA	CAÓTICA DESLIGADA	CAÓTICA SEPARADA	CAÓTICA UNIDA	CAÓTICA ENREDADA
	FLEXIBLE	FLEXIBLE DESLIGADA	FLEXIBLE SEPARADA	FLEXIBLE UNIDA	FLEXIBLE ENREDADA
	ESTRUCTURADA	ESTRUCTURADA DESLIGADA	ESTRUCTURADA SEPARADA	ESTRUCTURADA UNIDA	ESTRUCTURADA ENREDADA
Baja	RÍGIDA	RÍGIDA DESLIGADA	RÍGIDA SEPARADA	RÍGIDA UNIDA	RÍGIDA ENREDADA

*Nota.* El grafico presenta los 16 tipos de familia según la funcionalidad familiar. “Los cuatro tipos de familia derivados respectivamente para la dimensión de adaptabilidad y cohesión, cuentan con un origen en las dieciséis celdas propuesto por Olson, las cuales corresponden a un tipo de familia” (Olson et al., 1979).

Al observar la Figura 2, al medio y con el “fondo blanco se hallan los tipos de familia consideradas funcionales y menos frecuentes, con el fondo plomo se encuentran los tipos de familia con una representación intermedia y están cerca de la disfuncionalidad o de la funcionalidad; por otra parte los de color negro que se encuentran en los extremos, manifiestan el nivel de funcionamiento mínimo y máximo de las dos dimensiones, existiendo



los tipos de familia más disfuncionales, de acuerdo a los tipos de familia suele ser extrema en una dimensión también es extrema en la otra dimensión” (Olson et al., 1979).

### **2.2.8 Rangos de funcionamiento familiar**

**Balanceado o equilibrados:** “En la presente categoría las familias son centrales en las dos dimensiones, en la que se encuentran las familias consideradas como la flexiblemente conectada, la estructuralmente conectada, la flexiblemente separada y la estructuralmente separada. Las cuales con identificadas por tener la autonomía de elegir estar conectada y la estructura separada, definido como dinámico ya que puede cambiar y a su vez considerada este tipo de familia como la más adecuada” (Olson et al., 1979).

**Rango medio:** “Caracterizada por ser extrema en una sola dimensión, estando las familias de tipo flexiblemente aglutinada, las flexiblemente dispersas, la caóticamente conectada, la caóticamente separada, la estructuralmente aglutinada, la estructuralmente dispersa, la rígidamente conectada y la rígidamente separada. Estas familias y su funcionamiento muestran conflictos en una dimensión, respecto a esto es probable que se deba a situaciones de estrés” (Olson et al., 1979).

**Extremas:** “Aquí las familias se encuentran en los extremos de las dos dimensiones. Donde se encuentran la familia de tipo caóticamente aglutinada, la caóticamente dispersa, la rígidamente aglutinada y la rígidamente dispersa. Siendo el menos adecuado de acuerdo con el funcionamiento. Las familias extremas corresponden a diferentes características que tienen una variación en intensidad, en cantidad y en cualidad. Donde en determinados momentos el funcionamiento de manera extrema podría ser conveniente para que cada miembro de la familia sea estable. Ocasionalmente, que un miembro de la familia tenga un problema en cuanto a funcionamiento puede ser considerado como extremo, un ejemplo podría ser en el caso de una pareja, si uno de sus miembros desea el divorcio. De manera



que es posible que puedan funcionar los grupos extremos de acuerdo con el tiempo que cada miembro del grupo familiar lo desee” (Olson et al., 1979).

### **2.2.9 La esquizofrenia en la familia**

En las investigaciones realizadas a cargo de la Organización Mundial de la Salud (2022), mostraron que a consecuencia de la enfermedad el entorno familiar y social se ve afectada. Se mostró que una de cada cuatro familias tiene un integrante con un trastorno mental o trastorno del comportamiento. Por lo cual las familias deberían estar orientadas para poder brindar apoyo emocional y físico, así como ser el soporte de las consecuencias de la discriminación y la estigmatización, que esta aun presente en el mundo. La esquizofrenia también genera costos directos procedentes al valor de su tratamiento, asimismo genera costos originados por sus complicaciones.

Bateson (citado en Feixas et al., 2016), con la teoría de doble vinculo explica las causas psicológicas de la esquizofrenia, mediante la argumentación de las alteraciones del pensamiento y el lenguaje del pensamiento, se debían a la adaptación de la persona a un contexto familiar en el que se producían interacciones incongruentes. Donde se internalizaban la lógica contradictoria del doble vinculo llevando a la persona a “escapar de la realidad” a través del delirio. Con esto se puede observar la importancia de los patrones comunicativos y los familiares dentro de la salud mental.

Según un estudio realizado por Rascón (2014), los familiares de pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia experimentan tres tipos de crisis durante el curso del trastorno; la crisis de tipo psicótica, cuando aparecen los primeros síntomas psicóticos, dentro de la fase prodrómica; la crisis familiar ante el diagnóstico y en el proceso de aceptación de la enfermedad, aquí surge el trastorno y se experimenta un impacto en los familiares que dificulta la aceptación del diagnóstico, es donde se produce los cambios en la dinámica familiar por la convivencia diaria con el familiar con esquizofrenia e incrementa el estrés de



los cuidadores, quienes en varios casos presentaron otros trastornos, debido a la falta de información necesaria; y la crisis de recaídas, las cuales se originan por varias causas, donde la suspensión del medicamento fue identificada como la causa frecuente. Concluyeron que es necesaria la información, el apoyo profesional e institucional para el adecuado manejo de las crisis. Observaron también que la intervención familiar beneficia el tratamiento y la evolución del familiar con el diagnóstico de esquizofrenia.

### **2.2.10 La esquizofrenia**

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM), la esquizofrenia está considerada dentro de los criterios diagnósticos del manual como espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, codificada como 295.90 (F20.9) y definida como un trastorno mental que posee una afección directa al comportamiento, al pensamiento y la comunicación. Se identifica por la presencia de anomalías en uno o más de los cinco dominios, mencionados seguidamente; las alucinaciones, los delirios, el pensamiento, el comportamiento motor y el discurso desorganizados incluidos los síntomas negativos.

El DSM-V describe los siguientes criterios diagnósticos para la esquizofrenia; primer criterio, la presencia de dos o más síntomas (delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento desorganizado y síntomas negativos), donde cada uno se encuentre presente significativamente durante un mes; segundo criterio, en el tiempo significativo desde el inicio del trastorno, el funcionamiento de la persona se vea afectado en uno o más ámbitos de su vida; tercer criterio, los signos incesantes del trastorno duran un mínimo de seis meses cumpliendo la fase activa; cuarto criterio, se descartaron el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas debido a que no se producía episodios maníacos o depresivos mayores de manera repetida con la sintomatología en la fase activa y si estuvieron presentes episodios de los estados de ánimo en la fase activa los



cuales se encuentran presentes en una sola dirección de la duración de los síntomas de los periodos residuales y activos de la enfermedad; quinto criterio, no es atribuible el trastorno a los efectos que son fisiológicos de una afección media o una sustancia, si existen evidencias de trastornos del espectro autista o trastorno de la comunicación de inicio de infancia, el diagnóstico agregado de esquizofrenia solo se realiza cuando los delirios o alucinaciones son notables, considerando también los demás síntomas y el tiempo mínimo de un mes (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Según la Organización Panamericana de la Salud (2003), en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la salud (CIE), la esquizofrenia se encuentra codificada como F20 y es definida por presentar distorsiones esenciales y típicas de la percepción y del pensamiento, además de afectividad inadecuada. En cuanto a fenómenos psicopatológicos considera el pensamiento con eco, la percepción delirante, los delirios de control, voces alucinatorias, la inserción del pensamiento, la difusión del pensamiento, trastornos del pensamiento y síntomas negativos. La evolución puede ser continua o episódica con el déficit creciente o estable, también puede presentarse uno o más episodios con remisión completa o incompleta. Menciona además que no es posible hacer el diagnóstico de esquizofrenia si existen síntomas depresivos o maníacos extensos, solo se podría diagnosticar si estos síntomas fueron precedidos por los otros criterios, también si hay alguna enfermedad cerebral, tampoco se debe diagnosticar durante estados de intoxicación o abstinencia de sustancias.

En el CIE-10 se especifican los siguientes seis subtipos de esquizofrenia; la esquizofrenia paranoide, la esquizofrenia hebefrénica, la esquizofrenia indiferenciada, la esquizofrenia catatónica, la esquizofrenia residual y la esquizofrenia simple. Donde la esquizofrenia paranoide se caracteriza por la predominación de delirios de tipo paranoide acompañados de alucinaciones de tipo auditivo mayormente, también están presentes



perturbaciones de la percepción. En la esquizofrenia hebefrenica se presentan cambios afectivos, delirios y alucinaciones breves y fragmentadas, el comportamiento se muestra irresponsable e impredecible, siendo frecuentes la presencia de manierismos, el humor es inadecuado y superficial, presenta también pensamiento desorganizado, lenguaje incoherente, tendencia al aislamiento social y rápido desarrollo de síntomas negativos, este diagnóstico se da solo en adultos jóvenes y adolescentes. Respecto a la esquizofrenia indiferenciada están presentes las afecciones psicóticas señalados en los criterios diagnósticos de la esquizofrenia, sin embargo, no concuerdan con ninguno de los subtipos F20.0 y F20.2. En la esquizofrenia catatónica los fenómenos catatónicos pueden presentarse junto al estado onírico, con alucinaciones vividas, además de presentar perturbaciones psicomotoras las cuales son predominantes en este subtipo, dentro de los cuales podrían ser hipercinesias y estupor u obediencia automática y negativismo, la persona puede conservar posiciones y actitudes forzadas durante largo tiempo, también es posible la presencia de episodios de excitación violenta. En cuanto a la esquizofrenia residual se caracteriza por presentar síntomas negativos de larga duración el cual se ha desarrollado con un progreso desde una etapa inicial a más avanzada, donde se encuentran la lentitud psicomotriz, la pasividad, el aplanamiento afectivo, la hipoactividad y la falta de iniciativa, pobre lenguaje en contenido y cantidad, insignificancia de comunicación no verbal, descuido personal y bajo en habilidades sociales. Finalmente, la esquizofrenia simple se caracteriza por presentar desarrollo insidioso, sin embargo, progresivo en comportamiento extravagante, sin habilidades sociales y declinación del desempeño en general, cumple con los rasgos negativos de la esquizofrenia residual sin que la sintomatología psicótica de haya presentado antes (Organización Panamericana de la Salud, 2003).

Para Parnas y Sass (como se citó en Masedo, 2021), tomando en cuenta la perspectiva fenomenológica, comprendieron la esquizofrenia como un trastorno de la experiencia de sí



mismo o ipseidad, esto estaría alterado entonces la base del yo como sujeto de la experiencia, de ahí surgiría como primera manifestación la reducción del self, es decir la esquizofrenia es la presencia de una crisis del sentido de sí mismo, lo llevaría a pensar que la recuperación sería recobrar el sentido del yo.

Eugen (citado en Ocampo, 2017), definió la esquizofrenia como ruptura de la mente y considero cuatro procesos psicológicos importantes, los cuales fueron las asociaciones, el autismo, la ambivalencia y las perturbaciones elementales en el afecto.

Delgado (como se citó en Ocampo, 2017), identifico la esquizofrenia como una disgregación que concierne a establecer relaciones, que no presenta estructura racional, además los pensamientos se originan desarticulados y opuestos.

Patiño (como se citó en Ocampo 2017), preciso la esquizofrenia como un trastorno que cuenta con un amplio espectro de disfunciones cognoscitivos y emocionales, dentro del cual se altera la forma de actuar, pensar, hablar, comunicar emociones y de cómo socializar, también de presentar comportamiento desorganizado con emociones inestables.

Para la terapia gestalt la esquizofrenia es considerada un intento de diálogo que fue frustrada, lo que hace que la continuidad del diálogo sea importante para este enfoque (Santos y Martins, 2016).

Freud (como se citó en Abinzano, 2018), menciono que en la esquizofrenia está presente la ruptura del vínculo entre la representación-cosa y la representación-palabra, al contrario de la neurosis.

Las investigaciones realizadas sobre la esquizofrenia aún no han distinguido la causa de la esquizofrenia, sin embargo, la esquizofrenia puede ser provocada por interacción entre la dotación genética y una sucesión de factores ambientales, asimismo, los factores psicosociales pueden ser causa del desencadenamiento y curso de la esquizofrenia. El trastorno es asociado frecuentemente por la presencia de ansiedad y deterioro significativo,





es decir, que se vea afectado el desenvolvimiento y funcionamiento para ejecutar con normalidad sus actividades; en ámbitos personales, educativos, familiares, ocupacionales, sociales y otros aspectos importantes de la vida (Organización Mundial de la Salud, 2022).

## 2.3 Definición de términos básicos

**Funcionalidad familiar:** Olson, Sprenkle y Russell (1979) definen el funcionamiento familiar como la interacción de vínculos afectivos con relación con los integrantes de la familia y que cuenten con la capacidad de variar su estructura con la finalidad de superar las complicaciones que atraviesan las familias durante el ciclo de vida.

**Cohesión familiar:** Olson, Sprenkle y Russell (1979) definen la cohesión como el vínculo o lazo emocional que la familia tiene entre todos sus miembros y comprende el grado en que los integrantes de las familias se encuentran separados o conectados, en donde los niveles extremos indican disfuncionalidad.

**Adaptabilidad familiar:** Olson, Sprenkle y Russell (1979) definen la adaptabilidad como la capacidad del grupo familiar para cambiar su estructura, los roles y modificar las reglas que se establecen, en respuesta al estrés situacional y a los cambios que puedan surgir propios del ciclo familiar, es decir, un equilibrio entre cambio y estabilidad.

**Esquizofrenia:** Patiño (citado en Ocampo, 2017), definió la esquizofrenia como un trastorno que cuenta con un amplio espectro de disfunciones cognoscitivas y emocionales, dentro del cual se altera la forma de actuar, pensar, hablar, comunicar emociones y de cómo socializar, también de presentar comportamiento desorganizado con emociones inestables.

## 2.4 Variable

### 2.4.1 Identificación de variable

V: Funcionalidad familiar



El funcionamiento dentro del núcleo familiar se define como la conjunción de vínculos afectivos entre los miembros, también que cuenten con la capacidad de cambio en su estructura superando así las dificultades evolutivas dentro del ámbito familiar.



## 2.4.2 Operacionalización de la variable

**Tabla 1**

*Matriz de operacionalización de la variable*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Niveles	Rangos	
Funcionalidad Familiar	El funcionamiento familiar es la interacción de vínculos afectivos entre los miembros de la familia y que tenga la capacidad de cambiar su estructura con el objetivo de superar las dificultades que atraviesan la familia a lo largo de su ciclo de vida (Olson, Sprenkle y Russell, 1979).	La funcionalidad familiar es el conjunto de características que poseen los pacientes con esquizofrenia y los familiares, los cuales cumplen funciones y objetivos propios de las interacciones entre ellos, lo que puede ser medido a través de la escala de FACES III, el cual evalúa dos dimensiones y cada una presenta niveles.	Cohesión familiar	Vínculos emocionales	11, 19	<b>Alto:</b> Familia enredada 46-50 puntos <b>Moderado:</b> Familia unida 41- 45 puntos Familia separada 35-40 puntos <b>Bajo:</b> Familia desligada 10-34 puntos	<b>Extremo:</b> -Caótica desligada -Caótica enredada -Rígida desligada -Rígida enredada
				Limites familiares	5, 7		
				Tiempo	3		
				Amigos	9		
				Toma de decisiones	1, 17		
			Adaptabilidad familiar	Intereses y recreaciones	13, 15	<b>Alto:</b> Familia caótica 29-50 puntos <b>Moderado:</b> Familia flexible 25-28 puntos Familia estructurada 20-24 puntos <b>Bajo:</b> Familia rígida 10-19 puntos	<b>Rango medio:</b> -Caótica separada -Caótica unida -Flexible desligada -Flexible enredada -Estructurada desligada -Estructurada enredada -Rígida separada -Rígida unida
				Liderazgo	6, 18		
				Control	2, 12		
				Disciplina	4, 10		
				Roles	8		
Reglas	14, 16, 20						

*Nota.* Matriz de Operacionalización de la variable de funcionalidad familiar.



## Capítulo 3

### Método

#### 3.1 Alcance del estudio

Esta investigación pertenece al enfoque cuantitativo y el alcance de estudio corresponde al descriptivo, ya que su finalidad es recolectar información independientemente de la variable a estudiar, enfocado en sus características y propiedades, así mismo la manera en que se desarrolla la variable en la población que se busca estudiar (Hernández y Mendoza, 2018).

#### 3.2 Diseño de investigación

“El diseño del presente estudio es descriptivo porque se trata de recolectar información relevante para describir la funcionalidad familiar de la muestra que se evaluara. El presente trabajo es una investigación no experimental, puesto que no se manipulará la variable, también es transversal, ya que se recolectarán los datos en un solo momento” (Hernández y Mendoza, 2018).

El esquema es el que se presenta a continuación:

M ————— O

Donde:

M = Muestra de los pacientes con esquizofrenia y familiares que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, 2021.

O = Observación de la funcionalidad familiar



### 3.3 Población

La población para el presente estudio se consideró a los pacientes diagnosticados con esquizofrenia y familiares que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago de la ciudad del Cusco. Según el registro en el sistema que es manejado por personal administrativo del centro, son 72 pacientes registrados, donde después de una revisión y seguimiento de cada caso, se encontró que había pacientes que dejaron de asistir y otros fueron derivados a otros centros de salud, es así como se vio necesario que para establecer la muestra considerar los criterios de inclusión y exclusión convenientes para el estudio. Entonces de esta manera la población está conformada por 35 pacientes y 35 familiares, siendo un total de 70 personas para realizar el presente estudio.

#### 3.3.1 Características de la población

En la Tabla 5 se puede evidenciar que el sexo de la población donde 11 pertenecen al sexo femenino y 24 al sexo masculino de los 35 pacientes, en cuanto a los 35 familiares 27 pertenecen al sexo femenino y 8 al sexo masculino, siendo un total de 70 personas que fueron evaluadas.

**Tabla 2**

*Sexo de la población*

Sexo	Población	
	Pacientes	Familiares
Femenino	11	27
Masculino	24	8
Total	35	35

*Nota.* Sexo de los pacientes con esquizofrenia y familiares que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago.

En la Tabla 6 se muestra los resultados respecto al rango etario según la edad que manifestaron tanto pacientes como familiares, donde 7 son jóvenes y 28 son adultos en



pacientes, respecto a los familiares 5 están dentro del grupo etario de la juventud, 17 de la adultez y 13 en la vejez.

**Tabla 3**

*Rango etario de la población*

Rango etario	Población	
	Pacientes	Familiares
Juventud	7	5
Adultez	28	17
Vejez	0	13
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>35</b>

*Nota.* Edad de los pacientes con esquizofrenia y familiares que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago.

En la Tabla 7 se indica el grado de instrucción de pacientes con esquizofrenia y familiares, de los cuales 5 pacientes recibieron educación primaria, 25 hasta la secundaria, 4 universitaria y 1 educación técnica, en los familiares también 5 recibieron educación primaria, 21 de nivel secundaria, 8 educación universitaria y 1 educación técnica.

**Tabla 4**

*Grado de instrucción de la población*

Grado de instrucción	Población	
	Pacientes	Familiares
Primaria	5	5
Secundaria	25	21
Universidad	4	8
Técnico	1	1
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>35</b>

*Nota.* Grado de instrucción de los pacientes con esquizofrenia y familiares que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago.

En la Tabla 8 se muestra el estado civil de los pacientes y familiares que fueron evaluados, donde respecto a los pacientes 2 son casados, 2 divorciados, 2 en estado de



convivientes y 29 se encuentran solteros, en cuanto a los familiares 7 están casados, 1 divorciado, 8 en estado de conviviente y 19 están solteros.

**Tabla 5**

*Estado civil de la población*

Estado civil	Población	
	Pacientes	Familiares
Casado	2	7
Divorciado	2	1
Conviviente	2	8
Soltero	29	19
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>35</b>

*Nota.* Estado civil de los pacientes con esquizofrenia y familiares que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago.

### 3.4 Muestra

Se manejó una muestra de tipo no probabilística por conveniencia. El muestreo de tipo no probabilística es una técnica que se realiza de manera controlada y cuidadosa para poder seleccionar la muestra, tomando en cuenta determinadas características en lugar de realizar la selección al azar. Este tipo de muestreo, no probabilístico por conveniencia, se caracteriza por realizar una selección de la muestra al propio criterio del investigador de manera conveniente, convenientemente disponibles para el estudio, para así obtener la cantidad de la muestra y poder realizar el estudio (Hernández y Mendoza, 2018).

El muestreo es el proceso por el cual se puede saber la posibilidad que tiene cada componente de integrar la muestra y la muestra es un subconjunto concerniente y definido que se extrae de la población accesible (Hernández y Mendoza, 2018).

En este caso para obtener la muestra se procuró cumplir con los discernimientos de exclusión e inclusión establecidos previamente. De este modo la muestra está compuesta por 35 pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia, específicamente con el diagnóstico de



esquizofrenia paranoide, y 35 familiares responsables o más cercanos del paciente, son de ambos sexos, cuyas edades están entre los 18 y 79 años, con una media de edad de 36 años, que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, 2021.

#### **3.4.1 Criterios de inclusión de la muestra**

En el criterio de inclusión se consideró a los pacientes que tienen el diagnóstico esquizofrenia, familiares responsables o más cercano del paciente, los pacientes y familiares deben tener la mayoría de edad, mayores de 18 años; tanto los familiares como los pacientes serán de ambos sexos y deben estar de acuerdo con participar en el estudio firmando previamente el documento de consentimiento informado.

#### **3.4.2 Criterios de exclusión de la muestra**

Para los criterios de exclusión de la muestra para realizar el estudio se tomó en cuenta a los pacientes con esquizofrenia y familiares que no deseen participar en la investigación, a los pacientes con esquizofrenia y familiares que hayan dejado de asistir al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, pacientes que hayan sido transferidos a otros centros de salud y pacientes con esquizofrenia que no se encuentren estables de acuerdo a la escala para el síndrome negativo y positivo de la esquizofrenia (PANSS) para poder medir la percepción sobre la variable funcionalidad familiar.

#### **3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Para evaluar y obtener datos sobre la funcionalidad familiar de los pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia y familiares responsables o más cercanos del paciente se utilizó la escala que mide el funcionamiento familiar (FACES III) de David Olson y colaboradores. Pero antes de aplicar dicho instrumento, se utilizó la escala para el síndrome negativo y positivo de la esquizofrenia (PANSS) para medir la gravedad de los síntomas de los pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia.

- a. Ficha técnica de la escala de funcionamiento familiar (FACES III)





**Tabla 6**

*Ficha técnica FACES III*

<b>FACES III</b>	
Autor	David H. Olson, Joyce Portner, Yoav Lavee
Tipo de instrumento	Estructurada
Tipo de administración	Individual o colectiva, la familia como todo
Población	Niños a partir de los 12 años, jóvenes y adultos
Número de ítems	20
Tiempo de administración	15 minutos
Dominio teórico y modelo	Sistema familiar modelo circumplejo
Foco de evaluación	Percibido, ideal y satisfacción
Número de escalas	2
Utilidad clínica	Varios tipos de problemas familiares Escala de puntuación clínica Medición y observación de la sintomatología
Confiabilidad	Consistencia interna Cohesión (r=0.77) Adaptabilidad (r=0.62) Total (r=0.68)
Test-retest	4-5 semanas 0.83 para cohesión 0.80 para adaptabilidad De presentación (muy buena) De contenido (muy buena)
Validez	Correlación entre escalas (cohesión y adaptabilidad r=0.03) Correlación entre los miembros de la familia (r=0.37) cohesión (r=0.41) adaptabilidad (r=0.25) Discriminación entre grupos (muy buena)

*Nota.* Ficha técnica de la escala FACES III para evaluar la funcionalidad familiar de pacientes con esquizofrenia y familiares.

- b. Ficha técnica de la escala para el síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia (PANSS)



**Tabla 7**

*Ficha técnica PANSS*

<b>PANSS</b>	
Autor	Kay en 1987 y adaptada al español por Peralta en 1994
Tipo de instrumento	Semiestructurada
Tipo de administración	Heteroaplicada
Población	12 años, jóvenes y adultos
Nº de Ítems	30 ítems (síntomas) que se puntúan de 1 (ausente) a 7 (extremo)
Subescalas	Positiva (PANSS-P) de 7 ítems Negativa (PANSS-N) de 7 ítems Psicopatología general (PANSS-PG) de 16 ítems Compuesta (PANSS-C) restar la puntuación negativa con la positiva
Evaluación	Tratamiento y diagnóstico de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
Área terapéutica	Sintomatología
Tiempo de administración	30 a 40 minutos
Fiabilidad	Elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,73 para la escala positiva, de 0,83 para la escala negativa y 0,87 para la psicopatología general Correlación las subescalas es de 0,80

*Nota.* Ficha técnica de la escala PANSS utilizado para evaluar a los pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia.

### **3.6 Validez y confiabilidad de instrumentos**

Escala de adaptabilidad familiar y cohesión familiar (FACES III)

“La escala de adaptabilidad y cohesión Familiar (Family cohesion and adaptability evaluation scale) FACES fue creado por Russell, Olson, y Sprenkle en Estados Unidos. En el año 1980 fue desarrollada la primera versión de FACES, constando con 111 ítems; posteriormente en el año 1982 de desarrollo la segunda versión, FACES II, teniendo 30 ítems. Y en 1985 surgió la tercera versión, FACES III. Este último instrumento fue dividido en dos dimensiones, las cuales son la adaptabilidad y la cohesión familiar, el mismo que



consta de 20 ítems en una escala de respuestas de tipo likert donde las opciones van desde “siempre” hasta “nunca” y con una puntuación de 1 a 5 puntos respectivamente. Los ítems impares que son 10 pertenecientes a la dimensión de cohesión, y para los otros 10 ítems pares corresponden los ítems de adaptabilidad. Esta administración es individual con 15 minutos para resolverlo” (Martínez et al., 2006).

En la Tabla 4. Se muestran los baremos de cada dimensión indicando cada tipo de familia con respecto a cohesión familiar y adaptabilidad familiar.

**Tabla 8**

*Baremos de cohesión y adaptabilidad familiar*

<b>Cohesión familiar</b>		<b>Adaptabilidad familiar</b>	
Enredada	44 – 50	Caótica	30 – 50
Unida	38 – 43	Flexible	25 – 29
Separada	32 – 37	Estructurada	20 – 24
Desligada	10 – 31	Rígida	10 – 19

*Nota.* Baremos de cohesión y adaptabilidad del instrumento FACES III.

La escala FACES III permite al investigador o al profesional clínico ubicar a cada miembro de una familia o grupos de familias en el modelo circumplejo, de la cual está fundamentada teóricamente. Ya que dicha escala está diseñada de forma tal que permite evaluar cómo percibe actualmente cada individuo a su familia (Martínez et al., 2006).

En cuanto a validez, se utilizó el método de validez de constructo, al desarrollar la escala se tuvo como meta principal reducir la correlación entre adaptabilidad y cohesión, llevándola a cero tanto como fuera posible. Para llegar a lo esperado, respecto a lo empírico para demostrar la independencia de las dimensiones y garantizar así la distribución independiente de los puntajes de ambas escalas; y en lo teórico para colocar las variables dentro del modelo circumplejo, no sin antes llevar a que cada dimensión sea independiente.



Lo que a su vez es posible encontrarlos tipos de familias correspondientes a la realidad (Martínez et al., 2006).

En el desarrollo de FACES II había una correlación entre cohesión y adaptabilidad fue de  $r=0.65$ , y para el FACES III se redujo casi a cero dando como resultado  $r=0.03$ . lo que dio lugar a dos dimensiones independientes con una adecuada distribución de puntajes para generar las frecuencias de sujetos clasificados en los 16 tipos de familias (Martínez et al., 2006).

Respecto a la confiabilidad se usó el método de consistencia interna (coeficiente de alpha de cronbach) y el método de prueba retest, para cada escala se adquirió en una submuestra y en una muestra total, en cuanto a la dimensión de cohesión en la muestra 1 ( $n=1206$ ) obtuvo 0.76, en la muestra 2 ( $n=1206$ ) obtuvo 0.75 y en la muestra 3 ( $n=2412$ ) obtuvo 0.77; para la dimensión de adaptabilidad en la muestra 1 se obtuvo 0.58, en la muestra 2 se obtuvo 0.63 y en la muestra 3 se obtuvo 0.62. En la escala total en la muestra 1 se obtuvo 0.67, en la muestra 2 se obtuvo 0.67 y en la muestra 3 se obtuvo 0.68. Demostrando así la adecuada consistencia interna en ambas dimensiones y la confiabilidad fue replicada en las dos muestras independientes (Martínez et al., 2006).

Reusche en el año 1994 (citado en Jurado, 2018), fue quien realizó la adaptación a la realidad peruana del “FACES III con un análisis cualitativo y con el sistema de jueces. Utilizando el coeficiente alpha de cronbach por cada una de las dimensiones de adaptabilidad y cohesión. La población estuvo comprendida por 443 personas en la adolescencia de primero a quinto año de secundaria, ciudadanos de Lima. Al compararse dos muestras los puntajes que se obtuvieron demostraron respecto a la consistencia de la prueba. Esta confiabilidad, determinada por test-retest, con intervalo de 4 a 5 semanas, arrojó para cohesión 0.83 y para adaptabilidad 0.80”. Es así como se confirmó la confiabilidad del FACES III. La investigación consiguió la confiabilidad mediante el alfa de Cronbach, que



presenta el 0.78 para cohesión y el 0.56 para adaptabilidad eliminando los ítems 12 y 20 de modo que se recurrió a la creación de nuevos baremos para la dimensión ya mencionada. Sin embargo, la fiabilidad salió bajo para adaptabilidad, similar resultado obtuvo Olson (0.58 y 0.62) con muestras más grandes. Los bajos resultados se atribuyen a conceptos que representan la complejidad de esta dimensión (Jurado, 2018).

Por otra parte, en un estudio desarrollado por el autor Bazo et al. (2016) se realizó un análisis de las propiedades psicométricas de la escala de funcionalidad familiar FACES III aplicado en adolescente del Perú. La investigación corresponde a transversal, respecto al tipo es psicométrico, con un muestreo probabilístico, determinado en tres etapas (colegio, grado y sección) y estuvo constituido por 910 estudiantes adolescentes de ambos sexos, con edades entre 11 y 18 años. Su estudio realizó una revisión de la validez de estructura y constructo mediante análisis factorial y respecto a confiabilidad mediante la consistencia interna de índices alpha, theta y omega. Como resultados encontraron que la validez de constructo se confirmó en la bondad de ajuste del modelo de las dos dimensiones con 10 ítems cada una. Concluyendo así que el FACES III cuenta con validez y confiabilidad suficientes como para ser utilizados en la población peruana.

#### Escala para el síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia (PANSS)

La escala de síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia (PANSS, Positive and Negative Syndrome Scale) fue elaborada por Kay en 1987 y Peralta en 1994 (citado en Rabazo et al., 2010). fue quien realizó la traducción al español y describió la escala como el instrumento más válido que otras pruebas disponibles en ese momento para la evaluación de la esquizofrenia, reportando niveles altos de fiabilidad y adecuada validez de constructo y externa. El PANSS es un instrumento utilizado para valorar la sintomatología y motorización de respuesta al tratamiento en pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia. Es una escala heteroaplicada que se complementa con una entrevista semiestructurada con



el tiempo entre 30 y 40 minutos de duración, este instrumento posibilita la observación directa del comportamiento motor, afectivo, cognitivo, perceptivo, interpersonal, integrador y atencional del paciente. Además, permite tener una evaluación multidimensional de la esquizofrenia. E describió la escala como un instrumento válido más que otras pruebas disponibles en ese momento para la evaluación de la esquizofrenia, reportando niveles altos de fiabilidad y adecuada validez de constructo y externa. El instrumento está compuesto por 30 ítems en grupos de cuatro factores, los cuales son el síndrome positivo (7 ítems), el síndrome negativo (7 ítems), la psicopatología general (16 ítems) y la compuesta (donde se resta síntomas positivos de negativos).

Respecto a la fiabilidad cuenta con una apropiada validez interobservador, con una estabilidad interna de constructo y estabilidad test-retest. El alfa de Cronbach es de 0.73 para la escala positiva, el 0.83 para la escala negativa y el 0.87 para la escala de psicopatología general. En la versión española, la PANSS-P muestra consistencia interna endeble, de la misma forma con el ítem de desorganización conceptual no correlaciona con puntuación total de escala. La escala negativa tiene mayor consistencia que la positiva, al ser más homogénea y compuesta por un único factor. PANSS-P no muestra dimensión unitaria, ya que presenta varios factores.

Respecto a la validez las comparaciones con BPRS, SAPS y SANS señalan índices adecuados de validez concurrente. El instrumento PANSS cuenta con el 0.77, la subescala negativa con el 0.7 y la subescala psicopatológica general con el 0.52 (Rabazo et al., 2010).

### **3.7 Plan de análisis de datos**

En el presente trabajo de nivel descriptivo se usó el análisis estadístico univariado, es decir, el análisis tiene como base una sola variable. Para la descripción de los datos se utilizó la distribución de frecuencias, lo que vendría a ser el conjunto de puntuaciones respecto a la variable que se evaluó de manera ordenada según las categorías, en este caso



mediante tablas donde se muestran las características de la variable, y tiene como objetivo facilitar la adquisición de la información que contienen los datos. Entonces el presente estudio cuenta con gráficos de áreas o gráficos de torta y tablas de frecuencia que muestran el recopilado de datos conforme a la estadística descriptiva. (Hernández y Mendoza, 2018)

En cuanto al procesamiento de los datos fue elaborado con el software Microsoft Excel 2016 y el programa estadístico Free Software Perfect Statistics Professionally Presented (PSPP) para Windows versión 25.



## Capítulo 4

### Resultados de la investigación

En el siguiente capítulo se mostrará lo hallado según los objetivos planteados en el estudio. Detallando antes que para poder evaluar la funcionalidad familiar de pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia con el instrumento de FACES III, se aplicó el cuestionario PANSS, instrumento que permite la observación directa de la cognición, percepción, afectividad, atención, interacción social y psicomotricidad; sirviendo así como indicador del estado del paciente, si se encontraba estable o no, midiendo los síntomas predominantes negativos o positivos de la esquizofrenia, y si existe dificultad para poder responder a las preguntas de la escala FACES III para realizar el presente estudio.

Respecto a la evaluación previa con el cuestionario PANSS, el resultado de los 35 pacientes fue que se encontraron estables, y mostraron poder ser evaluados sin dificultad, tras evaluar la psicopatología positiva, negativa y general, indicando como resultado respecto al sistema restrictivo de subtipo negativo y en cuanto al sistema inclusivo subtipo negativo en la mayoría de pacientes, solo 6 pacientes obtuvieron el resultado de sistema restrictivo y sistema inclusivo de subtipo positivo; los 35 pacientes indicaron en su mayoría la ausencia y ligero en cuanto a indicadores de la escala; mediante la observación durante la evaluación mostrando también funcionalidad y poder responder a las preguntas, además los pacientes manifestaron estar recibiendo tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico, lo cual fue corroborado con el personal administrativo para verificar sus asistencias.





Seguidamente, se mostrará los resultados de los objetivos trazados en el presente estudio, mostrando primero los objetivos específicos y luego responder al objetivo general.

#### 4.1 Resultados respecto a los objetivos específicos

En la Tabla 9 se puede observar que el 94.3% de pacientes que se evaluaron según la dimensión de cohesión presentan el funcionamiento familiar de nivel bajo, indicando que se encuentran distanciados emocionalmente de su grupo familiar y presentan dificultad al momento de resolver problemas junto a su familia, y solo el 5.7% de pacientes presentan el funcionamiento familiar de nivel moderado, indicando presentan moderada independencia, límites generacionales bien establecidos y las decisiones que toman son de forma individual sin tomar en cuenta al resto del grupo familiar.

**Tabla 9**

*Funcionamiento familiar de pacientes según la dimensión de cohesión*

Pacientes			
Nivel	Cohesión	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	Desligada	33	94.3%
Moderado	Separada	2	5.7%
Moderado	Unida	0	0.0%
Alto	Enredada	0	0.0%
<b>Total</b>		35	100.0%

*Nota.* Funcionamiento familiar de pacientes según la dimensión de cohesión que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago.

En la Tabla 10 se observa que el 40.0% de pacientes que se evaluaron, según la dimensión de adaptabilidad, presentan el funcionamiento familiar de nivel moderado, lo que indica que hay liderazgo democrático existiendo la posibilidad de negociación frente a las situaciones que van surgiendo dentro de la familia, las reglas y los roles que se dan son invariables; el 34.3% de pacientes con esquizofrenia representa el funcionamiento familiar



también de nivel moderado, el 22.9% corresponde al funcionamiento familiar de nivel bajo, indicando que presenta un liderazgo autoritario, imposición de decisiones, los roles y las reglas son rígidos, y el 2.9% de pacientes presentan el funcionamiento familiar de nivel alto, lo que indica que no hay control, las decisiones se dan de manera impulsiva, los roles y reglas no son claras dentro de la familia.

**Tabla 10**

*Funcionamiento familiar de pacientes según la dimensión de adaptabilidad*

<b>Pacientes</b>			
<b>Nivel</b>	<b>Adaptabilidad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Bajo	Rígida	8	22.9%
Moderado	Estructurada	12	34.3%
Moderado	Flexible	14	40.0%
Alto	Caótica	1	2.9%
<b>Total</b>		<b>35</b>	<b>100.0%</b>

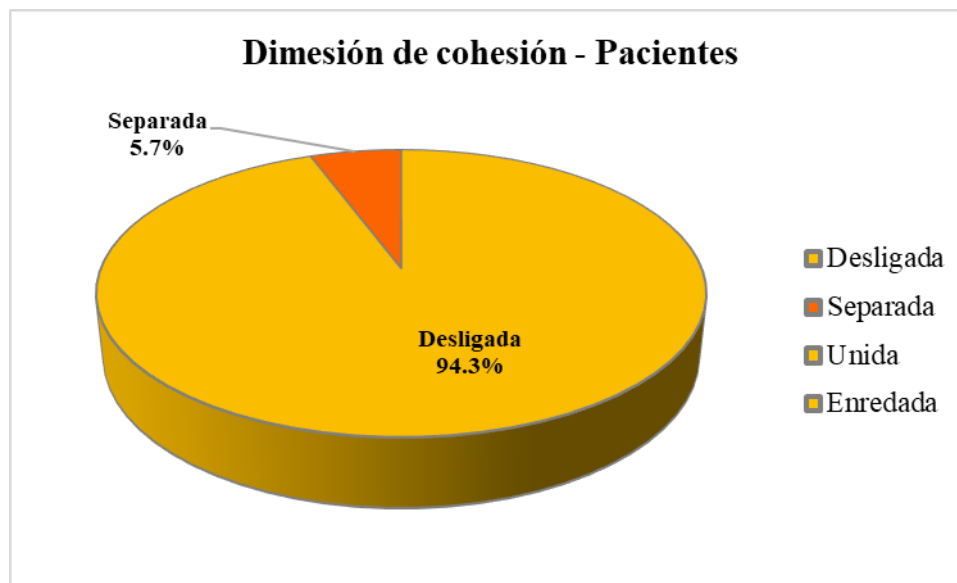
*Nota.* Funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia según la dimensión de adaptabilidad.

De acuerdo con la Figura 3, se puede apreciar que el 94.3% de pacientes que se evaluaron según la dimensión de cohesión presentan el funcionamiento familiar de tipo desligada, caracterizándose por presentar los límites rígidos, los cuales se constituyen en un subsistema en cada individuo, reflejándose por ejemplo cuando no comparten tiempo juntos o entre cada miembro de la familia y teniendo poco en común.

En la Figura 3, también se puede observar que solo el 5.7% de pacientes presentan el funcionamiento familiar de tipo separada, caracterizada por presentar sus límites generacionales que se notan de manera clara, además sus límites internos y externos son semi-abiertos, lo que hace que cada individuo forme un subsistema, pero cuando lo necesiten pueden tomar decisiones dentro del ámbito familiar.

**Figura 3**

*Dimensión de cohesión en pacientes*

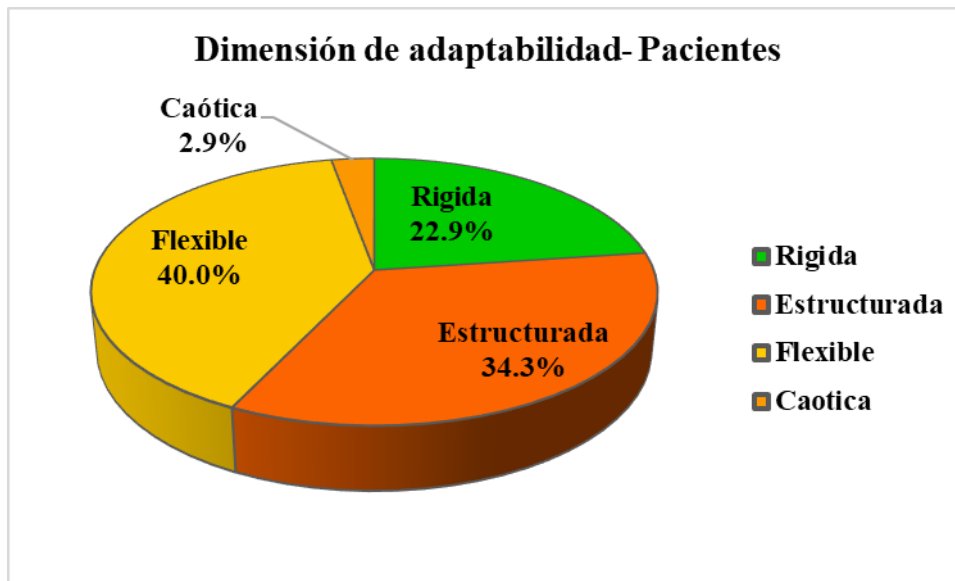


*Nota.* En el gráfico de torta se muestra el tipo de familia en pacientes con esquizofrenia según la dimensión de cohesión familiar.

En la Figura 4, se observa que el 40.0% de pacientes que se evaluaron, según la dimensión de adaptabilidad, presentan el funcionamiento familiar de tipo flexible que se caracteriza por tener disciplina democrática, liderazgo y roles compartidos, los cuales pueden modificarse cuando la familia considera necesario; el 34.3% representa el funcionamiento familiar de tipo estructurada, tipo de familia que tiende a compartir el liderazgo o los roles entre los miembros de la familia, con cierto grado de disciplina democrática, facilitando cambios cuando sus integrantes lo solicitan; el 22.9% corresponde al funcionamiento familiar de tipo rígida, los cuales presentan un liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina rígida sin elección de cambios, y el 2.9% presentan el funcionamiento familiar de tipo caótica, caracterizándose por ser un tipo de familia con ausencia de liderazgo, cambio de roles y disciplinada ausente.

**Figura 4**

*Dimensión de adaptabilidad en pacientes*



*Nota.* En el gráfico de torta se muestran los tipos de familia en pacientes con esquizofrenia según la dimensión de adaptabilidad.

En la Tabla 11 se muestra que el 34.3% de pacientes con esquizofrenia son de tipo de familia estructurada desligada, el 31.4% son de tipo de familia flexible desligada, lo que indica que estas familias presentan dificultades en una dimensión, en este caso en la dimensión de cohesión; el 22.9% son de tipo de familia rígida desligada, este tipo de familia pertenece a un continuo de aspectos que se modifican en cantidad, intensidad y cualidad, presentan un funcionamiento extremo que puede ser beneficioso para la estabilidad de cada miembro solo en situaciones especiales; el 8.6% son de tipo de familia flexible separada, en este tipo de familia desarrollar la capacidad de poder afrontar el estrés, adaptarse al cambio será importante ya que presenta dificultades en una dimensión; y sólo el 2.9% de pacientes son de tipo de familia caótica desligada, este tipo familia se caracterizan por tener capacidad limitada de liderazgo, no tiene control ni disciplina y toman decisiones individualmente.



**Tabla 11**

*Funcionamiento familiar en pacientes con esquizofrenia*

Tipo de familia	Pacientes	
	Frecuencia	Porcentaje
Caótica desligada	1	2.9%
Caótica separada	0	0.0%
Flexible desligada	11	31.4%
Flexible separada	3	8.6%
Estructurada desligada	12	34.3%
Rígida desligada	8	22.9%
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100.0%</b>

*Nota.* Funcionamiento familiar en pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago.

En la Tabla 12 se puede observar que según la dimensión de cohesión el 94.3% de familiares de pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia que se evaluaron presentan el funcionamiento familiar de tipo desligada el cual se encuentra en el nivel bajo, caracterizada por poca unión familiar, los límites generacionales son rígidos, autonomía dentro de la familia y se encuentra distanciado emocional y físicamente; y el 5.7% de familiares como también se muestra en la Figura 5, el funcionamiento familiar de tipo separada que es de nivel medio, caracterizada por tener límites generacionales claros y la independencia se presenta de manera que hay un equilibrio entre estar, hacer las cosas solo y en familia.

**Tabla 12**

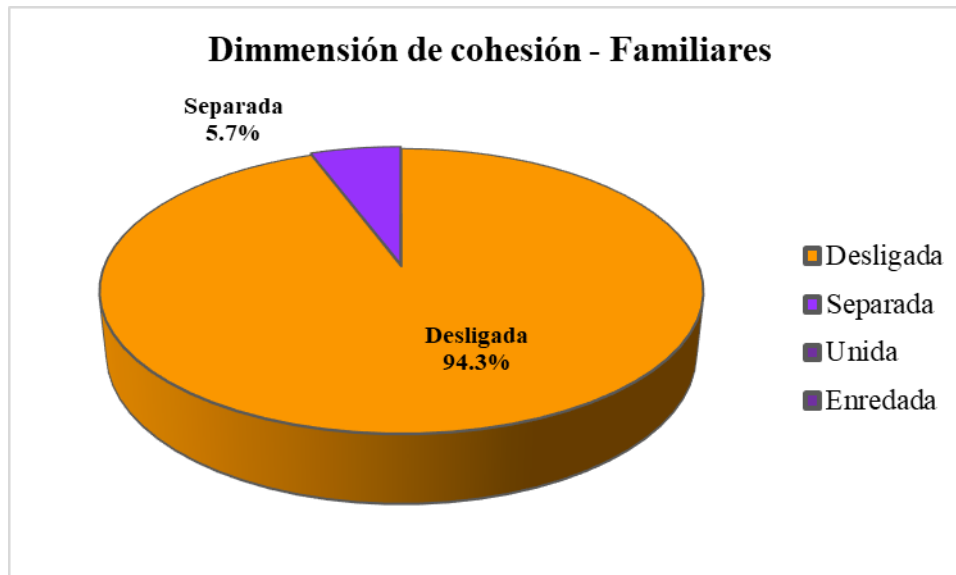
*Funcionalidad familiar de familiares según la dimensión de cohesión*

Nivel	Familiares		
	Cohesión	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	Desligada	33	94.3%
Moderado	Separada	2	5.7%
Moderado	Unida	0	0.0%
Alto	Enredada	0	0.0%
<b>Total</b>		<b>35</b>	<b>100.0%</b>

*Nota.* Funcionalidad familiar de familiares de pacientes con esquizofrenia según la dimensión de cohesión que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago.

**Figura 5**

*Dimensión de cohesión en familiares*



*Nota.* En el gráfico de torta se muestra el tipo de familia de los familiares de pacientes con esquizofrenia según la dimensión de cohesión familiar.

De acuerdo al resultado contenido, en la Tabla 13 se puede apreciar que el 42.9% de familiares que se evaluaron, según la dimensión de adaptabilidad, presentan al funcionamiento familiar de tipo flexible de nivel moderado, que se caracteriza por presentar una disciplina democrática, liderazgo y roles compartidos, que logran variar cuando la familia considera preciso. El 40.0% de familiares, como también se muestra en la Figura 6, corresponde al funcionamiento familiar de tipo estructurada de nivel moderado, donde, en ocasiones, los miembros de la familia tienden a compartir el liderazgo o los roles, con cierto grado de disciplina democrática, proporcionando cambios cuando sus integrantes lo solicitan. El 11.4% representa al funcionamiento familiar de tipo caótica de nivel alto, que se caracteriza por ser un tipo de familia que presenta la ausencia de liderazgo, disciplinada, muy cambiante o ausente y cambio de roles. Por último, el 5.7% presenta el funcionamiento

familiar de tipo rígida de nivel bajo, caracterizada por contar con un liderazgo autoritario, disciplina rígida sin opción de cambios con roles fijos.

**Tabla 13**

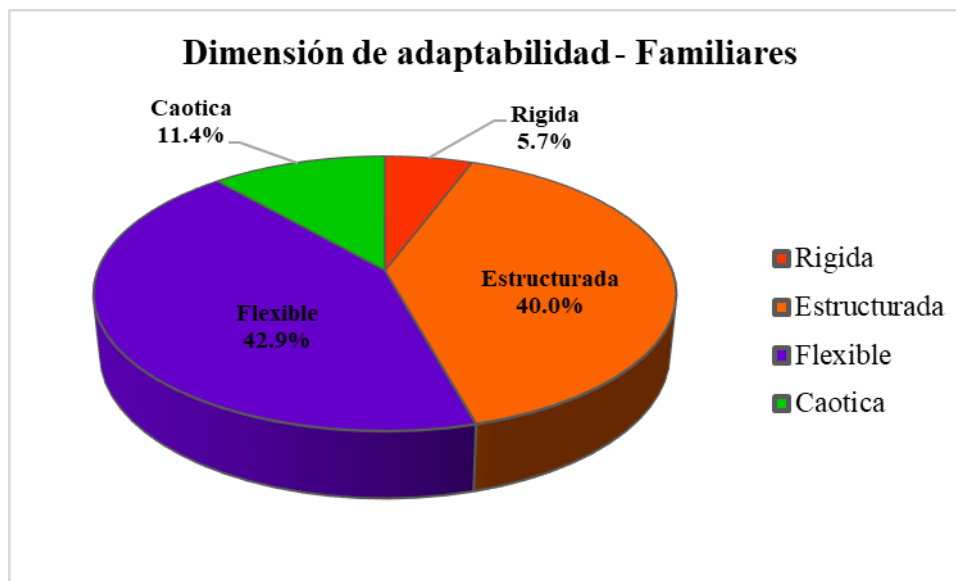
*Funcionamiento familiar de familiares según la dimensión de adaptabilidad*

<b>Familiares</b>			
<b>Nivel</b>	<b>Adaptabilidad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Bajo</b>	Rígida	2	5.7%
<b>Moderado</b>	Estructurada	14	40.0%
<b>Moderado</b>	Flexible	15	42.9%
<b>Alto</b>	Caótica	4	11.4%
	<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100.0%</b>

*Nota.* Funcionamiento familiar de familiares según la dimensión de adaptabilidad que acuden al Centro de Salud Mental de Comunitario de Santiago.

**Figura 6**

*Dimensión de adaptabilidad en familiares*



*Nota.* En el gráfico de torta se muestra los tipos de familia según la dimensión de adaptabilidad de los familiares de pacientes con esquizofrenia.

En la Tabla 14 también se puede observar que el 40% de familiares de pacientes con esquizofrenia son de tipo de familia flexible desligada, el otro 40% de familiares representa



a un tipo de familia estructurada desligada, el 8.6% son de un tipo de familia caótica desligada, el 5.7% representan a un tipo de familia rígida desligada de nivel bajo y el 12.9% de familiares pertenecen a un tipo de familia caótica separada y el otro 2.9% representa al tipo de familia flexible separada.

**Tabla 14**

*Funcionalidad familiar de familiares*

<b>Familiares</b>		
<b>Tipo de familia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Caótica desligada	3	8.6%
Caótica separada	1	2.9%
Flexible desligada	14	40.0%
Flexible separada	1	2.9%
Estructurada desligada	14	40.0%
Rígida desligada	2	5.7%
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100.0%</b>

*Nota.* Funcionalidad familiar de familiares de pacientes con esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago.

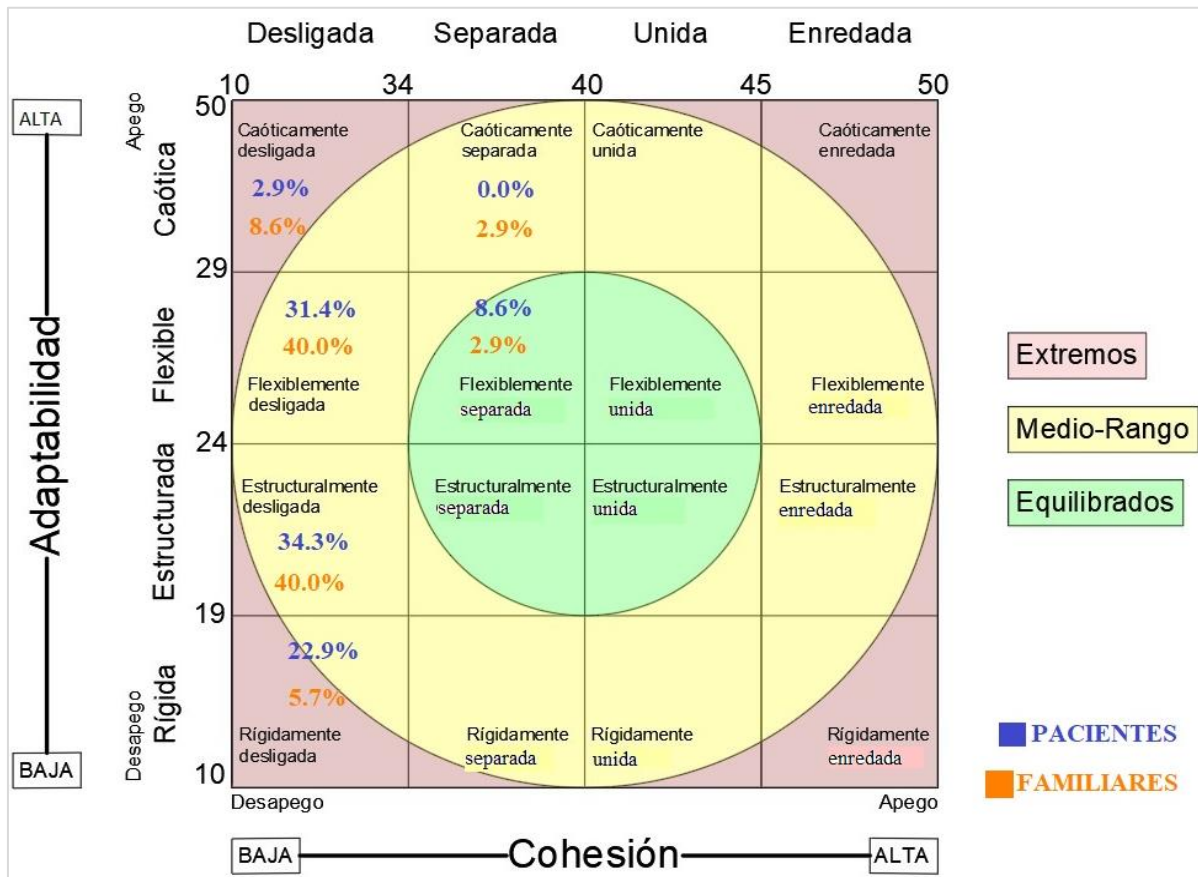
#### **4.2 Resultados respecto al objetivo general**

En la Figura 7, se muestra que el 34.3% de pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia son de nivel moderado, caracterizada por presentar conflictos en una dimensión del funcionamiento familiar, en este caso en la dimensión de cohesión, lo que probablemente se deba a causa de estrés; el 31.4% de pacientes son también de nivel moderado, el 22.9% de pacientes son de nivel bajo, considerado el funcionamiento menos adecuado que se presenta en la familia; el 8.6% de pacientes son de nivel moderado, también presentan conflictos en una dimensión del funcionamiento familiar y muestra la dificultad y capacidad para afrontar el estrés; y sólo el 2.9% de pacientes con esquizofrenia son de nivel alto, a pesar de ser una de las menos adecuadas en el funcionamiento, estas familias pueden funcionar en situaciones especiales de manera que puede estabilizar a los miembros.



**Figura 7**

*Tipología familiar de los pacientes con esquizofrenia y familiares que acuden al Centro de Salud Comunitario de Santiago, 2021 en el modelo circumplejo de Olson*



*Nota.* En el grafico se muestran todos los resultados obtenidos del estudio, donde indica los tipos de familia según la dimensión de cohesión y adaptabilidad y niveles de funcionalidad familiar en pacientes con esquizofrenia y familiares.



## Capítulo 5

### Discusión

#### 5.1 Descripción de los hallazgos más relevantes

De acuerdo con la percepción de los pacientes, el 34.3 % de pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia indicaron ser estructuralmente desligada y flexiblemente desligada con evidencia del 31.4% de pacientes, en cuanto a los familiares el 40% indicó ser de tipo flexible desligada y el otro 40% de familiares de tipo estructuralmente desligada. Entonces se identificó que la mayoría de los pacientes y familiares presentan la funcionalidad familiar de tipo estructuralmente desligada y flexible desligada ambos de nivel moderado y de rango medio, según el modelo circumplejo familiar, estas familias se caracterizan por presentar conflictos en una dimensión del funcionamiento, lo que probablemente se deba a situaciones de estrés, además presentan poca unión familiar, gran autonomía individual y priman solo las decisiones individuales. También se pudo observar que los pacientes y los familiares perciben su entorno familiar de manera similar.

Con el análisis del modelo circumplejo familiar, se observó que 22.9% de pacientes es del tipo de familia rígidamente desligada mientras que solo el 5.7% de familiares reporto ser de este tipo, demostrando que respecto a este tipo de familia se percibió distinto entre pacientes y familiares; este tipo de familia es de nivel bajo, además se encuentra en el rango extremo e indica ser la menos adecuada con respecto al funcionamiento familiar. Las familias extremas corresponden a diferentes características que presentan una variación en



intensidad, en cantidad y en cualidad. Solo en determinados momentos el funcionamiento de manera extrema podría ser conveniente para que cada miembro de la familia sea estable.

Se noto que solo el 2.9% de familiares y el 8.6% de pacientes con esquizofrenia son de tipo flexiblemente separada, de nivel moderado y de rango equilibrado, estas familias se caracterizan por ser las más adecuadas en cuanto al funcionamiento familiar y se caracterizan por contar con la autonomía de elegir estar conectados a un miembro del grupo familiar o estar solos, definido además como dinámico ya que puede cambiar la dinámica entre los miembros.

De acuerdo con la dimensión de cohesión la percepción tanto de los pacientes como el de los familiares presentan el nivel bajo, caracterizándose por tener una extrema separación emocional entre sus miembros además de poca interacción, con preferencia de espacios separados e intereses focalizados fuera de la familia, lo que se puede estimar que presentan disfuncionalidad familiar respecto a la dimensión de cohesión. Además, respecto a los tipos de familia según la dimensión de cohesión se observó que, de los cuatro tipos, solo se indicaron los tipos desligada y separada en la población.

Respecto a la dimensión de adaptabilidad presentan un nivel moderado, con evidencia del 40.0% de tipo flexible y del 34.3% de tipo estructurada siendo el mayor porcentaje de pacientes con esquizofrenia, el 42.9% corresponde al tipo flexible y el 40.0% de tipo estructurada que representa a la mayoría de los familiares. Se caracterizan por ser familias funcionales sin embargo en un nivel moderado es posible que se deba prestar atención a las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, como respuesta ante el estrés situacional y de acuerdo con el desarrollo, en otras palabras, cuentan con un balance entre cambio y estabilidad, ya que sus vínculos emocionales no se encuentran presentes respecto a la cohesión de nivel bajo.



## 5.2 Limitaciones del estudio

En la presente investigación se tuvo como limitaciones lo siguiente, se tuvo en contra la disponibilidad de los pacientes porque sus viviendas eran muy lejanas, en muchos casos los pacientes tenían que viajar durante más de dos horas, algunos eran de provincias y no asistían a sus citas programadas, teniendo así que reprogramar las citas, en algunos casos debido al estado de emergencia en el que se encuentra el país, por el COVID 19, hubo dificultades para realizar la entrevista y la evaluación de manera presencial, y se recurrió a la manera remota.

## 5.3 Comparaciones crítica con la literatura existente

Al haber consultado diferentes estudios dentro de los antecedentes y de acuerdo con el modelo de sistemas de la familia y el modelo circunplejo familiar, de la cual se basó el presente estudio, además de tomar en cuenta el enfoque comunitario en la salud mental, con el propósito de explicar y comparan los resultados a los que se ha llegado, seguidamente se dará la comparación de resultados para un mejor entendimiento del estudio.

Respecto al nivel de funcionalidad familiar, en la presente investigación se pudo observar que la mayor parte de pacientes con esquizofrenia (80%) y familiares (65.7%) presentaron nivel moderado. Y en cuando a la dimensión de cohesión familiar tanto pacientes como familiares indicaron ser de tipo desligada de nivel moderado. Se encontró similitud respecto a la dimensión de cohesión en el estudio de Hidalgo Balbín (2020) que realizo el estudio titulado “funcionamiento familiar percibido e ideal en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia de un hospital general de la región Junín”, y donde encontró que la mayoría de evaluados percibieron la funcionalidad de nivel moderado y en cuanto a la dimensión de cohesión observo que la mayoría de los participantes percibieron la cohesión de tipo desligada. De igual manera en el estudio de Rosa Valdivia (2017) que elaboro la investigación sobre “tipos de familia y estilos de afrontamiento del estrés en pacientes con



diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II” y encontró que el tipo de familia predominante en pacientes con esquizofrenia según la dimensión de cohesión fue de tipo desligada.

El modelo circumplejo familiar explica que según la dimensión de cohesión el tipo desligada se caracteriza por una cohesión moderada y describe a este tipo de familia poco unida y donde existe cierta separación en las relaciones emocionales, sin embargo, no es tan extrema como en una familia separada. En este tipo de familia el tiempo juntos no es compartido porque cada individuo considera importante su propio tiempo, pero que pueden ponerse de acuerdo para poder reunirse, discutir problemas, apoyarse mutuamente y tomar decisiones entre todos. Los intereses y los amigos suelen ser diferentes, pero hay un área compartida con otros miembros de la familia, también se distinguen por la presencia de límites rígidos.

Rangel Gómez (2019), investigo sobre “el tratamiento familiar sistémico en la esquizofrenia”. Demostró que existe una disminución clínicamente significativa además de estadística de los síntomas negativos, psicopatología general y un incremento en el funcionamiento social y laboral en los pacientes del grupo que recibió tratamiento terapéutico con enfoque sistémico. Además, la calidad de vida de los familiares mostró haber mejorado en las relaciones sociales después de dos años y al terminar el tratamiento familiar. La investigación demostró la efectividad del modelo sistémico familiar en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia, enfatizo además que incluir a la familia dentro del tratamiento es efectivo para mantener al paciente estable y pueda desarrollarse en el ámbito laboral y social. En el presente estudio se apoyó también en el modelo sistémico familiar para explicar su funcionamiento, asimismo es el modelo que cuenta con más evidencia en la intervención familiar y se han realizado múltiples estudios sobre la esquizofrenia tomando en cuenta dicho modelo.



Del Carmen Martínez (2020), desarrolló la investigación sobre “las relaciones familiares de pacientes con esquizofrenia”, tras haber revisado 164 artículos, encontró que el grupo familiar percibe y tiende a sufrir cambios que generan conflictos en la dinámica familiar, perturbando la interacción entre sus miembros. La familia pasa por un proceso de desajuste que la moviliza y pasa a reestructurar la funcionalidad tratando de establecer el bienestar de todo el sistema familiar y que el diagnóstico de esquizofrenia afecta la dinámica familiar, llevando a cada integrante a reestructurar su funcionalidad a nivel social, familiar e individual; también halló que la persona que asume el papel de cuidador experimenta agotamiento y sobrecarga tanto físico como psicológico, debido a las exigencias del paciente y el resto de la familia, lo que en muchos casos, mueve a la familia en busca de aceptación y la posibilidad de adaptarse; no obstante, esto no se llega a cumplir como se desearía, puesto que no cuentan con el apoyo, las herramientas y las estrategias necesarias para tratar al diagnóstico competentemente. Por esta razón varias familias muestran problemas que afectan la calidad de vida y la interacción entre los integrantes. Del Carmen con su investigación indicó que la familia como sistema, se halla como un proceso de interacción continua, donde se van estableciendo relaciones íntimas lo que da lugar a que se pueda estructurar; por eso es importante incluir a la familia en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia, de esta manera ofrecerá una mejor funcionalidad en el hogar, además será posible disminuir los conflictos debido a la sobrecarga y a las alteraciones en la dinámica; la inclusión permite al grupo familiar y al paciente con esquizofrenia sobrellevar el trastorno adquiriendo herramientas y a desarrollar habilidades necesarias que permitan enfrentar adecuadamente las situaciones estresantes, enfocándose en el bienestar tanto individual como familiar. Con esta investigación, al igual que la anterior investigación, mostro evidencia sobre la terapia familiar con el enfoque sistémico, como un modelo de tratamiento que puede ser eficaz en el tratamiento, tomando en cuenta los modelos psicoeducativos



dirigidos a la familia, ya que el trastorno no solo afecta a nivel individual, sino que afecta a toda la familia con quienes convive. Como se explica dentro del modelo sistémico, la noción de patrón interaccional se cumple ya que las acciones de un miembro influyen directamente a los demás. Con la investigación también se pudo observar que es importante conocer la funcionalidad de las familias para elaborar un tratamiento, que es lo que se pretendió en el presente estudio, observar en qué nivel de funcionalidad familiar se encuentran los pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia tomando en cuenta también la precepción de la familia que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, para obtener más información acerca de su funcionalidad y dar a conocer más sobre este trastorno y describir como se relaciona en su entorno familiar.

Ambos estudios demostraron la importancia de integrar a la familia en el tratamiento del paciente con el diagnóstico de esquizofrenia. Tomando en cuenta un enfoque sistémico, el cual indica que la familia es un sistema que está en constante interacción y cambio, y que la familia es de vital importancia puesto que la forma como están organizados sus miembros, el papel que juega cada uno de ellos, la forma en la que se comunican va a determinar el tipo de relaciones que se establece en dicho sistema familiar, lo que a su vez posibilitará o no la presencia y/o mantenimiento de problemas psicológicos. Dentro de sus métodos de abordaje y tratamiento dirigida al grupo familiar han demostrado su eficacia y evidencia para explicar ciertos fenómenos que ocurren en la interacción entre los miembros.

Barreto López (2017), en su investigación sobre “la disfunción familiar como factor asociado a no adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray”, demostró que la disfunción familiar es factor asociado a no adherencia terapéutica en pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia con un odds ratio de 2.79, siendo esto significativo ( $p < 0.05$ ) y un gran hallazgo, indicó también que la enfermedad mental grave afecta significativamente la funcionalidad familiar, afectando los roles de cada



miembro y la interacción entre ellos. Entonces al medir la funcionalidad familiar, como es el caso en el presente estudio; de personas con el diagnóstico de esquizofrenia, aportaría a su tratamiento, demostrando que el factor de interacción entre los miembros, el ambiente familiar en general, puede ayudar al tratamiento del paciente y además el diagnóstico de esquizofrenia de un miembro de la familia afecta significativamente a la funcionalidad, de esta manera se puede decir que es importante prestarle atención y evaluar la funcionalidad familiar del paciente.

En otra investigación realizada por Aquino Tito (2017), demostró la existencia de la relación importante entre la rehabilitación psicosocial y el apoyo familiar del paciente con esquizofrenia paranoide. En la investigación de Aquino se pudo observar que el apoyo familiar dentro del tratamiento del paciente es importante, ya que marca una diferencia en la respuesta del paciente. Este estudio también tuvo como base el modelo de sistemas de la familia para explicar la interacción entre los miembros de la familia al igual que el presente estudio; desde el modelo de sistemas familiar se considera a la familia como un sistema abierto que cuenta con patrones de interacción que determinan las relaciones funcionales entre los miembros, que además es un sistema que tiene una serie de elementos interrelacionados con un objetivo común, que se afectan entre ellos, uno a otro; cada elemento tiene una función y cada uno necesita del otro para funcionar; esta teoría se estaría cumpliendo en la investigación de Aquino Tito, de manera que la funcionalidad familiar puede apoyar al tratamiento, y en el presente estudio se observó que ambos tuvieron una percepción similar sobre su funcionalidad familiar.

Gil Mejía (2017), realizó su estudio en la que tomo en cuenta el modelo de salud mental comunitario dio a conocer que la asociación de familiares es necesaria para poder brindar herramientas a la familia educando y sensibilizando sobre la enfermedad, pudiendo ser ellos quienes exijan el cumplimiento de los derechos en salud mental, donde el 49% de





familiares manifestaron que permanentemente asisten a las reuniones de la asociación y el 38% menciona que solo asiste algunas veces, respecto a la calificación de la información brindada al 49% le parece buena y al 53% les parece que si responden y satisfacen a sus necesidades. En la investigación de Gil se evaluó a la familia como un factor importante para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia a partir del enfoque comunitario, dando a conocer que la influencia de la familia es importante en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia y cuando se forma una asociación de familias, esto a partir del enfoque comunitario, hace que entre otras familias compartan dando sus testimonios acerca de cómo se va desarrollando su entorno, brindando así herramientas. Entonces evaluar a la familia y la relación con el paciente aporta también al enfoque comunitario que se implementó en la salud mental para poder brindar más herramientas a la familia que tenga a un miembro de su familia con esquizofrenia. Al igual que el presente estudio, evaluar al paciente y su entorno familiar respecto a cómo funcionan aportara al enfoque comunitario en salud mental, que recientemente ha sido implementado en el Perú y en la ciudad del Cusco hace solo tres años que se han implementado centros comunitarios de salud mental.

El tratamiento con un enfoque psicosocial y comunitario no solo beneficia al paciente sino a todo su entorno en el que se desarrolla, este tipo de abordaje en salud mental enfatiza el rol que cumple la familia dentro del tratamiento.

Demuestran la evidencia de estudios y la eficiencia de modelos de tratamiento de la teoría de sistemas que incluyen a la familia en el tratamiento del paciente con esquizofrenia.

En el presente estudio se utilizó el modelo circunplejo familiar, para explicar y medir la funcionalidad familiar de los pacientes tomando en cuenta la percepción de los familiares que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, se pudo identificar y describir la dimensión de cohesión y la dimensión adaptabilidad de la familia, permitiendo obtener información de cómo los pacientes diagnosticados con esquizofrenia percibe su



entorno más cercano y como su entorno percibe al paciente, obteniendo así datos acerca de la funcionalidad familiar de manera más amplia, llegando al resultado donde ambos coincidieron en la percepción de su entorno, tanto pacientes como familiares, en su mayoría, son de tipo flexiblemente desligada y estructuralmente desligada, tipos de familia que en cuanto a funcionalidad presentan dificultades en una sola dimensión, en este caso en la dimensión de cohesión que es del tipo desligada el cual se caracteriza por la autonomía individual y poca unión familiar, se encuentran separados emocionalmente, sus límites generacionales son rígidos y por eso priman las decisiones individuales, no comparten actividades o tiempo juntos; lo que probablemente se deba a causa del estrés o agotamiento.

De acuerdo con la teoría de sistemas familiares, los sistemas familiares en los que se ha estructurado en el tiempo un comportamiento patológico en alguno de sus miembros tienden a repetir casi automáticamente transacciones dirigidas a mantener reglas cada vez más rígidas; esta explicación acerca de las características que se van originando a partir de un miembro de la familia con algún problema de comportamiento patológico, coincide con las características que presentan los pacientes con esquizofrenia y familiares, según los resultados obtenidos acerca de su funcionalidad familiar.

Por otro lado, Minuchin Tolachier (1986) menciona que los miembros de la familia identifican el problema en un solo miembro y esperan que el terapeuta aborde solo a ese miembro. En tanto, para el terapeuta es considerado como el portador del síntoma y el problema es causa de interacciones disfuncionales de la familia. Con referencia a esto, en el presente estudio se observó que tanto paciente como familiar, en su mayoría, indicaron tener las mismas características en su dinámica familiar, entonces en este caso ambos miembros de la familia percibieron sus interacciones flexiblemente desligada y estructuralmente desligadas, que indica ser funcionales en un nivel medio. Y donde si hubo una gran



diferencia en cuanto a percepción de su funcionalidad familiar fue en el de tipo rígidamente desligada, donde el 22.9% fueron pacientes y el 5.7% fueron familiares.

#### **5.4 Implicancias del estudio**

Esta investigación ha servido para demostrar el nivel de funcionalidad familiar en pacientes con el trastorno de esquizofrenia tomando en cuenta también la percepción de la familia, para ampliar la información acerca de su funcionalidad familiar, que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago. Identificar además qué tipo de familia son, según las dimensiones de cohesión y adaptabilidad familiar de los pacientes con esquizofrenia, ayuda a identificar dificultades o particularidades que sean necesarias reforzar, lo que permitirá fortalecer la interacción y dinámica dentro del núcleo familiar y así poder ayudar al paciente con esquizofrenia dentro de su tratamiento, además ayudar a mejorar la adaptación y brindar más información acerca de su funcionalidad, tanto al paciente como a la familia.



## Conclusiones

**Primera.** El nivel de funcionalidad familiar en pacientes con esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago presento nivel moderado, caracterizada por presentar conflictos en una dimensión del funcionamiento familiar, en este caso en la dimensión de cohesión, lo que probablemente se deba a causa de estrés.

**Segunda.** El nivel de funcionalidad familiar de acuerdo con la dimensión de cohesión en pacientes con esquizofrenia presentó nivel bajo, indicando que se encuentran distanciados emocionalmente de su grupo familiar y presentan dificultad al momento de resolver problemas junto a su familia.

**Tercera.** El nivel de funcionalidad familiar de acuerdo con la dimensión de adaptabilidad en pacientes con el diagnostico de esquizofrenia presentaron nivel moderado, lo que indica que hay liderazgo democrático existiendo la posibilidad de negociación frente a las situaciones que van surgiendo dentro de la familia, las reglas y los roles que se dan son invariables.

**Cuarta.** Respecto al tipo de funcionalidad familiar según la dimensión de cohesión en pacientes se obtuvo que es de tipo desligada, caracterizada por una gran autonomía individual e insuficiente unión familiar, límites generacionales rígidos, emocional y físicamente distanciados, las decisiones que se toman son individuales, las actividades y amigos no se comparten.

**Quinta.** Respecto al tipo de funcionalidad familiar según la dimensión de adaptabilidad en pacientes se halló que son de tipo flexible, caracteriza por presentar el liderazgo igualitario entre los miembros, permiten que se realicen cambios, el control se realiza de manera igual, existen acuerdos para la toma de decisiones, se intervienen e intercambian los roles y son flexibles con las reglas que plantean.



**Sexta.** Se halló que el tipo de funcionalidad familiar en la mayoría de los pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia (34.3%) es de tipo estructurada desligada, este tipo de familia se encuentra centrada en ambas dimensiones y está al centro del círculo; se caracteriza por tener la libertad de estar conectados al integrante de la familia que elijan o estar solos, su funcionamiento es dinámico por lo que el cambio es posible.

**Séptima.** El tipo de funcionalidad familiar de los familiares es de tipo flexible desligada (40%) y estructurada desligada (40%), ambos de nivel moderado; según la dimensión de cohesión presentan nivel bajo de tipo desligada y según la dimensión de adaptabilidad de nivel moderado de tipo flexible.



## Sugerencias

**Primera.** Se sugiere al área de psicología del Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago plantear y elaborar un proyecto taller que permita reunir a los familiares de pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia para tratar el tema de funcionalidad familiar con el objetivo de concientizar, informar, promover y mejorar la calidad y bienestar tanto del grupo familiar como del individuo, así mismo podría aportar de manera positiva al tratamiento del paciente, además puede ayudar a ampliar la información y conocimiento acerca de la esquizofrenia como trastorno, sobre todo conocer a las personas que la padecen mediante su experiencia. Con el propósito también de que se pueda crear un espacio para reflexionar y fortalecer los vínculos o lazos familiares. Permitirá además que todo el grupo familiar o el cuidador principal y el paciente con el diagnóstico de esquizofrenia puedan adquirir más herramientas, al mismo tiempo de poder desarrollar habilidades que permitan sostener y afrontar los retos de dicho trastorno.

**Segunda.** Se recomienda evaluar objetivamente cada aspecto de cómo funciona el entorno familiar de cada paciente con el diagnóstico de esquizofrenia que ingrese al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, ya que esto podría mejorar el abordaje y tratamiento del paciente, tomando en cuenta la información sobre el entorno familiar en el que se desarrolla el paciente con dicho trastorno; posibilitando además ampliar la información y conocimiento acerca del paciente.

**Tercera.** Reconocer la importancia de la función familiar como primer sistema de interacción que ayuda a desarrollarnos, en donde aprendemos a relacionarnos con los demás. Y que la funcionalidad familiar afecta a varios aspectos de la vida de un individuo, así mismo esto podría ser fundamental para la recuperación o estabilidad del individuo.



## Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría
- Aquino, Y. (2017). Familia y rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide del Servicio de Salud Mental del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca. Universidad Nacional del Altiplano. Juliaca, Perú
- Abinzano, R. (2018). Aproximación al concepto de esquizofrenia de la psiquiatría al psicoanálisis. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina
- Acevedo, L. y Vidal, E. (2019). *La familia, la comunicación humana y el enfoque sistémico en su relación con la esquizofrenia*. Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba. [Archivo PDF]. <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v23n1/1029-3019-san-23-01-131.pdf>
- Bazo, J., Aguila, J., y Peralta, F. (2016). Propiedades psicométricas de la escala de funcionalidad familiar FACES III: un estudio en adolescentes peruanos. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. [Archivo PDF]. [file:///C:/Users/USER/Downloads/Propiedades psicométricas de la escala de funcionalidad\\_familiar\\_FACES\\_III\\_un\\_estudio\\_en\\_adolescentes\\_peruanos.pdf](file:///C:/Users/USER/Downloads/Propiedades_psicometricas_de_la_escalade_funcionalidad_familiar_FACES_III_un_estudio_en_adolescentes_peruanos.pdf)
- Bateson, G. (1973). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Editorial Lohle Lumen. Buenos Aires, Argentina
- Barreto, R. (2017). Disfunción familiar como factor asociado a no adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia. Universidad privada Antenor Orrego. Trujillo, Perú
- Banco de instrumentos y metodologías en Salud Mental (12 de febrero de 2021). Cibersam. Recuperado el 2008 <https://bi.cibersam.es/>



Bergman, J. (2008). *Pescando barracudas. Pragmática de la terapia sistémica breve*. Paidós.

España

Caqueo, A. y Lemos, S. (10 de enero 2021). *Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana*. Universidad de Oviedo. Oviedo, España. Recuperado el 2008.

<https://www.redalyc.org/pdf/727/72720411>.

Casanova, L., Rascón, M., Alcántara, H. y Soriano, A. (18 de marzo de 2021). *Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental*. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México. Recuperado el 2014.

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252014000500011](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500011)

Del Carmen, M. (2020). *Relaciones de familia en pacientes con esquizofrenia*. Universidad de Santiago de Cali. Colombia

Estrada, L. (2012). *El ciclo vital de la familia*. Editorial Random House Mondadori. México

Feixas, G., Muñoz, D. y Montesano, A. (2016). *El Modelo Sistémico en la intervención familiar*. Universidad de Barcelona. Barcelona, España

Gimeno, A., Espinal, I y González, F. (2006). *El Enfoque Sistémico En Los Estudios Sobre La Familia*. Universidad Autonoma de Santo Domingo. Facultad de psicología. Rep. Dominicana

Gil, W. (2017). *Influencia de la familia en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia bajo el modelo de Salud Mental Comunitario del Centro de Salud Mental Comunitario Alto Libertad, Cerro Colorado*. Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa, Perú





- Gil, M. (2007). *La familia, claves para una correcta gestión de las personas y situaciones familiares*. Editorial Amat. Barcelona, España
- Gutiérrez, J., Caqueo, A., y Ferrer, M. (2006). *Esquizotipia en familiares de pacientes con esquizofrenia en una muestra latinoamericana*. *Psicothema* [Archivo PDF] <http://www.psicothema.com/pdf/3234.pdf>
- Hernández, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativas, cualitativas y mixta*. Editorial Mc Graw Hill Education. Ciudad de México, México
- Hidalgo, I. (2020). *Funcionamiento familiar percibido e ideal en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia de un hospital general de la región Junín*. Universidad Nacional Federico Villareal de Junín. Perú
- Hospital Hermilio Valdizán (2020). *Boletín epidemiológico, abril 2020*. Ministerio de Salud. Lima, Perú
- Jurado, C. (8 de febrero de 2021). *Funcionamiento familiar y claridad del autoconcepto en estudiantes de una Universidad pública de Lima Metropolitana*. Universidad Nacional Federico Villareal. Lima, Perú. Recuperada el 2018. [http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3220/UNFV\\_JURADO\\_DE\\_LGADO\\_CAROL\\_STEPHANY\\_T%C3%8DTULO\\_PROFESIONAL\\_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3220/UNFV_JURADO_DE_LGADO_CAROL_STEPHANY_T%C3%8DTULO_PROFESIONAL_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Mancellani, M. (2001). *La terapia con la familia. Un enfoque interaccional*. Ediciones Paidós Ibérica. Barcelona
- Martínez, P. (2003). *Evaluación Psicológica y psicopatológica de la familia*. Segunda edición. Madrid, España
- Masedo, A. (2021). *La psicopatología de la esquizofrenia*. Universidad de Málaga. España



- Martínez, A., Iraurgi, I. y Sanz, M. (2006). Validez estructural del FACES-20Esp: Versión española de 20 ítems de la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar. [Archivo PDF]. <https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645441009.pdf>
- Martínez, A. (20 de marzo de 2021). *Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español*. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760207>
- Merino, H. y Pereira, M. (1990). Familia y esquizofrenia: Una revisión desde el punto de vista de la interacción familiar. Universidad de Santiago. Chile
- Ministerio de salud (2016). *Salud Mental Comunitaria*. Nuevo modelo de atención. Boletín de gestión. Dirección de Salud Mental. Perú
- Minuchin, S. (1986). *Familias y terapia familiar*. México, Gedisa. [Archivo PDF]. <https://www.cphbidean.net/wp-content/uploads/2017/11/Salvador-Minuchin-Familias-y-terapia-familiar.pdf>
- Ortiz, D. (2008). *La terapia Familiar Sistémica*. Universidad Politécnica Salesiana. Perú, Quito
- Gómez, E. y Villa, V. (2013). *Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización*. Universidad Autonoma del Estado de Morelos. México
- Organización Mundial de Salud (21 de junio 2022). *Esquizofrenia*. Recuperado el 2022. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Organización Mundial de Salud (2013). *Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020*. OMS. Impreso en Ginebra, Suiza
- Ocampo, M. (2017). El ciclo de la experiencia en un paciente esquizofrénico, una visión Gestalt. Universidad Iberoamericana. Puebla, México



- Organización Panamericana de la Salud. (2003). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Washington, D.C., Estados Unidos de América
- Rabazo, M., Masa Moreno, S. y Vicente, F. (14 de abril de 2021). *Relación entre la sintomatología en la esquizofrenia y la teoría de la mente*. Universidad de Extremadura. Badajoz, España. Recuperado el 2010 <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832324066.pdf>
- Rascón, M. (2014). Necesidades de los familiares de pacientes con esquizofrenia en situaciones de crisis. Universidad Nacional Autónoma de México. México
- Rangel, M. (2019). *El tratamiento familiar sistémico en la esquizofrenia*. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, España
- Olson, D., Sprenkle, D. y Russell, C. (20 de marzo de 2021). Modelo Circumplejo de Sistemas Maritales y Familiares: Dimensiones de Cohesión y Adaptabilidad, Tipos de Familia y Aplicaciones Clínicas. Recuperado en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1545-5300.1979.00003.x?sid=nlm%3Apubmed>
- Roche, R. (2006). *Psicología de la pareja y de la familia. Análisis y optimización*. Hospital Psiquiátrico de La Habana. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, España
- Valdivia, L. (2017). Tipos de familia y estilos de afrontamiento del estrés en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II”. Universidad Alas Peruanas. Cusco, Perú
- Santos, J. y Costa, V. (15 de marzo 2021). *Encontrar una manera de ser esquizofrénico. Arte y técnica en la terapia Gestalt*. Revista de Abordaje Gestáltica. Dialnet. Recuperado el 2016. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5562255>



Schmidt, V. (20 de diciembre de 2020). *Escala de evaluación del funcionamiento familiar*

*FACES III. ¿Modelo de dos o tres factores?* Psychological Writings.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=271019811003>

Shazer, S. (1996). *Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque ecosistémico. Paidós terapia familiar.* España

Sluzki, C. (2000). *Si me amas, no me ames. Psicoterapia con enfoque sistémico.* Editorial

Gedisa. España, Barcelona.



## APÉNDICES



A. Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Objetivos específicos	Variable	Metodología	Diseño de investigación
¿Qué nivel de funcionalidad familiar se presenta en pacientes con esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, 2021?	Describir el nivel del funcionamiento familiar en pacientes con esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, 2021.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar el nivel de dimensión de cohesión familiar en pacientes con esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, 2021</li> <li>- Identificar el nivel de dimensión de adaptabilidad familiar en pacientes con esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, 2021</li> <li>- Identificar el tipo de familia respecto a la dimensión de cohesión familiar en pacientes con esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, 2021</li> <li>- Identificar el tipo de familia respecto a la dimensión de adaptabilidad en pacientes con esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, 2021</li> <li>- Identificar el tipo de funcionalidad familiar en pacientes con esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, 2021</li> <li>- Identificar el tipo de funcionalidad familiar en la familia de pacientes con esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, 2021</li> </ul>	<p>V: Funcionalidad familiar</p> <p>Población: Pacientes con esquizofrenia y familiares</p>	<p>Tipo de investigación: Descriptiva</p> <p>Diseño de investigación: Cuantitativa</p> <p>Técnicas de recolección de datos: -Aplicación de cuestionario -Observación -Base de datos</p>	<p>La investigación tiene un diseño explicativo ya que se hará una primera etapa de recolección de datos cuantitativos, para finalmente interpretar los resultados. (Hernández-Sampieri, R. &amp; Mendoza, C., 2018)</p> <p>M-----O</p> <p>Donde: M = Pacientes con esquizofrenia y familiares O=Funcionalidad familiar</p>

*Nota.* Matriz de consistencia del estudio, funcionalidad familiar en pacientes con esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago,2021.



**B. Matriz de instrumentos**

<b>Instrumento</b>	<b>Subescalas / Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>	<b>Valoración</b>
Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS)	Escala Positiva	Los delirios, la excitación, el desorden conceptual, la conducta alucinatoria, la grandiosidad, la suspicacia y el perjuicio, la hostilidad	7 ítems	Ausente Mínimo Ligero Moderado Moderado severo Severo Extremo
	Escala Negativa	El embotamiento afectivo, la retracción emocional, la pobre relación, la retracción, la apatía pasiva, la dificultad de pensamiento abstracto, la falta de espontaneidad y la fluidez de la conversación y el pensamiento estereotipado	7 ítems	
	Índice compuesto		EP + EN	
	Psicopatología General	Las preocupaciones somáticas, la ansiedad, los sentimientos de culpa, la tensión motriz, el manierismo y las posturas, la depresión, el retardo motriz, la falta de subvención, los inusuales contenidos del pensamiento, la desorientación, la atención deficiente, la ausencia de juicio e introspección, los trastornos de la volición, el poco control de impulsos, la preocupación y la evitación social activa	16 ítems	
Funcionalidad Familiar (FACES III)	Cohesión familiar	La vinculación emocional, el apoyo, los límites familiares, el tiempo y los amigos, los intereses y la recreación	11,19,1,17,5,7,3,9,13,15	Alto Medio Bajo
	Adaptabilidad familiar	El liderazgo, los roles, la disciplina, el control y reglas	6,18,4,10,2,12,8,14,16,20	



### C. Autorización para realizar investigación en el Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago

	<b>Gobierno Regional CUSCO</b>	<b>Dirección Regional de Salud Cusco</b>	<b>Red de Servicios de Salud Cusco Norte</b>	<b>Oficina de Gestión del Recurso</b>	<b>Oficina de Capacitación</b>	
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------	--------------------------------	--

"CUSCO CAPITAL HISTÓRICA DEL PERU"  
"AÑO DEL BICENTENARIO 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA DEL PERU"

CUSCO, 19 FEB 2021  
OFICIO N° 141 -2021 GRC - DRSC-D-RSSCN-UGDRRH/CAPACITACION

BACH. YENNIFER NICOLE HENCKE SORIA.

**ASUNTO: AUTORIZA REALIZAR INVESTIGACION EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL DE SANTIAGO.**

REFERENCIA: SOLICITUD CON N° DE EXPEDIENTE 820 DEL 20.01.2021.

Mediante el presente, me dirijo a usted, para manifestarle, que se ha revisado el PROYECTO DE INVESTIGACION "FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MENTAL DE SANTIAGO 2021, en base a lo que, se valora como muy importante, el Problema de la Investigación.

Por consiguiente, se autoriza la realización de la investigación mencionado, para lo cual, deberá poner en conocimiento del presente al Jefe del Centro de Salud Mental de Santiago.

A la vez, se le insta a que, en cuanto se culmine dicho trabajo, se socialice en el Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, los resultados de la investigación, con la finalidad de aplicar en el campo de la práctica, los conocimientos a los que se haya podido llegar, ya que será de mucha utilidad en nuestra institución, siendo esta, una de las finalidades de la investigación.

Atentamente,

**M.C. Anibal Nieto Rueda**  
C.M.P. 30648 RHE, 26790  
DIRECTOR EJECUTIVO

JR. 21 DE MAYO S/N-BELENPAMPA, SANTIAGO-CUSCO  
TEL. Fax: 084-246058  
www.redcusconorte.gob.pe - epicusconorte@renace.dge.gob.pe

Elaboración: Salud





Gobierno Regional CUSCO

Dirección Regional de Salud Cusco

Red de Servicios de Salud Cusco Norte

Oficina de Gestión del Recurso

Oficina de Capacitación



"CUSCO CAPITAL HISTORICA DEL PERU" " AÑO DEL BICENTENARIO 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA DEL PERU"

CUSCO 19 FEB 2021

OFICIO N° 141 -2021 GRC - DRSC-D-RSSCN-UGDRRH/CAPACITACION

BACH. YENNIFER NICOLE HENCKE SORIA.

ASUNTO: AUTORIZA REALIZAR INVESTIGACION EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL DE SANTIAGO.

REFERENCIA: SOLICITUD CON N° DE EXPEDIENTE 820 DEL 20.01.2021.

Mediante el presente, me dirijo a usted, para manifestarle, que se ha revisado el PROYECTO DE INVESTIGACION "FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MENTAL DE SANTIAGO 2021, en base a lo que, se valora como muy importante, el Problema de la Investigación.

Por consiguiente, se autoriza la realización de la investigación mencionado, para lo cual, deberá poner en conocimiento del presente al Jefe del Centro de Salud Mental de Santiago.

A la vez, se le insta a que, en cuanto se culmine dicho trabajo, se socialice en el Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, los resultados de la investigación, con la finalidad de aplicar en el campo de la práctica, los conocimientos a los que se haya podido llegar, ya que será de mucha utilidad en nuestra institución, siendo esta, una de las finalidades de la investigación.

Atentamente.

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
Dirección Regional de Salud Cusco
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE
M.C. Anibal Nieto Rueda
CNP, 30648 RDE, 36790
DIRECTOR EJECUTIVO




Handwritten signature and date: 11:33am, 23/02/2021

JR. 21 DE MAYO S/N-BELENPAMPA-SANTIAGO-CUSCO
TELF. Fax: 084 -245058
www.redcusconorte.gob.pe - epicusconorte@renace.dje.gob.pe



## D. Carta de aceptación

 **DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO** **RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE** **C.S.M.C. SANTIAGO** 

"Año del Bicentenario del Perú:  
200 años de Independencia"

**CARTA DE ACEPTACION**

CUSCO, JUNIO DEL 2021

BACH. YENNIFER NICOLEHENCKESORIA

PRESENTE.-


Ref. Oficio N°141-2021 GRC-DRSC-DRSSCN-UGDRRH/CAPACITACION.

De nuestra mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarla cordialmente y mediante el presente para manifestar que según oficio emitido para realizar la investigación en el CSMC-SANTIAGO. Se AUTORIZA A SU PERSONA, QUE REALICE SU INVESTIGACION "FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON EZQUIZOFRENIA".

Sin otro particular, es propicia la presente para hacerle llegar mis consideraciones más distinguidas.

Atentamente.

MINISTERIO DE SALUD  
CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE  
Mg. Erickson G. Valverde Castro  
Jefe de Centro de Salud

---

CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO SANTIAGO  
AV. REVERENDO PADRE MANYA  
PARADERO DE PASO QUILLABAMBA  
TELF: 084 386029

  
CENTRO DE PASOS MENTALES  
COMUNITARIOS  
SANTIAGO



**E. Consentimiento Informado**

**UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PACIENTE PARTICIPANTE**

Fecha \_\_\_\_\_

Yo: \_\_\_\_\_, paciente que acude al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, de \_\_\_ años de edad. La Bachiller en Psicología de la Universidad Andina del Cusco, Yennyfer Nicole Hencke Soria, ha invitado a participar de un trabajo de investigación llamado "Funcionalidad familiar en pacientes con esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, 2021".

Manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información que se me dio, he podido aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarlo. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

SI  NO. Autorizo a que se realice la aplicación de encuestas en mi persona.

SI  NO. Autorizo la conservación y utilización de los datos personales y los resultados correspondientes a mi persona

SI  NO. Autorizo la utilización de pruebas estadísticas de los datos obtenidos con fines de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: márquese con un aspa)

\_\_\_\_\_  
Firma y/o huella del participante



**UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL FAMILIAR PARTICIPANTE**

Fecha \_\_\_\_\_

Yo: \_\_\_\_\_, familiar o cuidador principal de \_\_\_\_\_, paciente que acude al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, de \_\_\_ años de edad. La Bachiller en Psicología de la Universidad Andina del Cusco, Yennyfer Nicole Hencke Soria, ha invitado a participar de un trabajo de investigación llamado "Funcionalidad familiar en pacientes con esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, 2021".

Manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información que se me dio, he podido aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarlo. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

SI  NO. Autorizo a que se realice la aplicación de encuestas en mi persona.

SI  NO. Autorizo la conservación y utilización de los datos personales y los resultados correspondientes a mi persona

SI  NO. Autorizo la utilización de pruebas estadísticas de los datos obtenidos con fines de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: márquese con un aspa)

---

Firma y/o huella del participante



F. Instrumentos de recolección de datos

Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar FACES III

Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar FACES III (David H. Olson, Joyce Portner y Yoav Lavee, 1985)

FACES III

Edad: ..... Sexo: (F) (M) Estado civil: .....

Grado de instrucción: .....

Ocupación: .....

Esta encuesta es de carácter ANÓNIMO, la misma que tiene como finalidad identificar el Funcionamiento Familiar tanto en Cohesión y Adaptabilidad. Los resultados de la misma serán usados únicamente con fines Investigativos. Después de haber leído cada frase, coloque una X en el casillero que mejor describa COMO ES SU FAMILIA. Es muy importante que responda a todas las frases con sinceridad. Muchas Gracias.

Instrucción: A continuación, encontrarás una serie de afirmaciones acerca de cómo son las familias. Lea cada afirmación y marque con una (X) solo una alternativa que refleje cómo vive su familia, ninguna de las frases es falsa y verdadera, pues varía según la familia.

- 1 = Nunca (N) 4 = Casi siempre (CS)
2 = Casi nunca (CN) 5 = Siempre (S)
3 = A veces (AV)

Table with 6 columns: Pregunta, N, CN, AV, CS, S. It contains 4 rows of survey questions related to family cohesion and adaptability.



normas y obligaciones.					
5. Nos gusta hacer cosas solo con nuestra familia (con la que vives).					
6. Diferentes miembros de tu familia actúan en ella como líderes.					
7. Los miembros de tu familia se sienten más cerca entre sí, que con personas externas de la familia.					
8. En nuestra familia hacemos cambios en la forma de realizar los quehaceres cotidianos.					
9. A los miembros de tu familia les gusta pasar juntos su tiempo libre.					
10. Padres e hijos dialogan juntos las sanciones.					
11. Los miembros de tu familia se sienten muy cerca unos de otros.					
12. Los hijos toman las decisiones en tu familia.					
13. Cuando en tu familia se comparten actividades, todos están presentes.					
14. En tu familia las normas pueden cambiarse.					
15. Fácilmente se les ocurren cosas que pueden hacer en familia.					
16. Se turnan las responsabilidades de la casa.					
17. Los miembros de tu familia se consultan entre sí sus decisiones.					
18. Es difícil identificar quién es o quiénes son líderes en tu familia.					
19. La unión familiar es muy importante.					
20. En mi familia es difícil decir quien hace cada tarea del hogar.					



## Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS)

### Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS)

#### RESUMEN DE PUNTUACIONES

Escala Positiva (PANSS-P)								
1. Delirios	1	2	3	4	5	6	7	
2. Desorganización Conceptual	1	2	3	4	5	6	7	
3. Alucinaciones	1	2	3	4	5	6	7	
4. Excitación	1	2	3	4	5	6	7	
5. Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7	
6. Susplicacia/ perjuicio	1	2	3	4	5	6	7	
7. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7	
<b>Total PANSS-P</b>								
Escala Negativa (PANSS-N)								
1. Embotamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7	
2. Retraimiento emocional	1	2	3	4	5	6	7	
3. Contacto pobre	1	2	3	4	5	6	7	
4. Retraimiento social	1	2	3	4	5	6	7	
5. Pensamiento abstracto	1	2	3	4	5	6	7	
6. Fluidez de la conversación	1	2	3	4	5	6	7	
7. Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7	
<b>Total PANSS-N</b>								
<b>Índice compuesto (Total PANSS-P) – (Total PANSS-N)</b>								
Psicopatología General (PANSS-PG)								
1. Preocupación somática	1	2	3	4	5	6	7	
2. Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7	
3. Sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7	
4. Tensión motora	1	2	3	4	5	6	7	
5. Manierismo / posturas	1	2	3	4	5	6	7	
6. Depresión	1	2	3	4	5	6	7	
7. Enlentecimiento motor	1	2	3	4	5	6	7	
8. Falta de colaboración	1	2	3	4	5	6	7	



9. Pensamientos inusuales	1	2	3	4	5	6	7
10. Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
11. Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
12. Ausencia de insight	1	2	3	4	5	6	7
13. Trastornos de la volición	1	2	3	4	5	6	7
14. Control deficiente de los impulsos	1	2	3	4	5	6	7
15. Ensimismamiento	1	2	3	4	5	6	7
16. Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7
<b>Total PANSS-PG</b>							

### RESULTADOS

*SINDROME POSITIVO:* \_\_\_\_\_ *PUNTOS* \_\_\_\_\_ *PERCENTIL*

*SINDROME NEGATIVO:* \_\_\_\_\_ *PUNTOS* \_\_\_\_\_ *PERCENTIL*

*INDICE COMPUESTO:* \_\_\_\_\_ *PUNTOS* \_\_\_\_\_ *PERCENTIL*

*PSICOPATOLOGIA GENERAL:* \_\_\_\_\_ *PUNTOS* \_\_\_\_\_ *PERCENTIL*

*SISTEMA RESTRICTIVO:* \_\_\_\_\_

*SISTEMA INCLUSIVO:* \_\_\_\_\_