



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN USUARIOS VARONES CON DIAGNOSTICO
DE ESQUIZOFRENIA: CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO, 2025**

Línea de investigación:
Salud mental

Tesis para optar el Título de Especialista en Terapia Familiar Sistémica

Autora

Vega Jara, Lidia Erika

Asesor

Jurado Falconi, Eulalia

ORCID: 0000-0002-6418-0405

Jurado

Durand Espejo, Leonor Alcira

Acosta de Mantilla, Flora Nelida

Otoya Ramirez, Hilda Rosa

Lima - Perú

2025

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN USUARIOS VARONES CON
DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA: CENTRO DE SALUD
MENTAL COMUNITARIO, 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

23%

INDICE DE SIMILITUD

21%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

10%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

hdl.handle.net

Fuente de Internet

3%

2

Submitted to Universidad Nacional Federico
Villarreal

Trabajo del estudiante

2%

3

andina.pe

Fuente de Internet

1%

4

repositorio.unfv.edu.pe

Fuente de Internet

1%

5

Valente, Ana Rita Maia. "Parentalidade
nómada e ajustamento psicossocial dos
filhos", Universidade Fernando Pessoa
(Portugal), 2024

Publicación

1%

6

www.coursehero.com

Fuente de Internet

1%

7

Submitted to Universidad Catolica Los
Angeles de Chimbote

Trabajo del estudiante

1%

8

pt.scribd.com

Fuente de Internet

1%

9

docplayer.es

Fuente de Internet

1%

10

dspace.unl.edu.ec

Fuente de Internet

<1%



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN USUARIOS VARONES CON DIAGNOSTICO
DE ESQUIZOFRENIA: CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO, 2025

Línea de investigación:

Salud mental

Tesis para optar el Titulo de Especialista en Terapia Familiar Sistémica

Autora:

Vega Jara, Lidia Erika

Asesora:

Jurado Falconi, Eulalia

ORCID: 0000-0002-6418-0405

Jurado:

Durand Espejo, Leonor Alcira

Acosta de Mantilla, Flora Nelida

Otoya Ramirez, Hilda Rosa

Lima – Perú

2025

Dedicatoria

A Dios, por brindarme la oportunidad de conocer las herramientas para un mejor quehacer profesional. A mis padres, Margarita y Felipe, por su siempre apoyo incondicional.

Agradecimientos

Al Centro de Salud Mental Comunitario Carabayllo, por brindarme las facilidades para realizar mi investigación. A todos los profesionales amigos que me apoyaron con sus conocimientos, para hacer mi camino más ligero.

A la Universidad Nacional Federico Villarreal, por brindarme excelencia en la asesoría, la cual con paciencia y mucho conocimiento, me condujo hacia el logro de mi meta académica.

INDICE

RESUMEN	IX
ABSTRACT	X
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Descripción y formulación del problema	1
1.2. Antecedentes	6
1.3. Objetivos	9
1.3.1. <i>Objetivo general</i>	9
1.3.2. <i>Objetivos específicos</i>	10
1.4. Justificación	10
1.5. Hipótesis	11
1.5.1. <i>Hipótesis general</i>	11
1.5.2. <i>Hipótesis específicas</i>	11
II. MARCO TEÓRICO	12
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación	12
2.1.1. <i>Teoría de los sistemas familiares de Murray Bowen</i>	12
2.1.2. <i>Teoría del intercambio social desde la perspectiva de Homans</i>	13
2.1.3. <i>Enfoque estructural</i>	14
2.1.4. <i>Enfoque del Funcionamiento Familiar</i>	16
2.1.5. <i>Modelo Circumplejo de Olson</i>	18
2.1.6. <i>Tipos de familia desde la cohesión</i>	19
2.1.7. <i>Tipos de familia desde la adaptabilidad</i>	19
2.1.8. <i>Tipología familiar según cohesión y adaptabilidad</i>	20
2.1.9. <i>Diagnóstico de esquizofrenia</i>	21
2.1.10. <i>Hacia una teoría de la esquizofrenia</i>	23
2.1.11. <i>Factores que influyen en el tratamiento: estigma</i>	24
2.2. Marco normativo	26
2.3. Marco conceptual	27
III. MÉTODO	28

3.1.	Tipo de investigación	28
3.2.	Ámbito temporal y espacial	28
3.3.	Variables	28
3.4.	Población y muestra	29
3.4.1.	<i>Población de estudio</i>	29
3.4.2.	<i>Muestra</i>	29
3.4.3.	<i>Criterios de inclusión</i>	29
3.4.4.	<i>Criterios de exclusión</i>	30
3.5.	Instrumentos	30
3.6.	Procedimientos	32
3.7.	Análisis de datos	33
3.8.	Consideraciones éticas	33
I.V.	RESULTADOS	34
4.1.	Caracterización de los adultos	34
4.2.	Características de la cohesión familiar de la muestra	38
4.3.	Características de la Adaptabilidad familiar de la muestra	41
4.4.	Cruce de tablas	45
4.5.	Prueba de hipótesis	47
4.5.1.	<i>Grado de cohesión de las familias</i>	47
4.5.2.	<i>Grado de adaptabilidad de las familias</i>	47
V.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	49
VI.	CONCLUSIONES	53
VII.	RECOMENDACIONES	54
VIII.	REFERENCIAS	55
IX.	ANEXOS	62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Escala de valoración de las respuestas del cuestionario de tipo Likert.....	30
Tabla 2 Escala de valoración de las respuestas por variables.....	31
Tabla 3 Confiabilidad del instrumento.....	32
Tabla 4 Participantes en la investigación.....	35
Tabla 5 Usuarios según edad.....	36
Tabla 6 Clasificación socioeconómica.....	36
Tabla 7 Miembros de la familia.....	37
Tabla 8 Participación en club psicosocial.....	37
Tabla 9 Funcionamiento familiar según cohesión.....	38
Tabla 10 Pregunta 17.....	38
Tabla 11 Pregunta 7: familia separada y desligada.....	39
Tabla 12 Tipología en cohesión, según participantes en club psicosocial.....	40
Tabla 13 Funcionamiento familiar según adaptabilidad.....	41
Tabla 14 Miembros de familia, según tipología en la adaptabilidad.....	42
Tabla 15 Pregunta 8.....	43
Tabla 16 Pregunta 16.....	43
Tabla 17 Pregunta 20.....	44
Tabla 18 Tipología en adaptabilidad, según participantes en club psicosocial.....	44
Tabla 19 Cohesion y Adaptabilidad.....	45
Tabla 20 Prueba Chi-cuadrado.....	45
Tabla 21 Correlación de la variable.....	46
Tabla 22 Cohesión: Estadística para una muestra.....	47

Tabla 23 Cohesión: Prueba para una muestra.....	47
Tabla 24 Adaptabilidad: Estadística para una muestra.....	48
Tabla 25 Adaptabilidad: Prueba para una muestra.....	48

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Distribución de la muestra según inicio de atención.....	34
Figura 2 Número de atenciones según diagnósticos 2023-2024.....	35
Figura 3 Miembros de familia, según tipología en la cohesión.....	39
Figura 4 Pregunta 17: familia separada y desligada.....	40
Figura 5 Pregunta 18.....	42

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo analizar las características que presenta el funcionamiento familiar de los adultos varones de 18 a 25 años con diagnóstico de esquizofrenia. Caso usuarios de un centro de salud mental comunitario de Lima Norte 2025. La técnica empleada fue una encuesta a una muestra compuesta por 14 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia; se empleó como cuestionario el FACES III desde la forma real, cuya consistencia fue alta, con un alfa de Cronbach de 0.813 puntos, mostrando que es confiable. La mayoría de la población, al 36%, tiene 25 años; el 79% es entre pobre y pobre externo, el 57% está conformado por papá, mamá y hermanos, el 29% participa en el club psicosocial. Desde la cohesión, el 43% de familias es de tipo separada, mientras que desde la adaptabilidad el 53% es de tipo caótica. El tipo de familia que predomina es caóticamente separada, de rango medio, es decir, semifuncional.

Palabras clave: Funcionamiento familiar, esquizofrenia, estigma

ABSTRACT

The objective of this research was to analyze the characteristics of family functioning in male adults aged 18 to 25 diagnosed with schizophrenia. Case users of a community mental health center in North Lima 2025. The technique used was a survey of a sample composed of 14 patients diagnosed with schizophrenia; the FACES III questionnaire in its real form was employed, which showed high consistency, with a Cronbach's alpha of 0.813 points, indicating that it is reliable. The majority of the population, 36%, is 25 years old; 79% are between poor and externally poor, 57% are composed of dad, mom, and siblings, and 29% participate in the psychosocial club. From the perspective of cohesion, 43% of families are of the separated type, while from the perspective of adaptability, 53% are of the chaotic type. The predominant type of family is chaotically separated, of medium range, that is, semi-functional.

Keywords: Family functioning, schizophrenia, stigma

I. INTRODUCCIÓN

En el siglo XXI, la familia es la institución social esencial hacia la modernización, fundamentada en el principio del empoderamiento de sus niños a través de un diálogo franco y el saber escuchar.

1.1. Descripción y formulación del problema

En el año 2023, los establecimientos del Ministerio de Salud atendieron 85 497 casos de esquizofrenia, siendo 57.38% varones y 42.62% mujeres (Ministerio de Salud [MINSA], 2024). A inicio del 2022, el Hospital Guillermo Almenara atendió a 1664 usuarios con diagnóstico de esquizofrenia, lo cual representa un incremento del 15% en relación al mismo periodo en el año anterior (Diario El Peruano, 2022). Por su parte, el Hospital Hermilio Valdizán (2021), a inicios del año 2021, realizó 4674 consultas externas, entre las que el diagnóstico más frecuente, al 28.80%, fue de esquizofrenia. Igualmente, de los 44 casos nuevos en el servicio de hospitalización, 13 correspondieron al diagnóstico de esquizofrenia. A mayo del 2024, la ONG Socios en Salud (SES, 2024), para su proyecto Many Voices, precisó la participación de 307 personas con diagnóstico de esquizofrenia, atendidos en un Centro de salud mental comunitario (CSMC).

Estas cifras nos indican el incremento de casos de diagnóstico de esquizofrenia en los últimos años, principalmente en varones, tanto en consulta externa como en hospitalización, en comparación a otros diagnósticos de salud mental.

La ONG Socios en Salud, mediante su programa Salud Mental (SAME), inició en el 2019 el proyecto Many Voices en el CSMC Carabayllo. En este proyecto, el usuario pasa por una evaluación de su cumplimiento con el tratamiento. Luego, se le asigna un agente comunitario para monitoreo en el domicilio. Con el proyecto, las personas viviendo con esquizofrenia han

potenciado sus habilidades sociales, establecido relaciones amigables y han lidiado con el estigma (SES, 2024). Por ello, en el marco del programa de cuidado de los CSMC, que se refleja en la normativa técnica de salud mental, se aborda el contexto familiar mediante intervenciones con los miembros de la familia, con el objetivo de potenciar la calidad de vida y la salud mental de la familia y la comunidad (Ministerio de Salud [MINSA], 2017).

En ese sentido, el cuidado del entorno familiar es crucial para la salud mental del individuo y por el cual, a través del presente trabajo, se pretende contribuir con el estudio de su funcionamiento familiar.

Así, desde el quehacer profesional del Trabajo Social con familias y usuarios con diagnóstico de esquizofrenia, en un CSMC de Lima Norte, se ha observado que son familias de escasos recursos económicos y, en casos extremos, no cuentan con apoyo externo, solo con lo que brinda el cuidador o responsable. El responsable es el único familiar con el que cuenta el usuario, el cual debe ingeniárselas para generar ingresos y al mismo tiempo estar a su cuidado. Frente a la escasa red de apoyo familiar que presentan algunos usuarios, también es preciso señalar su lucha frente a algún segmento de la sociedad que estigmatiza, desde cuando suben a una mototaxi para trasladarse a su centro de salud y ser señalados con la expresión “ahí donde se atienden los loquitos”. Experimentan el impacto del estigma; al respecto, Goffman (2006) la contextualiza como “un atributo profundamente desacreditador” (p.13) socialmente elaborado.

Experimentan vergüenza, humillación, deserción laboral, alejamiento de las actividades con los pares y retraimiento en sus relaciones con los demás. Aprenden que para buscar trabajo tienen que esconder sus antecedentes psiquiátricos y mentir a la pareja sobre su salud mental y, en algunos casos, la familia y el propio usuario rechazan el diagnóstico y con ello recibir tratamiento. En consecuencia, el estigma está presente de manera contraproducente para lograr la recuperación

del usuario. Al respecto, Goffman (2006) refiere que el rasgo central de una situación estigmatizante está referido a la aceptación que no logra brindarle el entorno en su totalidad, anulando incluso su propia percepción, de la cual se hace eco. Empieza a creer que no es capaz de retomar los estudios o de darle continuidad a su proyecto de vida o que no puede asumir un trabajo, llegando a no buscarlo o a recurrir a los servicios sociales por ayuda con un empleo de corte social.

El estigma afecta no solo al individuo, sino también a su entorno más cercano, al familiar responsable, que también es víctima del radio del estigma. Al respecto, la teoría general de los sistemas menciona la interdependencia de los miembros del sistema, respecto a los fenómenos sociales, humanos y culturales; es decir, la influencia del ambiente social sobre los estereotipos estigmatizantes sobre la esquizofrenia, que golpean también a la familia o cuidador responsable. En ese sentido, León (2005) lanza una reflexión: “Debemos oponer a la figura estigmatizante de una enfermedad incurable la de una disfunción controlable” (p.35). De esto desprendemos que, mayoritariamente, al diagnóstico de esquizofrenia acompaña el término crónico en alusión a una enfermedad que acompañará de por vida, en desmedro del término controlable, pues con tratamiento puede continuar con el proyecto de vida; es decir, se presenta el vaso medio vacío que el vaso medio lleno.

Por otro lado, desde el punto de vista del funcionamiento familiar, se ha observado en la población de estudio descontento por uno o por varios miembros de la familia, que no le comprenden, que le levantan la voz, que ignoran y no contribuyen a su recuperación, sino que, por el contrario, le provocan ansiedad, angustia, no pertenencia al grupo familiar y limitan su crecimiento personal, entre otros. Caso contrario, en el familiar, se ha observado preocupación por saber más del diagnóstico y responder a los requerimientos del usuario en casa o cuando no se

encuentran en el centro de salud, cerca del personal. Esta situación paradójica, en donde el usuario manifiesta no sentirse querido por un lado y por el otro la preocupación del familiar inadvertida por el usuario, nos hace pensar que algo está fallando en el funcionamiento familiar, que en la convivencia del día a día surgen conflictos y la retroalimentación; los mensajes de ida y vuelta no se están realizando de manera clara y a la vez nos da la esperanza el interés implícito por un funcionamiento familiar en ambas partes presente, haciéndose necesario dotar a la familia de ayuda profesional para el ordenamiento de su estructura: jerarquías, límites, roles, reglas, coherencia en la comunicación digital y analógica, etc. así también como es importante y parte del autocuidado, proveer información sobre el diagnóstico. De esta manera, el ordenamiento en el funcionamiento familiar constituye un aspecto fundamental en el proceso de recuperación del usuario; para ello es menester prioritariamente describir de qué manera se está dando la funcionalidad familiar: cohesión y adaptabilidad.

Para ello, en el presente trabajo, delimita a la población de estudio en el grupo etario de usuarios varones de 18 a 25 años -con diagnóstico de esquizofrenia-. Respecto a ello, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014) refiere que los síntomas psicóticos de la esquizofrenia suelen manifestarse entre la etapa tardía de la adolescencia, teniendo como pico de inicio para los varones en la primera mitad de la veintena. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) menciona que la esquizofrenia suele presentarse al final de la adolescencia o entre los 20 y los 30 años de edad, y en los hombres suele manifestarse antes que en las mujeres. Bajo el mismo norte, Kaplan y Sadock (2018) refieren: “La edad durante la cual suele iniciarse la enfermedad es entre los 10 y los 25 años en los hombres” (pp.78-79). Es decir, en la mayoría de los casos, los síntomas psicóticos de la esquizofrenia están presentes ya a los 25 años en el caso de los varones, incluso en un rango pico, y como inicio mayoritariamente en la adolescencia tardía.

Colabora con la presente investigación el Centro de Salud Mental Comunitario “Carabayllo”, ubicado en el distrito del mismo nombre “Carabayllo”, el cual cuenta con una población total estimada de 431,555 habitantes (Ministerio de Salud [MINSA], 2018). Es el distrito más extenso de la provincia de Lima y fue creado el 4 de agosto de 1821 (Municipalidad Distrital de Carabayllo, s.f.). Cuenta con una población de origen migrante (Movimiento Regional por la Tierra, 2017). En la actualidad, Carabayllo sigue siendo uno de los distritos favoritos para los migrantes, debido a su zona periurbana; es decir, cuenta con zona agrícola y urbanizada que da cabida a la siembra y cosecha, vivienda y construcción, respectivamente. La mayoría de la población, respecto a su nivel socioeconómico, es pobre; teniendo como principal actividad el comercio, seguido de construcción, y es uno de los pocos distritos de Lima que conserva como actividad la agricultura. Una de las problemáticas que afronta el distrito es la falta de vivienda, por lo que en la mayoría de los asentamientos humanos las viviendas son emergentes. Cuenta con vías de fácil acceso y conectadas con otros distritos (Flores y Gargate, 2023).

Cuenta con 2 establecimientos de salud mental comunitario, CSMC Carabayllo y CSMC Asiri (Sonrisa), con 9 y 6 años de inicio de atención respectivamente y con una cobertura general de 100 000 habitantes por establecimiento (MINSA, 2017).

En la bibliografía revisada a nivel internacional y nacional, se han encontrado investigaciones realizadas con usuarios con diagnóstico de esquizofrenia orientadas al cuidador, adherencia al tratamiento, modelo comunitario, así como trabajos sobre funcionalidad familiar desde la dimensión de cohesión y adaptabilidad del Faces III con diversas poblaciones; sin embargo, no se tiene información de la existencia de trabajos realizados sobre funcionamiento familiar con usuarios con diagnóstico de esquizofrenia en un centro de salud mental comunitario de Lima Norte, cuya finalidad, según norma técnica de salud, es: “Contribuir a mejorar la salud

mental y la calidad de vida de su población asignada y en particular de las personas con trastornos mentales y/o problemas psicosociales, sus familias y su comunidad (...)” (MINSA, 2017, p. 11).

Es así que el presente trabajo tiene como objetivo general: Analizar las características que presenta el funcionamiento familiar de los adultos varones de 18 a 25 años con diagnóstico de esquizofrenia. Caso usuarios de un centro de salud mental comunitario de Lima Norte 2025.

Frente a esta realidad, se formula la siguiente interrogante:

Pregunta principal

¿Qué características presenta el funcionamiento familiar de los adultos varones de 18 a 25 años con diagnóstico de esquizofrenia?

Preguntas específicas

¿Cómo influye la cohesión de los miembros de la familia en el funcionamiento familiar?

¿Qué relación existe entre la adaptabilidad y el funcionamiento familiar?

1.2. Antecedentes

Con el paso del tiempo, la familia ha atravesado un proceso rápido y profundo de cambio en su estructura; sin embargo, pese a ello, sigue siendo la principal fuente de apoyo, como lo es frente al diagnóstico de esquizofrenia.

Los trabajos de investigación son:

Ruvalcaba (2018) determinó como objetivo de investigación la funcionalidad familiar, desde cohesión y adaptabilidad. La metodología fue no experimental, transversal y descriptiva. Tuvo como población a paciente con trastorno depresivo en control. El instrumento utilizado fue el FACES III. En los resultados, se tuvo que el 82.1% de las familias son funcionales y el 17.9%

disfuncionales. La familia con mayor predominio, al 15.4%, fue caóticamente separada. En las conclusiones, el 82.1% de las familias es funcional.

Por su parte, Carrera (2018) determinó como objetivo describir la estructura y función familiar. La investigación fue descriptiva, no experimental. La población estuvo conformada por familiares y usuarios con diagnóstico de esquizofrenia. Se utilizó el Faces III. En los resultados, el 46.6% de la esquizofrenia es de origen psicosocial. El funcionamiento familiar real, en cohesión, al 53.8% es separado y, en adaptabilidad, el 46.2% es estructurado. En conclusión, el 53.8% de las familias son balanceadas.

Ríos (2013) determinó como objetivo los cambios en la percepción del funcionamiento familiar y la emoción expresada en familiares de los pacientes. El tipo de estudio fue comparativo, longitudinal, prospectivo, homodémico y cuasiexperimental. La población estuvo conformada por familiares y pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. El instrumento utilizado fue el Faces II. En los resultados, la tipología fue de rango balanceado. La emoción expresada no disminuyó el nivel de crítica y sobreinvolucramiento. El nivel de hostilidad disminuyó en los familiares. En la conclusión, el funcionamiento familiar tiende al desligamiento afectivo. En la adaptabilidad, los límites son más flexibles. La percepción del funcionamiento familiar en pacientes y en familiares no fue balanceada. La emoción expresada en hostilidad fue significativamente menor al final del programa.

Franco (2021) determinó como objetivo el funcionamiento familiar. El tipo de investigación fue transversal comparativo. La muestra estuvo conformada por pacientes que recibieron terapia y los que no. Se empleó como instrumento el Faces III. El 55.4% de las familias fue moderadamente disfuncional, con una mejor funcionalidad en pacientes en terapia de grupo,

clasificándose como equilibrada en un 18.5%. La investigación concluye con resultado de disfunción familiar. No hubo mejoría en la funcionalidad familiar en pacientes con mayor tiempo en terapia, pero se detectó mayor porcentaje de familias equilibradas en pacientes con terapia de grupo.

Aguilar (2017) determinó como objetivo el funcionamiento familiar. Empleó el enfoque cuantitativo de tipo descriptivo como tipo de investigación. La muestra estuvo conformada por 288 estudiantes. Empleó el FACE III. En el funcionamiento familiar, el 55.2% es de rango medio. En la cohesión presenta un nivel muy bajo, siendo desligada. En la adaptabilidad, el 50,3% es caótica. Como conclusión, la cohesión y adaptabilidad es disfuncional.

Hidalgo (2020) determinó como objetivo el funcionamiento familiar percibido e ideal. La investigación fue estructural conceptual con diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por 100 familiares de pacientes hospitalizados con diagnóstico de esquizofrenia. El instrumento fue el FACE III. Los resultados en el contexto percibido e ideal son de rango medio. La investigación concluye con un 47% de funcionamiento familiar percibido de tipo desligada-rígida e ideal en un 24% desligada-flexible.

Paucar (2019) determinó como objetivo la disfunción familiar como factor asociado a la no adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. El tipo de investigación fue analítico, observacional, retrospectivo, casos y controles. La población estuvo conformada por pacientes casos con diagnóstico de esquizofrenia con consulta externa y con historias clínicas completas (sin adherencia terapéutica) y pacientes controles (con adherencia terapéutica). Se emplearon los tests de APGAR y MARS.

León (2022) determinó como objetivo el impacto de la intervención con el modelo de salud mental. El tipo de investigación fue cualitativo con diseño fenomenológico hermenéutico. La

población estuvo conformada por familiares de pacientes y agentes de salud. La muestra fue no probabilística por conveniencia. Los instrumentos fueron la ficha sociodemográfica y la guía de entrevista estructurada y semiestructurada. En la alimentación y la rutina hubo mejoras. Hubo progreso en el aseo personal, estabilidad en los estados de ánimo y participación en la comunidad. El buen trato de las agentes de salud consiguió resultados esperados. La intervención con el modelo SMC es importante para la convivencia saludable.

Hencke (2022) determinó como objetivo el nivel de funcionalidad familiar. La investigación fue de enfoque cuantitativo descriptivo. La muestra estuvo conformada por pacientes y familiares responsables. El instrumento utilizado fue el FACE III. En el 94.3% la cohesión es baja y en la adaptabilidad el 40.0% es moderado. En familiares, la cohesión al 94.3% es desligada, y el 42.9% en adaptabilidad es flexible. Los pacientes y familiares presentaron un nivel bajo en la cohesión y moderada en la adaptabilidad.

Rosa (2017) determinó como objetivo la relación entre los tipos de familia y estilos de afrontamiento del estrés. El diseño fue de tipo no experimental, transeccional, descriptivo relacional. La muestra estuvo conformada por pacientes hospitalizados con control ambulatorio. Utilizó la observación participativa y la entrevista. Los instrumentos fueron el FACE III y el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés. En la forma real, la cohesión fue desligada en 55% y la adaptabilidad en 52.5% fue rígida. En la idealización familiar para la cohesión, el 57% enredada y en la adaptabilidad el 67% caótica. Como conclusión, el tipo de familia es disfuncional.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Analizar las características que presenta el funcionamiento familiar de los adultos varones de 18 a 25 años con diagnóstico de esquizofrenia. Caso usuarios de un centro de salud mental comunitario de Lima Norte 2025.

1.3.2. *Objetivos específicos*

Describir la influencia de la cohesión de las familias de los usuarios de 18 a 25 años con diagnóstico de esquizofrenia en la funcionalidad familiar.

Describir la influencia de la adaptabilidad de las familias de los usuarios de 18 a 25 años con diagnóstico de esquizofrenia en la funcionalidad familiar.

1.4. Justificación

Actualmente, el centro de salud mental comunitario de Lima Norte, Carabayllo, no cuenta con trabajo de investigación sobre el funcionamiento familiar desde la dimensión de cohesión y adaptabilidad en adultos varones de 18 a 25 años con diagnóstico de esquizofrenia. No existe una base de datos que permita mejorar los procedimientos en el tratamiento y prestar el apoyo desde el trabajo social; en ese sentido, esta investigación abrirá nuevos caminos para estudios que presenten situaciones similares, sirviendo como marco referencial.

Los resultados de esta investigación proporcionarán información de primera mano que se obtendrá sobre el funcionamiento familiar desde la dimensión de cohesión y adaptabilidad en adultos varones de 18 a 25 años con diagnóstico de esquizofrenia en el centro de salud mental comunitario Carabayllo, el cual, desde el enfoque sistémico, nos permitirá conocer el nivel del funcionamiento familiar, permitiendo elaborar estrategias de intervención para fortalecer el sistema familiar, y de esta manera contribuir al cuidado de la salud mental y la calidad de vida del

usuario, sus familias y la comunidad, en el marco de la intervención que realizan los centros comunitarios.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis general

La funcionalidad familiar de los adultos varones de 18 a 25 años con diagnóstico de esquizofrenia está en función del grado de cohesión y adaptabilidad.

1.5.2. Hipótesis específicas

Si el grado de cohesión de las familias es de tipo separada, entonces el funcionamiento familiar es semifuncional.

Si el grado de adaptabilidad de las familias es de tipo rígida, entonces el funcionamiento familiar es disfuncional.

II. MARCO TEORICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. *Teoría de los sistemas familiares de Murray Bowen*

Concibe a la familia como una unidad emocional. Se basa en la idea de que el comportamiento de los individuos dentro de una familia no puede ser comprendido de manera aislada, sino que debe ser entendido desde las interacciones y la dinámica familiar en su conjunto. Un cambio en el funcionamiento de una persona es seguido por cambios recíprocos en el funcionamiento de los demás. Esta teoría usa el pensamiento sistémico (Instituto Iberoamericano del Bowen Center [IIBC], s.f.).

Conceptos entrelazados:

- Triángulos: un sistema de relación entre tres personas, donde una queda excluida.
- Diferenciación del self: se refiere a la variación en la sensibilidad de las personas ante la forma de pensar del grupo, y la del grupo en la presión que aplica para conseguir la conformidad de los individuos.
- Sistema emocional de la familia nuclear: se refiere a 4 patrones donde se desarrollan problemas en una familia: conflicto marital, disfunción en un cónyuge, deterioro en hijos y distancia emocional.
- El proceso de proyección familiar: la manera en que los padres transmiten sus problemas emocionales a un hijo.
- Proceso de transmisión multigeneracional: la manera en que los niveles de diferenciación entre los miembros de un grupo se pasan de una generación a otra mediante las relaciones, para moldear el ser de una persona.

- Corte emocional: cómo las personas enfrentan sus problemas emocionales no resueltos.
- Posición entre hermanos: la posición del hermano influye en la personalidad, el comportamiento y las relaciones del individuo con los demás.
- Proceso emocional en la sociedad: el modo en que el sistema emocional dirige la conducta en el contexto social, las cuales pueden ser etapas progresivas o regresivas en la sociedad. (IIBC, s.f.).

2.1.2. Teoría del intercambio social desde la perspectiva de Homans

Toda conducta humana social, entre dos personas que interactúan espontáneamente, es un intercambio social. Una relación entre dos personas se da si ambas esperan obtener recompensas de ella y se mantiene si sus esperanzas se confirman. Lo crucial en el intercambio es la importancia del refuerzo o sanción, ya sea de carácter positivo o negativo. Toda interacción es un intercambio: norma, poder, liderazgo, diferencias de status (Morales, 2024). Dinero, afecto, atención e información. Propositiones:

- Proposición del éxito: cuanto más incentivo obtenga una acción, mayor es la probabilidad de que se realice.
- Proposición del estímulo: si un estímulo en el pasado ha sido recompensado, en el presente, a mayor similitud, es más factible que se lleve a cabo la acción u otra similar.
- Proposición de la privación-saciedad: cuanto más se obtuvo la recompensa en un pasado cercano, la recompensa subsiguiente es menos valiosa.
- Proposición costo-beneficio: cuanto mayor es el beneficio que una persona recibe por una acción, más probable es que la realice.
- Proposición de agresión-aprobación: la agresión se refiere a la indignación ante un castigo a cambio de una recompensa o por no recibirla. La aprobación surge producto

de una recompensa mayor, estimulando la conducta aprobada y reconociéndola como valiosa.

- Proposición de la racionalidad: referida a la mayor probabilidad de obtener una recompensa (Barajas, 2024).

2.1.3. Enfoque estructural

La familia es el contexto natural para crecer y para recibir auxilio. La familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, a saber, apoyar la individuación al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia (Minuchin y Fishman, 2004, p. 25).

En ese sentido, la familia, en su naturaleza, es el entorno para el nacimiento, la formación, la educación y el desarrollo del ciclo vital, incluyendo la muerte. A pesar de las civilizaciones más avanzadas, conserva su condición natural. La familia, en su naturaleza, surge y persiste para el beneficio del individuo y, en consecuencia, de la sociedad. Es el sitio adecuado donde cada integrante se percibe apreciado, aprende a amar y anhela ser amado. Es el sitio donde se proporcionan las atenciones que posibilitan la supervivencia como especie (Sánchez, 2014). Ahora bien, siendo la familia el lugar propicio para recibir auxilio, también es la mejor fuente de apoyo social para el individuo en el transcurso de la vida, así como es un soporte fundamental en diversas dificultades, como cuando enfrenta una crisis no normativa, una situación nueva, como, por ejemplo, una enfermedad como la esquizofrenia. En estas circunstancias, bajo el principio de totalidad de la teoría general de los sistemas, esta situación de enfermedad afecta a todos los miembros de la familia y sus interacciones. Para ello es fundamental, nos dice la Federación

Española de Enfermedades Raras (FEDER, 2010), que la familia cuente con una adecuada salud familiar, además de apostar por la resiliencia familiar. Por su parte, Herrera (1997) menciona que una adecuada salud familiar implica promover el desarrollo integral de todos sus miembros apoyándose en el concepto de salud de la OMS, como la ausencia de sintomatología física y el disfrute del bienestar social y mental.

Por su parte, Nicholls (s.f.) hace referencia a que las relaciones humanas se estructuran en directrices relacionales denominadas pautas interaccionales que establecen el modo continuo de realizar dichas relaciones, y por lo cual el comportamiento de uno tiene significado y entendimiento para el otro y viceversa. Para el Instituto Bateson Psicoterapia Sistémica (2024), “la pauta opera en un ciclo continuo, donde las acciones y reacciones de cada miembro del sistema influyen en los demás” (párr. 3). Cuando las pautas son disfuncionales, frecuentemente cambiarlas genera resistencia, debido a que ha calado en el interior del sistema. Por ello, refiere el autor, el proceso de la intervención terapéutica debe incluir la identificación, modificación y transformación de estas pautas disfuncionales, permitiendo romper el ciclo de comportamiento disfuncional, descubriendo nuevas maneras de interactuar y resolver problemas (Instituto Bateson Psicoterapia Sistémica, 2024), logrando que el sistema cuente con una adecuada salud familiar. Para Minuchin (2004):

Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema” (p. 86).

Estas pautas se mantienen bajo dos sistemas de coacción; el primero nos habla sobre la diferenciación en la jerarquía y la interdependencia uno del otro, mientras que el segundo está relacionado a una especie de acuerdo más implícito que explícito, forjado en el tiempo de la

relación. De este modo, el sistema ofrece resistencia al cambio haciendo uso de las pautas que le proporcionan confort. (Minuchin, 2004).

2.1.3.1. Adaptación de la familia. La familia experimenta presión de dos tipos: interna, debido al ciclo evolutivo, y externa, debido a los requerimientos de las instituciones sociales significativas. Los tipos de estrés son: (Minuchin, 2004).

A. *Contacto estresante de un miembro con fuerzas extrafamiliares.* La familia es el contexto para recibir auxilio. Cuando un miembro es afectado por un estrés externo extrafamiliar, todos los miembros de la familia o un subsistema sienten la necesidad de acomodarse a esta nueva situación. (Minuchin, 2004).

B. *Contacto estresante de la familia en su totalidad con fuerzas extrafamiliares.* Sucede cuando el sistema familiar se encuentra saturado por aspectos financieros, cambio de domicilio, traslado o desplazamiento a otra localidad, etc. Por ejemplo, sobrecarga por discriminación del estigma (Minuchin, 2004).

C. *Estrés en los momentos transicionales de la familia.* Se refiere a la adaptación del sistema frente al ciclo evolutivo familiar, lo cual significa la aparición de nuevos subsistemas, negociar nuevas reglas y líneas de diferenciación (Minuchin, 2004).

D. *Estrés referente a problemas de idiosincrasia.* Relacionado con una enfermedad y problemas de idiosincrasia temporal que requieren la adaptación y readaptación. Readaptación cuando el miembro enfermo se recupera y requiere incluirse en su anterior posición. Por ejemplo, usuarios que empiezan con el diagnóstico de esquizofrenia y pierden el trabajo (Minuchin, 2004).

2.1.4. Enfoque del Funcionamiento Familiar

Herrera (1997) señala que la familia como sistema constituye una unidad, una totalidad y no la suma de sus individuales. En ese sentido, el funcionamiento familiar debe ser visto desde un

enfoque circular, desde la interacción familiar, como un todo. El enfoque sistémico permite analizar a la familia a través de sus pautas y reglas de interacción recíproca, a fin de determinar las causas disfuncionales. Por ejemplo, en la atención con usuarios con diagnóstico de esquizofrenia y con adherencia farmacológica, un usuario podría expresar su queja hacia la falta de apoyo instrumental de parte de los hermanos. Sin embargo, no existe un solo criterio para determinar cómo se mide el funcionamiento familiar; sin embargo, la autora recomienda: cumplimiento de la función económica, biológica y cultural-espiritual, crecimiento de la identidad individual y autonomía, flexibilidad en las reglas y roles, el respeto de la jerarquía, comunicación clara y la capacidad de la familia de adaptarse a los cambios.

Del mismo modo, la autora señala la adaptación al cambio como el indicador más importante para medir el funcionamiento familiar, por ejemplo, frente a una crisis no normativa como el inicio de una enfermedad crónica, como la esquizofrenia. Minuchin (2004), respecto a ello en su libro *Familias y terapia familiar*, a esta situación la enmarca dentro del estrés por problemas de idiosincrasia. Concluye Herrera (1997) que una familia funcional debe promover un desarrollo favorable a nivel social, mental y físico. Dicho lo contrario, una familia disfuncional actúa como factor de riesgo de enfermedad en sus miembros. Por ejemplo, cuando se diagnostica esquizofrenia y el paciente se ve obligado a dejar el trabajo, por lo cual, su vínculo familiar no acepta esta nueva situación laboral y lo obliga a retomar sus funciones laborales, sin recibir la acomodación sobre función económica del hogar, produciendo estrés. Por otro lado, para Sigüenza (2015), el modelo de cómo funciona una familia no es suficiente para determinar el funcionamiento de todas las demás, ya que, al existir diversos tipos de familias, su funcionamiento será distinto.

Asimismo, Acevedo y Vidal (2019) apoyan la premisa de que las familias pueden ayudar a causar y mantener enfermedades de salud mental, como la esquizofrenia; por ello la familia ejerce gran influencia en la salud mental de sus miembros.

2.1.5. Modelo Circumplejo de Olson

El modelo Circumplejo es una teoría desarrollada por David Olson que se utiliza para comprender las dinámicas y el funcionamiento de las familias. Este modelo evalúa el funcionamiento familiar en dos dimensiones: cohesión y adaptabilidad, y qué posición ocupan las familias dentro de un círculo o "circumplejo", para determinar el tipo de familia.

- **Cohesión familiar:** según Schmidt et al. (2010), se refiere al grado de vinculación emocional percibido por los miembros de la familia; así mismo, la Universidad de Guanajuato (2022) complementa como el grado de autonomía que puede experimentar un miembro dentro de la familia. Los indicadores a evaluar son: vinculación emocional, independencia, límites, coaliciones, tiempo y espacio, amigos y adopción de decisiones, intereses y recreación. Para Sigüenza (2015), está dividida en: desligada, separada, unida y enredada.

- **Adaptabilidad familiar:** según Schmidt et al. (2010), la define como el grado en que las familias experimentan cambios en roles, reglas y liderazgo. Minuchin (2004) refiere la capacidad del sistema familiar para transformarse, mediante su flexibilidad. Para la Universidad de Guanajuato (2022), los indicadores a evaluar son: poder (asertividad, control y disciplina), estilos de negociación, intercambio y modificación de roles y reglas. Para Sigüenza (2015), está dividida en: caótica, flexible, estructurada y rígida.

- **Comunicación familiar:** Martínez et al. (2006) refieren: “Es una dimensión facilitadora de las dos dimensiones; a mejor comunicación familiar, mejor funcionamiento familiar” (p.319).

Las familias se clasifican en 16 tipos, entre balanceadas, de rango medio y extremas (Sigüenza 2015).

2.1.6. Tipos de familia desde la cohesión

- **Desligada:** para la European Business School (CEUPE, s.f.), sus miembros se encuentran extremadamente distanciados, tanto así que cada miembro es un subsistema propio, incapaz de brindar apoyo y solucionar problemas juntos; aislados y autónomos uno del otro. Para Sigüenza (2015), existen límites rígidos y no comparten tiempo juntos.

- **Separada:** para CEUPE (s.f.), la característica principal es una cohesión moderada. Las relaciones emocionales presentan cierta independencia sin llegar a ser extrema; pueden llegar a compartir espacios y tiempo juntos, debatir, brindar apoyo y tomar decisiones en conjunto. Los intereses y relaciones con amigos son por separado. Para Sigüenza (2015), los límites generacionales son claros, pero cada individuo puede tomar decisiones familiares si lo requiere.

- **Unidas:** para CEUPE (s.f.), la principal característica es su alta proximidad emocional. Expresan lealtad en sus relaciones y, a la vez, dependencia mutua, de tal modo que no existe confusión en sus límites intergeneracionales; comparten momentos juntos, considerándolos más relevantes que el mismo tiempo. Cada miembro tiene espacio para compartir con amigos e intereses personales. Para Sigüenza (2015), cuentan con límites externos semiabiertos.

- **Enredada:** para CEUPE (s.f.), su principal característica es la intensa vinculación emocional y fidelidad hacia toda la familia en su conjunto. Poseen escasez de espacio personal e independencia entre los integrantes. No hay diferenciación entre los subsistemas. Para Sigüenza (2015), se caracterizan por sus límites difusos, por lo que no se distinguen con claridad los roles de cada miembro.

2.1.7. Tipos de familia desde la adaptabilidad

- **Caótica:** para CEUPE (s.f.), su principal característica es su alto nivel de imprevisibilidad ante diversas situaciones, como por ejemplo crisis normativas o no normativas, donde se quedan atrapadas sin organizarse para enfrentar la situación. Liderazgo inestable y limitado. Para Sigüenza (2015), se caracteriza por la falta de liderazgo; por ende, disciplina inestable y roles cambiantes.

- **Flexible:** para CEUPE (s.f.), su principal característica es su flexibilidad moderada y un liderazgo democrático, con conversaciones francas. Los roles se intercambian y se modifican cuando sea necesario. Para Sigüenza (2015), su principal característica es la disciplina democrática.

- **Estructurada:** para CEUPE (s.f.), su principal característica es su adaptabilidad moderada, algún grado de liderazgo democrático, presto a negociar con los miembros de la familia, permitiendo debates y acuerdos, incluso a compartir el liderazgo, con roles y reglas estables.

- **Rígida:** para CEUPE (s.f.), la principal característica es su poca flexibilidad y adaptación, resistiendo adaptarse a los cambios de sus ciclos evolutivos. Es rígida en su jerarquía inamovible. No se puede negociar o incorporar nuevos temas. Los cambios insignificativos son predecibles. Para Sigüenza (2015), existe un liderazgo autoritario que no da cabida al cambio.

2.1.8. Tipología familiar según cohesión y adaptabilidad

Son 16 tipos de familia: 4 equilibradas o funcionales, 8 medianamente equilibradas o semifuncionales, y 4 extremos son desequilibrados o disfuncionales (CEUPE, s.f.).

- **Familias funcionales:**

Separada – estructurada

Separada – flexible

Unida – estructurada

Unida – flexibles

- **Familias semifuncionales:**

Desligada – estructurada

Desligada – flexible

Enredada – estructurada

Enredada – flexible

Rígida – separada

Rígida – unida

Caótica – separada

Caótica – unida

- **Familias disfuncionales**

Desligada – rígida

Desligada – caótica

Enredada - rígida

Enredada – caótica

2.1.9. Diagnóstico de esquizofrenia

“La esquizofrenia suele iniciar alrededor de los 18 a 20 años y consiste en una serie de síntomas” (ANDINA, 2022, párr.3).

La primera señal es el trastorno del pensamiento [...] el delirio de la persecución, donde la persona siente que la miran mucho, que la observan, que hablan mal de ella, que le quieren hacer daño. Pueden llegar a decir que la comida está envenenada o que alguien los quiere matar (párr. 8). También existen trastornos tanto auditivos como visuales, en donde las personas escuchan voces, como si estas fueran voces reales, que los insultan o les dicen cosas desagradables. También aseguran ver cosas que no existen o que solo existen para ellas, porque están sufriendo problemas de percepción (párr. 9). Registran problemas en el estado de ánimo, tienen un comportamiento desorganizado, donde la persona es incoherente tanto en su hablar como en su conducta. Algunas personas que tienen esquizofrenia suelen balancearse o tener algún tipo de movimiento extraño (párr.10), refiere Carlos Bromley, médico psiquiatra de la Dirección de Salud Mental del Minsa, en entrevista realizada por la Agencia Peruana de Noticias (ANDINA, 2022).

APA (2014) coloca a la esquizofrenia dentro de la categoría diagnóstica “Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”. El nivel de funcionamiento laboral, las relaciones interpersonales o el cuidado personal está por debajo del nivel antes del comienzo.

A lo largo de los años, diversas teorías han surgido para entender sus causas, evolución y terapia. Estas teorías se clasifican mayoritariamente en biológicas, psicológicas y sociales, y algunas se centran en la fusión de estos elementos.

De ello, la perspectiva en los DSM es causa orgánica, ya sea neurológica, neurobiológica o genética (De Battista, 2019).

2.1.10. Hacia una teoría de la esquizofrenia

Esta teoría se basa en el análisis de la teoría de los tipos lógicos que, en conjunto con la observación en pacientes con esquizofrenia, dio origen a la hipótesis del “doble vínculo”. En esta hipótesis, una persona envuelta en una situación de doble vínculo, haga lo que haga, no puede ganar. Por su lado, la teoría de los tipos lógicos hace referencia a la falta de continuidad entre la clase y sus miembros; en ese sentido, la clase y sus miembros vienen a ser un tipo lógico diferente uno del otro (Bateson et al., s.f.).

Una persona con este diagnóstico, según esta hipótesis, tiene dificultad para asignar el modo comunicacional correcto a los mensajes que recibe, a los mensajes no verbales que emite y a sus pensamientos, sensaciones y percepciones. Dicho de otra manera, emplea metáforas no rotuladas; es decir, tiene dificultad para distinguir las señales de los tipos lógicos que los otros distinguen. Estas dificultades son aprendidas en la infancia como patrones secuenciales en la interacción familiar, de tal manera que el individuo adquiere hábitos mentales poco habituales, pero que él considera adecuados. Por tanto, una situación de doble vínculo sería responsable de que el individuo no pueda distinguir los tipos lógicos en la comunicación (Bateson et al., s.f.).

Los elementos en una situación de doble vínculo son: la “víctima” y la madre sola o una combinación entre ella, el padre y/o hermanos. Las experiencias repetidas, un mandato primario negativo, un mandato secundario más abstracto en conflicto con el primero, un tercer mandato negativo que impide a la víctima escapar de la escena (Bateson et al., s.f.).

Este individuo está en una situación en la que las personas que intervienen en la relación expresan dos órdenes de mensajes; uno de ellos niega al otro y, finalmente, este individuo no puede formular una enunciación metacomunicativa. De esta manera responde defensivamente como lo

hace un individuo con diagnóstico de esquizofrenia, es decir, responde literalmente a un enunciado metafórico o responde mediante metáforas fantásticas; en algunos casos, siente más seguridad al mencionar que es otra persona o que se encuentra en otra parte (Bateson et al., s.f.).

Luego del colapso psicótico, la comunicación se ejecuta bajo un patrón sistemático, debido a que el individuo ha transcurrido su vida en una relación de doble vínculo. En esta situación el individuo puede optar por protegerse seleccionando una o más de diversas opciones de respuesta. Por lo tanto, se inclinará por ver y escuchar menos lo que sucede alrededor y evitar generar respuestas en su entorno. Intentará desviar su interés del mundo exterior y enfocarse en su interior (Bateson et al., s.f.). Del mismo modo, García (2016) refiere que la repetición constante de situaciones de doble vínculo es el principal determinante de la esquizofrenia.

2.1.11. Factores que influyen en el tratamiento: estigma

Las personas con diagnóstico de esquizofrenia suelen ser estigmatizadas, discriminadas y violentadas en sus derechos humanos. Estudios a nivel global sobre el estigma en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia señalan que más del 90% han experimentado discriminación respecto a su diagnóstico de salud mental. Para Gonzáles y Martin (2021) existen tres tipos de estigma: social, estructural e internalizado. Para Goffman (2006), se construye una teoría del estigma, una ideología de la inferioridad, formada socialmente, que anula completamente a quien la padece, descalificando todos sus aspectos y, cuando logra un reconocimiento, se le coloca en un grupo inferior.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), “las personas con trastornos mentales sufren frecuentes violaciones de los derechos humanos, y a muchas se les niegan derechos económicos, sociales y culturales” (p.2). Enfrentan discriminación en su participación

activa en la sociedad y el ejercicio de sus derechos; cuando se alejan del grupo de pares, debido al rechazo que han interiorizado hasta no mantener contacto con la comunidad, cuando se les niega trabajo tras conocer su diagnóstico, cuando la atención en los servicios públicos no es oportuna, cuando se les priva el derecho a adquirir conocimientos, a elegir libremente una pareja, a continuar con su proyecto de vida, etc.

Gonzáles y Martín (2021) refieren que existe un enorme desconocimiento sobre el diagnóstico de la esquizofrenia y una fuerte estigmatización orientada a la peligrosidad, por lo cual el individuo se anticipa al rechazo, ocultando su enfermedad y aislándose. Para Goffman (2006), la construcción social elabora y utiliza metáforas, términos e imágenes descalificadoras sin darse cuenta del real significado, como por ejemplo “son peligrosos”, “loquitos”.

Siendo que el área de manejo del estigma pertenece fundamentalmente a la vida pública, sin embargo, en un contexto más íntimo, más familiar, en algunos casos se sigue presentando infravaloración y esto producto de los estereotipos que la sociedad construye, para lo cual la persona que sufre el estigma asume un lugar socialmente construido y por el cual, en base a ese lugar, asume un rol; en ese sentido, la persona estigmatizada interioriza el estigma y el rol, siendo este inferior a los demás (Goffman, 2006). Frente a esta situación que cala en la autoestima del individuo, aparece la inseguridad incluso en su interrelación con sus pares. La literatura hace mención al eco que la persona hace respecto a los estereotipos que la sociedad construye, empujándola a una autoevaluación y descubriendo que, a diferencia de los demás, exhibe una característica de la cual no puede corregir y que los demás no tienen, por lo cual es diferente y en consecuencia le provoca ansiedad. Entonces, toda vez que interactúe, sentirá que el colectivo lo rechaza. El estigma ha calado en su autoestima. “Soy inferior. Por lo tanto, la gente me tendrá aversión y yo no me sentiré seguro con ellos” (Goffman, 2006, p. 24).

Cuando se den estos encuentros fuera del ámbito de lo conocido, frente a frente con la sociedad, aparecerán las causas y efectos del estigma, por el cual la persona estigmatizada, en base al rol que la sociedad estigmatizante le asigna, se sentirá ansiosa, insegura del modo en que se le percibe y recibe. Aparece la incertidumbre de no saber cómo será recibido y en qué categoría será ubicado, pues el estigma ha calado en su ser, apareciendo la incertidumbre de no saber si el socialmente normal seguirá el trazo del estigma y no favorecerlo (Goffman, 2006).

En contraposición, en la vida política, cuando se asume un cargo, el estigma ejerce influencia, segmentando esta representación bajo una categoría que hace distinción entre un grupo y otro. Esto quiere decir que el estigma infravalora las acciones que la persona realiza, considerándolo incapaz de hacer y, cuando lo hace, el asombro que provoca le niega el valor real que posee, con diminutivos como “pobrecito” (Goffman, 2006). Una infravaloración semejante a la sobreprotección que impide que el individuo pueda sentirse capaz de llevar a cabo todo aquello que desee de manera autónoma.

En ese sentido, la ley de salud mental, en el principio de inclusión social, señala: “[...] Ninguna persona debe ser discriminada en razón de padecer o haber padecido un problema de salud mental” (Congreso de la República del Perú, 2019, Ley 30947, Artículo 3). Este objetivo reconoce la necesidad de actuar sobre los estereotipos estigmatizantes que la sociedad construye y perpetúa como “piedra en el zapato”, que impide un tránsito liviano hacia el cuidado de la salud mental.

2.2. Marco normativo

- **La Ley de salud mental N° 30947:** garantiza el bienestar de la persona, la familia y la comunidad. Garantiza la confidencialidad como uno de los principios fundamentales, así como

la inclusión de la persona en su familia y la comunidad. Asimismo, refiere que la promoción de la salud mental involucra la generación de espacios de participación ciudadana de las agrupaciones de familiares de los usuarios, como estrategia de lucha frente a los determinantes sociales y la eliminación del estigma y la discriminación. El modelo comunitario involucra el cuidado a la familia, la persona y la comunidad (Congreso de la República del Perú, 2019, Ley 30947).

- **Lineamientos de política sectorial en salud mental:** la reforma de la atención de salud mental se basa en el modelo comunitario como paradigma de atención en salud mental en el Perú. Los lineamientos de política sectorial, están orientados hacia la universalización del cuidado integral de la salud mental, con énfasis en derechos desde las necesidades y demandas de la persona, la familia y la comunidad.

2.3. Marco conceptual

Familia, es el contexto natural, donde el individuo toma como suyo el modelo de interacción que se forja entre sus miembros a través del tiempo. Es el lugar donde se demanda sentimientos de amor y pertenencia.

Familia disfuncional, predominio de rigidez como pauta de interacción que se perpetúa entre sus miembros.

Familia funcional, estructura familiar que permite la satisfacción plena de todos sus miembros y un rendimiento social adecuado.

Adaptabilidad, capacidad de la familia de responder a los desafíos.

Cohesión, capacidad de la familia de mantener vínculos afectivos entre sus miembros.

III. METODO

La investigación es de diseño no experimental

3.1. Tipo de investigación

Para Hernández et al. (2014), “un estudio no experimental no se genera ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza” (p.152). En ese sentido, el grado del funcionamiento familiar no será sujeto de modificación ni preparación; más por el contrario, viene sucediendo. El diseño es transversal “es como tomar una fotografía de algo que sucede” (Hernández et al., 2014, p.154), por ello la investigación se realizará en un determinado tiempo y por única vez.

Según su finalidad, la investigación es de tipo básica; al respecto, Arias (2021) refiere: “no se resuelve ningún problema inmediato; más bien, sirven de base teórica para otros tipos de investigación” (p.68). En ese sentido se pretende abrir nuevos caminos para estudios que presenten situaciones similares, sirviendo como marco referencial.

Por su carácter es mixto, porque hace uso de variables cuantitativas y cualitativas.

La investigación, por su profundidad, es explicativa porque, además de describir las características, “busca explicar las propiedades, las características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice” (Hernández, 2010).

3.2. Ámbito temporal y espacial

Ámbito espacial: La presente investigación se desarrolló en un centro de salud mental comunitario de Lima Norte: CSMC Carabayllo.

Ámbito temporal: El periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre del 2024 y que cumplen los criterios de inclusión.

3.3. Variables

- Funcionamiento familiar, la cual está compuesta por dos dimensiones: cohesión y adaptabilidad familiar.
- La cohesión tiene como indicador la vinculación emocional, la independencia, límites, coaliciones, tiempo y espacio, amigos y adopción de decisiones, intereses y recreación.
- La adaptabilidad; tiene como indicador el poder (asertividad, control y disciplina), estilos de negociación, intercambio y modificación de roles y reglas.

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población de estudio

Está compuesta por usuarios del sexo masculino de 18 a 25 años con diagnóstico de esquizofrenia que iniciaron y cuentan con atención en un centro de salud mental comunitario de Lima Norte, en el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre del 2024.

Tamaño: Conformada por 35 usuarios varones de 18 a 25 años con diagnóstico de esquizofrenia, que cumplan los criterios de inclusión.

3.4.2. Muestra

Estará conformada por 14 usuarios varones de 18 a 25 años con diagnóstico de esquizofrenia que se atienden en un centro de salud mental comunitario de Lima Norte: CSMC Carabayllo

Tipo de muestreo: Por conveniencia.

3.4.3. Criterios de inclusión

Usuarios varones de 18 a 25 años; con diagnóstico de esquizofrenia; con adherencia al tratamiento, con atención de acogida, evaluación integral, con familiar responsable y que de

manera voluntaria deseen participar de la investigación; para ello firman consentimiento informado.

3.4.4. Criterios de exclusión

Usuarios que no deseen participar de manera voluntaria en el estudio y no llenen el cuestionario del instrumento.

3.5. Instrumentos

La técnica fue una encuesta, que utilizó el cuestionario Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (Faces III) de David Olson, Joyce Portier y Yoav Lavee (1985), el cual consta de dos dimensiones: cohesión y adaptabilidad familiar “y de forma implícita evalúa la variable de la comunicación” (Sigüenza, 2015, p. 29).

El instrumento consta de dos partes con 20 preguntas: diez ítems impares para la dimensión de cohesión y diez ítems pares para la dimensión de adaptabilidad. La dimensión de cohesión utiliza como indicador: vinculación personal (ítems 11 y 19), apoyo (ítems 1 y 17), límites familiares (ítems 5 y 7), tiempo y amigos (ítems 9 y 3) e intereses y recreación (ítems 13 y 15); y para la dimensión de adaptabilidad utiliza como indicador: liderazgo (ítems 6 y 18), control (ítems 12 y 2), disciplina (ítems 4 y 10) y roles y reglas (ítems 8, 14, 16 y 20) (Sigüenza, 2015).

Se basa en una escala tipo Likert, que abarca un rango de uno a cinco puntos desde una perspectiva cuantitativa y de una perspectiva cualitativa comprende cinco opciones de respuesta: casi siempre, muchas veces, a veces sí y a veces no, pocas veces y casi nunca.

Tabla 1

Escala de valoración de las respuestas del cuestionario de tipo Likert

Casi nunca	Pocas veces	A veces si a veces no	Muchas veces	Casi siempre	Respuesta
1	2	3	4	5	Valor

La primera parte se enfoca en evaluar el nivel de cohesión y adaptabilidad de la familia en función de la percepción del entrevistado de una forma real. En contraste, la segunda parte se encuentra compuesta por la perspectiva idealista del individuo, es decir, lo que a este le gustaría que fuese su familia (Sigüenza, 2015).

Los puntajes se obtienen de la sumatoria de todos los ítems impares para la dimensión de cohesión. Del mismo modo, para la dimensión de adaptabilidad le corresponde la sumatoria de todos los ítems pares, la cual será de acuerdo a la opción de respuesta elegida por el usuario, que va desde 1 a 5 puntos. Una vez obtenidos los valores para cada dimensión, se hace uso de la tabla de puntuación (Tabla 2).

El uso del baremo proporciona el tipo de familia de acuerdo a la puntuación de cada dimensión. Para la obtención de la familia ideal se realiza el mismo procedimiento. Sin embargo, en esta investigación solo se utilizará la forma real.

El instrumento fue validado por juicio de expertos, con el apoyo de 3 profesionales con experiencia en salud mental e investigación.

Tabla 2

Escala de valoración de las respuestas por variables: Baremo puntaje directo e interpretación

COHESION			ADAPTABILIDAD			TIPO DE FAMILIA		
8	50	Enredada	8	50	Caótica	8	Extrema	
	48			41				
7	47		7	40		7		
	46			30				
6	45	Unida	6	29	Flexible	6	Balanceada	
	43			27				
5	42		5	26		5		
	41			25				
4	40	Separada	4	24	Estructurada	4	Rango medio	
	38			23				
3	37		3	22		3		
	35			20				
2	34	Desligada	2	19	Rígida	2	Extrema	
	25			15				
1	24		1	14		1		
	10			10				

Nota: Creado por Sigüenza Campoverde Wilson, 2015. Repositorio de la Universidad de Cuenca, de acceso libre. <https://n9.cl/3ywmk>

Confiabilidad

La consistencia interna fue alta, con un alfa de Cronbach de 0.813 puntos, mostrando que es confiable.

Tabla 3

Confiabilidad del instrumento

Alfa de Cronbach	N de elementos
,813	20

3.6. Procedimientos

- Se realizó revisión y análisis de material bibliográfico con la finalidad de profundizar en el problema de investigación a partir de los antecedentes internacionales y nacionales, así como delimitar el marco teórico, precisando las bases teóricas, definición conceptual y operativa de la variable funcionamiento familiar.
- Se elaboraron los criterios de inclusión y exclusión para la selección de la muestra.
- Se elaboró el instrumento de recolección de datos: encuesta, Faces III
- Se validó el instrumento a través de juicio de expertos (3) a fin de detectar posibles errores de entendimiento, debido a la ausencia de exactitud o ambigüedad en las preguntas.
- Se solicitó autorización para realizar la investigación a las autoridades de la Diris Lima Norte, cumpliendo con la presentación de los documentos.
- Se aplicó el instrumento.
- Para la sistematización y análisis de los datos se usó el programa estadístico SPSS y Microsoft Office Excel 2016 .

- Se redactó el documento. Se analizaron los resultados, se realizó la discusión con otros estudios y, a partir de los resultados, se plantearon conclusiones y recomendaciones.

3.7. Análisis de datos

La sistematización y análisis de datos se llevó a cabo mediante el uso del programa estadístico SSPS en su versión 25 y Microsoft Office Excel 2016, con sábanas, cuyo análisis e interpretación se enfocó en los objetivos de la presente investigación, y permitió identificar los niveles de funcionamiento familiar, el tipo de familia y el rango de las dimensiones. Los resultados obtenidos se presentan en tablas y figuras.

3.8. Consideraciones éticas

Las consideraciones éticas de la presente investigación se sustentan en:

En el principio de respeto a los participantes individuales y del establecimiento de salud, respetando estrictamente su participación informada y voluntaria; en este sentido se informó a las autoridades del centro de salud de Lima Norte, los objetivos y la importancia de la investigación, así como el contenido del instrumento de investigación.

A los participantes y familiares se les explicó los objetivos de la investigación, el contenido del instrumento de la investigación, resaltando su carácter anónimo, confidencial y voluntario. En la elaboración del instrumento se tuvo cuidado del uso de lenguaje respetuoso, evitando todo tipo de discriminación. Posteriormente se les invitó a participar de forma voluntaria.

Asimismo, se tuvo presente el principio de honestidad, transparencia y objetividad: Honestidad en el reconocimiento de los aportes de los autores referenciados mediante el sistema APA. Transparencia en la recolección, sistematización y manejo estadístico de los datos. Y objetividad en los resultados, recomendaciones y conclusiones.

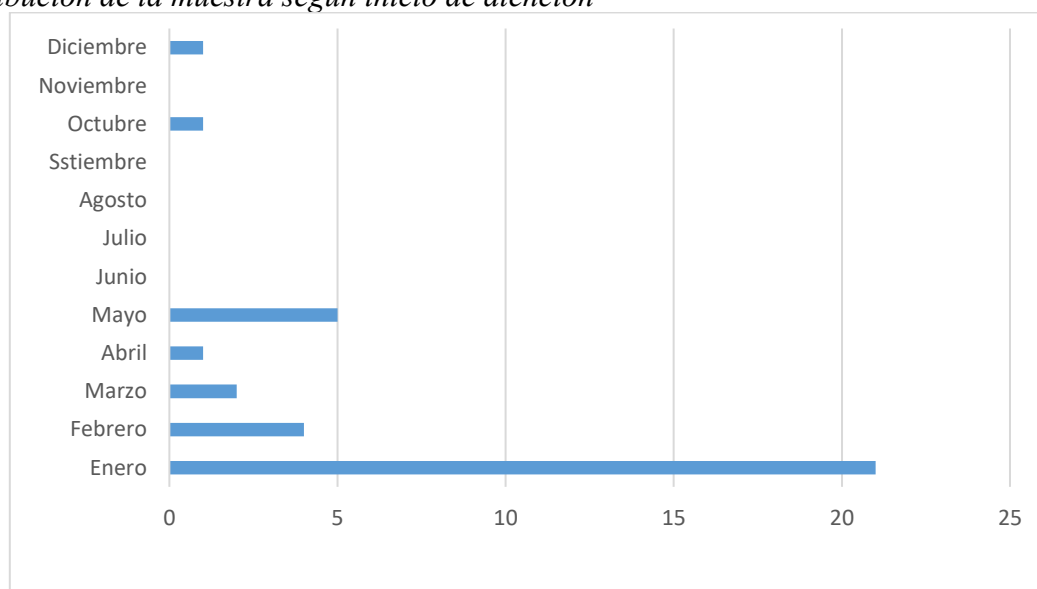
I.V. RESULTADOS

4.1. Caracterización de los adultos

La frecuencia de la demanda en la atención en el centro de salud no es regular durante el año 2024, como se muestra en la figura 1. En ella se observa en el mes de enero a 21 usuarios reingresantes del 2023 y 14 usuarios de febrero a diciembre del 2024. Por tanto, son 35 adultos que cumplen los criterios de inclusión.

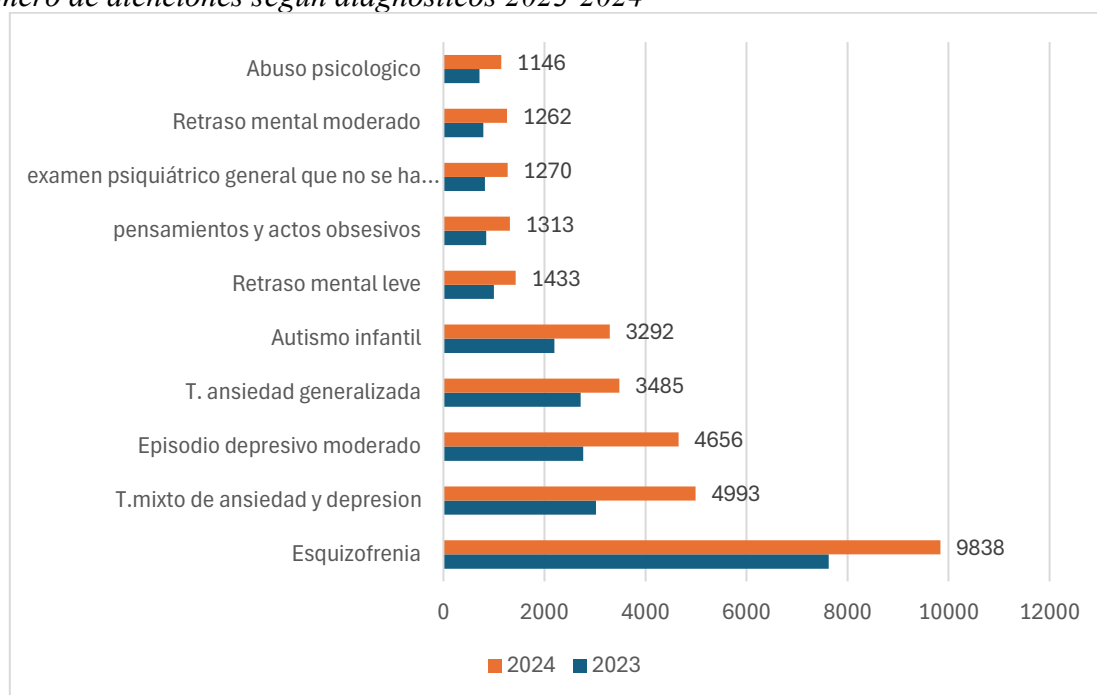
Figura 1

Distribución de la muestra según inicio de atención



Nota: La figura 1 muestra la frecuencia de ingreso y reingreso al centro de salud. Construido con datos estadísticos del establecimiento.

Una de las primeras atenciones en el CSMC empieza con un diagnóstico de la salud mental de los pacientes; de ello, según la figura 2, se observa que el diagnóstico de esquizofrenia lidera el Top 10 respecto al número de atenciones 2023 y 2024. Esto se debe al trabajo priorizado que realiza el establecimiento con usuarios con el diagnóstico en mención.

Figura 2*Número de atenciones según diagnósticos 2023-2024*

Nota: La figura muestra la frecuencia de la clasificación según diagnóstico del centro de salud. Construido con datos estadísticos del establecimiento.

Tal como se muestra en la tabla 4, de los 35 adultos con diagnóstico de esquizofrenia que cumplieron los criterios de inclusión, el 40% participó de manera voluntaria y con consentimiento informado. Asimismo, un 31% decidió no participar, mientras que con el 29% no se logró contacto alguno. El cuestionario se desarrolló de manera presencial, en el local del establecimiento, respetando la privacidad del domicilio de los usuarios.

Tabla 4*Participantes en la investigación*

Condición	Frecuencia	%
No se tuvo contacto	10	29%
Participó	14	40%
No participó	11	31%
Total	35	100%

En la tabla 5, se observa que el 100% de la población que participó en el estudio cumple con el criterio de inclusión según edad. Siendo la edad con más participantes 25 años. Asimismo, los familiares mencionaron haber acudido a hospitales o institutos al inicio del diagnóstico, con un promedio de edad en el usuario de 17 años.

Tabla 5
Usuarios según edad

Edad	Frecuencia	%
18 años	0	0%
19 años	0	0%
20 años	1	7%
21 años	1	7%
22 años	4	29%
23 años	3	21%
24 años	0	0%
25 años	5	36%
Total	14	100%

En la tabla 6, se observa que el 79% de los participantes, según clasificación socioeconómica, es entre pobre y pobre extremo, y sólo un adulto cuenta con clasificación no pobre. Al diagnóstico crónico acompaña el determinante económico.

Tabla 6
Clasificación socioeconómica

Condición	Frecuencia	%
Sin clasificación	2	14%
No pobre	1	7%
Pobre o pobre extremo	11	79%
Total	14	100%

En la tabla 7, se observa que un 57% de usuarios tiene como miembros de familia a mamá, papá y hermanos. En contraparte, un 15% tiene como único familiar a la madre.

Tabla 7
Miembros de la familia

Integrantes	Frecuencia	%
Mamá	2	15%
Mamá y hermanos	1	7%
Papá y hermanos	1	7%
Mamá y papá	1	7%
Mamá, papá y hermanos	8	57%
Mamá y otros familiares	1	7%
Total	14	100%

En la tabla 8, se observa a 4 usuarios que participan del club psicosocial del establecimiento, cuyo propósito es contribuir a su rehabilitación a través de talleres de socialización, recreación, pintura, baile, sociodramas, etc. Los 4 usuarios pertenecen a la condición reingreso; es decir, que participan un periodo atrás, mientras que los usuarios nuevos, ninguno participa en el club.

Tabla 8
Participación en club psicosocial

Asiste	Frecuencia	%
Si	4	29%
No	10	71%
Total	14	100%

4.2. Características de la cohesión familiar de la muestra

Evalúa el grado de cercanía emocional entre sus miembros. Pueden ser de tipo desligada, separada, unida o enredada.

En la tabla 9, se observa que, del total de la muestra, 6 son de tipo separada, representando un 43%, un 29% unida, 21% desligada y un 7% enredada. Predomina el tipo separado, de rango medio, es decir, semifuncional.

Tabla 9

Funcionamiento familiar según cohesión

Cohesion familiar	Frecuencia	%
	14	100
Desligada	3	21%
Separada	6	43%
Unida	4	29%
Enredada	1	7%
Total	14	100%

En la tabla 10, se observa que las 3 familias de tipo desligada presentan un bajo nivel de comunicación y unidad familiar; por ello, el apoyo y compromiso en las tareas es limitado, deteriorando la salud mental del familiar responsable.

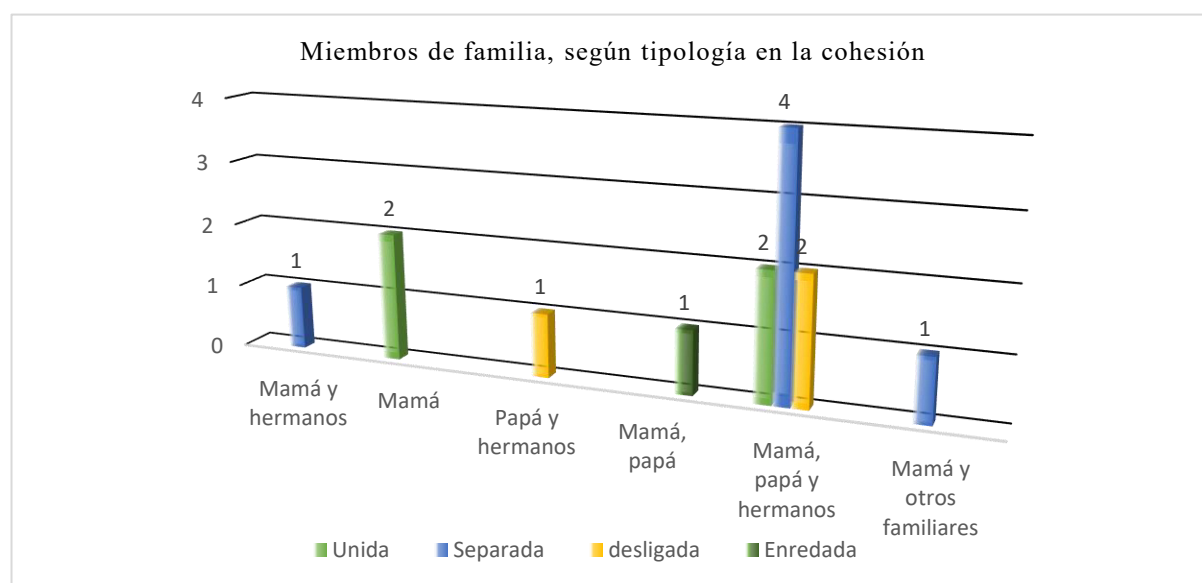
Tabla 10

Pregunta 17

Los miembros de mi familia nos consultamos entre nosotros para tomar decisiones		
Nº Participante	Casi nunca	Pocas veces
F. desligada 1		1
F. desligada 2	1	
F. desligada 3		1
Total	1	2

En la figura 3, de las 6 familias de tipo separada, 4 están conformadas por mamá, papá y hermanos; del mismo modo, 2 de las 3 familias desligadas están conformadas por los mismos miembros.

Figura 3
Miembros de familia, según tipología en la cohesión.



Nota: La figura muestra la frecuencia en los miembros de familia según tipología familiar desde la cohesión. Construido con datos proporcionados por los participantes.

En la tabla 11, de las 9 familias separadas y desligadas, a la pregunta “los integrantes de mi familia se sienten más unidos entre sí que con la gente de afuera”, 5 de ellas refieren “casi siempre”.

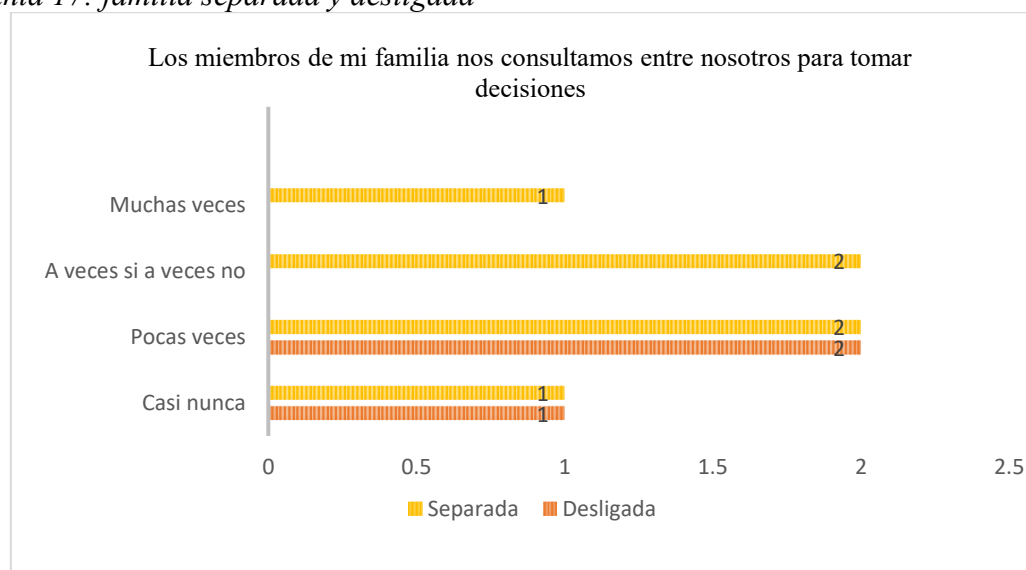
Tabla 11
Pregunta 7: familia separada y desligada

Los integrantes de mi familia se sienten más unidos entre sí que con la gente de afuera				
Tipo de familia	Casi siempre	Muchas veces	A veces si a veces no	Pocas veces
Separada	4	1	1	
Desligada	1	1		1
Total	5	2	1	1

Tal como se muestra en la figura 4, de las 9 familias separadas y desligadas, solo una de ellas para la pregunta 17 “los miembros de mi familia nos consultamos entre nosotros para tomar decisiones” refiere “muchas veces”; es decir, existe un bajo nivel de apoyo tanto para las familias separadas y desligadas, el cual se trasluce en la forma de organizarse en el hogar y el apoyo hacia un integrante que lo necesita.

Figura 4

Pregunta 17: familia separada y desligada



Nota: La figura muestra la frecuencia del ítem apoyo a través de la pregunta 17 en familias separadas y desligadas. Construido con datos proporcionados por los participantes.

En la tabla 12, se observa que de los 4 usuarios que participan en el club psicosocial, 3 pertenecen a familia de tipo separada, es decir, semifuncional.

Tabla 12

Tipología en cohesión, según participantes en club psicosocial

Participante	Tipo de Familia			
	Desligada	Separada	Unida	Enredada
1		1		
2		1		
3		1		
4	1			
Total	1	3	0	0

4.3. Características de la Adaptabilidad familiar de la muestra

Evalúa la capacidad de los miembros de la familia de adaptarse a los cambios externos e internos. Pueden ser de tipo caótica, flexible, estructurada o rígida.

En la tabla 13, se observa un 57% de tipo caótica, seguida en un 36% flexible y el 7% es estructurada. El tipo caótico pertenece al rango extremo, es decir, disfuncional, debido principalmente a un liderazgo inestable, permisivo, que no ejerce jerarquía, sino, por el contrario, cede su ordenamiento a uno o varios miembros, produciendo caos por falta de límites claros, roles equitativos y asumidos por los miembros de acuerdo al ciclo de vida. Son familias que se han quedado estancadas en una situación de desequilibrio, no permitiéndoles sacar lo mejor de sí.

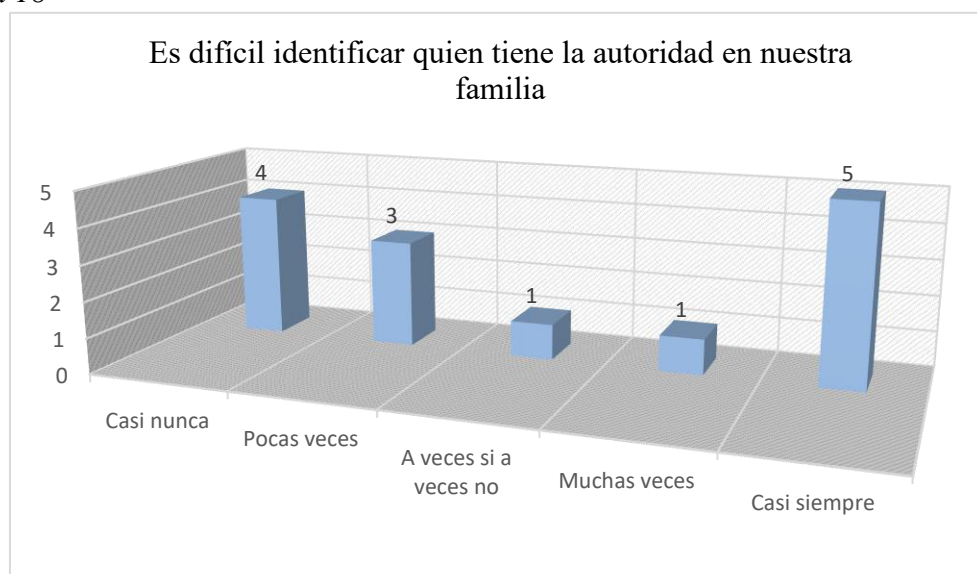
Tabla 13

Funcionamiento familiar según adaptabilidad

Adaptabilidad familiar	Frecuencia	%
	14	100
Caotica	8	57%
Flexible	1	7%
Estructurada	5	36%
Rigida	0	0%
Total	14	100%

Como se muestra en la figura 5, de 14 usuarios, a la pregunta “es difícil identificar quien tiene la autoridad en nuestra familia”, 4 refieren “casi nunca”, mientras que los 10 restantes tienen alguna dificultad para identificarla. En estas familias, el trabajo en el ordenamiento jerárquico es fundamental, el establecimiento de límites y la intervención familiar, que permita al familiar periférico involucrarse en el sostén de la familia de manera más equitativa.

Figura 5
Pregunta 18



Nota: La figura muestra la frecuencia del ítem liderazgo, a través de la pregunta 18 en el 100% de la muestra. Construido con datos proporcionados por los participantes.

En la tabla 14, al cruzar número de integrantes con los resultados del tipo de familia desde la adaptabilidad, se observa que, de un total de 8 familias caóticas, 5 de ellas están conformadas por madre, padre y hermanos. Esto quiere decir que, con más miembros, se configura “el cada uno hace lo que quiere”; la disciplina y el control están rotos. Así de la pregunta 8 “Mi familia cambia la forma de cómo hacer las cosas” (tabla 15), del total de 14 usuarios, 1 respondió “nunca”; es decir, hay mayor tendencia a la desorganización.

Tabla 14
Miembros de familia, según tipología en la adaptabilidad

Miembros de la familia	Tipos de familia desde la adaptabilidad		
	Caótica	Estructurada	Flexible
	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
Mamá y hermanos		1	
Mamá	1		1
Papá y hermanos		1	
Mamá, papá	2		
Mamá, papá y hermanos	5	2	
Mamá y otros familiares		1	
Total	8	5	1

Tabla 15
Pregunta 8

Escala de likert	Mi familia cambia la forma de cómo hacer las cosas	
	Frecuencia	%
Casi nunca	1	7%
Pocas veces	3	21%
A veces si a veces no	1	7%
Muchas veces	3	21%
Casi siempre	6	44%
Total	14	100%

En la tabla 16, se observa que en la pregunta 16 “Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros”, de un total de 14 usuarios, 3 respondieron “casi siempre”; el resto tiene alguna dificultad en mayor o menor nivel para organizarse y asumir roles. De esta manera, en este tipo de familias los problemas se solucionan como se puede; no hay normas establecidas y roles que se sigan equitativamente.

Tabla 16
Pregunta 16

Escala de likert	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros	
	Frecuencia	%
Casi nunca	3	21.4 %
Pocas veces	4	28.6 %
A veces si a veces no	2	14.3 %
Muchas veces	2	14.3 %
Casi siempre	3	21.4 %
Total	14	100%

De la Tabla 17, respecto a la pregunta 20 “En mi familia es difícil decir quién hace cada tarea doméstica”, del total de 14 usuarios, 2 respondieron “casi nunca”, mientras que los 12 restantes presentan alguna dificultad para asumir una tarea en casa; en consecuencia, las tareas vienen siendo asumidas por algún miembro de la familia, o no se realizan. Sin embargo, tomando la pregunta 8, “Mi familia cambia la forma de cómo hacer las cosas” (tabla 15), 9 de 14 respondieron entre “casi siempre” y “muchas veces”; en ese sentido es evidente la desorganización en los roles y estos serían asumidos por algún miembro de manera constante, sin oportunidad de intercambio y apoyo mutuo.

Tabla 17
Pregunta 20

Escala de likert	En mi familia es difícil decir quien hace cada tarea doméstica	
	Frecuencia	%
Casi nunca	2	14%
Pocas veces	4	29%
A veces si a veces no	2	14%
Muchas veces	1	7%
Casi siempre	5	36%
Total	14	100%

En la tabla 18 se observa que, de los 4 usuarios que participan en el club psicosocial, 3 son familia de tipo estructurada, es decir, de rango medio, semifuncional.

Tabla 18
Tipología en adaptabilidad, según participantes en club psicosocial.

Participante	Tipo de Familia			
	Caotica	estructurada	Flexible	Rigida
1		1		
2		1		
3	1			
4		1		
Total	1	3	0	0

4.4. Cruce de tablas

Tabla 19
Cohesion y Adaptabilidad

Tabla cruzada COHESIÓN*ADAPTABILIDAD					
Recuento					
		ADAPTABILIDAD			Total
		CAOTICA	FLEXIBLE	ESTRUCTURADA	
COHESIÓN	DESLIGADA	1	0	2	3
	SEPARADA	3	0	3	6
	UNIDA	3	1	0	4
	ENREDADA	1	0	0	1
Total		8	1	5	14

Tabla 20
Prueba Chi-cuadrado

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,329 ^a	6	,387
Razón de verosimilitud	7,893	6	,246
Asociación lineal por lineal	2,915	1	,088
N de casos válidos	14		

a. 12 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,07.

Tabla 21
Correlación de la variable

		Correlaciones			
		COHESIÓN	ADAPTABILIDAD	FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	
Tau_b de Kendall	COHESIÓN	Coefficiente de correlación	1,000	-,420	,000
		Sig. (bilateral)	.	,095	1,000
		N	14	14	14
	ADAPTABILIDAD	Coefficiente de correlación	-,420	1,000	-,624*
		Sig. (bilateral)	,095	.	,016
		N	14	14	14
	FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	Coefficiente de correlación	,000	-,624*	1,000
		Sig. (bilateral)	1,000	,016	.
		N	14	14	14
Rho de Spearman	COHESIÓN	Coefficiente de correlación	1,000	-,461	-,005
		Sig. (bilateral)	.	,097	,986
		N	14	14	14
	ADAPTABILIDAD	Coefficiente de correlación	-,461	1,000	-,675**
		Sig. (bilateral)	,097	.	,008
		N	14	14	14
	FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	Coefficiente de correlación	-,005	-,675**	1,000
		Sig. (bilateral)	,986	,008	.
		N	14	14	14

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

4.5. Prueba de hipótesis

4.5.1. Grado de cohesión de las familias

H_0 = Si el grado de cohesión de las familias es de tipo separada, entonces el funcionamiento familiar NO es semifuncional.

H = Hipótesis alternativa específica 1

Si el grado de cohesión de las familias es de tipo separada, entonces el funcionamiento familiar es semifuncional.

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alternativa.

Tabla 22

Cohesión: Estadística para una muestra

Estadísticas para una muestra				
	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
COHESIÓN	14	22,143	,89258	,23855

Tabla 23

Cohesión: Prueba para una muestra

Prueba para una muestra						
Valor de prueba = 0						
COHESIÓN	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
	9,282	13	,000	221,429	16,989	27,296

4.5.2. Grado de adaptabilidad de las familias

H_0 = Si el grado de adaptabilidad de las familias es de tipo rígida, entonces el funcionamiento familiar NO es disfuncional

H = Hipótesis alternativa específica 2

Si el grado de adaptabilidad de las familias es de tipo rígida, entonces el funcionamiento familiar es disfuncional.

Se acepta la hipótesis nula y se rechaza la alternativa

Tabla 24

Adaptabilidad: Estadística para una muestra

Estadísticas para una muestra				
ADAPTABILIDAD	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
	14	17,857	,97496	,26057

Tabla 25

Adaptabilidad: Prueba para una muestra

Prueba para una muestra						
ADAPTABILIDAD	Valor de prueba = 0					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
	6,853	13	,000	178,571	12,228	23,486

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la presente investigación sobre funcionamiento familiar en usuarios varones con diagnóstico de esquizofrenia: centro de salud mental comunitario, 2025, al analizar los datos se encontró que el funcionamiento familiar presenta las siguientes características: en la cohesión, el 43% es de tipo separada, 29% unida, 21% desligada y un 7% enredada. En la adaptabilidad, el 57% es de tipo caótica, 36% flexible y el 7% estructurada. Las familias son mayoritariamente caóticas separadas, es decir, semifuncionales.

De ello, en la cohesión, los resultados hallados coinciden con lo presentado por Hencke (2022) en su investigación con usuarios con diagnóstico de esquizofrenia en un centro de salud mental del Cusco, cuyo resultado al 94.3% fue de tipo desligada y un 5.7% de tipo separada, mientras que en la presente investigación ambos tipos de familia son mayoritariamente el 64%. Estas familias presentan un escaso y bajo contacto afectivo, respectivamente. Bajo nivel de organización, lo que debilita su sentido de pertenencia. De ello, lo citado por Minuchin y Fishman (2004) coincide con la descripción del correcto funcionamiento familiar al referirse a que “la familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, a saber, apoyar la individualización al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia” (p.25). Según los resultados, en este tipo de familia la estructura carece de ordenamiento jerárquico (figura 5), las tareas son desempeñadas por un solo miembro (tabla 17), las reglas son inconsistentes, existe distancia física, lo que no permite activar la conexión hacia el grupo familiar.

En familias de tipo desligadas y separadas, el compromiso familiar es mínimo y limitado, respectivamente. De ello, se encontró que la causa que la origina es la ausencia de control parental, lo que tiene que ver con la disciplina dejar hacer, dejar pasar, vinculada con la falta de reglas. Para corroborar aquello recurrimos a la pregunta 18 (figura 5): “Es difícil

identificar quién tiene la autoridad en nuestra familia”. Del total de la muestra, el 43% presenta gran dificultad para identificarla. Además, se halló que la familia desligada presenta baja aceptación y respeto hacia las decisiones de sus miembros. De ello, en la pregunta 3 “se aceptan los amigos de los otros miembros de mi familia”, el 100% de familias desligadas presentan baja aceptación y alto grado de desorganización (figura 4). Son familias disfuncionales, con bajo nivel de apoyo entre sus miembros y de organización, el cual resulta congruente con el estudio realizado por Martínez et al. (2000), donde refiere que la “disfunción en el ámbito familiar se correlaciona con la carga del cuidador y está en relación con las horas dedicadas al cuidado del paciente y con la convivencia en el mismo domicilio” (p.107). Asimismo, menciona que el 40% de los cuidadores no reciben ayuda de otros miembros de la familia. De ello, de los 14 usuarios participantes en la muestra, el 57% está conformado por ambos padres y hermanos y sólo dos usuarios tienen como único miembro a la madre; es decir, la falta de apoyo entre sus miembros es contraria a la ausencia de estos y la organización para el apoyo estaría recayendo en un solo miembro, el cuidador.

Sobre la incapacidad de los miembros de apoyarse mutuamente y resolver problemas juntos del 21% de familias desligadas de la presente investigación, coincide con el marco contextual de Martínez et al. (2000) sobre la sobrecarga del familiar responsable del paciente con diagnóstico de esquizofrenia, al referir que la intensidad de la carga está relacionada con las características de la dinámica familiar. De ello, en estas familias los límites internos son de separación entre sus miembros, de tal manera que se encuentran aislados sin lugar a recibir apoyo, lo cual coincide con lo dicho por Minuchin y Fishman (2004): “la familia es el contexto natural para crecer y para recibir auxilio” (p.25). En estas familias el auxilio siempre está pendiente, lo que las hace disfuncionales.

Un estudio realizado por Caqueo y Lemos (2008) sobre funcionamiento familiar con usuarios con diagnóstico de esquizofrenia en Latinoamérica coincide al señalar que el trabajo

psicosocial con familiares es importante para mejorar el funcionamiento familiar en los usuarios, de tal modo que los resultados obtenidos en familiares que participaron en los talleres psicosociales (Media=2.83; DT= 0.37) presentan puntuaciones más altas que en quienes no participaron (Media= 2.53; DT= 0.67), debido a que la interacción con los profesionales les brinda soporte emocional y la oportunidad de compartir sus experiencias con otras personas que se encuentran en similar situación. En la presente investigación, el establecimiento cuenta con un club psicosocial, en donde participan 4 usuarios, de los cuales el 50% son familias de tipo separada estructurada, es decir, funcional, mientras que el 25% es de tipo caótica separada y el otro 25% es de tipo desligada estructurada, ambas semifuncionales. Ninguna es disfuncional, lo cual indica una tendencia favorable en el funcionamiento familiar. Asimismo, la investigación realizada por Ríos (2013) sobre rehabilitación integral con familiares de usuarios con diagnóstico de esquizofrenia coincide con los resultados favorables en familiares que participaron del programa de rehabilitación integral debido a la disminución de la media en la cohesión de 40.0 antes a 38.0 después.

Desde la adaptabilidad, lo citado por Minuchin (2004) coincide con las características propias de familias cuya respuesta a los cambios es caótica, ubicándose en el extremo contrario de la rigidez. Así el autor refiere que la familia se encuentra en constante cambio, lo que exige una transformación en la posición de todos sus miembros respecto a sus relaciones mutuas, de tal manera que el sistema continúe su marcha. De ello, del 100% de la muestra, el 57% es de tipo caótica, cuyas características según resultados son: deficiente control parental, ausencia de liderazgo, disciplina basada en dejar hacer, dejar pasar. Roles difusos, negociaciones interminables y decisiones impulsivas.

Asimismo, la investigación realizada por Rosa (2017) con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia coincide con los resultados de la presente investigación, al señalar que, en la forma ideal, al 67.5 % las familias son de tipo caótica. La autora muestra preocupación por la

evidente problemática social, ya que la familia es la responsable de transmitir el legado psicosocial a sus miembros, lo cual es preocupante debido a la estructura de tipo caótico, evidentemente disfuncional. Por otro lado, un estudio realizado por Gómez et al. (2020), con niños desplazados por violencia, coincide con los resultados de que el 36.28% es de tipo caótica, cuyas características son la ausencia de responsabilidad y reglas.

Finalmente, nos resultó fascinante tomar el estudio llevado a cabo por Gómez et al. (2007) con familias multiproblemáticas y en riesgo social, debido a la semejanza en los rasgos de la dinámica familiar bajo una estructura caótica de familias multiproblemáticas con la presente investigación. Por lo tanto, el autor destaca la desorganización como una de las particularidades de estas familias: conflictos en los roles, límites difusos, fronteras porosas, disminución de reglas y normas, jerarquía caótica, donde el poder es compartido. Sin embargo, en base a esta similitud, es preciso señalar que las familias multiproblemáticas engloban otras características que marcan la diferencia. De ello, tomando la reflexión de Minuchin et al. (2000) sobre el tipo caótico, refiere que estas familias precisan potenciar sus recursos propios y vínculos emocionales positivos, es decir, fortalecer los puntos positivos por más pequeños que sean.

VI. CONCLUSIONES

- 6.1. Las características que presenta el funcionamiento familiar de los adultos varones de 18 a 25 años con diagnóstico de esquizofrenia, de un total de 35 usuarios que se atienden en el centro de salud; 14 (40%) participaron de manera voluntaria en el presente estudio. El 36% tiene 25 años, el 79% es entre pobre y pobre externo, el 57% está conformado por papá, mamá y hermanos, el 29% participa en el club psicosocial y, en el año 2023-2024, el diagnóstico de esquizofrenia lideró el top 10 en atenciones, debido a la prioridad en la atención del diagnóstico.
- 6.2. Se demostró que la cohesión en el funcionamiento familiar es predominantemente de tipo separada al 43%, es decir, de rango medio, semifuncional.
- 6.3. La familia separada presenta bajo contacto afectivo, compromiso aceptable y bajo nivel de apoyo entre sus miembros; por ello presenta dificultades para organizarse de tal manera que los roles y reglas no están bien distribuidos.
- 6.4. Se encontró que la relación entre la adaptabilidad y el funcionamiento familiar, al 57%, es caótica, es decir, de rango extremo, disfuncional.
- 6.5. La familia caótica presentó principalmente liderazgo ineficiente, en el sentido de que no ejerce la jerarquía supraordinaria, la cual es llevada al mismo nivel que sus otros miembros, por lo cual no hay claridad en las reglas y roles, existencia de desorganización, por lo cual el sentimiento de pertenencia es mínimo. Las tareas están siendo asumidas por el familiar responsable, sin apoyo mutuo.

VII. RECOMENDACIONES

- 7.1. Fortalecer la intervención familiar, desde el trabajo social, involucrando, además de mamá y/o papá, a hermanos, tíos, abuelos y familiares que forman parte del vínculo familiar. En familias monoparentales con varios hijos u otro familiar, es indispensable que estos últimos puedan ser parte de la intervención, ya que en la mayoría de los casos son periféricos. Los resultados de la investigación señalan que el control no se centra en un solo individuo, por lo que la jerarquía supraordinaria es demasiado débil y el apoyo mutuo es inexistente, recayendo la responsabilidad del cuidado del usuario en la madre mayoritariamente. De esta manera, al diagnóstico de salud del usuario se suma el “caos” familiar que trae abajo la autoestima del familiar responsable. En ese sentido, el ordenamiento jerárquico, el establecimiento de reglas demanda el involucramiento del familiar ausente en el auxilio, pero físicamente presente. Es así que, en el cuidado de la salud mental del paciente, es un deber no olvidar a quien lo trae a consulta, haciendo de su responsabilidad un tránsito mentalmente más equitativo entre sus miembros.
- 7.2. Fortalecer el grupo de rehabilitación de usuarios, como el club psicosocial, dirigiéndolos también hacia los familiares, como espacio donde, además de adquirir conocimientos, puedan compartir experiencias con otros familiares con similar situación.
- 7.3. Fortalecer la intervención, desde el trabajo social, con conocimientos que puedan aportar recursos para mejorar el funcionamiento familiar de los usuarios, ya que el compromiso profesional no es suficiente.

VIII. REFERENCIAS

- Acevedo-Sierra, L. y Vidal-López, E. (2019). La familia, la comunicación humana y el enfoque sistémico en su relación con la esquizofrenia. *MEDISAN*, 23(1), 131-145.
<https://goo.su/pgA5d>
- Aguilar, C. (2017). *Funcionamiento familiar según el modelo circumplejo de Olson en adolescentes tardíos* [Tesis de pregrado, Universidad de Cuenca]. Repositorio Institucional Universidad de Cuenca. <https://goo.su/dd6zir>
- ANDINA. (24 de mayo de 2022). Esquizofrenia; conoce los síntomas de alerta y las causas de este trastorno mental grave entrevista. *Editora Perú*. <https://n9.cl/sq2gl>
- Arias, J. (2021). *Diseño y metodología de la investigación*. (1° ed.). Enfoques Consulting EIRL. <https://lc.cx/-2tCke>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. (5° ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Barajas J. (2024). *La teoría del intercambio I: Homans*. Sociología divertida. <https://acortar.link/gNzyFa>
- Bateson, G. (s.f.). Hacia una teoría de la esquizofrenia (En más allá del doble vínculo). *[SCRIBD]*, 231-253. <https://lc.cx/EGa10Z>
- Caqueo, A. y Lemos, S. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema*, 20(4), 577-582.
<https://acortar.link/akcFFf>
- Carrera, M. (2018). *Estructura y función familiar en personas con diagnóstico de esquizofrenia en el Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” en el periodo 2017 - 2018* [Tesis de

- pregrado, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio Institucional universidad Central del Ecuador. <https://n9.cl/0cxq0>
- De Battista, J. (2019). *Aportes interdisciplinarios en psicopatología. Tomo I: clínica de las psicosis en la psiquiatría clásica*. (1 ed.). Universidad Nacional de la Plata. <https://lc.cx/0H8uO7>
- Diario El Peruano (19 de julio de 2022). Hospital Almenara advierte un incremento de casos de pacientes con esquizofrenia. *El peruano*. <https://goo.su/Bt2B8Lr>
- European Business School (s.f.). *Modelo Circumplejo de David Olson*. <https://n9.cl/tiru7>
- Federación Española de Enfermedades Raras (2010). La familia: principal fuente de apoyo social. *PROFESSIONAL GROWING*. <https://lc.cx/NAW4M2>
- Flores, N., Gargate, L. (2023). *Centro productivo sostenible para la migración vulnerable con criterio de agricultura urbana en Carabayllo* [Tesis de pregrado, Universidad Tecnológica del Perú]. Repositorio Institucional UTP. <https://lc.cx/Pe5kfT>
- Franco, Y. (2021). *Cohesión y Adaptabilidad Familiar en pacientes con trastorno límite de personalidad del psiquiatra Fray Bernardino Álvarez* [Tesis de posgrado, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio de Tesis DGBSDI. <https://n9.cl/s0hcr5>
- García, B. (2016). Semiocapitalismo y esquizofrenia. Una lectura de la teoría del «doble vínculo» (Gregory Bateson). *Revista catalana de Filosofia*, 18(1), 71-93. <https://n9.cl/yw297r>
- Goffman, E. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada* (L. Guinsberg, trad.; 1º ed.). Amorrortu Editores. <https://goo.su/FHsZPs>

- Gómez, E., Muñoz, M. y Haz, A. (2007). Familias Multiproblemáticas y en Riesgo Social: Características e Intervención. *PSYKHE*, 16(2), 43-54. <https://goo.su/86oND9>
- Gómez, M., Gaviria, N., Pérez, M. y Barranco, L. (2020). Funcionamiento familiar en hogares con niños desplazados por la violencia. *AVFT Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(3). <https://acortar.link/EPHuEu>
- Gonzales, E. y Martín, C. (2021). Estigma y Esquizofrenia. *Informaciones Psiquiátricas*, 65-76. <https://lc.cx/SZjj7S>
- Hencke, Y. (2022). *Funcionalidad familiar en pacientes con esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, 2021* [Tesis de pregrado, Universidad Andina del Cusco]. Repositorio Digital Universidad Andina del Cusco. <https://n9.cl/uzn7v>
- Hernández, R. (2010). *Metodología de la investigación* (5ª ed.). McGraw Hill. <https://n9.cl/rbnx>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). McGraw Hill. <https://n9.cl/vesxc>
- Herrera-Santi, P. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 13(6), 591-595. <https://n9.cl/y4s2l>
- Hidalgo, I. (2020). *Funcionamiento Familiar percibido e ideal en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia de un hospital general de la región Junín* [Tesis de posgrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://n9.cl/js28t>
- Hospital Hermilio Valdizán (2021). Covid-19 y Salud mental. *Boletín Epidemiológico*, 1-22. <https://goo.su/IntfjX>

Instituto Bateson, Psicoterapia Sistémica (1 febrero de 2024). *¿Qué es la Pauta en psicoterapia sistémica?*. <https://lc.cx/T2OPAF>

Instituto Iberoamericano del Bowen Center (s.f.). *Más información sobre la Teoría de Bowen*. The Bowen Center For The Study Of The Family. <https://n9.cl/6gurt>

Kaplan y Sadock. (2018). *Manual de psiquiatría clínica*. (4ª ed.). Wolters Kluwer.

León, H. (2005). Estigma y Enfermedad mental: Un punto de vista histórico-social. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 4(1), 35-42. <https://goo.su/mLwoAs>

León, I. (2022). *El impacto de la intervención con el modelo “Salud Mental Comunitaria” (SMC) en pacientes de la salud mental con esquizofrenia, desde las experiencias del entorno familiar y de los agentes de salud de un Centro de Salud Mental de VES, Lima* [Tesis de maestría, Universidad Católica Sedes Sapientiae]. Repositorio Digital Universidad Católica Sedes Sapientiae. <https://n9.cl/3qyxn>

Ley N.º 30947. Ley de Salud Mental. (23 de mayo de 2019). <https://lc.cx/mjILFs>

Martínez, A., Nadal, S., Beperet, M., Mendióroz, P. y grupo Psicost (2000). Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: factores determinantes. *Anales Sis San Navarra*, 23(1), 101-110. <https://n9.cl/zo5x0>

Martínez, A., Iraurgi, I., Galíndez, E. y Sanz, M. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *Redalyc*, 6(2), 317-338. <https://lc.cx/XLSXPt>

Ministerio de Salud. (2017). *Norma técnica de salud centros de salud mental comunitarios*. (1ª ed.). SINCO Diseño E.I.R.L. <https://n9.cl/4lo6z>

Ministerio de Salud (2018). *Estadística poblacional*. Repositorio único Nacional de Información en Salud. <https://lc.cx/-btLT2>

- Ministerio de Salud (2018). *Lineamientos de política sectorial en salud mental*. (1° ed.). SINCO Diseño E.I.R.L. <https://acortar.link/p6zTX2>
- Ministerio de Salud (8 de junio de 2024). *Establecimientos de salud del Minsa atendieron más de 85000 casos de esquizofrenia*. gob.pe. <https://goo.su/WeS6>
- Minuchin, P., Colapinto, J. y Minuchin, S. (2000). *Pobreza, institución, familia*. Amorrortu editores S.A. <https://n9.cl/hm17t2>
- Minuchin, S. (2004). *Familias y Terapia Familiar*. (V. Fichman, Trad.). Gedisa Mexicana, S.A. <https://n9.cl/945rs>
- Minuchin, S. y Fishman, C. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. (J.Etcheverry, Trad.; 1° ed.). Paidós Ibérica SA. <https://n9.cl/ojt87>
- Morales, J. (2024). La teoría del intercambio social desde la perspectiva de Blau. *ResearchGate*, 29-146. <https://acortar.link/yMOOt9>
- Movimiento Regional por la Tierra (2017). *Parceleros y su resistencia por la tierra ante la urbanización*. <https://lc.cx/2EVSRO>
- Municipalidad distrital de Carabayllo (s.f.). *Distrito*. <https://lc.cx/VdsK4U>
- Nicholls, E. (s.f.). *Conductas Problemas: Comprensión Sistémico-Relacional*. [Diapositiva]. Instituto Chileno de Terapia Familiar. <https://lc.cx/MROP-0>
- Organización mundial de la salud (2022). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030*. <https://lc.cx/Ziuncc>
- Organización Mundial de la Salud (21 de enero de 2022) *Esquizofrenia*. Sitio Web mundial. <https://n9.cl/hjo5h>

- Paucar, J. (2019). *Disfunción Familiar como factor asociado a la no adherencia terapéutica en pacientes esquizofrénicos del hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen* [Tesis de posgrado, Universidad Privada Antenor Orrego]. Repositorio de la Universidad Privada Antenor Orrego. <https://n9.cl/vg69p>
- Ríos, R. (2013). *Cambios en el funcionamiento familiar y emoción expresada en familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que reciben estrategias de rehabilitación* [Tesis de posgrado, Universidad Nacional Autónoma de México]. UNAM-Dirección General de Bibliotecas. <https://goo.su/rqQMvX>
- Rosa, 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 Cusco, 2016* [Tesis de pregrado, Universidad Alas Peruanas] Repositorio UAP. <https://n9.cl/gquyo>
- Ruvalcaba, R. (2018). *Funcionalidad Familiar, en las dimensiones de Cohesión y adaptabilidad, en los pacientes con trastorno depresivo en control adscritos a la UMF N° 1 del IMSS Delegación Aguascalientes* [Tesis de posgrado, Universidad Autónoma de Aguascalientes]. Repositorio bibliográfico. <https://goo.su/HSo7YJ>
- Sánchez, C. (2014). La familia: una institución natural preexistente a la ley. Perspectivas sobre su regulación actual en España. *Asamblea. Revista Parlamentaria De La Asamblea De Madrid*, (31), 177–193. <https://lc.cx/gehp1u>
- Schmidt, V., Barreyro, J. y Maglio, A. (2010). Scala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Scielo*, 3(2),30-36. <https://n9.cl/j5vq1>
- Socios en Salud (26 de julio de 2024). *Personas con esquizofrenia alcanzan mayor adherencia a su tratamiento con nuestro modelo de atención comunitario*. <https://n9.cl/eqosw>

Sigüenza, W. (2015). *Funcionamiento familiar según el modelo circumplejo de olson* [Tesis de magister, Universidad De cuenca]. Repositorio Institucional Universidad de Cuenca. <https://n9.cl/3ywmk>

Universidad de Guanajuato (29 de marzo de 2022). *Instrumento FACES III y Holmes*. NODO universitário. <https://lc.cx/NNcqbp>

IX. ANEXOS

Anexo A

Matriz de Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES
Problema General ¿Qué características presenta el funcionamiento familiar de los adultos varones de 18 a 25 años con diagnóstico de esquizofrenia?	Objetivo General Analizar las características que presenta el funcionamiento familiar de los adultos varones de 18 a 25 años con diagnóstico de esquizofrenia. Caso usuarios de un centro de salud mental comunitario de Lima Norte 2025	Hipótesis General La funcionalidad familiar de los adultos varones de 18 a 25 años con diagnóstico de esquizofrenia está en función del grado de cohesión y adaptabilidad. Y= (El grado de cohesión y adaptabilidad)	Funcionalidad Familiar

Problema Especifico	Objetivos Específicos	Hipótesis Específicas	
• ¿Cómo influye la cohesión de los miembros de la familia en el funcionamiento familiar? • ¿Qué relación existe entre la adaptabilidad y el funcionamiento familiar?	• Describir la influencia de la cohesión de las familias de los usuarios de 18 a 25 años con diagnóstico de esquizofrenia en la funcionalidad familiar. • Describir la influencia de la adaptabilidad de las familias de los usuarios de 18 a 25 años con diagnóstico de esquizofrenia en la funcionalidad familiar.	• Si el grado de cohesión de las familias es de tipo separada, entonces el funcionamiento familiar es semifuncional. • Si el grado de adaptabilidad de las familias es de tipo rígida, entonces el funcionamiento familiar es disfuncional.	

Anexo B

Operacionalización de variables

VARIABLES				
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES				
Definición	Definición Operacional			
Conceptual	Dimensión	Indicadores	Ítems	Preguntas
Funcionamiento Familiar, según el modelo Circumplejo de Olson es entendida como una dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y mide el grado de satisfacción de las funciones básicas del sistema familiar, mediante las dimensiones de cohesión y adaptabilidad; que son importantes para las	Cohesión	vinculación personal, apoyo, límites familiares, tiempo y amigos e intereses y recreación	Casi siempre Muchas veces A veces si, a veces no. Pocas veces Casi nunca	1.- Los miembros de mi familia se dan apoyo entre sí. 3.- Aceptamos los amigos de los otros miembros de mi familia. 5.- Nos gusta hacer cosas solo con nuestra familia. 7.- Los integrantes de mi familia se sienten más unidos entre sí que con la gente de afuera. 9.- A los miembros de mi familia les gusta pasar el tiempo libre juntos 11.- Los miembros de mi familia nos sentimos muy unidos unos a otros. 13.- Cuando mi familia se reúne para hacer alguna actividad en común, todo el mundo está presente. 15.- Podemos pensar fácilmente actividades para hacer juntos en familia.

relaciones interpersonales entre ellos y favorecen el mantenimiento de la salud. (Camacho, 2009, p. 81).				17.- Los miembros de mi familia nos consultamos entre nosotros para tomar decisiones. 19.- La unión familiar es muy importante para nosotros.
	Adaptabilidad	liderazgo, control, disciplina y roles y reglas	Casi siempre Muchas veces A veces si, a veces no. Pocas veces Casi nunca	2.- En mi familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas. 4.- Los hijos también opinan sobre su disciplina. 6.- Diferentes miembros de la familia pueden actuar como autoridad, según las circunstancias. 8.- Mi familia cambia el modo de hacer las cosas. 10.- En mi casa, padres e hijos discuten juntos los castigos. 12.- En mi familia los hijos también toman decisiones. 14.- En mi familia las reglas suelen cambiar. 16.- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros. 18.- Es difícil identificar quien tiene la autoridad en nuestra familia. 20.- En mi familia es difícil decir quien hace cada tarea doméstica.

Anexo C

Autorización de ejecución de proyecto de investigación en Diris Lima Norte



Independencia, 30 de Enero del 2025

MEMORANDUM N° D000202-2025-DMGS-DIRIS.LN

Para : MÉDICO JEFE DE LA RIS CARABAYLLO
MC. CIRIACO GUZMAN IVAN CARLOS

De : OMAR MARTIN SANCHEZ PONCE
DIRECTOR(A) EJECUTIVO(A) DE LA DIRECCION DE
MONITOREO Y GESTION SANITARIA

Asunto : BRINDAR LAS FACILIDADES PARA LA EJECUCIÓN DEL
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN "FUNCIONAMIENTO
FAMILIAR COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD EN USUARIOS
VARONES DE 18 A 25 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE
ESQUIZOFRENIA EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL
COMUNITARIO DE LIMA NORTE, 2024".

Referencia : PROVEIDO N° D000094-2025-OEISDI-DIRIS.LN (26ENE2025)

Fecha Elaboración: Independencia, 30 de enero de 2025

Es grato dirigirme a Usted, para saludarle cordialmente y en atención al documento de la referencia, se presenta a la Investigadora Principal Lidia Erika Vega Jara identificada con DNI 10397464 de Segunda Especialidad en Terapia Familiar Sistémica de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional Federico Villarreal.

La Investigadora principal en mención, obtuvo opinión favorable el 03 de enero del 2025 por la Estrategia de Salud Mental y Cultura de Paz, ratificada por la Unidad Funcional de Área no Transmisible, Adulto y Adulto Mayor de la Oficina de Intervenciones Sanitarias de la Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria de la DIRIS Lima Norte, para ejecutar el Proyecto de Investigación denominado: "**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD EN USUARIOS VARONES DE 18 A 25 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO DE LIMA NORTE, 2024**", en los establecimientos de salud de la RIS Carabaylo.

En tal sentido, se solicita brindar las facilidades necesarias para el desarrollo del estudio, debiendo la Investigadora principal respetar las normas internas del establecimiento de salud, y, asumir los costos asociados a los materiales de bioseguridad requeridos durante el desarrollo de la Investigación.

Cabe precisar que los resultados obtenidos por el mencionado proyecto de Investigación deberán ser enviados por mesa de partes de la DIRIS Lima Norte y al correo electrónico docencia.investigacion.dln@gmail.com.

Atentamente,

Documento firmado digitalmente

Calle A Mz. 02 Lt. 03 Asoc. Victor Raul
Haya de la Torre,
Independencia
www.gob.pe/dirislmanorte



Anexo D

Consentimiento informado de la muestra

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado usuario,

El objetivo de este protocolo es informarle sobre el trabajo de investigación denominado:

"FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN USUARIOS VARONES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA:
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO, 2025"

El cual busca recoger datos del funcionamiento familiar a fin de contribuir al cuidado de la salud mental, a través una encuesta de 20 preguntas, que le tomará 20 minutos.

En tal sentido solicito a Ud. su colaboración y de aceptar participar en la investigación, le informo también que:

- Será anónima y la información obtenida será totalmente confidencial, de uso académico exclusivo, sin perjuicio de ningún tipo, así como podrá retirarse durante el desarrollo de la encuesta si así lo desea.
- Si acepta la petición, se le invita a firmar su consentimiento:

Coniente de mis derechos y de manera voluntaria acepto que me sea aplicada de manera presencial la encuesta de estudio FACES III, consignando mi número de DNI _____ en calidad de conformidad.

Carabaybo,de..... 2025

Anexo E*Validación de instrumento: Carta de presentación dirigida a jueces expertos***CARTA DE PRESENTACIÓN**

Lima del..... 2024

Dr. (a):

Presente**Asunto:** Validación de Instrumento a través de Juicio de Expertos

Por medio de la presente me dirijo a Ud. brindándole un cordial saludo y me presento: LIDIA ERIKA VEGA JARA, egresada de la 2.ª especialidad de Terapia Familiar Sistémica de la Universidad Nacional Federico Villarreal, me encuentro realizando el proyecto de tesis, funcionamiento familiar en usuarios varones con diagnóstico de esquizofrenia en un centro de salud mental comunitario.

Por ello, conocedora de su conocimiento y experiencia profesional, le solicito su intervención como juez experto en la revisión y valoración de los ítems del instrumento Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III).

La documentación de validación contiene:

- Carta de presentación
- Formato de validación del cuestionario

Expresándole sentimientos de respeto y consideración me despido de Ud., agradeciéndole la atención a la presente.

Atentamente,

Anexo F

Formato de validación del cuestionario

Validación del cuestionario

Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III)
(Autor original: David Olson, Joyce Portier y Yoav Lavee- 1985)

Nombre del experto:

Especialidad :

Fecha :

“Calificar con (X) a cada ítem respecto a los criterios de esencial, útil pero no esencial y no necesario”

†

Ítems	Esencial	Útil pero no esencial	No necesario	Observación
1. Los miembros de mi familia se dan apoyo entre sí				
2. En mi familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas				
3. Aceptamos los amigos de los otros miembros de mi familia				
4. Los hijos también opinan sobre su disciplina				
5. Nos gusta hacer cosas solo con nuestra familia				
6. Diferentes miembros de la familia pueden actuar como autoridad, según las circunstancias.				
7. Los integrantes de mi familia se sienten más unidos entre sí que con la gente de afuera				
8. Mi familia, cambia el modo de hacer las cosas				
9. A los miembros de mi familia les gusta pasar tiempo libre juntos				
10. En mi casa padres e hijos discuten juntos los castigos				
11. Los miembros de mi familia nos sentimos muy unidos unos a otros				
12. En mi familia los hijos también toman decisiones				

13. Cuando mi familia se reúne para hacer alguna actividad en común, todo el mundo está presente				
14. En mi familia, las reglas suelen cambiar				
15. Podemos pensar fácilmente actividades para hacer juntos en familia				
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros				
17. Los miembros de mi familia nos consultamos entre nosotros para tomar decisiones				
18. Es difícil identificar quien tiene la autoridad en nuestra familia				
19. La unión familiar es muy importante para nosotros				
20. En mi familia es difícil decir quien hace cada tarea domestica				

Cuestionario Escala de Funcionamiento Familiar FACES III, creado por David Olson, Joyce Portier y Yoav Lavee, 1985, de acceso libre. <https://acortar.link/ZkH4Ss>

¿Hay algún ítem que no fue evaluado? SI () NO (). En caso de SI, ¿Que ítem falta?

DECISION DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado SI () NO ()

.....
FIRMA Y/O SELLO DEL EXPERTO

Anexo G

Criterio de jueces expertos

N° Experto: 1

Validación del cuestionario

Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III)
(Autor original: David Olson, Joyce Portier y Yoav Lavee- 1985)

Nombre del experto: TAMARA TENA ZOA LUIS ALEXANDRO
Especialidad: CLINICA ASISTENCIAL
Fecha: 20 de enero del 2025

"Calificar con (X) a cada ítem respecto a los criterios de esencial, útil pero no esencial y no necesario"

Ítems	Esencial	Útil pero no esencial	No necesario	Observación
1. Los miembros de mi familia se dan apoyo entre sí?	/			SE DA DE INTERVENCIÓN EN TODAS LAS DEPENDENCIAS
2. En mi familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas?	/			¿? MEVA CAMINO INDICA Y TRATATIVA UNA DEPENDENCIA
3. Aceptamos los amigos de los otros miembros de mi familia?	/			IDENTIFICAR QUE ES UNA INTERVENCIÓN Y QUE ES UNA AFILIACIÓN
4. Los hijos también opinan sobre su disciplina?	/			
5. Nos gusta hacer cosas solo con nuestra familia?	/			NO NOS GUSTA HACER COSAS SOLO CON NUESTRA FAMILIA
6. Diferentes miembros de la familia pueden actuar como autoridad, según las circunstancias.	/			
7. Los integrantes de mi familia se sienten más unidos entre sí que con la gente de afuera?	/			
8. Mi familia, cambia el modo de hacer las cosas?	/			
9. A los miembros de mi familia les gusta pasar tiempo libre juntos?	/			
10. En mi casa padres e hijos discuten juntos los castigos?	/			
11. Los miembros de mi familia nos sentimos muy unidos unos a otros?	/			
12. En mi familia los hijos también toman decisiones?	/			

13. Cuando mi familia se reúne para hacer alguna actividad en común, todo el mundo está presente?	☒			
14. En mi familia, las reglas suelen cambiar?	☒			
15. Podemos pensar fácilmente actividades para hacer juntos en familia?	☒			
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros?	☒			
17. Los miembros de mi familia nos consultamos entre nosotros para tomar decisiones?	☒			
18. Es difícil identificar quien tiene la autoridad en nuestra familia?	☒			
19. La unión familiar es muy importante para nosotros?	☒			
20. En mi familia es difícil decir quien hace cada tarea doméstica?	☒			

Cuestionario Escala de Funcionamiento Familiar FACES III, creado por David Olson, Joyce Portier y Yoav Lavee, 1985, de acceso libre: <https://uc01tar.link/ZkH48s>

¿Hay algún ítem que no fue evaluado? SI () NO (X). En caso de SI, ¿Qué ítem falta?

DECISION DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado SI (X) NO ()

AL CONSIDERAR LO CONSERVADO Y ACTUALIZADO EL INSTRUMENTO.


 DR. LUIS ALEJANDRO PÁEZ TENA
 Licenciado en Psicología
 CPdP: N°33003

N° Experto: 2

Validación del cuestionario

Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (EACES III)
(Autor original: David Olson, Joyce Portier y Yom Lavee- 1985)

Nombre del experto: Liliana Patricia Gomez Sotelo
Especialidad: Trabajo Social
Fecha: 20 de enero del 2025

"Calificar con (X) a cada ítem respecto a los criterios de esencial, útil pero no esencial y no necesario"

Ítems	Esencial	Útil pero no esencial	No necesario	Observación
1. Los miembros de mi familia se dan apoyo entre sí?	✓			
2. En mi familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas?	✓			mi familia toma en cuenta las sugerencias de los miembros para resolver los problemas?
3. Aceptamos los amigos de los otros miembros de mi familia?	✓			
4. Los hijos también opinan sobre su disciplina?	✓			mi familia no permite opinar sobre la disciplina de los hijos.
5. Nos gusta hacer cosas solo con nuestra familia?	✓			
6. Diferentes miembros de la familia pueden actuar como autoridad, según las circunstancias.	✓			
7. Los integrantes de mi familia se sienten más unidos entre sí que con la gente de afuera?	✓			los miembros de mi familia se sienten unidos entre ellos, que con personas que no lo son.
8. Mi familia, cambia el modo de hacer las cosas?	✓			
9. A los miembros de mi familia les gusta pasar tiempo libre juntos?	✓			
10. En mi casa padres e hijos discuten juntos los castigos?	✓			en mi casa los miembros de la familia discuten los castigos.
11. Los miembros de mi familia nos sentimos muy unidos unos a otros?	✓			
12. En mi familia los hijos también toman decisiones?	✓			en mi familia todos intervienen en la toma de decisiones.

13. Cuando mi familia se reúne para hacer alguna actividad en común, todo el mundo está presente?	✓			
14. En mi familia, las reglas suelen cambiar?	✓			
15. Podemos pensar fácilmente actividades para hacer juntos en familia?	✓			
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros?	✓			
17. Los miembros de mi familia nos consultamos entre nosotros para tomar decisiones?	✓			
18. Es difícil identificar quien tiene la autoridad en nuestra familia?	✓			
19. La unión familiar es muy importante para nosotros?	✓			
20. En mi familia es difícil decir quien hace cada tarea domestica?	✓			

Cuestionario Escala de Funcionamiento Familiar FACES III, creado por David Olson, Joyce Portner y Yuan-Lavo, 1985, de acceso libre. <https://acortar.link/2kh48s>

¿Hay algún ítem que no fue evaluado? SI () NO (x). En caso de SI, ¿Que ítem falta?

DECISION DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado SI (x) NO ()

MINISTERIO DE SALUD
CORPORACIÓN VENEZOLANA DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
C.I. Unidad Científica "Rafael Ángel" FALCÓN
LIC. Liliana Patricia Gómez Soto
C.I.P. 644
TRABAJADORA SOCIAL

FIRMA Y/O SELLO DEL EXPERTO

N° Experto: 3

Validación del cuestionario

Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III)
(Autor original: David Olson, Joyce Portier y Yoav Lavie- 1985)

Nombre del experto: Elizabeth Rosales Carranza
Especialidad: Psicología en Salud Familiar y Comunitaria
Fecha: 20 de enero del 2025

"Calificar con (X) a cada ítem respecto a los criterios de esencial, útil pero no esencial y no necesario"

Ítems	Esencial	Útil pero no esencial	No necesario	Observación
1. Los miembros de mi familia se dan apoyo entre sí?	X			Los miembros de mi familia se apoyan entre sí?
2. En mi familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas?	X			¿Los hijos dan sugerencias para resolver los problemas?
3. Aceptamos los amigos de los otros miembros de mi familia?	X			Mejorar la relación
4. Los hijos también opinan sobre su disciplina?	X			Siempre van los dos signos de interrogación
5. ¿No le gusta hacer cosas solo con nuestra familia?	X			Poner los paréntesis en primera persona
6. Diferentes miembros de la familia pueden actuar como autoridad, según las circunstancias.	X			
7. Los integrantes de mi familia se sienten más unidos entre sí que con la gente de afuera?		X		
8. Mi familia, cambia el modo de hacer las cosas?		X		Las preguntas son más abiertas
9. A los miembros de mi familia les gusta pasar tiempo libre juntos?	X			
10. En mi casa padres e hijos discuten juntos los castigos?	X			¿En mi casa padre e hijo acuerdan juntos los castigos?
11. Los miembros de mi familia nos sentimos muy unidos unos a otros?	X			
12. En mi familia los hijos también toman decisiones?	X			

13. Cuando mi familia se reúne para hacer alguna actividad en-común, todo el mundo está presente?	X			¿Cuándo mi familia se reúne para hacer alguna actividad todo el mundo está presente?
14. En mi familia, las reglas: suelen cambiar? <i>para adelante</i>	X			O si en mi familia las reglas suelen cambiar frecuentemente
15. Podemos pensar fácilmente actividades para hacer juntos en familia?	X			
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros?	X			
17. Los miembros de mi familia nos consultamos entre nosotros para tomar decisiones?	X			
18. Es difícil identificar quien tiene la autoridad en nuestra familia?	X			
19. La unión familiar es muy importante para nosotros?	X			
20. En mi familia es difícil decir quien hace cada tarea doméstica?	X			

Cuestionario Escala de Funcionamiento Familiar FACES III, creado por David Olson, Joyce Porter y Yoav Lavee, 1985, de acceso libre: <https://scortar.link/ZkH4Ss>

¿Hay algún ítem que no fue evaluado? SI () NO (X). En caso de SI, ¿Que ítem falta?

DECISION DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado SI (X) NO ()

MINISTERIO DEL SALUD
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD
C.E. 40076, Colombia
[Firma]
ELIZABETH CARRANZA BARRONCUE
C.E. 40076, Colombia
C.E. 40076, Colombia

FIRMA Y/O SELLO DEL EXPERTO

VALIDEZ DE CONTENIDO: JUICIO DE EXPERTOS

De la validación del instrumento a través del juicio de 3 expertos, especialistas en investigación y salud mental, se concluye:

Utilidad de Ítems			
Nº Experto	Útil	Útil pero no esencial	No necesario
1	100 %	0	0
2	90 %	10 %	0
3	100 %	0	0

Se tiene un promedio de 96. 67 % de utilidad del total de los ítems, siendo útil pero no esencial los ítems 7 y 8. En ese sentido, hay una concordancia bastante significativa en los 3 jueces sobre la utilidad de los ítems del cuestionario.

Nº Experto	En el fondo		En la forma	
	Contexto	Nº de ítems	Contexto	Nº de ítems
1	Ninguno	0	Gramática	1,2,3,4,5,6,7,8,9, 10,11,12,13,14,15, 16,17,18,19,20
2	Ninguno	0	En la comunicación	2,4,7,10,12,13
3	Ninguno	0	En la comunicación	1,2,3,4,5,8,10,13,14

El 55% del total de los ítems son observados en la comunicación y un 100% sobre su gramática, a partir de los cuales se realiza el replanteamiento en gramática y sobre la comprensión, precisión y ambigüedad de la comunicación en los 11 ítems observados.

El instrumento de acuerdo a la concordancia en los 3 jueces SÍ debe aplicarse.

Anexo H

Ficha técnica del instrumento validado

Escala de Funcionamiento Familiar FACES III

(David Olson, Joyce Portier y Yoav Lavee, 1985)

INSTRUCCIONES:

Es importante responder con honestidad, no hay respuestas buenas o malas, sino lo más parecido a su situación familiar actual.

Seleccione solo una respuesta por pregunta y márquela con una X, de acuerdo al cuadro siguiente.

Casi nunca	Pocas veces	A veces si veces no	Muchas veces	Casi siempre
1	2	3	4	5

Muchas gracias por su colaboración.

Fecha: _____ Edad: _____ Sexo: M () F ()

Ítems	Casi siempre 5	Muchas veces 4	A veces si a veces no 3	Pocas veces 2	Casi nunca 1
1.- Los miembros de mi familia se apoyan entre sí					
2.- Los hijos dan sugerencias para resolver los problemas					
3.- Se aceptan los amigos de los otros miembros de mi familia					

4.- Mi familia me permite opinar sobre la disciplina en el hogar					
5.- Nos gusta hacer cosas solo con nuestra familia					
6.- Diferentes miembros de mi familia pueden actuar como autoridad, según las circunstancias.					
7.- Los integrantes de mi familia se sienten más unidos entre sí que con la gente de afuera					
8.- Mi familia cambia la forma de cómo hacer las cosas					
9.- A los miembros de mi familia les gusta pasar tiempo libre juntos.					
10.- En mi casa padres e hijos acuerdan y discuten juntos los castigos					
11.- Los miembros de mi familia nos sentimos muy unidos unos a otros					
12.- En mi familia todos intervienen en la toma de decisiones					
13.- Cuando mi familia se reúne para hacer alguna actividad, todos están presentes					
14.- En mi familia, las reglas suelen cambiar frecuentemente					
15.- Podemos pensar fácilmente actividades para hacer juntos en familia.					
16.- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17.- Los miembros de mi familia nos consultamos entre nosotros para tomar decisiones.					
18.- Es difícil identificar quien tiene la autoridad en nuestra familia.					
19.- La unión familiar es muy importante para nosotros.					
20.- En mi familia es difícil decir quien hace cada tarea doméstica.					

Cuestionario Escala de Funcionamiento Familiar FACES III, creado por David Olson, Joyce Portier y Yoav Lavee, 1985, de acceso libre. <https://acortar.link/ZkH4Ss>

Anexo I

Cuestionario aplicado

CUESTIONARIO EN FISICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado usuario,

El objetivo de este protocolo es informarle sobre el trabajo de investigación denominado:

**"FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN USUARIOS VARONES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO, 2025"**

El cual busca recoger datos del funcionamiento familiar a fin de contribuir al cuidado de la salud mental, a través una encuesta de 20 preguntas, que le tomará 20 minutos.

En tal sentido solicito a Ud. su colaboración y de aceptar participar en la investigación, le informo también que:

- Será anónima y la información obtenida será totalmente confidencial, de uso académico exclusivo, sin perjuicio de ningún tipo, así como podrá retirarse durante el desarrollo de la encuesta si así lo desea.
- Si acepta la petición, se le invita a firmar su consentimiento:

Consiente de mis derechos y de manera voluntaria acepto que me sea aplicada de manera presencial la encuesta de estudio FACES III, consignando mi número de DNI en calidad de conformidad.

Cartagena, 11 de Febrero 2025

Escala de Funcionamiento Familiar FACES III

(David Olson, Joyce Portier y Yoav Lavee, 1985)

INSTRUCCIONES:

Es importante responder con honestidad, no hay respuestas buenas o malas, sino lo más parecido a su situación familiar actual.

Seleccione solo una respuesta por pregunta y márquela con una X, de acuerdo al cuadro siguiente.

Casi nunca	Pocas veces	A veces si a veces no	Muchas veces	Casi siempre
1	2	3	4	5

Muchas gracias por su colaboración.

Fecha: 11-Enero-2025 Edad: 22 Sexo: M (X) F ()

Ítems	Casi siempre 5	Muchas veces 4	A veces si a veces no 3	Pocas veces 2	Casi nunca 1
1.- Los miembros de mi familia se apoyan entre sí			X		
2.- Los hijos dan sugerencias para resolver los problemas				X	
3.- Se aceptan los amigos de los otros miembros de mi familia		X			
4.- Mi familia me permite opinar sobre la disciplina en el hogar				X	
5.- Nos gusta hacer cosas solo con nuestra familia		X			

6.- Diferentes miembros de mi familia pueden actuar como autoridad, según las circunstancias.		X			
7.- Los integrantes de mi familia se sienten más unidos entre sí que con la gente de afuera	X				
8.- Mi familia cambia la forma de cómo hacer las cosas				X	
9.- A los miembros de mi familia les gusta pasar tiempo libre juntos.			X		
10.- En mi casa padres e hijos acuerdan y discuten juntos los castigos					X
11.- Los miembros de mi familia nos sentimos muy unidos unos a otros			X		
12.- En mi familia todos intervienen en la toma de decisiones				X	
13.- Cuando mi familia se reúne para hacer alguna actividad, todos están presentes			X		
14.- En mi familia, las reglas suelen cambiar frecuentemente				X	
15.- Podemos pensar fácilmente actividades para hacer juntos en familia.		X			
16.- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					X
17.- Los miembros de mi familia nos consultamos entre nosotros para tomar decisiones.				X	
18.- Es difícil identificar quien tiene la autoridad en nuestra familia.				X	
19.- La unión familiar es muy importante para nosotros.		X			
20.- En mi familia es difícil decir quien hace cada tarea doméstica.				X	

Cuestionario Escala de Funcionamiento Familiar FACES III, creado por David Olson, Joyce Portier y Yoav Lavee, 1985, de acceso libre. <https://acortar.link/ZkH4Ss>

Anexo J

Base de datos Excel

COHESION															
N°	EDAD	SEXO	ITEMS IMPARES (1,3,5,7,9,11,13,15,17,19)										SUMATORIA	TIPO DE FAMILIA	RANGO
			1.- Los miembros de mi familia se apoyan entre sí.	3.- Se aceptan los amigos de los otros miembros de mi familia.	5.- Nos gusta hacer cosas solo con nuestra familia.	7.- Los integrantes de mi familia se sienten más unidos entre sí que con la gente de afuera	9.- A los miembros de mi familia les gusta pasar tiempo libre juntos.	11.- Los miembros de mi familia nos sentimos muy unidos unos a otros	13.- Cuando mi familia se reúne para hacer alguna actividad, todos están presentes	15.- Podemos pensar fácilmente actividades para hacer juntos en familia.	17.- Los miembros de mi familia nos consultamos entre nosotros para tomar decisiones	19.- La unión familiar es muy importante para nosotros.			
1	25	Masculino	5	2	4	5	5	5	4	5	5	5	45	Unida	Balanceada
2	23	Masculino	4	2	3	5	4	4	4	4	3	4	37	Separada	Rango medio
3	23	Masculino	2	2	5	5	5	5	5	5	3	5	42	Unida	Balanceada
4	22	Masculino	3	4	4	5	3	3	3	4	2	4	35	Separada	Rango medio
5	25	Masculino	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	17	Desligada	Extrema
6	23	Masculino	5	4	4	5	5	4	5	2	2	5	41	Unida	Balanceada
7	25	Masculino	4	2	4	4	4	4	3	4	4	4	37	Separada	Rango medio
8	20	Masculino	5	2	5	5	2	5	2	2	1	4	33	Desligada	Extrema
9	22	Masculino	2	4	5	5	4	4	5	4	1	5	39	Separada	Rango medio
10	25	Masculino	4	3	3	4	3	4	4	2	2	4	33	Desligada	Extrema
11	21	Masculino	5	4	5	3	4	2	3	3	2	5	36	Separada	Rango medio
12	22	Masculino	5	5	5	5	5	4	4	5	5	4	47	Enredada	Extrema
13	22	Masculino	5	4	3	5	5	5	4	5	5	3	44	Unida	Balanceada
14	25	Masculino	3	4	4	5	5	3	3	4	3	4	38	Separada	Rango medio

ADAPTABILIDAD															
N°	EDAD	SEXO	ITEMS PARES (2, 4, 6, 8,10, 12, 14, 16 , 18, 20)										SUMATORIA	TIPO DE FAMILIA	RANGO
			2.- Los hijos dan sugerencias para resolver los problemas	4.- Mi familia me permite opinar sobre la disciplina en el hogar	6.- Diferentes miembros de mi familia pueden actuar como autoridad, según las circunstancias	8.- Mi familia cambia la forma de cómo hacer las cosas	10.- En mi casa padres e hijos acuerdan y discuten juntos los castigos	12.- En mi familia todos intervienen en la toma de decisiones	14.- En mi familia, las reglas suelen cambiar frecuentemente	16.- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.	18.- Es difícil identificar quien tiene la autoridad en nuestra familia.	20.- En mi familia es difícil decir quien hace cada tarea doméstica.			
1	25	Masculino	2	5	1	5	2	5	1	5	5	3	34	Caótica	Extrema
2	23	Masculino	5	4	2	1	1	3	1	4	1	2	24	Estructurada	Rango medio
3	23	Masculino	4	2	1	5	1	5	5	3	1	3	30	Caótica	Extrema
4	22	Masculino	2	2	4	2	1	2	2	1	2	2	20	Estructurada	Rango medio
5	25	Masculino	1	2	4	5	1	1	5	1	5	5	30	Caótica	Extrema
6	23	Masculino	2	2	3	5	5	2	1	5	2	1	28	Flexible	Balanceada
7	25	Masculino	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	38	Caótica	Extrema
8	20	Masculino	2	5	2	2	1	2	2	2	1	1	20	Estructurada	Rango medio
9	22	Masculino	5	5	5	5	1	1	1	3	5	2	33	Caótica	Extrema
10	25	Masculino	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	21	Estructurada	Rango medio
11	21	Masculino	3	3	1	4	2	3	1	2	1	1	21	Estructurada	Rango medio
12	22	Masculino	5	5	4	3	5	5	4	5	5	5	46	Caótica	Extrema
13	22	Masculino	2	4	1	4	3	5	4	2	3	5	33	Caótica	Extrema
14	25	Masculino	1	2	5	5	1	1	5	1	5	5	31	Caótica	Extrema