



## **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR PERCIBIDO E IDEAL EN LOS CUIDADORES DE  
PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DE UN HOSPITAL GENERAL DE LA  
REGION JUNÍN

**Línea de investigación:**

**Salud mental**

Tesis para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en  
Psicoterapia Familiar Sistémica

**Autora:**

Hidalgo Balbín, Ida Rosalina

**Asesor:**

Ballena Descalzo, Rafael

**Jurado:**

Castillo Gómez, Gorqui Baldomero

Montes de Oca Serpa, Jesús Hugo

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

**Lima - Perú**

**2020**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

**Referencia:**

Hidalgo Balbín, I. (2020). *Funcionamiento familiar percibido e ideal en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia de un hospital general de la region Junín* [Tesis de grado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5163>



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR PERCIBIDO E IDEAL EN LOS  
CUIDADORES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DE UN  
HOSPITAL GENERAL DE LA REGION JUNÍN

Línea de investigación:

Salud mental

Tesis para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Psicoterapia

Familiar Sistémica

**Autora:**

Hidalgo Balbín, Ida Rosalina

**Asesor:**

Ballena Descalzo, Rafael

**Jurado:**

Castillo Gómez, Gorqui Baldomero

Montes de Oca Serpa, Jesús Hugo

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Lima - Perú

2020

**Pensamiento:**

“Los sentimientos de valor solo pueden florecer en un ambiente donde las diferencias individuales son apreciadas, los errores son tolerados, la comunicación es abierta y las reglas son flexibles – el tipo de atmosfera que se encuentra en una familia que nutre”

**Virginia Satir (1916-1988)**

**Dedicatoria**

A mis padres, hermanas y hermano quienes son el soporte y motivación que me permitieron alcanzar la meta propuesta: obtener el Título de Especialista.

A mi hija Paola Emily por ser el motor y motivo para mis acciones y logros por el tiempo dedicado para culminar con el presente trabajo.

## **Agradecimientos**

Mi más profundo reconocimiento a la Sección de Post grado de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Federico Villarreal, por brindarme la oportunidad de obtener el Título de Especialista en Terapia Familiar Sistémica.

Nunca olvidaré las oportunas enseñanzas y experiencias profesionales de mis Maestros de la Especialidad. Ellos orientaron mi camino.

Sin la contribución de mi asesor de la tesis, Rafael Ballena Descalzo, hubiera sido difícil alcanzar este logro, por eso mi reconocimiento especial.

Mi gratitud al Hospital "Domingo Olavegoya" de Jauja, Servicio de Psiquiatría – Área de Servicio Social por su contribución en la realización del presente trabajo.

## Índice

Pensamiento	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Índice de Tablas	vii
Índice de Figuras	viii
Resumen	ix
Abstract	x
<b>I. Introducción</b>	<b>11</b>
1.1 Descripción y formulación del problema	12
1.2 Antecedentes	14
1.2.1 A nivel internacional	14
1.2.2 A nivel nacional	19
1.3 Objetivos	24
1.3.1 Objetivo General	24
1.3.2 Objetivos Específicos	25
1.4 Justificación	25
<b>II. Marco Teórico</b>	<b>27</b>
2.1 Bases Teóricas del tema de investigación	27
2.1.1 La Familia	27
2.1.2 Esquizofrenia	37
2.1.3 La Familia y el Enfermo Mental	41
2.1.4 El rol del profesional del Trabajador Social	42
2.1.5 El Trabajador Social en Instituciones de Salud Mental	43
<b>III. Método</b>	<b>45</b>
3.1 Tipo de Investigación	45
3.2 Ámbito temporal y espacial	48
3.3 Variables	48
3.4 Población y muestra	48
3.5 Instrumentos	49

3.6	Procedimientos	50
3.7	Análisis de datos	50
IV.	Resultados	51
4.1	Análisis de los datos sociodemográficos	51
4.2	Análisis psicométrico de las variables de estudio	53
4.3	Análisis descriptivo de las variables de estudio	55
V.	Discusión de resultados	61
VI.	Conclusiones	64
VII.	Recomendaciones	65
VIII.	Referencias	66
IX.	Anexos	72

## Índice de Tablas

Tabla 1.	Distribución de la Muestra Según Género	51
Tabla 2.	Distribución de la Muestra Según Edad	51
Tabla 3.	Distribución de la Muestra Según Parentesco	52
Tabla 4.	Confiabilidad del Instrumento de Medición	53
Tabla 5.	Correlación Ítem – Test del Funcionamiento Percibido	54
Tabla 6.	Correlación Ítem – Test del Funcionamiento Ideal	54
Tabla 7.	Niveles de Funcionamiento Familiar Percibido e Ideal	55
Tabla 8.	Tipos de Cohesión Percibido e Ideal	57
Tabla 9.	Tipos de adaptabilidad percibida e ideal	58
Tabla 10.	Distribución de los Dieciséis Tipos de Familia Percibida	59
Tabla 11.	Distribución de los Dieciséis Tipos de Familia Ideal	60

## Índice de Figuras

Figura 1.	Distribución de Participantes Según Parentesco	53
Figura 2.	Comparación de Niveles Percibidos e Ideales	56
Figura 3.	Comparación de Tipos de Familia Según Cohesión Percibida e Id.	58

## **Funcionamiento familiar percibido e ideal en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia de un Hospital General de la Región Junín**

Universidad Nacional Federico Villarreal

### **Resumen**

El presente estudio tuvo como objetivo determinar el funcionamiento familiar percibido e ideal en 100 cuidadores de pacientes con esquizofrenia de un Hospital General de la Región Junín. Asimismo, se emplearon las escalas percibidas e ideal de FACES III de Olson, cuyos resultados fueron niveles de confiabilidad y validez adecuados. Por un lado, se pudo identificar que el nivel rango medio destaca tanto en lo percibido e ideal con los siguientes porcentajes 51% y 62% respectivamente. En la escala percibida se obtuvo como ponderado máximo la dimensión cohesión desligada (96 %) y en la escala percibida de la dimensión adaptabilidad se obtuvo como ponderado máximo rígida (47%), mientras que en la apreciación ideal sobresalió la cohesión desligada (49%) y la adaptabilidad flexible (46%). Por otro lado, se identificó que en el sistema familiar percibido fue desligada – rígida (47%), mientras que en la apreciación ideal resaltó el sistema familiar desligada – flexible (46%).

*Palabras clave:* funcionamiento familiar, cuidadores, cohesión y adaptabilidad.

## **Perceived and ideal family functioning in the caregivers of patients with schizophrenia of a General Hospital of the Junín Region**

Universidad Nacional Federico Villarreal

### **Abstract**

The objective of this study was to determine the perceived and ideal family functioning in 100 caregivers of patients with schizophrenia from the General Hospital of the Junín Region. Likewise, the perceived and ideal scales of Olson's FACES III were used, whose results were adequate levels of reliability and validity. On the one hand, I could identify the remarkable average level both perceived and ideal with the following percentages 51% and 62% respectively. On the perceived scale, the maximum cohesion dimension (96%) was obtained as the maximum weighted and on the perceived scale of the adaptability dimension, the maximum weighted rigid (47%) was obtained, while in the ideal assessment, the detached cohesion (49%) and the flexible adaptability (46%) stood out. On the other hand, it was identified that in the family system perceived unbound fuel - rigid (47%), while in the ideal appreciation highlighted the unfolded family system - flexible (46%).

*Keywords:* family functioning, caregivers, cohesion, adaptability.

## I. Introducción

La familia es considerada como un sistema abierto, también como un sistema que se autorregula con periodos de homeostasis y periodos de morfogénesis. Asimismo, involucra otros sistemas como familia de origen, comunidad, entre otros factores. Es por ello, que existe un compromiso personal y a su vez establecen relaciones intensas de intimidad, dependencia y reciprocidad; además, es la encargada de brindar los cuidados básicos de la salud y bienestar a sus miembros. Cuando se presentan eventos de desequilibrios dentro del sistema familiar, esto se torna habitual en los miembros de la familia, que los otros no cumplen con sus funciones ni obligaciones, observando como efecto la disfuncionalidad familiar.

La familia con un paciente esquizofrénico, en el contexto saludable de su personalidad, debe cumplir adecuadamente sus funciones, a lo que es denominado funcionamiento familiar. Como veremos la dinámica familiar dentro del sistema en sí es un factor determinante en la conservación de la salud y en la aparición de la enfermedad entre sus miembros, con una base donde la familia cumpla o deje de cumplir cabalmente sus funciones, en esta situación se estaría hablando de una familia funcional o disfuncional respectivamente.

La utilización del cuestionario FACES III de Olson y el modelo sistémico como marco teórico permiten determinar el funcionamiento percibido e ideal en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia y a plantear una medida de intervención y prevención sobre esta problemática social. Es por ello, que surgieron dificultades en el desarrollo del trabajo y en el proceso de recolección datos; sin embargo, esto no fue impedimento para que se pueda recopilar la información necesaria. A ello se le complementó, las visitas

domiciliarias a las familias para aplicar el cuestionario individualmente; con ello, se pudo corroborar las condiciones socio económicas y la dinámica familiar entre sus miembros de la familia.

El presente trabajo de investigación consta de cuatro partes. En la primera se formula el problema de investigación, justificación y los objetivos que se pretende alcanzar y la formulación de la hipótesis.

En la segunda parte, se revisa el marco teórico de la investigación, considerando el enfoque sistémico siendo el principal tema el funcionamiento familiar. Las dimensiones del modelo circunflejo, la esquizofrenia y familia. Además, los antecedentes de la investigación y el rol de la Trabajadora Social.

En la tercera parte, se expone la metodología empleada, con el tipo de investigación, las variables, la muestra relacionada para el estudio, el instrumento utilizado y los procedimientos juntamente con el procesamiento estadístico.

Finalmente, en la cuarta parte, consignamos los resultados obtenidos en una serie de tablas y figuras, para verificar las hipótesis y luego discutir con los resultados obtenidos. Se termina con las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas de la presente investigación, así como los anexos.

## **1.1 Descripción y formulación del problema**

La familia es considerada como el primer eslabón de apoyo social, que toda persona tiene durante toda su vida en la que ejerce una función protectora por los diversos acontecimientos de tensión que se presenta en su vida cotidiana. La familia en nuestra sociedad es una unidad social de mucha importancia en el desarrollo de la personalidad. Para los miembros de la familia el brindar apoyo es uno de los principales recursos de

prevenir daños físicos y psicológicos de sus integrantes, por ello es considerado como la orientadora de los conflictos y cambios que se da a lo largo de su ciclo vital.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI,2014) datos registrados en el Perú, existe una proporción mayor de hogares de tipo nuclear en un (59.2%) seguido por el tipo de organización familiar el cual llega a representar la cuarta parte del total de hogares del país en un (20.1%) de hogar monoparental. Un 28.7% de hogares monoparentales de zonas urbanas están comandados por mujeres en la conducción de los hogares esto se debe a la ruptura o abandono conyugal de parte de la pareja, todo esto se evidencia con la incertidumbre, la inestabilidad y la fragilidad de la vida cotidiana familiar y por ende los efectos de desequilibrio altera el bienestar de los hijos. La sociedad en conjunto se ve afectada en su conjunto por la situación que pasa las familias. Una característica que se observa en el funcionamiento familiar es la inestabilidad en el matrimonio, con mucha frecuencia hay problemas conyugales esto interfiere en rol de padres con frecuencia se observa que los hijos son testigos de las constantes agresiones, discusiones y peleas. Por otro lado, muchos padres utilizan a sus hijos para vengarse de la pareja sin importarles que sus propios hijos sufran de consecuencias emocionales.

Se aprecia, por otro lado, que algunas familias tienen dificultades para solucionar sus propios problemas por lo que existe: poco involucramiento entre sus miembros, la relación afectiva es carente, toman decisiones independientes, hay intereses desiguales, la disciplina y los roles son estrictos.

El funcionamiento familiar en nuestra realidad con el pasar del tiempo se ha visto afectada por múltiples factores es por ello que cada estructura posee una dinámica diferente, los intereses de muchos padres se focalizan fuera de la casa en búsqueda de una superación en el área profesional y laboral, no obstante cuando se daña el involucramiento de sus miembros aparece una insuficiente identificación con la familia,

no se respeta los límites, llevan una vida desordenada, con probabilidades que estos patrones de comportamiento se puedan repetir en las familias creadas por los miembros cuando se independicen y formen sus propios hogares.

Muchas de estas características familiares no son ajenas en las provincias al interior del país, los estudios realizados sobre familias están centrados en la capital siendo limitados en la región Junín de allí la necesidad de investigar el funcionamiento familiar este Departamento empleando el modelo circuplejo, para determinar con claridad como se desenvuelven las familias con pacientes con esquizofrenia en las dimensiones: cohesión y adaptabilidad colaborando con este fin el Hospital General de la Región Junín.

Frente a esta realidad, se formula la siguiente interrogante.

¿Como es el funcionamiento familiar percibido e ideal en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia de un hospital general de la Región Junín – 2019?

## **1.2 Antecedentes**

### ***1.2.1 A Nivel Internacional***

Ornelas y Sánchez (2013) plantearon un estudio transversal analítico sobre “Cohesión y adaptabilidad familiar en mujeres con epilepsia”, en el cual mediante un muestreo intencional se estableció como muestra a 263 mujeres de consulta externa del servicio de neurología del Instituto Mexicano del Seguro Social en Sonora (México) entre los años 2010 y 2011, de los cuales 82 casos son mujeres con epilepsia y 181 casos son mujeres sanas (grupo de control). Para poder medir las variables propuestas, se utilizó como instrumento el cuestionario FACES III. Los resultados indican que según la variable de adaptabilidad para el caso de mujeres con epilepsia se obtuvo que un 11.4% tiene como funcionalidad familiar es caótica; mientras que, para las mujeres sin epilepsia se obtuvo que un 36.5% tiene como funcionalidad familiar flexible. Por otro lado, para la

variable cohesión se obtuvieron los siguientes resultados: para el caso de las mujeres con epilepsia se identificó que el 13.3% tiene una funcionalidad desligada; sin embargo, para el caso de las mujeres sin epilepsia se identificó que el 28.9% tiene una funcionalidad relacionada. La conclusión que se llega es que mujeres con epilepsia viven en familias con mayor deterioro psicosocial, manifestado por deficiencias en la cohesión y adaptabilidad a la enfermedad, en comparación con las mujeres sanas.

Pérez, García, Rodríguez, Losada, Porras y Gómez (2010) realizaron un estudio observacional descriptivo transversal sobre “Función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia” en España, que tuvo como objetivo analizar la influencia de la función familiar en la salud mental percibida por los cuidadores de familiares con dependencia. Se trabajó con 153 cuidadores de familias con dependencia de 02 centros de atención primaria de salud urbano en Madrid, para ello se implementaron diversos instrumentos como: GHQ (Cuestionario General de Salud de Goldberg) y APGAR (Adaptación, Asociación, Crecimiento, Afecto y resolución). Los resultados indican que un 27% de los cuidadores presentan deterioro en su salud mental y las áreas más afectadas fueron: insomnio, agobio y la incapacidad de disfrutar las actividades cotidianas. El 47,1% tiene como parentesco con el dependiente hijo, 26.8% son conyugues y solo el 14.4% son padres. Se concluye, que existe una relación estadísticamente negativa entre la función familiar y la salud mental de los cuidadores; es decir, a mayor deterioro de la enfermedad del paciente, existe una menor influencia en la familia dependiente.

Segura, Suarez, Campo y Gonzales, (2010) realizaron una investigación explicativa, en España, titulada “Actitudes hacia la enfermedad mental en familiares de enfermos mentales”, la muestra escogida estuvo compuesta por familiares pertenecientes a tres asociaciones: Asociación de familiares de enfermos mentales (ASPME), de los cuales se escogió de manera aleatoria a familiares con trastornos afectivos, psicóticos,

demencia de Alzheimer y alcoholismo en la ciudad de Huesca. Para la recolección de información se utilizó el cuestionario de opinión sobre enfermedad mental compuesto por 60 ítems (OMI “Opinion about Mental Illness”) de Struening y Cohen adaptado en España por Yllá y Guimón (1979). Resultados: se pudo identificar que como factor principal es el negativismo terapéutico, que expresa la poca confianza que tienen los familiares en la recuperación. Como segundo factor se pudo identificar juicios negativos altos sobre la capacidad de estos enfermos por desenvolverse solos ante la sociedad y su propia imagen de enfermos. Conclusión: Según los factores principales que se lograron identificar, se pudo observar que las personas con mayor instrucción los controles son menos autoritarios, restrictivos y menos autoritarios que permiten mejorar sus controles. Asimismo, las actitudes varían en dependencia de la edad, profesión y diagnóstico de la enfermedad.

Torres (2014) en Toluca, México publicó un estudio descriptivo transversal y prospectivo sobre “Adaptabilidad – Cohesión familiar en familias con un integrante diabético mediante el uso de FACES III en la unidad de medicina familiar” con el objetivo de determinar el vínculo entre las experiencias vividas en la familia, salud y el desarrollo del individuo. Para ello, la muestra se encuentra conformada por 150 pacientes con el diagnóstico de DM 1 y 2. El instrumento utilizado para la recolección de datos es el cuestionario FACES III, que permite medir el grado de adaptabilidad y cohesión, con ello poder construir un indicador del tipo de funcionamiento familiar. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: el grupo de edad con mayor participación se encuentra en el rango de 31 a 50 años con un porcentaje de 48.7%; asimismo, la adaptabilidad que más predominó en un 46% fue la estructurada y la cohesión que más predominó fue la relacionada y semirrelacionada en un 39.3% para ambas. Es decir, que con los resultados se pudo identificar que los pacientes diabéticos pertenecen a familias con una

adaptabilidad estructurada y cohesión relacionada. Conclusiones: En esta investigación se encontró que la mayoría de las familias encuestadas correspondieron a una familia estructuralmente relacionada y semirrelacionada, lo que corresponde a niveles balanceados de adaptabilidad y cohesión familiar.

Caqueo & Lemos (2008) investigaron sobre “Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana”, que tiene como objetivo describir los niveles de calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad de Arica, Chile. La muestra estuvo compuesta por 119 personas tanto pacientes como familiares, de los cuales 49 son pacientes con esquizofrenia y 70 son familiares, atendidos en los Servicios de Salud Mental de Arica, para el análisis de datos se administraron dos cuestionarios. Por un lado, para la variable de calidad de vida fue el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV) y para las variables de adaptabilidad – cohesión familiar fue el cuestionario de APGAR – Familiar. Resultados: Mediante el análisis se pudo observar que un 63.3% corresponde a una familia disfuncional, de los cuales el 6.10% se ubicó en disfuncionalidad familiar grave y un 30.6% en leve. Mientras que la percepción del funcionamiento familiar en los cuidadores, en un 71.40% se encuentra en la categoría de familia funcional y el 28.6% presenta un nivel de disfunción, de los cuales 5.7% es grave y 22.9% es leve. En conclusión, el estudio determinó una diferencia significativa entre la calidad de vida percibida entre el cuidador y el paciente, siendo la calidad de vida percibida como satisfactoria, lo que se explica por los adecuados lazos de los pacientes con sus familias, de allí que se procure no romper el lazo familiar visto su importancia como red de apoyo emocional. Asimismo, el funcionamiento familiar del cuidador disminuye con el número

de años con los que el paciente ha estado con el trastorno, responde a un alto nivel de sobrecarga experimentado por el familiar o cuidador

Casanova, Rascón, Alcántara y Soriano (2014) realizaron una investigación descriptiva, correlacional, transversal no probabilística sobre “Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental” en México, con el objetivo de determinar los factores de apoyo social y estructural asociados con la percepción de funcionalidad familiar en las personas con trastorno mental y los cuidadores familiares, la muestra estuvo conformada por dos grupos: 72 pacientes ambulatorios diagnosticados con trastorno de salud mental y 66 familiares cuidadores. Los instrumentos utilizados fueron: el Cuestionario MOS, el cuestionario APGAR – Familiar y el cuestionario Duke – UNC 11. Los resultados muestran que 65.2% de los encuestados presentan un diagnóstico de esquizofrenia, 10.6% presentaban trastornos de personalidad, 10.6% bipolaridad, 6.1% un porcentaje menor presenta depresión y 4.5% fueron diagnosticados con otros trastornos. Asimismo, se pudo identificar que la funcionalidad familiar percibida de los pacientes es de 58.3%, el 19.4% presenta una disfuncionalidad severa y el 22.2% disfuncionalidad leve. En el caso de los familiares el 66.7% percibe funcionalidad familiar, el 10.6% presenta una disfuncionalidad severa y el 22.7% disfuncionalidad leve. Es por ello, que los cuidadores notan disfuncionalidad familiar a partir del 5 año de evolución de la enfermedad; sin embargo, los pacientes lo perciben a partir del 7 año de la evolución de la enfermedad. Conclusión: Se concluye que el apoyo social juega un rol importante para un buen funcionamiento familiar en pacientes que padecen problemas mentales y en los familiares cuidadores. Es por ello, que se observó que en los pacientes a mayor atención social se percibe mayor funcionalidad familiar y

que los pacientes que cuentan con apoyo familiar permiten disminuir las recaídas la hospitalización.

### ***1.2.2 A Nivel Nacional***

Angoma y Poccoypachi (2011), publicaron una investigación descriptiva sobre “Funcionalidad familiar en gestantes adolescentes: Instituto Nacional Materno Perinatal, 2011”, tuvo como muestra a 130 gestantes adolescentes entre 12 y 17 años, que fueron atendidos en los servicios de hospitalización, estimulación prenatal, psicoprofilaxis y consultorios externos del Instituto Nacional Materno Perinatal en la ciudad de Lima. El instrumento aplicado fue el Test Apgar Familiar modificado. Los resultados muestran, que el 90% de las familias de gestantes adolescentes tienen una familia de tipo disfuncional, para el de área de adaptación el 75% presentaba disfuncionalidad familiar, de los cuales el 37% presentaba un grado leve, mientras que el 69% del área de crecimiento presentaba una disfuncionalidad familiar, de las cuales el 43% eran leves. Asimismo, el 87% del área afecto presentaba disfuncionalidad familiar, dentro de las cuales el 32% presentó un nivel leve y el 32% un nivel moderado y por último el 85% del área de recursos presenta disfuncionalidad familiar, de las cuales el 34% es moderado. Conclusión: De acuerdo al Test Apgar Familiar (modificado), se pudo identificar que el gran porcentaje de adolescentes disfuncionales son parte de familias disfuncionales, el cual se encuentra presente en las cinco áreas (adaptación, participación, crecimiento, afecto y recursos) donde el grado de disfuncionalidad que fue más predominante fue leve.

Archimbaud y Montenegro (2017) publicaron una investigación cuantitativa – descriptiva de corte transversal sobre “Funcionalidad familiar en las adolescentes gestantes en el Hospital Nacional Sergio Bernales”, cuyo objetivo es determinar la funcionalidad familiar de adolescentes embarazadas de 10 a 19 años. La muestra fue

conformada por 44 adolescentes gestantes de la ciudad de Lima Metropolitana, para la recolección de datos se aplicó la escala de adaptabilidad y cohesión familiar FACES III, validado por H.Olson David (versión española). De los resultados obtenidos, se pudo apreciar que según la dimensión adaptabilidad, el 40.91% de adolescentes gestantes presentaron un nivel de adaptabilidad caótica, 34.09% un nivel flexible, 15.91% presento una adaptabilidad estructurada y en un porcentaje mejor de 9.91% pertenece a la población adolescente un nivel de adaptabilidad rígida. Asimismo, según la dimensión cohesión un 47.73% presenta un nivel de cohesión no relacionada, seguido el 22.73% de gestantes el nivel de cohesión semirrelacionada, el 18.18% pertenece a un nivel de cohesión relacionada y una minoría de adolescentes gestantes obtuvo un 11.36% de nivel de cohesión aglutinada. Conclusión: Se pudo observar que el mayor de porcentaje de adolescentes gestantes encuestadas tiene un nivel de adaptabilidad caótica y un nivel de cohesión no relacionada.

Minaya (2017) realizó una investigación descriptiva – no experimental de corte transversal sobre “Funcionamiento familiar en padres del sexto grado de primaria de la Institución Educativa Privada Santa María de los Ángeles, la Molina”, la muestra se encuentra conformada por 57 padres de familia entre varones y mujeres de la institución anteriormente mencionada, que van en el rango de 23 – 53 años de edad; que fueron evaluados a nivel de funcionamiento familiar por las dimensiones de adaptabilidad y cohesión familiar. Por el cual, se utilizó el instrumento de FACES III propuesto por Olson (1985), adaptada por Reusche Rosa (1994). Los resultados muestran que, el 72% de padres forma parte del tipo de familia separado, el 16% son de tipo de familia conectada, 11% son padres que forman parte de una familia desligada y solo el 4% forma parte del tipo de familia aglutinada. Además, se pudo notar que el 100% de los evaluados, según

el nivel de adaptabilidad son padres de tipo caótica caracterizado por ser familias con falta de cumplimiento en sus roles, reglas escasas dentro del hogar que son cambiadas constantemente, ausencia de control parental y falta de liderazgo en los miembros. Conclusión: Posterior al análisis realizado, se pudo identificar que los padres adultos mayores a 30 años presentan el siguiente predominio con respecto al nivel de cohesión: 72% separada, 13% unida y solo 4% enredada. Además, se pudo notar que los porcentajes variaron de manera significativa en el caso de los padres menores de 30 años, el cual sus resultados fueron los siguientes: 60% separada, 30% unida, 10% desligada y no se obtuvieron índices de una familia enredada; ya que, que el resultado fue de 0%. Del mismo modo, se pudo identificar que los niveles de adaptabilidad tanto en padres jóvenes y adultos fueron totalmente caóticas 100% y 98% respectivamente; mientras que, solo el 2% es de tipo flexible. Lo que significa que estas familias requieren de atención inmediata a nivel terapéutico; por lo que, se propone aplicar estrategias de intervención familia y lo más importante es compromiso - predisposición de los miembros de la familia en querer buscar cambios.

Siesquen (2019) hizo una investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, no experimental sobre “Funcionamiento familiar en padres de adolescentes consumidores de sustancias tóxicas en el Centro de rehabilitación de Chorrillos 2017”, que describe las causas que llevaron a consumir a estos adolescentes sustancias tóxicas y el tipo de funcionalidad familiar. La muestra estuvo conformada por 50 padres de adolescentes consumidores, donde el 60% de encuestados fueron de sexo masculinos y el 40% de sexo femenino, para la recolección se aplicó el cuestionario de escala de evaluación de Cohesión y Adaptabilidad (FACES III), elaborado por David Olson y miembros colaborados. De los resultados obtenidos se identificaron: 48% de padres presenta una

funcionalidad familiar extrema, 46% rango medio y solo el 6% es balanceada. Es decir, que según el Modelo Circunflejo de Olson es el tipo de familia de rango medio o disfuncional, que percibe y presenta dificultades en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. Por un lado, según la dimensión de Adaptabilidad familiar presenta que el 56% forma parte de un tipo de familia caótica moderadamente alta. Por otro lado, según la dimensión de Cohesión presenta que el 58% forma parte de tipo desligada. Conclusión: Los resultados muestran que el nivel de funcionamiento familiar predominante es de rango medio; por lo que según Olson, este rango no es saludable para los miembros de una familia; debido, suele presentar funcionalidades más extremas y problemáticas. Es por ello, que la investigación tuvo como finalidad dentro de las funciones del área de Trabajo Social tratar de disminuir las principales situaciones de riesgo tanto para los miembros de la familia como para el adolescente consumidor.

Villarreal y Paz (2017) realizaron un estudio de investigación descriptiva no experimental sobre “Cohesión - adaptabilidad y composición familiar en adolescentes del Callao, Perú”, que busca encontrar diferencias significativas entre la cohesión y adaptabilidad familiar según el tipo de composición familiar (nuclear, extensa, monoparental y nuclear), la muestra se encontraba conformada por 428 adolescentes varones y mujeres, entre 14 a 18 años, estudiantes en un colegio nacional del Callao. Para poder levantar la información necesaria, se administró la escala de evaluación de la cohesión y la adaptabilidad familiar FACES III de Olson y un cuestionario *ad hoc* que le permite evaluar la composición familiar. Resultados: De las encuestas aplicadas se pudo identificar que el 56% presenta un nivel de adaptabilidad caótica y el 39.3% presenta un nivel de adaptabilidad estructurada, de los cuales (n=36) el 8.4% de los adolescentes provienen de familias nucleares, el 38.8% de familias extensas (n=166) y el 39.7% a

familias extensas (n=170); mientras que, el 44.4% presenta un nivel de cohesión conectada y el 12.1% dispersa. Conclusión: Se logro identificar diferencias significativas entre los adolescentes pertenecientes a familias nucleares y a nucleares; es decir, que el funcionamiento familiar que predomino en esta investigación es de tipo conectada caótica.

Mariño (2016) desarrolló un estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal sobre “Actitudes hacia la enfermedad mental en la familia de pacientes hospitalizados con esquizofrenia en un hospital de la ciudad de Lima Metropolitana 2015”, siendo el objetivo determinar la actitud de la familia hacia los pacientes. La muestra lo conforman 37 familiares que cumplieron con los criterios de inclusión respectivos, el instrumento empleado para evaluar fue una encuesta con escala Likert modificada de 30 ítems, los resultados revelaron que el 59% de familiares presentan una actitud medianamente favorable hacia la enfermedad mental de alguno de sus miembros hospitalizados, 22% presenta una actitud desfavorable y el 19% presenta una actitud favorable. Además, se pudo observar que el 61% de familiares de pacientes esquizofrénicos hospitalizados presentan una actitud medianamente favorable a los tratamientos establecidos, el 21% muestra una actitud desfavorable y solo el 18% una actitud favorable. Conclusión: Se determinó que la actitud que tienen los familiares frente a la enfermedad que uno sus miembros padecen es medianamente favorable, lo que quiere decir que no aceptan la enfermedad en su totalidad, pero tampoco dejan en el abandono al paciente. En otras palabras, buscaban estar presentes en todas las decisiones que se ha de tomar, considerando que es necesario la supervisión de una tercera persona, para el caso de las actitudes desfavorables este último caso los familiares entienden lo que significa la enfermedad mental y al estar conscientes de las situaciones y de conocer las reales

limitaciones buscan separar los estigmas de la sociedad para establecer actividades que permitan el desarrollo del paciente.

Nolasco (2015) desarrolló una investigación descriptiva de tipo cuantitativo de corte transversal sobre “Actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar. Hospital Víctor Larco Herrera. 2014”, tiene como objetivo la actitud hacia el cuidado de los pacientes esquizofrénicos en el hogar. La muestra se encuentra conformada por 30 familiares de pacientes esquizofrénicos atendidos en el consultorio externo del Hospital. El instrumento aplicado fue una encuesta de escala tipo Likert modificada. Los resultados muestran que, el 53% de las actitudes de los familiares hacia el cuidado integra con respecto a las dimensiones básicas es desfavorable y el 47% presenta una actitud favorable. Con respecto a la dimensión psicosocial, el 73% presenta una actitud favorable y el 27% una actitud desfavorable. Conclusión: Se pudo determinar que el mayor porcentaje de los familiares presenta una actitud favorable hacia el cuidado integral en la dimensión psicológica y tratamiento farmacológico; sin embargo, existe un porcentaje notable que los familiares presentan una actitud desfavorable hacia el cuidado integral durante las crisis y hacia la satisfacción de las necesidades básicas del paciente en el hogar.

### **1.3 Objetivos**

#### ***1.3.1 Objetivo General***

Determinar el funcionamiento familiar percibido e ideal en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia de un Hospital General de la Región Junín.

### **1.3.2 *Objetivos Específicos***

1. Establecer las propiedades psicométricas del instrumento FACES III en la población de estudio.
2. Identificar el funcionamiento familiar percibida e ideal en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia de un Hospital General de la Región Junín.
3. Analizar las diferencias de la dimensión cohesión percibido e ideal en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia de un Hospital General de la Región Junín.
4. Analizar las diferencias de la dimensión adaptabilidad percibido e ideal en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia de un Hospital General de la Región Junín.
5. Identificar los dieciséis sistemas familiares percibidos e ideales del modelo Circunflejo de Olson en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia de una Hospital General de la Región Junín.

## **1.4 Justificación**

La finalidad del presente proyecto surge de la observación cotidiana del quehacer profesional, esto se da a través de las experiencias realizadas con las familias con paciente con esquizofrenia. Se hace evidente al trabajar y se llega a destacar en las familias de estos pacientes con dificultades en las pautas de crianza, no hay jerarquías, límites y factores originados dentro del sistema familiar. A esto se suma el impacto cultural de nuestra sociedad, como son las creencias y prejuicios propias de cada zona, se observa que la mayoría de las familias le da credibilidad a las personas que ejercen la medicina ancestral.

Otro grupo de familias pertenecen a la religión evangélica, Gnosis, Alfa y Omega, familias que deben orar, hacer ayunos y tener fe en la palabra de Dios, no reciben y no piden ayuda. Estas familias son denunciadas por la población acuden acompañados por los efectivos de la P.N.P, traen a sus pacientes en estado de agitación. En su gran mayoría de estas familias son de la selva central, VRAEM, tienen bajo nivel educativo, familias desempleadas, familias vulnerables, hacinamiento, padres separados, son de bajos recursos económicos, etc.

El presente estudio sobre “Funcionamiento familiar en familiares con pacientes con esquizofrenia” se encuentra dentro de los aportes de la Terapia Familiar Sistémica y de esta manera contribuir en modificar la interacción familiar sistémica de estas variables, lo cual permita abordar de manera especial el problema, con el apoyo del Área de Servicio Social y con el diseño de programas psicoeducativos, orientados a fortalecer vínculos emocionales para ser un sistema flexible para posteriormente adaptarse frente a una crisis con el fin de promover familias saludables.

Finalmente, la presente investigación pretende ser guía para las Trabajadoras Sociales que trabajan en Salud Mental, profesionales afines y personal de salud, lo cual constituye un precedente para futuras investigaciones.

## II. Marco Teórico

### 2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación

#### 2.1.1 *La Familia*

Comprender a la familia desde el enfoque sistémico significa definirlas como un sistema relacional o interaccional establecida entre sus miembros a través del tiempo. Supone adoptar el sustento epistemológico batesiano de la causalidad circular que obliga abandonar todos los conceptos lineales en la búsqueda de las causas históricas o con antecedentes, donde A produce B, lo que entonces causa C; tan solo se reduce el panorama de la problemática y la eficacia terapéutica.

Nicolo-Corigliano (1986) sostiene que la familia es un sistema relacional que supera y articula los variados componentes individuales, aun cuando el centro de estudio de la familia es el individuo y su proceso de diferenciación. Define dicha diferenciación como “la necesidad del individuo de expresar a si mismo que es integrada con la necesidad de cohesión y unidad del grupo en el tiempo.”

Bernales (1985) define la familia como un conjunto de personas, así como de las relaciones entre ellas y sus atributos, vale decir sus comportamientos comunicacionales. Este autor acoge la definición de Selvini sobre familia, como “un grupo natural con historia que se forma en el tiempo a través de una serie de ensayos, intercambios y retroalimentaciones correctivas a través de lo cual asimila experiencia, acerca de lo que está o no permitido en la relación hasta convertirse en una unidad sistémica original que se sostiene por medio de reglas que le son propias y peculiares”.

Por tanto, podemos decir que cuando teorizamos acerca de la familia entendida sistémicamente, es atender a las relaciones que establecen los miembros entre sí, y las

regularidades comunicacionales o pautas comportamentales dentro de una secuencia de conductas que se repiten en el tiempo con frecuencia y que da origen a las normas o reglas de funcionamiento de esa familia.

El enfoque sistémico da lugar a diversos modelos que enfatizan distintas formas de acercarse a esta como la estructura (Minuchin) las interacciones y el papel del síntoma (Selvini), el rol de la comunicación (Watzlawick) todos ellos entienden a la familia como sistema psicosocial.

Andolfi (1977) menciona, que la familia es un sistema en constante transformación y va atravesando estadios evolutivos, se adapta a las exigencias de cada ciclo mediante reglas en las que se delimita lo que está permitido o no; asimismo, menciona que los principios que regulan los sistemas son homeostasis, morfogénesis, circularidad, equifinalidad y equipotencialidad en referencia a que la familia actúa como un todo dinámico y autorregulado.

Ochoa (1995) complementa lo señalado mencionando que en un sistema es importante el concepto de “límites” y que estos funcionan como líneas de frontera de un grupo o subsistema y por otra parte como intercambio de pautas de comunicación, apoyo y afecto.

Ares (2002) menciona que desde el punto de vista epistemológico Bertalanffy y su Teoría General de Sistemas influyó mucho en las ciencias sociales. De acuerdo a esto “la familia es un sistema abierto que siempre va a intercambiar información con su medio y que todo organismo es un sistema” Explica que estos sistemas están ordenados en subsistemas u holones. Dentro de los sistemas hay estabilidad gracias a que existen reglas el cual permiten adaptarse a los cambios en el desarrollo de la vida familiar con la

finalidad de ir alternándose con periodos de homeostasis (equilibrio) y de morfogénesis (cambio).

Para Minuchin & Fischman (2004), indica que la familia utiliza es el contexto natural para crecer, desarrollarse y obtener apoyo; durante el proceso, dentro de sus roles elaboraran pautas de interacción que se convierten en reglas y son la base de la estructura familiar. Esta estructura Guía el funcionamiento familiar de tal manera, que los integrantes del sistema deban acoplarse a ella. Además, se señala que las reglas son necesarias para el establecimiento de un orden y la jerarquía para la organización del sistema.

En conclusión, para el enfoque sistémico, la familia es un sistema abierto con estructura y organización. La jerarquía y límites en los subsistemas provee de reglas las cuales organizan la dinámica familiar, es decir la forma como establecen sus transacciones y la comunicación entre sus miembros. La familia pasa por estadios evolutivos a través de los mecanismos de homeostasis y de morfogénesis.

### **Funciones de la familia**

Para Millán (2006), da a conocer y sostiene que la familia cumple un rol muy importante dentro de la sociedad, y ella está integrada a la preservación del ser humano con su bienestar y desarrollo ya sea de forma individual como también colectivo. Estas funciones básicas de la familia son:

- Protectora: La familia cumple una misión importante de proteger íntegramente a cada miembro de la familia, es por ello para desarrollar una vida plena cada persona recibe seguridad.

- **Reproductora:** Debe ser tomada con responsabilidad para preservar la especie humana por ser la reproducción un proceso natural e importante, por lo cuales, el contar con una madurez biológica y psicológica es necesario garantizar que los progenitores cumplan con esta importante misión.
- **Económica:** Contar con un sustento que es para satisfacer las necesidades primarias y secundarias de cada uno de los miembros es el agente económico de la sociedad, producto de su trabajo reciben un salario, ante esta evidencia la familia es un elemento dentro de la organización socioeconómica.
- **Educativa:** Para el desarrollo pleno de la personalidad del hijo como la transmisión de normas, valores, costumbres y como la formación de hábitos y costumbres es bueno para su adaptación a la vida social.

### **Familia funcional y disfuncional**

Para Minuchin (2003) refería que la familia es un sistema que ayuda a la socialización brindando el apoyo a sus miembros, como las satisfacciones y a su vez la regulación que necesita.

También menciona que las familias con graves disfunciones tienen serias incongruencias. Se manifiesta como en el plano de la comunicación y den los límites externos, agregado a su vez no hay un liderazgo claro, por el contrario, el funcionamiento de la familia disfuncional se presenta como caótico, aleatorio e inconexo.

Según los autores Simón, Stierlin y Wynne (2002) comprueba que las familias funcionales cuentan con estrategias adecuadas para resolver problemas o conflictos, tiene capacidad de cambio y transformación llevadas durante su ciclo de vida familiar adaptándose a las nuevas condiciones del entorno exterior y los cambios de sus miembros,

existe un clima emocional óptimo, diferencian la distancia y la proximidad en sus relaciones intrafamiliares.

Para Bergman (1987), menciona de la familia disfuncional de ser sistemas en que los síntomas de los hijos estabilizan la inestabilidad del matrimonio, mientras más encubierto este el conflicto marital más aprovechara el síntoma, otro de los casos si el síntoma es leve y no ayuda a la estabilización es considerado más grave considerando más conflicto de pareja mayor es el síntoma. En nuestra realidad el síntoma enmascara o desvía el conflicto de la diada madre-padre, interpretando tiene un mensaje y está íntimamente ligado con la estructura y dinámica familiar

### **Funcionamiento familiar**

El funcionamiento familiar entre sus miembros permite generar vínculos afectivos, el sistema de poderes flexibles para lograr adaptarse los cambios continuos, para la sociedad es importante el desarrollo y crecimiento tanto individual como grupo, según afirma Choque (2018), menciona que la funcionalidad familiar es la única capaz de hacer cumplir con sus funciones es la familia, por la crisis que puedan atravesar, la autonomía y el espacio del otro, formas de valorar como base el respeto, para trascender hacer frente cada una de las etapas que corresponden al ciclo vital tanto individual como familiar.

Por otra parte, Olson (1985) menciona que el funcionamiento familiar es la interacción de vínculos emocionales con los integrantes de la familia (cohesión) , tiene la capacidad de modificar su organización con el propósito de superar las dificultades existentes en la familia a medida que se dan los cambios (adaptabilidad) y la comunicación facilita la interacción entre sus dimensiones.

### Niveles de funcionamiento familiar

- Tipo Balanceado: Las familias de estas categorías en ambas dimensiones se encuentra al centro del círculo, es decir, una familia flexiblemente separada, flexiblemente conectada, estructuralmente separada, estructuralmente conectada. Por lo tanto, cuenta con la libertad de estar conectado al miembro de la familia que eligen o prefieren estar solo, como se ve el funcionamiento es dinámico por lo que puede cambiar. Se considera que este tipo de familia es la más adecuada.
- Tipo de Rango Medio: Las familias de estas categorías son las mas extremas en una sola dimensión, se observa como son las familias flexiblemente dispersas, flexiblemente aglutinada, caóticamente separada, caóticamente conectada, estructuralmente dispersa, estructuralmente aglutinada, rígidamente separada, rígidamente conectada. El funcionamiento de las familias como se observa presenta dificultades en una sola dimensión, lo que probablemente su origen se debe a múltiples causas del momento de crisis y estrés.
- Tipos Extremos: Estas familias son los más extremos en ambas dimensiones. Encontramos familias caóticamente dispersa, caóticamente aglutinada, rígidamente dispersa, rígidamente aglutinada. Su funcionamiento está considerado como el menos adecuado. Considera Olson varios aspectos al respecto:
  - En momentos especiales de la vida familiar, el funcionamiento extremo puede ser beneficioso para la estabilidad de sus miembros.

- Son consideradas familias extremas de forma exagerada de los de rango medio por lo que pertenecen, cuyas características varían en intensidad, calidad y cualidad.
- Los grupos extremos, si así lo desean los miembros si pueden funcionar por todo el tiempo.
- El problema de un miembro de familia o pareja que se ha presentado en algunos casos se puede considerar como un funcionamiento extremo, ej., un miembro de la pareja pide el divorcio se aprecia que tiene un funcionamiento extremo

### **Dimensión del Modelo Circunflejo de Olson**

#### ***1. Cohesión familiar***

Se refiere al vínculo o separación emocional que los miembros de la familia tienen entre sí. La cohesión evalúa el grado de sus miembros de la familia si están separados o conectados a ella, también para conocer si están en niveles extremos señalan la disfuncionalidad, según (Olson et.al.,1989).

Mencionamos los tipos de familia considerando que son cuatro: Desligada, separada, conectada y aglutinada.

Para determinar el tipo de cohesión, se suma los 10 ítems impares del FACES III. La cohesión extremadamente alto corresponde a familias aglutinadas y la cohesión extremadamente bajo corresponde a familias desligadas, también mencionamos los niveles moderados o intermedios corresponde a las familias separadas y conectadas. Para Olson según su referencia los niveles moderados o intermedios facilitan funcionamiento familiar, los niveles extremos son los más dificultosas.

Se define así estos tipos de cohesión:

**Desligada**

- Hay falta de lealtad familiar
- Poco involucramiento entre sus miembros
- Extrema separación emocional
- La relación afectiva es carente entre sus miembros
- Las decisiones son independientes
- Falta de cercanía parento filial
- Escasa vez se pasa el tiempo juntos
- Intereses desiguales
- La recreación es individual
- Los amigos personales son a solas

**Amalgamadas**

- Los miembros de la familia dependen unos de otros, dependencia afectiva
- Cercanía emocional extremo
- Existe falta de límites generacionales
- Los miembros mayormente pasan juntos
- Decisiones están tomadas lo que dice el grupo
- Se dan las coaliciones parento filial
- Prefieren los amigos de la familia
- Falta de separación personal
- Intereses se dan por mandato.

**Conectadas**

- Lealtad familiar es esperada
- Hay cercanía emocional

- Hay involucramiento y a la vez distancia personal
- Las interacciones afectivas son preferidas
- Los límites entre los subsistemas son claras y cercanía parento filia
- Los miembros pasan el tiempo juntos por ser importantes
- Interés es dentro de la familia
- Espacio privado es muy respetado
- Los amigos individuales comparten con la familia
- Prefieren los interese comunes
- La recreación compartida.

### **Separada**

- La lealtad familiar es ocasional
- Existe separación emocional
- Pocas veces se demuestra la correspondencia afectiva
- Se alienta la separación personal
- Los limites parento filiales son claros hay cercanía entre padres e hijos
- El tiempo individual es importante, pero parte del tiempo juntos
- Decisiones lo toman individualmente y las decisiones conjuntas
- Los amigos personales raramente son compartidos con la familia
- Interés son distintos
- La recreación se lleva a cabo por separado que compartido.

## ***2. Adaptabilidad familiar***

Se define como la habilidad dentro de un sistema marital o familiar, por ello para cambiar su estructura necesita de poder, reglas y roles en las relaciones familiares, en

respuesta del estrés situacional y propia del desarrollo, esto quiere decir, un balance entre cambio y estabilidad, según (Olson et.al.,1989)

Los niveles moderados o intermedios pertenecen a las familias flexibles y estructurales, el nivel extremadamente bajo corresponde a las familias rígidas y el nivel extremadamente alto corresponde a las familias caóticas. Menciona Olson que los niveles moderados o intermedios facilitan el funcionamiento familiar, bueno hace referencia que los niveles extremos son los más dificultosos.

Estos tipos de adaptabilidad son:

**Caótica:**

- Las decisiones parentales son impulsivas
- Liderazgo limitado
- Frecuentes cambios en las reglas a cumplir
- La disciplina es poco severa
- Falta de claridad en los roles.

**Rígida:**

- Liderazgo autoritario, severo control parental
- Es autocrática
- Los padres imponen las decisiones
- La disciplina es estricta y severa
- -Los roles son estrictos
- Las reglas se cumplen, no hay posibilidad de cambio

**Estructurada:**

- Liderazgo autoritario, a veces igualitario

- Es poco democrático
- Padres toman decisiones
- Las reglas se cumplen
- Los roles son estables, pero es compartido
- Pocos cambian

**Flexible:**

- Liderazgo igualitario, se da cambios
- Disciplina algo severo, luego se negocia
- Comparten roles
- Acuerdo en las decisiones
- Usual es la democracia
- Reglas flexibilidad para cumplir

Teóricamente, se asume la hipótesis que los niveles balanceados, probablemente, al funcionamiento de familias saludable y áreas extremas a las familias o parejas problemáticas. Como las familias extremas, en ambas dimensiones van a tener más dificultades y enfrentar el estrés situacional y de desarrollo, diremos en cambio, las familias balanceadas funcionarían de manera más adecuada.

Lo valioso es que la Escala de Cohesión y Adaptabilidad de David Olson, evalúa como ven actualmente los individuos a su familia (lo percibido) y como les gustaría que fuera (lo ideal).

### ***2.1.2 Esquizofrenia***

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), sustenta a la esquizofrenia como “un trastorno mental en el cual el deterioro de la función mental ha alcanzado un

grado tal que interfiere marcadamente con la introspección y la capacidad para afrontar algunas demandas ordinarias de la vida o mantener un adecuado contacto con la realidad”. Esto nos hace referencia, que dicha enfermedad desgasta la capacidad mental del individuo y no puede asumir los retos en la vida, lo que le dificulta establecer relaciones con su entorno. En consiguiente, dicha enfermedad comienza en la mayoría de los casos antes de los 25 años y que persiste por 06 meses aproximadamente.

Haley hace mención que “la esquizofrenia es el resultado de un determinado tipo de interacción familiar” donde las sucesivas experiencias traumáticas vividas provocan la sintomatología más que indagar estos procesos pueden explicar la aparición de la esquizofrenia. (Haley, 1986).

### **Familia y Esquizofrenia**

Según Liem (1980) en los años 50 se formularon teorías familiares que intentaban describir y explicar el surgimiento de los trastornos mentales, entre ellos la esquizofrenia, a pesar que existían marcadas diferencias en estas teorías con representantes como Bateson desde la sistémica y Bowen desde la psicodinámica, llegaron a la siguiente hipótesis general “las condiciones de la vida familiar y dadas ciertas formas de interacción entre los miembros familiares, como trastornos paradójales en la comunicación, formas caóticas de interacción (exceso de apego o aislamiento) incongruencias en las jerarquías, entre otros, hace predisponer la esquizofrenia a un individuo”. Se plantea también si las perturbaciones de las relaciones familiares preceden el comienzo de la esquizofrenia. Muchos investigadores continúan con la investigación de estas teorías para confirmar las hipótesis de estas escuelas, utilizan en dicho estudio no solo a familias esquizofrénicas sino también toman en estudio a familias clínicas no esquizofrénicas.

Las características del individuo son consideradas en las relaciones interpersonales y las pautas de interacción entre los individuos y estos pasan a ser objeto de estudio. En nuestra sociedad la familia es una unidad social que marca mucha importancia en el desarrollo de la personalidad, ya que los procesos de interacción familiar nos van a dar la información muy valiosa de las formas como es la relación interpersonal de los individuos. Por ello la esquizofrenia es considerado el foco de atención como lo señalan los grandes investigadores y terapeutas familiares.

Rosenthal y Kety (1968) con los hallazgos de estudios de adopción y de gemelos daban la impresión de que la esquizofrenia era un trastorno de predisposición genética y le otorgaban poco espacio para las influencias ambientales a la primera vida familiar y la probabilidad de un trastorno esquizofrénico ya sea en la adolescencia o primera adultez.

Posterior a los años 70, hubo dos importantes áreas de desarrollo en la investigación sobre familia y esquizofrenia. Ambas se han desarrollado en un contexto de modelo estrés-vulnerabilidad de la esquizofrenia. Estos estudios de Lukoff, Snyder, Ventura y Nuechterlein (1984) son aceptado en la actualidad y han reemplazado al modelo genético o familiar en los primeros estudios.

La primera área de investigación acerca de la sintomatología psicótica permanecía inalterable en un 7% de los pacientes y un 35% de los pacientes sufría de recaídas en dos años siguientes a la aparición de la enfermedad a pesar de estar con medicación de mantenimiento, según (Leff y Wing, 1971); Fue iniciada esta investigación por el Institute of Social Psychiatry de Londres, estuvo dirigido específicamente al estudio de recaídas en los pacientes esquizofrénicos. El resultado del estudio ha sido el predictor de recaídas del paciente esquizofrénico.

Segunda área de investigación fue de estudios con diseños longitudinales muy complejos que exploran el curso evolutivo de la esquizofrenia. Son dos los objetivos del trabajo: el primero, aclarar si actualmente existe evidencia en qué medida los patrones de comunicación y la estructura familiar de las familias con esquizofrenia son diferentes de los otros tipos de familia y por ello se hizo un repaso de las revisiones sobre los estudios de corte transversal. En segundo lugar, se clarifica si existen datos indicadores en que la perturbación de las relaciones familiares es considerado anterior al comienzo de la esquizofrenia.

### **Estudios de corte transversal**

Estas investigaciones se caracterizan por la observación, codificación y registro de las pautas de interacción entre los padres de uno o más hijos que pertenecen a familias con uno o más miembros perturbados (esquizofrénico y no esquizofrénico) y familiares no clínicos, las situaciones de estudio en dos modalidades: “interacción libre” y “ejecución dar tareas”. Fueron dos áreas de estudio de los investigadores: comunicación y relaciones de rol (afecto, conflicto y dominancia).

Jacob (1975) propuso con el objeto de presentar sistemáticamente los estudios de observación directa a la dimensión estudiada: afecto, dominancia, conflicto y claridad de la comunicación, quien analizo por separado los estudios de los grupos familiares esquizofrénicos y los grupos familiares perturbados no esquizofrénicos, asumiendo de esta forma las diferentes patologías que conllevan pautas de interacción familiar. E incluso al gran número de estudios, no fue alentador el resultado final, entonces Jacob menciona que solo dos dimensiones hablan de resultados significativos.

En primer lugar, los estudios compararon a los grupos perturbados no esquizofrénicos con grupos normales, pues hallaron diferencias significativas entre ellos referente a expresión de afecto, en las familias no clínicas expresan mayor cantidad de afecto positivo que las perturbadas y viceversa, también se encontró más afecto negativo en las perturbadas que en las no clínicas.

La segunda área de hallazgos significativos entendió la dimensión de claridad y la precisión de la comunicación, dichos resultados indicaron consistentemente una menor claridad y la exactitud en las comunicaciones de las familias esquizofrénicas que de las normales. “En resumen, parece que los estudios de interacción familiar están basados en una estrategia en potencia metodológicamente, no están aislados estos patrones familiares que diferencias grupos perturbados de normales” según (Jacob, 1975; pag.58).

Otra área importante de la investigación familiar inspirada en los trabajos de Wynne y Singer: los padres esquizofrénicos siempre van a mostrar un déficit en su capacidad para compartir un foco de atención, para adoptar la perspectiva de otro, para comunicar el significado y preciso y clara. Según esto, se evidencia que los patrones de estructura familiar y comunicación de las familias de esquizofrénicos son claramente diferentes de los otros tipos de familia.

### ***2.1.3 La Familia y el Enfermo Mental***

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia representa un serio problema tanto en su funcionamiento como en las relaciones interpersonales dentro del sistema, se produce la crisis familiar entre los miembros buscando culpables, recayendo en los padres, dada la coyuntura se da consciente e inconsciente.

Para adaptarse a esta nueva situación familiar, utiliza estrategias para poner en marcha mecanismos de autorregulación y ello permite seguir funcionando de tal manera que se producen cambios en la interacción familiar y que llevan a la familia a situaciones de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente esquizofrénico, así como la funcionalidad del sistema familiar. Aceptar que un familiar tiene la enfermedad mental, siempre es una experiencia difícil y dura, para un padre o una madre ver a su hija verse consumirse en un mundo psicótico de difícil comprensión es muy amargo y destructivo. Las cosas se complican por la carga de prejuicios y estigma social que conllevan la enfermedad mental.

Las personas que padecen la enfermedad mental mantienen relaciones familiares mínimas. Los familiares que conviven con un paciente esquizofrénico tienen necesidad de cuidar permanentemente privándose en lo personal, caso contrario pone en peligro a todo el núcleo familiar. Un paciente esquizofrénico complica repercusiones en el ambiente familiar, en las interacciones emocionales, y en otras actividades como: situación económica, ocio, y actividades domésticas.

#### ***2.1.4 El rol del profesional de Trabajo Social***

Según la ley del ejercicio social dado por el Congreso de la República, sus funciones (entre otros) son:

- Participación en el diseño, administración y ejecución de programas de bienestar social, bienestar laboral, seguridad social y salud ocupacional.
- Participación en proyectos de investigación y científica con el fin de optimizar el mejoramiento de la calidad de vida de la familia, los grupos y la población.

- El trabajador social es un profesional con una comprensión amplia de los procesos que viven las personas, familias, grupos, organizaciones y comunidades; a partir de ello participa en la formulación de políticas sociales, contribuye al desarrollo humano y promueve el ejercicio de los derechos y deberes del ciudadano (Congreso de la República, 2013).

Rodríguez (2017) define el rol del trabajador social como “la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud- enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad”

Ituarte (1992), complementa indicando que es importante “el conocimiento de la realidad de cada paciente, por lo que este proceso lleva implícito estudiar al usuario e identificar las redes de relaciones (familia, institución, situación de marginación o exclusión)”.

### ***2.1.5 El trabajador social en instituciones de Salud Mental***

Ponce (2009) conceptúa que el profesional de trabajo social “promueve el cambio social, la solución de problemas en las relaciones humanas, por lo tanto el trabajo social interviene en los puntos en lo que las personas interactúan con su entorno social y familiar” continúa mencionando que en los servicios de salud mental se trabaja desde un equipo multidisciplinario en la intervención del paciente y su familia, en ese sentido la intervención no puede ser sólo al paciente, siendo el foco de la intervención el entorno familiar, siendo en este caso una intervención social. En el mismo artículo Ponce reseña que las funciones del trabajador social son:

- El trabajador social entra en la parte curativa y preventiva por el lado del entorno

familiar, que se encuentra vulnerable, y esto se expresa en la disfuncionalidad de las familias e ahí nuestra intervención, para que la familia pueda comprender la enfermedad mental y tenga manejo en el paciente.

- Establecer redes sociales con las instituciones civiles y locales, para que también asuman su compromiso social.
- Investigación social, la Trabajadora Social se ha vuelto experta en hacer ubicación de las familias de los pacientes que llegan al servicio de emergencia y consulta externa que llegan con la policía nacional o el serenazgo, muchos pacientes llegan sin identificación, abandonados, logrando ubicar a las familias, se las sensibiliza para que acepten al paciente.

Arocas (2012) señala que las actividades de la trabajadora social en el ámbito hospitalario de salud mental son:

1. Intervención social con individuos: intervenciones orientadas a la prevención, atención, seguimiento y coordinación que el t.s. desarrolla con un paciente y/o núcleo familiar.
2. Intervención familiar: las familias con un miembro con enfermedad mental tienen unas necesidades específicas, tanto en lo referente a sus interacciones emocionales y funcionamiento interno como en su relación con su contexto social más inmediato.
3. Requieren apoyo, asesoramiento e información sobre la enfermedad y su tratamiento, así como sobre el modo de relacionarse con el enfermo y colaborar con su rehabilitación.

4. Intervención domiciliaria: intervención social constituida principalmente por técnicas de observación y entrevista, que permite el acercamiento e interacción del profesional con el contexto interno de la realidad familiar.
5. Intervención Grupal: intervenciones orientadas a favorecer la relación entre pacientes, familiares y otros miembros de la comunidad. La intervención se realizará a nivel preventivo, asistencial y terapéutico
6. Intervención Comunitaria: intervención con redes sociales, desde el individuo hacia el colectivo y desde el colectivo hacia el individuo, de forma que todos los ámbitos interactúan entre sí.

### **III. Método**

Según lo mencionado por Kothari (2004), sostiene que el método científico implica todos los procesos a los que requiere el investigador para el estudio del tema; tales como, las técnicas utilizadas para la recopilación de datos informativos, para el análisis estadístico y la validación de los resultados obtenidos. Lo indicado se relaciona con lo que sostiene Wahyuni (2012), quien define a la metodología como aquella ruta que debe seguir el investigador y tomar como base teórica los fundamentos y contextos del rubro a analizar. En la presente unidad se explica sobre el tipo de investigación que se utilizó para el desarrollo del estudio. Asimismo, se analiza el enfoque y diseño aplicado para la ejecución de las encuestas realizadas a los familiares de los pacientes con esquizofrenia. Por otro lado, se detalla la población y muestra a la cual se centrará el estudio para la recopilación de información.

#### **3.1 Tipo de investigación**

El diseño metodológico según Khotari (2014) menciona que es la estructura conceptual que permite conducir la investigación y recopilar la información necesaria para obtener evidencias; asimismo, se planifica una estrategia que permita conseguir los datos del estudio. En otras palabras, para el presente estudio se ha planteado un diseño no experimental. Para ello, Hernández (2010), menciona que en este tipo de diseño no se realizan manipulaciones de manera intencional a las variables independientes; es decir, que los fenómenos se estudian tal y como suceden en su ambiente natural. Según lo comentado por Bernal (2010), indica que el enfoque de la investigación es la medición de las características de los fenómenos sociales; lo cual, menciona que se debe iniciar desde un marco teórico que abarque el problema analizado; asimismo, debe ser complementando por información pertinente que exprese las relaciones entre las variables

estudiadas de forma deductiva. De la misma manera, Arbaiza (2014), sostiene que se debe tener en cuenta la naturaleza; tanto, de las variables que serán utilizadas como de la información recopilada que serán objeto de estudio. Por ello, que para la presente investigación se consideró viable emplear un enfoque cualitativo.

A partir del enfoque cuantitativo, la investigación permite que el desarrollo sea más confiable y pueda adaptarse a las diferentes situaciones propuestas. Según Hernández (2010) los investigadores emplean este diseño con la finalidad de analizar con veracidad la información planteada en un contexto particular; por lo que, se busca recopilar las evidencias necesarias alineadas a la investigación. De acuerdo con las características mencionadas por el autor, se puede identificar que coinciden con el tema de investigación.

En el presente estudio se utilizó un tipo de investigación que se centra en determinar los hechos sobre el problema planteado. Es por ello, que se optó por una investigación de tipo descriptivo - transversal. Al respecto Hernández; Fernández y Batista; (2014) explica que los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de las personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis; miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones del fenómeno a investigar. Asimismo, Arbaiza (2014), sostiene que una investigación transversal se orienta en identificar información o data referente al contexto en un momento único. Ello se ve reflejado, con lo mencionado por Tucker (2004) y Liu (2008), que sostienen que en este tipo de investigación la recolección de datos se realiza en un preciso momento, con el propósito de determinar la relación de las variables en un tiempo único. En este caso, se aplicó los instrumentos en un solo momento a los familiares de pacientes esquizofrénicos y la variable fue medida en un solo momento.

### 3.2 **Ámbito temporal y espacial**

La presente investigación se desarrolló en un Hospital General de la Región Junín, en el Servicio de Psiquiatría – Hospitalización, en el Área de Trabajo Social. El estudio se llevó a cabo en el año 2019.

### 3.3 **VARIABLES DE ESTUDIO**

- **Variable:** Funcionalidad familiar
- **Dimensiones:** Cohesión familiar, Adaptabilidad familiar

### 3.4 **POBLACIÓN Y MUESTRA**

En el Servicio de Psiquiatría del Hospital “Domingo Olavegoya” Jauja, en el libro de acta, se registraron a un promedio de 205 familiares o cuidadores (padre, madre y hermanos) responsables del paciente, cuyas edades fluctúan entre los 35 a 68 años de edad, procedentes de la región central, con pacientes hospitalizados, cuyo diagnóstico fue de esquizofrenia, motivo por el cual en la presente investigación se considera a la población de estudio los familiares o cuidadores de pacientes con esquizofrenia.

La muestra estuvo conformada por 100 familiares de pacientes hospitalizados con el diagnóstico de esquizofrenia de un Hospital General de la Región Junín. Para el tamaño de la muestra se aplicó la fórmula, con un nivel de confianza de 0.95%, con una probabilidad de éxito de 0.95% y una probabilidad de fracaso de 0.05%.

$$n = \frac{Z\alpha^2 pqN}{e^2 (N - 1) + Z\alpha^2 pq}$$

Datos:

N = 205

Za = 1.96 nivel de confianza (al 5% de significación)

p = 0.15 (probabilidad de éxito)

q = 0.85 (probabilidad de fracaso)

e = 5% = 0.05 margen de error

Reemplazando en la fórmula tenemos:

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot (0.1275) \cdot (205)}{(0.05)^2 (204) + (3.8416) \cdot (0.1275)}$$

$$n = 100.42$$

$$\mathbf{n = 100}$$

### 3.5 Instrumento

Se utilizó la Escala de Evaluación FACES III (Olson y Barnes modificado 1985) consta de dos partes con 20 ítems, la primera parte destinados a valorar el nivel de cohesión (10 ítems) y la segunda parte de adaptabilidad (10 ítems) de la familia, los cuales fueron puntuadas a través de la escala de Likert, con un rango de uno a cinco puntos con los parámetros: casi siempre, muchas veces, a veces si a veces no, pocas veces, casi nunca. La escala se encuentra estructurada con dos ítems para cada uno de los cinco conceptos relativos a la dimensión de cohesión: vinculación personal (11-19), apoyo (1-17), límites familiares (5-7), tiempo y amigos (9-3), e intereses y recreación (13-15), dos ítems para cada uno de los variables de la dimensión de adaptabilidad: liderazgo (6-18), control (12-2), disciplina (4-10), y cuatro ítems vinculados a la combinación de roles y reglas (8-14-16-20). Este instrumento ha sido validado, presentando una elevada consistencia interna dentro de la escala (Alpha de Cronbach de 0.85).

Encuesta: Esta técnica se empleó a los familiares de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados, que acuden los martes a la visita y reunión familiares, para el cual se invitó a los familiares a participar en este estudio, también se les hizo conocer todo el proceso de la investigación para la firma del consentimiento informado.

### **3.6 Procedimientos**

En primer lugar, se solicitó el permiso a la jefa del Servicio de Psiquiatría para la presentación del estudio, una vez obtenida la autorización por parte de la Jefatura, se programó en los horarios establecidos, los días martes para la aplicación del instrumento. Se explicó a las familias el objetivo de la investigación, para luego leerlos las instrucciones de la encuesta. Previo se explicó a las familias para entregar la solicitud de consentimiento y participar en el estudio. Una vez confirmado el consentimiento con su firma, se recabo la información pertinente. Luego se procedió a la aplicación de los instrumentos de manera individual previo a la reunión familiar del día martes. Luego de haber concluido y finalizada la recolección de pruebas, se elaboró una base de datos en el programa Microsoft Office Excel 2016.

### **3.7 Análisis de datos**

Para el análisis de datos y la comprobación de hipótesis se procedió a llenar una base de datos en Microsoft Office Excel 2016 y después se exportaron los datos al paquete estadístico SPSS versión 21. Conforme al tipo de investigación se realizó un análisis de estadística descriptiva de los datos para identificar los niveles de funcionamiento, el tipo de familia y la frecuencia de las dimensiones, los datos obtenidos son presentados en Tablas y Figuras. Por último, el análisis y la interpretación de los resultados estuvieron en relación a los objetivos planteados de la presente investigación.

## IV. Resultados

### 4.1 Análisis de los datos sociodemográficos

**Tabla 1**

*Distribución de la Muestra Según Género*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	74	74%
Masculino	26	26%
Total	100	100%

En la Tabla 1 se puede observar que más del 70% de encuestados de la muestra de estudio está conformada por parientes del género femenino, siendo el género predominante.

**Tabla 2**

*Distribución de la Muestra Según Edad*

Edades en intervalos	Frecuencia	Porcentaje
35 – 38	4	4%
39 – 42	8	8%
43 – 46	2	2%
47 – 50	11	11%
51 – 54	8	8%
55 – 58	23	23%
59 – 62	30	30%
63 – 66	14	14%
Total	100	100%

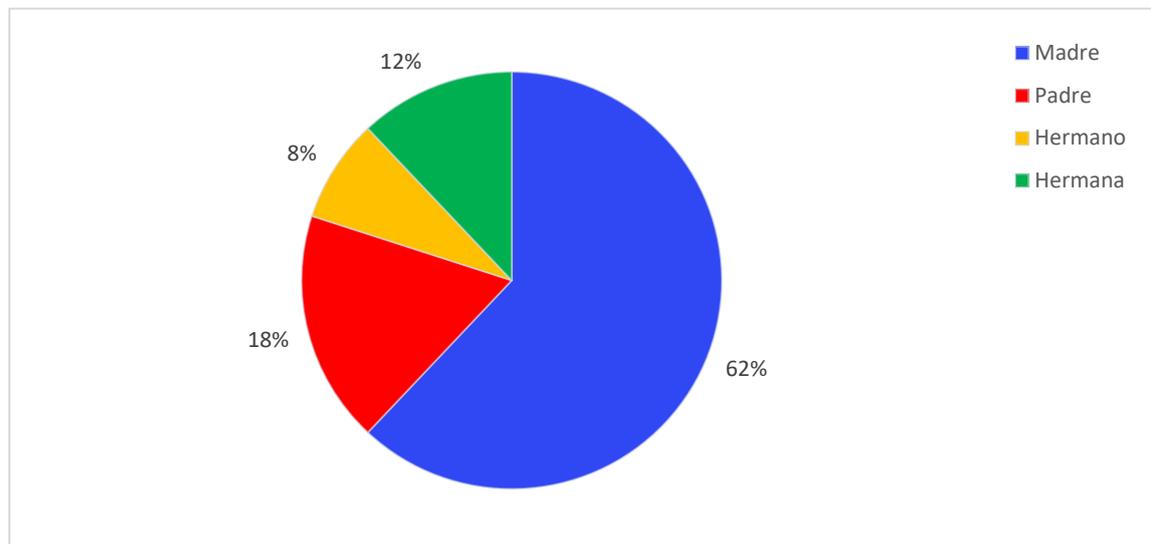
En la Tabla 2 se aprecia que la mayor concentración de participantes (30%) se centra en el rango de edades de los 59 años hasta los 62; mientras que, la menor concentración de participantes (2%) se centra en el rango de edades de los 43 años hasta los 46. Por lo que, la diferencia entre ambos rangos de edad es muy marcados.

**Tabla 3**

*Distribución de la Muestra Según Parentesco*

Parentesco	Frecuencia	Porcentaje
Madre	62	62%
Padre	18	18%
Hermano	8	8%
Hermana	12	12%
Total	100	100%

En la Tabla 3 se puede observar que el 62% de encuestados son las madres de los pacientes con esquizofrenia que asumen con esta enfermedad, mientras que solo el 18% son padres que asumen con la responsabilidad. Por otro lado, solo el 12% y 8% son hermanas – hermanos respectivamente quienes asumen la responsabilidad del paciente.

**Figura 1***Distribución de los Participantes Según Parentesco*

- Hallar las propiedades psicométricas del instrumento FACES III en la población de estudio

#### 4.2 Análisis psicométrico de las variables de estudio

**Tabla 4***Confiabilidad del Instrumento de Medición*

Cuestionarios Faces III	Alpha de Cronbach
FACES III Percibido	0,828
FACES III Ideal	0,823

Se puede apreciar en la tabla N° 4 que los coeficientes Alpha de ambos cuestionarios de FACES III son elevados debido a que son mayores que  $\alpha = 0,70$ , lo cual indica que tienen una consistencia interna buena y elevada.

**Tabla 5***Correlación Ítem – Test del Funcionamiento Familiar Percibido*

Ítems	r	p	Ítems	R	P
1	0,481**	,000	11	0,534**	,000
2	0,600**	,000	12	0,309**	,000
3	0,622**	,000	13	0,431**	,000
4	0,629**	,000	14	0,173	,085
5	0,411**	,000	15	0,519**	,000
6	0,588**	,000	16	0,584**	,000
7	0,457**	,000	17	0,646**	,000
8	0,565**	,000	18	0,422**	,000
9	0,467**	,000	19	0,162	,107
10	0,409**	,000	20	0,384**	,000

Nota: \*\* la correlación es significativa en el nivel  $p < 0,01$

Como se puede observar en la tabla No 5, las correlaciones son mayores al 0,30 y presentan una significancia al  $p < 0,01$  confirmando la validez de la escala percibida, en tanto los ítems 14 y 17 no presentan una significancia menor al 0,05, sin embargo, es tomado en cuenta para el análisis estadístico.

**Tabla 6***Correlación Ítem – Test del Funcionamiento Familiar Ideal*

Ítems	R	p	Ítems	R	P
1	0,484**	,000	11	0,424**	,000
2	0,540**	,000	12	0,083	,411
3	0,237**	,000	13	0,590**	,000
4	0,544**	,000	14	0,239*	,016

5	0,423**	,000	15	0,584**	,000
6	0,540**	,000	16	0,578**	,000
7	0,657**	,000	17	0,652**	,000
8	0,387**	,000	18	0,646**	,000
9	0,584**	,000	19	0,512**	,107
10	0,464**	,000	20	0,504**	,000

Nota: \*\* la correlación es significativa en el nivel  $p < 0,01$  \* la correlación es significativa en el nivel  $p < 0,05$ .

Como se puede observar en la tabla No 6, las correlaciones son mayores al 0,20 y presentan una significancia al  $p < 0,05$  confirmando la validez de la escala ideal, en tanto el ítem 12 no presenta una significancia menor al 0,05, sin embargo, es tomado en cuenta para el análisis estadístico.

- Identificar los niveles de cohesión y adaptabilidad percibida e ideal en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia de un Hospital General de la Región Junín.

### 4.3 Análisis descriptivo de las variables de estudio

**Tabla 7**

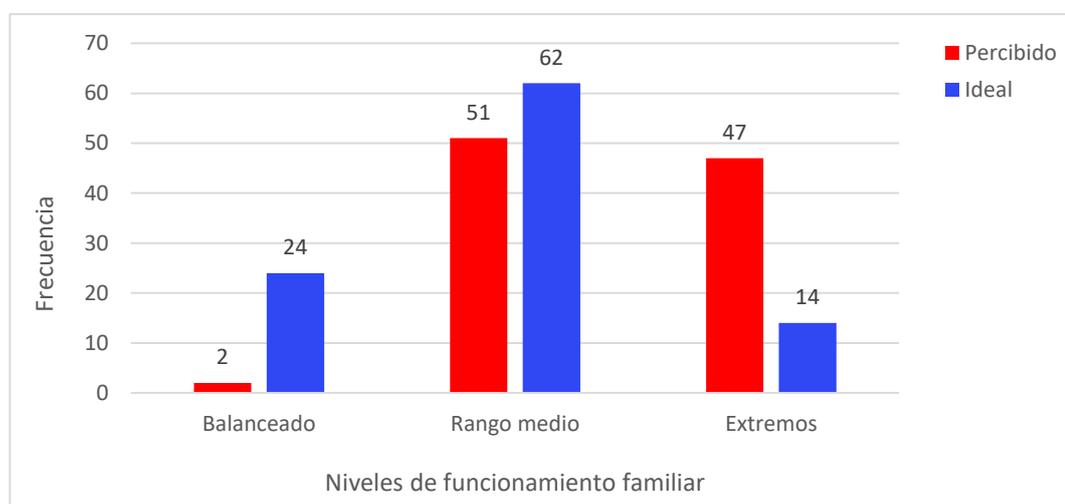
*Niveles de Funcionamiento Familiar Percibido e Ideal*

Niveles	Percibido		Ideal	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Balanceado	2	2%	24	24%
Rango medio	51	51%	62	62%
Extremos	47	47%	14	14%
Total	100	100%	100	100%

En la Tabla 7 se puede observar que el 51% de los participantes tienen un rango medio en percibir a su familia y solo 2 personas la perciben balanceadamente. En tanto, el 62% quisieran o idealizan a su familia en el rango medio y solamente 24 personas idealizan de manera balanceada a su familia.

## Figura 2

### *Comparación de Niveles Percibidos e Ideales*



En la figura 2 podemos observar a nivel descriptivo que hay un cambio en la frecuencia de la escala percibida a comparación de la ideal. El nivel balanceado y medio tiende a subir y el nivel extremo tiende a bajar.

- Analizar las diferencias de la dimensión cohesión percibido e ideal en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia de un Hospital General de la Región Junín.

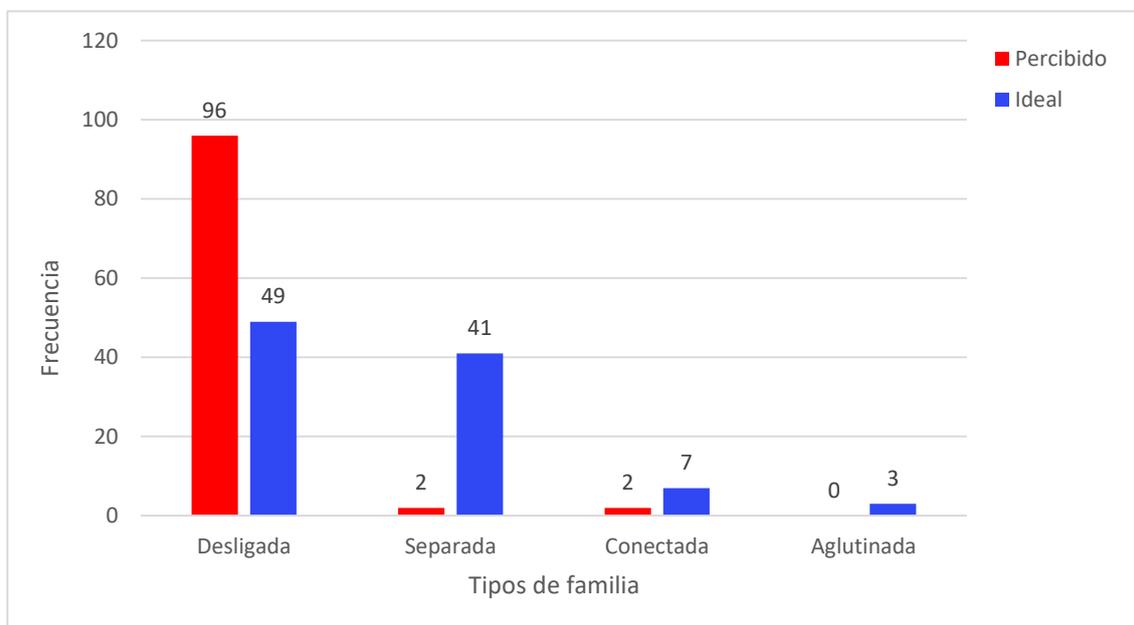
**Tabla 8***Tipos de Cohesión Percibido e Ideal*

Dimensión	Percibido		Ideal	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Desligada	96	96%	49	49%
Separada	2	2%	41	41%
Conectada	2	2%	7	7%
Aglutinada	0	0	3	3%
Total	100	100%	100	100%

Se puede apreciar en la tabla 8, que cerca del 100% de los participantes perciben una cohesión desligada, en tanto solo un 4% perciben a su familiar separada o conectada, por otra parte, ningún participante percibe un ambiente aglutinado en su familia. En tanto, en la cohesión ideal se resalta que el 41% de los participantes desean un tipo de familia con cohesión separada en comparación con un 49% que desea una cohesión desligada. Solo tres participantes idealizan de manera aglutinada a su familia y un 7% de manera conectada.

**Figura 3**

*Comparación de los Tipos de Familia según Cohesión Percibida e Ideal*



En la Figura 3 se puede observar que la percepción del tipo de familia es mayoritariamente desligada, esto cambia en la escala ideal en donde está casi a la par con el tipo de familia separada.

- Analizar las diferencias de la dimensión adaptabilidad percibido e ideal en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia de un Hospital General de la Región Junín.

**Tabla 9**

*Tipos de Adaptabilidad Percibida e Ideal*

Niveles	Percibido		Ideal	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Rígida	47	47%	5	3%
Estructurada	35	35%	16	16%

Flexible	16	16%	46	46%
Caótica	2	2%	33	33%
Total	100	100%	100	100%

En la Tabla 9 se resalta que cerca de un 50% de los participantes perciben de manera rígida a su familia, un 35% de manera estructurada y un 16% de manera flexible, por último, solo dos personas perciben a su familia de manera caótica. En contraste, un 46% de los participantes idealizan a su familia del tipo flexible y un 33% quisieran que fuera caótica.

- Identificar los dieciséis sistemas familiares percibidos e ideales del modelo Circunflejo de Olson en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia de una Hospital General de la Región Junín.

**Tabla 10**

*Distribución de los Dieciséis Tipos de Familias Percibidas*

Tipo		Adaptabilidad percibida				Total
		Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica	
Cohesión percibida	Desligada	47	35	14	0	96%
	Separada	0	0	2	0	2%
	Conectada	0	0	0	2	2%
	Aglutinada	0	0	0	0	0%
Total		47%	35%	16%	2%	100%

En la Tabla 10 se puede observar que la distribución de los 16 tipos de familia percibidas (Cohesión – adaptabilidad) la que destaca es el tipo de familia Desligada – Rígida con un 47%, seguida de la familia Desligada – Estructurada. Solo un 14% perciben a su familia de manera Desligada – Flexible y un 2% de manera Separada – Flexible. En tanto se puede apreciar que hay muchos tipos de familias que no se pueden encontrar en la tabla.

**Tabla 11**

*Distribución de los Dieciséis Tipos de Familias Ideal*

Tipo		Adaptabilidad percibida				Total
		Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica	
Cohesión percibida	Desligada	5	14	24	6	49%
	Separada	0	2	22	17	41%
	Conectada	0	0	0	7	7%
	Aglutinada	0	0	0	3	3%
Total		5%	16%	46%	33%	100%

En la tabla 11 se muestra la distribución de los 16 tipos de familias ideales de los participantes. Se puede destacar que el tipo de familia que idealizan los participantes es Desligada – Flexible con 24%, seguido de la familia Separada – Flexible con un 22%.

## V. Discusión de resultados

La presente investigación tuvo como objetivo general determinar el funcionamiento familiar en sus dos formas, la percibida que es la percepción real que el sujeto tiene sobre su propia familia; y la ideal, que es la forma en como idealiza el sujeto a su familia. La muestra de estudio estuvo conformada por 100 familias que tenían al menos un familiar con esquizofrenia, propiamente dicho. Para ello, se aplicaron los cuestionarios a las personas encargadas de visitar al paciente esquizofrénico de un Hospital General de la Región Junín. De acuerdo, a los resultados obtenidos, se pudo identificar que los familiares en quien recae la responsabilidad son las madres de los pacientes, las cuales poseen una edad ya avanzada.

La información recopilada indica, que el nivel de funcionamiento familiar identificado en los cuidadores de los pacientes con esquizofrenia, tanto para el contexto percibido e ideal indican que los niveles de funcionamiento familiar se encuentran ubicados en el tipo rango medio. Según lo mencionado por Olson (1985), estos resultados significan que este rango no es el adecuado para el funcionamiento de una familia; debido a que, el resultado obtenido suele presentarse en familias disfuncionales. Asimismo, ello se puede contrastar con lo mencionado por Fernández (1987), donde señala que la familia disfuncional puede propiciar la aparición de problemas psicológicos o psiquiátricos en un miembro de la familia; así como, también se pueden presentar triangulaciones o coaliciones en su estructura. A diferencia, del tipo balanceado que tiende a ser más funcional conforme a lo sostenido por Minuchin (2003), donde considera que la familia es un sistema que ayuda a la socialización brindando el apoyo a sus miembros como: la satisfacción y regulación que necesita.

Las familias que viven con un paciente con esquizofrenia, manifiestan que tienen la necesidad de cuidarlo permanentemente privándose en temas personales; sino, consideran que ponen en peligro a todo el núcleo familiar. La información se relaciona con la investigación de Lías (2013), quien comenta que las familias deben afrontar diversas dificultades asociadas a esta enfermedad; entre ellos la complejidad del sistema de salud, educación, económico y social.

De igual forma Minaya (2019), en su investigación muestra que el nivel de funcionamiento familiar predominante es de rango medio en padres del sexto grado de primaria; puesto que, se resaltó que el funcionamiento de las familias presenta dificultades entre sus miembros. Con respecto a la dimensión de cohesión, la cual es extremadamente bajo, tanto en el aspecto percibido como ideal se determinaron que las familias tienen la característica de ser desligada. Los resultados coinciden con el trabajo de investigación de Siesquen (2019), donde identifica que la dimensión de cohesión es desligada, en padres de adolescentes consumidores de sustancias tóxicas. Según Olson (1985), menciona que el nivel cohesión desligada, no es saludable para los miembros de la familia, por presentar funcionalidades problemáticas y extremas. Esto hace referencia a situaciones como: su relación afectiva es carente, intereses desiguales, sus decisiones son independientes, poco involucramiento entre los miembros, entre otros factores, notándose en las familias de los niños poco involucramiento entre los miembros de la familia. Al pertenecer los cuidadores o familiares de pacientes con esquizofrenia a una familia desligada, se puede evidenciar el sentimiento de inseguridad, el crecimiento personal de los miembros es limitado y algunos integrantes son ausentes en el núcleo familiar.

En la Dimensión Adaptabilidad, se reconoció que el tipo de familia predominante en los cuidadores es rígido, el cual es considerado extremadamente bajo. Según Olson

(1985), sostiene, que en esta dimensión predomina el autoritarismo, existe ausencia de cambios, la disciplina es estricta, los padres imponen las decisiones, las reglas son cumplidas estrictamente, no hay posibilidad de cambio. Lo que significa, que las familias o cuidadores de pacientes con esquizofrenia perciben que los roles de su núcleo familiar son estrictos, lo cual limita en diferentes aspectos a los integrantes de la familia, Por otro lado, observamos que la dimensión de adaptabilidad ideal para los cuidadores es flexible; es decir, que este tipo familia puede cambiar las estructuras de poder, permitiéndole adaptarse a los cambios. Lo cual es recomendable; ya que, facilita la funcionalidad familiar.

Ante lo expuesto, según Pérez, García, Rodríguez, Losada, Porras y Gómez (2010) en su investigación “Función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia”, sostiene que los cuidadores presentan deterioro en su salud mental y las áreas más afectadas son: insomnio, agobio y la incapacidad de disfrutar las actividades cotidianas. Es decir, que existe una relación estadísticamente negativa entre la función familiar y la salud mental de los cuidadores; en otras palabras, a mayor deterioro de la enfermedad del paciente, existe una menor influencia en la familia dependiente.

Por lo que se concluye, que un buen nivel de funcionamiento familiar brinda un ambiente de independencia entre sus integrantes, donde los cuidadores de los pacientes con esquizofrenia pueden realizar sus actividades normalmente; asimismo, se puede establecer un orden, disciplina y buen clima familiar. Lo que permite, que todos se integren y desenvuelvan ante la sociedad

## VI. Conclusiones

1. El 74% de los encuestados del estudio son parientes del género femenino, mientras que solo el 26% son de género masculino.
2. Las edades de los parientes fluctúan y se centra desde los 59 hasta los 62 años, haciendo un 30%. Mientras que en un 2% se centra en las edades de 43 a 46 años.
3. El 62% de los encuestados son las madres de pacientes con esquizofrenia quienes asumen con la responsabilidad de la enfermedad.
4. El nivel de funcionamiento familiar percibido es extremo con un 47%, por consiguiente, el ideal es balanceado tiene un porcentaje de 24%, mientras en ambas situaciones el rango medio predomina en un 51% y en 62% respectivamente.
5. Las propiedades psicométricas del instrumento nos indican que los coeficientes de alfa de ambos cuestionarios de FACES III son elevados debido a que son mayores que  $\alpha = 0,70$ , lo que indica que tienen una consistencia interna buena y elevada.
6. Según la distribución de los dieciséis tipos de familia percibidas se obtuvo como resultado el tipo de familia desligada-rígida con un 47%, asimismo se puede destacar que el tipo de familia ideal es desligada-flexible con un 24%. Por lo que se concluye que en ambos tipos de familia. El funcionamiento familiar no es el adecuado por lo que muchos de sus miembros pueden verse afectados.

## VII. Recomendaciones

1. Continuar con las investigaciones de las variables de funcionamiento familiar porque con ello se busca informar y dar a conocer nuevos enfoques que permitan profundizar diferentes temas relacionados al estudio en el ámbito familiar.
2. Coordinar de manera activa con el personal de los Puestos y Centros de Salud para monitorear y hacer el seguimiento a los familiares de pacientes con esquizofrenia para el cumplimiento de su tratamiento farmacológico y su rehabilitación ocupacional.
3. Implementar programas con intervención en Terapia Familiar por parte de la Unidad de Servicio Social – Psiquiátrica en Consulta Externa, con la finalidad de brindar apoyo en situaciones de tensión, malestar o sufrimiento de la familia para que el que el equipo multidisciplinario trabaje ofreciendo alternativas a los miembros de la familia para que puedan ensayar e intentar lo no habitual y sentirse seguros de realizar cambios dentro de su estructura familiar.
4. Diseñar procesos de intervención que estén orientados a promover programas de prevención dirigidas a familias con las variables estudiadas en Consultorios Externos para reducir la disfuncionalidad en las familias.

### VIII. Referencias

- Andolfi, A. (2003). *La familia de origen: El encuentro de la psicoterapia con la formación*. Milán: Buenos Aires.
- Andrews, F. y Withey, S. (1974). Developing measures of perceived life quality: results from several national averages. *Social indicators Research.*, 11-26.
- Angoma, L. y Poccorpachi, D. (2011). *Funcionalidad familiar en gestantes adolescentes: Instituto Nacional Materno Perinatal, 2011*. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia. Universidad Nacional de San Marcos: Lima.
- Arocas, A., Cebrián, A. y otros (2012). *Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario*. Agencia Valenciana de Salud. España.
- Ayala, M, y Montenegro, M, (2017). *Funcionalidad familiar en las adolescentes gestantes en el Hospital Nacional Sergio Bernales*: Tesis Universidad Arzobispo Loayza. Lima.
- Bazo, J., Bazo, O., Frank, J., Mormontoy, W. & Bernnett, L. (2016). Propiedades psicométricas de la escala de funcionalidad familiar faces-III: un estudio en adolescentes peruanos. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33(3):462-70. doi: 10.17843/rpmesp.2016.333.2299
- Bousoño, M. (1993). Calidad de vida relacionada con la salud. *Revista de psiquiatria*, 45.
- Burr, W. y Lowe, T. (1987). Olson's Circumplex Model: A Review and Extension Family. *Science Review*, 5-22.

- Castillo, H. (2012). Impacto de la esquizofrenia en la calidad de vida y desarrollo humano de pacientes y familias de una Institución de atención en salud mental de la ciudad de Lima. *Anales de Salud Mental*, 9-30.
- Casanova, L. (2014). Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. *Salud Mental*, 443-448.
- Correo, Diario. (12 de Octubre de 2017). *Salud mental y derechos humanos*. Más de 29 mil personas padecen de trastornos neuróticos y esquizofrenia, pág. 4.
- Diaz Marsá, M. (2013). *Afrontando la esquizofrenia*. Madrid: Enfoque Editorial S.C.
- Española, R.A.E. (2014). *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid: Tricentenario.
- Florenzano, R. (1995). Factores familiares protectores para conductas de riesgo: Vulnerabilidad y Resiliencia. *Revista de Psiquiatría Clínica.*, 45-51.
- García, K. (2008). Niveles de Calidad de vida en famacodependientes de tres centros de rehabilitación terapéutica, según tiempo de internamiento. *Revista Liberabit*, Universidad San Martín de Porres, 21-24.
- García, G., Martín, M., García, B., Morales, A., Flores, M. y Moreno, M. (2015) Percepción del funcionamiento familiar por estudiantes de nivel medio superior de una universidad pública. *Paraninfo Digital*. 9(22), 2-8. Recuperado de <http://www.index-f.com/para/n22/185.php>
- Haley, J. (1986). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hendrie, K. (2015). *Cohesión familiar, adaptabilidad y resiliencia en adolescentes de las escuelas de la provincia de Nuevo León*. (Tesis para obtener el grado de Magister en Psicología). Universidad de Morelia, Morelia, Michoacán.

México. Recuperado de <http://dspace.biblioteca.um.edu.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.11972/576/Tesis%20d-88-e%20Mtr%C3%ADa.%20en%20Relaciones%20Familiares%20de%20Karina%20N.%20Hendrie%20Kupczyn.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ª ed.). México: McGraw Hill Educación.

Hernández, C., Valladares, A., Rodríguez, L. & Selín, M. (2014). Comunicación, cohesión y satisfacción familiar en adolescentes de la enseñanza secundaria y preuniversitaria, *Cienfuegos. Scielo*. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2017000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000300009).

Hidalgo, C. y Carrasco, E. (2002). *Salud familiar: un modelo de atención integral en la atención primaria*. Santiago: Universidad Católica de Chile.

Hidalgo, G. (1999). Evaluación del funcionamiento familiar de familias con y sin riesgo biopsicosocial. *PSYKHE*, 85-104.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2014). *Condiciones de Vida en los departamentos del Perú*.

Katz, D. y Stotland, E. (1959). Estrategias psicosociales utilizadas para el cambio de actitud hacia personas discriminadas por su discapacidad o trastorno mental. *Revista Española de Discapacidad*, 27-39.

Krech, D. et al. (1962). *Individual in Society*. New York: McGraw-Hill.

- Maganto, C. (2004). *La familia desde el punto de vista sistémico y evolutivo*. Buenos Aires: Heder.
- McCubbin, H. y McCubbin, M. (1987). *Family stress theory and assessment: The T-Double ABCX Model of Family Adjustment and Adaptation*. University of Wisconsin: Madison.
- Minaya, A. (2017). “*Funcionamiento familiar en padres del sexto grado de primaria de la Institución Educativa Privada Santa María de los Ángeles, la Molina*” Trabajo de suficiencia profesional Universidad Nacional Inca Garcilaso de la Vega: Lima.
- Minuchin, S. (2009). *Familias y Terapia familiar*. Buenos Aires: Barcelona.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1984). *Técnicas de Terapia Familiar*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Mojalefa, S. (2003). The impact of schizophrenia on family functioning: A social work perspective. . Dissertation Abstracts International Section A: *Humanities and Social Sciences*, 63.
- Moreno, A. (2015). *Manual de terapia sistémica: Principios y herramientas de intervención*. Bilbao: Editorial Descleé y Brouwer.
- Musitu, G., Román, J. y García, E. (1988). *Familia y Educación*. Barcelona: Labor Universitaria.
- Horwitz, N., Florenzano, R. y Ringeling, I. (1985). Familia y Salud Familiar: Un enfoque para la atención primaria. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 144 - 145.

- Congreso de la República del Perú (2013). *Ley del ejercicio profesional del trabajador social*, 30112. Presidencia de la República. Secretaría de Consejo de Ministros.
- Ochoa de Alda, I. (26 de Abril de 2016). *Enfoque en terapia familiar sistémica*. Obtenido de Barcelona: Herder: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>.
- Olson, D. (1999). Circumplex Model of Marital & Family Systems. . *Journal of Family Therapy: Empirical approaches to Family Assessment*, 144-167.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
- Polaino Lorente, A. y Martínez, P. (2003). *Evaluación Psicológica de la familia*. España: Rialp.
- Ponce, L. (2009). *Experiencias de Trabajo Social en el equipo multidisciplinario de salud mental-Hospital V. Larco Herrera- Lima*. Ponencia presentada en el XIX Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador.
- Rodrigo, M. y Palacios, J. (1998). *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza.
- Rodríguez, L. (2017). Las funciones del trabajador social en el campo de la salud. *Revista CCCSS*. Universidad Técnica de Manavit. Ecuador.
- Rodríguez, M., Castro, M., Sanhueza, V. y Del Valle, A. (26 de Agosto de 2011). *Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos*. Obtenido de Aquichán: [aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1818/2385](http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1818/2385)

- Sáez, M. J. (2015). *Disfunción familiar en adolescentes de quinto de secundaria de un colegio público y un colegio privado en el distrito de la Molina*. Lima: Univesidad de Lima.
- Saunders, J. (2003). Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 175-198.
- Schalock, R. L. y Verdugo, M.A. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 78-96.
- Schalokr, Y. y Verdugo, M. (2002). *Calidad de vida: Manual para profesionales de la Educación, Salud y Servicios sociales*. Madrid: Manual Moderno.
- Shumaker, S.A. y Naughton, M.J. (1995). *The international assessmente of health related quality of life: a thoeretical perspective*. New York: Rapid Communication.
- Watzlawick, P. (1989). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Zegers, B., Larrain, M.E., Polaino-Lorente, A., Trapp, A., & Diez, I. (29 de Enero de 2003). *Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar*.

**IX. Anexos****Anexo 01****CONSENTIMIENTO INFORMADO****TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN. “Funcionamiento Familiar en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia de un Hospital General de la Región Junín”**

Yo.....

Identificado con DNI..... y en pleno uso de mis facultades mentales acepto participar en el presente estudio de investigación habiendo sido informado previamente.

1. La información obtenida será de carácter confidencial, siendo usada exclusivamente para el estudio arriba mencionado, no generándome perjuicio de ningún tipo para mi persona.
2. Puedo retirarme del estudio durante su desarrollo si así lo considerase conveniente.

Junín,.....de.....2019.

## Anexo 02

### CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES SOCIO DEMOGRÁFICOS

**Título de la Investigación:** “Funcionamiento familiar en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia de un Hospital General de la Región Junín”

***INSTRUCCIONES:***

Marque con una “X” dentro del recuadro la alternativa que considere adecuada. Complete cada ítem de acuerdo a sus datos.

#### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

**Fecha:** ...../...../.....

Edad: .....años.

Grado de instrucción:      Primaria      (...)

Secundaria      (...)

Superior      (...)

Sexo:            Masculino (    )                      Femenino (    )

Estado civil: Soltero(...)

Casado(...)

Conviviente      (...)

Separado(a)      (...)

### Anexo 03

#### CUESTIONARIO FUNCIONALIDAD FAMILIAR FACES III

(Olson y Barnes modificado 1985)

**INSTRUCCIONES:** A continuación, le presentamos oraciones referidas a diferentes aspectos de su vida, las cuales deberá opinar sinceramente considerando que tan satisfecho está usted. No existe respuesta correcta o incorrecta.

Después de haber leído cada frase coloque una X en el casillero que mejor describa **COMO ES SU FAMILIA AHORA**, es muy importante que conteste todas las frases con sinceridad. Muchas Gracias.

Nunca:1 Casi Nunca: 2 A veces: 3 Casi siempre: 4 Siempre: 5

	N	CN	A	CS	S
1. Los miembros de la familia se piden ayuda unos a otros.					
2. En la solución de problemas se siguen las sugerencias de los hijos.					
3. Nosotros aprobamos los amigos que cada uno tiene.					
4. Los hijos expresan su opinión acerca de su disciplina.					
5. Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra familia inmediata.					
6. Diferentes personas de la familia actúan en ella como líderes.					
7. Los miembros de la familia se sienten más cerca entre sí que a personas externas a la familia.					
8. En nuestra familia hacemos cambios en la forma de ejecutar los quehaceres.					
9. A los miembros de la familia les gusta pasar juntos su tiempo libre.					
10. Padres e hijos discuten juntos las sanciones.					
11. Los miembros de la familia se sienten muy cerca unos de otros.					
12. Los hijos toman las decisiones en la familia.					
13. Cuando en nuestra familia compartimos actividades, todos estamos presentes.					
14. Las reglas cambian en nuestra familia.					
15. Fácilmente se nos ocurre cosas que podemos hacer en familia.					
16. Nos turnamos las responsabilidades de la casa.					
17. Los miembros de la familia se consultan entre sí sus decisiones.					
18. La unión familiar es muy importante.					

19. Es difícil identificar quien es quienes son lideres en nuestra familia.					
20. Es difícil decir quien se encarga de cuales labores del hogar.					

### FACES III VERSIÓN IDEAL

(Olson y Barnes modificado 1985)

**INSTRUCCIONES:** En este apartado si bien es cierto se tratan de las mismas preguntas de la primera parte, coloque una X en el casillero que mejor describa **CÓMO QUISIERA QUE FUESE SU FAMILIA**, es muy importante que conteste todas las frases con sinceridad. Muchas Gracias.

Nunca:1 Casi Nunca: 2 A veces: 3 Casi siempre: 4 Siempre: 5

	N	CN	A	CS	S
21. Los miembros de la familia se pedirían más ayuda unos a otros.					
22. En la solución de problemas se seguirán las sugerencias de los hijos.					
23. Nosotros aprobaríamos los amigos que cada uno tuviera.					
24. Los hijos expresarían su opinión acerca de su disciplina.					
25. Nos gustaría hacer cosas sólo con nuestra familia inmediata.					
26. Diferentes personas de la familia actuarían en ella como líderes.					
27. Los miembros de la familia se sentirían más cerca entre sí que a personas externas a la familia.					
28. En nuestra familia haríamos cambios en la forma de ejecutar los quehaceres.					
29. A los miembros de la familia les gustaría pasar juntos su tiempo libre.					
30. Padres e hijos discutirían juntos las sanciones.					
31. Los miembros de la familia se sentirían más cerca unos de otros.					
32. Los hijos tomarían las decisiones en la familia.					
33. Cuando compartiéramos actividades, todos estaríamos presentes.					
34. Las reglas cambiarían en nuestra familia.					
35. Se nos ocurrían más fácilmente cosas que pudiéramos hacer en familia.					
36. Nos turnaríamos las responsabilidades de la casa.					
37. Los miembros de la familia se consultarían entre sí sus decisiones.					

38. Sabríamos quien o quienes serían los líderes de nuestra familia.					
39. La unión familiar sería muy importante.					
40. Podríamos decir quien se encarga de cuales labores del hogar.					

**Anexo 03**  
**BASE DE DATOS**

N°	EDAD	PARENTESCO	COHESION - ADAPTABILIDAD PERCIBIDO																	COHESION - ADAPTABILIDAD IDEAL																							
			i1	i2	i3	i4	i5	i6	i7	i8	i9	i10	i11	i12	i13	i14	i15	i16	i17	i18	i19	i20	i21	i22	i23	i24	i25	i26	i27	i28	i29	i30	i31	i32	i33	i34	i35	i36	i37	i38	i39	i40	
1	58	MADRE	3	3	3	2	4	3	2	4	2	2	4	2	2	1	3	3	2	4	2	2	3	2	3	4	3	2	3	4	4	3	2	3	3	2	2	4	4	3	4	2	
2	65	PADRE	4	3	3	2	4	3	3	3	2	2	2	1	2	2	2	3	4	4	2	2	4	2	1	4	3	3	3	4	4	3	2	2	3	3	2	4	4	3	4	2	
3	38	HERMANO	3	3	3	2	4	3	2	4	2	2	4	2	2	1	3	3	2	4	2	2	3	2	3	4	3	2	3	4	4	3	2	3	3	2	2	4	4	3	4	2	
4	36	HERMANO	3	2	2	1	3	2	2	4	1	1	1	1	2	3	2	2	1	3	2	2	4	3	4	3	3	2	3	3	4	4	4	3	4	2	3	4	3	3	3	3	
5	44	MADRE	4	4	1	1	3	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	5	5	5	4	4	4	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	
6	40	HERMANO	1	3	1	1	3	2	3	4	1	1	4	1	4	4	3	4	3	4	1	3	3	3	1	3	4	1	4	3	1	4	1	4	2	2	2	4	2	1	4	4	
7	63	PADRE	5	4	3	4	2	3	5	3	5	2	3	2	5	2	3	4	4	4	3	3	4	2	3	3	2	2	3	3	5	2	3	3	3	2	4	4	3	2	4	3	
8	42	HERMANA	3	2	2	3	2	1	2	2	3	2	2	2	3	3	2	2	2	4	1	2	3	2	2	3	3	1	2	3	3	2	3	3	4	4	4	3	1	2	3	1	
9	60	MADRE	3	3	1	3	4	4	3	3	5	2	3	3	3	2	4	1	4	4	3	2	5	4	2	5	4	1	5	2	4	3	5	1	5	2	4	4	4	4	5	5	5
10	59	MADRE	1	3	1	1	3	2	2	4	1	1	3	1	2	1	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3	2	2	3	1	3	2	3	3	3	2	2	4	3	2	3	3	
11	66	PADRE	2	2	2	1	2	1	2	3	3	2	2	2	2	3	2	3	2	3	2	4	2	3	2	2	2	3	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	3	
12	39	HERMANO	3	2	1	2	3	1	2	1	3	1	3	1	3	2	2	2	2	3	1	3	5	4	1	3	4	1	4	3	3	1	5	1	4	2	2	3	2	1	4	5	
13	59	PADRE	3	1	1	1	2	2	2	2	3	2	2	2	3	3	2	2	2	1	2	2	3	2	3	3	3	1	2	2	3	3	2	3	3	4	4	4	3	1	1	3	
14	48	HERMANO	1	2	1	2	1	2	1	3	3	1	2	2	2	3	1	1	1	3	3	1	4	2	3	3	2	1	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	4	2	
15	61	PADRE	2	1	1	2	2	2	2	3	2	1	2	1	2	2	3	2	1	2	2	1	3	1	2	2	3	2	2	1	3	1	3	1	3	3	2	3	2	2	3	2	
16	49	MADRE	2	2	1	1	3	1	3	2	2	2	3	1	3	2	1	2	2	3	2	1	3	2	3	4	4	1	4	4	4	2	4	4	5	2	3	5	5	4	3	3	
17	59	PADRE	1	1	2	2	3	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	3	2	1	2	3	2	1	2	4	2	2	4	3	4	2	3	2	2	3	2	3	4	2		
18	48	HERMANA	2	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	1	3	1	3	2	4	4	3	4	4	4	4	3	5	5	5	2	5	3	5	5	5	4	5	5	
19	65	MADRE	2	1	2	1	3	1	3	1	3	1	1	1	3	1	2	1	1	3	3	1	3	3	4	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	2	3	1	1	3	3	1	
20	58	PADRE	2	2	1	1	1	2	1	2	2	1	3	3	2	2	1	1	1	2	3	1	4	2	3	2	2	1	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	4	2	
21	50	HERMANA	2	1	2	1	2	2	1	3	3	3	2	2	3	3	1	2	1	2	3	1	3	3	4	3	2	2	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	2	4	2	
22	52	MADRE	2	2	2	1	2	3	2	2	2	3	1	1	2	3	2	2	1	2	3	2	4	3	4	3	3	2	3	3	4	4	4	4	3	4	3	3	4	3	3	4	1
23	59	MADRE	3	1	1	1	2	1	2	1	3	1	3	1	3	2	2	3	1	3	2	2	3	2	3	2	4	2	2	3	4	3	4	3	4	3	2	3	2	3	2	2	

24	64	MADRE	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	3	2	3	2	3	2	1	3	4	3	2	3	4	2	3	3	4	3	4	2	3	3	4	4	3	3	5	3		
25	60	MADRE	2	2	1	2	2	1	3	1	2	1	2	1	2	2	1	2	2	1	3	5	4	1	3	4	1	2	2	3	1	5	2	4	2	2	3	2	3	4	3	4	5	
26	63	MADRE	3	2	2	2	3	2	2	3	2	1	3	3	2	3	2	3	3	2	3	1	3	3	4	3	2	1	3	1	3	3	3	3	3	2	3	1	1	4	3	1		
27	56	MADRE	2	2	1	1	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	4	2	3	4	2	3	3	2	3	3	2	4	3	3	2			
28	60	MADRE	1	3	1	1	3	2	3	3	1	1	2	1	2	3	3	1	2	3	3	2	4	3	3	3	2	2	3	3	3	2	4	3	3	2	2	4	3	2	4	2		
29	58	MADRE	3	3	2	2	1	3	2	2	3	1	3	1	2	3	3	2	2	1	2	3	4	3	2	3	2	3	4	3	5	4	3	1	5	3	5	5	2	5	5	3		
30	51	HERMANA	3	1	1	1	3	1	3	1	1	1	1	3	3	1	2	2	1	3	2	2	2	3	3	2	3	1	1	3	4	4	4	3	3	3	2	3	2	2	2	3		
31	63	MADRE	2	1	1	2	1	2	1	3	3	2	3	1	2	1	2	2	3	2	3	2	4	3	4	3	3	2	2	3	4	3	4	2	2	3	2	2	3	3	5	4		
32	60	MADRE	2	3	1	1	3	1	3	3	1	1	3	1	2	1	3	1	2	3	2	2	3	2	3	3	2	2	3	4	3	4	3	3	3	3	2	4	3	4	3	2		
33	54	PADRE	2	1	1	1	2	2	2	2	3	1	2	2	3	3	2	2	2	1	1	2	3	2	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	4	4	4	3	2	2	3	1		
34	57	MADRE	3	2	3	3	2	1	2	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	2	1	4	2	3	3	3	2	3	4	4	3	4	2	3	2	3	2	2	3	4	3		
35	61	MADRE	2	2	1	1	2	3	2	2	3	2	2	2	3	3	3	3	2	3	2	2	4	3	2	2	2	1	3	3	4	3	2	1	2	3	1	3	3	4	4	5		
36	57	MADRE	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	4	4	3	1	2	2	3	3	4	3	4	3	4	3	3	2	3	4	3	3	4	5
37	60	MADRE	2	2	3	2	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	4	5	3	5	5	3	4	4	3	5	4	3	5	5	5	5	5	5	
38	58	PADRE	2	3	1	3	1	2	1	2	2	1	2	3	2	2	1	1	1	3	2	1	5	2	3	3	3	2	3	4	2	3	3	3	4	3	3	2	3	4	4	2		
39	49	MADRE	2	2	3	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	1	5	2	1	4	3	3	3	4	4	2	2	3	3	3	2	4	4	3	4	3		
40	58	MADRE	3	3	2	3	3	2	2	3	3	2	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	5	4	3	2	3	3	3	2	2	3	4	4	4	3	4	3	4	5	4	3		
41	62	MADRE	2	2	1	2	2	1	3	3	2	2	3	3	2	2	2	3	2	3	2	2	4	4	3	2	4	4	2	4	4	3	3	4	4	3	3	4	4	3	3	3		
42	65	MADRE	2	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	3	2	2	3	2	2	3	3	3	2	3	3	2	2	4	5	5	4	4	3	3	4	3	3	4	3		
43	49	HERMANA	3	2	2	1	3	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	1	3	2	1	4	3	4	3	3	2	3	3	4	4	4	3	4	2	3	4	3	3	4	3		
44	61	MADRE	3	3	2	2	3	2	1	2	2	1	2	2	2	3	3	2	3	2	3	2	4	4	3	2	4	3	4	4	4	5	3	3	4	3	3	4	2	4	3	1		
45	60	MADRE	3	1	2	1	3	1	3	1	3	1	1	1	3	1	2	1	1	3	3	1	3	3	4	3	2	2	3	1	3	3	3	3	3	4	3	4	3	4	3	4	2	
46	59	MADRE	2	2	3	2	2	1	2	2	3	3	2	2	3	3	2	2	1	1	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2	4	3	3	4	1	3	3	2	4	4	2		
47	53	MADRE	2	1	1	1	2	3	1	2	3	1	2	3	2	1	1	3	3	2	1	3	3	2	1	1	3	1	2	2	2	2	4	1	3	2	3	2	1	1	4	4		
48	55	MADRE	2	3	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	5	4	5	4	3	4	4	2	5	2	5	3	4	5	4	3	4	4	4	5		
49	57	MADRE	2	2	2	1	2	3	2	2	1	1	3	2	2	3	2	2	1	3	3	2	4	4	4	3	4	3	3	3	4	2	3	3	2	4	4	5	5	4	4	3		
50	60	MADRE	2	3	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	5	4	5	4	3	4	4	2	5	2	5	3	4	5	4	3	4	4	4	5		
51	49	MADRE	3	3	3	2	4	3	2	4	2	2	4	2	2	1	3	3	2	4	2	2	3	2	3	4	3	2	3	4	4	3	2	2	4	4	4	3	4	4	2			

52	52	MADRE	4	3	3	2	4	3	3	3	2	2	2	1	2	2	2	3	4	4	2	2	4	2	1	4	3	3	3	4	4	3	2	2	3	3	2	4	4	3	4	2	
53	58	MADRE	3	3	3	2	4	3	2	4	2	2	4	2	2	1	3	3	2	4	2	2	3	2	3	4	3	2	3	4	4	3	2	2	3	3	2	2	4	4	3	4	2
54	50	PADRE	3	2	1	2	3	1	2	1	3	1	3	1	3	2	2	2	2	3	1	3	5	4	1	3	4	1	4	3	3	1	5	1	4	2	2	3	2	1	4	5	
55	59	MADRE	3	1	1	1	2	2	2	2	3	2	2	2	3	3	2	2	2	1	2	2	3	2	3	3	3	1	2	2	3	3	2	3	3	4	4	4	3	1	1	3	
56	55	PADRE	1	2	1	2	1	2	1	3	3	1	2	2	2	3	1	1	1	3	3	1	4	2	3	3	2	1	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	4	2	
57	39	HERMANO	2	1	1	2	2	2	2	3	2	1	2	1	2	2	3	2	1	2	2	1	3	1	2	2	3	2	2	1	3	1	3	1	3	3	2	3	2	2	3	2	
58	60	MADRE	2	2	1	1	3	1	3	2	2	2	3	1	3	2	1	2	2	3	2	1	3	2	3	4	4	1	4	4	4	2	4	4	5	2	3	5	5	4	3	3	
59	53	MADRE	1	1	2	2	3	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	3	2	1	2	3	2	1	2	4	2	2	4	3	4	2	3	2	2	3	2	3	4	2	
60	40	HERMANA	2	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	1	3	1	3	2	4	4	3	4	4	4	4	3	5	5	5	2	5	3	5	5	5	4	5	5	
61	61	MADRE	2	1	2	1	3	1	3	1	3	1	1	1	3	1	2	1	1	3	3	1	3	3	4	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	2	3	1	1	3	3	1	
62	54	MADRE	2	2	1	1	1	2	1	2	2	1	3	3	2	2	1	1	1	2	3	1	4	2	3	2	2	1	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	4	2	
63	51	MADRE	2	1	2	1	2	2	1	3	3	3	2	2	3	3	1	2	1	2	3	1	3	3	4	3	2	2	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	2	4	2	
64	59	MADRE	2	2	2	1	2	3	2	2	2	3	1	1	2	3	2	2	1	2	3	2	4	3	4	3	3	2	3	3	4	4	4	3	4	3	3	4	3	3	4	1	
65	48	HERMANO	3	1	1	1	2	1	2	1	3	1	3	1	3	2	2	3	1	3	2	2	3	2	3	2	4	2	2	3	4	3	4	3	4	3	2	3	2	3	2	2	
66	60	PADRE	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	3	2	3	2	3	2	1	3	4	3	2	3	4	2	3	3	4	3	4	2	3	3	4	4	3	3	5	3	
67	61	MADRE	2	2	1	2	2	1	3	1	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	1	3	5	4	1	3	4	1	2	2	3	1	5	2	4	2	2	3	2	3	4	5	
68	56	MADRE	3	2	2	2	3	2	2	3	2	1	3	3	2	3	2	3	3	2	3	1	3	3	4	3	2	1	3	1	3	3	3	3	3	3	2	3	1	1	4	3	1
69	58	MADRE	2	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	4	2	3	4	2	3	3	2	3	3	2	4	3	3	2	
70	55	PADRE	1	3	1	1	3	2	3	3	1	1	2	1	2	3	3	1	2	3	3	2	4	3	3	3	2	2	3	3	2	4	3	3	2	2	4	3	3	2	4	2	
71	38	HERMANA	3	3	2	2	1	3	2	2	3	1	3	1	2	3	3	2	2	1	2	3	4	3	2	3	2	3	4	3	5	4	3	1	5	3	5	5	2	5	5	3	
72	47	MADRE	3	1	1	1	3	1	3	1	1	1	3	3	1	2	2	1	3	2	2	2	3	3	2	3	1	1	3	4	4	4	3	3	3	2	3	2	2	2	2	3	
73	35	HERMANA	2	1	1	2	1	2	1	3	3	2	3	1	2	1	2	2	3	2	3	2	4	3	4	3	3	2	2	3	4	3	4	2	2	3	2	2	3	3	5	4	
74	57	MADRE	2	3	1	1	3	1	3	3	1	1	3	1	2	1	3	1	2	3	2	2	3	2	3	3	2	2	3	4	3	4	3	3	3	3	2	4	3	4	3	2	
75	60	MADRE	3	2	2	1	3	2	2	4	1	1	1	1	2	3	2	2	1	3	2	2	4	3	4	3	3	2	3	3	4	4	4	3	4	2	3	4	3	3	3	3	
76	61	PADRE	4	4	1	1	3	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	5	5	5	4	4	4	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	
77	55	MADRE	1	3	1	1	3	2	3	4	1	1	4	1	4	4	3	4	3	4	1	3	3	3	1	3	4	1	4	3	1	4	1	4	2	2	2	4	2	1	4	4	
78	39	HERMANA	5	4	3	4	2	3	5	3	5	2	3	2	5	2	3	4	4	4	3	3	4	2	3	3	2	2	3	3	5	2	3	3	3	2	4	4	3	2	4	3	
79	62	MADRE	3	2	2	3	2	1	2	2	3	2	2	2	3	3	2	2	2	4	1	2	3	2	2	3	3	1	2	3	3	2	3	3	4	4	4	4	3	1	2	3	1

80	65	PADRE	3	3	1	3	4	4	3	3	5	2	3	3	3	2	4	1	4	4	3	2	5	4	2	5	4	1	5	2	4	3	5	1	5	2	4	4	4	5	5	5			
81	64	MADRE	1	3	1	1	3	2	2	4	1	1	3	1	2	1	3	3	2	2	2	2	3	3	3	2	2	3	1	3	2	3	3	3	3	2	2	4	3	2	3	3			
82	41	HERMANA	1	2	1	2	1	2	1	3	3	1	2	2	2	3	1	1	1	3	3	1	4	2	3	3	2	1	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	4	2		
83	57	MADRE	2	1	1	2	2	2	2	3	2	1	2	1	2	2	3	2	1	3	1	2	2	3	2	2	2	1	3	1	3	1	3	3	2	3	2	3	2	2	3	2			
84	59	PADRE	2	2	1	1	3	1	3	2	2	2	3	1	3	2	1	2	2	3	2	1	3	2	3	4	4	1	4	4	4	2	4	4	5	2	3	5	5	4	3	3			
85	60	MADRE	2	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	1	3	1	3	2	4	4	3	4	4	4	4	3	5	5	5	2	5	3	5	5	5	4	5	5			
86	55	MADRE	2	1	2	1	3	1	3	1	3	1	1	1	3	1	2	1	1	3	3	1	3	3	4	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	2	3	1	1	3	3	1		
87	63	MADRE	2	2	1	1	1	2	1	2	2	1	3	3	2	2	1	1	1	2	3	1	4	2	3	2	2	1	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	4	2
88	57	MADRE	2	2	2	1	2	3	2	2	2	3	1	1	2	3	2	2	1	2	3	2	4	3	4	3	3	2	3	3	4	4	4	3	4	3	3	4	3	3	4	3	3	4	1
89	55	MADRE	3	1	1	1	2	1	2	1	3	1	3	1	3	2	2	3	1	3	2	2	3	2	3	2	4	2	2	3	4	3	4	3	4	3	4	3	2	3	2	3	2	2	
90	42	HERMANA	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	3	2	3	2	3	2	1	3	4	3	2	3	4	2	3	3	4	3	4	2	3	3	4	4	3	3	5	3	3		
91	66	PADRE	2	2	1	2	2	1	3	1	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	1	3	5	4	1	3	4	1	2	2	3	1	5	2	4	2	2	3	2	3	4	5			
92	63	MADRE	3	2	2	2	3	2	2	3	2	1	3	3	2	3	2	3	3	2	3	1	3	3	4	3	2	1	3	1	3	3	3	3	3	3	2	3	1	1	4	3	1		
93	45	HERMANA	2	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	4	2	3	4	2	3	3	2	3	3	2	4	3	3	2			
94	50	HERMANA	1	3	1	1	3	2	3	3	1	1	2	1	2	3	3	1	2	3	3	2	4	3	3	3	2	2	3	3	3	2	4	3	3	2	2	4	3	2	4	2			
95	56	MADRE	3	3	2	2	1	3	2	2	3	1	3	1	2	3	3	2	2	1	2	3	4	3	2	3	2	3	4	3	5	4	3	1	5	3	5	5	2	5	5	3			
96	60	PADRE	3	1	1	1	3	1	3	1	1	1	1	3	3	1	2	2	1	3	2	2	2	3	3	2	3	1	1	3	4	4	4	3	3	3	2	3	2	2	2	2	3		
97	62	MADRE	2	1	1	2	1	2	1	3	3	2	3	1	2	1	2	2	3	2	3	2	4	3	4	3	3	2	2	3	4	3	4	2	2	3	2	2	3	3	5	4			
98	59	MADRE	3	3	3	2	4	3	2	4	2	2	4	2	2	1	3	3	2	4	2	2	3	2	3	4	3	2	3	4	4	3	2	3	3	2	2	4	4	3	4	2			
99	56	MADRE	4	3	3	2	4	3	3	3	2	2	2	1	2	2	2	3	4	4	2	2	4	2	1	4	3	3	3	4	4	3	2	2	3	3	2	4	4	3	4	2			
100	65	MADRE	3	3	3	2	4	3	2	4	2	2	4	2	2	1	3	3	2	4	2	2	3	2	3	4	3	2	3	4	4	3	2	3	3	2	2	4	4	3	4	2			