



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN PACIENTES
PSIQUIÁTRICOS EN LIMA ESTE -2025**

**Línea de investigación:
Salud mental**

Trabajo Académico para optar el Título de Especialista en Terapia Familiar
Sistémica

Autora

Huarachi Torres, María Juana

Asesora

Aguirre Ricaldi, Fabiola

ORCID: 0000-0002-7779-0712

Jurado

Durand Espejo, Leonor Alcira

Valcarcel Aragon, Mario Sabino

Otoya Ramirez, Hilda Rosa

Lima - Perú

2026

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS EN LIMA ESTE -2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

29%

INDICE DE SIMILITUD

25%

FUENTES DE INTERNET

8%

PUBLICACIONES

18%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.continental.edu.pe

Fuente de Internet

8%

2

Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal

Trabajo del estudiante

4%

3

hdl.handle.net

Fuente de Internet

2%

4

www.coursehero.com

Fuente de Internet

1%

5

www.researchgate.net

Fuente de Internet

1%

6

repositorio.uladech.edu.pe

Fuente de Internet

1%

7

repositorio.unsch.edu.pe

Fuente de Internet

1%

8

repositorio.uss.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

9

repositorio.utesup.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

10

Submitted to UNIV DE LAS AMERICAS

Trabajo del estudiante

<1%

11

Submitted to UNIBA

Trabajo del estudiante

<1%

12

alicia.concytec.gob.pe

Fuente de Internet

<1%



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN PACIENTES
PSIQUIÁTRICOS EN LIMA ESTE -2025

Línea de investigación
Salud Mental

Trabajo Académico para optar el Título de Especialista en Terapia Familiar Sistémica

Autora

Huarachi Torres, María Juana

Asesora

Aguirre Ricaldi, Fabiola

ORCID: 0000-0002-7779-0712

Jurado

Durand Espejo, Leonor Alcira

Valcarcel Aragon, Mario Sabino

Otoya Ramirez, Hilda Rosa

Lima – Perú

2026

DEDICATORIA

A Melissa y Jaime Alonso, mis hijos, hoy profesionales.

Este logro representa una nueva meta en mi vida y una reflexión para ustedes: nunca se deja de aprender ni de crecer.

Que siempre recuerden que, con perseverancia y pasión, los sueños se siguen construyendo a lo largo de toda la vida.

ÍNDICE

RESUMEN	vi
ABSTRACT.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	8
1.1. Descripción del problema	8
1.2. Antecedentes	10
1.3. Objetivos.....	22
1.4. Justificación	23
1.5. Impactos esperados del trabajo académico	25
II. METODOLOGÍA.....	26
2.1. Tipo y diseño de investigación	26
2.2. Variables de estudio	28
2.3. Población y muestra.....	30
2.4. Técnicas e instrumentos.....	32
2.5. Procedimiento	34
2.6. Análisis de datos	35
2.7. Consideraciones éticas	35
III. RESULTADOS.....	36
IV. CONCLUSIONES	45
V. RECOMENDACIONES	47
VI. REFERENCIAS.....	48
VII. ANEXOS.....	54

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Cuadro comparativo de antecedentes internacionales	17
Tabla 2 Cuadro comparativo de antecedentes nacionales	18
Tabla 3 Matriz de operacionalización	28
Tabla 4 Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar FACES III	29
Tabla 5 Distribución de la muestra según sexo	36
Tabla 6 Distribución de la muestra según edad	37
Tabla 7 Distribución de la muestra según grado de instrucción	38
Tabla 8 Distribución de la muestra según ocupación	39
Tabla 9 Funcionalidad familiar	40
Tabla 10 Cohesión	41
Tabla 11 Adaptabilidad	42
Tabla 12 Correlación de la variable funcionalidad familiar y dimensión cohesión	43
Tabla 13 Correlación de la variable funcionalidad familiar y dimensión adaptación	43

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Baremos del puntaje directo e interpretación de FACES – III	33
Figura 2 Distribución de la muestra según sexo	36
Figura 3 Distribución de la muestra según edad	37
Figura 4 Distribución de la muestra según grado de instrucción	38
Figura 5 Distribución de la muestra según ocupación	39
Figura 6 Funcionalidad familiar	40
Figura 7 Cohesión	41
Figura 8 Adaptabilidad	42

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la influencia de la funcionalidad familiar, evaluada mediante la escala FACES III, en pacientes psiquiátricos atendidos en Lima Este durante el año 2025. Participaron 40 pacientes, cuyos datos sociodemográficos evidenciaron una mayor proporción de mujeres (75%) y un predominio de adultos jóvenes entre 23 y 34 años (50%). Los resultados revelaron que la mayoría de los participantes presentó niveles regulares de funcionalidad familiar (40%), así como niveles también regulares en cohesión (48%) y adaptabilidad (68%). Esto sugiere que las familias mantienen vínculos afectivos moderados y una capacidad de reorganización que, aunque presente, no es óptima para enfrentar las demandas propias del contexto de salud mental. En cuanto a la estadística inferencial, se identificó una correlación positiva y débil pero significativa entre cohesión y funcionalidad ($\rho = 0.378$; $p < 0.01$). En contraste, la adaptabilidad mostró una correlación positiva muy fuerte y altamente significativa con la funcionalidad ($\rho = 0.983$; $p < 0.01$), indicando que es la dimensión con mayor influencia en el funcionamiento familiar percibido por los pacientes. En conclusión, la funcionalidad familiar de los pacientes psiquiátricos estudiados depende principalmente de la adaptabilidad, mientras que la cohesión aporta en menor medida. Estos resultados subrayan la importancia de implementar intervenciones que fortalezcan las capacidades adaptativas del sistema familiar, con el fin de favorecer procesos de recuperación y bienestar psicológico en esta población.

Palabras clave: funcionalidad familiar, pacientes psiquiátricos, cohesión y adaptabilidad.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the influence of family functionality, assessed using the FACES III scale, on psychiatric patients treated in East Lima during the year 2025. A total of 40 patients participated, whose sociodemographic data showed a higher proportion of women (75%) and a predominance of young adults between 23 and 34 years of age (50%). The results revealed that most of the participants presented regular levels of family functionality (40%), as well as regular levels of cohesion (48%) and adaptability (68%). This suggests that families maintain moderate affective bonds and a capacity for reorganization that, although present, is not optimal to face the demands of the mental health context. Regarding inferential statistics, a positive and weak but significant correlation was identified between cohesion and functionality ($\rho = 0.378$; $p < 0.01$). In contrast, adaptability showed a very strong and highly significant positive correlation with functionality ($\rho = 0.983$; $p < 0.01$), indicating that it is the dimension with the greatest influence on family functioning perceived by patients. In conclusion, the family functionality of the psychiatric patients studied depends mainly on adaptability, while cohesion contributes to a lesser extent. These results underscore the importance of implementing interventions that strengthen the adaptive capacities of the family system, in order to promote recovery processes and psychological well-being in this population.

Keywords: family functioning, psychiatric patients, cohesion and adaptability.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Descripción del problema

En los últimos años, la salud mental ha adquirido un rol prioritario dentro de la agenda sanitaria peruana debido al incremento sostenido de los trastornos mentales en la población. Los reportes del Ministerio de Salud (MINSA, 2024) indican que, solo durante el año 2024, se registraron más de 1,3 millones de atenciones relacionadas con problemas psicológicos y psiquiátricos, entre ellos ansiedad, episodios depresivos, alteraciones emocionales en niños y adolescentes, y situaciones vinculadas al maltrato. De manera complementaria, el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (INSM, 2025) reportó que, en los primeros meses de 2025, se registraron más de 950 mil consultas, concentrándose una proporción considerable en Lima Metropolitana, especialmente en Lima Este. Esta concentración revela que los determinantes sociales como desigualdad económica, densidad poblacional y condiciones comunitarias adversas podrían estar contribuyendo a la mayor prevalencia de malestar psicológico en esta zona.

Ante esta situación, se vuelve necesario analizar no solo los diagnósticos clínicos, sino también los factores psicosociales que intervienen en el desarrollo y evolución de los trastornos mentales. Uno de los elementos más relevantes es la funcionalidad familiar, entendida como la capacidad de la familia para mantener cohesión, comunicación efectiva, resolución de conflictos y adaptabilidad frente al estrés. La literatura internacional señala que las familias con estructuras organizadas y vínculos cohesionados suelen actuar como factores protectores, mientras que las dinámicas familiares disfuncionales pueden incrementar el riesgo de desarrollar problemáticas psiquiátricas, dificultar la adherencia al tratamiento y favorecer la recaída. No obstante, en el Perú persiste una limitada producción científica que aborde cómo estas dinámicas familiares influyen específicamente en pacientes psiquiátricos, lo que

representa una brecha importante tanto para la práctica clínica como para la formulación de políticas públicas.

Esta necesidad se vuelve aún más apremiante en zonas vulnerables como Lima Este, donde los pacientes enfrentan dificultades simultáneas asociadas a limitaciones económicas, episodios de violencia, escasa red de apoyo y barreras de acceso a servicios especializados. En estos contextos, las relaciones familiares suelen constituir el principal soporte emocional y material. Una familia funcional favorece la continuidad del tratamiento, el manejo adecuado de crisis y la reducción del estrés asociado a la enfermedad; por el contrario, una baja cohesión, la desorganización o las dinámicas conflictivas pueden intensificar la vulnerabilidad emocional del paciente y dificultar su recuperación.

De esta forma, el acompañamiento familiar, que incluye supervisión de la medicación, comunicación empática, establecimiento de hábitos saludables y apoyo afectivo sostenido se convierte en un elemento crucial para el pronóstico. Este apoyo no solo facilita la adherencia terapéutica, sino que disminuye la angustia emocional y contribuye a fortalecer la resiliencia del paciente. Por ello, comprender la influencia de la funcionalidad familiar en el estado clínico de los pacientes psiquiátricos resulta indispensable para el diseño de estrategias de intervención integral, culturalmente pertinentes y sostenibles.

En esa línea, el presente estudio busca aportar evidencia relevante para los servicios de salud mental de Lima Este en el año 2025, identificando patrones familiares que puedan incidir en la evolución psicológica y social de los pacientes. Los resultados permitirán orientar intervenciones preventivas, fortalecer programas terapéuticos y abrir nuevas líneas de investigación, especialmente dentro de un enfoque comunitario y de salud pública que considere al individuo dentro de su sistema familiar.

Finalmente, aunque la literatura internacional ha mostrado consistentemente que las dimensiones de cohesión y adaptabilidad familiar se relacionan con el curso clínico de los trastornos mentales, no existe en el contexto peruano y particularmente en Lima Este, un análisis específico que explore esta influencia en pacientes psiquiátricos. Por ello, este estudio se plantea responder a la siguiente pregunta central: “¿Cuál es la influencia de la funcionalidad familiar en los pacientes psiquiátricos de Lima Este – 2025?”

1.2. Antecedentes

1.2.1. Internacionales

Diversos estudios realizados en América Latina y otras regiones han evidenciado el papel crucial que desempeña la funcionalidad familiar en la salud mental de distintos grupos poblacionales. En Paraguay, López González et al. (2024) exploraron la percepción del funcionamiento familiar en pacientes con trastornos mentales atendidos en un hospital psiquiátrico. Mediante el enfoque cuantitativo y transversal, se identificó que más del 60 % de los participantes percibía algún grado de disfunción familiar, siendo los diagnósticos más frecuentes la depresión y el trastorno bipolar. Estos hallazgos resaltan la necesidad de fortalecer el apoyo familiar y promover programas de reinserción laboral, ante la amplia incidencia de desempleo en esta población.

En Chile, Concha (2020) realiza una investigación titulada, Funcionamiento Familiar y Consumo de Sustancias en Jóvenes Universitarios, buscando determinar cómo incide del funcionamiento familiar en el consumo de drogas en los jóvenes. Es un estudio con un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo correlacional, en una población de 862 estudiantes universitarios, de ambos sexos, que tienen entre 18 y 26 años de edad, pertenecientes a la facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Concepción – Chile; para detectar el consumo abusivo o la dependencia al alcohol y drogas se usó el cuestionario CRAFFT; para

evaluar el funcionamiento familiar se usó el cuestionario APGAR, encontrando que existe una relación inversa entre ambas variables, presentándose con una correlación muy débil, concluyendo que hay incidencia del funcionamiento familiar en el consumo de drogas en los jóvenes.

Ceja (2025) en México, investigó la relación entre disfunción familiar y ansiedad generalizada en jóvenes de familias monoparentales. Mediante el uso del GAD-7 y el FF-SIL, se evidenció que la disfuncionalidad familiar se asociaba con mayores niveles de ansiedad, especialmente en contextos de monoparentalismo por fallecimiento del progenitor o por maternidad/paternidad no planificada. El estudio concluyó que la funcionalidad familiar actúa como un factor protector frente a la ansiedad en situaciones de vulnerabilidad estructural.

Palma (2024) en su tesis de maestría en la Universidad de las Américas (Ecuador), titulada “Funcionalidad familiar y su influencia en el consumo de sustancias psicoactivas en la Provincia de Santa Elena”, se analizó cómo la dinámica familiar afecta el consumo de alcohol, tabaco y cannabis en adolescentes y adultos jóvenes. Se aplicaron los instrumentos FACES III y DAST-10. Los resultados mostraron que las familias cohesionadas y con roles claros actuaban como factor protector, mientras que las disfuncionales incrementaban el riesgo de consumo. Se propuso una intervención preventiva basada en enfoques sistémicos y biopsicosociales para mejorar las dinámicas familiares.

Nava (2023) desarrolló un estudio en adolescentes del CONALEP Plantel II en Mazatlán, Sinaloa, para analizar la relación entre funcionamiento familiar y ansiedad. Mediante cuestionarios estandarizados y una intervención terapéutica basada en el modelo de Milán, se observó que los adolescentes con familias funcionales presentaban niveles bajos de ansiedad. La terapia familiar permitió mejorar las dinámicas familiares, lo que se tradujo en una disminución de los síntomas ansiosos.

Finalmente, Schmidt y Maglio (2023) realizaron un estudio en Argentina publicado en *Escritos de Psicología*, con el objetivo de evaluar la validez estructural de la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) en población clínica y no clínica. La muestra incluyó 785 padres y 600 adolescentes de Buenos Aires, algunos de los cuales presentaban antecedentes de trastornos mentales graves, incluyendo trastorno límite de la personalidad, esquizofrenia y trastornos afectivos. El estudio aplicó análisis factorial confirmatorio y encontró que el modelo original de dos factores (cohesión y flexibilidad) no era suficiente para explicar la estructura interna del instrumento. En cambio, un modelo de tres factores (cohesión, liderazgo parental y flexibilidad normativa) mostró mejor ajuste. La subescala de cohesión presentó alta fiabilidad ($\alpha = .82$), mientras que las subescalas de flexibilidad mostraron fiabilidad moderada a baja. Los autores concluyen que el instrumento es útil para evaluar dinámicas familiares en contextos clínicos, incluyendo pacientes con TLP, y recomiendan su uso adaptado para intervenciones familiares en salud mental.

En el ámbito latinoamericano, uno de los aportes recientes más relevantes es el estudio de Vilca et al. (2024), quienes evaluaron la estructura factorial del FACES III en estudiantes de ciencias de la salud. Los autores confirmaron la validez interna del instrumento y resaltaron su aplicabilidad en contextos comunitarios, más allá del uso estrictamente clínico. Este hallazgo resulta pertinente para la presente investigación, dado que refuerza la utilidad del FACES como herramienta capaz de identificar patrones de cohesión y adaptabilidad familiar en poblaciones diversas, especialmente en escenarios donde la dinámica familiar influye en la salud mental.

1.2.2. Nacionales

En el contexto peruano, diversas investigaciones han abordado la influencia de la funcionalidad familiar en la salud mental, evidenciando su impacto en la adherencia terapéutica, el bienestar emocional y la conducta de riesgo en diferentes grupos poblacionales.

Huanca (2020) analizó la relación entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes con trastornos mentales hospitalizados en Juliaca. A través de la Escala FACES III y el Drug Attitude Inventory (DAI), se encontró que los estilos familiares con cohesión desligada y adaptabilidad caótica se asociaban con menor cumplimiento terapéutico. El estudio evidenció una relación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p = 0.000$), destacando la importancia de considerar las dinámicas familiares en el diseño de intervenciones clínicas.

Hencke (2021), en el Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, evaluó la funcionalidad familiar en pacientes con esquizofrenia y sus familiares. Los resultados mostraron predominancia de niveles bajos de cohesión (tipo desligada) y adaptabilidad moderada, lo que sugiere la presencia de estilos familiares que podrían influir en el curso clínico de los pacientes.

Canchari (2023), en Ayacucho, investigó la relación entre el nivel de cuidado familiar y el cumplimiento del tratamiento en pacientes con esquizofrenia. A través de cuestionarios aplicados a familiares, se identificó una correlación moderada significativa ($r = 0.576$; $p = 0.000$), evidenciando que el apoyo familiar tiene un rol determinante en el proceso terapéutico.

En Lima, Fernández (2025) examinó la funcionalidad familiar en adultos mayores con depresión. Arrojando resultados donde predominaban los estilos de cohesión separada y adaptabilidad estructurada, junto con niveles regulares o bajos de comunicación. Estos factores

se asociaron con estados emocionales negativos, evidenciando que las dinámicas familiares influyen en el bienestar psicológico de los adultos mayores.

En la investigación de Guzmán (2025) se analizó la relación entre funcionalidad familiar e ideación suicida en estudiantes de secundaria en Arequipa. Aunque se observó predominancia de funcionalidad familiar moderadamente balanceada, no se encontró una relación significativa entre esta variable y la ideación suicida ($p = 0.575$). Sin embargo, se detectaron diferencias significativas en ideación suicida según edad y grado académico, lo que sugiere que otros factores contextuales podrían estar influyendo.

Del mismo modo, Rodríguez y Pinedo (2016)., evaluó las propiedades métricas del FACES III en población adolescente. La investigación reportó adecuados niveles de confiabilidad y consistencia interna, respaldando su uso en estudios comunitarios y educativos. Esta evidencia local aporta solidez metodológica a la aplicación del FACES en el presente estudio, especialmente considerando que los pacientes psiquiátricos de Lima Este suelen presentar historias familiares complejas que requieren evaluación válida y culturalmente adaptada.

Finalmente, en el estudio de Amancay (2024) titulado “Funcionalidad familiar y conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de una institución educativa de Lima”, se tuvo como objetivo determinar la relación entre la funcionalidad familiar y las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. El estudio fue de tipo básico, con diseño no experimental y nivel correlacional, y se aplicó a una muestra de 157 estudiantes. Se utilizaron como instrumentos la Escala de Funcionalidad Familiar FACES III y el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo. Los resultados mostraron que el 87.7 % de los adolescentes con alta funcionalidad familiar presentaban bajo riesgo alimentario, mientras que aquellos con niveles bajos o muy bajos de funcionalidad familiar mostraban mayor riesgo. Se concluyó que

existe una relación inversa baja ($Rho = -0.394$) entre funcionalidad familiar y conductas alimentarias de riesgo, lo que indica que, a mayor funcionalidad familiar, menor probabilidad de presentar conductas alimentarias problemáticas.

Para complementar la evidencia previa, es relevante mencionar investigaciones longitudinales que han demostrado el rol protector del funcionamiento familiar en la salud mental. Por ejemplo, Vacaru et al. (2022), desarrollaron un estudio prospectivo durante el confinamiento por COVID-19, en el que analizaron si la funcionalidad familiar podía amortiguar el incremento de síntomas depresivos en adolescentes vulnerables. Los resultados mostraron que las familias cohesionadas y con mayor flexibilidad presentaron mejores indicadores emocionales a lo largo del tiempo. Este diseño longitudinal aporta un modelo metodológico valioso para comprender cómo la dinámica familiar influye en la evolución de los problemas de salud mental.

De forma similar, Shalev et al. (2018) llevaron a cabo una investigación longitudinal que evaluó la funcionalidad familiar mediante instrumentos derivados del FACES II. Su estudio evidenció que patrones familiares equilibrados se asociaban con mejores resultados de salud en los hijos durante varios años de seguimiento. Estos hallazgos resaltan la importancia de evaluar la funcionalidad familiar como factor predictor de bienestar psicológico.

Finalmente, Lorenzo-Blanco et al. (2019) analizaron trayectorias longitudinales del funcionamiento familiar y su impacto en conductas emocionales y de riesgo en población juvenil. El estudio demostró que la disminución progresiva de la cohesión familiar se relacionaba con mayor presencia de conductas problemáticas y afectivas negativas. Este enfoque de trayectorias resulta útil para el presente estudio, al mostrar cómo la funcionalidad familiar puede influir en la progresión o mitigación de síntomas en poblaciones vulnerables, incluido el caso de pacientes psiquiátricos.

En conjunto, los antecedentes nacionales evidencian que la funcionalidad familiar es un factor relevante en la salud mental de pacientes peruanos, influyendo en la adherencia al tratamiento, el estado emocional y la presencia de conductas de riesgo. Estos hallazgos respaldan la necesidad de incorporar el enfoque familiar en las estrategias de intervención en salud mental a nivel comunitario y clínico.

Tabla 1*Cuadro comparativo de antecedentes internacionales*

Autor(es)	Diseño	Población / Muestra	Instrumentos	Hallazgos Principales	Limitaciones	Aplicabilidad a Lima Este
López González et al. (2024, Paraguay)	Cuantitativo, transversal	Pacientes psiquiátricos de hospital especializado	Escala de funcionamiento familiar (no especificada); ficha clínica	>60 % reporta disfunción familiar; depresión y bipolaridad predominan; necesidad de apoyo y reinserción laboral	Muestra hospitalaria limitada; no análisis por dimensiones (cohesión/adaptabilidad)	Útil para justificar que pacientes psiquiátricos requieren evaluación familiar para mejorar adherencia y funcionalidad social
Concha (2020, Chile)	Descriptivo correlacional	862 universitarios (18–26 años)	APGAR familiar; CRAFFT (consumo de sustancias)	Relación inversa débil entre funcionamiento familiar y consumo de sustancias	Correlación baja; autoinforme; población no clínica	Muestra cómo la funcionalidad familiar influye en conductas de riesgo, relevante en psiquiatría comunitaria
Ceja Bojorge (2025, México)	Correlacional	Jóvenes de familias monoparentales	GAD-7; FF-SIL	Mayor disfunción familiar → mayor ansiedad; familias monoparentales vulnerables	No longitudinal; centrado solo en Mono parentalidad	Relevante porque Lima Este presenta patrones familiares similares y vulnerabilidad socioeconómica
Palma Ávila (2024, Ecuador)	Correlacional	Adolescentes y jóvenes con consumo de sustancias	FACES III; DAST-10	Cohesión y roles claros actúan como protección frente al consumo	No incluye seguimiento ni análisis clínico	Aplica al estudio por uso del FACES III y relación con conductas problemáticas
Nava De la Paz (2023, México)	Cuasi experimental + correlacional	Adolescentes de CONALEP (México)	Cuestionarios de funcionamiento familiar; intervención basada en modelo de Milán	Familias funcionales → menor ansiedad; intervención mejora dinámica	Población acotada a escuela técnica	Aporta modelo de intervención familiar aplicable a Centros de Salud Mental Comunitaria
Schmidt, Barreyro & Maglio (2023, Argentina)	Análisis factorial confirmatorio	785 padres y 600 adolescentes (clínicos y no clínicos)	FACES III	Modelo de tres factores tiene mejor ajuste; cohesión con alta fiabilidad	FACES III requiere ajustes culturales; diversidad clínica amplia	Fundamental para justificar el uso del FACES III en población con trastornos psiquiátricos
Vilca et al. (2024, Perú – internacional por contexto teórico)	Psicométrico	Estudiantes de ciencias de la salud	FACES III	Validez interna confirmada; aplicabilidad comunitaria	Solo universitarios	Refuerza confiabilidad del FACES III en estudios peruanos y comunitarios
Vacaru et al. (2022)	Longitudinal	Adolescentes en confinamiento (comunitario)	Escalas familiares y emocionales	Funcionamiento familiar protege de síntomas depresivos	Contexto COVID no generalizable totalmente	Aporta evidencia longitudinal sobre rol protector familiar
Shalev et al. (2018)	Longitudinal	Familias y descendencia	Instrumentos derivados del FACES II	Familias equilibradas → mejores resultados de salud mental	No utiliza FACES III; cultura no latinoamericana	Refuerza que la funcionalidad familiar predice evolución emocional
Lorenzo-Blanco et al. (2019)	Longitudinal, análisis de trayectorias	Jóvenes en riesgo	Cuestionarios familiares; medidas conductuales	↓ Cohesión → ↑ conductas de riesgo y afectividad negativa	Muestra heterogénea	Relevante para comprender progresión de síntomas psiquiátricos

Fuente. Elaboración propia

Tabla 2*Cuadro comparativo de antecedentes nacionales*

Autor(es)	Diseño	Población / Muestra	Instrumentos	Hallazgos Principales	Limitaciones	Aplicabilidad a Lima Este
Huanca Ticona (2020)	Correlacional	Pacientes con trastornos mentales hospitalizados (Juliaca)	FACES III; DAI	Cohesión desligada y adaptabilidad caótica → menor adherencia	Muestra hospitalaria; no compara con comunidad	Claramente aplicable porque los pacientes psiquiátricos de Lima Este presentan baja adherencia terapéutica
Hencke Soria (2021)	Descriptivo	Pacientes con esquizofrenia y familiares (CSMC Santiago)	Escalas familiares	Predominio de cohesión baja y adaptabilidad moderada	Enfoque clínico restringido	Aporta evidencia en centros comunitarios peruanos, similar a contexto de Lima Este
Canchari Villar (2023)	Correlacional	Pacientes con esquizofrenia (Ayacucho)	Cuestionarios familiares	$r = .576$; apoyo familiar predice cumplimiento terapéutico	Solo esquizofrenia	Relevante para evidenciar rol familiar en continuidad del tratamiento
Fernández Quispe (2025)	Descriptivo correlacional	Adultos mayores con depresión (Lima)	Escalas de funcionalidad familiar	Estilos separados y estructurados asociados a malestar emocional	No análisis específico de cohesión/adaptabilidad	Aporta evidencia local sobre cómo dinámicas familiares influyen en estados emocionales
Guzmán Flores (2025)	Correlacional	Adolescentes de Arequipa	Escalas familiares; escala de ideación suicida	No relación significativa; diferencias por edad y grado	No analiza dimensiones específicas	Útil para contrastar casos donde FACES no predice síntomas
Rodríguez & Pinedo (2016)	Psicométrico	Adolescentes peruanos	FACES III	Adecuada confiabilidad y validez local	No población clínica	Sustenta el uso del FACES en población peruana, necesario para Lima Este
Amancay (2024)	Correlacional	157 adolescentes (Lima)	FACES III; CB-CAR	$Rho = -0.394$; mayor funcionalidad → menor riesgo alimentario	No clínica; correlación baja	Importante por uso de FACES III y dinámica familiar en población limeña

Fuente. Elaboración propia

1.2.3. Fundamentación teórica

1.2.3.1. Funcionalidad familiar:

La funcionalidad familiar se refiere a la capacidad del sistema familiar para mantener su organización, cumplir sus funciones y adaptarse a los cambios sin perder estabilidad (Minuchin & Fishman, 2004). Esta funcionalidad no solo estructura la convivencia, sino que actúa como un factor protector o de riesgo frente a trastornos mentales. Familias funcionales con límites claros, comunicación efectiva y cohesión emocional equilibrada favorecen el desarrollo psicosocial saludable, la regulación emocional y la adherencia a tratamientos. En cambio, familias disfuncionales pueden amplificar el estrés, la desregulación afectiva y la cronificación de síntomas.

1.2.3.2. Teoría que fundamenta la funcionalidad familiar:

La teoría se argumenta en el Modelo Circumplejo desarrollada por Olson y colaboradores en 1979 desde un enfoque sistémico que refiere a las situaciones que atraviesa la familia durante su proceso vital, tanto los cambios de estructura y de adaptación para mantener estabilidad y desarrollo sano de cada uno de sus integrantes, este modelo permite realizar un diagnóstico familiar. Siguiendo por esta línea Alba (2016) basándose en este modelo desarrolló dos dimensiones, desarrollándose un total de ocho tipos, cuatro por cada dimensión, las cuales se presentan de la siguiente manera:

1.2.3.3. Dimensiones clave: cohesión y adaptabilidad

De esta forma, Olson (1979) propone dos dimensiones centrales para evaluar la funcionalidad familiar:

Cohesión: grado de conexión emocional entre los miembros. Una cohesión equilibrada promueve el apoyo mutuo sin anular la autonomía individual. Cohesiones extremas (desprendida o enredada) se asocian con aislamiento emocional o sobreinvolucramiento, respectivamente, lo que puede dificultar la recuperación clínica.

Adaptabilidad: capacidad para modificar roles, reglas y liderazgo ante crisis o cambios evolutivos. Una adaptabilidad flexible permite reorganizarse ante eventos estresantes, mientras que estilos rígidos o caóticos pueden obstaculizar la resolución de problemas y la contención emocional.

Estas dimensiones se operacionalizan en el Modelo Circumplejo, que clasifica los estilos familiares en ocho tipos. Este modelo permite identificar patrones que pueden influir en el curso clínico de trastornos como ansiedad, depresión o TEPT.

1.2.3.4. Relación entre funcionalidad familiar y trastornos mentales

Los trastornos mentales, Son alteraciones en los procesos de pensamiento, estado de ánimo o comportamiento que afectan de manera significativa el funcionamiento diario de la persona. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025), más de mil millones de personas en el mundo padecen alguna condición de salud mental, siendo los trastornos de ansiedad, depresión, esquizofrenia y uso de sustancias los más prevalentes. En el Perú, el Ministerio de Salud

(MINSA, 2024) reportó un total de 6,877,221 atenciones en salud mental, destacando la ansiedad y la depresión como los diagnósticos más frecuentes.

La evidencia muestra que los estilos familiares influyen directamente en los desenlaces clínicos:

Trastornos de ansiedad y depresión: se agravan en contextos familiares con baja cohesión o adaptabilidad rígida, donde el afecto y la flexibilidad son limitados. En cambio, familias conectadas y flexibles facilitan la expresión emocional y el afrontamiento.

Trastornos por uso de sustancias: suelen emerger en entornos caóticos o desligados, donde hay ausencia de límites, roles difusos y escasa supervisión parental.

TEPT y estrés agudo: la funcionalidad familiar actúa como amortiguador frente al trauma. Familias estructuradas y afectivas favorecen la resiliencia y la recuperación.

Trastornos psicóticos: requieren redes familiares estables que promuevan la adherencia terapéutica y la rehabilitación psicosocial. La sobreinvolucración (familias enredadas) puede generar dependencia emocional, mientras que la desvinculación (familias desprendidas) puede llevar al abandono del tratamiento.

1.2.3.5. Limitaciones del modelo circumplejo

Aunque el Modelo Circumplejo es útil para el diagnóstico familiar, presenta limitaciones importantes:

Sensibilidad cultural: fue desarrollado en contextos anglosajones, por lo que sus categorías pueden no reflejar adecuadamente las dinámicas familiares en culturas colectivistas o con

estructuras intergeneracionales como las latinoamericanas. Por ejemplo, la alta cohesión en familias peruanas puede ser funcional y no necesariamente patológica.

Aplicabilidad en servicios comunitarios: su implementación requiere formación especializada y recursos técnicos que no siempre están disponibles en centros de salud comunitarios. Además, la evaluación puede resultar compleja en familias con bajo nivel educativo o escasa familiaridad con procesos terapéuticos.

Por ello, se recomienda complementar este modelo con enfoques interculturales, participativos y centrados en la realidad comunitaria, que reconozcan la diversidad de estructuras familiares y sus formas de resiliencia.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Analizar la influencia de la funcionalidad familiar a través de sus dimensiones de cohesión y adaptabilidad medidas con FACES en los pacientes psiquiátricos atendidos en Lima Este, 2025.

1.3.2. Objetivos específicos

Describir los niveles de cohesión familiar en los pacientes psiquiátricos atendidos en Lima Este, 2025.

Describir los niveles de adaptabilidad familiar en los pacientes psiquiátricos atendidos en Lima Este, 2025.

1.4. Justificación

Justificación social: La investigación responde a la necesidad de comprender cómo la familia influye en la recuperación de pacientes psiquiátricos, especialmente en zonas urbanas vulnerables como Lima Este. En contextos donde los servicios de salud mental son limitados, el apoyo familiar puede marcar la diferencia en la adherencia al tratamiento y la prevención de recaídas.

Justificación académica: Este estudio busca aportar evidencia científica sobre la funcionalidad familiar como factor determinante en el proceso terapéutico de personas con trastornos mentales. Servirá como base para futuras investigaciones y como referencia para estudiantes y profesionales del área de salud mental.

Justificación institucional: El presente trabajo proporciona insumos clave para fortalecer las estrategias de intervención en los establecimientos de salud mental, promoviendo un enfoque comunitario, familiar y basado en derechos humanos. Esta orientación se encuentra alineada con las políticas públicas del Ministerio de Salud del Perú, particularmente con la Resolución Ministerial N.º 195-2021-MINSA, que establece los lineamientos para la atención integral en salud mental, abarcando acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación; favoreciendo la participación activa de las familias en los procesos terapéuticos, promoviendo una atención más efectiva, inclusiva y sostenible.

Justificación comunitaria: Al involucrar activamente a las familias en el cuidado de sus miembros con diagnóstico psiquiátrico, se promueve una cultura de corresponsabilidad en salud mental, fomentando redes de apoyo que trascienden el ámbito clínico y fortalecen el tejido social.

La elección del instrumento FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) se justifica por su amplia trayectoria en la evaluación de la funcionalidad familiar bajo el Modelo

Circumplejo de Olson, reconocido internacionalmente por su solidez teórica y metodológica. Su pertinencia en el presente estudio se sustenta en que permite medir de manera diferenciada las dos dimensiones centrales de la funcionalidad familiar: cohesión y adaptabilidad, ambas especialmente relevantes en el abordaje clínico de pacientes psiquiátricos, donde el soporte familiar, la flexibilidad ante el estrés y la calidad de los vínculos resultan determinantes para los procesos de recuperación, adherencia terapéutica y prevención de recaídas.

En el contexto peruano, diversos estudios han respaldado la validez y confiabilidad del FACES. Investigaciones psicométricas realizadas en población adolescente y en estudiantes de ciencias de la salud han mostrado adecuados índices de consistencia interna, con valores de alfa de Cronbach que oscilan entre 0.70 y 0.85 para las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, lo cual evidencia estabilidad y fiabilidad en los puntajes. Asimismo, el análisis factorial confirmatorio realizado por Vilca et al. (2024) verificó la estructura bidimensional del instrumento en una muestra peruana, demostrando su aplicabilidad en contextos comunitarios y educativos del país.

Estos hallazgos justifican el uso del FACES en investigaciones con población clínica, como la del presente estudio, permitiendo evaluaciones culturalmente pertinentes y metodológicamente sólidas. Su empleo favorece la comparabilidad internacional de los resultados y asegura un abordaje estandarizado de la funcionalidad familiar, aspecto clave para el diseño de intervenciones y estrategias familiares dentro del sistema de salud mental comunitaria peruano.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

Impacto social: Sensibilizar a las familias sobre su rol en el tratamiento de enfermedades mentales, promoviendo dinámicas familiares más saludables que favorezcan la recuperación de los pacientes.

Impacto institucional: Brindar insumos para mejorar las prácticas de intervención en los establecimientos de salud mental de Lima Este, fortaleciendo el enfoque familiar en los planes terapéuticos.

Impacto educativo: Servir como referencia para estudiantes y profesionales asistenciales interesados en la salud mental y el trabajo con familias.

Además, el estudio contribuirá al diseño de estrategias de atención integral en los Establecimientos de Salud Mental, alineados con las políticas del Ministerio de Salud del Perú, que promueven la salud mental como un derecho y una responsabilidad compartida entre el Estado, la comunidad y la familia.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de investigación

El presente trabajo académico corresponde a una investigación de tipo descriptivo y documental, ya que busca analizar teóricamente la funcionalidad familiar y su influencia en la salud mental de pacientes psiquiátricos, a partir de la revisión de fuentes científicas y antecedentes previos. Según Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), el estudio descriptivo “busca especificar las propiedades, características y perfiles de personas, grupos o fenómenos que se someten a análisis” (p. 91). De manera complementaria, Arias (2012) explica que la investigación documental se apoya en la recolección y análisis de información proveniente de materiales bibliográficos, hemerográficos y digitales, con el propósito de construir un marco teórico sólido sobre el tema de estudio.

El diseño de investigación adoptado es no experimental y transversal, dado que no se manipulan variables independientes, sino que se observan los fenómenos tal como se presentan en su contexto natural. En este tipo de diseño, se analizan las relaciones existentes entre variables sin intervenir en ellas, lo que permite describir y comprender la realidad en un momento determinado (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). Asimismo, Bernal (2010) sostiene que los diseños no experimentales se emplean cuando las condiciones no permiten controlar las variables, pero se requiere identificar tendencias y patrones dentro de un tiempo y espacio específicos. De acuerdo con Tamayo y Tamayo (2011), los estudios transversales son apropiados cuando la información se recolecta en un solo momento, con el fin de ofrecer una “fotografía” del fenómeno investigado.

En ese sentido, este trabajo busca contribuir a la comprensión del rol que cumple la funcionalidad familiar dentro del abordaje de la salud mental, a través de un enfoque descriptivo, documental y transversal sustentado en fuentes científicas actualizadas.

Ámbito temporal y espacial:

El ámbito temporal hace referencia al periodo de tiempo en el que se desarrolla el estudio o se recopila la información. Según Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), toda investigación debe delimitar el momento en el que ocurre el fenómeno de estudio, ya que las condiciones sociales, culturales o institucionales pueden variar con el tiempo y afectar la interpretación de los resultados. En este trabajo académico, el ámbito temporal corresponde a los meses de agosto a octubre del año 2025, periodo durante el cual se analizarán los datos y antecedentes relacionados con la funcionalidad familiar y su influencia en pacientes psiquiátricos de la jurisdicción de Lima Este. Se consideran especialmente los reportes recientes del Ministerio de Salud del Perú (MINSA) y estudios contemporáneos desarrollados entre 2020 y 2025 sobre salud mental.

Por otro lado, el ámbito espacial delimita el lugar o entorno geográfico donde se sitúa el fenómeno de estudio. De acuerdo con Arias (2012), definir el espacio de investigación permite contextualizar las características culturales y sociales que influyen en el objeto de estudio. En el presente trabajo, el ámbito espacial se circunscribe a Lima Este, zona que agrupa diversos distritos del área metropolitana de Lima, donde se concentran varios establecimientos de salud mental y una alta demanda de atención psiquiátrica, según informes del MINSA (2024). La elección de este contexto se justifica por la necesidad de comprender cómo la dinámica y funcionalidad familiar influyen en el proceso de recuperación de pacientes psiquiátricos, dentro de una realidad urbana caracterizada por factores de vulnerabilidad social, económica y emocional.

2.2. Variables de estudio

Funcionalidad familiar

Para evaluar esta variable se aplicará la Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar, FACES III. Este instrumento contiene indicadores que miden las dimensiones de cohesión y adaptabilidad.

Tabla 3

Matriz de operacionalización

Variable	Dimensión	Indicador	Ítem(es)	Escala de Medición	Tipo de Respuesta
Funcionamiento Familiar	Cohesión	Apoyo emocional entre miembros	1, 3, 5, 11, 13, 17, 19	Ordinal (1 a 5)	ESCALA: ORDINAL NIVEL DE MEDICIÓN TIPO LIKERT
		Participación en actividades familiares	7, 9, 15	Ordinal (1 a 5)	5 = SIEMPRE
	Adaptabilidad	Flexibilidad en normas y reglas	4, 8, 10, 12, 16, 18, 20	Ordinal (1 a 5)	4 = CASI SIEMPRE
		Participación en decisiones familiares	2, 6, 14	Ordinal (1 a 5)	3 = A VECES
					2 = CASI NUNCA
					1 = NUNCA

Tabla 4*Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar FACES III*

Elemento	Descripción
Nombre del instrumento	Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III)
Autores originales	David H. Olson, Joyce Portner, Jeavy Lavee (1985)
Adaptación peruana	Bazo-Álvarez, J. C., Alvarado, R., & Gómez, J. (2016)
Traducción	Ángela Hernández Córdova, Universidad Santo Tomás de Colombia
Población evaluada	Adolescentes entre 11 y 18 años de dos colegios secundarios en Chimbote, Perú
Enfoque teórico	Sistémico
Dimensiones evaluadas	Cohesión y Adaptabilidad
Número de ítems	20 ítems
Forma de administración	Individual y colectiva
Tiempo estimado	10 minutos
Propósito	Evaluar la percepción real de los integrantes del núcleo familiar
Validez de constructo	Confirmada mediante análisis factorial
Índices de ajuste	AGFI = 0.96, ECVI = 0.87, NFI = 0.93, GFI = 0.97, MRSA = 0.06
Fiabilidad (Omega)	Cohesión: $\Omega = 0.85$, Adaptabilidad: $\Omega = 0.74$

2.3. Población y muestra

El término población o universo se refiere al conjunto total de elementos que comparten características específicas y similares entre sí (Hernández et al., 2014). En esta investigación, se ha considerado una población de 200 pacientes, de los cuales 50 se encuentran en el rango de edad de 18 a 60 años, incluyendo personas de ambos géneros. La población participante del estudio estará conformada por pacientes psiquiátricos adultos, hombres y mujeres, atendidos en establecimientos de salud mental de Lima Este, durante el año 2025.

En relación al tipo de muestreo se empleó el no probabilístico, a razón de que se seleccionó la muestra basada en un criterio subjetivo en lugar de realizar una selección al azar por ser un procedimiento no aleatorio, dado que, se aplicó por conveniencia (Hernández et al., 2014) en función a los criterios de inclusión y exclusión establecidos, a fin cumplir con el principio de beneficencia que busca bienestar y reducir al mínimo los riesgos de deriven posibles daños en los participantes del estudio. Se tomará una muestra no probabilística por conveniencia de 40 participantes para este estudio.

La población marco estará conformada por el registro institucional de pacientes atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC) de Lima Este, reportados en los sistemas HIS y NOTI-MINSA para el año 2024–2025.

La muestra será no probabilística por conveniencia, debido a la disponibilidad y accesibilidad de los pacientes que cumplan con los criterios establecidos. Se proyecta la inclusión de 40 participantes, número mínimo recomendado para estudios correlacionales preliminares.

El marco muestral se obtendrá a partir del Registro de Atención de Consultorios Externos y Servicios de Salud Mental de la Red Integrada de Salud (RIS) Lima Este, MINSA, correspondiente al año 2025.

Este registro proporciona: Listado nominal de pacientes adultos atendidos, diagnóstico según CIE-10, fechas de atención y tipo de servicio y estado clínico y continuidad de tratamiento.

2.3.1. Criterios de inclusión.

- Pacientes con diagnóstico psiquiátrico registrado por profesional del MINSA,
- Edades entre 18 y 60 años.
- Residentes de la jurisdicción de Lima Este.
- Capacidad para brindar consentimiento informado.
- Asistencia activa a un establecimiento de salud mental durante el periodo de estudio.

2.3.2. Criterios de exclusión

- Pacientes con descompensación severa al momento de la evaluación.
- Personas fuera del rango de edad establecido.
- Pacientes sin acompañamiento familiar mínimo para la aplicación contextual del instrumento.
- Inconsistencia o ausencia de respuestas en los cuestionarios.

2.4. Técnicas e instrumentos.

2.4.1. Técnicas

Observación, según Hernández (2018) es una técnica que sirve para obtener de datos de la población en estudio, mediante la cual el observador registra de forma sistemática y objetiva, los comportamientos y situaciones que suceden con la población sujeta de estudio; en la presente investigación nos servir para observar a los usuarios y la relación con su familia.

Entrevista, se entrevista a los usuarios para conocer los datos sociodemográficos y su estructura familiar, Janesick (1998, citado por Hernández, 2018) señala, “en la entrevista, a través de las preguntas y respuestas se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema (p.403).

Cuestionario, Chasteauneuf (2009, citado por Hernández, 2018) refiere que vienen a ser un grupo de preguntas estructuradas respecto a la variable que se pretende medir o conocer, en este caso para conocer el funcionamiento familiar, usaremos la Escala de Cohesión y Adaptabilidad FACES III.

2.4.2. Instrumentos.

Ficha sociodemográfica Se desarrollará una ficha sociodemográfica para conocer características personales de la muestra evaluada, información se tomará en cuenta al momento de hallar resultados descriptivos de los participantes tales como la edad, el sexo, el grado de instrucción, diagnóstico y distrito de la jurisdicción Lima Este.

Escala de funcionalidad familiar (Faces III) instrumento construido y elaborado en la universidad de Minessota en Estados Unidos por Olson et al. (1985) con el nombre original en

inglés, family adaptability and cohesión evaluation scales, misma que fue traducida al idioma español como escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar conocida como funcionalidad familiar FACES III. Desarrollada bajo un enfoque sistémico cuyo propósito es evaluar la percepción real de los integrantes que forman parte de un núcleo familiar y su grado de satisfacción familiar. Validez y Confiabilidad: Olson et al. (1985) se propusieron reducir a cero la correlación entre cohesión y adaptabilidad, así como minimizar la influencia de la deseabilidad social ($r: 0.3$).

Además, llevaron a cabo una evaluación de la fiabilidad interna utilizando el Alfa de Cronbach, obteniendo un valor de 0.77 para la cohesión, 0.62 para la adaptabilidad, y 0.60 para la escala total de funcionalidad familiar. La prueba de test-retest mostró un coeficiente de Pearson de 0.83 para la cohesión y 0.80 para la adaptabilidad.

Figura 1

Baremos del puntaje directo e interpretación de FACES – III

Transformación de puntaje crudo a nivel*

Norma actualizada (2017)				NBMR (2017)		
Cohesión (media=37.5 de=6.8)		Flexibilidad (media=28.5 de=5.6)		Cohesión & Flexibilidad (media=0 de=1)		
Puntaje Crudo	Cohesión	Puntaje Crudo	Flexibilidad	Error Estandarizado	Cohesión	Flexibilidad
45 - 50	Muy conectada	35 - 50	Muy flexible	+1 a +∞	Muy conectada	Muy flexible
38 - 44	Conectada	29 - 34	Flexible	0 a +0.99	Conectada	Flexible
30 - 37	Separada	22 - 28	Estructurada	-0.99 a -0.01	Separada	Estructurada
10 - 29	Desacoplada	10 - 21	Rígida	-∞ a -1	Desacoplada	Rígida

Nota. Estandarización y adaptación de Bazo-Álvarez et al. (2016) que realizaron una actualización del baremo de calificación basada en la escala original de funcionalidad familiar denominada FACES III. Gráfico tomado de (Bazo-Álvarez et al., 2016).

En la adaptación realizada en Perú, se efectuó una validación del constructo con una muestra de adolescentes de entre 11 y 18 años de dos colegios secundarios en Chimbote. Se utilizó un análisis factorial para evaluar la estructura interna, la cual fue corroborada por hipótesis específicas. Los resultados mostraron los siguientes índices: AGFI = 0.96, ECVI = 0.87, NFI = 0.93, GFI = 0.97, MRSA = 0.06. La fiabilidad medida con el Alfa de Cronbach, Omega y Theta dio como resultado $\Omega = 0.85$ para cohesión y $\Omega = 0.74$ para adaptabilidad (Bazo-Álvarez et al., 2016).

2.5. Procedimiento

Para la realización del presente estudio se seguirán los siguientes procedimientos: Se realiza la búsqueda información científica del tema seleccionado; Se escoge la población acorde al tema de estudio; Previamente a la aplicación del instrumento se realizará una revisión del contenido del cuestionario; Se orienta y sustenta a los usuarios, los objetivos trazados con este estudio, haciéndoles conocer que se trata de una información confidencial y anónima; Se hace firmar consentimiento informado a los participantes; La aplicación del instrumento podrá realizarse de manera individual o colectiva; Se aplica instrumento de Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar FACES III. De esta forma, siguiendo las recomendaciones metodológicas establecidas por David H. Olson (1985), la información recogida se organizará en una matriz de análisis mediante el programa Microsoft Excel para su posterior interpretación estadística o descriptiva.

El Plan analítico, consta de 1. Preparación de datos: Codificación de variables, revisión de valores atípicos 2. Estadística descriptiva 3. Pruebas inferenciales 4. Parámetros del análisis: Nivel

de significancia: $\alpha = 0.05$, Intervalos de confianza: 95% 5. Software estadístico: SPSS v28 y base estructurada previamente en Microsoft Excel.

2.6. Análisis de datos

Los días de la aplicación del instrumento, se entregarán los cuestionarios y el consentimiento informado a los pacientes, previa explicación de las instrucciones y resolución de cualquier duda. Finalmente, después de completar las encuestas, se continuará con la digitación de las respuestas emitidas a una hoja del programa Excel, posterior a ello, se verificará cada respuesta en base al tipo de muestreo, NO probabilístico y a los criterios de exclusión e inclusión, se continuará con la digitación de las respuestas de los participantes a una base del programa Excel y su respectiva verificación.

Estadística descriptiva: Se aplicará tablas de frecuencia y porcentajes con el propósito de describir y resumir de manera ordenada los resultados de los datos sociodemográficos y de los valores de cada variable (Hernández et al., 2014).

2.7. Consideraciones éticas

En una investigación científica con seres humanos, como pacientes psiquiátricos, es fundamental cumplir con consideraciones éticas que protejan su bienestar, derechos y dignidad. En Perú, estas están reguladas por la Resolución Ministerial N.º 233-2020-MINSA, que aprueba el documento técnico “Consideraciones Éticas para la Investigación en Salud con Seres Humanos”.

III. RESULTADOS

3.1. Resultados de datos generales

Tabla 5

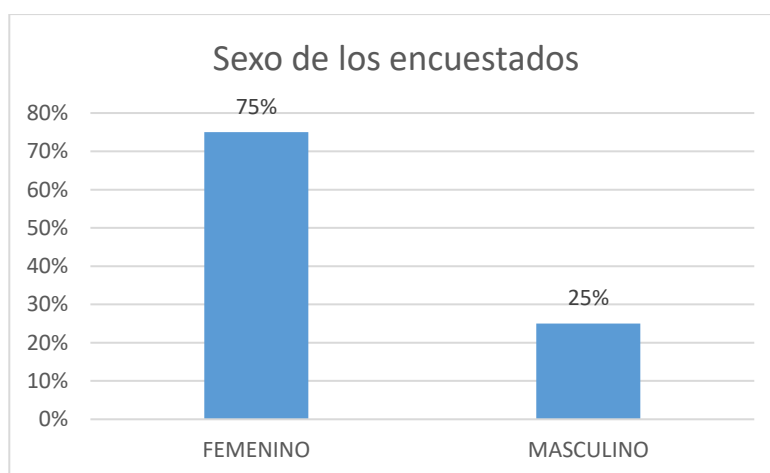
Distribución de la muestra según sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	30	75%
MASCULINO	10	25%
TOTAL	40	100%

Fuente. Elaboración propia

Figura 2

Distribución de la muestra según sexo



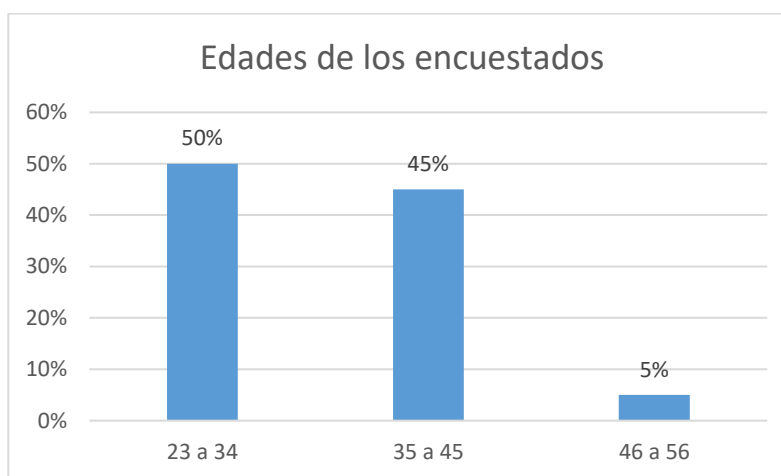
Fuente. Elaboración propia

Los resultados muestran que la mayoría de los participantes pertenecen al sexo **femenino (75%)**, mientras que el **25%** corresponde al sexo masculino. Esto indica que la muestra está compuesta principalmente por mujeres, lo cual podría reflejar una mayor presencia femenina en el servicio o una mayor disposición de ellas para participar en estudios de este tipo. La figura correspondiente confirma visualmente esta predominancia femenina.

Tabla 6*Distribución de la muestra según edad*

Edades	Frecuencia	Porcentaje
23 a 34	20	50%
35 a 45	18	45%
46 a 56	2	5%
TOTAL	40	100%

Fuente. Elaboración propia

Figura 3*Distribución de la muestra según edad*

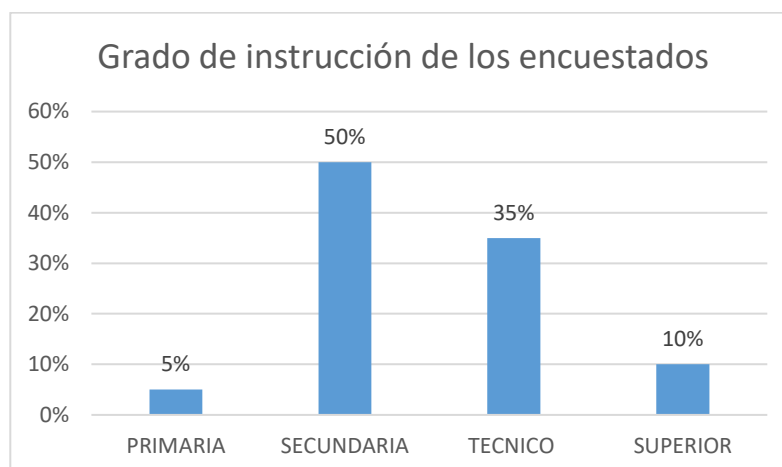
Fuente. Elaboración propia

Se observa que el **50%** de los participantes se encuentra entre **23 y 34 años**, seguido por un **45%** en el rango de **35 a 45 años**, mientras que solo un **5%** tiene entre **46 y 56 años**. Este patrón evidencia que la muestra está mayormente compuesta por adultos jóvenes y adultos intermedios, lo que puede relacionarse con la mayor prevalencia de consulta o acompañamiento familiar en estas etapas de la vida. La figura asociada refuerza esta tendencia concentrada en los dos primeros grupos etarios.

Tabla 7*Distribución de la muestra según grado de instrucción*

Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
PRIMARIA	2	5%
SECUNDARIA	20	50%
TECNICO	14	35%
SUPERIOR	4	10%
TOTAL	40	100%

Fuente. Elaboración propia

Figura 4*Distribución de la muestra según grado de instrucción*

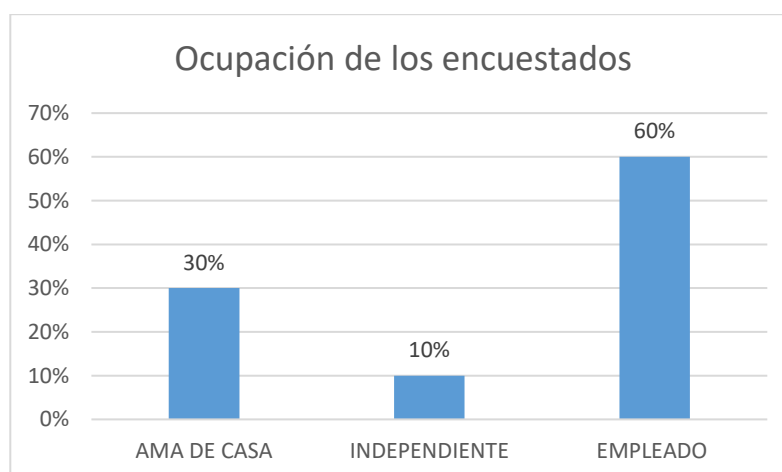
Fuente. Elaboración propia

El nivel educativo predominante es la **secundaria**, alcanzando el **50%** de los participantes. Le sigue el nivel **técnico (35%)**, el nivel **superior (10%)** y, finalmente, el nivel **primario (5%)**. Esto sugiere que la mayoría de los participantes cuenta con una formación básica o técnica, mientras que un menor porcentaje accedió a educación superior. Esta variable es relevante, ya que el nivel educativo puede influir en la comprensión de roles familiares y en la dinámica de adaptabilidad. La figura correspondiente ilustra esta distribución, con claro predominio del nivel secundario.

Tabla 8*Distribución de la muestra según ocupación*

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
AMA DE CASA	12	30%
INDEPENDIENTE	4	10%
EMPLEADO	24	60%
TOTAL	40	100%

Fuente. Elaboración propia

Figura 5*Distribución de la muestra según ocupación*

Fuente. Elaboración propia

La ocupación más frecuente entre los participantes es empleado (60%), seguido de ama de casa (30%) y trabajador independiente (10%). Este resultado muestra que la mayoría se encuentra en una relación laboral formal, mientras que un grupo importante se dedica al hogar. La menor proporción de independientes puede relacionarse con características del entorno laboral o socioeconómico de la zona estudiada.

3.2. Resultados de funcionalidad familiar

Tabla 9

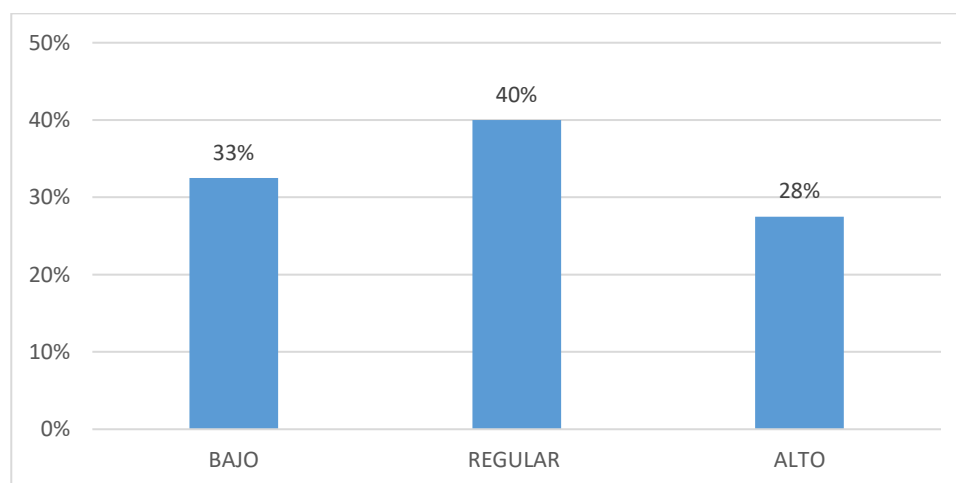
Funcionalidad familiar

Funcionalidad Familiar				
Criterios	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
BAJO	13	33%	33%	33%
REGULAR	16	40%	40%	73%
ALTO	11	28%	28%	100%
TOTAL	40	100%	100%	

Fuente. Elaboración propia

Figura 6

Funcionalidad familiar



Fuente. Elaboración propia

De la muestra en estudio por un total de 40 encuestados, predomina con el 40% el nivel regular de funcionalidad familiar.

3.2.1. Dimensión Cohesión

Tabla 10

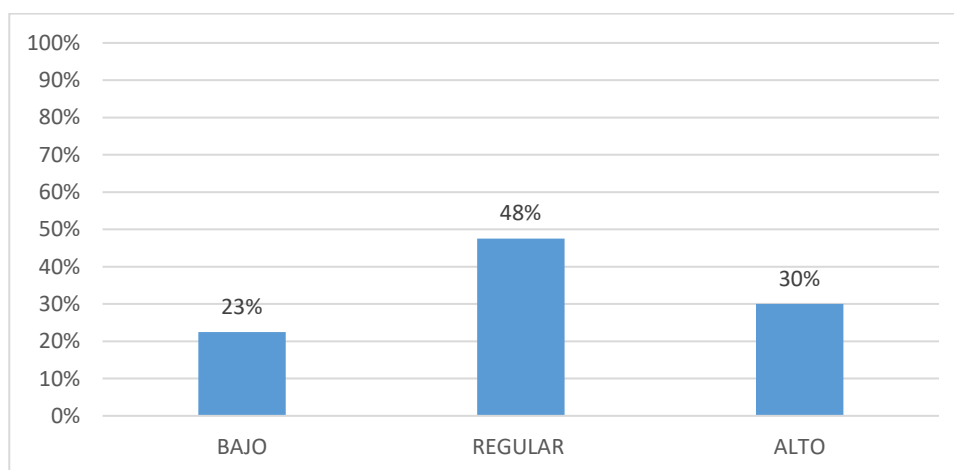
Cohesión

Criterios	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
BAJO	9	23%	23%	23%
REGULAR	19	48%	48%	70%
ALTO	12	30%	30%	100%
TOTAL	40	100%	100%	

Fuente. Elaboración propia

Figura 7

Cohesión



Fuente. Elaboración propia

De la muestra en estudio por un total de 40 encuestados, predomina con el 80% el nivel regular de cohesión

3.2.2. Dimensión Adaptabilidad

Tabla 11

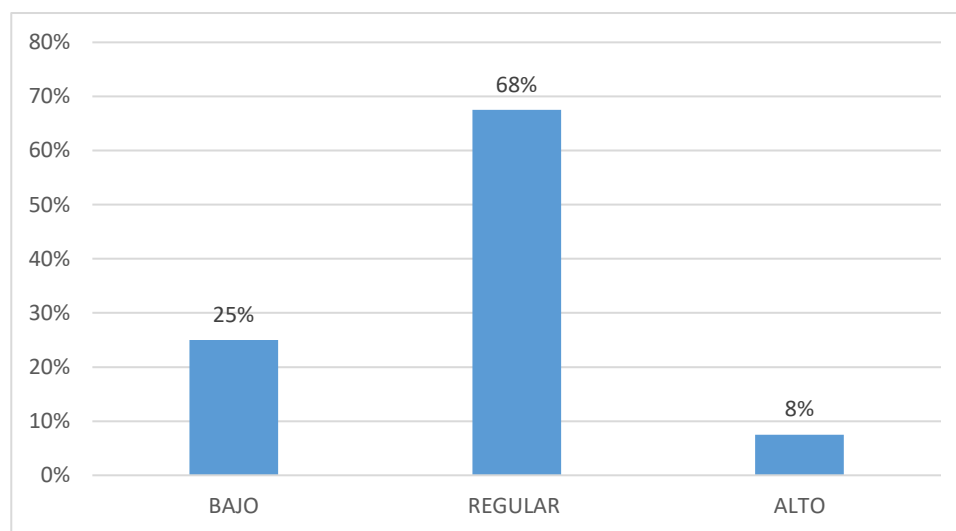
Adaptabilidad

Criterios	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
BAJO	10	25%	25%	25%
REGULAR	27	68%	68%	93%
ALTO	3	8%	8%	100%
TOTAL	40	100%	100%	

Fuente. Elaboración propia

Figura 8

Adaptabilidad



Fuente. Elaboración propia

De la muestra en estudio por un total de 40 encuestados, predomina con el 68% el nivel regular de cohesión

3.3. Estadística inferencial

Tabla 12

Correlación de la variable funcionalidad familiar y dimensión cohesión

		Funcionalidad familiar	Cohesión
Rho de Spearman	Funcionalidad familiar	Coefficiente de correlación	1
		Sig. (bilateral)	,378**
		N	0
	Cohesión	Coefficiente de correlación	40
		Sig. (bilateral)	,378**
		N	0

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

La cohesión se relaciona positivamente con la funcionalidad, pero de forma más débil ($\rho = 0.38$). Correlación positiva y débil, pero estadísticamente significativa. A mayor cohesión, mayor funcionalidad.

Tabla 13

Correlación de la variable funcionalidad familiar y dimensión adaptación

		Funcionalidad familiar	Adaptabilidad
Rho de Spearman	Funcionalidad familiar	Coefficiente de correlación	1
		Sig. (bilateral)	,983**
		N	0
	Adaptabilidad	Coefficiente de correlación	40
		Sig. (bilateral)	,983**
		N	0

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

Correlación positiva y muy fuerte, altamente significativa. La adaptabilidad explica casi toda la variabilidad de la funcionalidad. La adaptabilidad es el factor que más influye en la funcionalidad familiar, con una correlación casi perfecta ($\rho = 0.98$).

IV. CONCLUSIONES

- 4.1 Conclusión respecto al Objetivo General: Analizar la influencia de la funcionalidad familiar a través de la cohesión y adaptabilidad (FACES) en pacientes psiquiátricos de Lima Este, 2025. Los resultados demostraron que la funcionalidad familiar está fuertemente influenciada por la adaptabilidad y, en menor magnitud, por la cohesión familiar. La correlación entre funcionalidad y adaptabilidad fue positiva y muy fuerte ($p = 0.983$; $p < 0.01$), lo que indica que la adaptabilidad explica casi por completo la variabilidad en la funcionalidad familiar dentro de la muestra analizada. Esto confirma que la capacidad de la familia para reorganizarse, ajustar roles y afrontar demandas del entorno es el principal determinante de la percepción de funcionalidad en pacientes psiquiátricos. Por otro lado, la cohesión mostró una correlación positiva pero débil ($p = 0.378$; $p < 0.01$). Esto sugiere que, aunque influye en la funcionalidad familiar, la cercanía afectiva y la calidad del vínculo entre los miembros tiene un impacto menor en comparación con la adaptabilidad. En conjunto, los hallazgos permiten concluir que la funcionalidad familiar en estos pacientes descansa principalmente en la flexibilidad y capacidad de adaptación del sistema familiar.
- 4.2 Conclusión respecto al Objetivo Específico 1: Describir los niveles de cohesión familiar. Los datos mostraron que el 48% de los participantes presenta un nivel regular de cohesión, seguido de un 30% con nivel alto y un 23% con nivel bajo. Esto indica que la mayoría de las familias se ubican en un punto intermedio respecto al vínculo emocional y la interacción entre sus miembros, lo cual sugiere relaciones familiares funcionales pero no óptimas. El predominio de niveles regulares refleja una cohesión moderada, donde existen lazos afectivos y apoyo, pero también limitaciones en términos de cercanía, comunicación o participación familiar.

4.3 Conclusión respecto al Objetivo Específico 2: Describir los niveles de adaptabilidad familiar.

Los resultados indican que la adaptabilidad regular predomina ampliamente (68%), mientras que el 25% presenta adaptabilidad baja y solo el 8% adaptabilidad alta. Este predominio de niveles regulares sugiere que las familias cuentan con cierta capacidad para ajustar roles, normas y dinámicas, pero enfrentan dificultades para reorganizarse ante situaciones de crisis o estrés, lo cual es relevante considerando el contexto de pacientes psiquiátricos, donde la flexibilidad familiar es crucial.

V. RECOMENDACIONES

- 5.1 Recomendación vinculada al Objetivo General: Dado que la funcionalidad familiar está fuertemente determinada por la adaptabilidad, y en menor grado por la cohesión, se recomienda que los servicios de salud mental de Lima Este implementen intervenciones familiares orientadas prioritariamente a fortalecer la flexibilidad, la reorganización de roles y la capacidad de afrontar cambios. Esto incluye talleres de afrontamiento, orientación familiar y estrategias de adaptación ante crisis, ya que este componente constituye el principal predictor de una mayor funcionalidad en los pacientes psiquiátricos evaluados.
- 5.2 Recomendación vinculada al Objetivo Específico 1 (Cohesión): Dado que la mayoría de las familias presentan una cohesión regular, se sugiere desarrollar programas que fomenten la mejora del vínculo afectivo, el fortalecimiento de la comunicación emocional y la participación conjunta en actividades familiares. Intervenciones como sesiones de terapia familiar, dinámicas de comunicación y psicoeducación pueden contribuir a transformar esta cohesión moderada en una cohesión más sólida y favorable para el proceso terapéutico de los pacientes.
- 5.3 Recomendación vinculada al Objetivo Específico 2 (Adaptabilidad): Considerando que la adaptabilidad regular es predominante y que un 25% de las familias presenta adaptabilidad baja, se recomienda priorizar acciones que promuevan el desarrollo de habilidades de flexibilidad familiar, incluyendo la reorganización funcional ante eventos estresores, la redistribución de roles y la toma conjunta de decisiones. Esto permitirá incrementar la capacidad de estas familias para enfrentar crisis propias del contexto psiquiátrico y reducir el impacto negativo de la rigidez familiar en la evolución clínica del paciente.

VI. REFERENCIAS

- Amancay, R., y Isasi, A. (2024). *Funcionalidad familiar y conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de una institución educativa de Lima*. [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. UCV Repositorio Institucional. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/159116>
- Arias, F. (2012). El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica (6.^a ed.). Episteme.
- Bazo-Alvarez, J. , Bazo-Alvarez, O. , Aguila, J., Peralta, F., Mormontoy, W., y Bennett, I. (2016). Propiedades psicométricas de la escala de funcionalidad familiar FACES-III: Un estudio en adolescentes peruanos. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(3), 462–470.
- Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación: Administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. (3.^a ed.). Pearson Educación.
- Canchari, J. , Escalante L., y Huamaccto, K. (2023). *Influencia de la familia en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario Jesús Nazareno “Kuska Wiñarishum”, Ayacucho*. [Informe técnico, Universidad Nacional del Callao]. Repositorio UNAC. <https://hdl.handle.net/20.500.12952/9007>
- Ceja, A. (2025). *Relación de la disfunción familiar con la presencia de trastorno de ansiedad generalizada en familias monoparentales*. [Tesis de especialidad, Universidad Autónoma de Querétaro]. Repositorio Institucional UAQ. <https://ri-ng.uaq.mx/handle/123456789/11415>

Concha, N. (2020). *Funcionamiento familiar y consumo de sustancias en jóvenes universitarios*. [Tesis de maestría, Universidad de Concepción]. <https://repositorio.udec.cl/items/162d25ae-fb6b-4ad3-84fc-679b73632967>

Fernández, S. (2025). *Funcionalidad familiar en adultos mayores con depresión en Lima*. [Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/9832>

Guzmán, A. (2025). *Funcionalidad familiar e ideación suicida en estudiantes de un colegio público, Arequipa, 2023*. [Tesis de licenciatura, Universidad Continental]. Repositorio Institucional Universidad Continental. https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/17615/2/IV_FHU_501_TE_Guzman_Flores_2025.pdf

Hencke, Y. (2021). *Funcionalidad familiar en pacientes con esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario de Santiago, Cusco*. [Tesis de título profesional, Universidad Andina del Cusco]. Repositorio UAndina. <https://repositorio.uandina.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/3d5e0e22-7ae0-4662-afbd-d2730db134ba/content>

Hernández-Sampieri, R., y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. (7.^a ed.). McGraw-Hill Education.

Huanca, M. (2020). *Relación entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes con trastornos mentales hospitalizados en Juliaca*. [Tesis de título profesional, Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez]. Repositorio UANCV. <https://repositorio.uancv.edu.pe/items/bb916a6b-2060-4c6c-ada6-d855405c1834>

Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (INSM). (2025).

Informe de atenciones en salud mental – primer cuatrimestre 2025. INSM.

Kaplan, I., Sadock, J., y Grebb, J. (2017). *Sinopsis de psiquiatría: Ciencias de la conducta/psiquiatría clínica*. (12.^a ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Lorenzo-Blanco, E. I., et al. (2019). Family functioning trajectories and their effects on emotional and risk behaviors in youth: A longitudinal analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(5), 901–915. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-01004-3>

Madelaire, B., Maggi, C., Delvalle Sosa, C., y López, R. (2025). Percepción de la funcionalidad familiar en pacientes con trastornos mentales en el Hospital Psiquiátrico de Asunción. *Revista Científica UPAP*, 5(1). <https://doi.org/10.54360/rcupap.v5i1.227>

Mejía-Zambrano, H., y Ramos-Calsín, L. (2022). Prevalencia de los principales trastornos mentales durante la pandemia por COVID-19. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 85(1), 72–78. <https://doi.org/10.20453/rnp.v85i1.4157>

Ministerio de Salud del Perú (MINSA). (2020). RM 233-2020-MINSA y anexos. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/662949/RM_233-2020-MINSA_Y_ANEXOS.PDF?v=1588082657

Ministerio de Salud del Perú (MINSA). (2020, abril 28). Resolución Ministerial N.º 233-2020-MINSA: Consideraciones éticas para la investigación en salud con seres humanos. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/541139-233-2020-minsa>

- Ministerio de Salud del Perú (MINSA). (2021, febrero 9). Resolución Ministerial N.º 195-2021-MINSA. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1651079-195-2021-minsa>
- Ministerio de Salud del Perú (MINSA). (2024). Informe anual de salud mental 2024. MINSA.
- Ministerio de Salud del Perú (MINSA). (2024). Informe de atenciones en salud mental: ansiedad, depresión, TEPT entre las principales afecciones. MINSA.
- Ministerio de Salud del Perú (MINSA). (2024, octubre 10). Más de 1 300 000 casos atendidos por trastornos de salud mental y problemas psicosociales. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1037025-mas-de-1-300-000-casos-atendidos-por-trastornos-de-salud-mental-y-problemas-psicosociales>
- Minuchin, S. (1982). *Familias y terapia familiar*. Gedisa.
- Minuchin, S., y Fishman, H. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. Paidós.
- Nava de la Paz, D. (2023). *Funcionamiento familiar y ansiedad en adolescentes del CONALEP Plantel II en Mazatlán, Sinaloa*. [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Sinaloa]. http://repositorio.uas.edu.mx/xmlui/handle/DGB_UAS/938
- Olson, D. (2011). Faces IV and the Circumplex Model: Validation study. *Journal of Marital and Family Therapy*.
- Olson, D. , Portner, J., y Lavee, Y. (1985). *FACES III: Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*. University of Minnesota.

Olson, D. , Russell, C. , y Sprenkle, D. (1983). Circumplex model of marital and family systems:

VI. Theoretical update. *Family Process*, 22(1), 69–83. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1983.00069.x>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2025). Trastornos mentales: datos y cifras.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2025, septiembre 2). Más de mil millones de personas

viven con trastornos de salud mental: urge ampliar los servicios.

<https://www.who.int/es/news/item/02-09-2025-over-a-billion-people-living-with-mental-health-conditions-services-require-urgent-scale-up>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2024). Determinantes sociales de la salud mental

en América Latina. <https://www.paho.org/es/documentos/determinantes-sociales-intervinientes-salud-mental-america-latina>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2024). Informe regional de salud mental en las

Américas 2024.

Palma, M. (2024). *Funcionalidad familiar y su influencia en el consumo de sustancias*

psicoactivas en la Provincia de Santa Elena-Ecuador. [Tesis de maestría, Universidad de las Américas]. <https://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/16855>

Rodríguez, M., y Pinedo, J. (2016). Propiedades psicométricas del FACES III en adolescentes

peruanos. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 321–328.

<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2031>

- Rojas, J., y Lamas, C. (2023). Factores psicosociales asociados al proceso de recuperación en pacientes con trastornos mentales en Lima Metropolitana. *Revista Peruana de Psicología y Salud Mental*, 8(2), 55–67.
- Schmidt, V., Barreyro, P., y Maglio, A. (2023). Evaluación de la estructura interna de la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) en población clínica y no clínica. *Escritos de Psicología*, 16(2), 1–10.
<https://doi.org/10.5231/psy.writ.2023.16.2.1>
- Shalev, T. (2018). Longitudinal associations between family functioning and child mental health outcomes: A multi-wave community study. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 321.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00321>
- Vacaru, S. (2022). Family functioning as a protective factor against depressive symptoms in adolescents during COVID-19 lockdown: A longitudinal study. *PLOS ONE*, 17(5), e0267893. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267893>
- Vilca, L., Ccori, V., y Mamani-Benito, O. (2024). *Psychometric analysis of the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES III) in health sciences students*. Springer. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01639-7>

VII. ANEXOS

ANEXO A: CUESTIONARIO

Escala FACES III: Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar							
Autores originales: David H. Olson, Joyce Portner, Jeany Lavee (1985) Adaptación peruana: Bazo-Alvarez, J. C., Alvarado, R., & Gómez, J. (2016) Traducción: Ángela Hernández Córdova, Universidad Santo Tomás de Colombia							
Objetivo: Evaluar los niveles de cohesión y adaptabilidad en el sistema familiar.							
Instrucciones: Lea cada afirmación y marque con una 'X' la respuesta que mejor describa la situación actual de su familia.							
Escala de respuestas: 1 = Casi nunca, 2 = Pocas veces, 3 = A veces, 4 = Frecuentemente, 5 = Casi siempre.							
Nº	Ítem	Dimensión	1	2	3	4	5
1	Los miembros de la familia se piden ayuda cuando lo necesitan.	Cohesión					
2	Cuando surge un problema, se tienen en cuenta opiniones de los hijos.	Adaptabilidad					
3	Se aceptan las amistades de los demás miembros de la familia.	Cohesión					
4	A la hora de establecer normas de disciplina, se tienen en cuenta la opinión de los hijos.	Adaptabilidad					
5	Preferimos relacionarnos con los parientes más cercanos.	Cohesión					
6	Hay varias personas que mandan en nuestra familia.	Adaptabilidad					
7	Los miembros de la familia nos sentimos más unidos entre nosotros que entre otras familias.	Cohesión					
8	Frente a distintas situaciones, nuestra familia cambia su manera de manejarlas.	Adaptabilidad					
9	A los miembros de la familia nos gusta pasar nuestro tiempo libre juntos.	Cohesión					
10	Padres e hijos conversamos sobre castigos.	Adaptabilidad					
11	Los miembros de la familia nos sentimos muy unidos.	Cohesión					
12	Los hijos toman decisiones en nuestra familia.	Adaptabilidad					
13	Cuando nuestra familia realiza una actividad todos participamos.	Cohesión					
14	En nuestra familia las normas o reglas se pueden cambiar.	Adaptabilidad					
15	Es fácil pensar en actividades que podemos realizar en familia.	Cohesión					
16	Entre los miembros de la familia nos turnamos las responsabilidades de la casa.	Cohesión					
17	En la familia consultamos entre nosotros cuando vamos a tomar una decisión.	Adaptabilidad					
18	Es difícil saber quien manda en nuestra familia.	Adaptabilidad					
19	En nuestra familia es muy importante el sentimiento de unión familiar.	Cohesión					
20	Es difícil decir que tarea tiene cada miembro de la familia.	Adaptabilidad					

ANEXO B: REGISTRO DE DATOS

					Funcionamiento Familiar																																		
					Cohesión								Participación en actividades familiares								Adaptabilidad																		
					Ayuda emocional entre miembros								Participación en actividades familiares								Flexibilidad en normas y roles								Participación en decisiones familiares								DIMENSION ADAPTAE		SUMA_TOTAL FUNCIONALIDAD FAMILIAR
Nº	SEXO	GRADO DE INSC.	OCCUPACION	EDAD	1	3	5	11	13	17	19	SUMA	4	5	6	SUMA	1A	DIMENSION_COHES	4	8	10	12	16	18	20	SUMA	2	6	14	SUMA									
1	F	PRIMARIA	AMPA DE CASA	53	3	4	4	5	5	5	3	29	3	5	3	11	40	4	3	3	3	4	3	5	25	3	3	3	9	34		74							
2	M	SECUNDARIA	INDEPENDIENTE	23	5	4	4	3	3	3	2	24	5	3	2	10	34	4	5	3	5	4	3	3	27	5	3	5	13	40		74							
3	F	SECUNDARIA	EMPLEADO	35	5	4	4	5	5	5	3	31	5	5	3	13	44	4	5	4	5	4	4	5	31	5	4	5	14	45		89							
4	F	TECNICO	EMPLEADO	45	4	3	4	3	3	3	4	24	4	3	4	11	35	4	4	3	4	3	3	3	24	4	3	4	11	35		70							
5	M	SECUNDARIA	EMPLEADO	33	4	3	4	3	3	3	5	25	4	3	5	12	37	4	4	5	4	3	5	3	28	4	5	4	13	42		70							
6	F	SUPERIOR	EMPLEADO	42	5	4	4	5	5	5	4	32	5	5	4	14	46	4	5	4	5	4	4	5	31	5	4	5	14	45		91							
7	F	SECUNDARIA	AMPA DE CASA	26	5	4	5	3	3	3	5	28	5	3	5	13	41	5	5	4	5	4	4	4	3	30	5	4	5	14	44		85						
8	F	SECUNDARIA	EMPLEADO	24	4	4	4	5	5	5	4	31	4	5	4	13	44	4	4	3	4	4	3	5	27	4	3	4	11	38		82							
9	F	SUPERIOR	EMPLEADO	28	5	4	5	5	5	5	5	34	5	5	5	15	49	5	5	4	5	4	4	5	32	5	4	5	14	46		95							
10	F	SECUNDARIA	EMPLEADO	43	4	3	4	4	4	4	5	28	4	4	5	13	41	4	4	5	4	3	5	4	29	4	5	4	13	42		83							
11	F	TECNICO	EMPLEADO	45	4	4	5	5	5	5	5	33	4	5	5	14	47	5	4	4	4	4	4	5	30	4	4	4	12	42		89							
12	F	TECNICO	EMPLEADO	39	4	4	5	4	4	4	4	29	4	4	4	12	41	5	4	4	4	4	4	4	29	4	4	4	12	42		82							
13	F	SECUNDARIA	EMPLEADO	26	4	4	5	5	5	5	4	32	4	5	4	13	45	5	4	4	4	4	4	4	5	30	4	4	4	12	42		87						
14	M	SECUNDARIA	EMPLEADO	33	3	5	5	4	4	4	5	30	3	4	5	12	42	5	3	3	3	3	5	3	4	26	3	3	3	9	35		77						
15	F	TECNICO	AMPA DE CASA	56	3	5	5	5	5	5	5	33	3	5	5	12	46	5	3	4	3	5	4	5	29	3	4	3	10	39		85							
16	F	TECNICO	AMPA DE CASA	31	4	3	5	5	5	5	5	32	4	5	5	14	46	5	4	4	4	3	4	5	29	4	4	4	12	42		87							
17	M	SECUNDARIA	EMPLEADO	30	5	5	4	5	5	5	3	32	5	5	3	13	45	4	5	5	5	5	5	5	34	5	5	5	15	49		94							
18	M	TECNICO	EMPLEADO	33	4	5	5	4	4	4	5	31	4	4	5	13	44	5	4	5	4	5	5	4	32	4	5	4	13	45		89							
19	M	TECNICO	INDEPENDIENTE	34	4	5	5	5	5	5	5	34	4	5	5	14	48	5	4	4	4	5	4	5	31	4	4	4	12	43		91							
20	F	SECUNDARIA	AMPA DE CASA	32	4	3	5	5	5	5	5	32	4	5	5	14	46	5	4	4	4	3	4	5	29	4	4	4	12	42		87							
21	F	TECNICO	AMPA DE CASA	33	5	3	5	3	3	3	5	27	5	3	5	13	40	5	5	4	5	3	4	3	29	5	4	5	14	43		83							
22	F	TECNICO	EMPLEADO	34	3	3	4	5	5	5	5	4	29	3	5	4	12	41	4	3	3	3	3	3	5	24	3	3	3	9	33		74						
23	F	SECUNDARIA	EMPLEADO	35	3	3	5	4	4	4	3	26	3	4	3	10	36	5	3	4	3	3	4	4	26	3	4	3	10	36		72							
24	F	PRIMARIA	AMPA DE CASA	38	4	3	4	3	3	3	5	25	4	3	5	12	37	4	4	4	4	3	4	3	26	4	4	4	12	38		75							
25	F	SECUNDARIA	EMPLEADO	35	3	4	4	5	5	5	3	29	3	5	3	11	40	4	3	5	3	4	5	5	29	3	5	3	11	40		80							
26	F	SECUNDARIA	AMPA DE CASA	36	5	3	4	3	3	3	5	26	5	3	5	13	39	4	5	3	5	3	3	3	26	5	3	5	13	39		78							
27	F	TECNICO	EMPLEADO	30	3	5	5	5	5	5	5	33	3	5	5	13	46	5	3	4	3	5	4	5	29	3	4	3	10	39		85							
28	F	SECUNDARIA	EMPLEADO	38	4	3	5	5	5	5	5	32	4	5	5	14	46	5	4	4	4	3	4	5	29	4	4	4	12	42		87							
29	F	SUPERIOR	EMPLEADO	39	4	5	4	5	5	5	5	33	4	5	5	14	47	4	4	3	4	5	3	5	30	4	3	4	11	39		86							
30	M	SECUNDARIA	INDEPENDIENTE	32	4	5	5	4	4	4	5	31	4	4	5	13	44	5	4	5	4	5	5	4	32	4	5	4	13	45		89							
31	F	SECUNDARIA	AMPA DE CASA	24	3	4	4	5	5	5	3	29	3	5	3	11	40	4	3	3	3	3	4	3	5	25	3	3	3	9	34		74						
32	F	SUPERIOR	AMPA DE CASA	45	5	4	4	3	3	3	2	24	5	3	2	10	34	4	5	3	5	4	3	3	27	5	3	5	13	40		74							
33	M	SECUNDARIA	EMPLEADO	43	5	4	4	5	5	5	3	31	5	5	3	13	44	4	5	4	5	4	4	4	5	31	5	4	5	14	45		89						
34	F	TECNICO	INDEPENDIENTE	42	4	3	4	3	3	3	4	24	4	3	4	11	35	4	4	3	4	3	3	3	24	4	3	4	11	35		70							
35	M	TECNICO	EMPLEADO	44	4	3	4	3	3	3	5	25	4	3	5	12	37	4	4	5	4	3	5	3	28	4	5	4	13	42		78							
36	M	SECUNDARIA	EMPLEADO	28	5	4	4	5	5	5	4	32	5	5	4	14	46	4	5	4	5	4	4	4	5	31	5	4	5	14	45		91						
37	F	SECUNDARIA	AMPA DE CASA	39	5	4	5	3	3	3	5	28	5	3	5	13	42	5	5	4	5	4	4	4	3	30	5	4	5	14	44		85						
38	F	TECNICO	EMPLEADO	30	4	4	4	5	5	5	4	31	4	5	4	13	44	4	4	3	4	4	3	5	27	4	3	4	11	38		82							
39	F	SECUNDARIA	EMPLEADO	40	5	4	5	5	5	5	5	34	5	5	5	15	49	5	5	4	5	4	4	5	32	5	4	5	14	46		95							
40	F	TECNICO	AMPA DE CASA	25	4	3	4	4	4	4	5	28	4	4	5	13	41	4	4	5	4	3	5	4	29	4	5	4	13	42		83							

ANEXO C: BAREMOS

BAREMOS