



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE
LA SALUD**

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA

TITULO:

**TIPOS DE FAMILIA Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO
DEL ESTRÉS EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DEL HOSPITAL DE
SALUD MENTAL “SAN JUAN PABLO II”**

CUSCO, 2016

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA HUMANA**

AUTOR:

ROSA VALDIVIA LESLEY PAMELA

CUSCO – PERÚ

2017

A Dios, por mi vida y porque ha guiado cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar; a mis padres, Eugenio Rosa y María Elena Valdivia, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo incondicional en todo momento, depositando su entera confianza en cada reto que se me presentó, sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad, los amo con mi vida.

A mis abuelos, quienes me acompañan desde el cielo y desearon en todo momento mi superación personal.

Lesley Pamela Rosa Valdivia

Agradezco a la Universidad de Alas Peruanas, en especial a mi querida Escuela Profesional de Psicología Humana, que me ofreció los conocimientos y facilidades de formarme como profesional.

De igual forma, agradezco a las autoridades y colaboradores del Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II, quienes, de manera comprensiva, permitieron la ejecución de la investigación en dicha institución.

Con el mismo cariño y admiración agradezco a mi asesora de tesis, Jeane Brigitte Mejía Pérez, quien ha sido parte fundamental en el desarrollo minucioso y culminación adecuada de esta investigación.

Lesley Pamela Rosa Valdivia

RESUMEN

La presente investigación fue realizada en el Hospital de Salud Mental "San Juan Pablo II" del Cusco, con el objetivo de conocer la relación entre los tipos de familia y estilos de afrontamiento del estrés en 40 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, en fase de estabilización y mantenimiento en calidad de hospitalizados y control ambulatorio para lo cual se aplicó los instrumentos; Escala de cohesión y adaptabilidad familiar de Olson (FACES III) para conocer los tipos de familia y el Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE), para identificar los estilos y estrategias de afrontamiento del estrés representativos en la muestra.

La investigación es de tipo descriptivo relacional, para el análisis de datos y procesamiento estadístico, se utilizó el programa de Excel versión 2016 y el paquete de estadístico SSPS 24, por lo cual, se obtuvieron los siguientes resultados: en cuanto a los tipos de familia basada en la adaptabilidad familiar, es predominante la familia rígida representada por el 52.5% teniendo roles autocráticos ; por otro lado, el tipo de familia desligada caracterizada por la ausencia de lazos afectivos basada en la cohesión familiar es preponderante con 55%, el estilo de afrontamiento del estrés centrado en la respuesta, , es sobresaliente con el 50%, donde los pacientes hacen acopio de recursos distractivos; finalizando, la estrategia de afrontamiento del estrés evitativo es la más utilizada por los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, representada por el 35%. Conforme a la investigación realizada, se ha concluido que existe una relación entre los tipos de familia y los estilos de afrontamiento del estrés, en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II.

PALABRAS CLAVES: Esquizofrenia Paranoide, Tipos de Familia, Estilos de Afrontamiento del estrés, Estrategias de Afrontamiento del estrés.

ABSTRAC

This research was conducted at the Mental Health Hospital "San Juan Pablo II" of Cusco, with the objective of knowing the relationship between family types and coping styles of stress in 40 patients diagnosed with paranoid schizophrenia, in phase of stabilization and maintenance in hospital quality and ambulatory control for which the instruments were applied; Olson's family cohesion and adaptability scale (faces III) to know the types of family and the stress-coping Questionnaire (CAE), to identify the styles and coping strategies of representative stress in the sample. The research is of descriptive relational type, for the analysis of data and statistical processing, was used the program of EXCEL version 2016 and the statistical package SSPS 24, therefore, the following results were obtained: As for the types of Family based on family adaptability, is predominantly the rigid family represented by 52.5% having autocratic roles; On the other hand, the type of detached family characterized by the absence of affective ties based on family cohesion is predominant with 55%, the coping style of stress focused on the response, is outstanding with 50%, where patients make collection of distracting resources; Ending, the strategy of coping with avoidant stress is the most used by patients diagnosed with paranoid schizophrenia, represented by 35%. According to the research carried out, it has been concluded that there is a relationship between family types and coping styles of stress in patients diagnosed with paranoid schizophrenia in the San Juan Pablo II Mental Health Hospital.

KEY WORDS: paranoid schizophrenia, family types, coping styles of stress, coping strategies of stress.

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
RESUMEN	iii
ABSTRAC	iv
INTRODUCCIÓN	x

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Realidad Problemática.	1
1.2 Formulación del problema.	3
1.2.1 Problema General.	3
1.2.2 Problemas Específicos.	4
1.3 Objetivos de la Investigación.....	4
1.3.1 Objetivo General.	4
1.3.2 Objetivos Específicos.....	4
1.4 Justificación de la investigación.	5
1.4.1 Importancia de la investigación.	5
1.4.2 Viabilidad de la investigación.....	6
1.5 Limitaciones del estudio.	6

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación.....	8
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	8
2.1.2 Antecedentes Nacionales.	11
2.1.3 Antecedentes Locales.....	13
2.2 Bases teóricas.....	14
2.2.1 La Familia.	14
2.2.2 Teoría del Modelo Circumflejo de Olson.	24
2.2.3 Tipos de Familia.....	27
2.2.4 El Estrés.	33
2.2.5 Afrontamiento del estrés.	36

2.2.6	Estilos de afrontamiento.....	38
2.2.7	Estrategias de afrontamiento.....	39
2.2.8	Psicosis.....	45
2.2.9	Esquizofrenia.....	47
2.2.10	Esquizofrenia paranoide (F20.0).....	54
2.2.11	Fases y Tratamiento de la Esquizofrenia	55
2.3	Definición de términos básicos.....	60

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1	Formulación de hipótesis.....	62
3.2	Variables, dimensiones e indicadores.....	63

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1	Diseño metodológico.....	64
4.2	Diseño muestral, matriz de consistencia.....	65
4.2.1	Población.....	65
4.2.2	Muestra.....	65
4.3	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	72
4.4	Técnicas de procesamiento estadístico de la información.....	76
4.5	Aspectos éticos contemplados.....	77

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1	Análisis descriptivo e inferencial.....	79
5.2	Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas.....	92
5.3	Discusión de resultados.....	97

Conclusiones

Sugerencias

Referencias Bibliográficas

Anexos y Apendices

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Edades de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del HSM SJP II.....	66
Tabla 2: Sexo de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del HSM SJP II.....	67
Tabla 3: Estado Civil de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del HSM SJP II.	68
Tabla 4: Grado de instrucción de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del HSM SJP II.....	69
Tabla 5: Número de Hijo (lugar que ocupa), en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del HSM SJP II.....	70
Tabla 6: Tipos de familia basado en la Cohesión Familiar de la muestra.....	80
Tabla 7: Tipos de familia basado en la Adaptabilidad Familiar de la muestra.	83
Tabla 8: Tipos de Familia según el Modelo Circumplejo de Olson de la muestra.	85
Tabla 9: Estilos de Afrontamiento del estrés de la muestra.	89
Tabla 10: Estrategias de Afrontamiento del estrés en la muestra.	91
Tabla 11: Tabla de contingencia de tipos de familia según la cohesión y los estilos de afrontamiento del estrés en la muestra.	93
Tabla 12: Tabla de contingencia de tipos de familia según la adaptabilidad y los estilos de afrontamiento del estrés en la muestra.....	95

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1: Proceso de valoración de un hecho estresante.	35
Cuadro 2: Clasificación de psicosis según el CIE10.....	46
Cuadro 3: Variables, dimensiones e indicadores	63
Cuadro 4: Matriz de consistencia.....	71
Cuadro 5: Estadística de fiabilidad para la variable tipos de familia.....	74
Cuadro 6: Estadística de fiabilidad para la variable estilos de afrentamiento del estrés.....	75
Cuadro 7: Prueba de Hipótesis de tipos de familia según la cohesión y los estilos de afrontamiento del estrés en la muestra.....	93
Cuadro 8: Prueba de hipótesis de tipos de familia según la adaptabilidad y los estilos de afrontamiento del estrés en la muestra.....	95

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1: Tipos de familia del Modelo Circumplejo de Olson.	31
Figura 3: Tipos de familia, de la muestra en modelo circumflejo de Olson.	87

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1: Edades de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del HSM SJP II.....	66
Gráfico 2: Sexo de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del HSM SJP II.....	67
Gráfico 3: Estado Civil de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del HSM SJP II.....	68
Gráfico 4: Grado de Instrucción de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del HSM SJP II.	69
Gráfico 5: Número de hijo, (lugar que ocupa), en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del HSM SJP II.....	70
Gráfico 6: Tipos de familia basado en la Cohesión Familiar de la muestra	80
Gráfico 7: Tipos de familia basado en la Adaptabilidad Familiar de la muestra	83
Gráfico 8: Tipos de familia según el Modelo Circumplejo de Olson de la muestra.....	86
Gráfico 9: Estilos de Afrontamiento del estrés de la muestra.....	89
Gráfico 10: Estrategias de Afrontamiento del estrés en la muestra.	91
Gráfico 11: Relación de tipos de familia (cohesión) y Estilos de Afrontamiento del estrés en la muestra.	94
Gráfico 12: Relación de tipos de familia (adaptabilidad) y Estilos de Afrontamiento del estrés en la muestra.	96

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la salud mental ha ido cobrando importancia en la sociedad, tal es el caso específico de la esquizofrenia, que al ser un trastorno mental que se encuentra dentro del grupo de los llamados trastornos psicóticos, las personas afectadas presentan una grave distorsión en el pensamiento, la percepción y las emociones; manifiestan pérdida de contacto con la realidad y experimentan alucinaciones, por tanto como menciona (Godoy, 2001), “son personas de condición clínica, que continuamente están expuestas a situaciones de estrés”, no solo por lidiar con la sintomatología propia de la enfermedad, sino además por la afectación funcional que implica a nivel familiar, social y laboral.

Dentro de los múltiples factores que desencadenan la enfermedad, se han realizado investigaciones en relación a la familia y su importancia de su funcionamiento (Madrid, 1990), a nivel de prevención y acompañamiento de un integrante con este diagnóstico clínico, en consecuencia, la presente investigación pretende conocer los tipos de familia y los estilos de afrontamiento del estrés que utilizan, los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital de salud mental San Juan Pablo II, y conocer si existiera una relación entre los mismos, es así que el desarrollo de la presente investigación consta de:

En el capítulo I, se presenta el planteamiento de la investigación, formulación del problema, objetivos, justificación y las limitaciones de la misma, en las cuales se direcciona la presente investigación.

En el capítulo II, se muestra los antecedentes de la investigación y bases teóricas relacionadas a los ejes principales planteados como, psicosis como base de la esquizofrenia paranoide, criterios diagnósticos e implicancias; conceptualización de la familia, funciones y tipos, dando énfasis a la dinámica de una familia con un integrante

esquizofrénico, finalizando, se aborda el estrés y afrontamiento del mismo, deslindado diversos estilos y estrategias de afrontamiento, para conocer además su implicancia en la esquizofrenia; se presenta en este capítulo también, la definición de términos básicos, los cuales permiten comprender la investigación con mayor facilidad.

En el capítulo III, se consideran las hipótesis y variables como elementos fundamentales en la investigación, permitiendo formular predicciones razonables acerca de la relación entre los tipos de familia y los estilos de afrontamiento del estrés en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

En el capítulo IV, se aborda la metodología investigativa, donde se define y sistematiza el conjunto de técnicas, métodos y procedimientos que se siguieron durante el desarrollo de la presente investigación.

Finalmente, en el capítulo V, se realiza el respectivo análisis y discusión de los resultados obtenidos, terminando con las conclusiones y sugerencias respectivas del estudio.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Realidad Problemática.

La presente investigación surge de la necesidad de contar con información válida y confiable sobre los tipos de familia y estilos de afrontamiento del estrés de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital de salud mental San Juan Pablo II del Cusco.

En contexto sociocultural, la esquizofrenia es una enfermedad mental, que comporta una notable estigmatización y se suele tener poco conocimiento acerca de la misma en nuestra sociedad, actualmente afecta a más de 24 millones de personas en todo el mundo, según (Organización Mundial de la Salud, 2016), a nivel nacional, se informa que un 2% de la población peruana es diagnosticada con esquizofrenia (Ministerio de Salud, 2015), por tanto constituye un problema de salud pública.

El Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II, es una institución dedicada a ofrecer atención integral especializada en salud mental, a nivel de promoción, prevención e intervención, con atención ambulatoria y hospitalizaciones, en casos de trastornos agudos del comportamiento, conductas adictivas y además el cuidado de pacientes con diagnósticos mentales crónicos en estado de abandono; partiendo de este punto, en el primer semestre del año 2016 se atendió 3242 consultas externas y 293 internamientos,

de los cuales el 70% implica atenciones concernientes a la unidad de trastornos agudos y del comportamiento, y dentro del mismo el 50% aproximadamente acude específicamente con diagnóstico de psicosis y esquizofrenia. (Oficina de Admisión del HSM San Juan Pablo II, 2016).

Actualmente se pondera el rol de la familia en distintos aspectos del desarrollo humano, quien funcionalmente busca apoyar el desarrollo afectivo y madurativo de los miembros que la conforman y proporcionar a éstos un sentimiento de pertenencia, dicho esto, los pacientes con esquizofrenia paranoide muchas veces se consideran a sí mismos como funcionales si son percibidos de esta forma dentro de su núcleo familiar. Sin embargo, existe diferencia entre cómo aprecia el paciente su funcionalidad familiar y cómo lo observan los miembros de su familia.

Rascón, Díaz y Ramos (2003) encontraron que en todas las familias que tienen un miembro esquizofrénico, son disfuncionales, ya sea por involucramiento excesivo o por pobre funcionamiento; en consecuencia podemos pensar que cuando un paciente esquizofrénico paranoide es hospitalizado en una institución para enfermedades mentales es porque los familiares se vieron afectados por la enfermedad del paciente, ya sea que atentaron contra su propia seguridad o la de los demás o porque no pueden manejar la situación. Una vez el paciente recibe su tratamiento, es estabilizado (control ambulatorio), se considera que puede volver a la sociedad, sin embargo, es bastante difícil para algunos familiares considerar la reinserción de su pariente al núcleo familiar. Esto podría afectar toda la dinámica familiar y podrían estar más propensos, a las recaídas.

Por tanto, en el Hospital de Salud mental San Juan Pablo II, se ha observado en el caso de pacientes esquizofrénicos paranoides en calidad de hospitalizados, en las visitas familiares diarias, los pacientes se niegan a recibir a sus familiares o en su

defecto se muestran poco comunicativos, a partir de las mismas manifestaciones de los pacientes, quienes no confían información significativa a sus familiares y muchas veces atribuyen a conflictos familiares las recaídas en la enfermedad.

Siendo la esquizofrenia paranoide uno de los trastornos más atendidos por el Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II, se ha observado también, que la manifestación de sintomatología psicótica, como que el ver, oír o sentir percepciones que realmente no existen (alucinaciones) y posterior a ello la desorganización general que experimenta, sumado a esto, el tema de hospitalización, la administración de tratamiento farmacológico y conocer que padecen de una enfermedad mental, genera desde ya estrés en el paciente esquizofrénico y por ende afrontamiento del mismo, sin embargo constituye un problema pues, existe desconocimiento de los estilos de afrontamiento del estrés que los pacientes esquizofrénicos paranoides utilizan ante diversas situaciones que generan estrés, teniendo en cuenta además que su conocimiento y práctica aportaría intervención terapéutica del paciente.

En consecuencia, atendiendo a la problemática expuesta, la presente tesis busca conocer los tipos de familia y estilos de afrontamiento del estrés, en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II y si existiera alguna relación de los mismos.

1.2 Formulación del problema.

1.2.1 Problema General.

¿Cuál es la relación de los tipos de familia y los estilos de afrontamiento del estrés en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital de salud mental “San Juan Pablo II” Cusco-2016?

1.2.2 Problemas Específicos.

- 1) ¿Cuál es el tipo de familia predominante según la cohesión familiar, en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital de salud mental “San Juan Pablo II” Cusco-2016?
- 2) ¿Cuál es el tipo de familia predominante según adaptabilidad familiar, en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del hospital de salud mental “San Juan Pablo II”?
- 3) ¿Cuál es el estilo de afrontamiento del estrés predominante en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital de salud mental “San Juan Pablo II”?
- 4) ¿Cuál es la estrategia de afrontamiento del estrés predominante en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital de salud mental “San Juan Pablo II”?

1.3 Objetivos de la Investigación.

1.3.1 Objetivo General.

Establecer la relación de los tipos de familia y estilos de afrontamiento del estrés en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital de salud mental “San Juan Pablo II” Cusco- 2016.

1.3.2 Objetivos Específicos.

- 1) Determinar el tipo de familia predominante según la cohesión familiar en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital de salud mental “San Juan Pablo II”.

2) Determinar el tipo de familia predominante según la adaptabilidad familiar en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital de salud mental “San Juan Pablo II”.

3) Establecer el estilo de afrontamiento del estrés predominante en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital de salud mental “San Juan Pablo II”.

4) Identificar la estrategia de afrontamiento del estrés predominante en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital de salud mental “San Juan Pablo II”.

1.4 Justificación de la investigación.

1.4.1 Importancia de la investigación.

Uno de los aspectos principales que respalda el desarrollo de esta investigación, es resaltar el rol de la familia como formador integral de sus componentes, en este caso específico en pacientes esquizofrénicos paranoides, por tanto conocer el tipo de familia predominante donde se desenvuelve el paciente y la funcionalidad de la misma, nos permitirá en el campo de la psicología desarrollar estrategias de intervención que impliquen la colaboración dinámica de la familia como un factor protector y de soporte para el paciente esquizofrénico paranoide.

Por otro lado, la importancia de la investigación, yace también en resaltar el conocimiento de los estilos de afrontamiento del estrés, como herramienta fundamental para la prevención en recaídas como parte del proceso terapéutico del paciente esquizofrénico paranoide, siendo así, la presente investigación nos podrá responder también a la interrogante acerca de la posible existencia de una relación entre los estilos de afrontamiento del estrés y los tipos de familia en los pacientes esquizofrénicos paranoides.

Cabe destacar, que la investigación repercutirá, en la población esquizofrénica paranoide del Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II, ya que está enfocado en una problemática objetiva atendida por esta institución.

En cuanto a su alcance, esta investigación repercutirá también en la sociedad, pues abrirá nuevos caminos para estudios que presenten situaciones similares a la que aquí se plantea, sirviendo como marco referencial.

1.4.2 Viabilidad de la investigación.

La presente investigación hace referencia a los tipos de familia y estilos de afrontamiento del estrés en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide en fase de estabilización y mantenimiento, sin deterioro cognitivo marcado del Hospital de salud mental San Juan Pablo II, considerando así, pacientes en calidad de hospitalizados y control ambulatorio, por lo tanto, se cuenta con el recurso humano, es decir, la población específica, con la cantidad y las características necesarias para responder a las interrogantes planteadas en la investigación.

El tema de investigación cuenta con el suficiente acceso de información teórica tanto en libros, revistas, internet y otros; además de los recursos materiales, en este caso, las encuestas y aparatos electrónicos para el proceso estadístico.

1.5 Limitaciones del estudio.

La investigación se limita a evaluar los tipos de familia y los estilos de afrontamiento del estrés con la participación de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide en calidad de hospitalizados y control ambulatorio de la unidad de trastornos agudos y del comportamiento (B) en fase de estabilización y mantenimiento, del Hospital de salud mental San Juan Pablo II.

Por lo mencionado anteriormente, los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide en calidad de hospitalizados poseen un tiempo aproximado de dos semanas,

para que el tratamiento farmacológico disminuya los síntomas positivos característicos de la enfermedad (estabilizarse), en consideración a tal dificultad, la ejecución de los instrumentos se dieron en grupos duales y hasta de forma individual, según a la información brindada de los psicólogos a cargo, en relación al estado de cada paciente y acerca de los pacientes en control ambulatorio, la aplicación de instrumentos se llevó a cabo según fechas programadas por los psicólogos tratantes de los pacientes.

Cabe mencionar que la investigación se limita a evaluar los tipos de familia de origen desde el punto de vista del paciente esquizofrénico paranoide.

Por otro lado, el estudio no cuenta con antecedentes de investigación locales, acerca de tipología familia y estilos de afrontamiento en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación.

2.1.1 Antecedentes internacionales.

El estudio, “La adaptación a la sociedad de los pacientes esquizofrénicos paranoides puertorriqueños”; Irayda M. Cintrón Rios, 2012

Estudio descriptivo, cuyo propósito era determinar los factores que afectan el proceso de adaptación del paciente esquizofrénico paranoide, de modo que se puedan generar alternativas más eficaces que las implementadas en la intervención y tratamiento de pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide en Puerto Rico.

La muestra estuvo constituida por 20 pacientes adultos con un diagnóstico principal de esquizofrenia paranoide, hospitalizados en una institución psiquiátrica en la zona metropolitana de San Juan, Puerto Rico.

El estudio revela que el paciente puertorriqueño que sufre de esquizofrenia paranoide está inadaptado. En la prueba de adaptación no alcanzó ni un 50%, cuando lo ideal era un alcance del 80% de adaptación y rehabilitación. Este resultado es el más significativo del estudio, lo que demuestra que la adaptación social es inadecuada. Este paciente varón de edad mediana, con poco nivel educativo, no posee herramientas apropiadas para su proceso de rehabilitación. El mismo paciente se categoriza como

incapacitado. Solo un 10% de los pacientes han logrado insertarse al mundo del trabajo y a los estudios, lo que es preocupante.

Por otro lado, la investigación “Caracterización de los roles en las familias de origen de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia en el hospital psiquiátrico Julio Endara de Quito”; María Fernanda Ortiz Durán, 2013.

La investigación se basa en el análisis de los roles en las familias de origen mediante cuentos realizados por 10 pacientes 5 hombres y 5 mujeres diagnosticados con esquizofrenia del hospital psiquiátrico Endara de Quito, para el entendimiento de la esquizofrenia a través de cuentos familiares relatados por los pacientes, obteniendo como resultado y confirmando a través de la teoría sistémica, que la esquizofrenia puede ser generada por factores familiares, como la confusión de roles teniendo mayormente roles de hijos parentalizados, triangulados y chivo expiatorio, madres ambivalentes, padres autoritarios y rígidos, influyendo en la comunicación doble vincular, paradójica, para salvaguardar la homeostasis familiar; por ello se habla de que la esquizofrenia es un auto sacrificio para mantener la unión familiar.

En conclusión, los cuentos cumplieron con el propósito de indagar los tipos de roles en las familias de origen de los esquizofrénicos, obteniendo como resultado que la falta de claridad, ambigüedad y definición de los roles familiares genera patologías, como lo es la esquizofrenia debido a la ambivalencia del mensaje que recibe el hijo o hija, estableciéndose dobles vínculos frecuentemente entre madre e hijos (as), formándose coaliciones en contra del rol paterno. Cabe mencionar que las familia con transacción esquizofrénica tienen una trayectoria generacional, en donde se repiten patrones estructurales dinámicos del sistema familiar, desencadenando en la aparición de un familiar esquizofrénico, como el chivo expiatorio que manifiesta el malestar experimentado por la familia y ente los conyugues, algo que por sí mismos no podrían

mencionar, además la esquizofrenia como se evidenció por medio de los cuentos, cumple con el rol de mantener la homeostasis familiar, sin lugar a cambios transgeneracionales, por lo que se podría decir que la esquizofrenia viene a ser una llamada de atención para cambiar esto y así romper el círculo generacional del juego familiar psicótico, en la que se encuentran involucrados los institutos y hospitales de salud mental debido a los diagnósticos y tratamientos que acentúa mayormente la etiqueta del “hijo enfermo” lo que en cierta manera enriquece implícitamente a este tipo de familias.

La investigación española, “Relación entre estrategias de afrontamiento, síndromes clínicos y trastornos de personalidad en pacientes esquizofrénicos crónicos en la Unidad de Rehabilitación de salud mental, Cádiz; María Dolores Fernández y Miguel Ángel Díaz, 2011.

El objetivo del trabajo fue estudiar si los estilos de afrontamiento de pacientes esquizofrénicos se relacionaban con los trastornos de personalidad y los síndromes clínicos del Inventario Clínico Multiaxial de Millón (MCMI-II), así como determinar cuál era el perfil obtenido por pacientes esquizofrénicos mediante el MCMI-II. Los resultados indican relaciones significativas entre las estrategias de afrontamiento negativas (emoción y evitación) y aquellas escalas de personalidad en las cuales los sujetos obtienen puntuaciones significativas. Así mismo, las estrategias de afrontamiento centradas en la tarea se relacionan con un menor grado de patología.

Los resultados nos indican que el afrontamiento orientado a la tarea aparece como predictor significativo de pensamiento psicótico y depresión mayor. El afrontamiento orientado hacia la emoción aparece como predictor significativo de la escala Esquizoide. El afrontamiento orientado hacia la evitación diversión aparece como predictor significativo de las escalas Esquizoide e Histriónica, el afrontamiento

orientado a la evitación distracción aparece como predictor de las escalas paranoide, autodestructiva masoquista, esquizotípica, límite, ansiedad, histeriforme, Hipomanía, Abuso de alcohol, Pensamiento psicótico. Trastorno delirante y Depresión mayor. Son utilizadas en mayor medida, las estrategias de afrontamiento centradas en la evitación las que se relacionaban con puntuaciones elevadas en diversas escalas del MCMI-II.

Los pacientes utilizaban estrategias de afrontamiento centradas en la evitación de situaciones problemáticas, principalmente realizando otras actividades (distracción) y en menor medida recurriendo a otras personas (diversión).

2.1.2 Antecedentes Nacionales.

En la investigación “Actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el Hospital Nacional Víctor Larco Herrera de Lima”; Milagros Jennifer Nolasco Villa, 2015.

El presente estudio de investigación titulado “Actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar. HVLH. 2014” tiene como objetivo general determinar la actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar Es de tipo cuantitativo, corte transversal, nivel aplicativo y método descriptivo. La población estuvo conformada por 30 familiares de pacientes esquizofrénicos atendidos en el consultorio externo del HVLH. La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento Escala tipo Likert modificada, aplicada previo consentimiento informado. Los resultados fueron procesados y analizados en cuadros estadísticos, obteniéndose que los familiares en un 60% (18) presentan una actitud favorable hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar y 40% (12) una actitud desfavorable. En lo que respecta a la actitud de los familiares hacia el cuidado integral en la dimensión necesidades básicas del paciente esquizofrénico en el hogar, 53% presentan una actitud desfavorable y 47% una actitud

favorable. En cuanto a la dimensión psicosocial del paciente esquizofrénico en el hogar, 73% presentan una actitud favorable, y 27% una actitud desfavorable.

La mayoría de los familiares de los pacientes presentan una actitud favorable hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar. La mayoría de los familiares encuestados presentan una actitud desfavorable hacia la dimensión de necesidades básicas del paciente esquizofrénico en el hogar. La mayoría de los familiares encuestados presentan una actitud favorable hacia la dimensión psicosocial del paciente esquizofrénico. La mayoría de los familiares presentan una actitud favorable hacia el cumplimiento del tratamiento farmacológico, lo cual contribuye a la prevención de crisis y recaídas, así como también favorecen el control de la sintomatología de la enfermedad. La mayoría de los familiares encuestado presentan una actitud desfavorable hacia el cuidado integral durante las crisis del paciente en el hogar, lo cual pone en riesgo a los pacientes y familiares de daños sobreagregados.

En relación a la investigación “Factores relacionados a la no adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos adultos en el departamento de psiquiatría del hospital Guillermo Almenara Irigoyen- ESSALUD – 2011”; Jacqueline M. Paucar Ayllón, 2012.

La esquizofrenia tiene un profundo impacto en la persona y puede ser considerada una adversidad significativa en la vida. Los individuos que desarrollan esquizofrenia tienen cada uno su propia y única combinación de síntomas y experiencias, el patrón exacto de que se verá influido por sus circunstancias particulares. Se estima que la falta de adherencia a la medicación lleva a una mayor tasa de recaída, los ingresos hospitalarios repetidos, y por lo tanto mayor carga económica y social para los usuarios de los servicios propios, así como para el desarrollo mental en los servicios de salud.

La adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia atendidos en consulta externa del Departamento de psiquiatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, ESSalud, en el último trimestre del 2011 fue de 67%. Sobre la creencia de la posible causa de la enfermedad psiquiátrica (factores psicológicos y del entorno), el 70% de los entrevistados no señala una causa o etiología definida. Asimismo, se evidenció asociación significativa entre los pacientes que manifiestan no creer que padezcan el trastorno psiquiátrico y la no adherencia al tratamiento establecido. El 83% de los pacientes entrevistados evidenciaron cambios positivos con el cumplimiento de la medicación. Se encontró asociación significativa entre los que no percibieron cambios positivos con la medicación y la no adherencia al tratamiento. En referencia a los factores médico hospitalarios, los pacientes entrevistados perciben el trato que recibe de su médico como bueno en un 67%. El 34% de los pacientes no cumplen con sus controles periódicos, estando asociados significativamente a la no adherencia al tratamiento.

Asimismo, se evidenció asociación estadísticamente significativa entre el trato hospitalario (muy bueno y bueno) con la adherencia al tratamiento farmacológico.

2.1.3 Antecedentes Locales.

No existe referencia de antecedentes locales, para la presente investigación.

2.2 Bases teóricas.

2.2.1 La Familia.

La definición de familia no es tarea fácil, pues se extiende a todas las ciencias, contextos y enfoques en los que sea analizada, generando dificultad en establecer unívocamente su significado preciso, ya sea porque el fonema “familia” en cualquiera de sus etapas encierra conceptos muy diferentes y variados, vinculados todos ellos a definiciones personales, sociales, antropológicas, jurídicas, históricas, psicológicas, o simplemente por el surgimiento de nuevas tipologías familiares cada una con composiciones y funciones diferentes entre ellas.

Etimológicamente la palabra familia al decir del doctor (Ponce, 2016) proviene del latín “Fames”, en referencia al grupo de siervos y esclavos que eran patrimonio del jefe o gens, derivado de “Famulus” siervo o esclavo procedente de Osco.

Otra definición de familia que se ha tornado algo clásica es que la familia es “la célula o núcleo básico de la sociedad, como la institución social primaria, como un subsistema social o como una relación social”. (Palacio, 2011).

Es tal, la complejidad de establecer un concepto de familia que la (Real Academia Española, 2014), tiende a no complicarse demasiado, considerando a la familia como “un grupo de personas relacionadas entre sí”, y que viven juntas. Una definición muy concreta pero que todavía deja algunas ambigüedades pues no explica un componente afectivo-relacional como es el tema de la cohesión afectiva.

Sin embargo, la concepción de familia en el siglo XXI ya no es la misma que la de antaño, así por ejemplo (Zanori, 1989), concibe a la familia desde el Derecho como: “conjunto de personas entre las cuales existen vínculos jurídicos, interdependientes y recíprocos, emergentes de la unión intersexual, la procreación y el parentesco”, definición que se torna algo caduca en la actualidad, puesto que, no considera a la

familia como una entidad capaz de aceptar o adoptar a otros individuos, así como la familia conformada por la unión de sujetos de un mismo sexo. (Pacheco, Citron y García, 2006) en su artículo titulado “E significado de “Familia” en la Familia Reconstituida”, incluyen esos aspectos determinando que familia es: “un sistema social compuesto por un grupo de personas relacionadas entre sí, ya sea por lazos consanguíneos, legales, afectivos y morales, de forma significativa”.

Ya desde una visión psicológica sistémica, una definición completa de familia al decir de (Hernandez C., 1997), se basa en tres perspectivas: una estructural, otra funcional, y una evolutiva, las que determinan la cosmovisión de la familia como tal, de la sociedad y de los individuos sobre ella, incluyendo para su estudio su marco de creencias y valores sin dejar de lado las ideologías allí subyacentes, concluye que la familia por si sola es un contexto muy complicado e integrador, en la que interactúan diversos sistemas biológicos y psicosociales, en la que se ejecutan los procesos fundamentales del desarrollo humano.

De la misma forma (Olson D. , 1976) la conciben como un conglomerado dinámico funcional mediante tres variables: la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación familiar, aunque no despeja la incógnita de lo que es una familia pues no establece integrantes.

En definitiva, determinar un concepto de familia que satisfaga es una tarea sumamente complicada, su conceptualización dependerá en gran medida del área de investigación a la que se deriva su estudio. A pesar de aquello todas las definiciones parecen tener un denominador común, considerar a la familia como una realidad social, siendo así y recogiendo algunos de los conceptos antes establecidos podríamos decir que: la familia constituye una parte esencial de nuestra civilización, conformada por un grupo de personas que viven bajo un mismo techo con vínculos consanguíneos o

no, que tienen roles fijos entre ellos: padre, madre, hermanos, siendo un elemento formador de la estructura social, que posee su propio desarrollo evolutivo articulándose con la sociedad que a la vez la modela y en la que se pretende se viva en paz y amor.

a) La familia como institución social.

Se considera que la organización social tiene en la familia su base principal, a la cual delega las funciones de alimentación, cuidado, educación, y otros, es así que cuando la familia pierde a alguno de sus integrantes, el interés social es muy grande para que la familia siga funcionando y mantenga sus funciones tácitamente delegadas, (Pereira, 2002).

Sin embargo, (Minuchin, 1982) citado por “revista Virtual de Universidad Católica del norte” (2012), dice, la familia por ser una unidad social estaría sujeta a diversos cambios comportamentales, lo que la diferenciaría de otras familias, por los distintos rasgos culturales que sostienen a la sociedad a nivel mundial, a pesar de esto menciona que la familia contiene por si raíces universales que le darían su característica particular de familia.

La maleabilidad de adaptación de la familia le ha permitido enfrentar los diversos desafíos y cambios externos e internos, a la vez, mantener su continuidad, apoyando y estimulando a sus integrantes mientras se adapta a la sociedad en transición, como ya lo proponía (Engels, 1988), recuperado de Biblioteca Virtual Espartaco (2000).

Siendo así, la familia como una institución social se encontraría íntimamente relacionada con el cuidado y satisfacción de necesidades materiales y emocionales de todos y cada uno de sus integrantes, sin perder su singularidad que la hace distinta y a la vez similar, a todas las organizaciones familiares.

b) La familia como construcción cultural.

La familia a nivel cultural de acuerdo al artículo titulado: Familia y discapacidad: intervención en crisis desde el modelo ecológico, “es la base del desarrollo cultural y estructura principal, como elemento, para el positivo progreso humano y social de la persona”. (Polanco, 2003) citado por Revista Española sobre Discapacidad intelectual (2014).

La familia es considerada como un sistema abierto que se encuentra en constante intercambio de información con el ambiente que lo rodea, información que al decir de Ortiz (2008) “se convierten en los inputs que afectan en mayor o menor grado el equilibrio de la familia”, pues se encuentra regida por diversas variables establecidas por el medio cultural, como son los valores sociales, tradicionales, políticos y religiosos, valores activados por sus integrantes en la vinculación entre las personas que la componen y las posturas políticas y religiosas inherentes a su constitución. Sin embargo, cada grupo familiar interpreta el dictamen social, modificándolo y concretándolo de acuerdo a su propia experiencia, determinando su identidad familiar, como lo corrobora (Winnicot, 1995) mencionando que la forma como organizamos nuestra familia demostrará como es nuestra cultura.

Esta identidad familiar convertida en rituales y rutinas, reduce el impacto negativo de los eventos inesperados de la vida, además se transforma en fortalezas que ayudan a la estabilidad familiar, sin que esto quiera dar a entender, que se restrinja su evolución, pues en este intercambio continuo con el ambiente exterior, las familias reforman la cultura, re-formulan la tradición y cambian la sociedad.

c) La familia como conjunto de relaciones emocionales.

La familia se considera como una forma de vida en común, constituida para satisfacer las diversas necesidades emocionales de sus miembros, a través, de sus

distintas interacciones; así el afecto, tristeza, miedo, felicidad, el odio, la complacencia y todos los demás sentimientos encontrados en el contexto familiar son los encargados de determinar el estilo de interacción de sus integrantes en otros contextos, tales como el trabajo, la escuela, y otros, ellos no afectan la calidad e intensidad emocional de alguno de sus integrantes, sino a toda la familia, puesto que son el resultado de las diversas percepciones que el sujeto ha asimilado durante los distintos eventos de su vida en la interacción con los otros.

(Ortiz, 2008) citado en la Revista Electrónica de Psicología Iztacala (2012), menciona al respecto que “la familia es la primera fuente donde se aprende a manejar los afectos, cualquiera que sea su tipo y esta experiencia marca profundamente el desarrollo de los niños, así como su manera de establecer las relaciones con personas fuera del círculo familiar”; de aquí la necesidad de que cada uno de nosotros realicemos una reflexión minuciosa de lo que estamos comunicando a los integrantes de nuestras familias, pues ellos son el fiel reflejo de lo que transmitimos consciente o inconscientemente en materia de emociones.

Parafraseando a (Hernández, 1998) las emociones se ponen a prueba en el núcleo familiar, puesto que es aquí el medio donde se puede practicar la: tristeza, alegría, miedo, amor y otros, siempre que él brinde un ambiente protector e íntimo, ligado al afecto incondicional que se ofrezcan entre sus miembros. Es así que cuando la familia fracasa en dicho cometido, tendrá dificultades en su función de satisfacer emocionalmente a sus integrantes, quizá debido a que cuando experimentamos con nuestras emociones nos encontramos en una relación directa con la realidad física.

Estos argumentos nos orientan por un solo camino, el reconocimiento de la familia como un eje central de satisfacción, reconocimiento, aprendizaje y utilización emocional, que serán el eslabón directo de sus integrantes en los diversos contextos en

los que se desenvuelvan, ésta conexión será positiva o negativa en la medida que la satisfacción emocional de sus integrantes, haya sido suplida.

d) La familia desde una visión ecosistémica.

La aproximación sistémica de la familia se enmarca a la concepción del todo como diferente a la suma de las individualidades de sus integrantes, cuya dinámica se desarrolla mediante mecanismos propios y distintos a los que explican la del sujeto aislado.

La familia vista como un sistema social natural, puede ser estudiada en términos de su estructura, o por la forma como está organizada en un momento dado, y por sus procesos los cuales cambian a través del tiempo.

Como sistema la familia está sujeta al principio de no sumatividad, lo que significa que el sistema no es la simple suma de elementos, sino que contiene características propias, distintas de los elementos que la componen tomados por separado, resultando difícil su entendimiento solo a través de la adición de los rasgos de sus integrantes de forma individual.

Como todo sistema, la familia se encuentra constituida por límites que establecen un perímetro familiar que contiene a sus integrantes, protegiéndolos de las presiones externas, controlando el flujo de información entrante y saliente del contexto familiar y de su entorno, cumpliendo funciones protectoras y reguladoras, con la finalidad de mantener a sus integrantes unidos y al sistema familiar estable. Sin embargo, de existir resquebrajamientos de estos límites dándose una permeabilidad excesiva, la familia puede perder su identidad e integridad, por el contrario, si es escasa, el sistema familiar se cierra y se aísla.

Como bien menciona (Sanchez & Gutierrez, 2000)“cada individuo o subsistema, o toda la familia, están interrelacionados a través de límites personales, barreras

invisibles que identifican a individuos y subsistemas, que regulan la relación de uno con otro y que funcionan para delimitar y definir la autonomía de cada uno de ellos”.

2.2.1.1 Funcionamiento Familiar.

Determinar de manera precisa e inequívoca la forma en la que funcionan las familias es pretender, metafóricamente hablando, observar un árbol y en base a éste, procurar establecer la estructuración de toda la vegetación del planeta tierra; de la misma forma el tema de la familia y su funcionamiento no se puede generalizar, puesto que al existir diversos tipos de familias, su funcionamiento variará por múltiples factores entre ellos los agentes externos e internos de la familia, por lo que en éste apartado no se pretende descubrir las características del funcionamiento familiar universal, sino brindar una aproximación al funcionamiento de las familias en general.

Salvador Minuchin (1982) indica, que las funciones de la familia están ligadas a dos objetivos fundamentales y a la vez distintos “uno es interno, la protección psicosocial de sus miembros; el otro es externo, la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura”, dos aspectos claros y determinantes del funcionamiento familiar en donde podríamos decir que sus miembros se ven influenciados entre sí, dándoles un sentido de pertenencia a una familia específica, y a su vez dependen de la sociedad, la cultura y de las experiencias de la familia.

Se trata de una dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y mide el grado de satisfacción de las funciones básicas del sistema familiar, mediante las dimensiones de cohesión, armónica, rol, permeabilidad, participación y adaptabilidad; que son importantes para las relaciones interpersonales entre ellos y favorecen el mantenimiento de la salud (Camacho, 2009).

En definitiva, pretender generalizar el funcionamiento de las familias es muy complicado, pues con cada nuevo sistema familiar constituido, se establecen funciones

familiares diferentes a las de sus familias de origen, si bien es cierto podrán mantener patrones algo parecidas, pero difícilmente iguales.

Cada persona tiene necesidades que debe satisfacer y que son muy importantes para su calidad de vida. La familia es el primer lugar en donde el niño aprende a satisfacer esas necesidades en el futuro, le servirán de apoyo para integrarse a un medio y a su comunidad. Una de las funciones más importantes de la familia es en este sentido, satisfacer las necesidades de sus miembros

Además de lo mencionado, la familia cumple otras funciones que podemos destacar:

a) Función biológica o demográfica.

Se refiere a la reproducción humana y a la supervivencia de los miembros de la familia mediante la satisfacción de sus necesidades de alimento, vestido, y ropa. Esto permite la perpetuación de la especie.

Como manifestación de esta función tenemos una serie de hechos que se dan en la familia, como por ejemplo los nacimientos, los matrimonios, las enfermedades, los fallecimientos, la migración, la promiscuidad, y otros. Los individuos aislados no pueden reproducirse y al formar parejas para ello, en algún momento de la evolución histórica, se dan cuenta de que la unión hace la fuerza y ya no se disgregan.

b) Función educadora y socializadora.

Se refiere tanto a la transmisión de conocimientos, valores, normas, costumbres, tradiciones, como a la formación de hábitos y actitudes, que los padres inculcan a sus hijos.

Los padres sirven de modelo de imitación de sus hijos. Aquí juegan un papel importante los ejemplos que imparten y las acciones que realiza, pues no olvidemos

que en la familia se forma la personalidad básica del niño, y que conjuntamente con los miembros de la familia éste aprende a compartir roles.

Por tanto, la función socializadora de la familia no puede reducirse a la acción pensadora y educativa, aunque encuentre en ella su primera e insustituible forma de expresión.

Las familias tanto solas como asociadas, pueden y deben dedicarse a muchas obras de servicio social, especialmente a favor de los pobres y de todas aquellas personas y situaciones a las que no logra llegar la organización de previsión y asistencia de las autoridades públicas.

c) Función económica.

La familia, a través de la historia, ha cumplido una función importante en la economía de la sociedad. En una economía primitiva, la familia constituye una verdadera unidad productiva. En los tiempos actuales el trabajo se ha dividido, de tal manera que unas familias producen, otras distribuyen y sin duda todas consumen.

Los miembros de la familia reciben un salario o un sueldo por la prestación de su trabajo, una renta por el uso de los recursos naturales, un interés por el uso de su capital y una ganancia por su iniciativa empresarial. Todos estos ingresos le permiten a la familia adquirir “su canasta familiar”.

Pocas veces los individuos aislados pueden trabajar sin el logro familiar o el apoyo social, un mayor o un menor grado. Y el trabajo para la familia es el elemento que sustenta la organización socioeconómica.

d) Función de seguridad.

Se refiere a la preocupación que tiene la familia de cautelar la integridad y el bienestar de sus miembros. Se puede considerar los siguientes aspectos:

- *Seguridad física:* Consiste en cautelar y defender el cuerpo y la salud de sus miembros ante el riesgo de una agresión física, una enfermedad, un accidente y otros.
- *Seguridad moral:* consiste en defender los valores morales de la familia, conducir a sus integrantes a evaluar sus decisiones, desde un punto de vista ético, buscando prevenir que sus miembros se perjudiquen.
- *Seguridad afectiva:* consiste en brindar el afecto y comprensión suficiente a los miembros de la familia; corregir los errores y dar el consejo atinado y oportuno, estimular positivamente y brindar apoyo a los integrantes, ante situaciones de angustia, fracaso o derrota; incentivarles esperanzas y afán de autorrealización.

e) Función recreativa.

La familia es polifacética en sus funciones pues cumple tareas serias y llenas de tensiones, como cuando tiene que romper el tedio, el cansancio y al mismo tiempo preparar física y psicológicamente a sus miembros para empezar la nueva jornada cotidiana.

La función recreativa también se efectiviza haciendo cuentos, narrando chistes, diciendo adivinanzas, refranes, trabalenguas, dramatizando actos de la vida cotidiana. A todo esto, se agrega la realización de paseos, campamentos, juegos de salón, la práctica de deportes a la organización de fiestas familiares con motivo de cumpleaños, bautizos, matrimonios, y otros.

f) Ajuste y adaptación de las familias.

La familia al ser un sistema sujeto a interacciones externas e internas, suele atravesar por una serie de vicisitudes, lo que nos obliga a meditar por qué existen familias que logran afrontar conflictos catastróficos, consiguiendo sobresalir y progresar a través de ellos, en tanto existen familias que al atravesar por conflictos similares se rinden o bloquean ante esas dificultades. Es así que la familia intenta

mantener un sistema balanceado como cualquier otro sistema social, para enfrentar los estresores y tensores que la familia considere como tal.

(Hernández C., 1997), considera que el ajuste y la adaptación son fases separadas de la crisis familiar, considerando al periodo de ajuste como relativamente estable, en el que realizan cambios menores, como un intento de la familia por superar los conflictos con sus capacidades existentes; por otro lado, en la fase de adaptación, la familia intenta restaurar el equilibrio familiar, a través de nuevos recursos, desarrollando conductas de afrontamiento y cambiando su visión de la situación.

Finalmente, cuando nos referimos a la familia, debemos tener presente algunos factores como, por ejemplo: en qué etapa evolutiva se halla, la ubicación contextual de ésta, la presencia o no de hijos, el número de hijos, agentes personales de sus integrantes, agentes externos a la familia, situaciones que permitirán la comprensión de sus aspectos organizacionales tanto internos como externos, que facultarán una adecuada vinculación con sus integrantes y con la sociedad circundante

2.2.2 Teoría del Modelo Circumflejo de Olson.

El Modelo Circumplejo de sistemas familiares fue desarrollado por el Dr. David H. Olson y sus colegas Russell y Sprenkleen, entre los años de 1979 a 1989, como un intento de involucrar o integrar tanto la investigación teórica como la práctica, proponiendo una escala destinada a evaluar el funcionamiento de tipos de familia en base a dos parámetros: la Adaptabilidad y la Cohesión familiar, el "FACES III". Sin embargo, de forma implícita evalúa la variable de la comunicación, que se torna subyacente o estructural de la adaptabilidad y de la cohesión, esto quiere decir que entre más adaptada y cohesionada sea una familia mejor serán sus procesos comunicacionales y por el contrario entre menos adaptada y cohesionada sea una familia sus estados comunicacionales serán escasos.

El modelo propuesto por Olson, permite que una persona pueda obtener una visión de su funcionamiento familiar real e ideal, clasificando a una familia dentro de cuatro tipos según la cohesión familiar y otros cuatro tipos según la adaptabilidad familiar. Además, se puede establecer una comparación de la discrepancia percibida por el sujeto entre, la familia real e ideal, discrepancias que servirán para obtener datos adicionales de la familia, que son importantes tanto teórica como clínicamente, al momento de determinar pautas de tratamiento a nivel familiar o individual.

A. Cohesión Familiar.

La cohesión familiar está relacionada con el apego o desapego presente entre los miembros de la familia, como lo mencionan (Schmidt, Barreyro y Magglio, 2010), en su artículo “Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores?”.

La cohesión se refiere al grado unión emocional percibido por los miembros de una familia”; estos argumentos son ampliados por Ortiz (2008) mencionando que Olson para realizar el diagnóstico de éste parámetro dentro de la familia tomó en consideración lo siguiente: “los lazos emocionales/independencia, los límites/coaliciones, el tiempo/espacio, los amigos/toma de decisiones, y los intereses/recreación”. Estas consideraciones facilitan establecer los estilos familiares dentro del modelo circunplejo, así tenemos familias con estilo desligado, separado, unidas y enredadas.

B. Adaptabilidad familiar.

La adaptabilidad familiar está vinculada con el grado de flexibilidad y capacidad de cambio del sistema familiar. Según Schmidt et al. (2010), en su artículo “Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores?”.

Al mencionar Ortiz (2008) sobre la adaptabilidad, es la estructura del poder, los estilos de negociación, las relaciones de los roles y la retroalimentación, las cuales ayudan caracterizar a las familias en los siguientes tipos: caótico, flexible, estructurado y rígido.

Deslindamos entonces que la adaptabilidad se trata de la magnitud de cambios en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia.

C. Comunicación Familiar.

Según (Segovia & Sotomayor , 2001), la comunicación viene del latín “*communis*” que significa comunidad, comunión, común-uniión, partiendo de esta definición podríamos decir que la comunicación es un conjunto de relaciones e interacciones que permiten un objetivo común: la integración entre los sujetos.

Así la forma en la que los integrantes de la familia se comunican determinará el funcionamiento del sistema familiar, ya que ésta es considerada como el eje que atraviesa el sistema familiar, como bien menciona (Watzlawick, Helmick y Don, 1985), dentro de sus axiomas de la comunicación, aludiendo la imposibilidad de no comunicar, entendiendo ésta como el conjunto de elementos digitales y analógicos de la comunicación.

Autores como Sánchez y Gutiérrez, (2000) coinciden con los planteamientos Watzlawick, pues consideran que dentro de la comunicación “nunca existe un mensaje aislado, sino que siempre se encuentra asociado a dos o más mensajes relacionados entre sí, en diferentes planos y, por lo general, transmitido por diferentes canales: cinestésicos, visuales, gestuales y, por supuesto verbales”.

En este sentido Ortiz, (2008, pág. 218), señala que, “por medio de la comunicación, los miembros de la familia pueden expresar las reglas que son necesarias para mantener ciertos niveles de convivencia, pero también se transmiten las reglas sobre

la expresión de los afectos”, dando a entender que los procesos comunicacionales están directamente relacionados con los vínculos afectivos donde interactúan de forma encadenada lo digital y lo analógico.

La comunicación familiar es considerada como un punto importante del modelo Circumplejo de Olson, al decir de (Lorente & Martinez, 2003) la comunicación dentro de este modelo “es considerada como un elemento modificable, en función de la posición de los matrimonios y familias a lo largo de las otras dos dimensiones”, sin embargo por ser facilitadora no se encuentra graficada en el modelo de Olson, ya que si se cambia el estilo comunicacional de las familias, muy probablemente se podría modificar el tipo de cohesión y adaptabilidad familiar.

En definitiva, el modelo Circumplejo de Olson y colaboradores, se encuentra estructurado como una herramienta muy sencilla y de rápida aplicación para determinar el funcionamiento familiar a través de dos variables centrales: cohesión y adaptabilidad familiar, clasificando a la familia dentro de un modelo circular de 16 tipos, que luego y dependiendo de su caracterización, orientará un proceso terapéutico.

2.2.3 Tipos de Familia.

A. Tipos de familia de según cohesión.

a. Familia desligada.

Caracterizada por la presencia de límites rígidos, constituyéndose cada individuo en un subsistema, tienen poco en común y no comparten tiempo entre sus integrantes, se caracteriza por:

- Extremo desapego emocional y carencia de lealtad.
- Mínimo compromiso e interacción, escaso contacto afectivo
- Desvinculación emocional extrema.
- Ausencia de cercanía entre padres e hijos.

- Predomina separación personal.

b. *Familia separada.*

Sus límites externos e internos son semi abiertos, sus límites generacionales son claros, cada individuo constituye un subsistema, sin embargo, cuando lo requieren pueden tomar decisiones familiares, se caracteriza por:

- Predomina la separación emocional, ocasional lealtad familiar.
- Compromiso aceptable, pero distancia preferida y bajo contacto afectivo.
- Separación emocional.
- Límites claros; baja cercanía entre padres e hijos.
- Soledad importante, de escaso tiempo juntos.

c. *Familia Unida.*

Poseen límites intergeneracionales claros, obteniendo sus miembros espacio para su desarrollo individual, además poseen límites externos semi-abiertos, se caracteriza por:

- Cercanía emocional., lealtad familiar por iniciativa.
- Énfasis en el compromiso; distancia permitida.
- Contacto afectivo preferido y estimulado.
- Cercanía emocional.
- Límites claros con cercanía entre padres e hijos.
- Separación individual respetada, tiempo importante compartido.

d. *Familia enredada.*

Se caracterizan por poseer límites difusos, por lo que se dificulta identificar con precisión el rol de cada integrante familiar, se caracteriza por:

- Extrema cercanía emocional, lealtad exigida.

- Muy alto compromiso simbiótico; alta dependencia mutua, con dependencia afectiva explícita.
- Extrema reactividad emocional.
- Coalición entre padres e hijos, falta de límites generacionales.
- Falta de separación personal, supresión de individualidad.

B. Tipos de familia según adaptabilidad.

a. Familia caótica.

Se trata de un tipo de familia caracteriza por la ausencia de liderazgo, cambio de roles, disciplina muy cambiante o ausente, se caracteriza por:

- Liderazgo errático e inefectivo, con fracaso del control parental.
- Disciplina ausente, de consecuencias inconsistentes.
- Negociaciones interminables, de decisiones impulsivas.
- Falta de claridad de roles y reversiones en los mismos.
- Reglas inconsistentes en el tiempo, fluctuantes.

b. Familia flexible.

Se caracteriza por una disciplina democrática, liderazgo y roles compartidos, que pueden variar cuando la familia considere necesario, se caracteriza por:

- Liderazgo igualitario y de cambios fluidos.
- Disciplina generalmente democrática, de consecuencias negociadas.
- Negociaciones flexibles, decisiones concertadas.
- Roles compartidos, cambio fluido de roles.
- Reglas modificables con flexibilidad.

c. Familia estructurada.

Caracterizada porque a veces los miembros de la familia tienden a compartir el liderazgo o los roles, con cierto grado de disciplina democrática, dándose cambios cuando sus integrantes lo solicitan, se caracteriza por:

- Liderazgo autoritario y balance con momentos igualitarios.
- Disciplina semi democrática, de consecuencias predecibles y exigentes.
- Negociaciones estructuradas, control parental.
- Roles estables, de poco cambio.
- Reglas firmes, de resistencia al cambio.

d. Familia rígida.

Con un liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina rígida sin opción de cambios, se caracteriza por:

- Liderazgo autoritario, con padres que ejercen alto control.
- Disciplina autocrática, de consecuencias estrictas.
- Negociación escasa, decisiones impuestas por los padres.
- Roles de repertorio limitado.
- Reglas inmutables, activa imposición de reglas.

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

Figura 1: Tipos de familia del Modelo Circumplejo de Olson.

En la matriz propuesta por Olson, de los cuatro tipos de familia derivados tanto de cohesión cuanto de adaptabilidad. En el centro del gráfico y con fondo blanco se encuentran los cuatro tipos de familias que se consideran funcionales y son menos frecuentes, los ocho tipos de familia de color gris son familias de carácter intermedio, que están próximas a la disfuncionalidad o a la funcionalidad; por otro lado los cuatro tipos extremos de color negro, reflejan el nivel de funcionamiento máximo y mínimo de las dos dimensiones, siendo los tipos de familia más disfuncionales tanto para un desarrollo individual como familiar, concluyendo que cuando una familia es extrema en una dimensión también suele ser extrema en la otra dimensión.

C. El ambiente familiar nocivo.

La familia puede volverse nociva aún sin saberlo, involuntariamente, puede convertirse en un medio patógeno, no cumple con su rol, cuando las relaciones entre los individuos que la componen son inadecuadas; cuando no se brinda afecto, o se le brinda mal, cuando la falta de cultura y de inteligencia, o la pobreza, no permiten que

el niño y posterior adolescente se adapte; cuando los problemas psicológicos, el alcoholismo, la inadaptación social del padre, de la madre o de los hermanos son para el niño fuente de profundas perturbaciones (Dot, 1988).

Si la familia se ha formado disarmonicamente, con frecuencia se resquebraja y aparentemente se desintegra. Cada uno o algunos de sus miembros creen en tal situación, que ya no hay nexo e interés común familiar, y entonces la dinámica se vuelve tóxica y venenosa, volcando todo el resentimiento por los agravios recibidos, por el cariño no satisfecho o las atenciones no correspondidas. En el sentir de cada uno de los miembros gravita fuertemente el celo, por la dedicación de los demás a adaptarse a la nueva dinámica familiar o a otras relaciones.

D. La esquizofrenia y su influencia en núcleo familiar.

El ambiente familiar es el conjunto de relaciones que se establecen entre los miembros de la familia que comparten el mismo espacio; este nexo es indispensable y debe prevalecer que, en cada miembro de la familia, puesto que, “familia es la forma de vinculación y convivencia más íntima en la que la mayoría de las personas suelen vivir buena parte de sus vidas”. (Anderson, 2002), citado en Revista de Educación (2006).

Cada familia vive y participa en estas relaciones de una manera particular, de ahí que cada una desarrolle unas peculiaridades propias que le diferencian de otras familias. Pero el ambiente familiar, sea como sea la familia, tiene unas funciones educativas y afectivas muy importantes, ya que partimos de la base de que los padres tienen una gran influencia en el comportamiento de sus hijos y que este comportamiento es aprendido en el seno de la familia. Lo que difiere a unas familias de otras es que unas tienen un ambiente familiar positivo y constructivo que propicia

el desarrollo adecuado y feliz en lo que respecta al niño, y en cambio otras familias, no viven correctamente.

Las relaciones interpersonales de manera asertiva y positiva, permiten que el niño o individuo no adquiera de sus padres el mejor modelo de conducta o que tenga carencias afectivas importantes. (Martinez, 2011).

Por tanto, cuando en la familia se manifiesta un caso de esquizofrenia, existen diversas reacciones, preocupaciones, dudas e inquietudes, causando conflicto en la comunicación y las relaciones interpersonales, debido a que se presenta aquella confrontación entre los jefes de familia por buscar culpables de lo sucedido, en ocasiones hay familiares que por no tener conocimientos y recursos tienden a discriminar a su integrante afectado por ser “el anormal y el loco” de la casa, creando un desequilibrio emocional en estos seres, el ambiente familiar es de suma importancia, se necesita de apoyo moral, económico y de cuidados para que el paciente mejore su calidad de vida, y sea capaz de lograr una reinserción en la sociedad.

2.2.4 El Estrés.

Estrés, del inglés, "stress", "fatiga", es toda demanda física o psicológica fuera de lo habitual y bajo presión que se le haga al organismo, provocándole un estado ansioso. En la mayor parte de los casos, el estrés aparece debido a las grandes demandas que se le imponen al organismo, (Selye, 1936).

“El estrés es un desequilibrio sustancial (percibido) entre la demanda y la capacidad de respuesta (del individuo) bajo condiciones en las que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias (percibidas)”, (McGrath, 1970), citado por la revista de ULACIT (2008).

A. Síntomas generales del estrés.

El estrés se dependerá de cómo percibimos una situación determinada y como respondemos ante ella. Cada vez son más los estudios que corroboran el papel que juega el estrés en el aprendizaje, la memoria y la toma de decisiones.

Pronto se observó que había enormes diferencias cómo diferentes personas afrontan el mismo suceso, por lo cual la visión fisiológica y universal del estrés de la década de los 70' se convirtió en la década de los 80' en una perspectiva psicológica-idiosincrática, el suceso estresante será valorado en medida a lo que el sujeto perciba (Lazarus & Flokman, 1986).

B. Proceso de valoración de un hecho estresante.

El estrés se produce cuando la persona valora lo que sucede como algo que supera los recursos con los que cuenta y pone en peligro su bienestar personal. Por medio se encuentra la evaluación cognitiva que realiza el sujeto; pero, además, tiene en cuenta el elemento emocional que conlleva esta situación.

Ante la aparición de un suceso determinado el individuo realiza una serie de valoraciones sobre el mismo.

a. Valoración primaria.

Consiste en analizar si el hecho es positivo o no y además valorar las consecuencias presentes y/o futuras del mismo.

b. Valoración secundaria.

En la que el objeto de análisis son las capacidades del organismo para afrontarlos y serán los que con más probabilidad susciten reacciones de estrés.

Por lo tanto, los modelos actuales de estrés conciben la propia respuesta de estrés no como la consecuencia inevitable y directa de elementos universales, sino como un resultado de una delicada y continua transacción entre las presiones que uno percibe

del medio (interno y externo) y los recursos de afrontamiento que uno considera disponibles y activables.

ESTRESOR POTENCIAL	EVALUACION PRIMARIA	EVALUACION SECUNDARIA	ESTRES
<ul style="list-style-type: none"> • (Suceso externo) 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene el suceso implicaciones positivas, negativas o neutras? • Si son negativas, ¿En qué medida es dañino en la actualidad, amenazante para el futuro y supone un reto potencial? 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Son suficientes los recursos y capacidades de afrontamiento existentes para superar el daño, amenaza o reto planteado por el suceso? 	<ul style="list-style-type: none"> • Respuestas fisiológicas, cognitivas, emocionales y conductuales

Cuadro 1: Proceso de valoración de un hecho estresante.

La interacción entre la valoración primaria y secundaria determina el grado de estrés, la intensidad y la calidad de la respuesta emocional. Las reacciones de estrés se presentan agrupadas en tres bloques: fisiológicas, emocionales y cognitivas.

- Fisiológicas:

Comprenden las respuestas neuroendocrinas y las asociadas al sistema nervioso autónomo como aumento de la presión sanguínea, incremento de la tasa estomacal e intestinal, dilatación de las pupilas, dolor de cabeza, incremento de la respiración, manos y pies fríos, sequedad de la boca, , entre otras (Sandín, 1995).

El efecto de esta respuesta sobre la salud a largo plazo puede ser fatal, ya que deteriora el sistema inmunológico, el cual está encargado de proteger a nuestro organismo de todo aquello que podría causarnos una enfermedad (Herbert, 1994 en Cassaretto et al., 2003).

- ***Emocionales:***

Abarca las sensaciones subjetivas de malestar emocional como el temor, la ansiedad, la excitación, la cólera, la depresión, el miedo y la ira, entre otros (Taylor, 1999). Se ha demostrado que los problemas de salud mental son generados o exacerbados ante la exposición de eventos estresantes (Shepperd & Kashani, 1991, en Cassaretto et al., 2003).

- ***Cognitivas:***

Existen tres tipos de respuestas cognitivas de estrés principales: la preocupación, la negación y la pérdida de control, las mismas que se presentan acompañadas de bloqueos mentales, pérdida de memoria, sensación de irrealidad, procesos disociativos de la mente, entre otros. Estos síntomas afectan el rendimiento de la persona y la relación que establezca con los demás (Sandín, 1995).

Las fuentes generadoras de estrés son diversas, puede ser una demanda ambiental, social o interna. Asimismo, pueden ser hechos positivos o negativos. Sin embargo, el grado de la reacción de estrés más que depender de estos eventos, dependerá del tipo de pensamientos evaluativos que tenga la persona. Un evento negativo no siempre ocasionará malestar, éste se origina cuando las demandas impuestas por la situación son valoradas como excedentes a las habilidades para afrontarlas.

Los estresores presentan como características básicas el ser intensos, provocar tendencias incompatibles y ser incontrolables (Cassaretto et al., 2003).

2.2.5 Afrontamiento del estrés.

Las consecuencias negativas del estrés son reguladas por un proceso que es denominado afrontamiento. El afrontamiento es entendido como un esfuerzo cognitivo y conductual orientado a manejar, reducir, minimizar, dominar o tolerar las demandas

externas e internas que aparecen y generan estrés (Halstead, Bennett, Cunningham, 1993).

El concepto de afrontamiento del estrés hace referencia a los esfuerzos conductuales y cognitivos que lleva a cabo el individuo para hacer frente al estrés; es decir, para tratar tanto con las demandas externas o internas generadoras del estrés, como con el malestar psicológico que suele acompañar al estrés (Sandín, El estrés, 1995).

Es el conjunto de esfuerzos que realiza la persona en todas las dimensiones que están en constante cambio para adaptarse a las condiciones desencadenantes y que se desarrollan para manejar las demandas tanto internas como externas, que son valoradas como excedentes amenazantes, o desbordantes para los recursos de la persona (Lazarus y Folkman, 1984).

El afrontamiento, por tanto, es un proceso psicológico que se pone en marcha cuando en el entorno se producen cambios no deseados o estresantes, acompañados de emociones negativas, tales como ansiedad, miedo, ira, hostilidad, desagrado. Estos mecanismos de afrontamiento, a la vez que sirven para manipular el problema en sí, son esenciales para regular las respuestas emocionales.

Cada persona tiene una manera determinada de afrontar el estrés. Son muchos los factores que pueden llegar a determinar los mecanismos de afrontamiento. Por un lado, puede estar influenciado por recursos relacionados con el estado de salud o con la energía física con la que se cuenta; pero también entran en juego otros factores como las creencias existenciales que se tengan, religiosas o no; las creencias generales relativas al control que podemos ejercer sobre el medio y sobre nosotros mismos; el aspecto motivacional también puede favorecer el afrontamiento, así como las capacidades para la resolución de problemas o las habilidades sociales.

a. Clasificaciones del afrontamiento.

Los estudios que han venido realizándose sobre afrontamiento han llevado a conceptualizar tipos y dimensiones de la personalidad que han pasado a denominarse estilos y estrategias. Los estilos de afrontamiento son aquellas predisposiciones personales para hacer frente a diversas situaciones y son los que determinarán el uso de ciertas estrategias de afrontamiento, así como su estabilidad temporal y situacional.

Por su parte, las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos y específicos que se utilizan en cada contexto y pueden ser cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes (Carver & Scheier, 1994; Fernández- Abascal, Palmero, Chóliz & Martínez, 1997)

Lazarus y Folkman (1986) plantean dos estilos de afrontamiento: centrados en el problema y centrados en la emoción. Por su parte, Carver, Scheier y Weintraub, en 1989, amplían el panorama presentando quince estrategias: el afrontamiento activo, la planificación, la supresión de actividades competitivas, la postergación de afrontamiento, el soporte social instrumental y emocional, la reinterpretación positiva, la aceptación, la negación, el acudir a la religión, la expresión de las emociones, el uso de alcohol y drogas y el compromiso conductual y cognitivo (Cassaretto., 2003).

2.2.6 Estilos de afrontamiento.

Para (Fernández-Abascal, 1997), los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional.

Los estilos de afrontamiento formas estables o consistentes de afrontar el estrés, mientras que las estrategias de afrontamiento serían acciones y comportamientos más específicos de la situación. Igualmente, otros estudios han combinado la perspectiva

disposicional y contextual y han apoyado la vinculación de ambos constructos (Sepúlveda & Vildósola, 2012).

Formas de tipo personal, en relación con las situaciones como con la frecuencia de uso, para abordar las situaciones, siendo difícilmente modificables; es el equivalente al concepto de rasgo.

Sandin y Chorot, establecen tres tipos de estilos de afrontamiento, los cuales son:

a. Estilo centrado en la respuesta

Este estilo tiende a manejarse en aquellos momentos en los que la persona asume aplazar el afrontamiento activo por la necesidad de ordenar y hacer acopio de sus recursos psicosociales antes de afrontar activamente la situación; son estrategias centradas en la evasión, en la distracción, en tomar distancia del evento estresante, o volcarse en otra actividad para no pensar.

b. Estilo centrado en el problema

Suelen ser utilizadas en condiciones de estrés visto como controlable: son estrategias orientadas hacia la tarea, para alcanzar la resolución y/o modificación del problema.

c. Estilo centrado en las emociones

Este estilo tiende a ser utilizado cuando percibimos el evento estresante como incontrolable, como lo que se puede experimentar ante el peligro: se intenta afrontar el problema centrándose en las emociones y liberarlas e intentar relajarse.

2.2.7 Estrategias de afrontamiento.

Las estrategias de afrontamiento serían los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las situaciones desencadenantes. En este sentido, los estilos de afrontamiento se pueden considerar

como disposiciones generales que llevan a la persona a pensar y actuar de forma más o menos estable ante diferentes situaciones (Sandín, Chorot, Santed y Jiménez, 1995).

Por consiguiente, las estrategias de afrontamiento, son los esfuerzos que dedicamos a solucionar los problemas y obstáculos que nos plantea el día a día, ante diversas situaciones.

En función de los estudios realizados por diferentes autores entre los que se encuentran Meichembaum, y Turk (1982), Endler y Parker(1990), Folkman, Lazarus, y Gruñe(1986), quienes en general plantean estrategias de afrontamiento en función a dos grandes grupos, basados en la resolución de problemas y dirigidos a la emoción.

Además de otros igualmente importantes, Sandín recoge un listado de las diferentes estrategias de afrontamiento definidas a lo largo de toda la literatura científica; (Sandín, Evaluación del estrés psicosocial, 1999) y son:

a. Búsqueda de apoyo social

Se centra en la búsqueda de soporte moral, simpatía y comprensión. La aceptación de la respuesta funcional de afrontamiento, ocurre cuando en la primera aproximación, la persona tiende a aceptar la realidad de la situación estresante e intenta afrontar o tratar la situación, además iidentifica personas y redes de apoyo que puedan aportarle un adecuado manejo y comprensión para la situación estresante.

Esta estrategia se refiere a buscar opiniones de pares o personas que percibe como superiores intelectuales, permite validar la información que se percibe acerca del evento y permite recibir retroalimentación sobre las causas y consecuencias del problema, permitiendo igualmente expresar asertivamente las emociones negativas que puede generar el factor estresante. Se considera que es una estrategia inadecuada cuando la persona se vuelve dependiente de los conceptos u opiniones de los otros ante varias situaciones de forma repetida.

- Contar los sentimientos a familiares o amigos
- Pedir consejo a parientes o amigos
- Pedir información a parientes o amigos
- Hablar con amigos o parientes para ser tranquilizado
- Pedir orientación sobre el mejor camino a seguir
- Expresar los sentimientos a familiares o amigos

b. Expresión emocional abierta.

Descarga el mal humor con los demás, insulta, es hostil, irritable y desahoga las emociones, significa la tendencia a centrarse en todas las experiencias negativas y exteriorizar esos sentimientos. Este comportamiento puede resultar adecuado en un momento específico de mucha tensión, pero centrarse en esas emociones por largos periodos de tiempo, puede impedir la adecuada adaptación o ajuste pues distrae a los individuos de los esfuerzos de afrontamiento activo.

c. Religión.

Acude a creencias religiosas para afrontar la situación, pues siente que ha perdido el control y es vista como una estrategia al servir como apoyo emocional para muchas personas lo que facilita el logro posterior de una reinterpretación positiva y el uso de estrategias más activas de afrontamiento. De tal manera que en un estudio denominado afrontamiento religioso y ajuste psicológico para el estrés, encontró que personas que buscan apoyo espiritual, realizan obras de beneficencia y se integran a grupos de crecimiento espiritual, disminuyen la tensión causada por los diferentes estresores y aumentan su autoestima, además se adaptan de manera más adecuada a las circunstancias (Vasconcelles, 2005).

De otra parte, en un estudio acerca de los significados se encontró que la religión fue definida por las personas entrevistadas como otra dimensión desde donde se construye sentido de vida, se identificó como un aspecto humano que atraviesa la vida de todas las personas, otorgándole un carácter divino. La confianza y la fe en un ser supremo es fuente de esperanza ya que, partiendo de una doctrina basada en el amor, se cree fielmente en que nunca, a pesar de los hechos, estarán desprotegidos (Sacipa, 2003).

d. Focalizado en la situación o problema.

Analiza las causas, planea y ejecuta soluciones para afrontar la situación, la persona centra su atención en entender cuál es el problema, comprende que es un elemento que puede estar bajo su control si logra identificar qué aspectos están relacionados.

Para ello es importante: definir el problema, encontrar situaciones que incrementan o decrementan el problema, observar comportamientos personales que incrementan el problema, detectar si el problema es de otros o es propio cuando están involucradas otras personas, por ejemplo:

- Analizar las causas del problema
- Seguir unos pasos concretos
- Establecer un plan de acción
- Hablar con las personas implicadas'
- Poner en acción soluciones concretas
- Pensar detenidamente los pasos a seguir

e. Evitación:

Consiste en hacer un conjunto de actividades para distraerse y evitar pensar en la dimensión conductual o en la meta con la cual el estresor interfiere. Se concentra en otras cosas, prefiere no pensar en el problema.

Se refiere también, la búsqueda de situaciones opuestas al factor estresante como escape, siendo negativo cuando se necesita de encarar directamente la situación asumiendo las riendas y las consecuencias de las decisiones, caracterizada por:

- Concentrarse en otras cosas
- Volcarse en el trabajo u otras actividades
- “Salir”, para olvidarse del problema
- No pensar en el problema
- Practicar deporte para olvidar
- Tratar de olvidarse de todo

f. Autofocalización negativa.

Se autoculpa, tiene sentimientos de indefensión e incapacidad, resignación, dependencia, pérdida de control y pesimismo. La persona se centra en aspectos negativos de sí mismo de forma poco realista, se juzga constantemente, se culpabiliza y presenta de forma constante un estado emocional negativo que dificulta el afrontamiento, pues está tan concentrado en lastimarse que finalmente termina no solucionando el problema. Tendencia de afrontamiento que se encuentra con alta frecuencia en personas con estados depresivos, se caracteriza por:

- Autoconvencerse negativamente
- No hacer nada ya que las cosas suelen ser malas
- Autoculpa.
- Sentir indefensión respecto al problema

- Asumir la propia incapacidad para resolver la situación
- Resignarse, detener soluciones posibles

g. Reevaluación positiva.

Cuyo objetivo es manejar especialmente el estrés emocional en vez de tratar con el estresor; mediante esta interpretación se puede construir una transacción menos estresante en términos de que debería llevar a la persona a intentar acciones de afrontamiento más centradas en el problema.

Reconoce el evento estresante, pero se enfoca en crear un nuevo significado de la situación problema, intentando sacar todo lo positivo que tenga la situación e intentar mejorar o crecer a partir de la situación., esta estrategia está presente en personas que resignifican el sentido de su vida, trascienden de las situaciones y salen fortalecidos, caracterizados por:

- Ver los aspectos positivos
- Sacar algo positivo de la situación
- Descubrir que en la vida hay gente buena
- Comprender que hay cosas más importantes
- No hay mal que por bien no venga.
- Pensar que el problema pudo haber sido peor.
- Pensar en el aprendizaje positivo que dejó.

A. Afrontamiento del estrés desde la psicosis y esquizofrenia.

(Perona C. & Galán R., 2012), refieren que, desde un punto de vista estructural, se ha encontrado que las estrategias de tipo conductual son las más utilizadas, como, por ejemplo, la realización o decremento de actividades de tipo ocupacional, ver la televisión, salir a pasear, hacer deporte, tocar un instrumento musical, y otros.

Esto probablemente explique, por un lado, lo aparentemente contradictorios encontrado en la literatura respecto a las estrategias funcionales, y por otro, el uso masivo de estrategias de tipo conductual, debido al menor coste cognitivo que supone para el sujeto su puesta en práctica.

Por otro lado, (García & Pérez , 2003) ha encontrado que los pacientes psicóticos no utilizan estrategias de afrontamiento dirigidas específicamente para defenderse de los efectos indeseables de determinados síntomas. Ellos, más bien, consideran que los pacientes utilizan indiscriminadamente aquellas estrategias que les han sido más útiles en el pasado.

Por tanto, es importante mencionar que todo individuo con un trastorno psicótico está predispuesto, o es vulnerable, a padecer crisis cuando entra en contacto con situaciones estresantes que le desbordan y que hacen, que la sintomatología psicótica aflore, por lo cual podrían desencadenar en una recaída.

2.2.8 Psicosis.

Ernts Von Feuchtersleben introdujo el término psicosis en 1845 con el fin de separar los trastornos neuróticos de los trastornos psiquiátricos (Ban & Ucha Udabe, 1995).

Para Jaspers (1913) la psicosis es el resultado del proceso de una enfermedad que se apodera del individuo en cuanto totalidad, sin importar si es un trastorno hereditario que comienza en determinado momento de la vida o un trastorno no hereditario que comienza a serlo por una lesión exógena. Para aspirar al rango de psicosis, el proceso patológico debía tener fuerza suficiente para anular el desarrollo normal y la conducta manifestada ser tan diferente como para no confundirse con una reacción exagerada ante la experiencia cotidiana.

Las conceptualizaciones anteriores, nos invitarían a definir la psicosis como una descripción clínica correspondiente al período inicial de la esquizofrenia en el cual se produce la desconexión de la realidad.

A. Clasificación de la psicosis.

Según la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental realizada por la Organización Mundial de la Salud (1992), la psicosis corresponde al grupo de trastornos denominado; Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes, clasificación que se detalla en el siguiente cuadro:

ESQUIZOFRENIA, TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO Y TRASTORNOS DE IDEAS DELIRANTES	
F20 Esquizofrenia F20.0 Esquizofrenia paranoide. F20.1 Esquizofrenia hebefrénica. F20.2 Esquizofrenia catatónica. F20.3 Esquizofrenia indiferenciada. F20.4 Depresión postesquizofrénica. F20.5 Esquizofrenia residual. F20.6 Esquizofrenia simple. F20.8 Otras esquizofrenias. F20.9 Esquizofrenia sin especificación.	Debe utilizarse un quinto dígito para clasificar el curso. F20.x0 Continuo. F20.x1 Episódico con déficit progresivo F20.x2 Episódico con déficit estable F20.x3 Episódico remitente F20.x4 Remisión incompleta F20.x5 Remisión completa F20.x8 Otra F20.x9 Curso incierto, período de observación corto
F21 Trastorno esquizotípico	
F22 Trastornos de ideas delirantes persistentes F22.0 Trastorno de ideas delirantes. F22.8 Otros trastornos de ideas delirantes persistentes. F22.9 Trastorno de ideas delirantes persistentes sin especificación.	
F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios F23.0 Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia. F23.1 Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia. F23.2 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos transitorios. F23.9 Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación.	Debe utilizarse un quinto dígito para identificar la presencia de estrés agudo asociado. F23.x0 Sin estrés agudo asociado F23.x1 Con estrés agudo asociado.
F24 Trastorno de Ideas delirantes.	
F25 Trastornos esquizoafectivos F25.0 Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco. F25.1 Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo. F25.2 Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto. F25.8 Otros trastornos esquizoafectivos. F25.9 Trastorno esquizoafectivo sin especificación.	Debe utilizarse un quinto dígito para clasificar los siguientes subtipos: F25.x0 Síntomas afectivos y esquizofrénicos aparecen simultáneamente. F25.x1 Síntomas afectivos y esquizofrénicos aparecen simultáneamente y además persistencia de síntomas esquizofrénicos más allá de la duración de los síntomas afectivos.
F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos.	
F29 Psicosis no orgánica sin especificación .	

Cuadro 2: Clasificación de psicosis según el CIE10

B. Criterios de exclusión para el diagnóstico de Psicosis.

Es necesario tener en cuenta al menos tres series de posibilidades para un diagnóstico diferencial, descarte los trastornos causados por enfermedades físicas, los trastornos relacionados con consumo de sustancias, las cuales pueden provocar síntomas psicóticos que se parecen mucho a la esquizofrenia; por último, considerar los trastornos del estado de ánimo.

2.2.9 Esquizofrenia.

Etimológicamente la esquizofrenia, tiene su origen en dos términos griegos: *schizo* que significa división, escisión y *phrenos* que hace referencia a mente. Quien padece este trastorno presenta, en pocas palabras, una mente partida en dos: una porción que se relaciona con la realidad y otra que interactúa, en mayor o menor grado, con un mundo imaginario (De La Lengua, R. A., Academia, R., Calpe, E. & Secundaria, E., 1992).

El trastorno esquizofrénico se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, en general se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque al pasar del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos (Clasificador Internacional de Enfermedades CIE10, 1992).

La esquizofrenia se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. Algunas de las experiencias más comunes son el hecho de oír voces y los delirios, además el paciente, de manera progresiva, experimenta cambios mínimos de carácter, disminución en el rendimiento escolar, laboral, descuido en su apariencia física, aumento de la ansiedad y aislamiento social. (OMS, 2016).

La esquizofrenia entonces, afecta a ambos sexos y los distintos niveles socioculturales. Su frecuencia también es similar en todas las razas, culturas y religiones. Suele ser diagnosticada en etapas tardías cuando aparecen los síntomas psicóticos por lo que la falta de una detección y tratamiento precoz no permite un mejor pronóstico y calidad de vida para el paciente, los fármacos, unidos al resto de la terapia psicológica y de reinserción, resultan imprescindibles para conseguir la remisión de síntomas y para lograr un ambiente de seguridad en la conducta del paciente.

A. Incidencia y Prevalencia.

La prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida parece ser aproximadamente del 0,3 al 0,7 %, aunque se han comunicado variaciones según la raza/el grupo étnico, según el país y según el origen geográfico en los inmigrantes e hijos de inmigrantes.

La proporción de sexos difiere según la muestra y la población, por ejemplo, si se hace hincapié en los síntomas negativos y en una mayor duración de la enfermedad (que se asocian a un peor pronóstico), la incidencia es mayor en los varones, mientras que las definiciones que permiten incluir más síntomas del estado de ánimo y cuadros breves (que se asocian a un mejor pronóstico) muestran un riesgo equivalente para ambos sexos, (OMS,2016).

El Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” en el año 2013 realizó un total de 5,498 atenciones por este trastorno mental y sólo en el primer semestre del 2016, atendió a 2.148 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, de los cuales 206 son nuevos y 1.942 son continuadores. (INSM, 2014).

B. Causas.

Las consideradas posibles causas de la esquizofrenia, se organizan por medio de factores que se han basado en aspectos biológicos, genéticos, sociales, psicológicos,

pero todos apuntan a dar una explicación más objetiva y precisa, aunque es muy debatido que haya sólo una causa.

a) Factores ambientales.

Los factores ambientales pueden influir con mayor frecuencia en los pacientes con esquizofrenia que en personas que no la tienen; se cree que el traumatismo obstétrico eleva el riesgo 4 o 6 veces de sufrir esquizofrenia. El trauma obstétrico en la mayoría de los casos conlleva a una hipoxia neonatal, que perjudica la formación del hipocampo y el tálamo, y durante el desarrollo postnatal se observa la manifestación de la sintomatología característica de la esquizofrenia (Obiols & Vicens, 2003).

La infección viral prenatal es también una causa probable; entre los virus involucrados se encuentra el virus de la influenza y el de la citomegalovirus, las infecciones causadas por estos virus durante el desarrollo prenatal, aumentan el riesgo de sufrir esquizofrenia en comparación a un embarazo normal.

b) Factores biológicos

En el ámbito biológico hay varias propuestas, aunque dentro de las más influyentes se encuentran la teoría dopaminérgica y el daño cerebral.

c) La teoría dopaminérgica.

Hace 46 años, se propuso que los elevados niveles de dopamina a nivel cerebral, estaban relacionados con la esquizofrenia. En 1996, se comprobó dicha propuesta, puesto que a un grupo de pacientes psicóticos, se les administró dosis de anfetaminas, presentando liberación excesiva de dopamina, como expresan, (Campos & Turró , 2004)

La desregulación de dopamina, está relacionada con la sintomatología negativa y cognitiva de la esquizofrenia. Se pudo observar el aumento de la expresión estriatal de los receptores D2, en los ratones con deterioro cognitivo de la memoria de trabajo y

de la flexibilidad conductual; dicho hallazgo, nos guía a comprender a partir de una base molecular, el déficit cognitivo de los esquizofrénicos y los antipsicóticos para tratarlos. Es decir, más que una elevada concentración de dopamina a nivel cerebral, la esquizofrenia se relaciona con la hipersensibilidad de los receptores D2 dopaminérgicos, según (Dr. Fernández Carral, 2013).

d) Factores genéticos

El conocimiento, de los posibles factores genéticos involucrados en el padecimiento de la esquizofrenia aún son muy confusos, pero intentos realizados por varios investigadores han permitido comprender y ampliar más el concepto de esquizofrenia.

Dentro de los avances más destacados respecto a los factores genéticos, se encuentran aquellos que involucran a subtipos moleculares de receptores dopaminérgicos, y a la anticipación genética. Se ha hablado anteriormente de la teoría dopaminérgica, en la que un aumento anormal de los niveles de dopamina, puede manifestarse en conductas esquizoides. Sin embargo, investigaciones más actuales apuntan que la anticipación genética juega un papel importante en el desarrollo de esquizofrenia, en la que una patología o trastorno se presenta de generación en generación, cada vez más precoz y grave (Nicolini S. & López S., 2012)

En relación a la heredabilidad, una de las observaciones comunes del padecimiento de esquizofrenia es en la que ambos padres tienen esquizofrenia, que describe un mecanismo de transmisión genética, y el individuo homocigoto tiene una concordancia con la esquizofrenia del 40-50%, por el contrario, en los individuos dicigóticos, la concordancia es menor, de 6-10% como indican (Gejman & Sanders, 2012) miembros de Center for Psychiatric Genetics, en un artículo sobre “La etiología de la esquizofrenia”.

En estudios similares con gemelos, se determinó que, si un gemelo idéntico desarrolla esquizofrenia, el otro, tiene 50% de probabilidades de padecerla; pero si un gemelo fraterno la padece, el otro gemelo sólo tendrá un 15% de probabilidades de desarrollarla, indicando que la herencia tiene un papel importante en la esquizofrenia.

Los riesgos de la heredabilidad varían con el grado de parentesco, por ejemplo en Perú, el riesgo hereditario es de alrededor del 12% si uno de los padres la padece y entre el 50% y 70% si ambos fueron diagnosticados (Rivera, 2013)

e) Factores psicosociales.

Aunque los genes y sus implicaciones biológicas, junto a la interacción con el ambiente juegan un papel crucial en la esquizofrenia, se debe tomar en cuenta que el ser humano es un ser eminentemente social y no se le puede concebir como una entidad aislada.

Es por ello importante resaltar que la sociedad y la estructura psíquica del individuo, son factores también importantes en el desarrollo de la esquizofrenia, esta relación, genotipo-ambiente representa una base sólida respecto a posibles causas. Según la hipótesis social, el estrés es un factor determinante en la esquizofrenia, y es más común en personas de un nivel socioeconómico bajo, que, debido a la mala nutrición, pérdida de trabajo, malas condiciones de residencia y deficiente sanidad, están propensos a manifestar indicios psicóticos que probablemente darán paso al desarrollo de esquizofrenia (Casañas, 2015)

La sociedad se rige por ciertas consideraciones culturales y sociales, donde el individuo está sujeto al cumplimiento de una serie de normas que van a depender del día a día de los avances sociales; dichas normas son establecidas por los miembros de un grupo, comunidad, o en su efecto sociedad; es por tal motivo que la esquizofrenia tiene un impacto en el desenvolvimiento del individuo puesto que, ésta afecta

directamente al desarrollo integral de la persona, es decir, que ocurren cambios a nivel cognitivo del individuo, restringiendo el desarrollo considerado “normal” para la sociedad.

Es importante tener en cuenta que la influencia en la sociedad va a depender de muchos factores socio-ambientales, tales como económico, familiar, educativo, personal, ambiental e institucional.

Actualmente los partidarios de la Psiquiatría social en los últimos años prestan especial interés en la calidad de vida del enfermo esquizofrénico, en la cual la rehabilitación psicosocial y el apoyo social tienen su rol protagónico en el desenvolvimiento del enfermo; es por tal motivo que el apoyo familiar y social juega un papel fundamental en la continuidad del desarrollo integral del individuo para que estos en un mañana sean personas capaces de aportar al desarrollo del país.

C. Criterios de diagnóstico de esquizofrenia.

Según el CIE10 en el año 1992, la OMS plantea los criterios diagnósticos para la esquizofrenia, de los cuales se detalla a continuación:

Al menos uno de los síndromes, síntomas o signos incluidos en el apartado 1, o al menos dos de los síntomas y signos incluidos en 2 deben estar presentes la mayor parte del tiempo durante un episodio de *enfermedad psicótica* de por lo menos un mes de duración, y posteriormente reclasificado a esquizofrenia si los síntomas persisten por lo menos durante 6 meses.

1. Por lo menos uno de los siguientes:

- a) Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, referidas claramente al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones específicas y percepciones delirantes.

c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad o que discuten entre sí acerca del enfermo, u otro tipo de voces alucinatorias procedentes de alguna parte del cuerpo.

d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son propias de la cultura del individuo y que son completamente imposibles (por ejemplo, ser capaz de controlar el clima o estar en comunicación con seres de otro mundo).

2. Al menos dos de los siguientes:

a) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se presentan a diario durante al menos un mes, cuando se acompañan de ideas delirantes (que pueden ser fugaces o poco estructuradas) sin un contenido afectivo claro, o cuando se acompañan de ideas sobrevaloradas persistentes.

b) Neologismos, interceptación o bloqueo del curso del pensamiento, que dan lugar a un discurso incoherente o irrelevante.

c) Conducta catatónica, tal como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo y estupor.

d) Síntomas "negativos", tales como marcada apatía, pobreza del discurso y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales (debe quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión o a medicación neuroléptica).

- *Criterios de exclusión usados con más frecuencia:*

1. Si el paciente también cumple criterios de un episodio maníaco (F30.) o de un episodio depresivo (F32.).

2. El trastorno no es atribuible a una enfermedad orgánica cerebral (en el sentido en que se especifica en F00-F09), o a intoxicación (F1x.O), dependencia (F1x.2) o abstinencia (F1x.3 y F1x.4) de alcohol u otras drogas.

- Formas de evolución:

A la vista de las considerables variaciones en el curso de los trastornos esquizofrénicos, puede ser conveniente (especialmente para investigación) especificar la forma de evolución utilizando un quinto carácter. La evolución no debe codificarse a no ser que haya habido un período de observación de, por lo menos, un año.

F20.x0 Continua (sin remisión de los síntomas psicóticos durante el período de observación).

F20.x1 Episódica con defecto progresivo (desarrollo progresivo de síntomas "negativos" en los intervalos entre episodios psicóticos).

F20.x2 Episódica con defecto estable (síntomas "negativos" persistentes, pero no progresivos, en los intervalos entre episodios psicóticos).

F20.x3 Episódica remitente (remisión completa o virtualmente completa entre los episodios psicóticos).

F20.x4 Remisión incompleta. F20.x5 Remisión completa.

F20.x8 Otra.

F20.x9 Curso incierto, período de observación demasiado corto.

2.2.10 Esquizofrenia paranoide (F20.0).

Es el tipo más frecuente de esquizofrenia en la mayor parte del mundo. En el cuadro clínico predominan las ideas delirantes relativamente estables, a menudo paranoides, que suelen acompañarse de alucinaciones, en especial de tipo auditivo y de otros trastornos de la percepción. Sin embargo, los trastornos afectivos, de la voluntad, del lenguaje y los síntomas catatónicos pueden ser poco llamativos (Clasificador Internacional de Enfermedades CIE10, 1992)

Las ideas delirantes y alucinaciones paranoides más características son las siguientes:

a) Ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal.

b) Voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole órdenes, o alucinaciones auditivas sin contenido verbal, por ejemplo, silbidos, risas o murmullos.

c) Alucinaciones olfatorias, gustatorias, sexuales u de otro tipo de sensaciones corporales. Pueden presentarse también alucinaciones visuales, aunque rara vez dominan.

El curso de la esquizofrenia paranoide puede ser episódico, con remisiones parciales o completas, o crónico. En esta última variedad los síntomas floridos persisten durante años y es difícil distinguir episodios aislados. El comienzo tiende a ser más tardío que en las formas hebefrénica y catatónica.

- Pautas para el diagnóstico.

Deben satisfacerse las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia y además deben predominar las alucinaciones o las ideas delirantes y ser relativamente poco llamativos los trastornos de la afectividad, de la voluntad y del lenguaje y los síntomas catatónicos. Normalmente las alucinaciones son del tipo descrito en b) y c).

Las ideas delirantes pueden ser casi de cualquier tipo, pero las más características son las ideas delirantes de ser controlado, de influencia, de dominio y las ideas de persecución de diversos tipos.

2.2.11 Fases y Tratamiento de la Esquizofrenia

a. Fase aguda o crisis.

La fase aguda se caracteriza por un episodio psicótico agudo. En ésta hay que realizar a cada paciente un estudio diagnóstico inicial exhaustivo, que debe incluir una historia clínica psiquiátrica y médica general, una exploración física y un examen del estado mental. Pueden llevarse a cabo entrevistas sistemáticas con los miembros de la

familia y otras personas que conozcan bien al paciente, dado que muchos pacientes son incapaces de explicar de manera fiable su historia clínica durante la primera entrevista.

En esta fase, es importante prestar especial atención a la existencia de potencialidad suicida. Las tentativas suicidas anteriores, el estado de ánimo depresivo, y las ideaciones suicidas pueden ser factores pronóstico de una tentativa de suicidio posterior, por lo cual, se recomienda realizar evaluaciones similares en cuanto a la posibilidad de comportamientos autolesivos y heterolesivos.

Es frecuente que se añadan otras medicaciones psicoactivas a los fármacos antipsicóticos cuando los pacientes siguen presentando síntomas psicóticos activos: litio, carbamacepina, ácido valproico y benzodiazepinas.

En cuanto a las intervenciones psicosociales, en esta fase van destinadas a reducir las relaciones, entornos o episodios de la vida que resultan sobreestimulantes o estresantes y a fomentar la relajación mediante comunicaciones y expectativas sencillas, claras y coherentes con un entorno estructurado y predecible, una baja exigencia funcional y unas relaciones de apoyo tolerantes y no exigentes con todos los profesionales que intervengan en esta fase de la enfermedad. Además, cabe considerar en esta fase los aspectos siguientes:

- El tratamiento en régimen ambulatorio, en caso de que la sintomatología que presenta el paciente tenga una intensidad abordable de forma ambulatoria, el paciente disponga de un entorno contenedor y tanto él como la familia lo prefieren.
- El tratamiento en régimen de hospitalización si existen varios factores: intensidad de la psicopatología, riesgo valorable de auto o heteroagresividad, patología médica general que desaconseje el abordaje ambulatorio, factores psicosociales o familiares.

- La posibilidad de ingreso en unidad de hospitalización total o parcial (hospital de día), en función de la evaluación del estado del paciente, la necesidad de tratamientos concretos, la función familiar, los apoyos sociales, las preferencias del paciente y su familia, y los recursos terapéuticos disponibles en su comunidad.

b. Fase de estabilización o postcrisis.

La fase de estabilización o postcrisis corresponde a la fase posterior a un episodio agudo. Durante esta fase el paciente va recuperando su funcionalidad adaptándose a un entorno progresivamente más exigente.

En esta fase, las intervenciones psicosociales de apoyo deben ser menos estructuradas y dirigidas que en la fase anterior. Además, se propone iniciar educación sobre el curso y consecuencias de la enfermedad para pacientes y continuarla para familiares.

- Intervenciones psicosociales.

Aplicación de programas de educación sanitaria en esta fase ya que han resultado eficaces para la enseñanza del autocontrol de la medicación (tratamiento antipsicótico de mantenimiento, efectos adversos y otros), autocontrol de los síntomas (identificación de signos iniciales de recaídas, prevención de éstas, y rechazo de drogas y alcohol), y habilidades sociales básicas. Aplicar la terapia cognitivo conductual (TCC), para el tratamiento de síntomas positivos y negativos resistente a los antipsicóticos. La TCC como opción de tratamiento para ayudar en el desarrollo de la conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento. La psicoeducación para pacientes ya que reduce el riesgo de recaídas, probablemente a través de la mejora de la adherencia, y aumento de la satisfacción del paciente con el tratamiento y mejora del conocimiento.

Deberá ofrecerse Intervención familiar (IF), a las familias que convivan o estén en contacto con pacientes que sufren esquizofrenia, sobre todo a aquellos que han recaído o con riesgo de recaída y también en aquellos casos con sintomatología persistente, con el objetivo de convertirse en factor de soporte para el esquizofrénico (Martinez, 2011). Es importante la IF de tipo psicoeducativo, basada en el manejo de la emoción expresada, para evitar recaídas y mejorar el pronóstico de la enfermedad. La adaptación a la comunidad puede facilitarse a través del establecimiento de objetivos realistas y sin excesiva presión para que el paciente obtenga un rendimiento laboral y social elevado.

c. Fase de mantenimiento.

Durante esta fase los pacientes pueden no presentar ningún síntoma o presentar síntomas tales como tensión, irritabilidad, depresión, síntomas negativos. En algunos pacientes pueden persistir los síntomas positivos, pero en menor magnitud que en la fase aguda (el paciente puede presentar alucinaciones, ideas delirantes o alteraciones del comportamiento).

- Intervenciones psicosociales:

Se recomienda psicoterapia de apoyo para la resolución de problemas ya que reduce de forma significativa las recaídas y potencia la función social y laboral al añadirla a la medicación en pacientes tratados ambulatoriamente. La rehabilitación cognitiva en el entorno social del paciente ya que ha mostrado ser eficaz (a diferencia de la rehabilitación cognitiva tradicional) para la prevención de recaídas y la adaptación social.

Siempre que sea posible debería favorecerse la elección de aquellos recursos o lugares donde la persona desee vivir, atendiendo al derecho a contar con la oportunidad de hacerlo en un entorno lo más normalizado posible, articulando los programas de

entrenamiento necesarios y ofreciendo el apoyo preciso para que pueda acceder y mantenerse en dicho entorno.

- ***Prevención en recaídas y adherencia al tratamiento psicológico en la esquizofrenia.***

Psicoterapia individual. La psicoterapia individual en la esquizofrenia cumple una función de apoyo. Los objetivos consisten en disminuir la sensación de aislamiento y extrañeza del paciente, busca además reducir el estrés y fomentar herramientas direccionadas a la resolución de problemas, en pro de evitar una recurrencia psicótica, y en mejorar la función social.

Terapia familiar. Que busca a través de la psicoeducación busca reducir el estrés, estimular la red social familiar y disminuir la exclusión familiar.

Terapia social. Se basa en hacer un ambiente terapéutico para que el paciente pueda desenvolverse adecuadamente y mejore según la situación clínica que presente, si el cuadro es agudo se buscara un alto grado de interacción paciente y personal hospitalario, basada en estrategias para la disminución de estímulos provocadores de ansiedad.

Terapia de grupo. Es útil cuando es más de apoyo que interpretativa, se debe hacer grupos de actividades (ocupacionales, recreacionales, y sociales) y actividades de educación social.

2.3 Definición de términos básicos.

a. Paciente: Designa a un individuo que es examinado medicamente o al que se administra un tratamiento. (Gaviria, 1998).

b. Esquizofrenia Paranoide: Es el tipo más frecuente de esquizofrenia donde predominan las ideas delirantes relativamente estables, a menudo paranoides, que suelen acompañarse de alucinaciones, en especial de tipo auditivo y de otros trastornos de la percepción (Clasificador Internacional de Enfermedades CIE10, 1992)

c. Tipos de Familia: Tipos o modelos que se usan para clasificar en diversos grupos, considerando la similitud y la diferencia respecto a las familias, su composición, funcionamiento y dinámica. (Membrillo, 2016).

d. Cohesión Familiar: Se define como vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí, la cohesión familiar evalúa el grado en que los miembros de la familia están separados o conectados a ella (Olson, Cohesión Familiar, 1997).

e. Adaptabilidad Familiar: Tiene que ver con la medida en que el sistema familiar y capaz recambiar. Se define como la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, respuesta al estrés situacional y propio del desarrollo (Olson, Adaptabilidad Familiar, 1997).

f. Comunicación Familiar: Es un proceso interactivo en el que la comunicación es siempre una acción conjunta, incluye información e intercambio de ideas respecto al proyecto familiar o a sus actividades como grupo; transmisión de valores y de criterios educativos (Uribe, 2006).

g. Modelo circumflejo: Se trata de un modelo dinámico que integra tres dimensiones que repetidas veces se han encontrado como relevantes en distintas teorías y abordaje

clínico en familia: cohesión, adaptabilidad y comunicación (Camacho, León & Silva, 2009).

h. Estrés: Es toda demanda física o psicológica fuera de lo habitual y bajo presión del organismo, provocando un estado ansioso. En la mayor parte de los casos, el estrés aparece debido a las grandes demandas que se le imponen al organismo, (Barrientos, 2008).

i. Afrontamiento del estrés: Un esfuerzo para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, estos esfuerzos pueden ser psicológicos o conductuales. (Everly, 1989).

j. Estilos de afrontamiento: Se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. (Fernández-Abascal, 1997).

k. Estrategias de afrontamiento: Son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes" (Fernández-Abascal, 1997).

l. Pródromo: Son un grupo de síntomas tempranos que pueden indicar la presencia de una enfermedad antes de que los síntomas de la misma aparezcan, es decir, son precursores. Estos síntomas pueden ser específicos o no específicos dependiendo del trastorno (Clasificador Internacional de Enfermedades CIE10, 1992).

m. Incidencia: Es la cantidad de casos nuevos de una enfermedad, un síntoma, muerte o lesión que se presenta durante un período de tiempo específico (OMS, 2016).

n. Prevalencia: La prevalencia de una enfermedad es el número total personas que presentan síntomas o padecen una enfermedad durante un periodo de tiempo, dividido por la población con posibilidad de llegar a padecer dicha enfermedad (OMS, 2016).

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de hipótesis.

Hipótesis Alterna H_1 :

Existe relación entre los tipos de familia y los estilos de afrontamiento del estrés en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II” Cusco-2016.

Hipótesis Nula H_0 :

No existe relación entre los tipos de familia y los estilos de afrontamiento del estrés en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II” Cusco-2016.

3.2 Variables, dimensiones e indicadores.

VARIABLE 1: TIPOS DE FAMILIA.	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Es el estudio de los tipos o modelos que se usan para clasificar en diversos grupos, considerando la similitud y la diferencia respecto a las familias, funcionamiento y dinámica. (Membrillo, 2016).	COHESION FAMILIAR	<ul style="list-style-type: none"> • Desligada • Separada. • Unida. • Enredada. 	Categoría
	ADAPTABILIDAD FAMILIAR	<ul style="list-style-type: none"> • Rígida. • Estructurada • Flexible. • Caótica. 	INSTRUMENTO
	COMUNICACIÓN	Satisfacción alta. Satisfacción baja.	FACES III: Escala de Cohesión y Adaptabilidad familiar, David Olson, Joyce Portier & Yoav Lavee (Adaptado por ER. Ponce Rosas, FJ. Gómez Clavelina, M. Terán Trillo, Mexico, 2002).
VARIABLE 2: ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Son predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. (Fernández-Abascal, 1997).	ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	Centrado en la Respuesta. Centrado en la Emoción. Centrado en el Problema.	Categoría
	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Búsqueda de apoyo social (BAS). 2. Expresión Emocional Abierta (EEA). 3. Religión (RLG). 4. Focalizado en la solución del problema (FSP). 5. Evitación (EVT). 6. Auto focalización negativa (AFN). 7. Reevaluación Positiva (REP). 	INSTRUMENTO CAE: Cuestionario de Afrontamiento del Estrés, Bonifacio Sandín y Paloma Chorot, (Adaptado por Monica T. Gonzales y René Landero, México, 2007)

Cuadro 3: Variables, dimensiones e indicadores

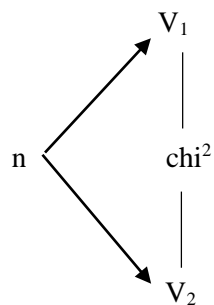
CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico.

De acuerdo a Danhke, 1989, mencionado por (Hernandez, 2008); los estudios descriptivos relacionales, miden, evalúan o recolectan datos sobre distintos aspectos, o componentes del fenómenos investigar, para luego identificar la relación entre dos o más variables, estos estudios tienen en cierta forma un valor explicativo, ya que se analiza la vinculación.

El diseño de la investigación es de tipo no experimental y transeccional considerando que se realizó en su contexto natural y en tiempo único, es descriptiva relacional, ya que se especifica las características y aspectos importantes de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide , quienes constituyen la muestra de estudio; para después analizarlos con el propósito de conocer la relación entre las dos variables categóricas planteadas, que son tipos de familia y estilos de afrontamiento del estrés.



Donde:

n: 40 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

V₁: Tipos de familia.

V₂: Estilos de Afrontamiento del estrés.

Chi²: Prueba relación de variables.

4.2 Diseño muestral, matriz de consistencia.

4.2.1 Población.

Considera 40 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide que forman parte de la Unidad de Trastornos Agudos y del Comportamiento (GRUPO B), del Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II de Cusco, en condición de hospitalizados y control ambulatorio.

4.2.2 Muestra.

Se utilizó el muestreo de tipo no probabilístico e intencional, siendo una técnica de muestreo donde las muestras se recogen en un proceso que no brinda a todos los individuos de la población iguales oportunidades de ser seleccionados, (Hernandez, 2008).

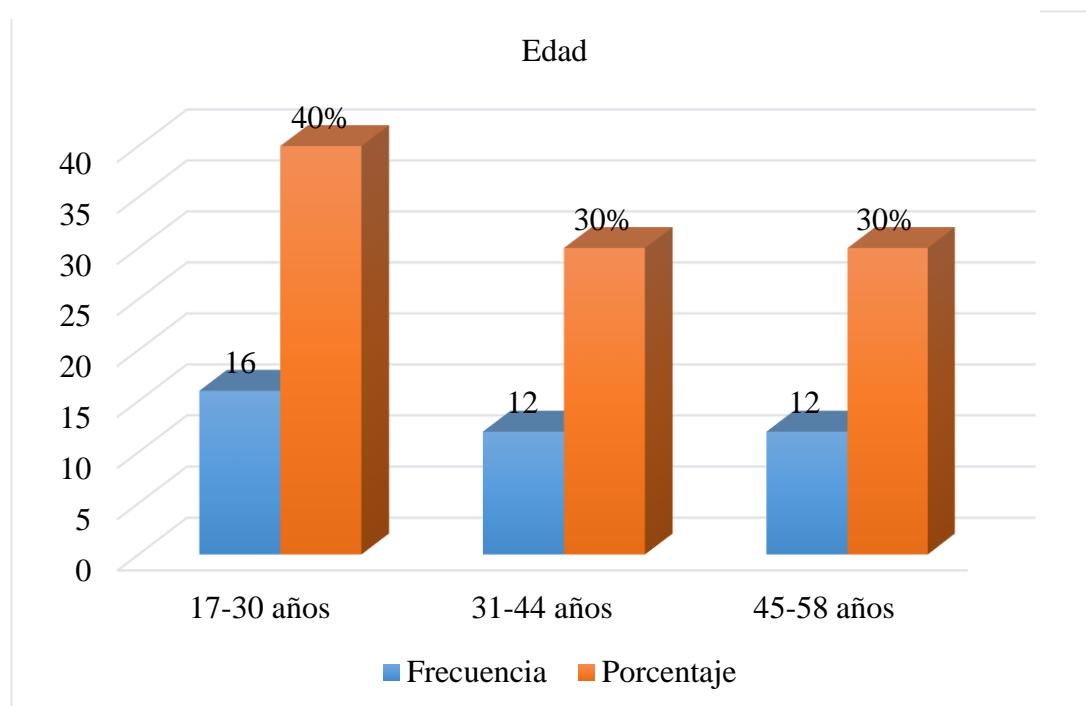
Por tanto, la presente investigación toma como muestra a 40 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide en calidad de hospitalizados y control ambulatorio pertenecientes a la Unidad de Trastornos Agudos y del Comportamiento, en fase de estabilización y mantenimiento del Hospital de Salud mental “San Juan Pablo II” Cusco -2016.

Caracterización de muestra.

Tabla 1:Edades de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del HSM SJP II

<i>Edad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
17-30 años	16	40%
31-44 años	12	30%
45-58 años	12	30%
Total	40	100%

Gráfico 1: Edades de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del HSM SJP II.



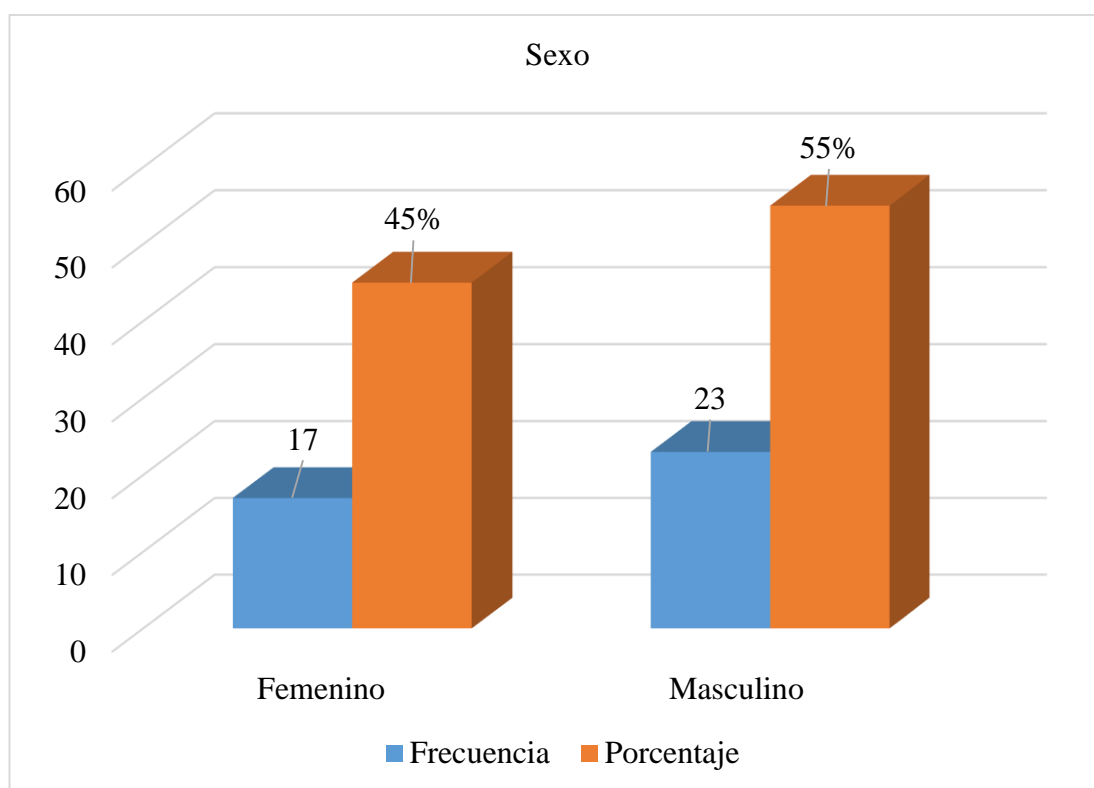
Interpretación:

La tabla y gráfico 1, muestra que el intervalo de 17 a 30 años, se presenta en un 40%, mientras que las edades de 31 a 44 años, representa el 32.5% y por último el intervalo de 45 a 58 años, muestra un porcentaje de 27.5%.

Tabla 2: Sexo de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del HSM SJP II.

<i>Sexo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Femenino	18	45%
Masculino	22	55%
Total	40	100%

Gráfico 2: Sexo de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del HSM SJP II.



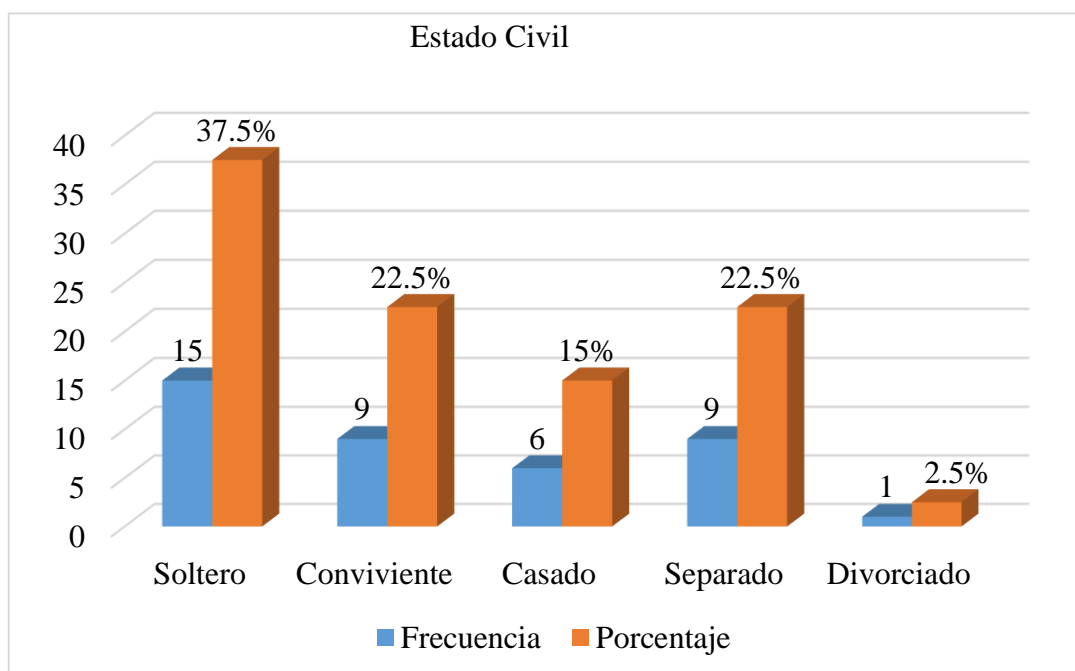
Interpretación:

Como se observa en la tabla y gráfico 2, respecto al sexo de los participantes, se obtuvo un 57% respecto a evaluados masculinos, y un 43% de sexo femenino.

Tabla 3: Estado Civil de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del HSM SJP II.

<i>Estado Civil</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Soltero	15	37.5%
Conviviente	9	22.5%
Casado	6	15%
Separado	9	22.5%
Divorciado	1	2.5%
Total	40	100%

Gráfico 3: Estado Civil de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del HSM SJP II.



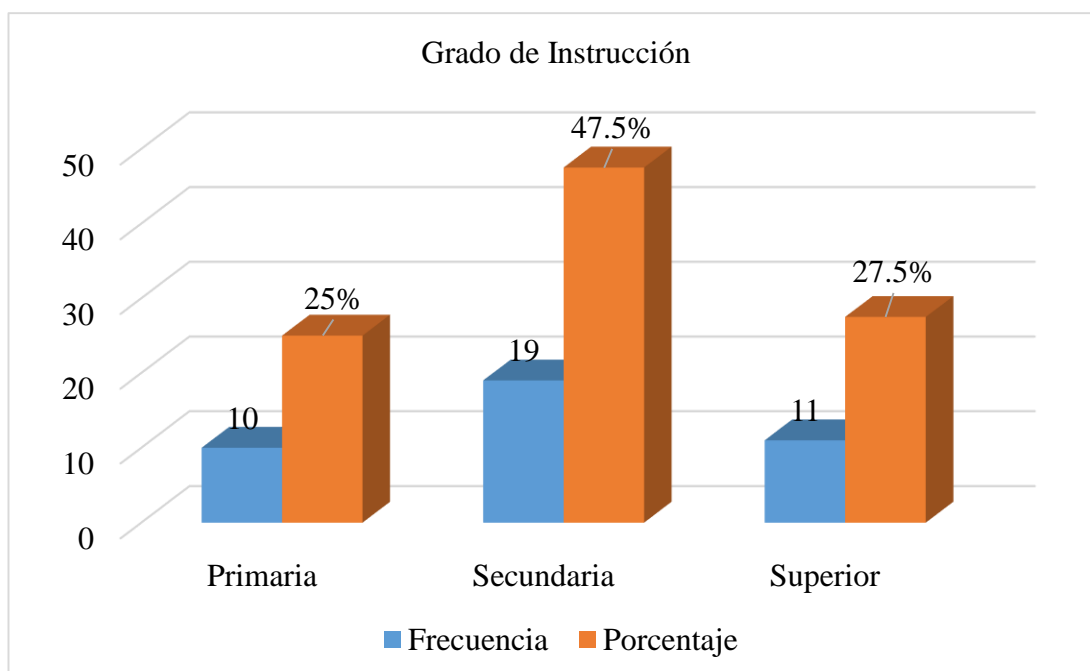
Interpretación:

En la tabla y gráfico 3, se observa que, en relación al estado civil, un 37.5% de participantes tienen condición de solteros, seguido de un 22.5% que representa a convivientes y en el mismo porcentaje a separados, en porcentaje menor de 15% se encuentran personas casadas y en un 2.5% divorciados

Tabla 4: Grado de instrucción de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del HSM SJP II.

<i>Grado de Instrucción</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Primaria	10	25%
Secundaria	19	47.5%
Superior	11	27.5%
Total	40	100%

Gráfico 4: Grado de Instrucción de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del HSM SJP II..



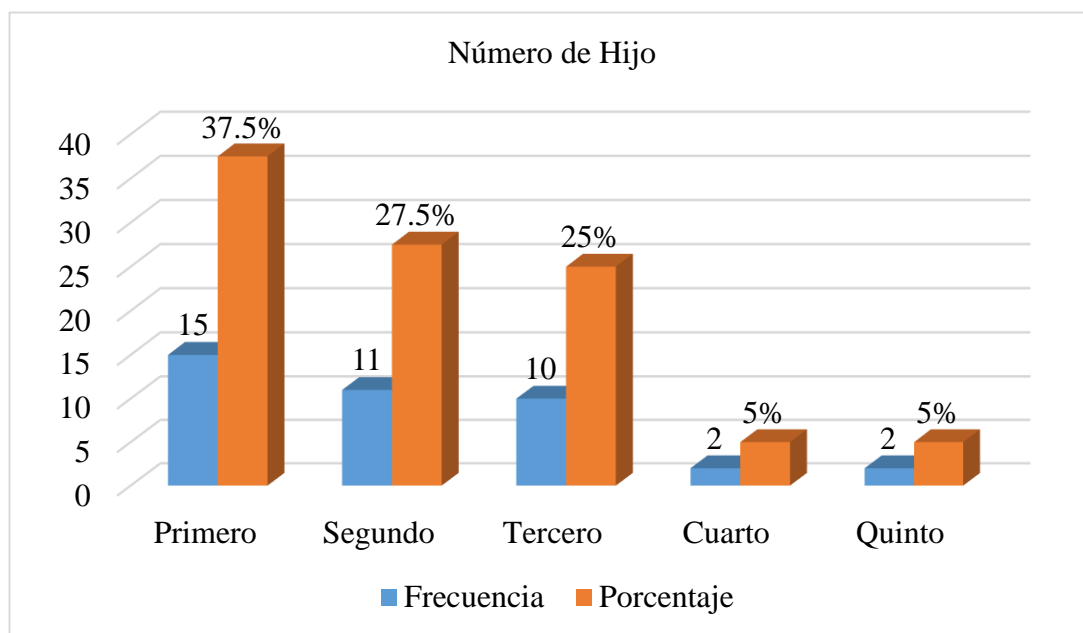
Interpretación:

En la tabla y gráfico 4, según el grado de instrucción de la muestra se obtuvo un porcentaje de 47.5% en relación a grado de instrucción secundario, seguido de un 27.5% que representa a evaluados con grado de instrucción superior, y finalizando con un 25%, personas con grado de instrucción primario.

Tabla 5: Número de Hijo (lugar que ocupa), en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del HSM SJP II..

<i>Número de Hijo (Lugar que Ocupa)</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Primero	15	37.5%
Segundo	11	27.5%
Tercero	10	25%
Cuarto	2	5%
Quinto	2	5%
Total	40	100%

Gráfico 5: Número de hijo, (lugar que ocupa), en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del HSM SJP II.



Interpretación:

Respecto al lugar que el participante ocupa en la familia, como se observa en la tabla y gráfico 5, se tomó en consideración el número de hijo, por lo cual se obtuvo en un 37.5% del total, que refiere ser el primer hijo dentro de la familia, seguido del 27.5% que representa al segundo hijo, con un porcentaje menor de 25% indica ser el tercer hijo, finalizando con un 5% informa ser el cuarto hijo y con el mismo porcentaje el quinto hijo dentro de la familia.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA	INSTRUMENTO
<p>GENERAL: ¿Cuál es la relación de los tipos de familia y los estilos de afrontamiento del estrés en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital de salud mental “San Juan Pablo II” Cusco-2016?</p>	<p>GENERAL: Establecer la relación de los tipos de familia y estilos de afrontamiento del estrés en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital de salud mental “San Juan Pablo II” Cusco-2016.</p>	<p>H₁: Existe relación entre los tipos de familia y los estilos de afrontamiento o del estrés en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II” Cusco-2016.</p> <p>H₀: No existe relación entre los tipos de familia y los estilos de afrontamiento o del estrés en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II” Cusco-2016.</p>	<p>V1: Tipos de familia Cohesión. Adaptabilidad Comunicación. V2: Estilos de afrontamiento del estrés - Estilo centrado en la respuesta. - Estilo centrado en las emociones. - Estilo centrado en el problema.</p>	<p>Investigación no experimental, transeccional, cualitativo, de diseño descriptivo relacional.</p>	<p>V₁: FACES III: Escala de Cohesión y Adaptabilidad familiar, David Olson, Joyce Portier & Yoav Lavee (Adaptado por ER. Ponce Rosas, FJ. Gómez Clavelina, M. Terán Trillo, México, 2002). V₂: CAE: Cuestionario de Afrontamiento del Estrés, Bonifacio Sandín y Paloma Chorot. (Adaptado por Mónica T. Gonzales y René Landero, México, 2007)</p>
<p>ESPECIFICOS: 1) ¿Cuál es el tipo de familia predominante según la cohesión familiar, en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital de salud mental “San Juan Pablo II” Cusco-2016? 2) ¿Cuál es el tipo de familia predominante según adaptabilidad familiar, en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del hospital de salud mental “San Juan Pablo II” Cusco-2016? 3) ¿Cuál es el estilo de afrontamiento del estrés predominante en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital de salud mental “San Juan Pablo II” Cusco-2016? 4) ¿Cuál es la estrategia de afrontamiento del estrés predominante en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital de salud mental “San Juan Pablo II” Cusco-2016?</p>	<p>ESPECIFICOS: 1) Determinar el tipo de familia predominante según la cohesión familiar en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital de salud mental “San Juan Pablo II” Cusco-2016. 2) Determinar el tipo de familia predominante según la adaptabilidad familiar en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital de salud mental “San Juan Pablo II” Cusco-2016. 3) Establecer el estilo de afrontamiento del estrés predominante en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital de salud mental “San Juan Pablo II” Cusco-2016. 4) Identificar la estrategia de afrontamiento del estrés predominante en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital de salud mental “San Juan Pablo II” Cusco-2016.</p>				

Cuadro 4: Matriz de consistencia

4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Considerando que la población estimada para la presente evaluación cuenta con un diagnóstico clínico (esquizofrenia paranoide), para la selección de participantes, se tomó en cuenta la opinión de los psicólogos responsables del área, para conocer la evolución y situación actual de cada paciente, pues la muestra toma en consideración a pacientes en fase de estabilización y mantenimiento sin afectación cognitiva significativa; posterior a este paso, se emplearon técnicas de observación participativa y entrevista, dirigido a los pacientes con el objetivo de brindar información acerca del objetivo de la investigación y la participación que tendrían en la misma, ya que los instrumentos son de tipo anónimo, se considera datos de caracterización como, edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, y el lugar que ocupan en la familia; datos necesarios para la realización de las tabulaciones.

Por tanto, los instrumentos aplicados son, FACES III: Escala de Cohesión y Adaptabilidad familiar, David Olson, Joyce Portier & Yoav Lavee (Adaptado por ER. Ponce Rosas, FJ. Gómez Clavelina, M. Terán Trillo, México, 2002), con el objetivo de obtener los tipos de familias en base a cohesión y adaptabilidad; para medir la variable de estilos de afrontamiento se tomó en cuenta el CAE, Cuestionario de Afrontamiento del Estrés, Bonifacio Sandín y Paloma Chorot, (Adaptado por Monica T. Gonzales y René Landero, México, 2007) fichas técnicas que se detallan a continuación:

A. FACES III: Escala de Cohesión y Adaptabilidad familiar, David Olson, Joyce Portier & Yoav Lavee (Adaptado por ER. Ponce Rosas, FJ. Gómez Clavelina, M. Terán Trillo, México, 2002).

Nombre: FACES III

Autores: David H Olson; Joyce Portner y Yoav Lavee (1992).

Adaptado: ER. Ponce Rosas, FJ. Gómez Clavelina, M. Terán Trillo (México, 2002).

Tipo de Prueba: Evaluación del funcionamiento familiar

Administración: Individual o Colectiva

Aplicación: Sujetos de 12 años en adelante

Duración de la prueba: 15 minutos

Descripción: El FACES III, consta de dos partes con 20 ítems cada una, las cuales deberán ser puntuadas a través de una escala de Likert, con un rango de uno a cinco puntos desde una visión cuantitativa y de una forma cualitativa contempla los parámetros: casi siempre, muchas veces, a veces sí y a veces no, pocas veces, casi nunca.

Su primera parte se encuentra constituida por 20 ítems, destinados a valorar el nivel de cohesión (10 ítems) y adaptabilidad (10 ítems) de la familia de acuerdo a la percepción del sujeto en ese momento de una forma real. Su segunda parte se encuentra constituida por los mismos 20 ítems de la primera parte que reflejarán la adaptabilidad y la cohesión familiar, pero desde una visión idealista del sujeto, es decir lo que a éste le gustaría que fuese su familia. Comparando los resultados se obtiene la diferencia de la percepción real versus la ideal y el índice de satisfacción que el sujeto tiene con el funcionamiento de su familia.

Criterio De Validez

FACES III en español (México) es un instrumento al que se pretendió dotar al estudio de un rigor metodológico y estadístico, fue necesario establecer los estimadores de los parámetros que determinaron los valores mínimos de referencia del modelo; para tal finalidad se establecieron doce criterios para evaluar la validez de constructo del cuestionario FACES III a través del análisis factorial confirmatorio. Ocho criterios fueron superados adecuadamente y cuatro rebasaron los valores

mínimos establecidos en el análisis factorial. FACES III en español (México) es válido.

Confiabilidad Del Instrumento

Para realizar el análisis de confiabilidad se usó el software estadístico IBM SPSS STATISTIC versión 24, el resultado obtenido es el siguiente:

	Alfa de Cronbach	N de elemento
FACES III	,907	40

Cuadro 5: Estadística de fiabilidad para la variable tipos de familia.

En la tabla anterior se puede apreciar que los valores obtenidos para el coeficiente Alfa de Cronbach para el instrumento que evalúa, “Tipos de familia en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II” Cusco-2016, que se encuentra por encima de 0.81, lo cual nos permite indicar que la confiabilidad es muy alta para estas dimensiones, por lo tanto, se concluye que el instrumento para medir es confiable.

B. CAE: Cuestionario de Afrontamiento del Estrés, Bonifacio Sandín y Paloma Chorot, (Adaptado por Monica T. Gonzales y René Landero, México, 2007)

Nombre: Cuestionario de Afrontamiento del Estrés

Autores: Bonifacio Sandín y Paloma Chorot (2002).

Adaptación: Monica T. Gonzales y René Landero (México, 2007)

Tipo de Prueba: Evaluación de estilos y estrategias de afrontamiento.

Administración: Individual o Colectiva

Aplicación: Sujetos de 16 años en adelante

Duración de la prueba: 20 minutos

Descripción: El Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) consta de 42 ítems resultantes, con 7 factores, diseñada para evaluar siete estilos básicos de afrontamiento: (1) búsqueda de apoyo social; (2) expresión emocional abierta; (3) religión; (4) focalizado en la solución del problema, (5) evitación; (6) autofocalización negativa; (7) reevaluación positiva. Por otro lado, las estrategias mencionadas corresponden a estilos de afrontamiento establecidos tales como; estilo centrado en la respuesta, estilo centrado en las emociones y estilo centrado en el problema.

Criterio de Validez:

Los resultados sobre la estructura del afrontamiento del estrés sugieren que las 7 dimensiones aisladas son bastante consistentes y confieren validez interna a las 7 subescalas del CAE. Por otra parte, dado que las correlaciones entre los factores son bajas o moderadas, resulta apropiado el empleo de estas dimensiones para evaluar psicométricamente las formas básicas del afrontamiento, como estilos y estrategias.

Confiabilidad:

Para realizar el análisis de confiabilidad se usó el software estadístico IBM SPSS STATISTIC versión 24, el resultado obtenido es el siguiente:

	Alfa de Cronbach	N de elemento
Cuestionario de afrontamiento (CAE)	,804	42

Cuadro 6: Estadística de fiabilidad para la variable estilos de afrontamiento del estrés

En la tabla anterior se puede apreciar que los valores obtenidos para el coeficiente Alfa de Cronbach para el instrumento que evalúa, “Estilos de afrontamiento del estrés en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II” Cusco-2016, que se encuentra entre 0,61 y 0.80, lo cual nos

permite indicar que la confiabilidad es alta para estas dimensiones, por lo tanto, se concluye que el instrumento para medir es confiable.

4.4 Técnicas de procesamiento estadístico de la información.

La técnica utilizada fue el cuestionario, que permitió recopilar información en la muestra de estudio, por tanto, posterior a la aplicación de instrumentos, se realizó el vaciado respectivo de los datos de caracterización, tales como la edad, sexo, grado de instrucción, estado civil y el lugar que el participante ocupa en la familia, seguidamente se realizaron las respectivas tabulaciones y sumatorias, obteniendo así las frecuencias y porcentajes que permitieron la realización de los gráficos correspondientes y la interpretación de los mismos, para el procedimiento detallado, se utilizó el programa Excel 2016.

Posteriormente se realizó la calificación manual de protocolos en relación a cada instrumento, para realizar el vaciado de los resultados obtenidos en el programa Excel 2016, donde se efectuaron las tabulaciones, sumatorias, frecuencias, porcentajes y respectivas gráficas estadísticas, que responden a responder los objetivos específicos de la presente investigación. Por otro lado, para responder al objetivo general se empleó el software estadístico IBM SPSS STATISTIC versión 24, donde, considerando que los datos son categóricos, se utilizó el estadígrafo χ^2 de Pearson, específicamente la prueba de independencia ya que la investigación se centra en determinar si dos variables (tipos de familia y estilos de afrontamiento del estrés), referidas a individuos de una población (pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide) están relacionadas.

Una vez aplicado el estadígrafo de χ^2 de Pearson, se generó la tabla de contingencia de datos categóricos y su respectivo gráfico de barras, seguido de la

prueba de hipótesis, análisis de los resultados y finalmente la presentación de los mismos.

4.5 Aspectos éticos contemplados.

Los pacientes con trastornos mentales son sujetos especialmente vulnerables a los procesos de investigación, por este motivo, el investigador debe extremar las precauciones para salvaguardar tanto su autonomía como la integridad física y psíquica del paciente.

Las normas éticas, se deben aplicar a la selección de grupos de población para la investigación y en todo tipo de investigación, por tanto, para el desarrollo de esta investigación, se contempló aspectos importantes dentro del código de ética, que de detallan a continuación:

Art. 81. El investigador debe informar al participante de todas las características de la investigación que puedan influir en su decisión de participar, y de explicar otros aspectos de la investigación sobre los que pregunte el participante. El no revelar aquello que es pertinente añade peso a la responsabilidad del investigador, pues tiene obligación de proteger el bienestar y dignidad del participante.

Art. 85. Después de recoger los datos, el investigador proporciona al participante información sobre la naturaleza del estudio, a fin de aclarar cualquier malentendido que pueda haber surgido. En los casos en que los valores científicos o humanos justifican retener información, el investigador adquiere una especial responsabilidad de evitar consecuencias perjudiciales para el participante.

Art. 87. La información obtenida sobre los participantes de una investigación durante el curso de la misma es confidencial, a menos que haya habido un acuerdo contrario previo. Cuando exista la posibilidad de que terceros tengan acceso a dicha información, esta posibilidad, así como las medidas para proteger la confidencialidad,

deben ser explicadas a los participantes como parte del proceso para obtener el consentimiento de estos últimos (Código de ética del Colegio de Psicólogos del Perú, 1980).

Por consiguiente, la investigación contó con autorización de la institución Hospital de salud mental San Juan Pablo II, para su ejecución, con la cual, no se alteró, ni causó ningún daño a un individuo, comunidad, ni ambiente, por el contrario, la finalidad consta de conocer la relación entre los tipos de familia y los estilos de afrontamiento del estrés en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1 Análisis descriptivo e inferencial.

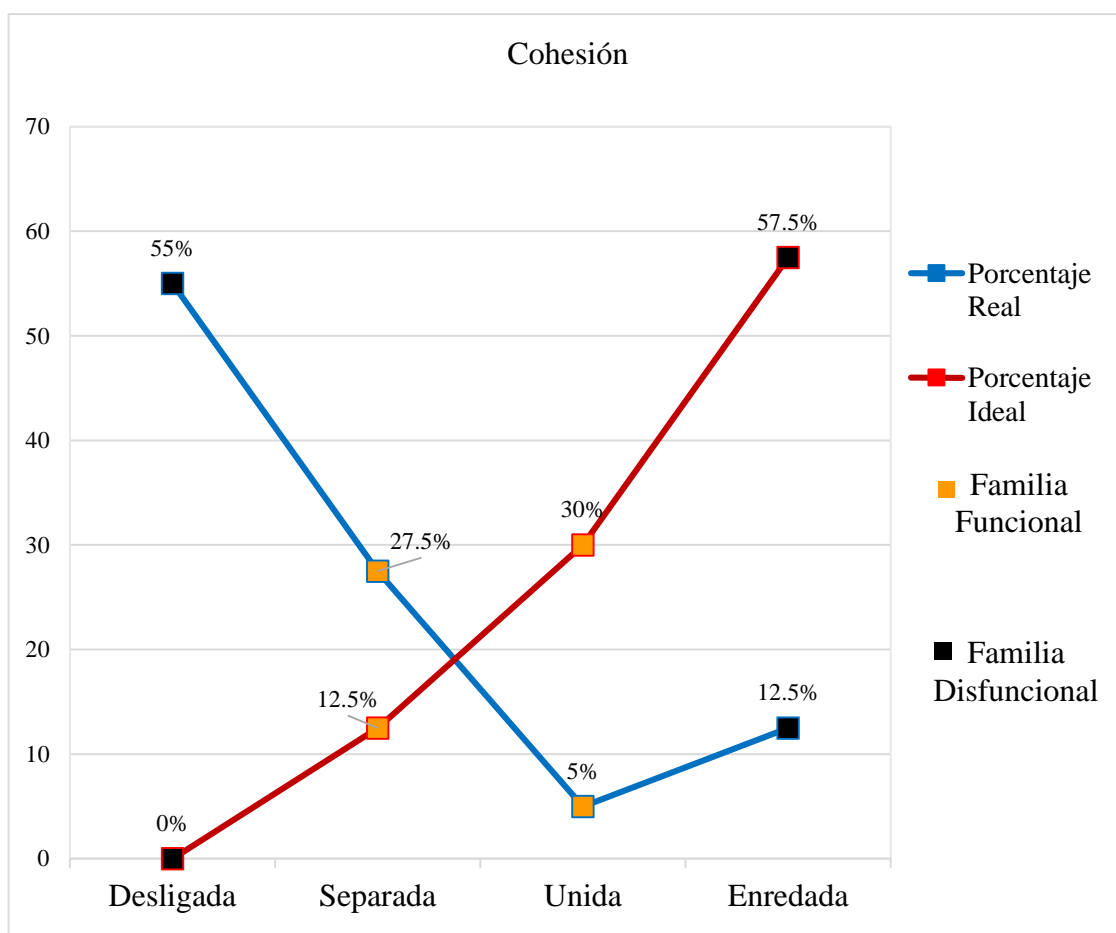
A continuación, se dará a conocer los resultados obtenidos del proceso de investigación con sus respectivas interpretaciones de acuerdo a los objetivos específicos y objetivo general planteados.

Respecto a los tipos de familia predominantes en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del Hospital de Salud Mental “San Juan Pablo II” Cusco-2016, se considera el tipo de familia predominante según cohesión como se muestra en la tabla y gráfico 6, por otro lado, la tabla y gráfico 7, muestra el tipo de familia según adaptabilidad, para posteriormente incluirlas al modelo circunflejo que se observa en la figura 3.

Tabla 6: Tipos de familia basado en la Cohesión Familiar de la muestra.

Tipo de Familia	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	Real	Real	Ideal	Ideal
Desligada	22	55%	0	0%
Separada	11	27.5%	5	12.5%
Unida	2	5%	12	30%
Enredada	5	12.5%	23	57.5%
Total	40	100%	40	100%

Gráfico 6: Tipos de familia basado en la Cohesión Familiar de la muestra



Interpretación:

El tipo de familia real según la cohesión, se puede observar en el la tabla y gráfico 6, donde el 55% de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide presentó un tipo de familia desligada, seguida del tipo de familia separada, representada por un 27.5%, finalmente el tipo de familia que se presenta en menor porcentaje (5%) resulta ser la familia unida.

Respecto a la idealización familiar los pacientes evaluados, muestran un tipo de familia Enredada con un 57% seguida del tipo de familia unida con un 30%.

Los planteamientos de Olson en su Modelo Circumplejo, consideran a las familias extremas como disfuncionales, en relación a las que se ubican en el centro del modelo que serían familias funcionales; la suma de los tipos de familias extremas de su modelo denominadas “familias disfuncionales”, (desligada y enredada); por otro lado la suma de los tipos de familias centrales (separada y unida), son denominadas “familias funcionales”; por tanto en los resultados obtenidos de cohesión, los extremos del modelo circumplejo de Olson representan un 67.5% del total de evaluados; mientras que las familias funcionales, emplazadas en la parte central del modelo, alcanzaron el 32.5%, lo que deja a entrever que en la cohesión real existen más familias disfuncionales que funcionales.

Por tanto, deslindamos de los datos porcentuales que la familia predominante desligada se caracteriza por el extremo desapego emocional, constituyéndose cada individuo en un subsistema, de mínimo compromiso e interacción. Muy escaso contacto afectivo, tienen poco en común y no comparten tiempo entre sus integrantes.

En relación a la idealización familiar, predomina la familia enredada, dando a entender que su nivel de satisfacción familiar de los pacientes es bajo, pues aparentemente son familias que requieren mayor cercanía y control por parte de sus

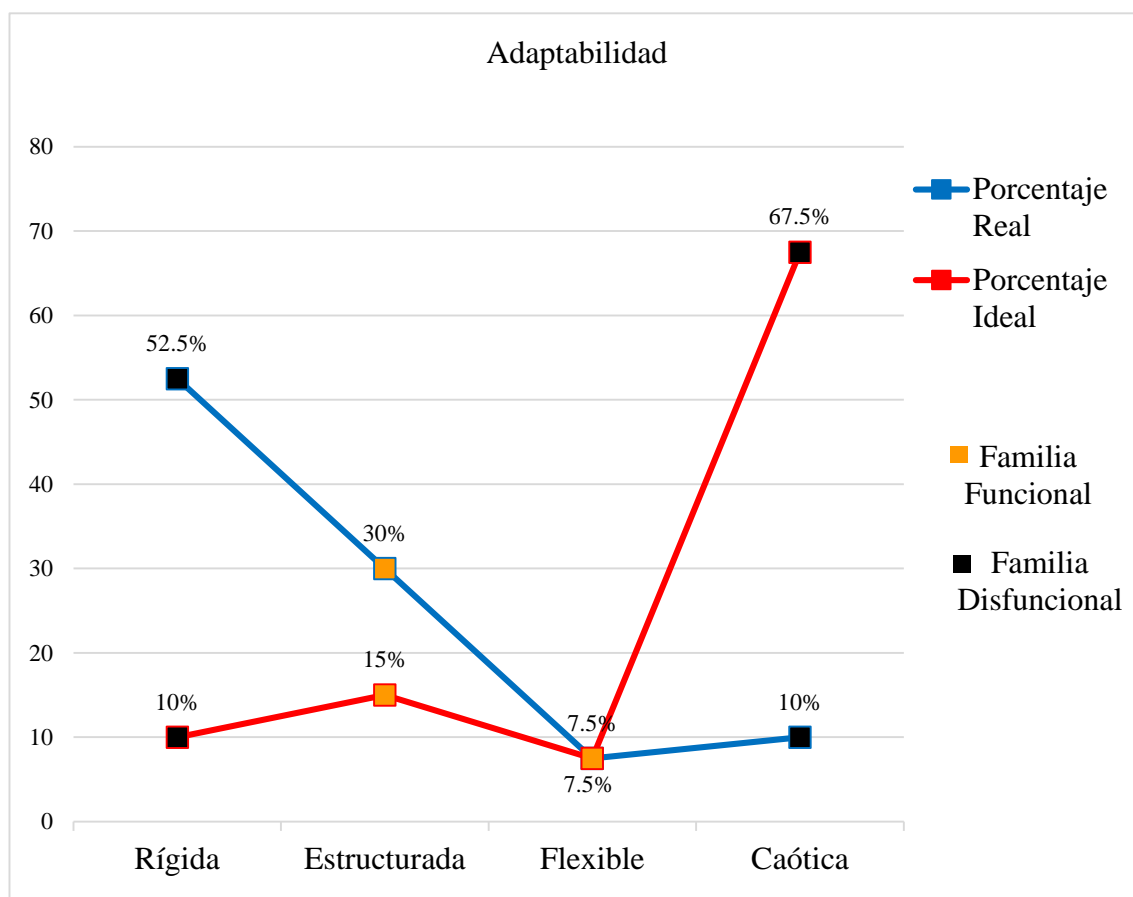
integrantes, de alto compromiso simbiótico, búsqueda de coalición entre padres e hijos, aun perdiendo su individualidad.

En ésta investigación ocurre un suceso interesante, pues en el área de la cohesión real las familias son desligadas como predominantes, sin embargo, en su apreciación ideal prefieren familias enredadas, lo que implica una necesidad de vinculación emocional de tipo dependiente, esto denota la insatisfacción con su familia. La situación podría estar dada por la interpretación o concepto que le atribuye el evaluado al apoyo familiar de acuerdo a sus conocimientos (nivel de instrucción), edad, sexo, ciclo evolutivo familiar.

Tabla 7: Tipos de familia basado en la Adaptabilidad Familiar de la muestra.

Tipo de Familia	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	Real	Real	Ideal	Ideal
Rígida	21	52.5%	4	10%
Estructurada	12	30%	6	15%
Flexible	3	7.5%	3	7.5%
Caótica	4	10%	27	67.5%
Total	40	100%	40	100%

Gráfico 7: Tipos de familia basado en la Adaptabilidad Familiar de la muestra



Interpretación:

Al investigar sobre la adaptabilidad familiar de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide del Hospital San Juan Pablo II del Cusco, como se observa en

la tabla y gráfico 7, se obtuvo que el 52.5% de la muestra presenta una familia real de tipo rígida, seguida del tipo de familia estructurada, representada por un 30% del total y finalizando el tipo de familia flexible, con 7.5% del total de la muestra.

La percepción idealizada que tienen los evaluados es de una familia caótica, representada con el 67.5%, secundando por el tipo de familia estructurada con un 15% del total.

En este caso, las familias disfuncionales, (rígida y caótica) se presenta en un 62.5% de los casos evaluados; en cuanto a las familias funcionales (estructurada y flexible) existen en un 37.5%, vislumbrando la mayor existencia de familias disfuncionales que funcionales en relación a la adaptabilidad.

Por consiguiente, la familia rígida se caracteriza por poseer un liderazgo autoritario, autocrático, de escasa negociación, roles establecidos y normas inmutables con resistencia al cambio, por otro lado, la idealización familiar que tienen los evaluados es de una familia Caótica, es decir, el índice de satisfacción familiar es bajo, siendo familias que aparentemente necesitarían límites difusos y ausencia de roles.

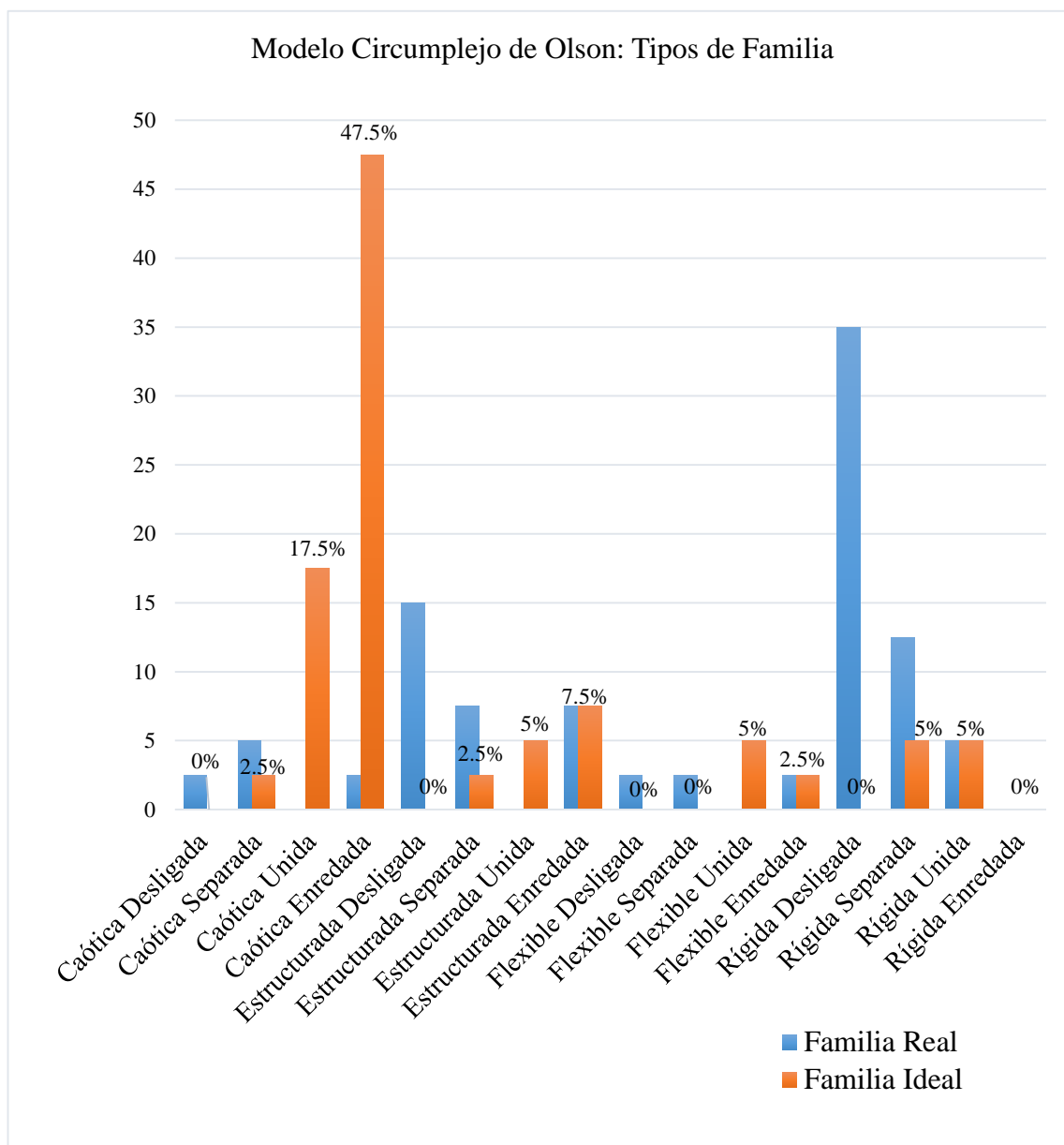
Estos resultados se tornan preocupantes, pues reflejan la problemática social que estamos atravesando, ya que la familia es la encargada de proporcionar formación integral de los individuos, funcionales física y psicológicamente, competentes, capaces de superar las problemáticas existentes en los diversos contextos, y en este caso la formación dentro de una dinámica rígida, implica la supresión de lo antes mencionado, situación que parece agravarse aún más cuando la idealización de familiar recae en el tipo caótico, que corresponde a extremo contrario de la rigidez, optando por tal, posiblemente por la búsqueda de flexibilidad, que definitivamente en la concepción de los evaluados apunta a un funcionamiento inconsistente y en ausencia de roles.

Por tanto, en la unión de la cohesión, adaptabilidad y comunicación, se genera el modelo Circumflejo de Olson, que se observa en seguida:

Tabla 8: Tipos de Familia según el Modelo Circumplejo de Olson de la muestra.

	<i>Familia Real</i>		<i>Familia Ideal</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
Caótica Desligada	1	2.5%	0	0%
Caótica Separada	2	5%	1	2.5%
Caótica Unida	0	0%	7	17.5%
Caótica Enredada	1	2.5%	19	47.5%
Estructurada Desligada	6	15%	0	0%
Estructurada Separada	3	7.5%	1	2.5%
Estructurada Unida	0	0%	2	5%
Estructurada Enredada	3	7.5%	3	7.5%
Flexible Desligada	1	2.5%	0	0%
Flexible Separada	1	2.5%	0	0%
Flexible Unida	0	0%	2	5%
Flexible Enredada	1	2.5%	1	2.5%
Rígida Desligada	14	35%	0	0%
Rígida Separada	5	12.5%	2	5%
Rígida Unida	2	5%	2	5%
Rígida Enredada	0	0%	0	0%
Total	40	100%	40	100%

Gráfico 8: Tipos de familia según el Modelo Circumplejo de Olson de la muestra

**Interpretación:**

Considerando el modelo circumplejo de Olson, se observa en la tabla y gráfico 8, el tipo de familia rígida desligada es predominante representado por un 35%, en relación a la familia real, seguida de la familia estructurada desligada con un 15%.

Respecto a la idealización familiar se obtuvo un porcentaje de 47.5% que representa a al tipo de familia caótica enredada, seguida de la familia caótica unida plasmada en un 17.5%.

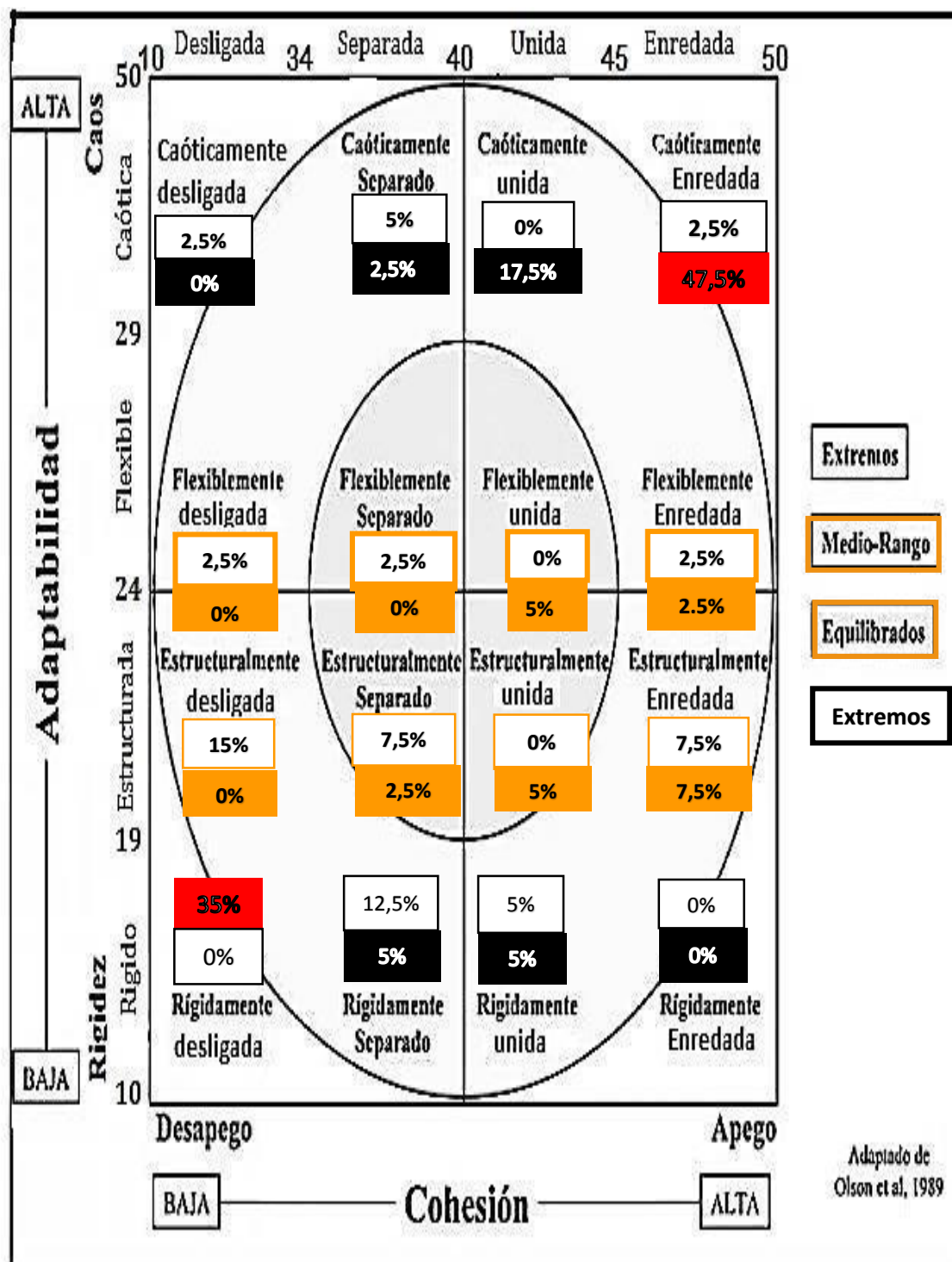


Figura 2: Tipos de familia, de la muestra en modelo circumflejo de Olson.

Interpretación:

Como se muestra en la figura 3; la familia rígida desligada que es predominante en la muestra, se caracteriza por un extremo desapego emocional, ausencia de compromisos familiar e interacción que se muestra en desbalance ante un liderazgo

autoritario, roles y normas fijas e impositivas, haciendo supresión de autonomía e individualidad, sin opción de cambios los integrantes constituyen subsistemas individuales y no comparten tiempo entre sus integrantes.

Dificultades para resolver sus problemas, de escasa negociación y decisiones impositivas, la resolución de sus conflictos recae en un miembro de la familia, convirtiéndolo a éste en líder autoritario; en el caso específico de la presente investigación, el paciente con diagnóstico de esquizofrenia paranoide asumiría un papel de “chivo expiatorio” dentro de la familia, ya que representa la disfuncionalidad de la misma a través de la manifestación de síntomas clínicos.

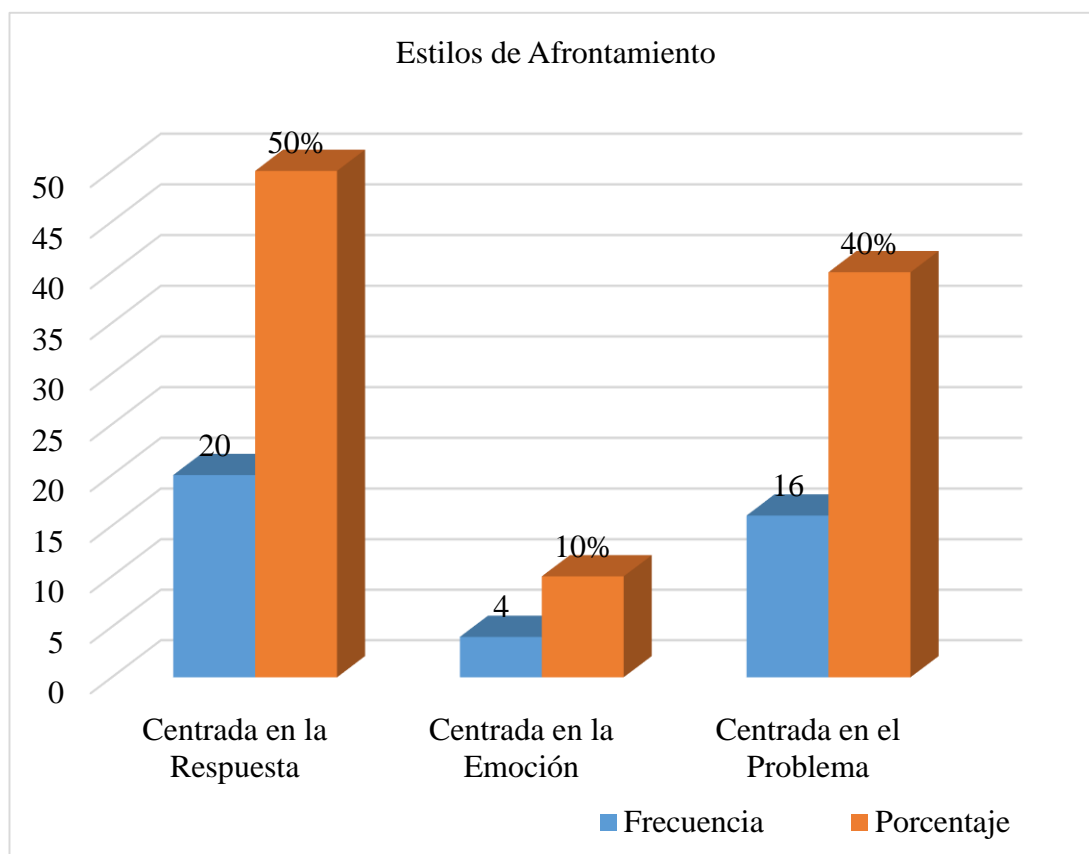
En relación a la idealización familiar de los pacientes, es predominante la familia caótica enredada simbolizando el deseo de los participantes por tener una familia, con ausencia de roles y liderazgo, sin límites y disciplina, sin embargo, manifiestan la necesidad de una familia dependiente emocionalmente, con subgrupos y coaliciones.

En referencia al estilo de afrontamiento del estrés predominante en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital de salud mental “San Juan Pablo II” Cusco-2016.

Tabla 9: Estilos de Afrontamiento del estrés de la muestra.

<i>Estilos de Afrontamiento</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
Centrado en la Respuesta	20	50%
Centrado en la Emoción.	4	10%
Centrado en el Problema	16	40%
Total	40	100%

Gráfico 9: Estilos de Afrontamiento del estrés de la muestra.



Interpretación:

De acuerdo a la investigación realizada, se observa en la tabla y gráfico 9, que el 50% de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, opta por un estilo de afrontamiento del estrés centrado en la respuesta (ver gráfico 9), seguido del estilo de afrontamiento del estrés centrado en el problema representado por el 40% y el estilo

de afrontamiento del estrés menos utilizado es el centrado en la emoción representado por un 10%.

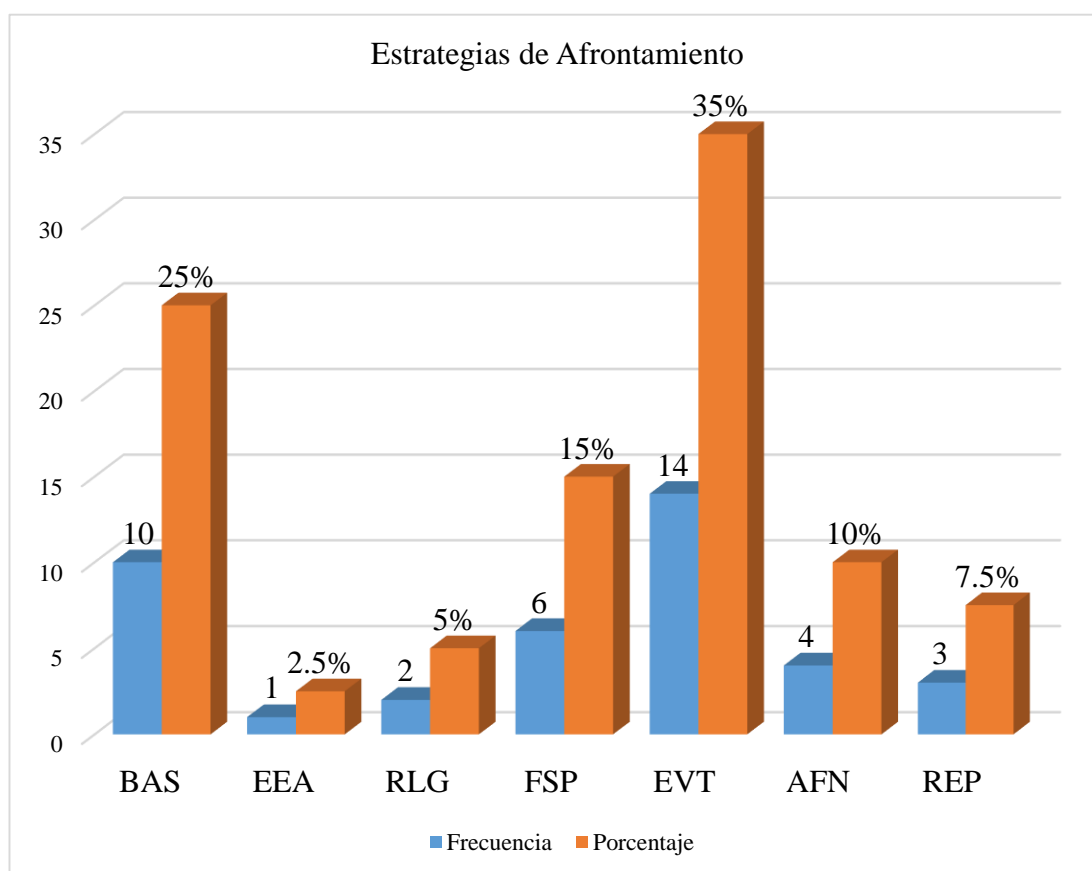
En consecuencia, el estilo centrado en la respuesta tiende a manejarse en circunstancias en las que el paciente asume aplazar el afrontamiento activo por la necesidad de ordenar y hacer acopio de sus recursos psicosociales distractivos, antes de afrontar activamente la situación; son estrategias centradas en la evasión, en la distracción, en tomar distancia del evento estresante, o volcarse en otra actividad para no pensar en ello.

En relación a las estrategias de afrontamiento del estrés predominante en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital de salud mental “San Juan Pablo II” Cusco-2016.

Tabla 10: Estrategias de Afrontamiento del estrés en la muestra.

<i>Estrategias De Afrontamiento</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
Búsqueda de apoyo social (BAS)	10	25%
Expresión Emocional Abierta (EEA)	1	2.5%
Religión (RLG)	2	5%
Focalizado en la solución del problema (FSP)	6	15%
Evitación (EVT)	14	35%
Auto focalización negativa (AFN)	4	10%
Reevaluación Positiva (REP)	3	7.5%
Total	40	100%

Gráfico 10: Estrategias de Afrontamiento del estrés en la muestra.



Interpretación:

Como se observa en la tabla y gráfico 10, el 35% de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, opta por la estrategia de afrontamiento del estrés de evitación, seguida la estrategia de afrontamiento del estrés de apoyo social, representada por el 25% y la estrategia de afrontamiento del estrés menos utilizada es la expresión emocional abierta (2,5%).

La estrategia de afrontamiento del estrés predominante de evitación se caracteriza por la desconexión del afrontamiento, centrada en eludir el planeamiento y mecanismos resolutivos, que permitan afrontar el conflicto, por tanto, los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, acuden a actividades ajenas al problema, la cual puede explicarse por la dificultad en la aceptación de la enfermedad en el paciente con diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

5.2 Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas.

En la búsqueda de conocer la relación existente entre los tipos de familia y estilos de afrontamiento del estrés en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del Hospital de salud mental San Juan Pablo II Cusco-2016, se obtiene lo siguiente:

Tabla 11: Tabla de contingencia de tipos de familia según la cohesión y los estilos de afrontamiento del estrés en la muestra.

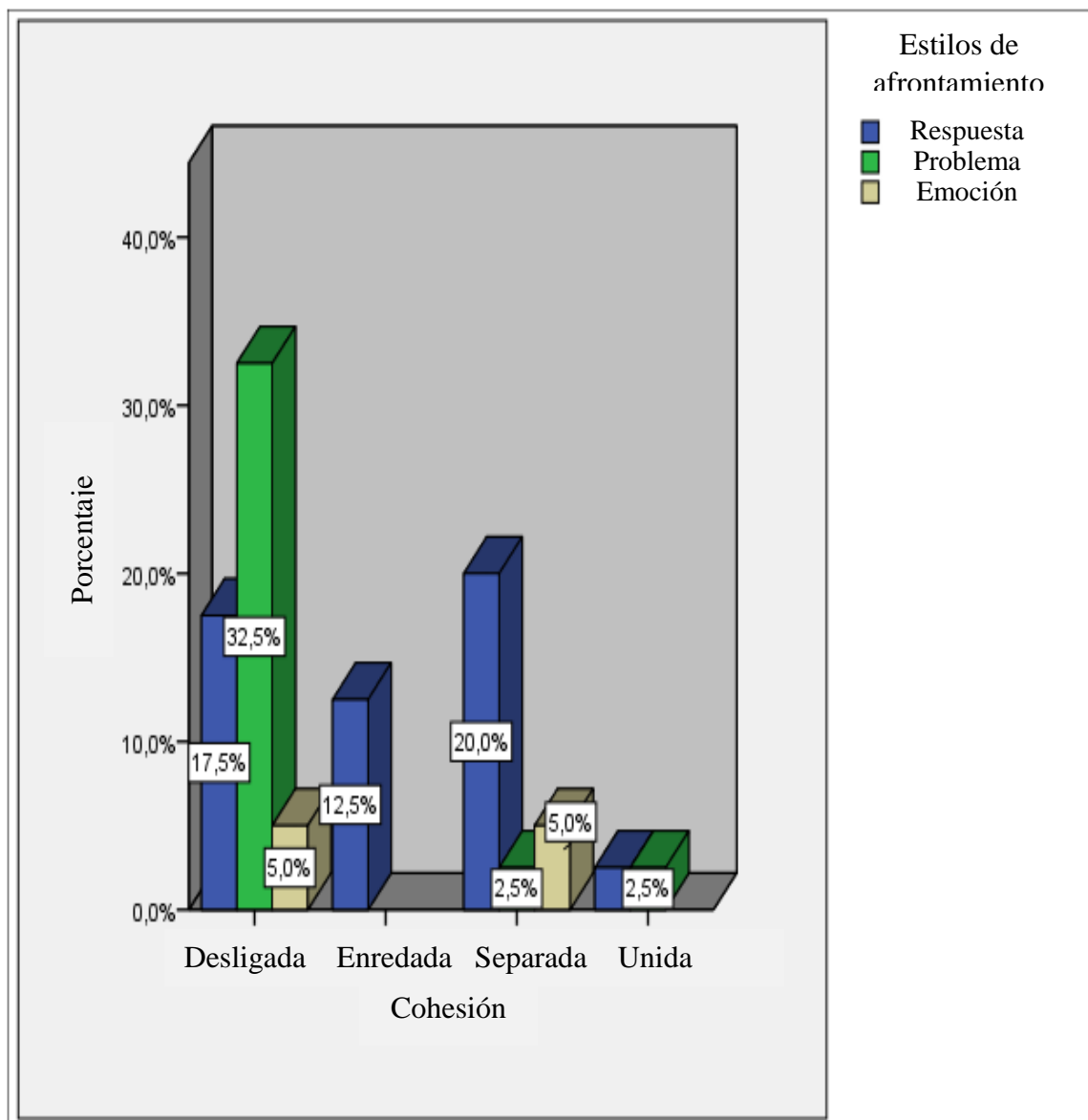
Cohesión	Estilos de Afrontamiento							
	Respuesta		Problema		Emoción		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Desligada	7	17,5%	13	32,5%	2	5,0%	22	55,0%
Enredada	5	12,5%	0	,0%	0	,0%	5	12,5%
Separada	8	20,0%	1	2,5%	2	5,0%	11	27,5%
Unida	1	2,5%	1	2,5%	0	,0%	2	5,0%
Total	21	52,5%	15	37,5%	4	10,0%	40	100,0%

$\chi^2 = 13.32$ P = 0.038

Cuadro 7: Prueba de Hipótesis de tipos de familia según la cohesión y los estilos de afrontamiento del estrés en la muestra.

Hipótesis estadística	<p>H₁: Existe relación entre los tipos de familia y los estilos de afrontamiento del estrés en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del hospital de salud mental “San Juan Pablo II” Cusco-2016.</p> <p>H₀: No existe relación entre los tipos de familia y los estilos de afrontamiento del estrés en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del hospital de salud mental “San Juan Pablo II” Cusco-2016.</p>	
Nivel de significación	$\alpha = 0,05 = 5\%$	
Estadígrafo de contraste	$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$	Valor calculado
		$\chi^2 = 13.32$
Valor p calculado	$p = 0.038$	

Gráfico 11: Relación de tipos de familia (cohesión) y Estilos de Afrontamiento de la muestra.



Interpretación:

Como $p < 0,05$, rechazamos la hipótesis nula y concluimos que existe relación entre tipos de familia y estilos de afrontamiento del estrés en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital San Juan Pablo II del Cusco-2016.

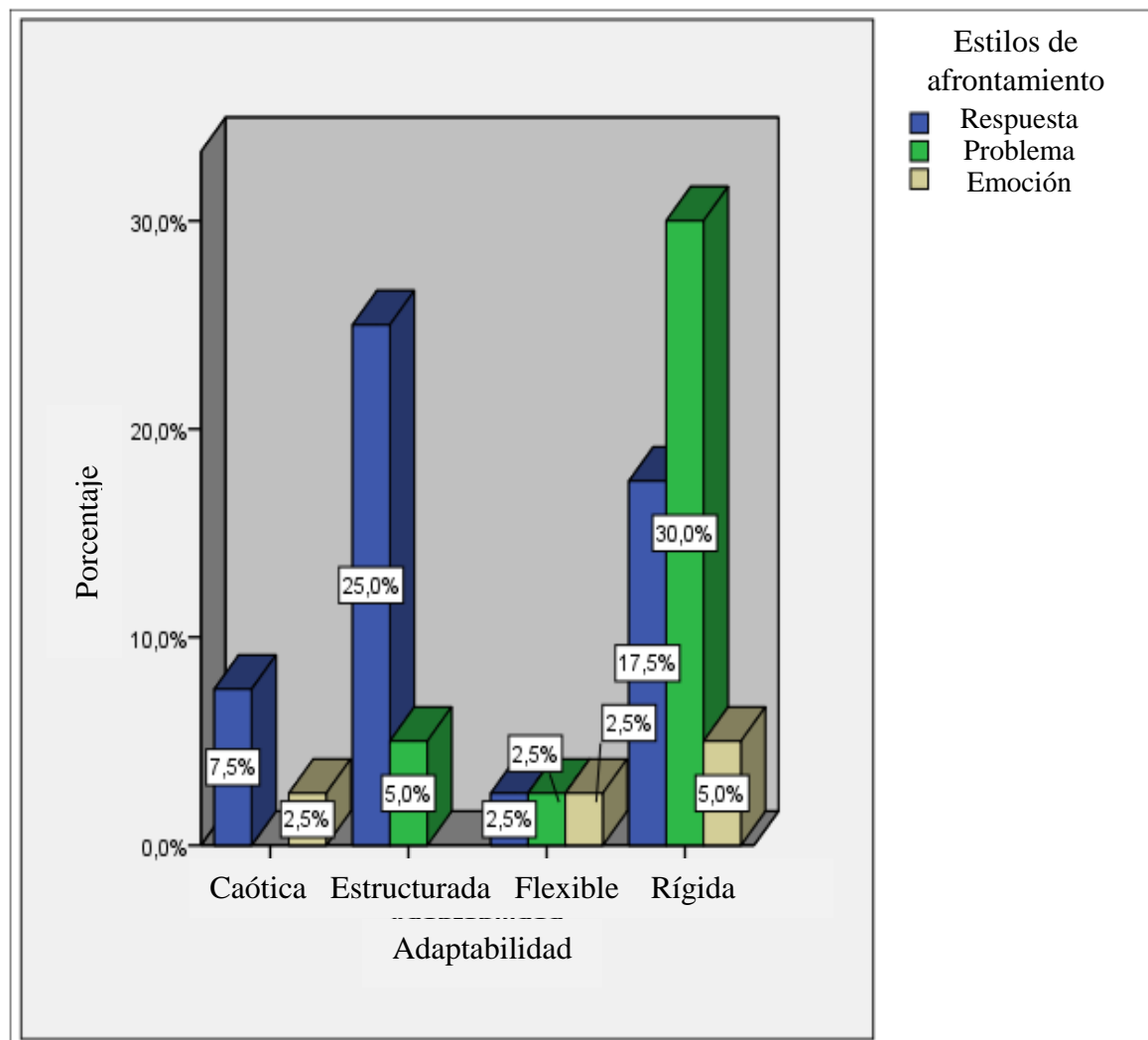
Tabla 12: Tabla de contingencia de tipos de familia según la adaptabilidad y los estilos de afrontamiento del estrés en la muestra.

Adaptabilidad	Estilos de Afrontamiento							
	Respuesta		Problema		Emoción		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Caótica	3	7,5%	0	,0%	1	2,5%	4	10,0%
Estructurada	10	25,0%	2	5,0%	0	,0%	12	30,0%
Flexible	1	2,5%	1	2,5%	1	2,5%	3	7,5%
Rígida	7	17,5%	12	30,0%	2	5,0%	21	52,5%
Total	21	52,5%	15	37,5%	4	10,0%	40	100,0%
$\chi^2 = 13.04$							P = 0.042	

Cuadro 8: Prueba de hipótesis de tipos de familia según la adaptabilidad y los estilos de afrontamiento del estrés en la muestra.

Hipótesis estadística	<p>H₁: Existe relación entre los tipos de familia y estilos de afrontamiento del estrés en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del hospital de salud mental “San Juan Pablo II” Cusco-2016.</p> <p>H₀: No existe relación entre los tipos de familia y los estilos de afrontamiento del estrés en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del hospital de salud mental “San Juan Pablo II” Cusco-2016.</p>	
Nivel de significación	$\alpha = 0,05 = 5\%$	
Estadígrafo de contraste	$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$	Valor calculado
		$\chi^2 = 13.04$
Valor p calculado	p = 0.042	

Gráfico 12: Relación de tipos de familia (adaptabilidad) y Estilos de Afrontamiento de la muestra.



Interpretación:

Como $p < 0,05$, rechazamos la hipótesis nula y concluimos que existe relación entre tipos de familia y estilos de afrontamiento del estrés en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital San Juan Pablo II del Cusco-2016.

Por tanto, los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital San Juan Pablo II del Cusco-2016; mantienen un estilo de afrontamiento del estrés inadecuado, asociado al tipo de familia rígida desligada, que, por ser disfuncional, no permitiría el adecuado desarrollo personal de sus integrantes, formándolos indiferentes, con dificultades en la toma de decisiones y carentes de herramientas para resolución de problemas.

5.3 Discusión de resultados.

En consideración de los resultados obtenidos en la presente investigación, de acuerdo los tipos de familia según cohesión familiar, encontramos como destacada con el 55%, la familia desligada (real) y enredada con 57% (ideal), buscando en sí una familia con vinculación emocional dependiente de alto compromiso simbiótico, donde se ejerza control por parte de sus integrantes, y se creen de coaliciones entre padres e hijos, resultados que coinciden con lo manifiesto por Salvador Minuchin en su libro "Families and Family Therapy" 1974, refiriendo, en la familia apartada (desligada), se manifiesta una ausencia relativa de conexiones poderosas, y los nexos de relación entre los miembros de la familia son débiles o inexistentes. Por contraste, en la familia enredada se parecía a un sistema activado por error, con una gran resonancia entre las partes. El estilo apartado dio a los investigadores la impresión de un campo atomista; los miembros de la familia tienen largos momentos en que se desplazan como en órbitas aisladas, sin relación entre sí; la familia enredada se caracterizaba por una "íntima interrelación" de sus miembros, y su calidad de conexión es tal que los intentos de un miembro por cambiar provocan una rápida resistencia complementaria de parte de los demás; por consiguiente, se muestra una clara insatisfacción del paciente esquizofrénico paranoide en relación al tipo de familia donde se desenvuelve.

De acuerdo a los tipos de familia según adaptabilidad familiar, predomina la familia real de tipo rígida (52.5%) y la percepción idealizada que tienen los evaluados es de una familia caótica, representada con el 67.5%, representando así disfuncionalidad de la misma, y caracterizándose por poseer un liderazgo autoritario, autocrático, de escasa negociación, con roles establecidos y normas inmutables de resistencia al cambio, por tanto el paciente con diagnóstico de esquizofrenia asumiría un papel de "chivo expiatorio" dentro de la familia, ya que representa la disfuncionalidad de la misma a

través de la manifestación de sintomatología clínica, lo que coincide con la investigación denominada “caracterización de los roles en las familias de origen de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia en el hospital psiquiátrico Julio Endara de Quito”, María Fernanda Ortiz Durán en el 2013, donde concluyen que los tipos de roles en las familias de origen de los esquizofrénicos se caracterizan por la falta de claridad, ambigüedad y definición de los roles familiares genera sintomatologías, como lo es la esquizofrenia debido a la ambivalencia del mensaje que recibe el hijo o hija, estableciéndose dobles vínculos, tomando en cuenta la búsqueda de flexibilidad, que definitivamente en la concepción de los evaluados apunta a un funcionamiento inconsistente y con ausencia de roles.

De acuerdo al estilo de afrontamiento, resulta ser predominante, el estilo centrado en la respuesta, representado por el 50% y se caracteriza por manejarse en aquellos momentos en los que la persona asume aplazar el afrontamiento activo por la necesidad de ordenar y hacer acopio de sus recursos psicosociales antes de afrontar activamente la situación, donde intenta tomar distancia del evento estresante, o volcarse en otra actividad para no pensar en ello, resultado que en alguna medida coincide con lo manifestado por Salvador Perona y Antonio Galán (2012), quienes afirman que los sujetos con un diagnóstico de psicosis suelen utilizar estilos de afrontamiento ineficaces cuando están sometidos a muy altos niveles de estrés y tensión, por tanto los estilos más utilizados desde este punto de vista son las conductuales (de respuesta) y las dirigidas a la emoción, en este sentido, el uso del estilo predominante no constituye beneficio en el proceso terapéutico del paciente con diagnóstico de esquizofrenia, considerando que la importancia yace en la aceptación de la enfermedad para obtener una adherencia al tratamiento aceptable, se ve necesario incentivar en el

paciente estilos de afrontamiento centrados en la solución del problema (40%), buscando generar, un aceptable afrontamiento del estrés.

La evitación es la estrategia que predomina en la muestra, representada con el 35%, lo que significa que existe desconexión del afrontamiento, por tanto, los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia se centran en eludir el planeamiento y mecanismos resolutivos, que permitan afrontar el conflicto como tal, lo cual coincide con los resultados en la investigación de María Fernández y Miguel Ángel Díaz, titulada *Relación entre estrategias de afrontamiento, síndromes clínicos y trastornos de personalidad en pacientes esquizofrénicos crónicos en la Unidad de Rehabilitación de salud mental, Cádiz (2011)*, donde concluyen que las estrategias de afrontamiento centradas en la evitación de situaciones problemáticas, son utilizadas en mayor medida y donde los pacientes principalmente realizan otras actividades (distracción) y en menor medida recurren a otras personas (diversión).

Deslindamos a partir de la presente investigación la importancia de los tipos de familia y su relación con los estilos de afrontamiento del estrés que se desarrollan a lo largo de la vida como refiere Ortíz, en el 2008, “la familia es la primera fuente donde se aprende a manejar los afectos, cualquiera que sea su tipo y esta experiencia marca profundamente el desarrollo de los niños, así como su manera de establecer las relaciones con personas fuera del círculo familiar”.

En este caso específico de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, quienes por su condición clínica, son los que reflejan las disfuncionalidades del sistema familiar, formando personalidades pródromas y por ende inadecuados mecanismos de afrontamiento del estrés, factores como la dinámica familiar generacional y factores individuales de personalidad o la desinformación, podrían explicar la disfuncionalidad en estos grupos, por lo cual esta investigación invita a la apertura de nuevas

investigaciones en relación a la población esquizofrénica, que permita mejorar el tratamiento y calidad de vida de los mismos.

CONCLUSIONES

PRIMERA: El tipo de familia según cohesión familiar, predominante en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II, es desligada (55%), sin embargo, resalta la familia enredada (57%) como familia ideal, desplegando así insatisfacción familiar en la muestra evaluada. La situación está dada por la interpretación o concepto que le atribuye el evaluado al apoyo familiar de acuerdo a sus conocimientos (nivel de instrucción), edad, sexo, ciclo evolutivo familiar.

SEGUNDA: El tipo de familia predominante según adaptabilidad familiar, en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II, es rígida (52,5%), por otro lado, como familia ideal caótica (67,5%), se evidencia entonces escasa comunicación familiar, la cual es originada por situaciones de estrés y directamente relacionadas a familias disfuncionales.

TERCERA: El estilo de afrontamiento del estrés centrado en la respuesta prepondera en la muestra con el 50%, lo que indica que los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II, asumen aplazar el afrontamiento activo por la necesidad de ordenar y hacer acopio de sus recursos psicosociales distractivos, esto muchas veces asociado a la autonegación de su condición mental.

CUARTA: La estrategia de afrontamiento del estrés denominada evitación, representada por 35%, es significativa en la investigación, lo que implica que los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide afrontan situaciones de estrés recurriendo a apartarse del problema, enfocarse en actividades de distracción o estrategias paliativas, asociada posiblemente a la disfuncionalidad familiar donde se

desenvuelve, lo que genera dificultades en la toma de decisiones siendo carentes de herramientas para resolución de problemas.

QUINTA: Existe relación entre tipos de familia y los estilos de afrontamiento del estrés en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II, donde en relación a la cohesión familiar y estilos de afrontamiento “p” asume el valor de 0.038 y en relación a la adaptabilidad familiar y estilos de afrontamiento “p” asume el valor de 0.042, siendo ambas menores de 0.05, permite rechazar la hipótesis nula y por consiguiente, la afirmación de la relación entre las variables; lo que significa que mantienen un estilo de afrontamiento del estrés inadecuado, asociado al tipo de familia rígida desligada, que, por ser disfuncional, no permitiría el adecuado desarrollo personal de sus integrantes, formándolos indiferentes, con dificultades en la toma de decisiones y carentes de herramientas para resolución de problemas.

SUGERENCIAS

PRIMERA: A partir de los resultados obtenidos se considere como un precedente para abrir campo a nuevas investigaciones respecto a temas concernientes a la salud mental en la región y contribuir a aclarar aspectos relacionados; a fin de elaborar estrategias y programas de intervención al respecto.

SEGUNDA: Desarrollar programas de asesoría u orientación psicológica en el Hospital de salud mental San Juan Pablo II enfocados en la familia como pilar fundamental en el tratamiento de esquizofrenia, que permitan mejorar la calidad de vida de los familiares y pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, con la finalidad de promover la necesidad de establecer sistemas familiares caracterizados por el diálogo y fortalecimiento de lazos afectivos (adecuada cohesión y adaptabilidad), buscando incrementar los tipos de familia balanceadas, que participen de forma activa en el desarrollo integral de sus miembros, en prevención de personalidades prodrómicas y también el acompañamiento al paciente.

TERCERA: Se sugiere al hospital San Juan Pablo II, se considere fortalecer aspectos preventivos y de promoción (intervención primaria) de la salud en la población, enfocado desde un pilar importante que es el funcionamiento familiar balanceado y desde la intervención secundaria y terciaria, informar y preparar a la familia para que se convierta en un factor de protección y apoyo para el paciente esquizofrénico paranoide, en su adherencia al tratamiento psicofarmacológico, además de incrementar talleres de afrontamiento del estrés, buscando reducir factores de recaída en los pacientes esquizofrénicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson. (2002). Familia y escuela: dos mundos llamados a trabajar en común. *Revista de Educación*, 127.
- Association American Psychiatric [DSM 5]. (2013). *Manual de Diagnostico y Estadístico de Trastornos Mentales: DSM 5*. España: Panamericana. Obtenido de American Psychiatric Association.
- Ban & Ucha Udabe. (1995). Clasificación de la psicosis. *Psiquiatría biológica*, 22.
- Barrientos, F. (2008). Medicina Preventiva. *Revista sobre Salud y Nutrición*, 13.
- Bleuler, E. (1908). Tratamiento farmacológico en pacientes con esquizofrenia. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*.
- Camacho. (2009). Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson. 81.
- Camacho, León & Silva. (2009). Funcionamiento Familiar según Modelo Circumplejo de Olson. *Rev. Enferme. Herediana*, 80-85.
- Campos & Turró . (2004). Esquizofrenia, historia, impacto socioeconómico y atención primaria de salud. *Revista cubana de Medicina*, 33.
- Casañas, M. (2015). Mala nutrición cerebral y trastornos psicóticos. *BVS Revistas*, 42.
- Clasificador Internacional de Enfermedades CIE10. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Forma S.A.C.
- Código de ética del Colegio de Psicólogos del Perú. (1980). 5-7.
- De La Lengua, R. A., Academia, R., Calpe, E. & Secundaria, E. (1992). *Diccionario de la Lengua Española vol. 1*. Madrid: Real Academia Española.
- Díaz M., M. (2013). *Afrontando la esquizofrenia. guía para pacientes y familiares*. Madrid: Enfoque Editorial S.C.

- Eckenro de Swindle & Moos. (1992). Estrategias para combatir el estrés. *eduPsykhé*, 149-178.
- Engels. (1988). Origen de la Familia. En F. Engels, *Origen de la Familia* (pág. 18). Moscú: Progreso.
- Everly. (1989). Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento (E3A). *Revista de Motivación y Emoción*, 44.
- Fernández V., & Giráldez . (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13(3). *Psicothema*, 13.
- Fernández-Abascal. (1997). Diferencias en las estrategias de afrontamiento de acuerdo a variables sociodemográficas y el tiempo de diagnóstico en pacientes hipertensos del Centro Médico Corpas Niza. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 6.
- García & Pérez . (2003). Reivindicación de la persona en la esquizofrenia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 116.
- Gaviria. (1998). Paradigma Bioético por Excelencia. En G. Neira, *Práctica Médica en Colombia* (pág. 16). Bogotá: Página Maestra editores.
- Gejman & Sanders. (2012). La etiología de la esquizofrenia. *SciELO*.
- Godoy. (2001). El estrés crónico en la esquizofrenia: la emoción expresada. *Revista de Motivación y Emoción*, 7.
- Hernandez. (2008). *Metodología de la investigación en ciencias de la salud*. Bogotá: ECOE.
- Hernández C. (1997). Adaptabilidad y cosmovisión familiar. En A. H. Córdoba, *Familia, ciclo vital y Psicoterapia sistémica breve* (págs. 30-33). Santa Fe de Bogotá: El Búho.

- Hernandez C. (1997). Perspectivas en la cosmovisión familiar. En A. H. Cordoba, *Familia, ciclo vital y psicoterapia sistémica breve* (págs. 13-24). Santa Fe de Bogotá: El Búho.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*, 213-218.
- INSM. (7 de Octubre de 2014). *Instituto Nacional de Salud Mental*. Obtenido de Instituto Nacional de Salud Mental: <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2014/040.html>
- Kaplan & Saccuzo. (2006). *Pruebas Psicológicas: Principios, aplicaciones y temas*. Madrid : Thomsom.
- Kerlinger. (1979). Diseños no experimentales. En R. H. Sampieri, *Metodología de la investigación* (pág. 116). México: McGRAW.
- Kraepelin. (1919). Etimología de algunos términos usados en medicina. *Revista argentina de radiología*, 149-152.
- Lazarus & Flokman. (1986). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 4.
- Lorente & Martinez. (2003). Validez y confiabilidad de la versión española de la . *Revista chilena de neuro-psiquiatría escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell & Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena*.
- Madrid, H. M. (1990). Familia y esquizofrenia: una revisión desde el punto de vista de la interacción familia. *Ejes de psicología*, 11.
- Martinez. (2011). Acompañamiento familiar durante el tratamiento de pacientes con diagnóstico de enfermedad mental. *DIALNET*, 48.

- McGrath. (1970). El Síndrome de “Burnout” en odontólogos del Área. *ULACIT*, 4.
- Membrillo. (26 de Febrero de 2016). *Medicos Familiares*. Obtenido de Medicos Familiares: <http://www.medicosfamiliares.com/familia/clasificacion-o-tipologia-de-la-familia.html>
- Ministerio de Salud. (8 de Febrero de 2015). *Ministerio de Salud*. Obtenido de Ministerio de Salud: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16093>
- Minuchin & Fishman. (2004). Técnicas de Terapia Familiar. En J. L. Etcheverry, *Técnicas de Terapia Familiar* (pág. 27). Buenos Aires: Paidós.
- Minuchin. (1982). Recuperación crítica de los conceptos de familia. “*Revista Virtual Universidad Católica del Norte*”. No. 35, 33.
- Nicolini S. & López S. (2012). La Genetica de la esquizofrenia Esquizofrenia. *Estado actual y perspectivas*, 73-104.
- Obiols & Vicens. (2003). Etiología y signos de riesgo en la esquizofrenia. . *International journal of psychology and psychological therapy*, 143.
- Oficina de Admisión del HSM San Juan Pablo II. (2016). *Estadística anual de atenciones por servicio de psicología*. Cusco.
- Olson. (1997). Adaptabilidad Familiar. En A. P. Cano, *Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia* (pág. 195). Madrid: Gráficas Anzos S. L.
- Olson. (1997). Cohesión Familiar. En A. P. Cano, *Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia* (pág. 197). Madrid: Gráficas Anzos S. L.
- Olson, D. (1976). “Evaluación Psicológica y Psicopatológica de la familia”. En L. y. Martínez, “*Evaluación Psicológica y Psicopatológica de la familia*” (pág. 195). Pamplona: RIALP.
- OMS. (Abril de 2016). *OMS: Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de OMS:Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/es/>

- Organización de las Naciones Unidas. (Enero de 2014). *Centro de noticias ONU*.
Obtenido de Centro de noticias ONU: <http://www.un.org/spanish/News/>
- Organización Mundial de la Salud. (Abril de 2016). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de OMS: <http://www.who.int/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). Perfil epidemiológico de las enfermedades mentales. *Revista de Salud Pública*, 8.
- Ortiz. (2008). Las Familias ante la Discapacidad. *Revista Electronica de Psicología Iztacala*, 5.
- Pacheco, Citron y García. (2006). El Significado de "Familia" en la Familia Reconstituida. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 19. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133920321003.pdf>
- Palacio. (2011). La familia en desorden. En I. V. Venegas, *La familia en desorden* (pág. 61). México DF: Fondo de Cultura Económica.
- Pelechano. (1991). Estrategias de afrontamiento en cuidadores familiares de personas con dependencia de la Corporación Coloresa . *Doctoral dissertation, Psicología*, 773.
- Pereira. (2002). Duelo: Desde el punto de vista Individual al Familiar . En R. P. Tercero, *Sistemas Familiares* (págs. 48-61). Bilbao: Pau.
- Perona C. & Galán R. (2012). Estrategias de afrontamiento en psicóticos. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 171.
- Piaget. (1948). El cognitivismo y constructivismo. *Ilustrados*, 2.
- Polanco. (2003). Investigación y atención psicosocial de familias de personas con discapacidad: un enfoque práctico por medio del Mapa de Calidad de Vida Familiar. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 530.

- Ponce, A. D. (12 de Abril de 2016). Derecho de Familia. *La Hora*, pág. 25.
- Querelle & Cia. (Octubre de 2011). *Ambiente Socio-Familiar y su influencia en el bienestar integral de dos pacientes con trastornos de Esquizofrenia, atendidos en el HUAPA*. Obtenido de Bistream: <http://ri.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/3677/1/Tesis-BeltranyRodriguez.pdf>
- Real Academia Española. (Octubre de 2014). *Real Academia Española*. Obtenido de Real Academia Española: <http://dle.rae.es/?id=HZnZiow>
- Rivera, F. (2013). Psiquiatría y genética. *Revista Psiquiátrica Peruana*, 48.
- Roca Bennasar & Cañas de Paz. (2007). Esquizofrenia. En R. B. Paz, *Adherencia Terapéutica en la Esquizofrenia y otros Trastornos Psiquiátricos* (pág. 92). Madrid: ARS MEDICA.
- Sanchez & Gutierrez. (2000). *Terapia Familiar: Modelos y Técnicas*. Mexico D.F: El Manual Moderno.
- Sandín. (1995). El estrés. En B. S. A. Belloch, *Manual de Psicopatología* (págs. 3-52). Madrid: McGraw- Hill.
- Sandín. (1999). Evaluación del estrés psicosocial. En B. V. Sandin, *Estres psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas* (págs. 245-316). Madrid: B. Sandín.
- Schmidt, Barreyro y Magglio. (2010). “Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿ Modelo de dos o tres factores?”. *Red de Revistas Científicas de America, el Caribe, España y Portugal*, 31.
- Segovia & Sotomayor . (Setiembre de 2001). Teoría de la Comunicación: Una Introducción a su estudio. En M. M. Alonso, *Teoría de la Comunicación: Una Introducción a su estudio*. Pablo de la Torriente. Obtenido de Dialnet: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2261/1/tps762.pdf>

- Selye. (1936). "A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents". *Nature*.
- Sepúlveda & Vildósola. (2012). Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad . *Boletín medico* , 347-359.
- Sociedad Española de Psiquiatría. (2000). Episodio psicótico agudo. *Consenso español sobre evaluación y tratamiento de la esquizofrenia.*, (págs. 14-15). Madrid.
- Uribe. (2006). *Comunicación familiar: un mundo de construcciones simbólicas y relacionales*. Manizales: Universidad de Caldas.
- Vasconcelles. (2005). Diferencias en las estrategias de afrontamiento de acuerdo a variables sociodemográficas y al tiempo de diagnóstico en pacientes hipertensos del Centro Médico. *Med*, 158.
- Watzlawick, Helmick y Don. (1985). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.
- Winnicot. (1995). Enfoque sistémico e interdisciplinario. En UNESCO, *Políticas Públicas para la Infancia* (pág. 45). Santiago de Chile: Foxley.
- Zanori. (1989). El concepto de familia y la formación académica en trabajo social. En R. & Leso, *Reflexión de Trabajo Público* (pág. 21). Buenos Aires: ISSN.

ANEXOS Y APENDICES