



# UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

## ESCUELA DE POSGRADO

### DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD



#### TESIS

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN  
PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO MENTAL QUE  
ACUDEN AL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2020**

**PRESENTADA POR:**

**BETZABE MARIA RIOS AVILA**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:**

**DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**PUNO, PERÚ**

**2022**



## DEDICATORIA

*A Dios supremo, que me permite día a día luchar por mis metas y por estar conmigo en cada paso que doy.*

*A mis padres Domingo y María, por su inmensurable amor, comprensión y apoyo incondicional.*

*A mis hermanos Ruth, Noemi y Josué, por ser la razón de que esté hoy aquí.*

*A mis sobrinos, quienes son la inspiración y motivación para seguir adelante.*

*A todos los pacientes, familiares y personas que colaboraron para la realización del presente estudio.*



## AGRADECIMIENTOS

*A mi querida casa de estudios, la Universidad Nacional del Altiplano y a cada uno de sus docentes del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud; quienes fueron parte y ejemplo en mi formación profesional.*

*A los distinguidos miembros del jurado calificador: Dra. María Trinidad Romero Torres, Dr. Jorge Luis Mercado Portal y Dr. Dante Elmer Hanco Monrroy; por su orientación y el apoyo para la culminación de la presente investigación.*

*A mi asesor de tesis: Dr. Juan Isidoro Gómez Palomino, por haberme proporcionado la asesoría necesaria en este trabajo de investigación.*



## ÍNDICE GENERAL

	<b>Pág.</b>
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
ÍNDICE DE TABLAS	vi
ÍNDICE DE ANEXOS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	1

### CAPÍTULO I

#### REVISIÓN DE LITERATURA

1.1. Marco Teórico	3
1.1.1. Funcionalidad familiar	3
1.1.2. Cohesión familiar	7
1.1.3. Adaptabilidad familiar	10
1.1.4. Adherencia al tratamiento	12
1.1.5. Trastorno mental	18
1.2. Antecedentes	27
1.2.1. A nivel internacional	27
1.2.2. A nivel nacional	31
1.2.3. A nivel local	37



## CAPÍTULO II

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Identificación del problema	39
2.2. Enunciados del problema	40
2.3. Justificación	41
2.4. Objetivos	42
2.4.1. Objetivo general	42
2.4.2. Objetivos específicos	42
2.5. Hipótesis	42
2.5.1. Hipótesis general	42
2.5.1. Hipótesis específicas	42

## CAPÍTULO III

### MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Lugar de Estudio	44
3.1.1. Ubicación geográfica	44
3.2. Población	44
3.3. Muestra	44
3.3.1. Criterios de selección:	45
3.4. Método de investigación	45
3.4.1. Tipo y diseño de investigación	45
3.4.2. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	45
3.5. Descripción detallada de métodos por objetivos específicos	47



## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Análisis de resultados	52
4.1.1. Determinar la relación de la funcionalidad familiar en términos de cohesión y la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020.	52
4.1.2. Determinar la relación de la funcionalidad familiar en términos de adaptabilidad y la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020.	54
4.1.3. Identificar la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020.	57
CONCLUSIONES	60
RECOMENDACIONES	61
BIBLIOGRAFÍA	63
ANEXOS	71

Puno, 18 de enero del 2022

**ÁREA:** Ciencias Médicas, Ciencias de la Salud

**TEMA:** Funcionalidad familiar, adherencia al tratamiento y trastorno mental.

**LÍNEA:** Medicina integral, medicina complementaria.



## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
1. Relación entre funcionalidad familiar (cohesión) y adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020	52
2. Relación entre funcionalidad familiar (adaptabilidad) y adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020	54
3. Adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020	57



## ÍNDICE DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
1. Matriz de consistencia	72
2. Cuestionario Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento	73
3. Consentimiento informado	76
4. Baremo de puntaje e interpretación según Olson	77
5. Modelo Circumplejo de Olson: 16 tipos de sistemas familiares y maritales	77
6. Características sociodemográficas	78
7. Relación entre el funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento	79



## RESUMEN

La investigación buscó precisar la relación entre la funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano- Juliaca, 2020. El estudio fue descriptivo con diseño correlacional y corte transversal, cuya muestra estuvo conformada por 116 pacientes de ambos sexos, de 18 a 59 años. Los instrumentos de medición fueron: Escala de evaluación de la funcionalidad familiar (FACES III) y Drug Attitude Inventory (DAI). Para la comprobación de la hipótesis se utilizó la prueba de Chi Cuadrada y para determinar la relación entre las variables se utilizó la prueba estadística del coeficiente de contingencia de Pearson. Se procesaron los datos en el programa estadístico SPSS versión 25. Los resultados muestran: Las familias con cohesión desligada, considerada como disfuncional, no presentaron adherencia al tratamiento (33,62 %); por el contrario, las familias con cohesión conectada que son consideradas como funcionales si mostraron adherencia (31,03 %). Las familias con adaptabilidad flexible considerada funcional, no demostraron adherencia al tratamiento (27,59 %); asimismo, las familias con adaptabilidad caótica considerada como disfuncional tampoco mostraron adherencia (22,41 %). En relación a la adherencia al tratamiento, se evidencia de manera considerable el no cumplimiento terapéutico (51,72%). Concluyendo que: La funcionalidad familiar en sus dimensiones de cohesión y adaptabilidad si se relacionan puesto que la prueba estadística es significativa  $p(0.000) < \alpha(0.05)$ . El tipo de funcionalidad familiar que predomina es el Rango medio (54,31%). Asimismo, se evidencia que existe más familias funcionales (57,75 %) que disfuncionales (42,24 %).

**Palabras clave:** Adherencia, adaptabilidad familiar, cohesión familiar, trastorno mental, tratamiento.

## ABSTRACT

The research sought to specify the relationship between family functionality and adherence to treatment in patients with mental disorders who attend the Carlos Monge Medrano Hospital - Juliaca, 2020. The study was descriptive with a correlational design and cross-section, whose sample consisted of 116 patients from both sexes, from 18 to 59 years old. The measurement instruments were: Family Functionality Assessment Scale (FACES III) and Drug Attitude Inventory (DAI). To verify the hypothesis, the Chi Square test was used, and the Pearson contingency coefficient statistical test was used to determine the relationship between the variables. The data were processed in the statistical program SPSS version 25. The results show: Families with disjointed cohesion, considered dysfunctional, did not show adherence to treatment (33.62%); on the contrary, families with connected cohesion that are considered functional if they showed adherence (31.03%). Families with flexible adaptability considered functional did not show adherence to treatment (27.59%); likewise, families with chaotic adaptability considered dysfunctional did not show adherence either (22.41%). Regarding adherence to treatment, there is considerable evidence of non-compliance with treatment (51.72%). Concluding that: Family functionality in its dimensions of cohesion and adaptability if they are related since the statistical test is significant  $p(0.000) < \alpha(0.05)$ . The type of family functionality that predominates is Mid-Range (54.31%). Likewise, it is evidenced that there are more functional families (57.75%) than dysfunctional (42.24%).

**Keywords:** Adherence, family adaptability, family cohesion, mental disorder, treatment.

## INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud mental representan un reto para la salud pública y más aún para países en desarrollo como el nuestro y en regiones expuestas a cambios socioambientales y económicos <sup>(1)</sup> es así que, los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental (EESM) dan cuenta que, anualmente en promedio, el 20,7% de la población mayor de 12 años de edad padece algún tipo de trastorno mental. Según estos estudios, las prevalencias anuales más altas que el promedio se encuentran entre las poblaciones de las zonas urbanas de las ciudades de Ayacucho, Puerto Maldonado, Iquitos, Tumbes, Puno y Pucallpa <sup>(2)</sup>.

Según estudios realizados en el país, los problemas de mayor prevalencia fueron la depresión, el abuso y dependencia del alcohol, los trastornos de ansiedad, las esquizofrenias, la violencia familiar, los trastornos de conducta y de las emociones en los niños y el maltrato infantil <sup>(3)</sup>, asimismo la presencia de cualquier trastorno mental es mayor en el grupo de 25-44 años con 13,9% y de 18 a 24 años con 12,5% <sup>(4)</sup>.

La organización Mundial de la salud (OMS) señala que, en los países desarrollados, la adherencia a los tratamientos a largo plazo en la población general es de alrededor de 50%, y resulta mucho menor en los países en desarrollo y añade que la repercusión de la adherencia terapéutica deficiente crece a medida que se incrementa la carga de la enfermedad crónica en el mundo <sup>(4)</sup>.

El incumplimiento terapéutico es un fenómeno de graves consecuencias como pérdida del control de la enfermedad, altos costos en el sistema de salud por incremento en ingresos y readmisiones hospitalarias y pérdida de la calidad de vida.

El apoyo de la familia constituye un factor clave para la adherencia al tratamiento y el cambio de la conducta a largo plazo <sup>(5)</sup>, por lo que su papel estará dirigido a motivar, acompañar y brindar apoyo para asegurar su rehabilitación <sup>(6)</sup>, además de interferir de forma positiva en su integración y evolución <sup>(7)</sup>. Consecuentemente, el apoyo y soporte afectivo entre los miembros puede disminuir el estrés y las necesidades que se experimentan en el afrontamiento de la enfermedad <sup>(8)</sup>, lo que se convertirá en uno de los principales recursos al momento de prevenir daños físicos y psicológicos entre sus miembros.

Con estas consideraciones, en el presente estudio se precisó la relación de la funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes con trastorno mental que acuden al



Hospital Carlos Monge Medrano - Juliaca, 2020. Se espera que el estudio contribuya a beneficiar directamente a los pacientes e indirectamente a los integrantes de la familia, ya que los resultados permitirán proporcionar conocimiento de algunos patrones de conductas familiares y sociales, y con esta información ayudar a generar nuevas líneas de acción en cuanto a la prevención e intervención para estudios posteriores en lo que se refiere a funcionalidad familiar.

La investigación contiene en el capítulo I el marco teórico y los antecedentes, en el capítulo II se detalla todo en cuanto al planteamiento del problema, en el capítulo III se muestran los materiales y métodos utilizados, en el capítulo IV se muestran los resultados obtenidos y la discusión con otros autores, finalmente se muestran los anexos donde se evidencian los instrumentos utilizados.

## CAPÍTULO I

### REVISIÓN DE LITERATURA

#### 1.1. Marco Teórico

##### 1.1.1. Funcionalidad familiar

###### 1.1.1.1. Definición

Para Castellón y Ledesma (2012 citado en Aguilar 2017 pág. 12) el funcionamiento familiar es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia. A la familia se le otorga la cualidad de unidad mínima de la sociedad, pero a la vez se le da valor como sistema social y se reconoce su complejidad como organismo vivo, es en donde el individuo adquiere sus primeras experiencias, valores y concepción del mundo <sup>(9)</sup>.

Por su parte Espejel (1990 citado en Alba 2016 pág.9), define al funcionamiento familiar como la capacidad del sistema familiar para cumplir con sus funciones esenciales enfrentando y superando cada una de las etapas del ciclo vital, las crisis por las que atraviesa, dando lugar a patrones que permiten ver la dinámica interna en función del medio en que ella se desenvuelve. Para comprender el funcionamiento familiar es necesario analizar su estructura, los procesos y su filosofía familiar <sup>(10)</sup>.

Para Olson (1979 citado en Flores 2018 pág.4), la definición del funcionamiento familiar es la interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia (cohesión) y que pueda ser capaz de cambiar su

estructura con el fin de superar las dificultades evolutivas familiares (adaptabilidad)<sup>(11)</sup>.

Rivera y Sánchez (2014 citado en Granados 2016 pág. 15), mencionan que la funcionalidad familiar juega un rol importante en el desarrollo social y psicológico de los miembros que constituye el núcleo familiar, debe verse no de manera lineal, sino circular, ósea, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa. Esto nos permite que el enfoque sistémico sea causa-efecto por el análisis de las pautas y reglas de interacción familiar recíproca, que es lo que nos va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares y por tanto a las causas de la disfunción familiar<sup>(12)</sup>.

Anzures *et al.* (2008 citado en Ruvalcava 2016 pg. 21), la denominada familia funcional hace alusión a la utilización de un patrón organizacional para lograr un objetivo en común. Se distingue porque existe un estado adecuado de salud en la familia y sus integrantes. Es así que se puede promover el desarrollo integral de los miembros, logrando mantener un estado de salud favorable. Sin embargo, la funcionalidad familiar no se puede definir como algo estable y fijo, sino como un proceso que tiene que ajustarse continuamente para promover el desarrollo favorable a la salud de sus miembros, por lo que es imprescindible que cuente con jerarquías, límites, roles, comunicación abierta y la capacidad de adaptabilidad a cambios<sup>(13)</sup>.

Duvall (1988 citado en Alba 2016 pág. 9), el funcionamiento familiar es la capacidad que tiene la familia para resolver sus problemas en forma efectiva, ya que se sucede a través de una secuencia de etapas con relación de sentido y continuidad iniciándose con la formación de la pareja y terminando con la muerte de ambos miembros de la pareja. Estas sucesivas etapas por las que atraviesa habitualmente una familia ofrecen numerosos momentos en los cuales pueden aparecer tensiones y conflictos entre sus miembros<sup>(10)</sup>.

#### **1.1.1.2. Modelos teóricos<sup>(10)</sup>**

##### **➤ El modelo general de sistemas**

La familia es un sistema que tiene características de totalidad y finalidad compuesta por seres vivos, donde cada ser vivo es un sistema por sí solo, y

que la familia es más que la suma de ellos como individuos. Por lo cual cualquier hecho que afecte a uno de los miembros puede afectar a toda la familia y viceversa. En este sentido consideramos a la familia como un sistema integrador multigeneracional, caracterizado por varios subsistemas de funcionamiento interno e influenciado por una variedad de sistemas externos.

➤ **La Teoría Estructural del Funcionamiento Familiar**

Se postulan que la familia como sistema, tiene una estructura que está dada por los miembros que la componen y las partes de interacción recurrentes. Así, Minuchin (1982), afirma que la familia es el grupo social natural que se encuentra determinado por el accionar de sus miembros a través de los estímulos provenientes desde el interior y exterior de la familia <sup>(14)</sup>.

➤ **La Teoría del Desarrollo Evolutivo**

Postula que el ciclo de la vida familiar está íntimamente ligado a las consideraciones de la familia como un todo que genera sus propias dinámicas relacionales, que cambian es su forma y función a lo largo de su ciclo vital y que transita a lo largo del tiempo en secuencias relativamente ordenadas, universales y predecibles. Permite definir y precisar el desarrollo de las familias a través de una serie de etapas, permeables tanto a influencias externas como internas, que moldean dicho grupo y aportan estrategias de afrontamiento a los individuos para la vida y sus demandas <sup>(15)</sup>.

➤ **Modelo teórico de Mc Master**

Según Mc Master (1983 citado en Rodríguez 2010, pág. 3) considera a la familia como un sistema interaccional, cuya organización, estructura y patrón transaccional determinan y modelan la conducta de sus miembros <sup>(16)</sup>.

➤ **Modelo Circunflejo de Olson**

El Modelo Circunflejo de Olson, Russell y Sprenkle (1979) plantea tres dimensiones para el estudio del funcionamiento familiar: cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar, que se refieren a la unión emocional, intelectual y física de los miembros de la familia, así como a la habilidad de la familia para cambiar la estructura de poder, relaciones de rol y las reglas en dependencia de las situaciones de estrés <sup>(17)</sup>.

### 1.1.1.3. Tipos de funcionamiento familiar

Según Olson, la correlación curvilínea de las dos dimensiones cohesión y adaptabilidad distribuye los 16 tipos familiares en niveles de funcionamiento extremos, de rangos medios y balanceados.

#### ✓ Tipos Extremos

Las familias de esta categoría son extremas tanto en la dimensión de cohesión como de adaptabilidad. Hablamos de la familia caótico- disgregada, caótico-amalgamada, rígida-amalgamada y rígida disgregada. Se considera que las familias extremas tienen un funcionamiento menos adecuado, sin embargo, Olson considera varios aspectos al respecto:

a) Las familias extremas son una forma exagerada de las de rango medio, ya que pertenecen a un continuo de características que varían en intensidad cualitativa como cuantitativa.

b) El funcionamiento extremo puede ser beneficioso para la estabilidad de los miembros, por ejemplo, luego de la muerte del padre, o el nacimiento de un hijo.

c) En muchos casos el problema de un miembro de las familia o pareja pueden considerar el funcionamiento familiar como extremo.

d) Los grupos extremos, pueden funcionar bien por el tiempo que todos los miembros de la familia lo deseen así. Esto es importante porque hay grupos culturales que determinan funcionamientos familiares extremos.

#### ✓ Tipos de rango medio

Las familias de esta categoría son extremas de una sola dimensión. Hablamos de las familias caóticas - separada, caótico – conectada, flexible - amalgamada, estructurada - amalgamada, rígida – conectada, rígida - separada, estructurada- disgregada y flexible - disgregada. El funcionamiento de estas familias presenta algunas dificultades en una sola dimensión, las cuales pueden ser originadas por momentos de stress.



✓ Tipos balanceados

Las familias en esta categoría son centrales en ambas dimensiones y se encuentran al centro del círculo. Hablamos de las familias flexibles-separada, flexible- conectada, estructurada-conectada, y estructurada-separada. En los sistemas abiertos, los individuos se distinguen por su habilidad para experimentar y balancear los extremos de independencia y dependencia familiar. Tienen la libertad de estar solos o conectados al miembro de la familia que elija.

El funcionamiento es dinámico por lo que puede cambiar. La familia es libre para moverse en la dirección que la situación, que el ciclo de vida familiar o la socialización de un miembro de la familia lo requiera. Ninguno de estos tipos de familia se identifica como ideal, ni siquiera en algún ciclo de vida, pero si es considerado como el de funcionamiento más adecuado.

### 1.1.2. Cohesión familiar

Para Minuchin y Fishman (2004), la cohesión está relacionada al proceso de formación de la identidad familiar y la individualización, de tal forma que crecen los integrantes de la familia en conjunto y se encuentran comprendidos fundamentalmente por los límites y alianzas familiares, además del espacio y recreación <sup>(18)</sup>.

La cohesión familiar se define como el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí, además evalúa el grado en que los miembros de la familia están separados o conectados a ella. Dentro del modelo circunflejo, los conceptos específicos para medir y diagnosticar la cohesión familiar son: vinculación emocional, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreaciones <sup>(19)</sup>.

- La vinculación emocional.

Se trata de la unión que poseen los miembros de la familia, la misma debe construirse a través de lazos de solidaridad, expresados mediante el afecto.

- Límites.

Son lo que define a la familia frente a la sociedad, su flexibilidad le permite la socialización sin perder la unidad y control familiar.

- Coaliciones.

Se evidencia cuando algún miembro de la familia busca fortalecerse mediante la ayuda de otros miembros de la familia con quien establece una alianza.

- Espacio y tiempo.

Se refiere al estilo en que los miembros de la familia comparten espacios y tiempo gracias a la armonía, permitiendo privacidad a sus miembros, los cuales dependen de lazos afectivos y del manejo de límites.

- Amigos.

Se refiere a la aprobación que realiza la familia a los amigos de sus miembros.

- Toma de decisiones.

Se trata de llegar a acuerdos, donde los miembros de la familia consultan y toman decisiones.

- Intereses y ocio.

Se trata de la capacidad que tiene la familia para realizar proyectos en conjunto compartiendo intereses y pasatiempos.

#### 1.1.2.1. Tipos de cohesión familiar

Los Tipos de cohesión familiar son 4: desligada, separada, conectada y amalgamada.

- ✓ **Desligada**

- Extrema separación emocional.
- Falta de lealtad familiar.
- Se da muy poco involucramiento o interacción entre sus miembros.
- La correspondencia afectiva es infrecuente entre sus miembros.
- Hay falta de cercanía perennito- filial.
- Predomina la separación personal.
- Rara vez pasan el tiempo juntos.
- Necesidad y preferencia por espacios separados.

- Se toman las decisiones independientemente.
- El interés se focaliza fuera de la familia.
- Los amigos personales son vistos a solas.
- Existen intereses desiguales.
- La recreación se lleva a cabo individualmente.

✓ **Separada**

- Hay separación emocional.
- La lealtad familiar es ocasional.
- El involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal.
- Algunas veces se demuestra la correspondencia afectiva.
- Los límites parento- filiales son claros, con cierta cercanía entre padres e hijos.
- Se alienta cierta separación personal.
- El tiempo individual es importante, pero pasan parte del tiempo juntos.
- Se prefieren los espacios separados, compartiendo el espacio familiar.
- Las decisiones se toman individualmente siendo posible las decisiones conjuntas.
- El interés se focaliza fuera de la familia.
- Los amigos personales raramente son compartidos con la familia.
- Los intereses son distintos.
- La recreación se lleva a cabo más separada que en forma compartida.

✓ **Conectada**

- Hay cercanía emocional.
- La lealtad emocional es esperada.
- Se enfatiza el involucramiento, pero se permite la distancia personal.
- Las interacciones afectivas son alentadas y preferidas.
- Los límites entre los sistemas son claros con cercanía parento- filial.
- La necesidad de separación es respetada pero poco valorada.
- El tiempo que pasan juntos es importante.

- El espacio privado es respetado.
- Se prefieren las decisiones conjuntas.
- El interés se focaliza dentro de la familia.
- Los amigos individuales se comparten con la familia.
- Se prefieren los intereses comunes.
- Se prefiere la recreación compartida más que la individual.

✓ **Amalgamada**

- Cercanía emocional extrema.
- Se demanda lealtad hacia la familia.
- El involucramiento es altamente simbiótico.
- Los miembros de la familia dependen mucho unos de otros.
- Se expresa la dependencia afectiva.
- Hay extrema reactividad emocional.
- Se dan coaliciones parento- filiales.
- Hay falta de límites generacionales.
- Hay falta de separación personal.
- La mayor parte de tiempo la pasan juntos.
- Se permite poco tiempo y espacio privado.
- Las decisiones están sujetas al deseo del grupo.
- El interés se focaliza dentro de la familia.
- Se prefieren los amigos de la familia más que a los personales.
- Los intereses conjuntos se dan por mandato.

### **1.1.3. Adaptabilidad familiar**

Se define como la habilidad de la familia para cambiar su estructura jerárquica, los roles y las reglas, en respuesta al estrés situacional y propio del desarrollo familiar<sup>(13)</sup>. Para que exista un buen sistema de adaptación se requiere de un balance entre cambios y estabilidad.

Dentro del Modelo Circunflejo, los conceptos específicos para medir y diagnosticar la variable adaptabilidad son:

- Poder.  
Destinado a los padres, consiste en su capacidad de liderazgo para lograr acuerdos y resolver problemas que implican a los miembros, quienes a su vez participan tomando acciones de manera compartida.
- Asertividad.  
Se refiere a la capacidad de los miembros de la familia para expresar opiniones e ideas en forma espontánea y sin restricciones.
- Roles.  
Vinculada con la organización de la familia en la coparticipación de las responsabilidades, ya sea en la cooperación y/o compromisos domésticos.
- Reglas.  
Referida a la claridad en las normas que deben asumir en el proceder sus miembros cotidianamente.

#### **1.1.3.1. Tipos de adaptabilidad familiar**

Son 4: Caótico, flexible, estructurado y rígido.

##### ✓ **Caótica**

- Liderazgo limitado y/o ineficaz.
- Las disciplinas son muy poco severas, habiendo inconsistencia en sus consecuencias.
- Las decisiones parentales son impulsivas.
- Hay falta de claridad en las funciones. Existe alternancia e inversión en los mismos.
- Frecuentes cambios en las reglas, que se hacen cumplir inconsistentemente.

##### ✓ **Flexible**

- El liderazgo es igualitario, permite cambios.
- La disciplina es algo severa, negociándose sus consecuencias.
- Usualmente es democrática.

- Hay acuerdo en las decisiones.
- Se comparten los roles o funciones.
- Las reglas se hacen cumplir con flexibilidad.
- Algunas reglas cambian.
  
- ✓ **Estructurada**
  - En principio el liderazgo es autoritario, siendo a veces igualitario.
  - La disciplina rara vez es severa, siendo predecible sus consecuencias.
  - Es un tanto democrática.
  - Los padres toman las decisiones.
  - Las funciones son estables, pero pueden compartirse.
  - Las reglas se hacen cumplir firmemente. Pocas son las que cambian.
  
- ✓ **Rígida**
  - El liderazgo es autoritario, existiendo fuerte control parental.
  - La disciplina es estricta, rígida y su aplicación es severa.
  - Es autocrática.
  - Los padres imponen las decisiones.
  - Los roles están estrictamente definidos.
  - Las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo la posibilidad de cambio.

#### **1.1.4. Adherencia al tratamiento**

##### **1.1.4.1. Adherencia**

###### **1.1.4.1.1. Definición**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo. En los países desarrollados, sólo el 50% de los pacientes crónicos cumplen con su tratamiento; cifras que inclusive se incrementan al referirnos a determinadas patologías con una alta incidencia <sup>(20)</sup>.

La adherencia se refiere a un concepto más amplio, que incluya hábitos de vida, dietas, e incluso a la actitud activa de colaboración del paciente con un conjunto de estrategias terapéuticas <sup>(21)</sup>.

Es un fenómeno multidimensional, puesto que está determinado por la acción recíproca de factores. La creencia común de que los pacientes tienen como deber sólo tomar sus medicamentos es desorientadora y, con mayor frecuencia, refleja una concepción errónea sobre cómo otros factores afectan el comportamiento de la gente y la capacidad de adherirse a su tratamiento <sup>(22)</sup>.

Es una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en el curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado terapéutico deseado. En sentido general, el término adherencia se refiere al proceso a través del cual el paciente lleva a cabo las indicaciones del terapeuta, basado en las características de su enfermedad, del régimen terapéutico que sigue, de la relación que establece con el profesional de salud y de sus características psicológicas y sociales <sup>(23)</sup>.

Adherencia o cumplimiento al tratamiento hace referencia a una gran diversidad de conductas. Entre ellas se incluyen desde tomar parte en el programa de tratamiento y continuar con el mismo, hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, acudir a las citas con los programas de salud, tomar correctamente la medicación y realizar adecuadamente el régimen terapéutico; además de implicar una diversidad de conductas y cambios de conducta, la adherencia puede ocurrir en cualquier momento (al inicio, durante o al finalizar un programa terapéutico) o circunstancias, o a ciertas prescripciones o recomendación <sup>(24)</sup>.

#### **1.1.4.1.2. Dimensiones interactuantes de la adherencia**

Según la OMS existe cinco dimensiones interactuantes de la adherencia y cada una está compuesta por un conjunto de factores y relaciones entre los mismos <sup>(25)</sup>.

### ✓ **Factores socioeconómicos**

Entre ellos están la pobreza, el acceso a la atención de salud y medicamentos, el analfabetismo, la provisión de redes de apoyo social efectivas y mecanismos para la prestación de servicios de salud que tengan en cuenta las creencias culturales acerca de la enfermedad y el tratamiento <sup>(25)</sup>.

Los factores socioeconómicos pueden perfilarse como las circunstancias que rodean a la persona y se ha visto que su influencia está limitada por la dinámica de otros factores que pueden surtir un mayor efecto en la capacidad adherente <sup>(26)</sup>.

### ✓ **Factores relacionados con el tratamiento**

Son muchos los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia; los más relevantes se vinculan con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos terapéuticos anteriores, los cambios constantes en el tratamiento, los efectos adversos y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos. Las características únicas de las enfermedades y los tratamientos no son más importantes que los factores comunes que afectan a la adherencia terapéutica, sino que modifican su influencia. Las intervenciones de adherencia deben adaptarse a las necesidades del paciente para lograr una repercusión máxima <sup>(25)</sup>.

### ✓ **Factores relacionados con el paciente**

Entre ellos destaca la falta de recursos, creencias religiosas, nivel escolar, falta de percepción en la mejora de la enfermedad, confianza en el médico, deseo de control, autoeficacia y salud mental. La falta de adherencia hace que los costos para el paciente sean sustancialmente más altos; sin embargo, existen muy pocos estudios para realizar intervenciones a este nivel <sup>(25)</sup>.



### ✓ **Factores relacionados con la enfermedad**

Algunos determinantes de la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de discapacidad (física, psicológica y social), la velocidad de progresión y la disponibilidad de tratamientos efectivos.

Su repercusión depende de cuánto influye la percepción de riesgo de los pacientes, la importancia del tratamiento de seguimiento y la prioridad asignada a la adherencia terapéutica <sup>(25)</sup>.

### ✓ **Factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria**

Los factores relacionados con el sistema sanitario tienen efectos negativos en la adherencia terapéutica; por ejemplo: centros de salud con infraestructura inadecuada y recursos deficientes, personal de salud poco remunerado y con carga de trabajo excesiva que llevan a consultas breves y carentes de calidad y calidez, personal de salud sin adecuada preparación, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento en enfermedades crónicas, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla <sup>(25)</sup>.

## **1.1.4.2. No adherencia**

### **1.1.4.2.1. Definición**

Se define como “no adherencia” a la falta de cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida <sup>(24)</sup>.

A menudo la decisión de que el paciente toma o no la medicación se basa en la evaluación de la importancia de cuatro factores:

- Que tan alta es la prioridad de tomar la medicación.
- La percepción de gravedad de la enfermedad.
- La credibilidad en la eficacia de la medicación.
- Aceptación personal de los cambios recomendados.

Se considera que la no adherencia a los esquemas de tratamiento prescritos es la mayor causa de falla terapéutica, generalmente atribuida al paciente y/o cuidador. Sin embargo, la complejidad del fenómeno de no adherencia a la terapia, requiere de un abordaje multidimensional, que integre la perspectiva paciente médico- sistema de salud <sup>(27)</sup>.

La frecuencia de no adherencia al tratamiento puede variar, inclusive a un mismo individuo que cumpla con el esquema de una medicación, pero no con las otras indicaciones. Además, el comportamiento adherente puede cambiar en el tiempo debido a la percepción del individuo, de la eficacia de la medicación, factores económicos, socioculturales, ambientales, etc <sup>(28)</sup>.

El hecho de que un paciente cumpla o no con las prescripciones médicas juega un papel primordial. Los fallos al seguir las prescripciones exacerbaban los problemas de salud y favorecen la progresión de las enfermedades, haciendo posible estimar los efectos y el valor de un tratamiento, dificultando que se realice un buen diagnóstico y provocando un aumento innecesario del costo de atención sanitaria <sup>(29)</sup>.

La falta de apego al tratamiento genera grandes pérdidas en lo personal, familiar y social, lo que afecta la calidad de vida del enfermo y de quienes están a su alrededor. En lo personal, el paciente puede tener complicaciones y secuelas que traen consigo un gran sufrimiento, así como limitaciones incontrolables y progresivas. En lo familiar, provoca alteraciones en el funcionamiento familiar, generando crisis. En lo social, significa un costo para las instituciones de salud el proporcionar servicios que son utilizados de forma inadecuada; además, se prolongan innecesariamente los tratamientos y se presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse.

Las consecuencias de la deficiente adherencia terapéutica se expresan en diversas esferas de la vida del paciente, en diversos componentes del sistema de salud y en el cuadro de morbilidad y mortalidad de la población. Existe una estrecha relación entre estas, es decir vínculos de influencia e interdependencias mutuas <sup>(30)</sup>.

#### 1.1.4.2.2. Factores que influyen en la no adherencia <sup>(31)</sup>

##### ✓ El paciente

Diversas características del paciente influyen de una forma determinante en la adherencia a diferentes tratamientos. Por ejemplo, la situación psicológica, la adherencia es mucho menor en pacientes depresivos o con alteraciones del humor, la edad, la adherencia es menor en los ancianos, el estatus socioeconómico, factores educacionales, etc.

##### ✓ La clase de enfermedad

Enfermedades en las que es más frecuente la falta de adherencia.

- Enfermedades crónicas.

En general, en los tratamientos de enfermedades crónicas se va perdiendo adherencia con el transcurso del tiempo, lo que claramente se relaciona con lo señalado en el apartado que hace referencia a la duración del tratamiento. Esta falta de adherencia hace que se complique seriamente la evolución de la enfermedad por distintas razones.

- Enfermedades sin síntomas molestos.

Las enfermedades que transcurren sin síntomas molestos para el paciente suelen presentar unas tasas de adherencia muy bajas.

##### ✓ Ámbitos en los que se realiza el tratamiento

Los ámbitos en los que se lleva a cabo el tratamiento influyen notablemente en la adhesión. Mientras que en los hospitales o en las residencias asistidas el cumplimiento es muy elevado porque existe personal técnico que vigila y suministra el tratamiento a los pacientes, las tasas más altas de falta de adherencia se producen cuando el tratamiento se realiza en el medio extrahospitalario. Una de las situaciones en las que la adherencia es más baja se da cuando el tratamiento se lleva a cabo en el domicilio del paciente.

### 1.1.4.2.3. Consecuencias de la no adherencia

El informe de la OMS enumera algunos de los riesgos que enfrentan quienes no se adhieren a los tratamientos y son <sup>(30)</sup>:

- **Recaídas más intensas:** las recaídas relacionadas con la adherencia deficiente pueden ser más graves que las que ocurren cuando el medicamento se toma cómo fue recomendado.
- **Aumenta el riesgo de dependencia:** muchos medicamentos pueden producir dependencia grave si se toman incorrectamente.
- **Aumenta el riesgo de efectos adversos:** algunos medicamentos suspendidos bruscamente pueden producir efectos adversos y posibles daños.
- **Aumenta el riesgo de toxicidad:** el sobre abuso de medicamentos puede producir cuadros tóxicos agudos, con mayor fuerza en niños o ancianos.
- **Aumenta el riesgo de accidentes:** el consumo de algunos medicamentos debe combinarse con modificaciones del estilo de vida, como abstenerse del alcohol o no manejar. No tener en cuenta estas medidas preventivas, aumenta el riesgo de accidentes.
- **Riesgo aumentado de desarrollar resistencia medicamentosa,** especialmente a los antibióticos, producida por el incumplimiento de los requerimientos de su utilización por parte de los pacientes.

### 1.1.5. Trastorno mental

#### 1.1.5.1. Definición

Los trastornos mentales, se conciben como condiciones mórbidas que sobrevienen en una determinada persona, afectando en intensidades variables el funcionamiento de la mente y del comportamiento, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente <sup>(3)</sup>.

El trastorno mental se produce a raíz de una alteración que repercute sobre los procedimientos afectivos y cognitivos del desarrollo. Se traduce en dificultades para razonar, alteraciones del comportamiento, impedimentos para comprender la realidad y para adaptarse a diversas situaciones <sup>(32)</sup>.

### 1.1.5.2. Tipos

Los trastornos mentales pueden ser consecuencia de factores biológicos (ya sean de orden genético, neurológico u otros), ambientales o psicológicos. Por eso requieren de un abordaje interdisciplinario enfocado a mejorar la calidad de vida del sujeto.

La OMS clasifica a los citados trastornos mentales en categorías: <sup>(20)</sup>

#### a. Trastornos cognitivos

##### ➤ Delirium

Es un estado de confusión marcado (desorientación, pensamiento extraño, “visiones”, etc.) y normalmente de aparición repentina y reversible que no se explica por la existencia de una demencia previa o en desarrollo.

La alteración se presenta en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día. Hay demostración a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

##### - Tratamiento

El delirium está ocasionado por otras causas orgánicas como una infección, intoxicación, consumo de fármacos o abstinencia de una sustancia como el alcohol. Algunas demencias pueden relacionarse con trastornos de la tiroides o con déficits vitamínicos.

##### ➤ Demencia

No es una enfermedad en sí, se asocia la demencia al proceso de envejecimiento, pero se dan excepciones en este aspecto. Comprende dos tipos de síntomas:

- Síntomas cognitivos: alteraciones en las funciones superiores cognitivas (memoria, lenguaje, percepción, atención, razonamiento abstracto, etc.)
- Síntomas conductuales/emocionales: Trastornos del comportamiento (deambulación, agitación, etc.), cambios de personalidad (dependencia, desinhibición, apatía), depresión, delirios, alucinaciones, falsos reconocimientos.

#### - Tratamiento

El tratamiento en las demencias más frecuentes (demencia senil, demencia de Alzheimer) se dirige a mejorar el funcionamiento cognitivo, ralentizar la progresión de la enfermedad y mejorar los síntomas no cognitivos, es decir, el estado de ánimo, la ansiedad, el insomnio, los trastornos de la percepción (como por ejemplo alucinaciones) o las ideas delirantes (como por ejemplo sentirse amenazado o perseguido).

#### ➤ Enfermedad de Alzheimer

Es una enfermedad neurodegenerativa progresiva, presenta diferentes fases o estadios. Supone un déficit en memoria y otras capacidades cognitivas/intelectuales. Conlleva una alteración de la personalidad y del comportamiento y finalmente una pérdida permanente de autonomía personal.

### **b. Esquizofrenia y otras psicosis**

La esquizofrenia es un trastorno, que se inicia en la adolescencia, caracterizado por la pérdida de la adecuación a la realidad, el aislamiento social, las convicciones delirantes y una conducta a menudo extravagante. La falta de conciencia de enfermedad es un síntoma más, que, obviamente comporta dificultades muy importantes.

Las capacidades de la persona y la adaptación al entorno tienden a deteriorarse con el tiempo, a la vez que los síntomas más activos relacionados con la percepción de la realidad (delirios y alucinaciones) se van atenuando.

La evolución de la enfermedad puede ser en forma de episodios agudos de alta intensidad, o bien de manera más continuada e insidiosa.

En algunos casos, se produce una combinación de estos síntomas con otros de naturaleza afectiva, depresiva o de euforia (trastorno esquizoafectivo).

La causa más probable es de origen cerebral, al estilo de una enfermedad degenerativa, lo que no descarta que factores ambientales puedan incidir, a favor o en contra, en el trastorno.

#### - Tratamiento

El tratamiento farmacológico continuado revierte en los síntomas y podría frenar la evolución de la enfermedad.

Las intervenciones de tipo cognitivo y psicoeducativo son muy importantes, tanto para la persona afectada como para la familia. Las familias han de participar en el tratamiento y recibir apoyo.

El entrenamiento en comunicación y en habilidades sociales, la rehabilitación y la reinserción social son fundamentales.

La falta de conciencia de enfermedad hace que las personas diagnosticadas de esquizofrenia tiendan a no pedir ayuda y a abandonar los tratamientos. Recordar siempre que la peor situación es retardar el tratamiento y la rehabilitación o permitir que los deje.

#### **c. Trastornos depresivos**

Según la OMS la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. Es un

trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.

- Tratamiento

Cuando es de una cierta intensidad es necesario un tratamiento con fármacos, aunque mejor si va acompañado de psicoterapia.

El tratamiento con medicamentos es muy efectivo. Es importante llevar una buena administración de la medicación, incluso después de la mejora clínica, y siempre bajo la supervisión de un profesional.

La psicoterapia ayuda a entender la manera de afrontar la realidad, las propias emociones, y a desarrollar pensamientos positivos.

**d. Trastornos bipolares**

La OMS considera este trastorno como un tipo de depresión con episodios maníacos y depresivos separados por intervalos con un estado de ánimo normal. Los episodios maníacos cursan con estado de ánimo elevado o irritable, hiperactividad, verborrea, autoestima excesiva y disminución de la necesidad de dormir.

Hay diversos tipos de trastornos bipolares:

- Tipo I, el episodio maníaco es intenso y puede acompañarse de uno o más episodios de depresión.

- Tipo II, se caracteriza por episodios depresivos y algún episodio maníaco de menor intensidad.

La ciclotimia es un trastorno crónico que consiste en continuas oscilaciones de breves periodos de depresión y manía más ligeros.

Las causas son desconocidas, aunque es muy probable la existencia de una predisposición genética, a la cual se asocian factores diversos de la vida.

- Tratamiento



La terapia farmacológica con litio, o con otros fármacos conocidos como estabilizadores del estado de ánimo, es fundamental para controlar los cambios de humor. Hay que realizar controles analíticos periódicos para evitar una alta concentración de litio. A menudo es necesario complementar el tratamiento con otros medicamentos.

La ayuda psicoterapéutica y psicosocial puede ser muy útil para comprender la enfermedad y reenfocar la propia vida.

Las fases agudas pueden requerir hospitalización inmediata.

Con un buen tratamiento, más del 80% de los casos pueden llevar una vida normal.

#### **e. Trastornos de ansiedad**

La ansiedad es una emoción común en el ser humano, que se expresa con síntomas psíquicos (nerviosismo, inquietud, angustia, etc.) y físicos (palpitaciones, sudoración, temblores, etc). Cuando su intensidad o la forma en que se produce afecta significativamente a la vida o a la salud, hablamos de trastornos de ansiedad.

De acuerdo a la OMS estos trastornos incluyen a los ataques de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y las fobias.

La causa de los trastornos de ansiedad no está aún clara y seguramente responde a la combinación de diferentes factores.

##### **- Tratamiento**

El tratamiento farmacológico puede ayudar en los casos más graves.

La psicoterapia básica, la de soporte, la de resolución de problemas, o las técnicas de desensibilización pueden ser muy útiles junto con técnicas de relajación.

#### **f. Trastornos del control de los impulsos**

Las personas afectadas por estos trastornos tienen la necesidad de liberar la tensión interna y buscar la excitación y la euforia realizando actos que son

perjudiciales para sí mismas y/o para los demás. Algunos de estos problemas son el juego patológico, la cleptomanía (robar objetos, normalmente sin valor, de manera compulsiva) tricotilomanía (tirarse repetidamente del pelo hasta arrancarlos) o la piromanía (provocar incendios sin otro motivo que la satisfacción del impulso).

- Tratamiento

Se han de tratar las situaciones psicológicas y psicosociales que pueden estar en el origen de este comportamiento. Las terapias cognitivas y de comportamiento pueden ser el tratamiento más eficaz.

Los grupos de personas afectadas pueden ser un soporte importante en el tratamiento.

**g. Trastornos de personalidad**

El trastorno de personalidad implica una manera de ser crónica y repetitiva, por encima de cualquier circunstancia, que puede causar sufrimiento psíquico, interferir en las actividades normales o en las relaciones con los demás o comportar consecuencias muy negativas en diferentes áreas de la vida.

Clasificación:

- Personalidad antisocial: irresponsabilidad, falta de sentimientos hacia los demás, conductas delictivas.
- Personalidad esquizoide: pobre expresión de los afectos, aislamiento, frialdad.
- Personalidad obsesivo compulsiva: perfeccionismo, detallismo, autocontrol.
- Personalidad dependiente: falta de decisión, sumisión, dificultad para tener cuidado de sí mismas.
- Personalidad límite (TLP): grave inestabilidad, relaciones impulsivas, falta de autocontrol y de reflexión, búsqueda de situaciones de riesgo.

- Personalidad narcisista: sentido grandioso del propio yo, necesidad de admiración.
- Personalidad evitativa: timidez grave, conductas inadecuadas, extrema sensibilidad a la opinión de los demás, miedo.
- Personalidad paranoide: desconfianza injustificada, pensamiento rígido y normativo.
- Personalidad esquizotípica: aislamiento social, ideas y conductas extravagantes.

- Tratamiento

El tratamiento más eficaz es la psicoterapia, aunque requiere la motivación y compromiso de la persona diagnosticada. Se necesitan entornos terapéuticos como hospitales de día muy específicos.

Algunos trastornos de personalidad pueden evolucionar con episodios agudos de trastornos depresivos o psicóticos graves, que pueden comportar la hospitalización y tratamiento farmacológico de soporte para la sintomatología que acompaña el trastorno.

#### **h. Trastornos adaptativos y del estrés**

Aunque hay personas más vulnerables, todo el mundo puede tener una dificultad para adaptarse a una situación crítica de la propia vida. La duración del trastorno adaptativo depende del tipo de problema.

El trastorno adaptativo se expresa a menudo por síntomas de discomfort, pérdida del apetito o sueño, tristeza, ansiedad excesiva, etc. Suelen ser compatibles con el funcionamiento social normal, pero a veces, pueden ser intensos y repercutir en las actividades habituales.

#### **i. Trastornos de la conducta alimentaria**

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) engloban varias patologías crónicas y progresivas que, a pesar de que se manifiestan a través de la conducta alimentaria, en realidad consisten en una gama muy compleja de

síntomas entre los que prevalece una alteración o distorsión de la autoimagen corporal, un gran temor a subir de peso y la adquisición de una serie de valores a través de una imagen corporal.

➤ Bulimia

La persona con bulimia experimenta ataques de voracidad que vendrán seguidos por ayunos o vómitos para contrarrestar la ingesta excesiva, uso o abuso de laxantes para facilitar la evacuación, preocupación excesiva por la imagen corporal y sentimientos de depresión, ansiedad y culpabilidad por no tener autocontrol.

➤ Anorexia nerviosa

Se caracteriza por una pérdida de peso elevada (más del 15%) debido al seguimiento de dietas extremadamente restrictivas y al empleo de conductas purgativas (vómitos, ejercicio físico en exceso). Estas personas presentan una alteración de su imagen corporal sobrestimando el tamaño de cualquier parte de su cuerpo.

➤ Vigorexia

Preocupación obsesiva por el físico y una distorsión del esquema corporal que puede presentar dos manifestaciones: la extrema actividad del deporte o la ingesta compulsiva para subir de peso ante la percepción de estar aún demasiado delgado. Aunque los hombres son los principales afectados por la vigorexia, es una enfermedad que también afecta a las mujeres. Implica una adicción a la actividad física especialmente a la musculación.

➤ Megarexia

Es un trastorno opuesto a la anorexia nerviosa. Suelen ser personas obesas que se miran al espejo y no lo perciben; por eso no hacen ninguna dieta. Ellos se perciben sanos.

Cuando la desnutrición que padecen (son obesos desnutridos por falta de nutrientes esenciales en su alimentación), llega a afectar a su cerebro,

momento en el que, como sucede con la anorexia, su trastorno alimentario se convierte en una grave enfermedad.

- Tratamiento

Para el tratamiento de estas enfermedades es indispensable contar con la colaboración de la familia. Deben llevarlo a cabo equipos interdisciplinarios de profesionales especializados.

**j. Patología dual y adicciones**

Cuando hablamos de patología dual nos referimos a la coexistencia de dos psicopatologías, por un lado, la drogodependencia y por otro la psicopatología psiquiátrica.

Los factores sociales ponen en contacto a la población con las sustancias adictivas, pero son factores individuales, genéticos, biológicos, de personalidad y otros trastornos mentales, los determinantes para la aparición de las conductas adictivas.

- Tratamiento

Varios autores y profesionales defienden que el tratamiento de la patología dual debe ser integral, puesto que las dos áreas, psiquiátrica y adictiva, presentan formas de tratamiento similares, y es posible efectuar un abordaje integral para el tratamiento de los trastornos duales. El planteamiento básico de un tratamiento integral es el de aunar en un programa especial los elementos tanto de tratamiento psiquiátrico como del abuso de sustancias.

**1.2. Antecedentes**

**1.2.1. A nivel internacional**

Ruvalcava (2016), en su investigación con el objetivo de determinar la funcionalidad familiar en sus dimensiones de cohesión y adaptabilidad en pacientes con trastorno depresivo en control adscritos a la UMF N°1 del IMSS delegación Aguascalientes – México, utilizó el diseño metodológico transversal,

descriptivo no experimental, con una muestra de 39 pacientes, con tres meses y menos de un año en control de su patología, con edades entre 20 y 64 años, que acudieron en el período comprendido entre el 30 de noviembre al 30 de diciembre del año 2015. Los resultados fueron: De los 39 pacientes, el 82.1% cuentan con una familia funcional y el 17.9% poseen una familia disfuncional; dentro de los tipos de familia, la caóticamente separada mostró un ligero predominio con 15.4%, apenas por encima de la flexiblemente separada con 12.8%, y otras como: la flexiblemente conectada y la estructuradamente conectada, ambas con el 10.3%. Concluyendo que, existe adecuada funcionalidad familiar, en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, en las familias de pacientes con trastorno depresivo en control <sup>(13)</sup>.

Quinto (2016), en su estudio tuvo por objetivo determinar la influencia que ejerce la cohesión familiar en la adherencia al tratamiento por vía oral en pacientes diagnosticados de DM2 que acuden al Centro de Salud la Concordia- Ecuador. Su diseño metodológico fue el analítico descriptivo transversal. Para valorar la cohesión familiar se utilizó la escala Faces III. El tamaño de muestra fue 90 personas diabéticas mayores de 30 años de ambos sexos. Para la evaluación de adherencia al tratamiento se utilizó el test de Morisky-Green Levine. Los resultados fueron: El 76% corresponden al sexo femenino, el 70% corresponde a la edad entre 55 años y 65 años, el 54% es de familias nucleares, el 45 % se encuentra en el rango de familias de entre cuatro a seis integrantes, las familias conectadas tienen 62%, la no adherencia al tratamiento presenta el 67%. Concluyendo que, existe relación significativa entre adherencia terapéutica y cohesión familiar <sup>(33)</sup>.

Crempien *et al.* (2017), en su investigación con el objetivo de conocer las características sociodemográficas, clínicas y las asociaciones entre la sintomatología depresiva, el funcionamiento general y la calidad de vida en una muestra de 88 pacientes depresivos que acuden a los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) de Santiago. Su diseño metodológico fue descriptivo y correlacional. Utilizaron cuestionarios de autoinforme sobre variables sociodemográficas, severidad de síntomas depresivos (BDI), funcionamiento general y social (OQ-45) y calidad de vida relacionada con la salud (SF-36). Los resultados fueron: Los participantes en su mayoría fueron mujeres, con síntomas

depresivos crónicos y severos y alta frecuencia de enfermedades físicas comórbidas, presentaron calidad de vida reducida y deterioros en el funcionamiento general y social. El sexo femenino y los antecedentes de enfermedad física fueron predictores significativos de la gravedad de los síntomas depresivos. Concluyendo que, los trastornos depresivos en los pacientes tratados en COSAM son muy limitantes y se asocian a baja calidad de vida <sup>(34)</sup>.

Domingo (2017), en su estudio con el objetivo de describir las medidas de intervención de enfermería para mejorar la adherencia terapéutica con fármacos antipsicóticos en pacientes esquizofrénicos, periodo febrero 2017 a mayo 2017. Utilizó la metodología de revisión bibliográfica a través de la búsqueda de artículos en diferentes bases de datos, libros y páginas web. Los resultados fueron que, la mejora de la adherencia terapéutica debe conseguirse de forma individualizada, conociendo los factores por los que el paciente concreto incumple el tratamiento, y que la intervención de enfermería va dirigida a la elaboración y ejecución de programas psicoeducativos, seguimiento telefónico, visitas domiciliarias, administración de antipsicóticos, mejora de la relación terapéutica, e intervenciones de apoyo social y familiar. Concluyendo que, se hace necesaria una mayor actuación por parte de los profesionales de enfermería en la mejora de la adherencia al tratamiento antipsicótico <sup>(35)</sup>.

Troncoso & Soto (2018), el objetivo de su investigación fue relacionar la funcionalidad familiar con la autovalencia y el bienestar psicosocial de personas mayores pertenecientes a la comuna de Huechuraba- Santiago de Chile. Su diseño metodológico fue descriptivo, de corte transversal, correlacional. El muestreo fue intencionado, con 60 adultos mayores voluntarios que cumplieron los criterios de selección. Para la recolección de datos se utilizaron los instrumentos: Apgar Familiar y Escala de Whoqol-Bref y EFAM (Examen de Funcionalidad del Adulto Mayor). Los resultados fueron: Más del 70% presentaron familias muy funcionales y sólo el 3% pertenecieron a familias con graves disfunciones; 45% fueron autovalentes con riesgo y 16.7 % presentaron riesgo de dependencia. No se encontró relación entre funcionalidad familiar y salud física; pero si se presenta asociación entre funcionalidad familiar, salud psicológica y relaciones interpersonales. Concluyendo que, existe relación entre funcionalidad familiar y nivel de autovalencia, salud psicológica, relaciones interpersonales y entorno,

debido a que aquellos que pertenecen a familias con una mejor dinámica interna, disfrutaban de una mejor calidad de vida <sup>(36)</sup>.

Martín *et al.* (2018), el objetivo de su estudio fue identificar las actitudes y comportamientos que evidencian y caracterizan la adherencia familiar al tratamiento en pacientes con trastorno mental grave. El diseño metodológico utilizado fue el descriptivo cualitativo, con enfoque social interpretativo. Para la recolección de datos se utilizó entrevistas semiestructuradas y método Delphi: Consolidación de consensos. Los resultados fueron: Se definieron 2 categorías de la adherencia familiar: familia y tratamiento (cooperación con el tratamiento, conocimiento de la enfermedad y atención a la evolución de la enfermedad), y actitudes de la familia hacia el paciente (cuidado al paciente, promoción de autonomía del paciente y vinculación afectiva con el paciente). Una tercera categoría mostró los aspectos que disminuyen la adherencia familiar, tales como la falta de información sobre el trastorno mental o su distorsión, o las actitudes de resistencia de la familia y del paciente. Concluyendo que, los profesionales de la salud coinciden en la relevancia del concepto de “adherencia familiar” para los tratamientos de pacientes con trastorno; que la familia que está adherida es consciente del trastorno, participa activamente en el tratamiento, tiene comunicación con los profesionales y asiste a las consultas y actividades de la institución <sup>(8)</sup>.

Burbano *et al.* (2019), en su estudio con el objetivo de caracterizar clínica y farmacológicamente a pacientes ambulatorios manejados en una clínica psiquiátrica en Cartagena, e identificar si hay relación entre la adherencia farmacológica, tipo de diagnóstico y grado de disfunción de familiar. Utilizaron como método el estudio descriptivo de corte transversal con 160 pacientes ambulatorios mayores de 18 años y menores de 65 años diagnosticados con esquizofrenia, trastorno bipolar y depresión, a quienes se les aplicó un cuestionario de características clínico-farmacológicas, el cuestionario de Morisky-Green y el Test de Apgar Familiar. Los resultados fueron: El 68,1% de los encuestados refirieron conocer su diagnóstico psiquiátrico, el principal diagnóstico fue el trastorno afectivo bipolar 35,6%, seguido de la esquizofrenia 34,4%. La aplicación del APGAR familiar mostró una frecuencia de familia disfuncional en el 36,3%, La escala de Morisky Green mostró no adherencia total



al tratamiento de 53,8%. Concluyendo que, se encontró un alto porcentaje de no adherencia farmacológica y la gran mayoría reportó tener familias funcionales. Sin embargo, no se encontró relación estadísticamente significativa entre la adherencia al tratamiento, el tipo de diagnóstico ni el grado de disfunción familiar (37).

Gutiérrez (2020), el objetivo de su trabajo de investigación fue determinar la percepción de la funcionalidad familiar en la adherencia al tratamiento de 114 pacientes adultos con obesidad que acudieron al Hospital Distrital de Presidente Franco- Paraguay. Utilizó la metodología observacional descriptivo de corte transversal. Los resultados fueron: El 38% de los pacientes muestran baja adherencia al tratamiento de la obesidad. La autopercepción de alguna disfuncionalidad familiar se encontró en el 61%. La adherencia al tratamiento de la obesidad es menor en quienes perciben mayor disfuncionalidad familiar. Concluyendo que, los pacientes que presentan una disfunción grave de la percepción de la funcionalidad familiar tienen una inadecuada adherencia al tratamiento, por lo que son un grupo de pacientes con una alta probabilidad de abandono de la terapia indicada, predisponiéndolos a presentar complicaciones y hospitalizaciones futuras (5).

### **1.2.2. A nivel nacional**

Maita (2016), en su estudio con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos sobre los cuidados generales que tienen los familiares de los pacientes con esquizofrenia en hospitalización II de Salud Mental - Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2016. Utilizó el diseño metodológico descriptivo cuantitativo de nivel aplicativo y de corte transversal. La muestra fue 59 familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. La técnica fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo cuestionario, el que fue sometido a juicio de expertos. Los resultados fueron: Respecto a los conocimientos sobre cuidados generales que tienen los familiares de pacientes con esquizofrenia 62% conocen y 38% no conocen; los aspectos que conocen 63% refieren que el mayor riesgo de un paciente con esquizofrenia sin tratamiento es suicidio y/u homicidio, 43% que las alucinaciones se consideran como un trastorno en la percepción. Concluyendo que, el mayor porcentaje conocen que la causa la esquizofrenia es

desconocida, el rol de la familia en relación al cuidado está dada por acompañamiento en los momentos de su tratamiento y que el abandono del tratamiento produce recaída; mientras que un menor porcentaje considerable, no conocen que la psicoterapia individual consiste en sesiones programadas con regularidad para que el paciente conozca sobre su enfermedad y reconozca los síntomas de alarma o recaída <sup>(38)</sup>.

Araujo (2016), en su estudio con el objetivo de describir la relación entre la Cohesión y Adaptabilidad Familiar y la depresión en adolescentes escolares de la Institución Educativa Nacional Héroes del Cenepa ubicado en Lima. El diseño de la investigación fue no experimental y de tipo correlacional. Para la evaluación de los tipos de Cohesión y Adaptabilidad Familiar se utilizó la escala FACES III y para la evaluación de la depresión se usó la escala Birleson, los cuales fueron aplicados a 288 adolescentes de entre 13 y 17 años de edad. En cuanto a los resultados se obtuvo que, del total de adolescentes evaluados, el 36% presentaron síntomas depresivos y el 11% se encontró con depresión mayor; el tipo de Cohesión Familiar que predominó fue el tipo Conectada (41%), seguido del tipo Aglutinada (35%), respecto al tipo de Adaptabilidad Familiar, predominó el tipo Estructurada (43%), seguido del tipo Flexible (28%) y el tipo Rígida (20%). Finalmente, se halló relación estadísticamente significativa entre el tipo de Cohesión Familiar y la depresión, no encontrándose relación significativa entre adaptabilidad familiar y depresión <sup>(39)</sup>.

Yábar (2017), en su investigación tuvo por objetivo determinar las características de la dinámica familiar de los pacientes con diagnóstico de depresión atendidos en consulta externa del Hospital Víctor Larco Herrera - Lima. Estudio descriptivo, cuantitativo de nivel aplicativo y de corte transversal; la muestra fue 50 pacientes cuyas edades fueron comprendidas entre los 25 y 54 años a quienes se les aplicó una escala tipo Likert modificada de 40 enunciados. Los resultados fueron: El 66% manifestaron que en su dinámica familiar resaltaba el afecto, seguido de la comunicación y la cohesión en un 58% para ambos casos; siendo la adaptabilidad la dimensión de menor frecuencia con el 56%. Concluyendo que, la dinámica familiar de los pacientes encuestados posee características positivas; las cuales están presentes de manera frecuente (siempre o casi siempre) en la mayoría de los casos (56%). La característica de la dinámica familiar que está

presente en la gran mayoría de las familias de los pacientes encuestados es el afecto (66%); mientras que la de menor predominio es la adaptabilidad (56%) <sup>(40)</sup>.

Carpio (2018), en su investigación tuvo el objetivo de establecer los factores asociados a no adherencia al tratamiento antipsicótico en pacientes con esquizofrenia atendidos en la consulta externa del Servicio de Psiquiatría del Hospital Honorio Delgado Espinoza – Arequipa, durante el año 2017. El método utilizado fue la revisión de historias clínicas de consulta externa con una muestra de 170 casos, divididos en adherentes y no adherentes. Los resultados fueron: El 5.29% refirió haber usado sustancias, 41.76% usó antidepresivos, y 97.06% ansiolíticos. Se encontró falta de adherencia al tratamiento antipsicótico en 45.29% de pacientes. La adherencia pasó de 33.33% entre pacientes menores de 20 años, a 48.84% entre los 30 y 39 años, y llega a 70.59% en pacientes de 50 a 59 años. La adherencia mejora con el mayor nivel de instrucción, pasando de 37.50% en aquellos pacientes esquizofrénicos con educación primaria, es de 54.31% en pacientes con educación secundaria y alcanza el 63.16% en pacientes con educación superior. Concluyendo que, la falta de adherencia al tratamiento antipsicótico es elevada en pacientes con esquizofrenia, y se asocia a menor edad, menor instrucción, al sexo femenino y al uso previo de sustancias psicoactivas <sup>(30)</sup>.

Gordillo (2018), en su estudio tuvo el objetivo de determinar la relación entre adherencia al tratamiento y depresión en pacientes con tuberculosis de la Microred Pachacutec-Ventanilla, 2018 en Lima. Utilizó como material y método, el cuantitativo, no experimental, correlacional. La muestra estuvo integrada por 40 pacientes con diagnóstico de tuberculosis. La técnica fue la encuesta y el instrumento fueron dos: Cuestionario sobre Adherencia al Tratamiento en pacientes con Tuberculosis y el Test Autoaplicado de Depresión de Zung. Concluyendo que, no existe evidencia estadística para aceptar que la Adherencia al tratamiento y Depresión en pacientes con tuberculosis de la Microred Pachacutec- Ventanilla estén relacionadas <sup>(41)</sup>.

Alva & Espinoza (2018), en su estudio con el objetivo de determinar la relación que existe entre funcionalidad familiar y el cumplimiento del tratamiento de quimioterapia en los pacientes oncológicos del servicio de Oncología del

Hospital Regional José Cayetano Heredia, 2017- Piura. El diseño fue correlacional. La muestra estuvo constituida por 67 pacientes del Servicio de Oncología. Para la recolección de datos se realizó utilizando 2 cuestionarios: el instrumento FF SIL con 14 preguntas cerradas y la Escala de Adherencia de Morisky, Green y Levine que consta de 4 preguntas. Los resultados fueron: se encontró que 40% tuvieron familia funcional, 30% tenían familia con disfunción familiar, y un 30% familias con severa disfuncionalidad. El 49% de los pacientes no cumplieron con el tratamiento de quimioterapia y 51 % si cumplieron. Concluyendo que, existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y el cumplimiento del tratamiento de la quimioterapia pacientes del servicio de Oncología <sup>(42)</sup>.

Condori & Cruz (2018), en su trabajo de investigación con el objetivo de determinar la relación entre la Funcionalidad familiar y Adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa – 2017. Utilizó un enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, diseño correlacional y corte transversal. Para la recolección de datos, se utilizó como método la encuesta, como técnica la entrevista y como instrumentos se utilizaron un formulario de caracterización de la población en estudio seguido por dos cuestionarios: Test de APGAR familiar y el cuestionario MBG. La muestra estuvo conformada por 194 personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Los resultados fueron: El funcionamiento familiar que perciben los pacientes fue de disfunción leve en un (29.4%). La adherencia al tratamiento de los pacientes es parcial en un (73.2%). Concluyendo que, existe una relación altamente significativa entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento, por lo que se afirma que a mejor funcionalidad familiar mejor adherencia al tratamiento <sup>(43)</sup>.

Fernández (2019), el objetivo de su investigación fue determinar el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en el consultorio externo de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera- Lima. De enero - junio 2016. Su metodología fue de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo, corte transversal, prospectivo. La muestra fue de 112 pacientes. Los resultados fueron: Se evidenció que el nivel de adherencia al tratamiento fue de 34.8% con una prevalencia del 26.45% y el 56.3% son pacientes continuadores

con más de 5 años de tratamiento. El 65.2% de pacientes presentó al menos una recaída durante el tiempo que lleva diagnosticado con esquizofrenia y el 55.4% ha sido hospitalizado al menos una vez por dicha enfermedad. Concluyendo que, no se encontró relación entre las recaídas y hospitalizaciones como tampoco una relación significativa entre el nivel de adherencia y las hospitalizaciones <sup>(44)</sup>.

Cuellar (2019), en su trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar el estilo de vida y su relación con la adherencia al tratamiento en pacientes con Esquizofrenia que acuden al Servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018. Su diseño metodológico fue el cuantitativo, correlacional; con una muestra de 210 pacientes con esquizofrenia; utilizó los instrumentos: La Escala de Estilo de vida: Instrumento elaborado por Walker E, Sechrist K y Pender N. y la Escala de adherencia a la medicación de Morisky Green-Levine. Los resultados fueron: La mayoría (60,5%) de pacientes con esquizofrenia que acuden al servicio de psiquiatría reportaron estilo de vida no saludable; y en menor porcentaje (39,5%) estilo de vida saludable; la mayoría (77,1%) de pacientes que acuden al servicio de psiquiatría no tienen adherencia del tratamiento; mientras que el (22,9%) Si son adherentes al tratamiento. Concluyendo que, no existe relación entre el estilo de vida y la adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia que acuden al Servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue <sup>(45)</sup>.

Quintanilla (2019), en su estudio tuvo como propósito determinar la funcionalidad familiar en los pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro de salud hijos del Almirante Grau – Ventanilla 2019. Estudio cuantitativo, descriptivo, no experimental, aplicado; tuvo una muestra de 40 pacientes con TBC – pulmonar; a quienes se les aplicó la Escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III) diseñado por Olson, Portener y Lavee. Los resultados obtenidos fueron una funcionalidad familiar percibida como rígida un 87.5%, un 7.5% estructurada y un 5% flexible. Concluyendo que, el personal de salud debe involucrar a la familia en el tratamiento del paciente con diagnóstico positivo de TBC y la familia debe brindar el apoyo emocional que el paciente requiere para disminuir la probabilidad de recaída, complicaciones o muerte del miembro <sup>(46)</sup>.

Rivera (2019), en su estudio con el objetivo de determinar los factores asociados a la No adherencia al tratamiento con psicofármacos en pacientes que acuden al Hospital de Día en Salud Mental y Adicciones del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, en marzo del 2019. Utilizó como método el descriptivo, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 30 pacientes que acuden por tratamiento farmacológico. Se utilizó El Cuestionario de Adherencia a la Medicación de Morisky (MMAS-8). Los resultados fueron: El 60% tuvo un bajo nivel de adherencia hacia el tratamiento con psicofármacos; de ellos el 56.67% era del género masculino, el 53.33% era adulto joven, el 53.33% de los pacientes vive en el cercado de Tacna; luego el 76.67% era soltero. Los pacientes con estudios secundarios o superiores presentaban bajo nivel de adherencia (52,94% y 81.82% respectivamente). El nivel de adherencia es bajo (87.5%) en el grupo que no trabaja. Los pacientes que no cuentan con ingresos económicos presentan bajo nivel de adherencia (40%). Se muestra una baja adherencia en pacientes con menos de 06 meses de tratamiento. El nivel de adherencia bajo predominó en el grupo que toma más de 03 psicofármacos (64.29%). Del total, el 60% presentaron efectos adversos al tratamiento con psicofármacos, de los cuales el 83.33% presento una baja adherencia. Predomina una baja adherencia en el grupo que no conoce su medicación (66.67%). Y el 30% refirió no estar satisfecho con la atención, de este grupo destacan por su baja adherencia en un 66.67%. Concluyendo que, el 60% presentó un bajo nivel de adherencia. Y además que ser adulto joven, encontrarse soltero, estar cursando estudios superiores, no contar con un empleo y/o ingreso salarial e incluso tener menos de 06 meses de tratamiento, tener prescrito más de 03 fármacos y presentar efectos adversos; influyen en la correcta adherencia al tratamiento<sup>(47)</sup>.

Villanueva (2020), en su estudio el objetivo fue establecer la relación entre el soporte familiar y la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos tipo 2 en consultorio externo de endocrinología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza - Arequipa 2020. El método utilizado fue el descriptivo cuantitativo, con una muestra de 107 pacientes diabéticos. Se aplicó una ficha de datos, el Cuestionario de adherencia a la medicación de Morisky y la escala de soporte familiar MOS-SSS. Los resultados fueron: El 38.32% de casos registró hiperglicemia en ayunas, y 57.01% tiene niveles alterados de hemoglobina

glicosilada. El 54.21% de casos tuvo enfermedad de 10 a más años de duración. El 30.84% de casos recibió insulina, 64.49% metformina y 4.67% glibenclamida. El 42.99% de casos son adherentes, mientras 57.01% de casos fueron no adherentes al tratamiento. El soporte familiar de los pacientes diabéticos fue bajo en 42.99%, medio en 12.15% y alto en 44.86% de casos. Cuando el soporte es bajo o medio, no hay adherencia, y cuando el soporte familiar es alto, la adherencia alcanza el 95.83% y la asociación entre ambas variables es muy alta. Concluyendo que, existe una regular adherencia terapéutica en pacientes diabéticos tipo 2, que depende de forma significativa del soporte familiar<sup>(48)</sup>.

Vigo (2020), en su estudio el objetivo fue determinar el perfil clínico y epidemiológico de los trastornos mentales en los pacientes adultos atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Virú de la Región La Libertad en el periodo 2015 al 2019. El método utilizado fue el descriptivo, con un total de 917 personas. Los resultados fueron: La incidencia fue de 16.9/100 adultos y la prevalencia fue de 19.66/100 adultos. Predominó en su mayoría los trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos con 48, de los cuales predominó más en mujeres con 39%; mientras que en los varones predominaron los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas con 13%. El 42.7% fueron convivientes o en unión libre, 46% representó a las labores domésticas y el 28, 57% cursó secundaria completa. El 35.1% era procedente de la localidad de Virú. Solo un 4,25% presentó recaídas y 11.67 eran continuadores. Concluyendo que, los trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos fue el trastorno mental con mayor prevalencia, especialmente en mujeres. Predominaron los pacientes en unión libre, secundaria completa y quienes se dedicaban a labores domésticas. La incidencia en recaídas fue menos del 5%. Virú contó con la mayor cantidad de trastornos mentales en la población adulta<sup>(49)</sup>.

### **1.2.3. A nivel local**

Aquino (2018), en su estudio tuvo el objetivo de describir la relación entre la Familia y rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide del Servicio de Salud Mental del Hospital Carlos Monge Medrano – Juliaca, 2017. Su metodología fue el descriptivo correlacional, el diseño es no experimental, el



método utilizado fue hipotético - deductivo. La muestra fue de 40 pacientes con esquizofrenia paranoide atendidos en el servicio de salud mental del Hospital Carlos Monge Medrano – Juliaca, entre mujeres y varones. Concluyendo que, la dinámica familiar y la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide, el 50% de las familias se sienten agobiados por intentar compatibilizar el cuidado del familiar con esquizofrenia paranoide y las otras actividades que deben realizar como: el trabajo, la educación, la familia, frente a la enfermedad. Respecto al apoyo familiar y la rehabilitación psicosocial el 65.0% está de acuerdo en que la familia debe apoyar al familiar con esquizofrenia paranoide en llevar el tratamiento, para así lograr la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide. Por lo que finalmente se afirmó que existe relación significativa entre Familia y rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide <sup>(6)</sup>.

Mamani (2019), en su estudio con el objetivo de determinar la prevalencia y los factores asociados a la depresión clínica en pacientes de 20 a 50 años de consulta externa en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2018. Utilizó el método y material, de tipo observacional, retrospectivo, transversal, analítico, de diseño epidemiológico de casos y controles; el tamaño de muestra fue de 384 pacientes, de 20 a 50 años. Los resultados fueron: Se encontró 71 pacientes con depresión clínica, siendo la prevalencia de 18.4%; los factores de riesgo asociados fueron sexo femenino, ocupación estudiante, estado civil soltero, procedencia rural, comorbilidad de enfermedades crónicas degenerativas, y antecedente personal de depresión. Los factores asociados a protección de depresión fueron sexo masculino, ocupación obrera, estado civil casado, procedencia urbana, sin comorbilidad de daños crónicos degenerativos, sin antecedente personal de depresión. Concluyendo que, la prevalencia de depresión clínica fue de 18.4% <sup>(50)</sup>.



## CAPÍTULO II

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 2.1. Identificación del problema

Los trastornos mentales son un problema de primera magnitud social, no solamente por su elevada incidencia como lo indica las cifras de la Organización Mundial de la Salud presentándose en un 25% de la población general, sino por el impacto en el padecimiento y de estructuración que sufren los pacientes, comprendiendo un amplio número de patologías, que generalmente se caracterizan por una extensa duración, acompañada de procesos crónicos, lo que supone una enorme carga familiar, así como al sistema de salud y de manera más general a la población <sup>(51)</sup>.

En el ámbito de la salud es sabido que, mantener un tratamiento discontinuado siempre representará una barrera en la evolución del paciente, lo cual es común en las patologías psiquiátricas. Así, la falta de adherencia al tratamiento, el cual tiene que ser integral, en los pacientes con alteración de salud mental es principal causa de recaídas y próximos casos de hospitalizaciones en los servicios de psiquiatría; y concomitantemente se reflejará un deterioro funcional en los pacientes <sup>(47)</sup>.

Según la Dirección General de Epidemiología, las enfermedades neuropsiquiátricas ocuparon el primer lugar con una pérdida de 1 010 594 años de vida saludable perdidos (AVISA) lo que representó el 17,4% de la carga de enfermedad nacional <sup>(52)</sup>. Por su parte, según la Dirección Regional de Salud- Puno (DIRESA Puno): La Red San Román en el 2015 registró 1,297 casos de trastornos afectivos (depresión, intento de suicidio, ansiedad); 48 casos de suicidios consumados, 162 casos de trastornos debido al consumo de alcohol y drogas, 45 casos de trastornos con síndromes psicóticos (esquizofrenia) y 3,253 casos de otros problemas psicosociales (violencia familiar, maltrato infantil,

personas afectadas por violencia política) y que por ello actualmente el Ministerio de Salud (MINSA) ha incrementado el uso de medicamentos para estos problemas.

En el Hospital Carlos Monge Medrano – Juliaca, a través de los registros estadísticos por atenciones y atendidos en el servicio de Psiquiatría, la prevalencia de trastornos mentales continúa aumentando lo que significaría que estas enfermedades al no ser tratadas de la manera adecuada y oportuna van conduciendo a recaídas, mayor número de hospitalizaciones y peor pronóstico de la enfermedad.

Hasta el momento en la región de Puno, no existen estudios realizados que describan la importancia de la funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes con diagnósticos psiquiátricos, por lo tanto, es pertinente realizar una aproximación sobre este tema enfocada en nuestra población local. Por tal razón, el presente estudio tuvo como objetivo precisar la relación de la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento, a través del fortalecimiento del papel de los integrantes de la familia se pueda optimizar la adherencia al tratamiento, permitiendo así que el paciente alivie sus síntomas, disminuya los efectos concomitantes, mejore su calidad de vida, use adecuadamente su tiempo libre y además optimice sus relaciones interpersonales.

## **2.2. Enunciados del problema**

### **2.2.1. Pregunta general**

- ¿Existe relación entre la funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020?

### **2.2.2. Preguntas específicas**

- ¿Existe relación entre la funcionalidad familiar en términos de cohesión y la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020?
- ¿Existe relación entre la funcionalidad familiar en términos de adaptabilidad familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020?

- ¿Existe adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020?

### 2.3. Justificación

Se considera que la no adherencia a los esquemas de tratamiento prescritos es la mayor causa de falla terapéutica, generalmente atribuida al paciente y/o cuidador. Si bien es cierto, la falta de apego al tratamiento va a generar grandes pérdidas en lo personal, familiar y social, lo que afectaría la calidad de vida del enfermo y de quienes están a su alrededor.

La familia como sistema elemental de la sociedad, está delineada para formar personas con base en funciones plenamente determinadas, es por ello que, en el presente estudio, se procura indagar en los aspectos de cohesión y adaptabilidad familiar, mismos que permiten a los individuos, que conforman la familia, enfrentar de una forma adecuada las crisis que en la misma se producen, y que por ende afectarían el funcionamiento familiar.

En el estudio, desde el punto de vista teórico, resalta su importancia al permitir conocer el análisis de las causas y consecuencias de la funcionalidad familiar y su relación con la adherencia al tratamiento de los pacientes, constituyendo datos informativos para futuros trabajos de investigación. Asimismo, servirá como fuente de información para el Hospital Carlos Monge Medrano, para que a partir de ello brinden el fortalecimiento de capacidades en normativas y procedimientos asistenciales relacionados a la adherencia al tratamiento.

Por otro lado, al Ministerio de Salud aportará datos significativos, en especial al personal de Salud del programa y estrategia de Salud Mental, para que a partir de ello se realicen seguimientos adecuados y oportunos a las políticas destinadas a prevenir recaídas y sus complicaciones, disminuir en la frecuencia y/o reingresos hospitalarios y morbimortalidad a corto y largo plazo; además de optimizar la salud mental, buscando la participación, integración y compromiso de los integrantes de la familia con el propósito de mejorar la calidad de vida del paciente.

## 2.4. Objetivos

### 2.4.1. Objetivo general

- Precisar la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020.

### 2.4.2. Objetivos específicos

- Determinar la relación de la funcionalidad familiar en términos de cohesión y la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020.
- Determinar la relación de la funcionalidad familiar en términos de adaptabilidad y la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020.
- Identificar la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020.

## 2.5. Hipótesis

### 2.5.1. Hipótesis general

- $H_1$ . Existe relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento en los pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020
- $H_0$ . No existe relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento en los pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020

### 2.5.1. Hipótesis específicas

- $H1$ . Las familias con mejor cohesión muestran mayor adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020



- H2. Las familias con mejor adaptabilidad muestran mayor adherencia al tratamiento en los pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020.
- H3. Existe poca adherencia al tratamiento en los pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020.

## CAPÍTULO III

### MATERIALES Y MÉTODOS

#### 3.1. Lugar de Estudio

##### 3.1.1. Ubicación geográfica

El estudio se realizó en el Hospital Carlos Monge Medrano, que se encuentra ubicado en la carretera Huancané - Km.2, distrito de Juliaca, provincia de San Román y departamento de Puno, con una población de 228 726 habitantes. El hospital es de nivel II-2 que pertenece al Ministerio de Salud del Perú y, además, es centro de referencia de 8 provincias de la zona norte de la región de Puno.

El Hospital Carlos Monge Medrano, brinda servicios asistenciales en Medicina General, Cirugía A, Cirugía B, Gineco-obstetricia, Pediatría, Neonatología, Unidad de Cuidados Intensivos, Quirófano, Emergencia y especialidades como: Neumología, Gastroenterología, Medicina interna, Psiquiatría, Dermatología, Oftalmología, Nefrología, Otorrinolaringología, neurología, endocrinología y Cardiología.

#### 3.2. Población

Todos los pacientes con trastorno mental (624) que acuden al servicio de Psiquiatría del Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2020, ya sea de manera presencial o por teleconsulta (disposiciones del estado peruano por la emergencia sanitaria por COVID-19).

#### 3.3. Muestra

La muestra estuvo conformada por 116 pacientes con trastorno mental, los que fueron seleccionados por muestreo no probabilístico y por conveniencia.

### 3.3.1. Criterios de selección:

#### a. Criterios de inclusión:

- Pacientes adultos entre 18 y 59 años que acuden a consultorio externo de Psiquiatría.
- Pacientes con patología mental continuadores en el tratamiento farmacológico (mayor de 1 año).
- Pacientes que acepten participar en el estudio.

#### b. Criterio de exclusión:

- Pacientes nuevos en el tratamiento farmacológico (menor de 1 año de tratamiento).
- Pacientes con diagnóstico de discapacidad intelectual.
- Pacientes con diagnóstico de trastornos orgánicos cerebrales.
- Pacientes con diagnóstico de demencia.
- Pacientes con diagnóstico de dependencia a drogas.
- Pacientes que no deseen participar en el estudio.

### 3.4. Método de investigación

#### 3.4.1. Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación es el descriptivo correlacional de corte transversal, porque los datos fueron recolectados en un solo corte en el tiempo, con el propósito de describir variables y analizar su interrelación. Con enfoque cuantitativo.

#### 3.4.2. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Las técnicas que se utilizaron fueron:

##### ➤ **Para la medición de la funcionalidad familiar**

Para la medición de la FUNCIONALIDAD FAMILIAR se aplicó el cuestionario: Escala de evaluación de la funcionalidad familiar (FACES III).

El modelo circunflejo de sistemas familiares desarrollado por Olson, Sprenkle, y Russel (1989 citado en Granados 2016 pág. 23)<sup>(12)</sup> como un intento de involucrar o integrar tanto la investigación teórica como la práctica, propusieron la escala FACES

III destinada a evaluar la percepción del funcionamiento familiar en dos parámetros: la adaptabilidad y la cohesión familiar.

El FACES III, consta de 2 partes con 20 ítems cada una, las cuales deberán ser puntuadas a través de una escala de Likert, con un rango de 1 a 5 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. Vale recalcar que para nuestra investigación se utilizó únicamente la primera parte, la forma real.

La escala se encuentra estructurada con dos ítems para cada uno de los cinco conceptos relativos a la dimensión de cohesión: vinculación personal (11-19), apoyo (1-17), límites familiares (5-7), tiempo y amigos (9-3), e intereses y recreación (13-15); dos ítems para cada una de las variables de la dimensión de adaptabilidad: liderazgo (6-18), control (12-2), disciplina (4-10); y cuatro ítems vinculados a la combinación de roles y reglas (8-14-16-20).

La escala es sencilla y de rápida aplicación, alrededor de 15 minutos, la pueden realizar personas desde los 12 años en adelante, y puede ser administrada individual o grupalmente. Para la obtención del puntaje del FACES III, en primer lugar, se debe verificar que el sujeto no haya dejado ningún ítem sin responder. Se procederá con la suma de los ítems impares, los cuales nos darán el resultado de la variable cohesión, de igual manera se lo hará con los ítems pares para obtener el resultado de la dimensión adaptabilidad. Los valores de cada ítem estarán dados por la opción de respuesta escogida por el sujeto evaluado, valores que irán desde 1 si eligió la opción casi nunca, hasta 5 si eligió la opción casi siempre.

Posteriormente, se utilizará el baremo (ver anexo 4) para identificar los valores aproximados tanto de cohesión y adaptabilidad que van desde 10 hasta 50 puntos, para luego obtener el tipo de familia, para lo cual se considera el número de la



izquierda de cada variable, se suma y divide para dos, el resultado de esta operación nos permitirá ubicarnos en la columna de las posibles categorías de tipo de familia; balanceada, de rango medio o extrema,  $(a=\text{cohesión} + b=\text{adaptabilidad} = c / 2 = \text{tipo de familia})$ .

El FACES III, también permite que una persona pueda obtener una visión de su funcionamiento familiar real e ideal, clasificando a una familia dentro de un rango de 16 tipos específicos (ver anexo 5) o simplemente en tres grupos más generales correspondientes a familias balanceadas, de rango medio y extremas.

#### ➤ **Para la medición de la adherencia al tratamiento**

Para la medición de adherencia al tratamiento, se aplicó el cuestionario: DRUG ATTITUDE INVENTORY (DAI o Inventario de actitudes hacia la medicación) <sup>(53)</sup>.

Este cuestionario auto aplicado fue desarrollado para estudiar la adherencia terapéutica en el campo de la psiquiatría. Evalúa las actitudes y las creencias relativas a la medicación. Inicialmente, se desarrolló un cuestionario de 30 ítems (DAI-30), sin embargo, la versión de 10 ítems (DAI-10) es más utilizada en la práctica clínica.

En la versión DAI- 10 hay seis ítems formulados en sentido positivo y cuatro en sentido negativo. Las afirmaciones deben clasificarse como verdaderas o falsas. Cada respuesta es puntuada como +1 si es correcta, o -1 si es incorrecta. La puntuación final va desde -10 a +10. Una puntuación más alta indica una actitud más positiva hacia la medicación psiquiátrica <sup>(54)</sup>.

### **3.5. Descripción detallada de métodos por objetivos específicos**

La metodología utilizada fue según objetivo planteado, la que se detalla a continuación:

#### ➤ **De la coordinación y autorización del estudio**

- Mediante documento dirigido al director del Hospital Carlos Monge Medrano, responsable de Unidad de Capacitación y área de Investigación y docencia, se solicitó autorización para la ejecución del trabajo de investigación.
- Mediante documento dirigido al jefe del servicio de Psiquiatría del Hospital Carlos Monge Medrano, se informó y se coordinó para la ejecución del estudio.

- Se coordinó con el área de estadística para acceder a las atenciones registradas durante el año 2020 de los pacientes con trastorno mental.
- Se elaboró un cronograma según disponibilidad de horarios de los pacientes para la recolección de datos.
- Se solicitó la autorización de los tutores y/o familiares del paciente para autorizar la aplicación de los instrumentos, a través del consentimiento informado.
- En la fecha programada ya sea a través de videollamada, llamada telefónica y/o visita domiciliaria se aplicó los instrumentos para la recolección de datos.

➤ **De la recolección de datos**

**Objetivo 1**

- Se aplicó el cuestionario: Escala de evaluación de la funcionalidad familiar (FACES III), con respuestas objetivas para identificar la cohesión y adaptabilidad familiar de los pacientes.
- Para la recolección de datos, la estrategia fue de manera personalizada previa coordinación con los familiares.
- Se aplicó el instrumento de recolección de datos de manera individual (la investigadora hizo las interrogantes del cuestionario y los pacientes respondían según sea el caso).
- Se les comunicó que la encuesta era estrictamente privada y anónima.
- La investigadora para dar inicio de la aplicación del instrumento enfatizó que no hay preguntas buenas o malas y si tendrían alguna dificultad en la comprensión se tendría que tomar un tiempo para aclarar la interrogante.
- Una vez terminada el cuestionario se procedió a agradecer al paciente y familiares.
- Posteriormente a la recolección de datos se procedió a sistematizar la información.

**Objetivo 2**

- Se aplicó el cuestionario: DRUG ATTITUDE INVENTORY (DAI o Inventario de actitudes hacia la medicación), en donde se identificó el cumplimiento al tratamiento.
- La recolección de datos se realizó de manera personalizada.
- Antes de iniciar se informó a los pacientes sobre la importancia de su participación en la investigación.

- También se les comunicó que la encuesta era totalmente privada y anónima, y si hubiera interrogantes respecto a las preguntas podían consultarlas.
- Posteriormente se procedió a agradecer al paciente por su participación y a los familiares por su disponibilidad de tiempo.
- Una vez terminada la recolección de datos se procedió a sistematizar la información.
- Finalmente, los resultados se presentaron en base a la estadística descriptiva porcentual e interpretación respectiva.

### ➤ **Plan de procesamiento y análisis de datos**

Para el procesamiento de datos se utilizaron métodos computarizados, en el programa estadístico SPSS versión 25 y la hoja electrónica EXCEL. El procesamiento se realizó en base a la estadística descriptiva porcentual, representados en gráficos y/o cuadros estadísticos.

Para la tabulación se siguieron los siguientes pasos:

- Revisión de instrumento
- Codificación de la información
- Análisis cuantitativo y cualitativo
- Interpretación de resultados

#### **a. Tratamiento estadístico**

De acuerdo a los objetivos, la hipótesis y la matriz de consistencia del estudio, se realizaron los siguientes análisis:

##### 1) Porcentajes: P

Donde:

$$P = \frac{x}{n}(100)$$

x: Número de casos favorables

n: Tamaño de la muestra (116)

2) Cuadros bidimensionales.

Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 25 y la hoja electrónica EXCEL.

3) Prueba de asociación:

Se aplicó la prueba estadística de independencia de variables (prueba Chi-Cuadrado), mediante el programa SPSS versión 25.

a. Planteamiento de hipótesis estadística:

$H_0$ : No existe relación entre la funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento

$$O_{ij} = E_{ij}$$

$H_1$ : Existe relación entre la funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento

$$O_{ij} \neq E_{ij}$$

b. Nivel de significancia:

$$\alpha = 5\% = 0.05$$

c. Prueba estadística:

Prueba Chi-Cuadrada

Donde:

$$\chi_C^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{O_{ij}^2}{E_{ij}} - n$$

$\chi_C^2$  : Ji-Cuadrada calculada

$f$  : Número de filas

$c$  : Número de columnas

$n$  : Tamaño de muestra

d. Coeficiente de Contingencia:

$$C = \sqrt{\frac{\chi_c^2}{\chi_c^2 + n}}$$

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. Análisis de resultados

##### 4.1.1. Determinar la relación de la funcionalidad familiar en términos de cohesión y la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020.

Tabla 1

*Relación entre funcionalidad familiar (cohesión) y adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020*

Cohesión	Desligada		Separada		Conectada		Amalgamada		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Adherente	2	1,72	10	8,62	36	31,03	8	6,9	56	48,28
No Adherente	39	33,62	19	16,38	2	1,72	0	0,0	60	51,72
Total	41	35,34	29	25	38	32,75	8	6,9	116	100

Fuente: matriz de recolección de datos

En la tabla 1, se muestra resultados de la relación entre funcionalidad familiar (cohesión) y adherencia al tratamiento, de un total de 116 pacientes que equivalen al 100 %; el 51,72 % no son adherentes al tratamiento y de estos el 33,62 % muestran cohesión desligada, y un 16,38 % cohesión separada; por otro lado, el 48,28 % son adherentes al tratamiento y de estos un 31,03 % muestran cohesión conectada.

A partir de los hallazgos encontrados y al comprobar la hipótesis específica 1, el índice de correlación Chi Cuadrado alcanza un valor estadísticamente significativo para la relación entre Cohesión Familiar y Adherencia al tratamiento  $p(0.000) < \alpha(0.05)$  es decir, existe relación significativa entre la funcionalidad familiar en términos de cohesión y la adherencia al tratamiento, por lo que se acepta ( $H_1$ ) y se rechaza ( $H_0$ ).

Con respecto a la cohesión familiar, se encontró que el 35,34 % presenta una cohesión baja, con pertenencia a familia de tipo desligada. Resultados que se asemejan con Ruvalcava <sup>(13)</sup> al señalar que el 20,5 % de pacientes con trastorno depresivo mostraron cohesión dispersa y/o desligada. Según el modelo circunflejo de Olson <sup>(9)</sup>, en este tipo de familias existe escasa vinculación familiar y alta autonomía personal, extrema separación emocional, ausencia de lealtad familiar, de compromisos intrafamiliares y de comunicación, relación vacía entre padres e hijos, preferencias por la separación física, ausencia de tiempo vivido en común e independencia en la toma de decisiones. En síntesis, no se expresa el afecto hacia el paciente y se carece de acuerdos para tomar decisiones en conjunto, lo que sumaría a la no adherencia al tratamiento y por consiguiente la falla terapéutica afectando directamente en la calidad de vida del mismo paciente como de quienes están a su alrededor.

En ese mismo contexto, se observa otro dato significativo, el 32,75 % de pacientes presentan cohesión moderadamente alta, es decir, familia de tipo conectada. Resultados que se asemejan a los autores: Quinto <sup>(34)</sup> al obtener familias conectadas en un 25.6 % y Araujo <sup>(39)</sup> con un 41 %. Según Olson, estas familias (conectadas) se caracterizan por su cercanía emocional, pero con separación personal, donde el tiempo que comparten no imposibilita el tiempo individual, es decir existen actividades compartidas e individuales, poseen límites intergeneracionales claros, obteniendo sus miembros espacio para su desarrollo individual. De ello se desprende que, existe la unión familiar entre los miembros, pero la carencia de establecer alianzas está presente lo que impediría buscar ayuda con algún miembro de la familia en casos de estrés y dificultades que puedan suscitarse en la adherencia al tratamiento del paciente.

Seguidamente, se aprecia que un 25 % pertenecen al tipo de familia separada, cohesión moderadamente baja, la cual se refiere a familias de cierta independencia de los miembros de la familia, con límites parento-filiales claros, donde existe la posibilidad de toma de decisiones conjuntas, por lo que existe un equilibrio en estar solos y estar en familia.

Diversos estudios han señalado la interacción de vínculos afectivos entre los miembros de la familia (cohesión), como un factor de estabilidad al mantener el equilibrio armónico Aguilar <sup>(9)</sup> , Del Cisne y Silva <sup>(55)</sup>; es decir, que cuando se percibe menor cohesión, las interacciones favorecen a sentimientos de soledad, desesperanza e incomprensión y las necesidades de independencia son vistas como una forma de agresión al sistema por la dificultad que representa para ellos enfrentar y disfrutar las relaciones sociales.

Cabe resaltar que, en nuestro estudio las familias disfuncionales (desligada más amalgamada) ubicadas como extremas en el Modelo Circunflejo de Olson, representan el 42,24 % del total de encuestados, mientras que las familias funcionales (separada más conectada) colocadas en la parte central del modelo, alcanzaron un 57,75 %, lo que pone en manifiesto que dentro de la dimensión de cohesión familiar existen más familias funcionales que disfuncionales.

**4.1.2. Determinar la relación de la funcionalidad familiar en términos de adaptabilidad y la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020.**

Tabla 2

*Relación entre funcionalidad familiar (adaptabilidad) y adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020*

<b>Adaptabilidad</b>	<b>Caótica</b>		<b>Flexible</b>		<b>Estructurada</b>		<b>Rígido</b>		<b>Total</b>	
<b>Adherencia al Tto</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Adherente	7	6,03	10	8,62	23	19,83	16	13,8	56	48,28
No Adherente	26	22,41	32	27,59	2	1,72	0	0,0	60	51,72
Total	33	28,44	42	36,21	25	21,55	16	13,8	116	100

Fuente: matriz de recolección de datos



En la tabla 4, se observa la relación entre funcionalidad familiar (adaptabilidad) y adherencia al tratamiento, del total de pacientes el 51,72 % no son adherentes y de estos el 27,59 % poseen adaptabilidad de tipo Flexible, seguido por adaptabilidad Caótica con 22,41 %. En cambio, un 48,28% evidencian adherencia y de ellos un 19,83 % tienen adaptabilidad Estructurada.

Al comprobar la hipótesis específica 2, se muestra el índice de correlación Chi Cuadrado alcanza un valor estadísticamente significativo para la relación entre Adaptabilidad Familiar y Adherencia al tratamiento  $p(0.000) < \alpha(0.05)$  es decir, existe relación entre la funcionalidad familiar en términos de adaptabilidad y la adherencia al tratamiento, por lo que se acepta ( $H_1$ ) y se rechaza ( $H_0$ ).

Con respecto a la dimensión de adaptabilidad se muestra el predominio de familias flexibles 36,21%. Resultados semejantes a Ruvalcava<sup>(13)</sup> quien evidenció prevalencia de familias flexibles con 35.9% en pacientes con depresión en control; por su parte, Araujo<sup>(39)</sup> encontró resultados ligeramente menores en comparación a nuestro estudio al señalar un 28 % de pacientes con depresión que muestran adaptabilidad de tipo flexible. Según Olson<sup>(9)</sup>, las familias flexibles identifican un liderazgo igualitario, permite cambios; control igual en todos los miembros de la familia, con fluido cambio y hay acuerdo en las decisiones; disciplina democrática con impredecibles consecuencias; se comparten e intercambian los roles; las reglas se hacen cumplir con flexibilidad y algunas cambian. A partir de tales afirmaciones, se puede destacar que la familia acude a diferentes recursos para resolver situaciones de crisis; sin embargo, ésta no es estable y mucho menos seguro, sino que es un proceso que debe ajustarse continuamente para promover el desarrollo de la salud del paciente y el de sus miembros.

Seguidamente, se obtuvieron familias caóticas con un 28,44 %. Resultados menores en comparación a Ruvalcava<sup>(13)</sup> quien encontró 35,9 % y Aguilar<sup>(9)</sup> con un 50,3 %. Asimismo, los autores: Siguenza, Buñay, y Guamán<sup>(56)</sup> señalan adaptabilidad de tipo caótico con un 29,9 % con una tendencia creciente. Según Olson, las familias caóticas se caracterizan por una disciplina poco efectiva con consecuencias inconsistentes y poco trascendentales, decisiones impulsivas, ausencia de negociación ante problemas y roles más o menos establecidos, con cambios frecuentes en las reglas de funcionamiento familiar. De este modo, se afirma que las familias caóticas tienden a ser problemáticos y no saludables, con frecuentes cambios de reglas y de un liderazgo limitado e ineficaz, lo

que trascendería en los acuerdos y en la resolución de problemas que implican al paciente y a sus integrantes de la familia.

Finalmente se evidencian familias estructuradas con 21,55 %. Según Olson <sup>(9)</sup> estas familias se caracterizan por contar con un liderazgo en principio autoritario, siendo algunas veces igualitario; control democrático y estable, los padres toman las decisiones; disciplina democrática con predictibles consecuencias; los roles son estables, pero pueden compartirse; las reglas se hacen cumplir firmemente, son pocas las que cambian.

Con respecto a la adherencia al tratamiento, se encontró familias caóticas no adherentes con un 22,41 %. Resultados contrarios a Anchundia <sup>(57)</sup> al señalar que el 53,45 % de pacientes hipertensos muestran familias caóticas y que son adherentes al tratamiento, y que una buena adaptabilidad familiar conlleva que el usuario tenga una adherencia terapéutica buena y concordante con la prescripción médica. Asimismo, Gordillo<sup>(41)</sup> señala el 67,5 % de los pacientes con tuberculosis son adherentes al tratamiento y tan solo el 32,5 % no son adherentes. Por su parte, Flores <sup>(11)</sup> encontró no adherencia al tratamiento de anemia ferropénica con adaptabilidad flexible en un 46,7 % de niños de 6 a 18 meses. Según Olson, la familia caótica se caracteriza por un liderazgo limitado y/o ineficaz, donde las disciplinas son muy poco severas, habiendo inconsistencia en sus consecuencias, las decisiones parentales son impulsivas, existe falta de claridad en las funciones como frecuentes cambios en las reglas, que se hacen cumplir inconsistentemente. De las evidencias anteriores, se presume entonces que, por la falta de cumplimiento de roles y carencia de reglas en la familia, no se llega a optimizar la adherencia al tratamiento ya que no existe disciplina ni control y lo único constante son los cambios caracterizándose así un funcionamiento inadecuado.

Dentro del modelo circunflejo de Olson <sup>(9)</sup>, en nuestro estudio, las familias disfuncionales (rígida más caótica), representan el 42,24 % y las funcionales (estructurada más flexibles) alcanzaron un 67,76 % al igual que en cohesión, existen más familias funcionales que disfuncionales en lo que se refiere a la dimensión de adaptabilidad. Así pues, se evidencia más familias adaptables, lo que significa que debería haber una adecuada adherencia al tratamiento, por la habilidad de cambiar la estructura de poder, roles y reglas de relación para hacer frente al estrés situacional y evolutivo.

#### 4.1.3. Identificar la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020.

Tabla 3

*Adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020*

Adherencia al tratamiento	N°	%
Adherente	56	48,28
No Adherente	60	51,72
Total	116	100

Fuente: matriz de recolección de datos

En la tabla 3, se observa la adherencia al tratamiento, donde el 51,72 % de pacientes con trastorno mental no son adherentes y el 48,28 % si son adherentes. Resultados que coinciden con los autores: Carpio<sup>(30)</sup> al señalar que es elevada la falta de adherencia al tratamiento antipsicótico en pacientes con esquizofrenia con 45,29 %; Rivera<sup>(47)</sup> al mostrar el nivel de adherencia a los psicofármacos es bajo en pacientes con trastorno mental; Burbano, Ayala, y Ramos<sup>(37)</sup> al evidenciar un alto porcentaje de no adherencia farmacológica en pacientes con esquizofrenia, depresión y trastorno bipolar. En tal sentido, se puede aludir que la característica principal que va influir de forma determinante en la adherencia al tratamiento del paciente será la situación psicológica del mismo, ya que la extrema separación emocional afectaría en gran medida en su estado de salud lo que se vería reflejada en el desinterés, la desconfianza y la falta de percepción en la mejora de la enfermedad.

Al comprobar la hipótesis específica 3, estadísticamente se encontró que el valor calculado tiene un promedio de puntaje bajo, afirmando así que, no existe adherencia al tratamiento en los pacientes.

Según Burbano, Ayala, y Ramos<sup>(37)</sup> existe un alto porcentaje de no adherencia farmacológica y la gran mayoría reportó tener familias funcionales. Asimismo, Gutiérrez<sup>(5)</sup> evidenció una inadecuada adherencia al tratamiento y la percepción de su funcionalidad familiar fue grave. Por su parte, Granados<sup>(12)</sup> afirma que una familia

funcional no es una familia perfecta sino una familia donde sus miembros han aprendido a cumplir con sus responsabilidades, a dar y recibir amor, donde prevalece el respeto, existe una comunicación adecuada, se apoyan unos a otros y enfrentan los conflictos con una adecuada madurez.

Por otro lado, con respecto a la adherencia al tratamiento y sus características sociodemográficas, sobresalen en cuanto al tiempo de enfermedad, pacientes que cuentan entre 1 y 3 años. En relación a la edad del paciente en su mayoría son adherentes aquellos con edades comprendidas entre 18 y 29 años. Respecto al sexo, el masculino hace más adherencia al tratamiento. En cuanto al estado civil, los solteros a pesar de no contar con una familia saludable (desligada y separada) hacen más adherencia. Respecto a la convivencia, el convivir con ambos padres o con la pareja e hijos hace que los pacientes sean más adherentes. En cuanto a la procedencia, los de zona urbana son más adherentes en comparación a la rural. En relación al idioma, los que hablan castellano (por debajo de la mitad) y quecha (en su mayoría) son más adherentes. Con respecto al grado de instrucción, el grado secundario y superior son más adherentes, por lo que se evidencia que a mayor nivel educativo es mayor la adherencia al tratamiento y finalmente con respecto a la religión, los católicos hacen mayor adherencia al tratamiento.

Seguidamente con respecto a la No adherencia y características sociodemográficas resaltan pacientes no adherentes entre los 30 y 59 años y en su mayoría de sexo femenino, casados, de nivel primario y sin instrucción. No hacen adherencia en su mayoría los que conviven con solo uno de los padres y que además son católicos u profesan otras religiones como: Testigos de Jehová, mormón y asambleas de Dios. Resultados que podrían atribuirse a la falta de compromiso tanto del paciente como de los familiares, al dejar de ser consecuentes y la desmotivación en su recuperación, puesto que son tratamientos a largo plazo; a ello se suma la asistencia sanitaria que no fue oportuna ni eficaz, ya que nuestro país atravesaba una emergencia sanitaria por COVID-19, lo que afectó negativamente en el acceso a la atención y acceso a los medicamentos. Asimismo, se suma la migración de las familias de los pacientes a lugares natales de los padres, lo que dificultaría la realización de los seguimientos a través de las visitas domiciliarias.

Según nuestro estudio, se puede revelar notoriamente que la adherencia al tratamiento es un pilar fundamental que va a permitir optimizar la efectividad del régimen terapéutico y generar resultados cada vez más positivos en el tratamiento de las enfermedades mentales.

Sin embargo, existen dificultades como son los factores socioeconómicos que pueden perfilarse como las circunstancias que rodean al paciente, la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos terapéuticos anteriores, los cambios constantes en el tratamiento, los efectos adversos y la disponibilidad de apoyo médico, además en lo que respecta al equipo sanitario, se cuentan con establecimientos de salud con infraestructura inadecuada y recursos deficientes, personal de salud poco remunerado y con carga de trabajo excesivo, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y además proporcionar seguimiento, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla.

En efecto, la adherencia al tratamiento en pacientes con trastorno mental, produce un impacto positivo no solo en quien lo padece sino también en su familia y su comunidad. Es por ello que se identifica a la familia como un recurso primordial en la atención y cuidado del paciente, ya que con frecuencia el éxito de la actuación de los profesionales depende en gran medida de la voluntad que tengan los integrantes de la familia.

## CONCLUSIONES

- La funcionalidad familiar en sus dimensiones de cohesión y adaptabilidad si se relacionan puesto que la prueba estadística es significativa. El tipo de funcionalidad familiar que predomina es el de Rango medio (54,31%). Asimismo, se evidencia que existe más familias funcionales (57,75 %) que disfuncionales (42,24 %).
- Las familias con cohesión desligada, considerada como disfuncional, no presentaron adherencia al tratamiento (33,62 %); por el contrario, las familias con cohesión conectada que son consideradas como funcionales si mostraron adherencia (31,03 %). En cuanto a la relación entre funcionalidad familiar en la dimensión de cohesión y adherencia al tratamiento es significativa.
- Las familias con adaptabilidad flexible considerada funcional, no demostraron adherencia al tratamiento (27,59 %); asimismo, las familias con adaptabilidad caótica considerada como disfuncional tampoco mostraron adherencia (22,41 %). En cuanto a la relación entre funcionalidad familiar en la dimensión de adaptabilidad y adherencia al tratamiento es significativa.
- Respecto a la adherencia al tratamiento de los pacientes, se evidencia de manera considerable el no cumplimiento terapéutico (51,72 %).

## RECOMENDACIONES

- Desarrollar programas psicoeducativos dirigidos al paciente y a los integrantes de la familia, donde se imparta información con propósitos educacionales debiendo ser entendida por el paciente e incorporada en su rutina diaria. Asimismo, contar con un equipo multidisciplinario que haga viable la participación voluntaria del paciente.
- Fomentar la participación familiar en el cuidado del paciente, así como el acompañamiento de éstos a la consulta médica para tener mayor seguridad del cumplimiento de las indicaciones médicas. Asimismo, integrar a la familia en las actividades como: sesiones educativas, charlas informativas, deporte, manualidades, concursos y retiros en conjunto para sobrellevar la enfermedad.
- Fomentar la creación de hogares protegidos donde se alberguen a pacientes con patología mental en riesgo, en el que se ejecuten acciones basados a la adherencia al tratamiento y terapias familiares eficaces.
- A los futuros investigadores desarrollar estudios con muestra más amplias y de tipo comparativo, tomando en cuenta a grupos de otras instituciones y ciudades de la región para contrastar los resultados y proponer alternativas de mejora. Además, considerar la prevalencia de rehospitalizaciones según patología clínica del enfermo.

### **Limitaciones del estudio**

- Dificultad para localizar al total de los pacientes destinados al estudio, y de éstos, algunos no quisieron por voluntad propia participar en la investigación.
- El escenario donde se realizaron los cuestionarios fue en los domicilios de los pacientes los que no fueron el lugar más adecuado debido a la falta de condiciones apropiadas para su desarrollo (privacidad, espacio físico, tiempo).
- Falta de estudios similares a nivel regional, y de los escasos estudios que hubo a nivel nacional, los instrumentos utilizados fueron totalmente diferentes al nuestro; lo que limitó hacer las comparaciones correspondientes.
- La emergencia sanitaria COVID -19 por la que atravesamos como país, ya que existió restricciones en las atenciones y en las visitas domiciliarias, por lo que fue un tanto difícil la ubicación de los pacientes, ya que algunos de ellos se trasladaron de domicilio al lugar natal materno o paterno (generalmente zonas alejadas).



## BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Generales y Centros de Salud de Lima Metropolitana. An Salud Ment [Internet]. 2018;XXXIV:184. Disponible en: <http://www.inism.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2020/Vol XXXIV 2018 Nro1 EESM en Hospitales Generales y Centros de Salud.pdf>
2. MINSA. Lineamientos de política sectorial en salud mental [Internet]. 1ra ed. Lima: SINCO Diseño E.R.L.; 2018. 28 p. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>
3. MINSA. Plan nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018 - 2021 [Internet]. 1ra edicio. Lima; 2018. 1-96 p. Disponible en: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2018/Resolucion\\_Ministerial\\_N\\_356-2018-MINSA.PDF](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2018/Resolucion_Ministerial_N_356-2018-MINSA.PDF)
4. Suclupe ME. Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en Lupus Eritematoso Sistémico Hospital Arzobispo Loayza 2018. 2019;
5. Gutiérrez FG. Percepción de la funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes obesos. 2020;9(1):1-17.
6. Aquino YK. Familia y Rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide del servicio de Salud mental del Hospital Carlos Monge Medrano-Juliaca 2017. Universidad Nacional del Altiplano; 2018.
7. Beorlegui C. Percepción del soporte Familiar en personas con Trastorno mental , una aproximación fenomenológica. Univertitat Pompeu Fabra; 2015.
8. Martín E, Obando D, Sarmiento P. La adherencia familiar en el trastorno mental grave. Aten Primaria [Internet]. 2018;50(9):519-26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.06.010>
9. Aguilar CG. Funcionamiento familiar según el modelo circunflejo de Olson en adolescentes tardíos. Universidad de Cuenca; 2017.
10. Alba YY. Tipos y funcionamiento familiar en adolescentes de una institución educativa rural de Caraz, 2016. Universidad San Pedro; 2016.

11. Flores YL. Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 18 meses que asisten al Puesto de Salud Achaya 2017. Universidad Nacional del Altiplano; 2018.
12. Granados CR. Tipos y funcionamiento familiar en adolescentes de la institución educativa dos de mayo Caraz, 2016. Universidad San Pedro; 2016.
13. Ruvalcava R. Funcionalidad familiar, en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, en los pacientes con trastorno depresivo en control adscritos a la UMF N°1 del IMSS delegación Aguascalientes. Universidad Autónoma de Aguascalientes; 2016.
14. Siguenza WG. Funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de Olson. Universidad de Cuenca; 2015.
15. Moratto NS, Zapata JJ, Messenger T. Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. CES Psicol. 2015;8(2):103-21.
16. Giner J, García I, Granada J, Leal M, Sales R, Lluch M, et al. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería en salud mental. Actas españolas Psiquiatr. 2010;38(1):1-45.
17. Herrera-lopez V, Aguilar N, Valdivieso J, Cutipé Y. Implementación y funcionamiento de hogares protegidos para personas con trastornos mentales graves en Iquitos, Perú (2013-2016). 2018;1-9.
18. Villavicencio DT, Villanueva KM. Cohesión- adaptabilidad familiar y actitudes sexuales en las adolescentes de una Institución Educativa de Chiclayo, 2017. Universidad Señor de Sipán; 2018.
19. Tueros RV. Cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con el rendimiento académico. Universidad Nacional de San Marcos; 2004.
20. Apaza M, Huarachi A. Adherencia farmacológica y no farmacológica y calidad de vida en personas con Diabetes Mellitus tipo II. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Arequipa - 2014 [Internet]. 2014. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2284/ENaphim.pdf?sequence>



nce=1&isAllowed=y

21. Giner J, Cañas F, Olivares J, Rodríguez A, Burón J, Rodríguez-Morales A, et al. Adherencia terapéutica en la esquizofrenia: una comparación entre las opiniones de pacientes, familiares y psiquiatras. *Actas esp Psiquiatr.* 2006;34(6):386-92.
22. Arrossi S, Herrero M, Greco A, Ramos S. Factores predictivos de la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis en municipios del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *Salud Colect.* 2012;8(SUPPL.):65-76.
23. Muñoz E. Factores determinantes en el abandono terapéutico en pacientes con trastornos mentales: el papel de la indefensión aprendida. [Madrid]: Universidad Complutense de Madrid; 2004.
24. Silva G, Galeano E, Correa J. Adherencia al tratamiento, Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Medica Colomb.* 2005;30(4):268-73.
25. Ortega JJ, Sánchez D, Rodríguez ÓA, Ortega JM. Adherencia terapéutica : un problema de atención médica. 2018;(3):226-32.
26. Castro. Revisión de la literatura sobre las cinco dimensiones de la adherencia al tratamiento. 2018;
27. Luna U, Haro S, Uriostegui L, Barajas T, Rosas D. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan Jalisco, México. *Atención Fam [Internet].* 2017;24(3):116-20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.af.2017.07.004>
28. Roncero C, Barral C, Fuste G, Daigre C, Ramos-quiroga JA, Casas M. Adherencia al tratamiento en drogodependientes remitidos desde urgencias de psiquiatría a tratamiento ambulatorio. 2012;40(2):71-7.
29. Pacheco B, Aranguiz Consuelo. Factores relacionados a la adherencia a tratamiento en adolescentes con depresión. 2011;
30. Carpio YB. Factores asociados a no adherencia al tratamiento antipsicótico en pacientes con esquizofrenia atendidos en consulta externa del servicio de Psiquiatría del Hospita Honorio Delgado Espinoza durante el año 2017. Universidad Nacional de San Agustín; 2018.

31. Pérez JH. Adherencia al tratamiento farmacológico. 2015;8(1):47-52.
32. Carrasco E, Polo G, Alba I, Fernandez L, Turrión L, Guerrero M, et al. Salud Mental. Madrid: Fundación San Juan De Dios; 2015.
33. Quinto F. La influencia de la cohesión familiar en la adherencia al tratamiento vía oral en pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 que acuden al centro de salud la concordia en el periodo agosto- noviembre del 2016. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2016.
34. Crempien C C, De la Parra C G, Grez B M, Valdés F C, López M MJ, Krause J M. Características sociodemográficas y clínicas de pacientes diagnosticados con depresión en Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) de Santiago, Chile. Rev Chil Neuropsiquiatr. 2017;55(1):26-35.
35. Domingo M. Intervenciones de enfermería en la baja adherencia al tratamiento antipsicótico en pacientes esquizofrénicos. Universidad de Zaragoza; 2017.
36. Troncoso C, Soto N. Funcionalidad familiar , autovalencia y bienestar psicosocial de adultos mayores. 2018;23-8.
37. Burbano AL, Ayala C, Ramos EC. Adherencia farmacológica en relación con funcionalidad familiar en el tratamiento ambulatorio de pacientes con esquizofrenia , depresión y trastorno bipolar. 2019;8:40-50.
38. Maita VR. Nivel de conocimientos sobre cuidados generales que tienen los familiares de los pacientes con esquizofrenia en hospitalización II de Salud Mental - Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2016. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
39. Araujo LO. Cohesión y adaptabilidad familiar y depresión en adolescentes de una I.E. de Lima. Universidad Señor de Sipán; 2016.
40. Yábar CR. Características de la dinámica familiar de los pacientes con diagnóstico de depresión atendidos en consulta externa de un hospital de salud mental. Lima – Perú 2016. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
41. Gordillo TM. Adherencia al tratamiento y depresión en pacientes con tuberculosis de la microrred Pachacutec-Ventanilla, 2018. Universidad César Vallejo; 2018.



42. Alva ER, Espinoza MM. Funcionalidad familiar y cumplimiento del tratamiento de quimioterapia en pacientes del servicio de oncología. Hospital Regional José Cayetano Heredia. Piura 2017. Universidad Particular Antenor Orrego; 2018.
43. Condori S, Cruz G. Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2, Pacientes Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa - 2017. Universidad Nacional de San Agustín; 2018.
44. Fernandez FS. Nivel de adherencia al tratamiento en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del Hospital Victor Larco Herrera. Enero- junio 2016. Universidad Privada San Juan Bautista; 2019.
45. Cuellar A. Estilo de vida y su relación con la adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia que acuden al servicio de psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2019.
46. Quintanilla J. Funcionamiento familiar en pacientes de 20 a 59 años con tuberculosis en el Centro de Salud Hijos del Almirante Grau -Ventanilla 2019. Universidad Cesar Vallejo; 2019.
47. Rivera JA. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento con psicofármacos en pacientes que acuden al Hospital Hipolito Unanue de Tacna, en marzo del 2019. Universidad Privada de Tacna; 2019.
48. Villanueva H. Relación entre el soporte familiar y la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos tipo 2 en consultorio externo de endocrinología del hospital regional Honorio Delgado Espinoza- Arequipa 2020. Universidad Católica de Santa María; 2020.
49. Vigo KY. Perfil clínico epidemiológico de trastornos mentales en pacientes adultos del centro de salud mentalcomunitario Virú. La Libertad, 2015 -2019. Universidad César Vallejo; 2020.
50. Mamani DJ. Prevalencia y factores asociados a depresión clínica en pacientes de 20 a 50 años atendidos en consulta externa en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2018. Universidad Nacional del Altiplano; 2019.
51. IESM-OMS. Iesm-Oms. 2005;1-64.

52. MINSA. Boletín Epidemiológico (Lima) [Internet]. Vol. 24. 2015. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletin.php>
53. Pagés VM. Methods to assess medication adherence. *Ars Pharm* [Internet]. 2018;59(3):163-72. Disponible en: [%0Ascielo.isciii.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf%0A%0A](http://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf)
54. De las Cuevas C, Sanz EJ. Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. 2016;
55. Del Cisne P, Silva MA. Influencia de la cohesión sobre la adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos que desarrollaron enfermedad arterial periférica de la clínica de enfermos crónicos metabólicos del Centro de Salud de Los Rosales en el año 2016. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2016.
56. Siguenza WG, Buñay RM, Guamán MP. Funcionamiento familiar real e ideal según el modelo Circumplejo de Olson. 2017;(1976):77-85.
57. Anchundia MS. Adaptabilidad familiar, adherencia terapéutica y calidad de servicios en personas con hipertensión arterial usuarias del centro de salud San Cristóbal, Portoviejo, septiembre - noviembre 2016. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2016.
58. Bazo-Álvarez JC, Bazo-Alvarez OA, Aguila J, Peralta F, Mormontoy W, Bennett IM. Propiedades psicométricas de la escala de funcionalidad familiar FACES-III: Un estudio en adolescentes peruanos. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33(3):462-70.



## ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables e Indicadores	Técnicas Acopio de Datos
<p><b>Problema General:</b></p> <p>•¿Cuál es la relación de la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020?</p> <p><b>Problemas Específicos</b></p> <p>1.¿Existe relación entre funcionalidad familiar en términos de cohesión y la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020?</p> <p>2.¿Existe relación entre funcionalidad familiar en términos de adaptabilidad y la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020?</p> <p>3. ¿Existe adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020?</p>	<p><b>General:</b></p> <p>Precisar la relación entre la funcionalidad familiar y adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020</p> <p><b>Objetivos Específicos</b></p> <p>1. Establecer la relación de funcionalidad familiar en términos de cohesión y la adherencia al tratamiento de pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020</p> <p>2.Determinar la relación de funcionalidad familiar en términos de adaptabilidad y la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020</p> <p>3. Identificar la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020</p>	<p><b>Hipótesis General:</b></p> <p>Existe relación entre la funcionalidad familiar y adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020</p> <p><b>Hipótesis Específicas</b></p> <p>1. Las familias con mejor cohesión muestran mayor adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020</p> <p>2.Las familias con mejor adaptabilidad muestran mayor adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020</p> <p>3. No existe adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020</p>	<p><b>Independiente:</b></p> <p>x = funcionalidad familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Extrema</li> <li>• Rango medio</li> <li>• Balanceada</li> </ul> <p><b>Dependiente:</b></p> <p>y = adherencia terapéutica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adherente</li> <li>• No adherente</li> </ul> <p><b>Interviniente:</b></p> <p>z = HCMM- Juliaca, consultorio externo de psiquiatría</p>	<p>Cuestionario</p> <p>Escala de evaluación de la funcionalidad familiar (FACES III)</p> <p>Cuestionario</p> <p>DRUG ATTITUDE INVENTORY (DAI o Inventario de actitudes hacia la medicación)</p>



## Anexo 2. Cuestionario Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento

### UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO- PUNO

#### ESCUELA DE POSTGRADO

#### DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

#### CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

#### INTRODUCCIÓN

Buen día, estimado señor(a) mi nombre es Betzabe María Ríos Ávila soy Lic. en Enfermería, en primer lugar, agradezco su disposición al participar en este proceso de investigación, cuya máxima aspiración es contribuir, con información relevante y fidedigna.

#### INSTRUCCIONES:

El instrumento que está en sus manos tiene como función determinar la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento de pacientes diagnosticados con trastorno mental que asisten al Hospital Carlos Monge Medrano. Para esto necesitamos que usted responda de la manera más sincera y honesta en la opción que vea por conveniente.

#### CARACTERIZACIÓN DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS

0. **Tiempo de enfermedad:** \_\_\_\_\_
1. **Edad** \_\_\_\_\_
2. **Sexo:** Femenino ( ) Masculino ( )
3. **Estado civil**
  - a) soltero
  - b) casado
  - c) conviviente
  - d) divorciado
  - e) viudo
4. **Grado de Instrucción**
  - a) Primaria
  - b) Secundaria
  - c) Técnica
  - d) Superior
  - e) Sin instrucción
5. **¿Con quién vives actualmente?**
  - a) Con ambos padres
  - b) Solo con uno de mis padres
  - c) Con mi pareja/ esposo (a) e hijos
  - d) Solo con mis hijos
  - e) Otro, especifique \_\_\_\_\_

**6. Procedencia:**

- a) Rural
- b) Urbana

**7. Idioma**

- a) Castellano
- b) Quechua
- c) Aymará
- d) Otro, especifique \_\_\_\_\_

**8. Religión:**

- a) Católico
- b) No creyente
- c) Otro, especifique \_\_\_\_\_

**I. FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

Pase a las siguientes afirmaciones y responda:

		Casi nunca	Una que otra vez	A veces	Con frecuencia	Casi siempre
1	Los miembros de la familia se piden ayuda unos a otros.					
2	En la solución de problemas se siguen las sugerencias de los hijos.					
3	Nosotros aprobamos los amigos que cada uno tiene.					
4	Los hijos expresan su opinión acerca de su disciplina.					
5	Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra familia inmediata.					
6	Diferentes personas de la familia actúan en ella como líderes.					
7	Los miembros de la familia se sienten más cerca entre sí que a personas externas a la familia					
8	En nuestra familia hacemos cambios en la forma de realizar los quehaceres.					
9	A los miembros de la familia les gusta pasar juntos su tiempo libre.					
10	Padres(s) e hijos(s) discuten juntos las sanciones.					
11	Los miembros de la familia se sienten muy cerca unos de otros.					

12	Los hijos toman las decisiones en familia					
13	Cuando en nuestra familia compartimos actividades, todos estamos presentes.					
14	Las reglas cambian en nuestra familia					
15	Fácilmente se nos ocurren cosas que podemos hacer en familia.					
16	Nos turnamos las responsabilidades de la casa					
17	Los miembros de la familia se consultan entre sí sus decisiones.					
18	Es difícil identificar quién es o quiénes son los líderes en nuestra familia.					
19	La unión familiar es muy importante.					
20	Es difícil decir quién se encarga de cuáles labores del hogar					

## II. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

### INVENTARIO DE ACTITUDES HACIA LA MEDICACIÓN

Marque según corresponda

		V	F
1.	Para mí, lo bueno de la medicación supera lo malo		
2.	Me siento raro/a (como un zombi) con la medicación		
3.	Tomo la medicación por decisión propia		
4.	La medicación hace que me sienta más relajado/a		
5.	La medicación hace que me sienta más cansado/a		
6.	Tomo medicación solo cuando estoy enfermo/a		
7.	Me siento más normal con medicación		
8.	Es antinatural para mi cuerpo y mente estar controlado/a por medicación		
9.	Mis pensamientos son más claros con la medicación		
10.	Por estar con medicación, puedo prevenir estar enfermo		

¡Gracias por su participación!


### Anexo 3. Consentimiento informado

Yo.....  
identificado con el DNI.....

Libre y voluntariamente manifiesto haber sido debidamente informado respecto a la investigación “Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano -Juliaca, 2020”, y como consecuencia, doy mi autorización para formar parte del estudio teniendo en cuenta que:

- He comprendido la naturaleza y el propósito del estudio
- He tenido la oportunidad de consultar mis dudas
- Estoy satisfecho con la información proporcionada
- Entiendo que mi consentimiento puede ser revocado en cualquier momento de la investigación.

Por tanto, declaro estar debidamente informado y manifiesto mi consentimiento para participar en la investigación.

Firma: ..... 

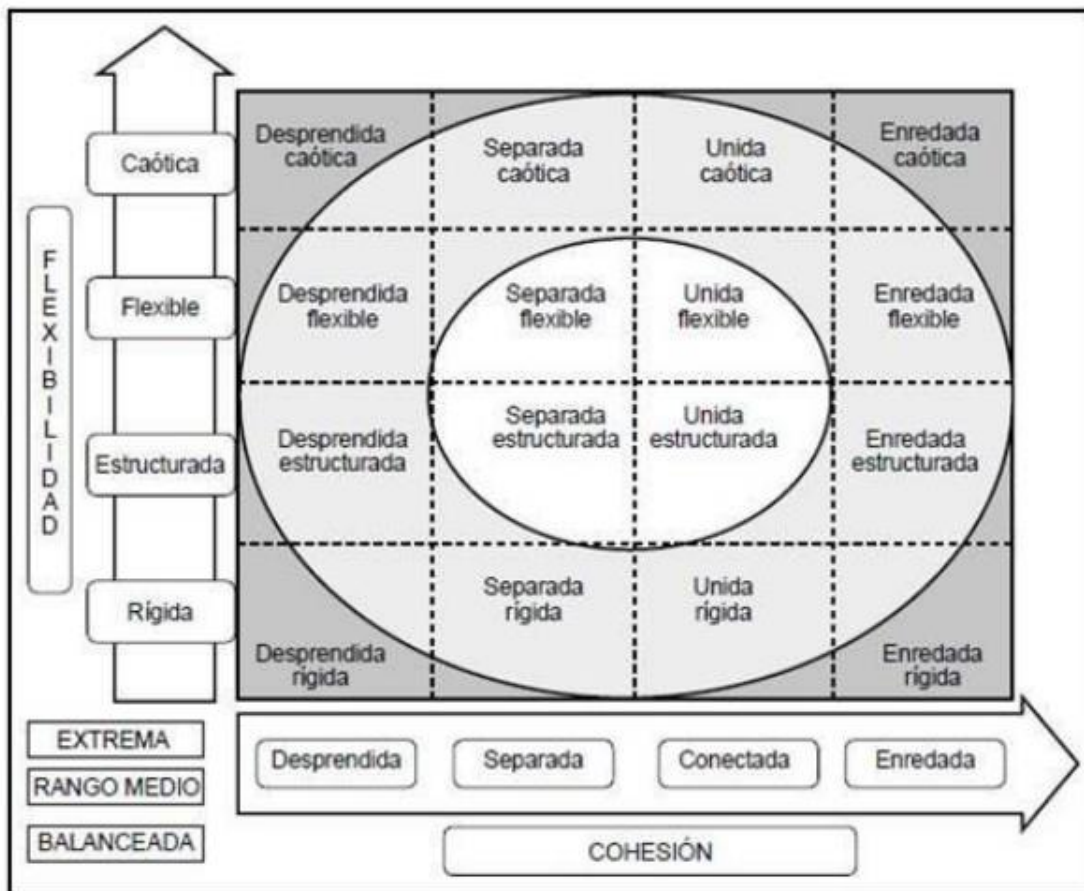
DNI

**Anexo 4.** Baremo de puntaje e interpretación según Olson

Cohesión		Adaptabilidad		Tipo de Familia	
8	50	8	50	8	Extrema
	48		41		
7	47	7	40	7	Extrema
	46		30		
6	45	6	29	6	Balanceada
	43		27		
5	42	5	26	5	Balanceada
	41		25		
4	40	4	24	4	Rango Medio
	38		23		
3	37	3	22	3	Rango Medio
	35		20		
2	34	2	19	2	Extrema
	25		15		
1	24	1	14	1	Extrema
	10		10		

Fuente: Teoría según Olson, en (Siguenza, 2015).

**Anexo 5.** Modelo Circumplejo de Olson: 16 tipos de sistemas familiares y maritales <sup>(58)</sup>



**Anexo 6.** *Características sociodemográficas de pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020*

Información de los pacientes	n= 116	%
<b>Tiempo de enfermedad</b>		
1-3 años	50	43,1
4-6 años	52	44,8
7-9 años	14	12,1
<b>Edad</b>		
18-29	50	43,1
30-59	66	56,9
<b>Sexo</b>		
Masculino	64	55,2
Femenino	52	44,8
<b>Estado civil</b>		
Soltero	43	31,1
Casado	29	25
Conviviente	30	25,9
Divorciado	9	7,8
Viudo	5	4,3
<b>Grado de instrucción</b>		
Sin Instrucción	2	1,7
Primaria	36	31
Secundaria	54	46,6
Técnico	18	15,5
Superior	6	5,2
<b>Convivencia</b>		
Con ambos padres	41	35,3
Solo con uno de los padres	56	48,3
Con pareja/ esposo (a) e hijos	14	12,1
Solo con los hijos	3	2,6
Otro	2	1,7
<b>Procedencia</b>		
Urbana	88	75,9
Rural	28	24,1
<b>Idioma</b>		
Castellano	99	85,3
Quechua	16	13,8
Aimara	1	0,9
<b>Religión</b>		
Católico	70	60,4
No creyente	4	3,4
Otro	42	36,2

**Fuente:** matriz de recolección de datos

En el anexo 6, se muestra resultados de las características sociodemográficas de los 116 pacientes participantes del estudio. En cuanto al tiempo de enfermedad, el 44,8 % se ubican entre 4 a 6 años, el 43,3 % entre 1 a 3 años y el 12,1 % entre 7 a 9 años. En relación

a la edad, el 56,9 % pertenecen al grupo etario entre 30 y 59 años y el 43,1 % tienen entre 18 y 29 años. En relación con el sexo, el 55,2 % son masculino y 44,8 % femenino. En cuanto al estado civil, 31,1 % son solteros, 25,9 % convivientes, 25 % casados, 7,8 % divorciados y 4,3 % viudos. En relación al grado de instrucción, el 46,6 % tienen nivel secundario, 31 % nivel primario, 15,5 % nivel técnico y 1,7 % sin instrucción. En cuanto a la convivencia, el 48,3 % viven con solo uno de los padres, 41% con ambos padres, 12,1% con la pareja e hijos, el 2,6% solo con los hijos y el 1,7 % con algún familiar (abuela, tíos, hermanos o primos). Respecto a la procedencia, el 75,9 % son de zona urbana y 24,1 % de zona rural. En cuanto al idioma, el 85,3 % hablan castellano, el 13,8 % hablan quechua y el 0,9 % hablan aimara. En relación a la religión, el 70 % son católicos, el 36,2 % otras religiones (testigos de Jehová, mormón y evangélicos) y 3,4 % no son creyentes.

**Anexo 7.** *Relación entre el funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, 2020*

FUNCIONALIDAD FAMILIAR ADHERENCIA AL TTO	EQUILIBRADO		MEDIO		EXTREMO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
ADHERENTE	38	32,76	18	15,52	0	0,0	56	48,28
NO ADHERENTE	3	2,59	45	38,79	12	10,34	60	51,72
TOTAL	41	35,35	63	54,31	12	10,34	116	100

Fuente: matriz de recolección de datos

En el anexo 7, se observa la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento, donde la funcionalidad de tipo Medio sobresalió con un 54,31 % y de ellos respecto a la adherencia al tratamiento el 38,79 % no son adherentes y 15,52 % son adherentes. Seguidamente, predomina la funcionalidad de tipo Equilibrada con un 35,35 % los que, a su vez respecto a la adherencia al tratamiento, el 32,76 % son adherentes. Finalmente, la funcionalidad de tipo extremo se revela con un 10,34 %, los que en su totalidad no son adherentes.

Al comprobar la hipótesis general, el valor calculado del índice de correlación Chi Cuadrado alcanza un valor estadísticamente significativo para la relación entre funcionalidad Familiar y Adherencia al tratamiento  $p(0.000) < \alpha(0.05)$  es decir, existe relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento, por lo que se acepta ( $H_i$ ) y se rechaza ( $H_0$ ).