



**Universidad
Norbert Wiener**

UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**USO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y
NIVEL DE SOBRECARGA DEL FAMILIAR CUIDADOR
DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL
PABELLÓN 20 MUJERES DEL HOSPITAL VÍCTOR
LARCO HERRERA - 2018**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

ALEGRE HARO, ZORAIDA DEL PILAR.

CUYA CALDERÓN, BEATRIZ MARIBEL.

LIMA – PERÚ

2018

DEDICATORIA

A Dios por darme la fortaleza de levantarme en cada tropiezo y seguir adelante, permitiéndome alcanzar mis metas trazadas.

A mí Querida Hija

Jessica Juliana por brindarme todo su apoyo incondicional, confianza y comprender que era necesario sacrificar momentos especiales, que finalmente valieron la pena.

La amo.

A mí querido esposo:

Orlando de quien estoy enormemente agradecida por su apoyo por sus palabras de aliento, su paciencia y acompañarme en este arduo camino y compartir su vida conmigo.

Lo quiero mucho.

Zoraida del Pilar

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida, salud y fortaleza para continuar cuando he estado a punto de caer. Gracias por permitirme llegar a este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi esposo Héctor y mis hijas Elián y Andrea, por apoyarme cada día para lograr mis sueños, por tenerme paciencia y brindarme su amor y comprensión. Por siempre mi eterno agradecimiento. Los amo.

A mis padres Jacinto y María, mis principales motores. Siempre acompañándome en los momentos más difíciles de mi carrera profesional. Los amo.

Beatriz Maribel

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradecer a nuestras familias por brindarnos su apoyo y escucha incondicional durante todo este tiempo por comprendernos.

A todos los docentes que nos brindaron su formación profesional siendo guías para el desempeño de nuestra Carrera.

Un agradecimiento especial a nuestro asesor Dr. Hernán Matta por la paciencia y aliento que nos brindó para culminar con éxito el presente estudio de investigación.

Agradecemos inmensamente a todos los que nos dieron su apoyo sin ningún interés en esta larga senda y también su apoyo para culminar nuestros estudios con este trabajo de investigación.

Zoraida y Beatriz

ASESOR DE TESIS
Dr. Matta Solis, Hernán Hugo.

JURADOS

- Presidente: Dra. Rosa Eva Pérez Siguas.
- Secretaria: Mg. Graciela A. Guevara Morote.
- Vocal: Mg. Yurik A. Suárez Valderrama.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	v
ASESOR DE TESIS.....	vi
JURADOS.....	vii
ÍNDICE.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
ÍNDICE DE ANEXOS.....	xii
RESUMEN	xiii
ABSTRACT.....	xiv
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	15
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	22
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	22
1.4. OBJETIVOS.....	24
1.4.1. Objetivo general.....	24
1.4.2. Objetivos específicos	24
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	25
2.1 ANTECEDENTES	25
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	25
2.1.2. Antecedentes nacionales	28
2.2 BASE TEÓRICA:.....	31
2.3. TERMINOLOGÍA BÁSICA	54
2.4. HIPÓTESIS:	54
2.5. VARIABLES.....	55
2.5.1 Operacionalización de variables	57

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO.....	60
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	60
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	60
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	61
3.4. PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	64
3.5. ASPECTOS ÉTICOS	64
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	66
4.1. RESULTADOS.....	66
4.2. DISCUSIÓN	75
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	78
5.1. CONCLUSIONES.....	78
5.2. RECOMENDACIONES	79
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80
ANEXOS.....	90

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 2: Correlaciones entre las variables “Uso de estrategias de afrontamiento” y el “Nivel de sobrecarga del familiar cuidador” de pacientes con esquizofrenia del pabellón 20 mujeres del Hospital Víctor Larco Herrera.	74

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N° 1. “Uso de Estrategias de Afrontamiento” en el familiar cuidador de pacientes con esquizofrenia del pabellón 20 mujeres del Hospital Víctor Larco Herrera.	68
Gráfico N° 2: Frecuencias de las dimensiones de la variable “Uso de estrategias de afrontamiento” en el familiar cuidador de pacientes con esquizofrenia del pabellón 20 mujeres del Hospital Víctor Larco Herrera.	69
Gráfico N° 3: “Nivel de sobrecarga del familiar cuidador” de pacientes con esquizofrenia del pabellón 20 mujeres del Hospital Víctor Larco Herrera.	70
Gráfico N° 4: Dimensiones de la variable “Nivel de sobrecarga del familiar cuidador” de pacientes con esquizofrenia del pabellón 20 mujeres del Hospital Víctor Larco Herrera.	71
Gráfico N° 5: Frecuencias cruzadas de las variables “Uso de Estrategias de Afrontamiento” y “Nivel de Sobrecarga del familiar cuidador” de pacientes con esquizofrenia del pabellón 20 mujeres del Hospital Víctor Larco Herrera.	72
Gráfico N° 6: Diagrama de dispersión de las variables “Uso de Estrategias de afrontamiento” y “Nivel de Sobrecarga del familiar cuidador” de pacientes con esquizofrenia del pabellón 20 mujeres del Hospital Víctor Larco Herrera.	73

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Encuesta. Datos sociodemográficos del familiar cuidador de la paciente con esquizofrenia.	92
Anexo B. Inventario de Estrategias de Afrontamiento	93
Anexo C. Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)	95
Anexo D. Consentimiento informado.	96
Anexo E. Tabla N° 1: Datos sociodemográficos del familiar cuidador del paciente con esquizofrenia del pabellón 20 mujeres del Hospital Víctor Larco Herrera.	97
Anexo F. Tabla N° 4: Correlación directamente proporcional de baja intensidad entre Sobrecarga del familiar cuidador y las dimensiones de Reestructuración Cognitiva y Pensamiento Desiderativo correspondiente al uso de Estrategias de Afrontamiento en familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia del pabellón 20 Mujeres del Hospital Víctor Larco Herrera.	98
Anexo G. Tabla N° 5: Correlación entre las dimensiones de las variables “Uso de Estrategias de Afrontamiento” y “Nivel de sobrecarga del familiar cuidador” de pacientes con esquizofrenia del pabellón 20 mujeres del Hospital Víctor Larco Herrera.	99
Anexo H. Gráfico N° 6: Relación entre las dimensiones de las estrategias de afrontamiento y el nivel de sobrecarga del familiar cuidador de pacientes con esquizofrenia del pabellón 20 mujeres del Hospital Víctor Larco Herrera.	100
Anexo I. Carta de aceptación para el estudio de investigación Hospital Víctor Larco Herrera.	101

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre el uso de estrategias de afrontamiento y el nivel de sobrecarga del familiar cuidador de pacientes con esquizofrenia del pabellón 20 mujeres del Hospital Víctor Larco Herrera - 2018. **Material y Método:** La presente investigación es de enfoque cuantitativo de diseño correlacional y de corte transversal. La población estuvo conformada por 67 familiares cuidadores que tuvieron hospitalizadas a sus pacientes en la Institución en mención. Los instrumentos utilizados fueron el inventario de estrategias de afrontamiento (CSI), que mide el grado de utilización de las ocho estrategias de afrontamiento en situaciones estresantes y la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, que mide el nivel de carga en labores del cuidador. **Resultados:** Existe una correlación entre el uso de estrategias de afrontamiento y el nivel de sobrecarga del familiar cuidador de pacientes con esquizofrenia, la prueba estadística de correlación de Spearman arrojó un índice de correlación de 0,146 ($p < 0,05$) y un índice de significancia de 0,039. Entre las dimensiones de las estrategias de afrontamiento más relevantes fueron: El pensamiento desiderativo 71,6%, evitación de problemas y expresión emocional 65,7%. En relación a la sobrecarga, se evidenció que el 35,8% presentan sobrecarga mínima y leve; y el 28,4% sobrecarga intensa. **Conclusiones:** Existe una relación directamente proporcional leve significativa positiva entre las variables Uso de Estrategias de Afrontamiento y Nivel de Sobrecarga del familiar cuidador. La estrategia de afrontamiento más utilizada fue el pensamiento desiderativo y la mayoría de los familiares cuidadores presenta sobrecarga mínima y leve.

Palabras Claves: “Estrategias de afrontamiento”, “sobrecarga”, “paciente con esquizofrenia” y “familiar cuidador”.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between the use of coping strategies and the level of overload of the relative caregiver of patients with schizophrenia within the 20 women's ward of the Victor Larco Herrera Hospital - 2018.

Material and Method: The present research is of a quantitative design approach correlational and cross section. The population consisted of 67 family caregivers who had their patients hospitalized in the Institution in mention. The instruments used were the inventory of coping strategies (CSI) which measures the degree of use of the eight coping strategies in stressful situations; and the scale of overload of the Zarit caregiver that measures the level of work load of the caregiver. **Results:** There is a correlation between the use of strategies of coping and the level of overload of the family caregiver of patients with schizophrenia, Spearman's statistical correlation test yielded an index of correlation of 0.146 ($p < 0.05$) and a significance index of 0.039. Between the dimensions of the most relevant coping strategies were: 71.6% desiderative thinking, avoidance of problems and emotional expression 65.7%. In relation to the overload, it was evident that 35.8% present minimal and slight overload; and 28.4% intense overload. **Conclusions:** There is a direct significant positive proportional relation between the variables Use Coping Strategies and Family Overload Level of the caregiver. The most used coping strategy was thinking desiderative and the majority of family caregivers presents overload minimal and slight.

Key words: "Coping strategies", "overload", "patient with schizophrenia" and "family caregiver"

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estado de bienestar emocional es un ámbito global de la salud. Del mismo modo, demuestra el concepto de vitalidad que simboliza en el documento principal de la entidad Mundial de la Salud: La salud mental, a modo de diferente apariencia de la vitalidad, logra considerarse perjudicada por una sucesión de agentes socioeconómicos que tienen que aproximarse mediante habilidades globales de apoyo, previsión, medicación y convalecencia que comprometan íntegramente a las autoridades (1).

La alteración mental establece un problema de salud de primera magnitud por la colisión y desarticulación que padece el propio paciente y sus familiares. En especial si se conoce de sujetos que padecen alguna alteración mental peligrosa. Estos trastornos conllevan a una serie de problemas tanto corporales como emocionales en los individuos que conviven con ellos. Es por eso que se hace necesario la educación a los cuidadores de estos pacientes para que lo sobrelleven con mayor tranquilidad.

La entidad encargada a nivel mundial de la salud declara que los trastornos cerebrales simbolizan actualmente el 12% de los sucesos de inhabilitación y dependencia en la humanidad, ocasionando a su vez una

desmedida consecuencia colectiva, anímica y económica, ya que el efecto es considerable en el adolescente y el joven, siendo este grupo el más rentable, llegando a incrementarse hasta en un 15% para el año 2020, si no se hace nada en favor de esta población. Según cómputo se aprecia que la esquizofrenia perjudica a más de 21 millones de individuos a nivel mundial (2).

Existiendo datos estadísticos del aumento y prevalencia de estas dificultades a nivel mental, debemos trabajar más el aspecto de promoción de la salud, captando problemas serios como la depresión y la esquizofrenia y, de alguna manera, puedan recibir tratamiento adecuado a tiempo y no haya más secuelas negativas de estos males, que dañan a la población, haciéndolos dependientes y generando una carga familiar tanto en el aspecto social como económico.

La esquizofrenia es una alteración mental peligrosa que afecta a millones de individuos a nivel mundial. La psicosis, así como la esquizofrenia, se manifiesta por anormalidad de las ideas, la captación, las impresiones, el habla, la idea del yo y el comportamiento. La psicosis va asociada a visiones y/o ilusiones (escuchar, mirar o notar algo que no está) y desvaríos (creencias permanentes que no van con la objetividad, del cual el enfermo está consistentemente persuadido, inclusive cuando hay pruebas de lo opuesto). Estos desórdenes pueden impedir que el individuo labore o se eduque con tranquilidad (3).

Sin embargo, estos conflictos tienden a iniciarse al término de la etapa de la adolescencia. Igualmente, se suelen hallar incidencias de esquizofrenia en infantes o episodios de esquizofrenia en individuos predecesores. El fin primordial rehabilitador es incrementar las etapas de reparación. Ello va a necesitar del sostenimiento de su tratamiento antipsicótico, de un ambiente que lo anime oportunamente y de la disposición del individuo para educarse y desenvolverse (4).

Esta enfermedad de salud mental acostumbra tener muchos factores desencadenantes que se adicionan, desde la propensión biológica hasta los problemas que ocurren a diario en el entorno. Es importante que la escuela y la familia presten atención a las señales que puedan indicar la presencia de algún problema mental, sobre todo en los niños y adolescentes, ya que, con un tratamiento oportuno, se pueden evitar tratamientos prolongados e internamientos prolongados.

En nuestro país, el administrador de la entidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, indica que existen enfermedades como la psicosis y la esquizofrenia, las cuales afectan a cerca de 300 000 personas (5).

Estos males ocasionan desvaríos y alucinaciones que les quitan la capacidad de examinar la realidad y amurallan su funcionamiento en la sociedad de los individuos que sufren esta enfermedad. Esta preocupación sobre la salud mental trae desenlaces en breve e interminable período para los mismos enfermos, su entorno familiar y su comunidad.

El ente encargado de la salud: en nuestro país adiciona: “el incremento de trastornos llamado esquizofrenia en nuestra población, dentro de lo cual se tiene que el 62% posee diagnóstico declarada y percibe medicación, entretanto la fracción sobrante no asiste a los establecimientos de salud y/o no posee los medios para atenderse por un doctor especialista en Psiquiatría”. Es así que en el momento en que se diagnostica a un paciente con esquizofrenia se produce un inevitable impacto en su existencia individual, hogareña y comunitaria (6).

El daño orgánico o trastorno funcional y la marginación se da por carencia de acercamiento a los establecimientos de salud. De igual manera, existe un peligro eminente que no se acaten las leyes en favor de los individuos y seres perjudicados, cuando se produce un internamiento prolongado en instituciones psiquiátricas. Son muchos los

estudios que revelan que ejecutar hábitos de atención aumenta la angustia, perjudica la salud corporal y emocional del cuidador (7).

Gran parte de las atenciones realizadas por estos individuos se agrava y esto predomina en las atenciones por la familia. De esta manera, el trabajo de los cuidadores informales conlleva a la conservación de los individuos en su ámbito social, reduciendo el empleo de medios formales y aplazando o eludiendo la hospitalización en instituciones (8).

Estas variaciones pueden adelantar riesgos que presentan una amenaza en la tranquilidad de la familia, pudiendo dañar a todos sus integrantes, particularmente al cuidador principal, aquel individuo del seno familiar que tolera en demasía el exceso somático y anímico de las atenciones (9).

Todo ello conlleva a una sobrecarga en el cuidador, también se dan consecuencias considerables en la salud corporal, el abandono social, el poco tiempo libre, la condición de vida y generan gastos económicos.

La obligación de la familia está afiliada a propiedades de los enfermos como de los tutores. El trabajo de los familiares de manera individual se alude a las evaluaciones que el mismo cuidador crea de su condición y al nivel en que la nota (10).

Las personas que padecen de esquizofrenia van a evolucionar de forma positiva si empiezan la medicación rápidamente y reciben las atenciones pertinentes mientras se mantengan con vida (11).

El papel de los familiares en el tratamiento suele estar ligado con el seguimiento del programa terapéutico, así como también con el manejo de crisis y conflictos. El apoyo, la compañía y la comprensión son vitales en la recuperación del paciente, por lo tanto, toda la aclaración y educación que puedan recibir la familia acerca de la enfermedad y tratamiento los ayudará a cómo saber y ayudar al paciente y cómo prepararse para afrontar estos momentos difíciles.

Es primordial que los familiares tomen consciencia de que la enfermedad de la esquizofrenia se logra controlar. Por eso, es imprescindible instaurar tácticas de pedagogía en las familias inmediatas de los enfermos en relación al origen de la enfermedad, reconocimiento de signos y síntomas, nutrición, aseo y principalmente la medicación (12).

Ante lo observado, se hace necesario fortalecer los servicios de salud de atención primaria, capacitar constantemente al personal de enfermería para que identifique a tiempo los problemas de salud mental y, a su vez, brindar educación continua a los familiares de los mismos, basándose en informar y dar a conocer de manera didáctica lo que implica la enfermedad de la esquizofrenia, su tratamiento, rehabilitación y reinserción a la sociedad y de esa manera disminuir la gran carga que asumen con cada uno de sus pacientes.

En el Pabellón 20 mujeres, del Hospital Víctor Larco Herrera perteneciente al Ministerio de Salud, se cuenta con 60 camas de hospitalización, las cuales son ocupadas por pacientes con esquizofrenia y pacientes con otros diagnósticos de salud mental. En este pabellón, se realizan acciones de rehabilitación con las pacientes y sesiones educativas a los familiares. La participación de la enfermera favorece a que los familiares logren vencer lo que conlleva el padecimiento, consiguiendo obtener grados de vitalidad y tranquilidad óptimas. Es en aquel lugar que la pedagogía desempeña una función importante y trascendental en la familia, en relación a la atención de sus malestares y miedos, instruyéndolos acerca de las atenciones básicas en el cuidado al individuo que padece de esquizofrenia en el domicilio, disminuyendo de este modo la carga que logran padecer y fortalecer habilidades de enfrentamientos para solucionar dificultades que se le aparezcan y retendrán los familiares considerable entendimiento y aprobación al estudiar el progreso del individuo que padece esquizofrenia, quien provoca un abierto desgaste conforme progresa el mal.

Por lo que respecta, mientras se prolongó las experiencias prácticas en pre grado de enfermería, hemos evidenciado el malestar de la familia que cuidan de las pacientes que padecen esquizofrenia, que en demasía soportan, ya que cargan con gran parte de la tarea de atenderlas por cuantiosos años. es así que cuando las pacientes dejan por diferentes motivos el tratamiento y ya no regresan a sus consultas, las pacientes con este trastorno mental recaen y llegan primero al servicio de emergencia, luego de tres días como mínimo pasan a hospitalizarse al pabellón 20 de agudos por un período mínimo de tres meses, tiempo en el cual la persona que está pendiente de su evolución es su familiar cuidador más cercano que, por lo general, son madres y hermanas, quienes acuden constantemente al servicio preocupados por la situación de su paciente y a la vez reciben información sobre cómo sobrellevar la carga que se les presenta y se les orienta sobre el cuidado en el hogar. Se obtuvo diferentes testimonios y obtuvimos las siguientes expresiones: “Srta., en mi casa estamos muy preocupados porque mi hija se escapa, y lo hizo varias veces, no sabemos cómo manejarla, y muchas veces no hace las cosas que se le indica en casa, sólo desea estar en la cama y eso incomoda a la familia primordialmente a mí, que soy la persona que la cuida”, de igual manera, “mi mamá está cada vez peor, esconde las pastillas, no quiere venir a su consulta, no está durmiendo bien, está muy agresiva mis hijos pequeños le tienen miedo y yo no sé qué hacer, ya que soy la única que trabaja y estoy a cargo de mi mamá”, como último ejemplo, “mi hermana, no quiere hablar, se encierra en su habitación, no quiere comer, dice que la queremos envenenar, ya no va a su trabajo, se ha descuidado en su persona, me preocupa ya que somos de provincia y estamos juntas aquí para ayudar a nuestra familia y ahora no sé qué hacer...”.

Aquí se evidencia que la enfermera cumple una labor fundamental en la cura, puesto que ella viene a ser un soporte principal en la atención de la persona de una concepción basada en la integración total. Además, es aquí donde la enfermera hace empleo de sus capacidades y aptitudes para prevenir el rechazo asociado al trastorno mental conocido como

esquizofrenia, contribuyendo con conocimiento y brindando confianza y seguridad a los enfermos y familias con un entorno propicio para su tranquilidad.

Al entrevistar a algunas de las 10 enfermeras, ellas manifiestan lo siguiente: “la familia desempeña un cargo significativo dentro de la rehabilitación de su paciente, se sienten agobiados, porque no tienen los conocimientos suficientes para poder ayudarlos. Sin embargo, los miércoles reciben charlas educativas para que ellos puedan intervenir ante sus crisis...”, “lo que observo es que la familia se preocupa los primeros años de la enfermedad de su paciente que, con el transcurrir del tiempo la familia se sobrecarga con la responsabilidad de la paciente, llegando muchas veces a abandonarlas porque hay desgaste económico, social, físico y emocional y muchas veces estas pacientes cuando están hospitalizadas ya no reciben visitas como era en los primeros años, porque dicha patología es de por vida y se ha visto casos que las pacientes ya quedan institucionalizadas...”, “los familiares juegan una representación trascendental en la vida de las pacientes que se encuentran hospitalizadas en nuestro pabellón, ya que sin ellos las pacientes se quedarían institucionalizadas y abandonadas lejos de su entorno familiar. Es por eso que los familiares, ya que por lo general, son gente de pocos recursos económicos y dependen de la ayuda del SIS que cubre la hospitalización, comida y tratamiento farmacológico. Muchos de los familiares a pesar de las charlas educativas desconocen cómo actuar ante las demandas de sus pacientes, es decir. Es difícil para ellos... la familia...”, “en este pabellón se encuentran hospitalizadas pacientes esquizofrénicas, las cuales tienen familiares, pero solo algunos vienen a verlas y una gran parte se encuentran en estado de abandono por parte de sus familiares. Muchas veces cuando estos familiares traen por primera vez a su paciente, ellos manifiestan que sería mejor ya no verlos o dejarlos ahí en el hospital de por vida...”.

Ante esta situación surgen algunas preguntas ¿En qué medida el familiar asume espontáneamente esta sobrecarga?, ¿Qué relación tienen con

los familiares?, ¿Cómo se ve afectada la salud corporal y cognitiva del tutor por el acto de proteger a su pariente con problema de esquizofrenia? y ¿Qué estrategias de afrontamiento utilizan los familiares de pacientes con esquizofrenia ante esta crisis situacional? Seleccionando una de ellas se formula en el siguiente acápite.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

Ante lo planteado tenemos:

1.2.1 Problema General:

¿Cuál será la relación entre el uso de estrategias de afrontamiento y el nivel de sobrecarga del familiar cuidador de pacientes con esquizofrenia del pabellón 20 Mujeres del Hospital Víctor Larco Herrera en el año 2018?

1.2.2. Problemas Secundarios:

- ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento utilizadas por el familiar cuidador de pacientes con esquizofrenia del pabellón 20 mujeres del Hospital Víctor Larco Herrera en el año 2018?
- ¿Cuál es el nivel de sobrecarga del familiar cuidador de pacientes con esquizofrenia del pabellón 20 mujeres del Hospital Víctor Larco Herrera en el año 2018?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La investigación en salud mental está considerada como prioridad nacional de Investigación en Salud 2015 – 2021. Siendo la totalidad de las investigaciones realizadas relativo a la familia de los pacientes con esquizofrenia, los cuales se centran o se encaminan hacia los familiares como origen de testimonio, y son pocos los estudios acerca de la consecuencia que ejerce el trastorno en el hogar y las disposiciones que obligan a tomar para encarar a dicha situación. Es de suma importancia la colaboración de ellos en la mejoría y recuperación de sus afectados,

y su vitalidad tiene que ser excelente, por ello, es necesario entender su nivel de sobrecarga y comprender y conocer las estrategias de afrontamiento que escogen los familiares cuidadores de un individuo con esquizofrenia, lo cual concederá al competente de enfermería inspeccionar peligros y permitirse elaborar las participaciones indispensables para evitar estados de tensión y/o inconvenientes psiquiátricos en un futuro, colaborando de este modo a la tranquilidad de los familiares que se encargan de cuidar a las personas afectadas en su entorno.

La existencia de un paciente con esquizofrenia afecta de diferentes formas a cada integrante de la familia y perjudica su actividad tanto en el bienestar corporal como el intelectual. Esto se produce especialmente en los individuos responsables de su cuidado, generándoles preocupaciones en el aspecto afectivo, comunitario y profesional. Si la familia no puede adaptarse y no es capaz de afrontar de manera adecuada a la nueva condición del paciente, podría originarse problemas de trastornos psíquicos en los miembros de la familia y una inoportuna o nula recuperación del paciente.

La enfermera en su rol de defensora, apoya, orienta y educa al paciente y a la familia en todos los grados de atención. Principalmente, en la fase donde el apoyo, protección y previsión de la enfermedad es lo más importante. El apoyo a la familia y cuidadores debe estar orientado hacia la comprensión de la enfermedad mental, la manera de cómo actuar, y de cómo enfrentar las distintas situaciones por las que pueda atravesar el paciente, así como sugerir terapias familiares, a fin de fomentar el bienestar biológico, psicológico, colectivo y una condición de subsistencia para los familiares y el individuo con esquizofrenia.

Se ha observado que las familias que tienen a su cuidado pacientes con problemas de esquizofrenia, no conocen sobre el tratamiento y seguimiento que deben tener sus pacientes. Además, se observó que los familiares acuden al hospital con sus pacientes para abandonarlos e

institucionalizarlos en el pabellón por no tener el conocimiento debido acerca de esta enfermedad, se sienten cansados, agobiados, no hay un buen uso de estrategias de afrontamiento y no se sienten tolerados.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

Determinar la relación entre el uso de estrategias de afrontamiento y el nivel de sobrecarga del familiar cuidador del paciente con esquizofrenia del pabellón 20 mujeres del Hospital Víctor Larco Herrera.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por el familiar cuidador de pacientes con esquizofrenia del pabellón 20 mujeres del Hospital Víctor Larco Herrera.
- Identificar las estrategias de afrontamiento según sus dimensiones, utilizadas por el familiar cuidador de pacientes con esquizofrenia del pabellón 20 mujeres del Hospital Víctor Larco Herrera.
- Identificar el nivel de sobrecarga del familiar cuidador de pacientes con esquizofrenia del pabellón 20 mujeres del Hospital Víctor Larco Herrera.
- Identificar el nivel de sobrecarga según sus dimensiones del familiar cuidador de pacientes con esquizofrenia del pabellón 20 mujeres del Hospital Víctor Larco Herrera.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1. Antecedentes internacionales

Alcaraz Ruiz Yaclin, Lastra Quiroz Anny y Tuberquia Ramírez Ximena, en la ciudad de Santa Fe de Antioquia - Colombia, en el año 2015, realizaron un estudio titulado “Estrategias de Afrontamiento en cuidadores familiares de individuos con dependencia de la Corporación Coloresa del Municipio de Santa Fe de Antioquia – 2015”, cuyo objetivo fue identificar las habilidades de enfrentamiento y la percepción que tienen los tutores familiares de personas dependientes. En cuanto al método es un estudio mixto, cuasi probado de tajo cruzado ejecutado con un patrón de 30 personas, dividido en dos grupos de 15 personas cada uno, se les aplicó la escala de estrategias de Coping Modificada, la escala de Zarit para medir la carga emocional y una entrevista semi-estructurada. Los resultados arrojaron que no se puede determinar diferencias significativas entre las Estrategias de Afrontamiento por los cuidadores y no cuidadores. Además, se encontró que el sentimiento de carga está implicado en la percepción que tiene los cuidadores. Llegaron a la siguiente conclusión:

“Los cuidadores familiares presentan un cierto grado de carga emocional, lo cual está implicado en la percepción que tienen del cuidado y los sentimientos de intranquilidad, miedo e

incertidumbre que experimentan frente al futuro de su familiar en caso de que ellos falten” (13).

Castañó, E; León del Barco, B, en la ciudad de España, en el año 2010, elaboraron un estudio de investigación titulado “Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal en estudiantes de la universidad de Almería, España-2010”, con el objetivo de describir las relaciones entre el estilo de conducta interpersonal auto-informado y las estrategias de afrontamiento en una muestra de 162 estudiantes universitarios (125 mujeres y 37 varones) ante situaciones de estrés general y estrés interpersonal. Para ello, se emplearon las Escalas de Adjetivos Interpersonales y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI). Llegaron a la siguiente conclusión:

“Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las estrategias de afrontamiento utilizadas por los participantes en ambas situaciones, y correlaciones significativas entre los estilos interpersonales característicos y las estrategias de afrontamiento. Se discuten los resultados desde la teoría interpersonal de la personalidad, en cuanto a las relaciones entre personalidad y afrontamiento y el análisis de los conceptos de estilos y estrategias de afrontamiento” (14).

Toapanta Avilés, Lenin, en la ciudad de Ambato-Ecuador, en el año 2017, elaboró un estudio de investigación titulado: “Estrategias de Afrontamiento y Sobrecarga en el Cuidador de Niños con Discapacidad Intelectual de la Fundación de Niños Especiales San Miguel, Ambato-Ecuador-2017”, con el objetivo de determinar la influencia de las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga del cuidador de niños con discapacidad intelectual,

en cuanto al método fue de tipo correlacional, porque se relacionó la variable estrategias de afrontamiento con la variable carga del cuidador. Fue cuantitativa, puesto que se utilizó datos numéricos obtenidos por los reactivos que midieron cada variable. Cada variable fue medida con un test específico, en el caso de las estrategias de afrontamiento fueron medidas con el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) adaptación por Cano, Rodríguez y García, mientras que la sobrecarga del cuidador con la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. La muestra estuvo conformada por 50 cuidadores de niños con discapacidad intelectual que cumplieron con todos los criterios de inclusión. Resultado: Para el análisis de datos, se utilizó el programa estadístico SPSS a través de la prueba X², obteniendo una significancia exacta de chi cuadrado ($0.270 > 0.05$), comprobando la independencia de las variables. Llegó a la siguiente conclusión:

“No hay relación entre las variables, se identificó la relación entre la sobrecarga del cuidador y las estrategias de afrontamiento de reestructuración cognitiva y resolución de problemas” (15).

Guarino L. y Aldana G, en la ciudad de Caracas - Venezuela, en el año 2012, realizó un estudio titulado “Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer - Hospital José María Vargas, Venezuela – 2012”, con el objetivo de determinar la relación entre la sobrecarga, los estilos de afrontamiento, la condición del cuidador y la salud percibida de cuidadoras de pacientes con DTA. En cuanto al método, el presente estudio relacionó las variables sobrecarga del cuidador y los estilos de afrontamiento con la salud general percibida en 300 cuidadoras de personas con demencia tipo Alzheimer en estadio II, divididas en 220 cuidadoras informales y 80 cuidadoras formales no profesionales, evaluadas en la sede nacional de la Fundación Alzheimer de Venezuela, ubicada en

la ciudad de Caracas - Venezuela. Entre las conclusiones de mayor relevancia se especifica que las tutoras no formales muestran considerables etapas de exceso, comparando con las tutoras responsables no competentes. Esto se asoció a un mayor compromiso en la salud percibida de aquellas, que específicamente presentaron mayores síntomas corporales y de angustia. En cuanto a los estilos de enfrentamiento, se halló que las tutoras no formales usan significativamente más enfrentamiento anímico y menos enfrentamiento lógico y por desentendimiento, que las tutoras responsables no competentes, lo que lleva a comprometer más la salud de las primeras. Llegando al subsiguiente término:

“Las señales de vitalidad están directamente vinculados con grandes excesos, de tal forma que, a gran exceso, más desgaste, lo que se estudia en gran medida en las tutoras no formales” (16).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Hidalgo Padilla Liliana, en la ciudad de Lima - Perú, en el año 2013, realizó un estudio titulado “Sobrecarga y Afrontamiento en Familiares Cuidadores de Pacientes con Esquizofrenia en Rehabilitación en el Instituto de Salud de Lima en 2013”, con el fin de determinar la correlación entre el nivel de sobrecarga del tutor y las habilidades de enfrentamiento en las familias de individuos con esquizofrenia en recuperación. En cuanto al método se realizó un análisis descriptivo. El muestrario estuvo compuesto por 33 familiares de sujetos con esquizofrenia que van a rehabilitarse al Instituto de Salud Mental de Lima. Para medir la Sobrecarga del Cuidador se utilizó la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, Utilizado para medir la sobrecarga del tutor subjetivo, que cuenta con 22 ítems, Para evaluar el enfrentamiento se usa el Cuestionario de Estimación del Afrontamiento, que cuenta con 52 ítems. En los resultados,

se obtuvieron puntos mayores para la sobrecarga que se ubican en las damas en la etapa II y para las diferentes habilidades de afrontamientos según sexo y etapa para cada una de ellas. Llegando a la siguiente conclusión:

“De acuerdo a las conclusiones encontradas es factible percibir que las familias de los individuos con esquizofrenia crean el empleo de variedades de habilidades de enfrentamiento” (17).

Chacón Rosado Edward y Valverde De La Cruz Lucero, en la ciudad de Trujillo - Perú, en el año 2013, realizaron una tesis titulada “Estrategias de Afrontamiento y el Nivel de Sobrecarga en el Cuidador Informal de la Persona con Alzheimer, Hospital Regional Docente de Trujillo, 2013”, con el fin de definir la correlación entre las habilidades de enfrentamiento y el nivel de Sobrecarga del tutor no formal del sujeto con Alzheimer. Referente al método el estudio es de modelo de correlación y de tajo cruzado, la población para la tesis fue constituida por 40 tutores no formales de sujetos con Alzheimer observados en el Consultorio Externo de Neurología de Hospital Regional Docente de Trujillo. Se aplicó dos herramientas: uno para reconocer las habilidades de enfrentamiento y el segundo para reconocer el nivel de sobrecarga del tutor no formal. Referente a las conclusiones, se halló que las habilidades de enfrentamiento más usadas son: resolución de problemas 87.5%, pensamiento desiderativo 87.5%, y reestructuración cognitiva 80%. En relación a la sobrecarga, se evidenció que el 40% presenta sobrecarga leve, 32,5% no sobrecarga y 27,5% sobrecarga intensa. Llegando a la siguiente conclusión:

“Hay una correlación significativa entre las estrategias de afrontamiento y nivel de sobrecarga” (18).

Huanca Mendoza Glenda y López Pampa, Nelly, en la ciudad de Arequipa - Perú, en el año 2012, realizaron un estudio “Nivel de

Sobrecarga y Estrategias de Afrontamiento en Padres de Hijos con Síndrome de Down en el Instituto de Educación Especial Unámonos – Arequipa 2012”, con el fin de decretar la correlación entre el nivel de Sobrecarga y las habilidades de enfrentamiento en progenitores de vástagos con Síndrome de Down. Referente al procedimiento, el estudio posee un encuadre cuantitativo, de modelo representativo, de tajo cruzado y trazo de relación. Los sujetos de análisis fueron conformados por 93 progenitores de vástagos con Síndrome de Down de la Institución Educativa Especial Unámonos inscritos en el año lectivo 2012 y conforme a los principios de inclusión y exclusión estuvo conformado por 52 integrantes. Se aplicó dos herramientas: un cuestionario de Zarit y el cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE). En relación a las conclusiones el nivel de sobrecarga de los progenitores se coloca en el rango no sobrecarga (44.23%). La habilidad de enfrentamiento más usada fue enfocada al problema (66.86%), subsiguiente de la emoción (63.18%) y la percepción (43.56%). Las habilidades más usadas orientadas al área del problema fueron “Planificación y Afrontamiento Activo”, enfocadas a la emoción “Aceptación y Acudir a la religión” y enfocadas a la percepción “Enfocar y liberar emociones y Desentendimiento mental”. Llegaron a la siguiente conclusión:

“El nivel de sobrecarga está relacionado con las estrategias de afrontamiento y, dentro del mismo, lo deseable de la correlación se fija con las habilidades dirigidas a la apreciación” (19).

Li Quiroga Mey-Ling, Alipázaga Pérez Pedro, Osada Jorge y León-Jiménez Franco, en la ciudad de Lambayeque, Perú, en el año 2013, realizaron un estudio titulado “Nivel de sobrecarga emocional en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia en un hospital público de Lambayeque - Perú – 2013”, con el fin de explicar el nivel de sobrecarga sensible en familias tutores de individuos con esquizofrenia, que se atienden

en el Hospital Regional Docente Las Mercedes (HRDLM), Lambayeque-Perú, desde octubre a diciembre de 2013. En cuanto al procedimiento es una investigación cruzada representativa con examen reconocido. Se hizo partícipe a todas las familias tutores que han tenido a cargo pacientes con esquizofrenia, atendidos por consultorios externos durante el tiempo mencionado. Se usó la escala de sobrecarga de cuidador de Zarit, que fue validada por los expertos para el estudio y se usó después de conseguir el correspondiente consentimiento informado. En cuanto a las conclusiones, se incluyó en la investigación a 122 familias tutores principales, de los cuales 68,85% (84/122) fueron damas, y de ellas 40,16% (49/122) eran mamás de los individuos con esquizofrenia. Se halló que una elevada cantidad de familias tutoras presentaron sobrecarga emocional (72,95% -89/122), entre los cuales la más frecuente es la sobrecarga leve (69,66% -62/89). Las mayores frecuencias de sobrecarga emocional se hallaron en casos de tutor: cónyuge (94,12% -16/17), papá (94,44% -17/18) y en tutor sin estudios (90,00% -9/10). Llegaron a los siguientes resultados:

“Hay altos niveles de sobrecarga emocional en las familias tutoras entrevistadas. Las conclusiones proponen la obligación de ejecutar participaciones que autoricen reconocer y enfrentar esta dificultad, sobre todo las que se enfocan a tutores que son esposos, progenitores y con menos nivel de estudios” (20).

2.2 BASE TEÓRICA:

2.2.1. Afrontamiento

A. Definición

La expresión “afrentamiento” es la transcripción castellana de la palabra en inglés “coping” y, con ello, es la advertencia para enfrentarse a un peligro, problema o una situación estresante. Este concepto se basa en la teoría cognitiva conductual y esto

explica que un individuo tiene la percepción de los acontecimientos o experiencias, así como la estructura de los mismos interfieren en sus sentimientos y en su conducta (21).

Según este concepto se manifiesta que el individuo tiene diversas maneras para enfrentar un problema ya sea en forma negativa o satisfactoria que son utilizadas por las personas de acuerdo al problema y el momento.

El afrontamiento fue determinado como aquellos impulsos cognitivos y conductuales continuamente variables que se desenvuelven para guiar los requerimientos particulares internos o externos que son medidas como sobrantes o rebosantes de la demanda del ser humano (22).

Conforme al tipo psicoanalítico expresa: el afrontamiento considera al grupo de pensamientos, acciones prácticas y comprensibles que resuelven las dificultades y que por ende disminuye el estrés. Igualmente, incluye el punto de los medios de protección del yo conforme la dinámica inconsistente del temperamento (19).

El afrontamiento es detallado como un impulso para disminuir o moderar las consecuencias hostiles del estrés. Estos impulsos pueden ser cognitivos o conductuales (23).

Así podemos ver que una persona responsable del cuidado de una persona está expuesta a diversos acontecimientos y experiencias, originándose emociones, sentimientos y conductas no deseadas. La forma de hacer frente a un delimitado momento estresante se hará presentando muchos factores y cada persona dispondrá con diversos recursos, de los cuales algunos serán bastante positivos que otros en función al momento determinado.

El afrontamiento es una diversidad singular del comportamiento, un cambio en la que reluce de manera exclusiva la función adaptativa de toda conducta. En cambio, en la modalidad del comportamiento, el afrontamiento debe ser puntualizado con autonomía de su desenlace, y su utilidad. Esto no manifiesta que sea escéptico el producto pretendido: el éxito de la labor adecuada. La mejor verdad de las normas es la cautelosa confirmación de que las habilidades de afrontamiento se desempeñan con resultados honestos, en otras ocasiones y en algunos individuos (24).

2.2.2 Estrategias de afrontamiento.

A. Definición.

Las habilidades de afrontamiento son una sucesión de ideas y actos que preparan a los individuos para manejar posiciones complicadas y manejar de manera sobresaliente las peticiones intrínsecas y del ambiente (14).

En esta razón las estrategias de afrontamiento que el individuo lo emplea son de acuerdo a las situaciones, la manera de emplearlos y el momento. Se puede deducir que las estrategias de afrontamiento se instalarán en función a la circunstancia.

B. Tipos de estrategias de afrontamiento.

Identifican dos modelos de estrategias:

- Estrategias dirigidas al problema: son estrategias y van dirigidas a modificar el problema o situación que esté motivando la dolencia.
- Estrategias dirigidas a lo emocional: son las formas o estrategias que utiliza un individuo para regular la respuesta emocional ante una situación de demanda.

La aplicación de una estrategia de respuesta a la molestia puede tener efectos positivos en cuanto a la regulación de la respuesta emocional, puesto que si un individuo tiene un problema al buscar una alternativa o estrategia de solución puede reducir el malestar emocional causado por dicho problema. Pero también puede ocurrir lo opuesto. Por ejemplo, si se utiliza una estrategia de regulación de la ira (propinar un grito a un individuo). Esto hará que la situación continúe y también puede generar otros problemas. Existen varias estrategias que puede utilizar un individuo para afrontar situaciones específicas. El empleo de diferentes estrategias está determinado por el origen del problema y las condiciones en las que se dio el mismo.

C. Dimensiones de la estrategia de enfrentamiento.

La adaptación española del inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) en el medio español proponen ocho estrategias de afrontamiento centrado en la importancia de la función y el modo de afrontamiento que utiliza una persona para enfrentar situaciones de amenaza (25).

Por lo tanto, quienes sostienen que las estrategias de afrontamiento son un sistema multidimensional capaz de realizar varias aplicaciones a través del pensamiento y del comportamiento. Así tenemos las siguientes dimensiones:

- **Resolución de problemas:** trata de eliminar o cambiar la situación estresante mediante estrategias cognitivas y conductuales. Son estrategias cognitivas y comportamentales orientadas a suprimir el estrés transformando la circunstancia que lo produce. La técnica de resolución de problemas es un medio que concede aprender a reconocer, acceder y contestar a una dificultad de atenciones, averiguando respuestas de forma razonable y segura. Las molestias pueden ser sencillos de entender o resumir, sin embargo, es la propia situación emocional de la

cuidadora que obstruye determinar, valorar y/o resolver el problema (26).

En estas circunstancias las institutrices pueden encontrarse más serenas y tranquilas, con la tristeza que los sufrimientos continúen y son más efectivos de dirigir con éxito los esfuerzos de las circunstancias de cuidados actuales y futuras. Cuando el desarrollo de la enfermedad del individuo dependiente se empeora, es cuando la institutriz debe confrontar a soluciones complicadas: la movilización de las familias a otra vivienda o a un miembro-saludable o fallecimiento del mismo familiar. La enfermera tiene el compromiso de viabilizar y comunicar sobre el uso de los elementos socio-sanitarios disponibles y verse atenta al duelo que deduce el divorcio, colaborando a sostener la tranquilidad y el dominio de la situación. Ayudarle a manifestar lo que razona y percibe: descuido, fracaso, molestia, decepción, dolor ante la separación y/o delegación.

- **Reestructuración cognitiva:** Son estrategias mentales que rectifican el concepto del momento estresante con la finalidad de reducir la molestia y la preocupación. Nuestros pensamientos incurrir de forma continua en nuestra situación emocional y de la misma forma en nuestro comportamiento habitualmente, hacemos frente a circunstancias que pueden causar cierto conflicto y si no somos capacitados de conducir y dominar las emociones que provocan esta clase de situaciones y acabaremos humillados a situaciones de estrés o preocupaciones que nos perturbará en absoluto.

Para poder regular esta clase de pensamientos que nos alteran de manera negativa, se fomentó la reestructuración cognitiva, es un método psicológico por el cual se permite al

individuo usar los medios necesarios para poder reconocer, analizar y cambiar los pensamientos destructivos probados en diferentes situaciones o hacia diferentes individuos (27).

La capacidad de este método ha estado comprobada en el procedimiento de diferentes trastornos, no sólo en manejar la ira o la ansiedad, también es efectivo para manejar la depresión, el pánico, trastornos de personalidad, trastornos alimenticios o el abuso de sustancias excitantes, entre otros, ya que estimula a la persona para que indague en sus ideas de pensamiento y pueda proceder a una visión más real y confrontar indicadas circunstancias de una imagen más adaptativa.

- **Expresión de emociones:** hace referencia a absorber o expresar las emociones. Estrategias orientadas a librar las emociones que ocurre en el progreso del estrés. Las manifestaciones emocionales, las que tienen un elevado mérito adecuado, concediendo la coordinación conductual indispensable para transferir comunicación ligera y concreta a otras personas del grupo, sería la consecuencia directa de la naturaleza del sistema nervioso (28).

En el análisis de la expresión facial emocional, los autores han relacionado la actividad muscular facial específica ante estímulos y ampara las emociones positivas y negativas.

- **Apoyo social:** estrategias de apoyo en la sociedad, familiares, amigos u otras personas cercanas. El apoyo social cuida a la persona de los resultados negativos, corporal y psicológica, en los acontecimientos de la vida estresante, como el aislamiento social, la depresión, las enfermedades cardiovasculares. Teniendo en cuenta la información que admite a los individuos deducir que se ocupan por ellos, los consideran, son estimados, valorados

y forman parte a una red de información y de responsabilidades recíproco. En los 80, se establece la definición de apoyo social como las “transacciones interpersonales” que añaden la manifestación de afecto positivo de un individuo hacia la otra, la confirmación o soporte de los comportamientos de otro individuo, impresiones o puntos de vista mencionado y transmitir la ayuda material o simbólica a otra (29).

Otros investigadores han recomendado que el apoyo social disminuye las secuelas negativas que la enfermedad genera tanto al paciente como a sus cuidadores, observando mínimo riesgo de recaídas, particularmente cuando se dispone de mayores habilidades sociales, por este motivo, hay una reducción en la continuidad de las hospitalizaciones, estabilidad sintomatológica y emocional y por tanto una calidad de vida favorable.

- **Evitación de problemas:** estrategias encaminadas a la denegación de problemas y eludir cualquier situación relacionada con el acontecimiento estresante. Estrategias que comprenden la denegación y eludir de conocimientos o hechos conectados con el suceso estresante. Radica en huir, apartarse o atrasar asuntos que nos parecen irritantes ya que el enfrentarlos piensa probar una desagradable vivencia individual, comúnmente una sensación de sumisión o de invalidez, una sensación de culpa, de anómalo, de ignorancia, de abandono, etc. enfrentar un hecho evitable o temible es algo que no lo origina y el arriesgarse causa inquietud y molestia (25).

En la manera que se abandona y elude es más alto el nivel de molestia y resistencia al caso. Además, se ha detallado que el evitar pronostica un estrés y depresión a largo tiempo. Esta estrategia de enfrentamiento se reconoce

continuamente en individuos menos familiarizados con el oportuno manejo del peligro. Muchos estudios manifiestan que las personas con alteración de ansiedad muestran unos elevados enfoques localizados en la emoción y en la evitación-escape (estrategias pasivas), en tanto que las personas sin problemas psiquiátricos lograrían una evaluación en aumento de las capacidades dirigidas en el problema y en la evaluación (estrategias activas).

- **Pensamientos desiderativos:** hace referencia a estrategias cognitivas que muestra a poca habilidad o rechazo a reconstruir o modificar de manera simbólica la situación. Dirigen la mayoría de sus decisiones en base a un deseo. Muchas decisiones son tomadas en base a lo que se ve o experimenta, pero en algunas ocasiones lo que queremos ver juega en contra de la realidad (30).
Los expertos coinciden en afirmar que no somos conscientes de que nuestro pensamiento es en realidad un pensamiento desiderativo en el que tienen un gran peso nuestros deseos. La realidad se transforma para nosotros en lo que queremos y provoca que veamos todo lo que ocurre a nuestra manera.
- **Autocrítica:** estrategias que muestran sentimientos de auto culpa ante una circunstancia estresante. Estrategias enfocadas en la autoinculpación y la autocrítica del suceso del estado agobiante o su inapropiada aplicación. La autocrítica es imaginada como un método conocimiento de temperamento a través del cual la persona se evalúa y se decide a sí mismo. Actualmente, la autocrítica es de manera multidimensional mostrando una actitud disfuncional o inadecuado y por otro lado una actitud más adaptativa. En su actitud funcional debería tener un papel importante: analizar criteriosamente el comportamiento personal descubriendo conductas lógicas e ilógicas (31).

Las personas autocríticas se les califica por tener sensación de carencia, culpa y decepción. Están continuamente en pelea consigo mismas. Esta imagen de sí mismo descarga toda una serie de alteraciones negativas que se expresan desde una baja condición de vida hasta el desarrollo del riesgo de sufrir trastornos mentales, son inestables de su genio para enfrentar a la vida y aumentan toda una serie para abstenerse que no les posibilita incrementar su capacidad. Es decir, el pánico a equivocarse los lleva a dejar de confundirse en las actividades que aprecian, ya que si las usan y se equivocan se sienten fracasados y se valoran a sí mismos con gran firmeza y crítica.

- **Retirada social:** existe un distanciamiento de personas con quienes mantienen lazos afectivos como amigos y familiares, con respecto a la expresión de emociones sobre la situación estresante por la que está atravesando la persona (32).

La retirada social se detalla como el suceso de retirarse uno mismo de la relación con los demás. La retirada social no crea una alteración en sí mismo.

Ciertos individuos escogen estar a solas el mayor tiempo posible y así se hallan bien de esa forma. Por el contrario, en otros asuntos, sucede una inclinación a esquivar las relaciones sociales conveniente a conflictos de ansiedad o de otra clase, o bien se ocasiona un abandono o retirada social como resultado del rechazo por parte de los demás (32).

Sí estos individuos sienten intranquilidad emocional debido a su aislamiento y es cuando debemos tener en cuenta que es un problema.

La retirada social puede ser una señal de distintas alteraciones, como ansiedad social, depresión mayor, temores, alteraciones de la personalidad, de evitación y alteraciones esquizoide de la personalidad. A pesar de todo, el temor social aparenta estar en la base de la retirada social en niños socialmente ansiosos. El temor social radica en el miedo a obrar o expresar algo que puede originar la ofensa de los demás y hacerles sentir humillado.

2.2.3. Sobrecarga

A. Definición

Descrita como la práctica personal del tutor ante los requerimientos de apoyo, es una definición de múltiples dimensiones, con particularidades objetivas y subjetivas. La obligación objetiva afecta a las modificaciones que debe hacer el tutor en diferentes ambientes de la existencia y la obligación subjetiva hace referencia a las respuestas emotivas ante los requerimientos de atención (20).

El trabajo es la evaluación o deducción que hace el tutor ante unos estresores originados de la carga, de lo que logra respaldar una mejor o peor adaptación dependiendo de lo nocivo de la evaluación y los talentos y destrezas del tutor (33).

La carga es una concepción esencial en el estudio de las consecuencias de la atención de los individuos con esquizofrenia acerca de la familia.

El término carga ha sido muy empleado para señalar las concurridas presiones y requerimientos de los cuidadores. El término carga, se incluyó, para mencionar la turbación que ocasiona la atención de pacientes con trastornos mentales en sus tutores. Esta carga del tutor fue descrita como “el conglomerado de dificultades de tipo corporal, psicológico, afectivo, colectivo y económico que alcanza a padecer el tutor” (34).

Incluso puede significar dificultades, ya que la valoración de la tarea extrema suele ser fundamental para definir los campos en que el tutor requiere ayuda, averiguar oportunas curas para los familiares que tienen a su cargo personas que dependen de ellos, estimar las transformaciones a lo prolongado de los años y proyectar las actividades de participación y valorar su impresión.

Se definió la carga como “un gasto para los familiares”. A pesar de ello, el desconocimiento de este previo concepto de carga, otorgó espacio a la desigualdad de dos elementos de la carga del tutor. Precisamente, la carga objetiva menciona los sucesos, tareas y peticiones en concordancia con la familia del paciente y la carga subjetiva comprende las sensaciones, conductas y conmociones del tutor (35).

La sobrecarga se conoce como el nivel en que el familiar cuidador observa que la atención ha predominado en distintas facetas de su salud, su comportamiento comunitario, individual y económica (36).

En términos amplios, el concepto de carga del cuidador, se refiere al efecto que se produce en las personas que asumen la función de cuidado de otros, quienes tienen limitaciones en su funcionamiento social desde su propio autocuidado hasta las relaciones sociales que establecen (37).

Los servicios de las atenciones de sanidad a semejantes que dependen de sus familias, amistades u otros individuos de la malla colectiva próxima, que no perciben remuneración salarial por el apoyo que brindan (38).

Carga señala trabajo, obstáculo, valor, deterioro, fuerza indispensable para algún caso (39).

Zarit y Toseland, admitieron que la carga provocada por la asignación del cuidado a modo de un estadio producido del acto de atender a un individuo anejo o mayor, una etapa que intimida la salud corporal y mental del tutor (16).

Es de esta manera que se interpreta la carga como una preocupación permanente de atender los impedimentos físicos, psicológicos y emocionales que alcanzan a experimentar los integrantes de la familia que se ofrecen en el cuidado del familiar con inhabilitación o alguna muestra de inutilización.

La carga objetiva consta en apoyar, observar, verificar, retribuir, etc., distinguen cambios en la costumbre y enlaces interpersonales en los familiares y los obstáculos en las tareas a las que están doblegados como ir de asueto, ejecutar deportes, ir a trabajar, etc. como efecto de las actividades de la atención. Por otro lado, la carga subjetiva se halla definida como la práctica cognitiva de la carga objetiva, el enfrentamiento y solución a ella y la adecuación y resistencia (40).

Se especifica la excesiva carga, según el producto de conexiones de función físico, emocional y limitaciones sociales. Esto origina una actitud psicológica que emerge el cuidado a un enfermo, examinando el conflicto de su papel en lo que compromete en la labor del familiar cuidador y el progreso del malestar (41).

Las personas que tienen un problema mental siempre requieren la protección y las atenciones de personas que sean aptos de defender su salud y equilibrio y ello recae sobre familiares directos (20).

Es notable elaborar una valoración de carga para los tutores que admita comprender el estadio de los mismos para lograr

desarrollar participaciones que admitan menguar y evitar considerables cambios en la salud de los individuos y sus tutores

La sobrecarga que experimenta el cuidador informal: la primera sobrecarga objetiva, se define como los cambios que los familiares sufren a modo del efecto del padecimiento de uno de sus integrantes, algún trastorno existente en el familiar altera al sujeto enfermo. Y la sobrecarga subjetiva, impresión de sostener una responsabilidad cargada y dominante del cuidador ante las labores que realiza por atender al enfermo (42).

La carga subjetiva, origina alusión a las conductas y al rechazo emocional del tutor frente al aumento de las atenciones. Mientras que la carga objetiva se halla vinculada con la entrega del cumplimiento del papel de cuidador.

B. Sobrecarga del cuidador

Esta variante se basa también en la teoría cognitiva conductual. Esto se debe a la integración que existe entre la cognición, los impulsos agobiantes y por ende con las respuestas conductuales y fisiológicas. Es así que los impulsos agobiantes que distingue el cuidador se ven reflejado en su conocimiento y su respuesta ya sea fisiológica o conductual a dichos factores (43).

C. Dimensiones de la Sobrecarga.

- **Impacto del cuidado:**

El cuidado abarca aspectos afectivos, concernientes a la conducta y a la obligación, tanto como componentes técnicos, de modo que no pueden estar apartados para brindar los cuidados, asimismo el entendimiento del concepto de la atención para quien lo conceda y para quien lo acepta, el deseo y el objetivo que se busca. Continuamente la atención está escondida, atender o desvelarse por alguien, aceptar a alguien, fortalecer su inteligencia, aceptar, recuperar la confianza, asistir en su

hábito de salud enfermedad encontrándose ahí, son hechos escondidos (44).

En conclusión, las atenciones a los individuos en su hogar no son exclusivas de los familiares, ni del método de salud, sino que uno al otro se debe agregar. El compromiso de las atenciones es global y debe ser dividida entre la familia y el método de salud (45).

No insistir, en imaginar que el impacto del cuidado es solamente un remedio fisiológico y sensitivo del que proporciona las atenciones a la tensión. asimismo es inevitable estimar las considerables consecuencias dañinas que puede retener un cuidador sobrecargado referente a la condición y persistencia en la protección distribuida al individuo dependiente (46).

- **Calidad de la relación interpersonal:**

Los vínculos interpersonales son elementos precisos de la importancia de la supervivencia de los sujetos con incapacidad mental. En global los individuos pedimos desarrollarnos en un ambiente socialmente confortador, pues el desarrollo personal, en todos los medios, requiere de la oportunidad de participar, de ser y estar con los demás (47).

Los descendientes de los individuos con incapacidad mental deben considerar en los primeros periodos de vida la calidad de esta dimensión interpersonal. Tenemos que facilitar, por lo tanto, a nuestros hijos, oportunidades de habilidades sociales. En el tiempo que les prometemos hábitos variados que favorezcan vincularse en diferentes circunstancias sociales, permanecemos protegiendo una conducta conveniente, un mejor progreso y un mejor acuerdo individual y social (48).

Todo el mundo necesita relacionarse con otras personas; por ejemplo, amigos y amigas, familiares, compañeros y compañeras de trabajo, vecinos y vecinas o personas de apoyo. Me fijo en lo siguiente:

- Me relaciono con personas diferentes.
- Visito a diferentes personas o recibo visitas.
- Tengo buenos amigos o buenas amigas.
- Me relaciono con mis familiares.
- Me gusta estar con gente.
- Me gusta conocer gente nueva, hacer nuevas amistades.
- Tengo pareja.

Un nexo interpersonal satisfactorio necesita que nosotros y nuestros interlocutores nos hallemos psicológicamente confortables con el nivel en el que nos podemos apoyar y complacer nuestras exigencias y con el grado de interacción que simboliza nuestra relación.

Hay que comprender que la relación interpersonal incluye presentimientos, propósitos de intervenir y encontrarse agradable, manejable al estar con la gente, y que repetidamente tiene lugar cara a cara (49).

- **Expectativas de autoeficacia:**

Existen numerosos estudios publicados que evalúan la autoeficacia percibida, realizados con tutores de individuos con desequilibrio. Se ha observado que tutores con elevada autoeficacia prefieren realizar trabajos más provocadores, planteándose límites y metas más valiosos. En el momento que se ha empezado un hecho, los cuidadores primarios informales tienen limitada autoeficacia (50).

La expectativa de autoeficacia o autoeficacia percibida, es la suposición que sostiene un individuo y tiene la disposición

para realizar las actividades obligatorias que le concedan lograr los productos ansiados. Por lo tanto, la autoeficacia puede elevar o disminuir la motivación.

La autoeficacia es extensamente analizada en la literatura de la psicología social para demostrar la teoría de la motivación y el aprendizaje. Esta valoración ha sido acondicionada a la psicología y la enfermería de manera considerable de predecir los comportamientos en salud (51).

Entonces la expectativa de autoeficacia es clave para los procesos motivacionales, ya que surge por la experiencia previa: si se realiza con éxito una tarea aumenta nuestra expectativa de autoeficacia. Por eso es importante para aumentar esta expectativa, comenzar con objetivos fáciles y poco a poco ir aumentando la dificultad para que la persona tenga en los retos más complicados alta expectativa de autoeficacia y consiga mejores resultados.

2.2.4. Cuidador

A. Definición:

El servicio de atención de sanidad a sujetos que dependen de sus familias, amistades u otros sujetos del sistema social inmediato, que no perciben remuneración o pago alguno por el apoyo que ofrecen (38).

El soporte al tutor es básico para el equilibrio del individuo con esquizofrenia, ya que logra apoyar a impedir eventuales peligros psicóticos y contribuye a acrecentar el grado de funcionamiento y su adhesión terapéutica. Del mismo modo, cada dos familias de pacientes con esquizofrenia corren el peligro de padecer un problema afectivo, corporal o psiquiátrico ligado a la carga de ser un familiar cuidador principal informal (52).

Hay investigaciones acerca de la participación y la previsión de peligros en individuos con esquizofrenia, acerca de la trascendencia del rol que ejerce los familiares en la medicación y acerca de los efectos que produce la esquizofrenia en los familiares del paciente.

El cuidador en escasas situaciones es el medio, mecanismo y recurso que proporcionan atenciones particulares y mayormente especializados a los pacientes crónicos. Por lo tanto, se confía o se apoya la responsabilidad de proteger la existencia de otro en los cuidadores. (53).

Las familias sienten lo que viene, y sobrepasa las formas de resolución frente a los obstáculos. Su comodidad se halla en riesgo, surge la tensión, posiciones de desplomes, pérdida de la autoestima, dificultades de adecuación, inseguridad, inquietud y en ciertas ocasiones responsabilidad; exigido a la relación con el paciente esquizofrénico. Demostrando que el trastorno cerebral es manejada en cuantiosas oportunidades a modo de obligación y malestar persistente dentro de las familias (54).

Los familiares se responsabilizan, generalmente en todos los sucesos en conjunto, de las atenciones del individuo dependiente, con el total de sus resultados que implica. Es indispensable el crecimiento de investigaciones en cuidadores informales de individuos con un padecimiento psicológico crónico, los que se localizan en diferentes situaciones, en relación a la forma de cuidar a un individuo dependiente como en los que corresponde a la llegada del apoyo oportuno y no cobran remuneración económica por la asistencia que muestran (38).

De esta manera, la organización de las familias toma consciencia del trastorno del individuo dependiente, desde el cual se produce una sucesión de modificaciones en el lecho de

las familias, que deriva en graves resultados para el ambiente familiar, como para el tutor primordial.

Para Zarit, la tarea del cuidador se refiere a las conductas y afrontamientos afectivos ante el hábito de atender y el nivel de perturbaciones o transformaciones en diferentes trazas del ambiente hogareño y de la supervivencia de los tutores. La obligación es una evaluación o explicación que realiza el cuidador ante los factores del estrés provenientes de la atención en cargo de los bienes y estrategias con lo que tiene. La obligación impide en la dirección adecuada del paciente y en el mismo desarrollo de la afección, provocando en el mismo período el desgaste de la cualidad de supervivencia del tutor (42).

La sobrecarga y reacciones psicológicas en el cuidador en muchas ocasiones traen como resultado el maltrato o aislamiento a la persona que tiene a su cargo. El maltrato hacia personas dependientes es una situación difícil que debe ser medida objetivamente, por eso es que no existe mucha información sobre el maltrato a personas dependientes.

B. Perfil de riesgo del cuidador

Se han descrito una serie de variables que pueden influir en el desgaste de la vitalidad y, por ende, de la importancia de la existencia del tutor, entre estas la edad, género, enfermedad del familiar o persona a la que cuida, la percepción de su propia salud, el tiempo que durara la dependencia y el apoyo social.

El compromiso de atender reincide primordialmente en la mujer, siendo la continuidad y el periodo empleado en las atenciones más considerable que en los varones, por lo que se observa más sobrecargadas de labores de manera extensa en el tiempo (38).

Los problemas de estrés, ansiedad y depresión son comunes en cuidadores y están estrechamente relacionados con el grado de dependencia del individuo atendido (55).

C. Cambios a los que se enfrenta el cuidador

Debe enfrentarse a diferentes situaciones para modificar su estilo de vida.

- Relaciones familiares: al momento de tomar decisiones en cuanto al cuidado de un familiar existe una discrepancia entre los miembros generando situaciones de malestar y tensión entre los mismos.
- Vida laboral: la responsabilidad de cuidar a una persona hace que muchas veces el cuidador se ausente de su trabajo, puesto que le dificulta cumplir con las dos responsabilidades a la vez.
- Situación económica familiar: la situación económica se puede ver afectada por dos situaciones, una por la disminución de los ingresos y otra por la demanda de costos que origina las atenciones de un paciente.
- Tiempo libre: el permanecer al cuidado de una persona dependiente reduce el tiempo para realizar actividades recreativas o de descanso que contribuyan al bienestar del cuidador. Es indispensable un tiempo libre para prevenir la sobrecarga en el mismo.

B. Repercusiones del cuidado sobre la salud física del cuidador

Algunos autores mencionan que las situaciones estresantes debido a las atenciones de un individuo dependiente desencadenan repercusiones negativas contra la salud física del cuidador:

- Autoevaluaciones negativas de la salud: la mayor parte de cuidadores de individuos dependientes menciona creer que su salud se ha dañado como consecuencia de los cuidados que brinda.
- Presencia de síntomas psicosomáticos.
- Dificultades cardiovasculares: posibilidad de padecer presión arterial alta.
- Alteraciones inmunológicas: afección al sistema inmunológico que puede ir desde respuestas inmunitarias a sustancias no dañinas hasta trastornos del sistema inmunitario que atacan por error a células y órganos.
- Desarrollo de dependencia: Dificultad de dependencia para desarrollar labores cotidianas. Esto quiere decir, que debido a los problemas de salud crónicos o síntomas no específicos limitan en su funcionalidad al cuidador.

C. Tipos de Cuidador.

- **Cuidador Formal:**

La atención formal se ha determinado como aquella labor de un profesional que propone de manera especial, y que, va más allá de las competencias que los individuos toman para atenderse a sí mismas o a los demás. Se encuentra dos clases básicas de atención formal: el que viene desde los establecimientos públicos, y el que se emplea a través de los familiares. Los establecimientos del estado en las atenciones pasan a través de una institución administrada y están financiadas abiertamente. Asimismo, los familiares acuden cada vez más a sistemas particulares para conseguir las atenciones de sus pacientes dependientes (56).

- **Cuidador Informal:**

Son individuos que no dependen de ningún establecimiento sanitario tampoco social y que atienden a individuos no independientes que habitan en su hogar (53).

La atención no formal se determina a partir de dos rasgos: 1) “no es pagado” de manera que se asemeja con mucha constancia a una clase de atención “no válido” y el 2) se incrementa en el entorno del vínculo familiar (57).

Según estudios, el cuidado informal es un exclusivo principio de apoyo que perciben las personas, combinándose en contadas ocasiones con el cuidado formal. De manera que participan diferentes causas, como los medios socioeconómicos de la familia o la situación del enfermo, es notorio que el cuidado informal constituye el sostén primordial del cuidado que perciben los pacientes dependientes (38).

2.2.5. El Paciente Esquizofrénico Hospitalizado

A. Definición de Esquizofrenia:

La esquizofrenia como el grupo de psicosis, en la cual se presentan una deformación importante de la personalidad, una deformación característica del pensamiento, una sensación de sometimiento por fuerzas extrañas, delirios y alteraciones de la percepción, así como de aberración en la afectividad que no se ajusta a la realidad. Sin embargo, permanece la conciencia y la capacidad intelectual.

Los síntomas suelen ser muy variados, se agrupan en 4 grandes grupos; síntomas positivos, negativos, afectivos y cognitivos, aunque no abarcan la totalidad de la sintomatología. Los síntomas positivos: las alucinaciones, generalmente auditivas, ideas delirantes. Los síntomas negativos como la escasa expresividad emocional y gestual, la pobreza del habla y apatía.

Los síntomas afectivos son los depresivos y los trastornos cognitivos son variados y son la principal causa del deficiente funcionamiento social y laboral (11).

Desde el instante en que se diagnostica a un paciente con esquizofrenia se crea un inexcusable impacto en su vida social y familiar. Durante la experiencia de cuidar a un sujeto que sufre Esquizofrenia, los cuidadores se limitan a muchas cosas, en donde su privacidad, vida social, laboral y familiar se ven afectados, creando así una problemática para el cuidador encargado incrementando su labor y atención en el paciente, creando una sobrecarga que trae como consecuencias problemas en su forma de pensar y vivir.

La esquizofrenia es una alteración que compromete la conducta y afecta al 1% de la urbe habitual; que frecuenta considerar una indebida predicción, pues suelen padecer recidivas psicóticas en el año después a su salida del internamiento en una institución psiquiátrica solo el 40% reciben el tratamiento y el 80% no lo reciben, lo dejan, haciendo que se eleve las cifras en concordancia inmediata a la cantidad de incidentes de cuadros psicóticos anteriores (10).

El internamiento ha de facilitar confianza al enfermo y a los que viven con él, consuelo a su angustia, alivio en sus desvaríos e indicios psiquiátricos, adaptación en el tratamiento con cuidados instruidos y ayuda por parte de los empleados y otros sujetos internados.

Una señal significativa que logra apoyar a la observación del trastorno es el ambiente en el cual habita el individuo. Si el individuo reside en un lugar donde reciba un mínimo apoyo, causará una forzosa entrada a una institución donde lleve una supervivencia apropiada. Al final, mencionar el temperamento del individuo; la forma en que enfrente su padecimiento es

esencial para llevar correctamente su mal, siendo útiles algunos tratamientos de conocimiento y de comportamiento para él. Con una forma de enfrentamiento eficiente, en el que logre dominar los síntomas con apoyo de médicos y personas cercanas, se obtiene una adaptación intermedia apropiada para la existencia habitual (58).

2.2.6. Teorías de Enfermería:

A. Hildegard Peplau:

Propuso la hipótesis de las correlaciones entre personas. Detalla al enfermo como un individuo, sujeto o usuario. Determina el cuidado enfermero como una transformación interpersonal como parte del tratamiento. Esto actúa conjuntamente con una tercera sucesión humanitaria que produce de forma factible la vitalidad para personas y sociedades. La profesión de enfermería es una herramienta didáctica cuya finalidad es ayudar a la persona enferma para que permanezca lúcido y resuelva las dificultades que entorpecen su existencia habitual (59).

El profesional de enfermería busca la relación de los individuos con su entorno o medio ambiente, conduciéndolos a una fase donde tengan la inteligencia de desempeñarse en la sociedad.

El método intrapersonal: tiene seis dimensiones: la interacción, la comunicación, la transacción, el rol, el estrés y el afrontamiento (59).

Es labor del enfermero (a) competente planificar, conducir y dirigir convenientemente la relación, de tal modo que se incremente el vínculo que es esencial las practicas intrínsecas entre la profesional de enfermería y el enfermo o un individuo de sus familiares. Esta práctica se determina por una forma propia de proceder, distinguida, razonada, percibida y ejecutada mutuamente.

2.3. TERMINOLOGÍA BÁSICA

- **Estrategias de afrontamiento**

Las habilidades de enfrentamiento son una sucesión de ideas y actos que preparan a los individuos a manejar posiciones complicadas y manejar de manera sobresaliente las peticiones intrínsecas y del ambiente (14).

- **Sobrecarga:**

Descrita como la práctica personal del tutor ante los requerimientos de apoyo, es una definición de múltiples dimensiones, con particularidades objetivas y subjetivas. La obligación objetiva afecta a las modificaciones que debe hacer el tutor en diferentes ambientes de la existencia y la obligación subjetiva hace referencia a las respuestas emotivas ante los requerimientos de atención (20).

- **Cuidador**

El servicio de atención de sanidad a sujetos que dependen de sus familias, amistades u otros sujetos del sistema social inmediato, que no perciben remuneración o pago alguno por el apoyo que ofrecen (38).

2.4. HIPÓTESIS:

Hi: El uso de las estrategias de afrontamiento está significativamente relacionado con el nivel de sobrecarga del familiar cuidador de pacientes con esquizofrenia del pabellón 20 mujeres del Hospital Víctor Larco Herrera.

Ho: El uso de las estrategias de afrontamiento **no** está significativamente relacionado con el nivel de sobrecarga del familiar cuidador de pacientes con esquizofrenia del pabellón 20 mujeres del Hospital Víctor Larco Herrera.

2.5. VARIABLES

Variable 1:

Estrategias de afrontamiento

Variable 2:

Sobrecarga

Covariables

Sexo

Conjunto de características propias que explican a los individuos terrenales como masculino y femenino y a las bestias como sementales y fémina.

Se operacionalizó de la siguiente forma:

- Masculino: Hombre.
- Femenino: Mujer.

Edad adulta

Aquella persona que, a partir de los 18 años, en nuestra sociedad, ya tiene la madures física y psicológica indispensable para asumir sus decisiones particulares responsabilizándose de las consecuencias de sus actos.

Distribución de la edad adulta según el Ministerio de Salud:

- Joven: 18 – 29 años
- Adulto: 30 – 59 años
- Adulto Mayor: > de 60 años

Parentesco

Lazo, unión, enlace, atadura por parentesco, similitud, adopción, matrimonio. Se operacionalizó de la siguiente forma:

- Madre
- Padre
- Hijo (a)
- Hermano (a)
- Cónyuge

Estado civil

Situación personal que, según el registro civil, tiene vínculos con el sexo opuesto ligado a los derechos y obligaciones civiles y formar una vida en común. Se operacionalizó de la siguiente manera:

- Soltero (a)
- Casado (a)
- Conviviente
- Divorciado (a)
- Viudo (a)

Nivel de instrucción

Es el nivel máximo de formación desarrollado o en progreso que obtiene el individuo, sin considerar si han culminado o se hallan de forma temporal y/o totalmente inconclusos. Se operacionalizó de la siguiente manera:

- Primaria
- Secundaria
- Educación Superior

Tiempo de cuidado

Es la fase de duración que el tutor brinda de lleno a dedicar atención al individuo doliente. Se operacionalizó de la siguiente forma:

- 1 – 5 años
- 6 – 10 años
- 11 años a más.

2.5.1 Operacionalización de variables

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE								
Variable	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Número de ítems e ítems	Valor final	Criterios para asignar valores
Estrategia de Afrontamiento	Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa Escala de medición: Ordinal	Las habilidades de enfrentamiento son una sucesión de ideas y actos que preparan a los individuos a manejar posiciones complicadas y manejar de manera sobresaliente las peticiones intrínsecas y del ambiente.	Son una sucesión de ideas y actos que preparan a los individuos a manejar posiciones complicadas y manejar de manera sobresaliente las peticiones intrínsecas y del ambiente, y que se caracteriza por resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social, expresión emocional, evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica, el cual será medido con el Inventario de Estrategia de Afrontamiento (CSI).	Resolución de problemas	<ul style="list-style-type: none"> - Luché para resolver el problema - Me esforcé para resolver los problemas de la situación - Hice frente al problema - Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran - Mantuve mi postura y luché por lo que quería. 	5 (01, 09, 17, 25, 33)	Poco o en absoluto.	Puntaje de 0 – 10 puntos será considerado como Poco o en Absoluto el uso de estrategias y un puntaje de 11 – 20 puntos será considerado como Mucho o Totalmente el uso de estrategias.
				Reestructuración cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> - Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente. - Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas. - Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían. - Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo. - Me fijé en el lado bueno de las cosas. 	5 (06, 14, 22, 30, 38)		
				Apoyo social	<ul style="list-style-type: none"> - Encontré a alguien que escuchó mi problema. - Hablé con una persona de confianza. - Dejé que mis amigos me echaran una mano. - Pasé algún tiempo con mis amigos. - Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto. 	5 (05, 13, 21, 29, 37)		

				<p>Expresión emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés. - Expresé mis emociones, lo que sentía. - Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir. - Dejé desahogar mis emociones. - Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron. 	<p>5 (03, 11, 19, 27, 35)</p>	<p>Mucho o totalmente</p>	
			<p>Evitación de problemas</p> <ul style="list-style-type: none"> - No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado. - Traté de olvidar por completo el asunto. - Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más. - Me comporté como si nada hubiera pasado. - Evité pensar o hacer nada. 	<p>5 (07, 15, 23, 31, 39)</p>			
			<p>Pensamiento desiderativo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deseé que la situación nunca hubiera empezado. - Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase. - Deseé no encontrarme nunca más en esa situación. - Deseé poder cambiar lo que había sucedido. - Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes. 	<p>5 (04, 12, 20, 28, 36)</p>			
			<p>Retirada social</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasé algún tiempo solo. - Evité estar con gente. - Oculté lo que pensaba y sentía. - No dejé que nadie supiera como me sentía. - Traté de ocultar mis sentimientos. 	<p>5 (08, 16, 24, 32, 40)</p>			
			<p>Autocrítica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Me culpé a mí mismo. - Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché. - Me criticqué por lo ocurrido. - Me recriminé por permitir que esto ocurriera. - Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias. 	<p>5 (02, 10, 18, 26, 34)</p>			

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Número de ítems e ítems	Valor final	Criterios para asignar valores
Sobrecarga del familiar cuidador.	Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa Escala de medición: Ordinal	Descrita como la práctica personal del tutor ante los requerimientos de apoyo, es una definición de múltiples dimensiones, con particularidades objetivas y subjetivas. La obligación objetiva afecta a las modificaciones que debe hacer el tutor en diferentes ambientes de la existencia y la obligación subjetiva hace referencia a las respuestas emotivas ante los requerimientos de atención	Descrita como la práctica personal del tutor ante los requerimientos de apoyo, es una definición de múltiples dimensiones, con particularidades objetivas y subjetivas. La obligación objetiva afecta a las modificaciones que debe hacer el tutor en diferentes ambientes de la existencia y la obligación subjetiva hace referencia a las respuestas emotivas ante los requerimientos de atención, y que se caracteriza por impacto del cuidado, calidad de la relación interpersonal y expectativas de autoeficacia, el cual será medido con la Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit.	Impacto del cuidado.	<ul style="list-style-type: none"> - Alteración en las relaciones sociales. - Dependencia del paciente. - Pérdida de la privacidad y del tiempo libre. - Problemas de salud. - Responsabilidades extras. - Percepción del grado de sobrecarga. 	12 (1, 2, 3, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 22)	Sobrecarga mínima.	Puntaje < 47 No Sobrecarga.
				Calidad de la relación interpersonal.	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas psicoemocionales. - Problemas familiares. - Dudas para delegar el cuidado. 	6 (4, 5, 6, 9, 18, 19)	Sobrecarga leve.	Puntaje de 47 a 55 Sobrecarga Leve.
				Expectativas de autoeficacia.	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad del cuidado. - Problemas económicos. - Expectativa de no poder seguir con el cuidado 	4 (15, 16, 20, 21)	Sobrecarga intensa.	Puntaje > 55 Sobrecarga Intensa.

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de tipo cuantitativo, puesto que se usó datos numéricos obtenidos por los reactivos que midieron cada variable.

Es descriptivo porque se describe los datos recolectados sobre estrategias de afrontamiento y nivel de sobrecarga del familiar cuidador de pacientes con esquizofrenia.

Es correlacional porque se relacionó la variable estrategias de afrontamiento con la variable carga del cuidador.

Es de corte transversal porque se recolectó la información en un determinado tiempo (60).

Cada variable fue medida con un test específico. En el caso de las estrategias de afrontamiento fueron medidas con el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) adaptado por Cano, Rodríguez y García, mientras que la sobrecarga del cuidador se midió con la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, validado en España en 1998 por Ignacio Montorio y Cols.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La unidad de estudio correspondió al familiar cuidador de pacientes con esquizofrenia hospitalizadas en el pabellón mencionado, la población en este estudio estuvo constituida por 67 familiares cuidadores de las pacientes con esquizofrenia que estuvieron hospitalizadas en dicha institución.

Universo Muestral

Se estudió el 100% de la población, por ser una población pequeña, siendo la población finita, la muestra fue de: 67 familiares cuidadores.

3.2.1. Criterios de inclusión

- Mayor de 18 años de edad.
- Familiares que no tengan diagnósticos de algún trastorno mental.
- Familiares con aptitud de razonar para solucionar la encuesta.
- Familiares de las pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, que estén hospitalizadas en el Pabellón 20 del Hospital Víctor Larco Herrera.
- Ser tutor principal, que viva con la paciente esquizofrénica, mínimo un año.
- Que acepten de manera voluntaria ser parte de la investigación y refrenden el consentimiento informado.

3.2.2. Criterios de exclusión

- Personas que padezcan o sufran algún trastorno mental.
- Personas que vivan con la paciente esquizofrénica menor a año.
- Pacientes diagnosticadas con Esquizofrenia que durante el tiempo de estudio octubre 2017 - marzo 2018 han reingresado a hospitalizarse al servicio del pabellón 20.
- Familiares cercanos que no quieran colaborar en la investigación.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la encuesta, se aplicó 2 instrumentos, para el familiar cuidador. Dichos cuestionarios se aplicaron al familiar cuidador de la paciente con esquizofrenia internadas en el pabellón 20 mujeres del Hospital Larco Herrera, durante los meses de octubre a diciembre de 2017 y de enero a marzo de 2018.

El primer cuestionario CSI “Inventario de Estrategias de Afrontamiento” se realizó en 20 minutos. Y el segundo fue “Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit”, duró 15 minutos.

La parte I, Datos Sociodemográficos: consta de 6 ítems, en ella se explica el rasgo del familiar tutor: Sexo, Edad, Parentesco, Estado Civil, Nivel de Instrucción y Tiempo de Cuidado.

La parte II fue la aplicación de los dos instrumentos.

Instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos de recopilación de información a utilizarse fueron:

A. El cuestionario Inventario de Estrategias de Afrontamiento.

El instrumento denominado Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) desarrollada por Cano, Rodríguez y García, estuvo formulado, con el propósito de evaluar las habilidades de enfrentamiento del familiar cuidador de una paciente con Esquizofrenia, consta de 40 ítems con escala tipo Likert de cinco puntos, donde cada uno de los ítems se puntuará en una frecuencia que va desde 0(En absoluto); 1(Un poco); 2(Bastante); 3(Mucho); 4(Totalmente). Será medida a través de las 8 escalas primarias (25).

La versión original inglesa de Tobin, Holroyd, Reynolds y Wigal, se encuentran 72 ítems y contienen ocho elementos primarios, cuatro secundarios y dos terciarios. Asimismo, añaden que sus efectos favorecen a los creadores de enfrentamiento enfocado al problema y de enfrentamiento enfocado a lo emocional propuesta, además de otros, como la creación de la evitación, que se ha ocasionado de forma resistente en la investigación.

B. La Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit:

El más empleado es la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit que se ha acondicionado a diversas existencias y a la valoración de tutores de individuos con diferentes trastornos o padecimientos.

Conocido como una herramienta que mide el nivel de la carga que sufren los tutores de los individuos que dependen de otros para realizar sus actividades de la vida diaria. Es el más usado consiste en una lista de 22 enunciados que detallan cómo se hallan en ocasiones los tutores.

La entrevista de carga del cuidador de Zarit ha sido interpretada y certificada en diversos países con personas mayores dependientes, personas con dolencias crónicas degenerativas y/o dolencias mentales.

Fue validado en España en 1998 por Montorio y Cols. En cuanto al análisis de las propiedades psicométricas tanto la carga global como las tres subdimensiones derivadas a partir del análisis factorial tienen una aceptable consistencia interna, que oscila entre 0.69 y 0.90 según el índice alpha de Cronbach (61)

Zarit menciona que son frecuentes requerimientos y estrés que experimenta un cuidador. Además, propone tres niveles de Sobrecarga que puede percibir un cuidador:

- **Sobrecarga Mínima:** No existe deterioro y las áreas personales, psicológicas, familiares, sociales y económicas se encuentran conservadas.
- **Sobrecarga leve:** El deterioro es menor y se encuentran casi en su totalidad conservadas las áreas personales, psicológico familiar, social y económica.
- **Sobrecarga Intensa:** Impacto y deterioro mayor en las áreas personal, psicológica, familiar, social y económica asociado al cuidado del familiar.

Por lo tanto, no requiere volver a ser validado.

3.4. PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

En el presente estudio de investigación, se construyó una base de datos en Excel 2010, se vaciaron los resultados del registro de la información de los instrumentos aplicados: El Inventario de Estrategias de Afrontamiento Adaptado al español y el test de Zarit para medir la Sobrecarga del Cuidador.

Luego se procedió a construir distribuciones de frecuencias absolutas y relativas, concernientes a identificar las estrategias de afrontamiento y el nivel de sobrecarga en el familiar cuidador de la paciente con esquizofrenia en el Hospital Víctor Larco Herrera. Del mismo se construyeron los gráficos de barras para confrontar con los estudios realizados mencionados en los antecedentes.

Se construyó tablas de entrada (bidimensional), considerando las dos variables en estudio y se aplicó la tabla de contingencia para determinar la relación entre el uso de estrategias de afrontamiento y el nivel de sobrecarga, y también se aplicó la prueba no paramétrica de correlación de Spearman (Rho) porque se aplica a variables de tipo cuantitativa y cualitativas pero en escala ordinal, es decir la intensidad de la relación entre las variables, en cualquier tipo de asociación, no necesariamente lineal. Asimismo, permite identificar si, al aumentar el valor de una variable, aumenta o disminuye el valor de la otra variable, y ofrece un coeficiente de correlación, que cuantifica el grado de asociación entre dos variables numéricas; se usó el Software estadístico SPSS versión 22.0.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

Considerando el principio ético del respeto a las personas, se informó y explicó al familiar cuidador de las pacientes con esquizofrenia hospitalizadas en el pabellón 20 mujeres pertenecientes a hospitalización de agudos, del Hospital Víctor Larco Herrera, el propósito y objetivo del estudio de investigación; asegurándoles que la información que los instrumentos arrojen serán utilizados solo con fines de la investigación. Es así que los resultados arrojados de los instrumentos

solo fueron utilizados en el estudio de investigación de manera anónima y confidencial; es decir no se compartió su identidad con nadie, sólo tuvimos acceso a ver los resultados, las bachilleres de enfermería quienes somos responsables de esta investigación.

Se respetaron los 4 principios éticos que son:

- **Beneficencia:** La participación de la familia contribuyó bien, otorgándole beneficios, donde la enfermera brinda las atenciones de calidad según las necesidades del familiar cuidador.
- **No maleficencia:** El estudio de investigación no pretende causar ningún tipo de daño al familiar cuidador, ni a la institución, durante la participación en el estudio.
- **Autonomía:** Permite que las personas decidan y/o autoricen su participación mediante un formato del Consentimiento Informado aceptando su participación como también su rechazo.
- **Justicia:** No se discriminó a ningún familiar cuidador en el estudio, se realizó en forma equitativa sin distinción de raza, credo y nivel socioeconómico.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

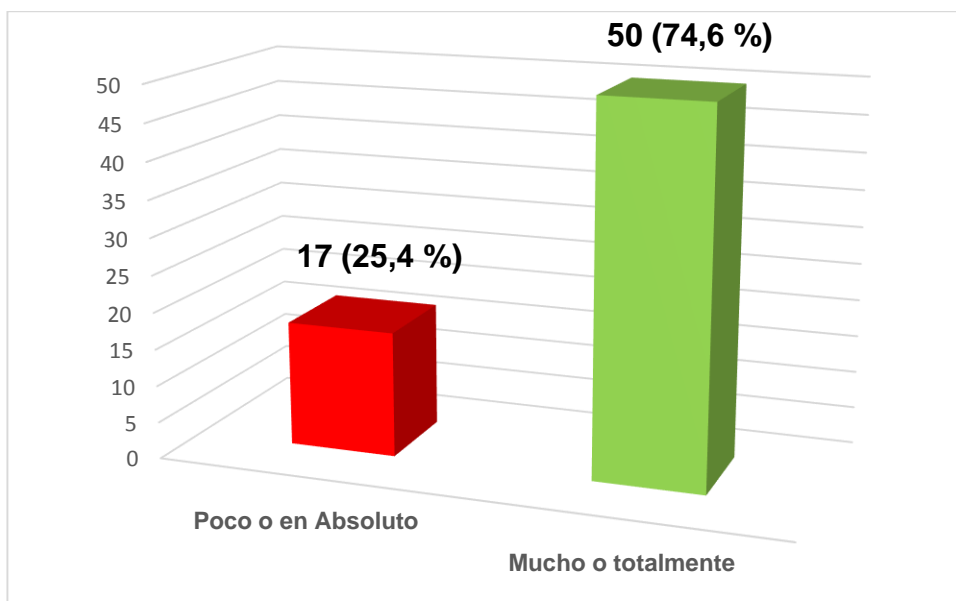
En el presente estudio de investigación se obtuvo una población de 67 familiares cuidadores de pacientes mujeres con esquizofrenia, que estuvieron hospitalizadas en el pabellón 20 del hospital Víctor Larco Herrera, Magdalena del Mar. A continuación, se presentará los resultados obtenidos del estudio de investigación en relación a los objetivos planteados.

Tenemos los datos sociodemográficos de los participantes del estudio, en total fueron 67 familiares cuidadores de pacientes mujeres con esquizofrenia. Las edades mínimas del familiar cuidador fue entre 18 y 29 años, 14 participantes que representan el 20,9% y las máximas fueron adultos entre 30 y 59 años, 31 participantes que representan el 46,3%.

En cuanto al sexo del participante, 47 que representan el 70,1% del total corresponde al femenino y 20 que representan 29,9% del total corresponde al masculino. En cuanto al grado de instrucción, 9 participantes que representan el 13,4% del total tienen instrucción primaria, 36 participantes que representan el 53,7% del total tienen instrucción secundaria, 22 participantes que representan el 32,8% del total presentan instrucción superior. En cuanto al estado civil, predomina el conviviente con 24 (35,8%) casos, seguido del casado con 19 (28,4%) casos. En cuanto al parentesco del familiar cuidador los que más

predominan son madres 21 (31,3%) al igual que hermanas 21 (31,3%), seguida de los hijos son 11 que representan el (16,4%) del total. En cuanto al tiempo de cuidado por parte de los familiares cuidadores de sus pacientes predomina de 11 años a más, 32 participantes que representan el 47,8% y el menor tiempo de cuidado oscila entre 1 a 5 años, 9 participantes que representan el 13,4% del total. (Tabla N° 1. Ver anexo E).

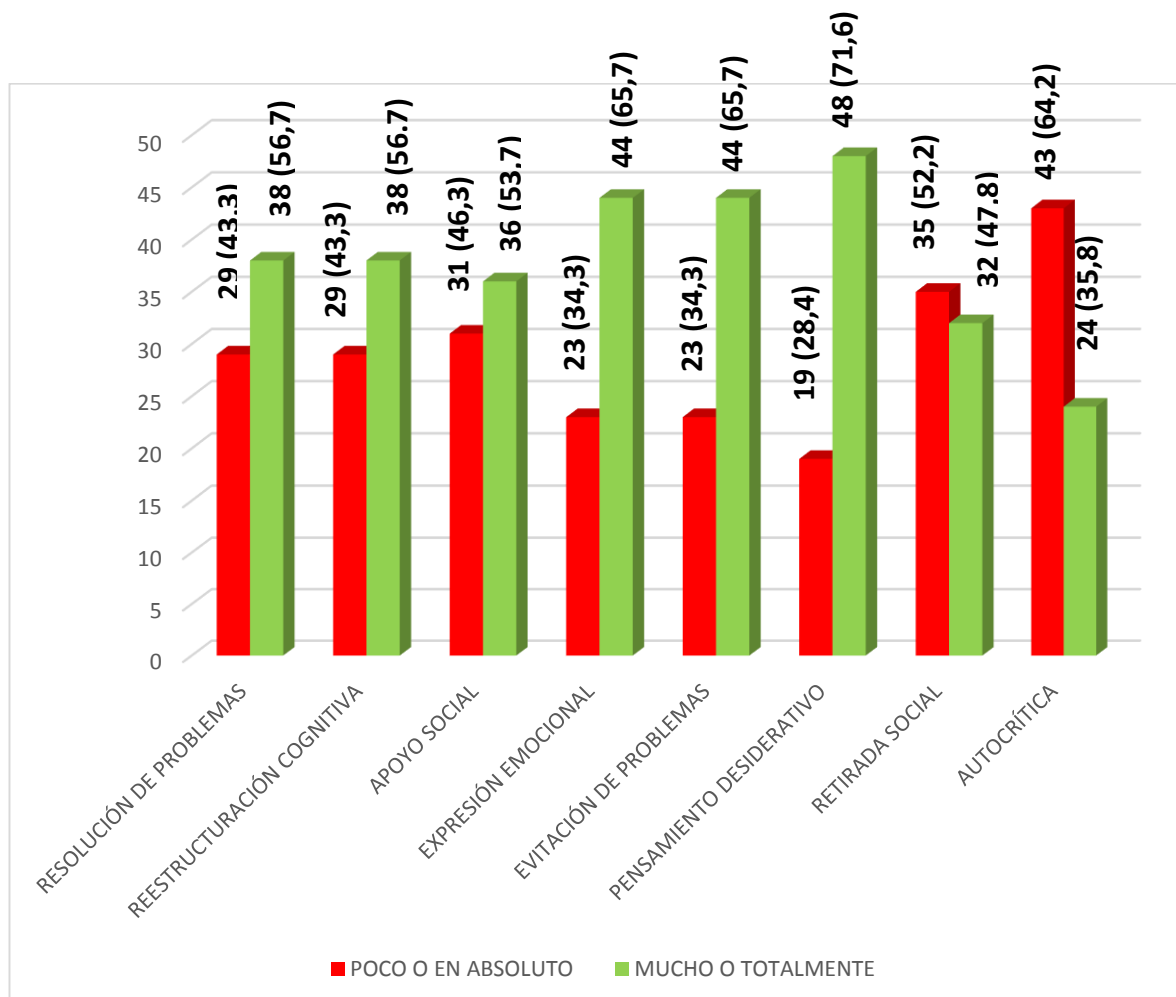
Gráfico N° 1: “Uso de estrategias de afrontamiento” en el familiar cuidador de pacientes con esquizofrenia del pabellón 20 mujeres del Hospital Víctor Larco Herrera - 2018.



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al uso de estrategias de afrontamiento (gráfico N° 1), 50 familiares cuidadores representan el 74,6% del total, quienes utilizan mucho o totalmente estrategias de afrontamiento y 17 familiares cuidadores que representan el 25,4% del total, utilizan poco o en absoluto estrategias de afrontamiento.

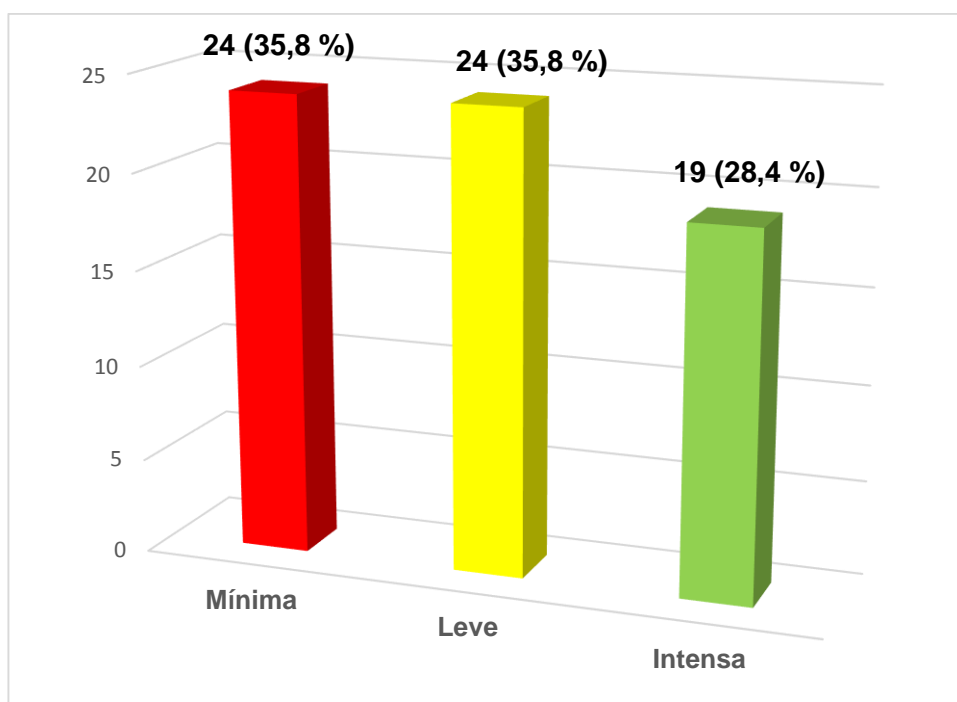
Gráfico N° 2: Frecuencias de las dimensiones de la variable “Uso de estrategias de afrontamiento” en el familiar cuidador de pacientes con esquizofrenia del pabellón 20 mujeres, del Hospital Víctor Larco Herrera



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al uso de estrategias de afrontamiento por dimensiones (gráfico N° 2), 19 participantes que representan el 28,4% del total, utilizan poco o en absoluto el pensamiento desiderativo; 48 participantes que representan el 71,6% del total, utilizan mucho o totalmente el pensamiento desiderativo; 43 participantes que representan el 64,2% del total, utilizan poco o en absoluto la estrategia de autocrítica; 24 participantes que representan el 35,8% del total, utilizan mucho o totalmente la estrategia de autocrítica.

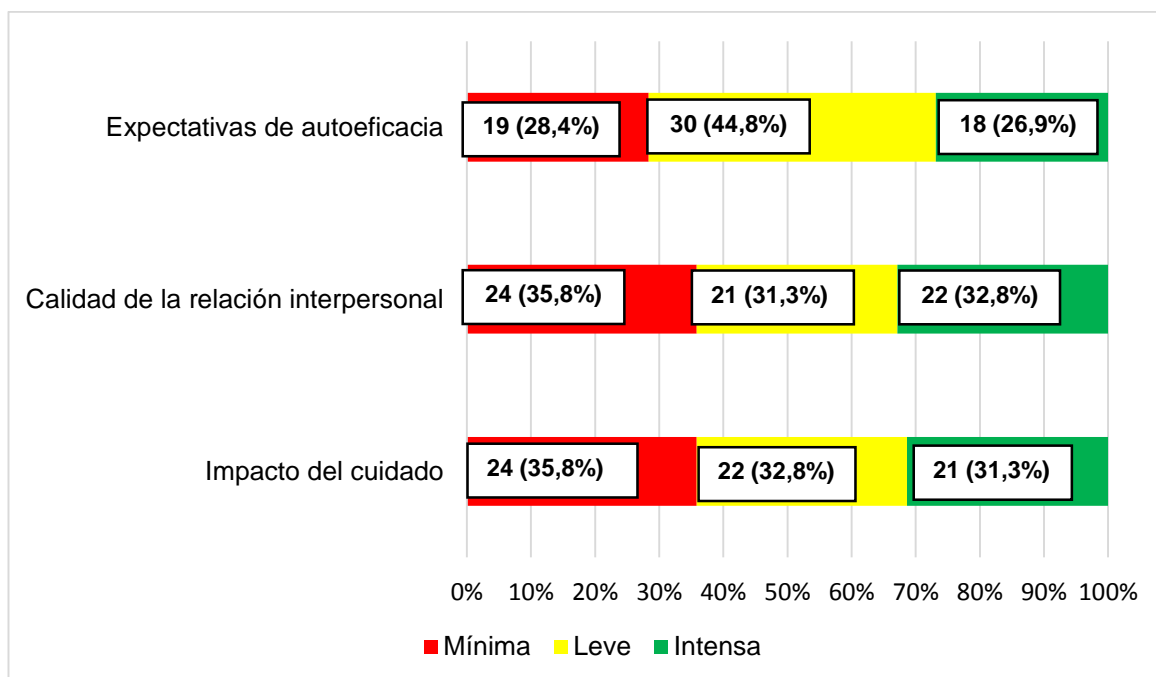
Gráfico N° 3: “Nivel de sobrecarga del familiar cuidador” de pacientes con esquizofrenia del pabellón 20 mujeres del Hospital Víctor Larco Herrera - 2018.



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al nivel de sobrecarga que presenta el familiar cuidador de pacientes con esquizofrenia (gráfico N° 3), en donde 24 participantes que representan el 35,8% del total presentan sobrecarga mínima y leve con el mismo porcentaje y 19 participantes que representan el 28,4% del total presentan sobrecarga Intensa.

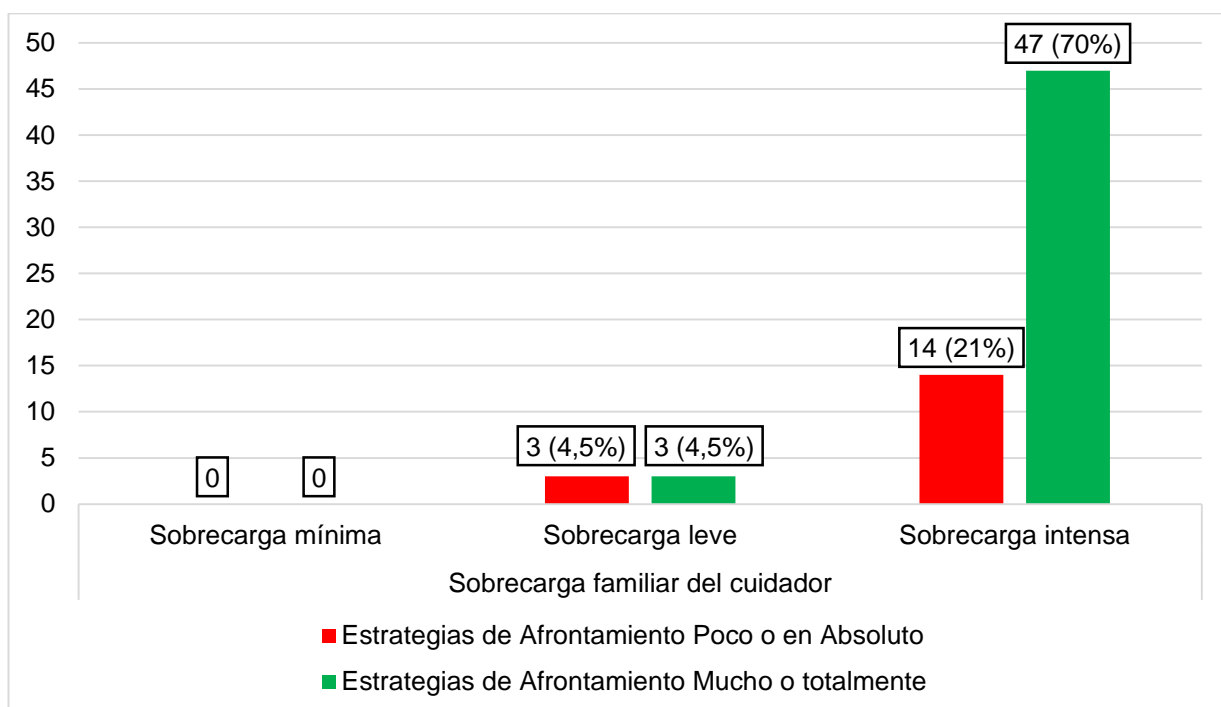
Gráfico N° 4: Dimensiones de la variable “Nivel de sobrecarga del familiar cuidador” de pacientes con esquizofrenia del pabellón 20 mujeres del Hospital Víctor Larco Herrera - 2018.



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al nivel de sobrecarga del familiar cuidador según sus dimensiones en los familiares de pacientes con esquizofrenia (gráfico N° 4), en donde 24 participantes que representan el 35,8% del total presentan sobrecarga mínima en las dimensiones impacto del cuidado y calidad de relación interpersonal; 21 participantes que representan el 31,3% del total presentan sobrecarga intensa en la dimensión impacto del cuidado; 22 participantes que representan el 32,8% del total presentan sobrecarga intensa en la dimensión de calidad de la relación interpersonal; 19 participantes que representan el 28,4% del total presentan sobrecarga mínima en la dimensión de expectativas de autoeficacia; 18 participantes que representan el 26,9% del total presentan sobrecarga intensa en la dimensión de expectativas de autoeficacia.

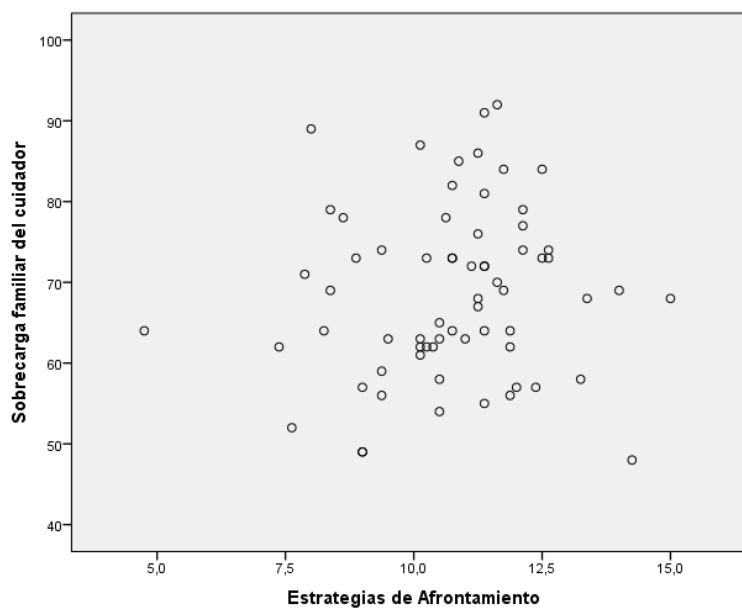
Gráfico N° 5: Frecuencias cruzadas de las variables “Uso de estrategias de afrontamiento” y “Nivel de sobrecarga del familiar cuidador” de pacientes con esquizofrenia del pabellón 20 mujeres del Hospital Víctor Larco Herrera - 2018.



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la relación del uso de estrategias de afrontamiento y el nivel de sobrecarga en el familiar cuidador de pacientes con esquizofrenia (Gráfico N° 5), en donde se puede apreciar que 47 participantes que representan el 70% del total presentan sobrecarga intensa y hace mayor uso de estrategias de afrontamiento; 3 participantes que representan el 4,5% del total presentan sobrecarga leve y hace un menor uso de estrategias de afrontamiento.

Gráfico N° 6: Diagrama de dispersión de las variables “Uso de estrategias de afrontamiento” y “Nivel de sobrecarga del familiar cuidador” de pacientes con esquizofrenia del pabellón 20 mujeres del Hospital Víctor Larco Herrera - 2018.



Fuente: Elaboración propia

En cuanto al diagrama de dispersión de las variables uso de estrategias de afrontamiento y el nivel de sobrecarga del cuidador (Gráfico N° 6), podemos observar que hay una correlación positiva leve entre ambas variables.

Tabla N° 2: Correlaciones entre las variables “Uso de estrategias de afrontamiento” y el “Nivel de sobrecarga del familiar cuidador” de pacientes con esquizofrenia del pabellón 20 mujeres del Hospital Víctor Larco Herrera - 2018.

		SOBRECARGA DEL FAMILIAR CUIDADOR
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	COEFICIENTE DE CORRELACIÓN	,146*
	SIG. (BILATERAL)	,039
	N	67

* La correlación es significativa al 0,05 (bilateral)

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N° 2, la relación entre las variables “Uso de estrategias de afrontamiento” y el “Nivel de sobrecarga del familiar cuidador” se determina utilizando la prueba no paramétrica de correlación bivariada de Spearman (Rho).

El grado de correlación obtenido expresado dentro del rango [0; 1] para relaciones directamente proporcionales y en el rango [-1; 0] para relaciones inversamente proporcionales, se interpreta bajo el siguiente criterio:

/Rho/ =	[0 ; 0,1>	Correlación irrelevante
/Rho/ =	[0,1; 0,3>	Correlación leve
/Rho/ =	[0,3; 0,5>	Correlación moderada
/Rho/ =	[0,5; 1>	Correlación fuerte

La prueba estadística de correlación bivariada de Spearman arroja un índice de correlación de **0,146 (p < 0,05)** lo que, según el criterio especificado anteriormente, las variables “Uso de estrategias de afrontamiento” y el “Nivel de sobrecarga del familiar cuidador” poseen una relación directamente proporcional leve con un margen de error de 0,05 (5 %), por lo que se desecha la hipótesis nula (H0), y se valida la hipótesis de trabajo (H1).

4.2. DISCUSIÓN

En este capítulo se hará un análisis e interpretación de los resultados obtenidos en la investigación, haciendo comparaciones con la literatura sobre la correlación entre las variables “Uso de Estrategias de Afrontamiento” y “Nivel de Sobrecarga del familiar cuidador”, a nivel nacional e internacional.

En este estudio se halló que, existe una relación directamente proporcional leve con un margen de error de 0,05 (5%). Se realizó mediante la prueba estadística de correlación de Spearman (Rho) que arroja un coeficiente de correlación de 0,146 ($p < 0,05$). (Que según el criterio de Rho se interpreta correlación leve de 0,1; 0,3) y un índice de significancia de 0,039.

Se puede observar que la sobrecarga tiene relación significativa con las estrategias de afrontamiento, en las que son usadas en el momento inmediato de que el familiar cuidador recibe una noticia de su paciente con esquizofrenia, que le impacta negativamente, el uso de estas estrategias permite la aceptación y adaptación como también el cuidado en la medicación.

El uso de las estrategias a largo plazo o el uso de estrategias por evitación, podría aumentar la sensación de sobrecarga, presentar sentimientos negativos y descargas emocionales, que llevaría a menores intentos por manejar el problema.

El estudio estuvo conformado por 67 participantes, familiar cuidador de las pacientes con esquizofrenia hospitalizadas en el pabellón 20 mujeres pertenecientes a hospitalización de agudos, del Hospital Víctor Larco Herrera, en Lima, que hacen uso de las estrategias de afrontamiento. El uso de las estrategias de afrontamiento en su valor de mucho o totalmente, representa 74.6% (50) al familiar cuidador y el poco o en absoluto uso, representa el 25.4% (17).

En cuanto a las dimensiones del uso estrategias de afrontamiento, el más utilizado es el pensamiento desiderativo representa el 71% (48), en el

segundo lugar se encuentra la estrategia a la expresión emocional 65.7% (44) al igual que la estrategia de evitación de problemas 65.7% (44), las que siguen son resolución de problemas con el 56% (38) al igual que reestructuración cognitiva. En comparación con el estudio realizado en España por Castaño y León en su estudio “Estrategias de Afrontamiento y Estilos de conducta Interpersonal” fue aplicado a 162 estudiantes universitarios, donde el uso de las estrategias de afrontamiento va a depender de la percepción por parte de la persona y de la situación que va a afrontar. La reestructuración cognitiva y la autocrítica son las estrategias frecuentemente utilizadas ante situaciones de estrés (25).

Mientras que en nuestro estudio la reestructuración cognitiva y la autocrítica son los menos usados.

No se ha encontrado estudios similares al nuestro, es decir el estudio de familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia, pero si cuidadores a personas con Alzheimer por Chacón y Valverde, en la ciudad de Trujillo sobre “Estrategias de Afrontamiento y Nivel de Sobrecarga en el Cuidador Informal de la Persona con Alzheimer” donde existe una relación significativa entre dichas estrategias, siendo su “p” valor de significancia de 0,037 ($p < 0,05$) (18).

Donde el familiar cuidador hace uso de diversas estrategias para tratar de reducir la sobrecarga y que influirá de forma positiva para su salud y prevenir las enfermedades, como también adaptarse al progresivo deterioro de su paciente.

En cuanto al nivel de sobrecarga que presenta en familiar cuidador es la sobrecarga mínima con un 35,8% (24) al igual de la sobrecarga leve y la sobrecarga intensa con un 28,4% (19). Se ha encontrado un estudio similar de Macedo y Pilco - 2015 con 36 cuidadores, donde el 38.9% (14) presentan una ausencia de sobrecarga, el 33.3% (12) que presentan el nivel leve y el 27,8% (10), presentan sobrecarga intensa (62).

Por lo que demuestran que el familiar cuidador o cuidadores utilizan estrategias de afrontamiento para no tener sobrecarga.

En nuestro país el familiar cuidador siente menor sobrecarga cuando su paciente está hospitalizado, mientras que en España y Chile siente mayor sobrecarga cuando su paciente está hospitalizado, tienen sus programas para afrontar cada caso.

En este estudio en cuanto a las características del familiar cuidador se encontró que el sexo femenino es de mayor prevalencia. Y es ahí que se encuentran las madres y hermanas. Estos pueden asociarse a algunos factores culturales como la crianza, las relaciones sociales y otros, que son consideradas para asumir cierto tipo de tareas. En el estado civil son convivientes que representa el 35,8% (24/67). El tiempo de cuidado que más sobresale es de 11 años a más de cuidado al paciente y la edad del familiar cuidador es de 30 a 59 años siendo similar al estudio de Alcaraz, Lastra y Tuberquia realizado en Santa Fe de Antioquia – Colombia en el año 2015, en su estudio titulado “Estrategias de afrontamiento en cuidadores familiares de individuos con dependencia de la Corporación Coloresa del Municipio de Santa Fe Antioquia” (13).

Se ha visto en todos los estudios de cuidado al paciente, en mayor porcentaje lo realiza la mujer y dentro de ellas la madre, hija y hermana.

Sólo difieren en la cantidad de muestra, como: Hidalgo Liliana en el año 2013 en Lima que realizó su estudio con 33 familiares de pacientes con esquizofrenia (17), Huanca Glenda y López Nelly en el año 2012 en Arequipa, realizó su estudio con 93 padres de hijos con síndrome de Down (19) y Toapanta Lenin en el año 2017 en Ecuador, realizó su estudio con 50 cuidadores de niños con discapacidad intelectual (15).

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Existe una relación directamente proporcional leve entre las variables “Uso de estrategias de afrontamiento” y “Nivel de sobrecarga del familiar cuidador” con un margen de error de 0,05 (5 %), realizada por la prueba estadística de correlación de Spearman que arroja un índice de correlación de 0,146 ($p < 0,05$) y un índice de significancia de 0,039.
- Con respecto al uso de las estrategias de afrontamiento en el familiar cuidador, hacen mucho o totalmente uso de las estrategias de afrontamiento y el otro grupo hace poco o en absoluto uso de las estrategias de afrontamiento.
- En sus dimensiones de las estrategias de afrontamiento que más utiliza el familiar cuidador de pacientes con esquizofrenia, es el pensamiento desiderativo, en el segundo lugar se encuentra la estrategia a la expresión emocional, al igual que la estrategia de evitación de problemas.
- El nivel de sobrecarga que presenta el familiar cuidador de pacientes con esquizofrenia, se observa que la sobrecarga mínima y leve son los que más sobresalen y la sobrecarga intensa es de menor representación.

- En cuanto a las dimensiones del nivel de sobrecarga que presenta el familiar cuidador de pacientes con esquizofrenia, las dimensiones impacto del cuidado y calidad de relación interpersonal presentan un mínimo de sobrecarga en la dimensión impacto del cuidado y en la dimensión de expectativas de autoeficacia presentan sobrecarga intensa.

5.2. RECOMENDACIONES

Según los resultados obtenidos del estudio se sugiere lo siguiente:

- Las instituciones de salud mental deben capacitar al familiar cuidador de forma progresiva, sobre la enfermedad de la esquizofrenia y tratamiento, ofrecerles los recursos sociales disponibles.
- Seguir realizando estudios de investigación sobre las estrategias de afrontamiento relacionados con otras variables como vínculo laboral, estrato económico y la sobrecarga del familiar cuidador.
- Es responsabilidad de todos tomar conciencia de que la situación que vive el familiar cuidador en la vida privada merece ser atendido con más profundidad e individualidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra - Suiza: OMS; 2013.
2. Organización Mundial de la Salud. Esquizofrenia Datos y cifras Síntomas Magnitud e impacto Servicios [Sede Web]. Ginebra-Suiza: OMS; 2018 [09 de Abril de 2018; 16 de Abril de 2018]. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/schizophrenia#.WtOU4n7g1VM>
3. Organización Mundial de la Salud. Trastornos Mentales [Sede Web]. Ginebra-Suiza: OMS; 2017 [Acceso 10 de marzo de 2018]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/#.WtOZPh20Hzu>
4. Rebolledo S, Lobato M. Como afrontar la esquizofrenia. España. Sociedad Española de Psiquiatría. Madrid-España: Aula Médica; 2010.
5. Ministerio de Salud-Salud Mental: Una tarea para el individuo, la familia y la sociedad [Sede Web]. Lima-Perú: Ministerio de Salud; 2016 [Acceso 22 de febrero de 2018]. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=22099>
6. El Comercio. El Ministerio de Salud informó que más de 280 mil peruanos sufren de esquizofrenia [Sede Web]. Lima-Perú: El Comercio; 2010 [Acceso 26 de febrero de 2018]. Available from: <http://archivo.elcomercio.pe/sociedad/lima/mas-280-mil-peruanos-padecen-esquizofrenia-segun-minsa-noticia-465137#comentarios>
7. Arias S, Saavedra F, Avilés I. El cuidado, una actividad de riesgo en tiempos de crisis: Una revisión de la investigación con cuidadoras españolas. Psicoperspectivas [Internet] 2017 [Acceso 22 de marzo de 2018]; 16(1): 42-54. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/1710/171050068005.pdf>

8. López MJ, Orueta R, Gómez S, Sánchez A, Carmona J, Alonso F. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia* [Internet] 2009 [Acceso 27 de febrero 2018]; 2(7): 332-334. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v2n7/original3.pdf>
9. Yonte F, Urién Z, Martín M, Montero R. Sobrecarga del cuidador principal. *Revista Enfermería CyL* [Internet] 2010 [Acceso 26 de febrero de 2018]; 2(1): 59-69. Available from: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/40/32>
10. Jaen D, Callisaya E, Quisbert H. Evaluación de la Sobrecarga de los Cuidadores Familiares de Pacientes con Esquizofrenia del Hospital de Psiquiatría Dr. José María Alvarado. *Revista Médica La Paz* [Internet] 2012 [Acceso 19 de febrero de 2018]; 18(2): 1-8. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582012000200004&script=sci_arttext
11. Eby L, Brown N. *Cuidados de enfermería en salud mental*. 2ª ed. Madrid: Pearson Educación, S.A; 2010. Pp. 115.
12. Sifuentes A, Sosa E, Jaimez T, Manzanillo Y. Rol educativo del profesional de enfermería hacia los familiares de pacientes esquizofrénicos. *Enfermería Global* [Internet] 2011 [Acceso 26 de febrero de 2018]; 24: 94-102. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n24/docencia1.pdf>
13. Alcaraz Ruiz Y, Lastra Quiroz A, Tuberquia Ramirez X. *Estrategias de Afrontamiento en cuidadores familiares de personas con dependencia de la Corporación Coloresa* [Tesis Licenciatura]. Colombia: Universidad de Antioquia; 2015.
14. Castaño E, León Del Barco B. Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *Revista Internacional de Psicología y Terapia* [Internet] 2010 [Acceso 12 de marzo de 2018]; 10(2): 245-257. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56017095004>.

15. Toapanta Avilés L. Estrategias de Afrontamiento y Sobrecarga en el Cuidador de Niños con Discapacidad Intelectual [Tesis licenciatura]. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato; 2017.
16. Aldana G, Guarino LR. Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Summa Psicológica UST [Internet] 2012 [Acceso 21 marzo de 2018]; 9: 5-14. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3974398>
17. Hidalgo Padilla L. Sobrecarga y Afrontamiento en familiares cuidadores de personas con Esquizofrenia [Tesis Licenciatura]. Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2013.
18. Chacón Rosado E, Valverde De la Cruz L. Estrategias de Afrontamiento y Nivel de Sobrecarga en el cuidador informal de la persona con Alzheimer Hospital Regional Docente de Trujillo [Tesis licenciatura]. Trujillo-Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2014.
19. Huanca Mendoza G, Lopez Pampa N. Nivel de Sobrecarga y Estrategias de Afrontamiento en padres de hijos con Síndrome de Down Institución de Educación Especial Unamonos-Arequipa [Tesis Licenciatura]. Perú: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2012.
20. Li M-L, Alipázaga P, Osada J, León F. Nivel de sobrecarga emocional en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia en un hospital público de Lambayeque-Perú. Revista de Neuro-Psiquiatria [Internet] 2015 [Acceso 02 de marzo de 2018]; 78(4): 232-239. Available from: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/view/2652/2532>
21. Navlet Salvatierra M. Ansiedad, estrés y estrategias de afrontamiento en el ámbito deportivo: un estudio centrado en la diferencia entre deportes [Tesis Doctoral]. Madrid: Universidad Complutense; 2012.

22. Londoño N, Pérez M, Murillo M. Validación de la Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento al Estrés en una Muestra Colombiana. Informes Psicológicos [Internet] 2009 [Acceso 22 de marzo de 2018]; 11(13): 13-29. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5229809.pdf>
23. Martín D, Jimenez P, Fernández E. Estudio sobre la Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento. Revista Electrónica de Motivación y Emoción (REME) [Revista en Internet] 1997 [Acceso 20 de febrero de 2018]; 3(4): 1-27. Available from: <http://reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto.html>
24. Acosta Navarro R. Nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento que utilizan los adultos mayores de la Asociación Los Auquis de Ollantay, Pamplona Alta, San Juan de Miraflores [Tesis Licenciatura]. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011.
25. Cano F, Rodríguez L, García J. Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. Acta Española Psiquiatría [Internet] 2007 [acceso 10 de febrero de 2018]; 35(1):29-39. Available from: <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/56854>
26. Ferré C, Rodero V, Cid D, Vivies C, Aparicio MR. Guía de cuidados de Enfermería: Cuidar al cuidador en atención primaria. Tarragona: Publidisa; 2011.
27. Barrio N. Reestructuración Cognitiva [Sede Web]. Granada-España: Revista digital INESEM; 2015 [Acceso 16 de marzo de 2018]. Available from: <https://revistadigital.inesem.es/educacion-sociedad/reestructuracion-cognitiva/>
28. Fernández A, Dufey M, Mourgues C. Expresión y reconocimiento de emociones: un punto de encuentro entre evolución, psicofisiología y neurociencias. Revista Chilena de Neuropsicología [Internet] 2007 [Acceso 20 de febrero de 2018]; 2: 8-20. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/1793/179317882002.pdf>

29. Fernández R, Manrique F. Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. *Enfermería Global* [Internet] 2010 [Acceso 02 de marzo de 2018]; 19: 15 - 24. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200016&lng=es&nrm=iso&tlng=es

30. Argentina T. EL "Pensamiento Desiderativo" [sede Web]. Argentina: Tn Argentina; 2017 [Acceso 16 de abril de 2018]. Available from: https://tn.com.ar/salud/actitud/cuando-solo-vemos-lo-que-queremos-ver-el-pensamiento-desiderativo_786115

31. De Rosa L, Valle A, Rutzstein G, Keegan EP. Perfeccionismo y Autocrítica: Consideraciones clínicas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* [Internet] 2012 [Acceso 03 de marzo de 2018]; 21(3): 209-215. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281929021003>

32. Muñoz A. Retirada social [Sede Web]. Andalucía-España: Cepvi.com; 2016 [Acceso 22 de marzo de 2018]. Available from: <http://www.cepvi.com/index.php/psicologia-infantil/psicopatologia/retirada-social?start=2>

33. Pérez D, Rodríguez A, Herrera D, García R, Echemendía B, Martha C. Caracterización de la sobrecarga y de los estilos de afrontamiento en el cuidador informal de pacientes dependientes. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología* [Internet] 2013 [acceso 02 de marzo de 2018]; 51(2): 174-183. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=223229324006>

34. Perea J, Sánchez L, Calzado M, Villanueva E. Apoyo social y Carga de la persona cuidadora en una Unidad de Salud Mental Infantil. *Index de Enfermería* [revista en Internet] 2009 [acceso 20 de febrero de 2018]; 18(3): 166-170. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

35. Crespo M, Rivas MT. La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clinica y Salud* [Internet] 2015 [Acceso 02 de marzo de 2018]; 1: 9-15. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-5274201500010000
36. Fernández P, Martínez S, Ortiz N, Carrasco, María Solabarrieta J, Gómez I. Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema* [revista en Internet] 2011 [acceso 20 de febrero de 2018]; 23(3): 388-393. Available from: <http://www.redalyc.org/html/727/72718925008/>
37. Alvarado R, Oyanedel X, Aliste F, Pereira C, Soto F. Carga de los Cuidadores De Personas Con Esquizofrenia: Un Desafío Pendiente para La Reforma de la Atención En Salud Mental * *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* [Internet] 2011 [acceso 22 de febrero 2018]; 2(XV): 6-17. Available from: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/download/7020/8086>
38. Ruiz N, Moya L. El cuidado informal: una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción* [Internet] 2012 [Acceso 10 de marzo de 2018]; 1: 22-30. Available from: <http://reme.uji.es/reme>
39. Barreto R, Campos M, Carrillo G, Coral R, Chaparro L, Durán M, et al. Entrevista Percepción de Carga del Cuidado de Zarit: pruebas psicométricas para Colombia. *Aquichan* [Internet] 2015 [Acceso 14 de marzo de 2018]; 15(3): 368-380. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v15n3/v15n3a05.pdf>
40. Grandón P, Saldivia S, Melipillán R, Pihan R, Albornoz E. Adaptación y validación de la Entrevista de Carga familiar Objetiva y Subjetiva (ECFOS) en población chilena. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* [Internet] 2011 [acceso 08 de febrero de 2018]; 49 (4): 320-330. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272011000400003&lng=en&nrm=iso&tlng=en

41. Cerquera A, Granados F, Buitrago A. Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psychologia: avances de la disciplina* [Internet] 2012 [Acceso 26 de febrero de 2018]; 6(1): 35-45. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225770002>
42. Flores E, Rivas E, Seguel F. Nivel de Sobrecarga en el Desempeño del Rol del Cuidador Familiar de Adulto Mayor con Dependencia Severa. *Ciencia y enfermería* [Internet] 2012 [Acceso 02 de marzo de 2018]; 18(1):29-41. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=en
43. Algora MJ. El cuidador del enfermo esquizofrénico: sobrecarga y estado de salud [Tesis doctoral]. España: Terragona; 2012.
44. Zárate R. La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index Enfermería* [Internet] 2004 [Acceso 02 de marzo de 2018]; 13(1): 44-45. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009
45. Roca M, Ubeda I, Fuentelsaz C, López R, Pont A, García L, et al. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Atencion primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria* [Internet] 2000 [Acceso 05 de marzo de 2018]; 26(4): 217-223. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78650-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78650-1)
46. Villarejo L, Zamora M, Casado G. Sobrecarga y dolor percibido en cuidadoras de ancianos dependientes. *Enfermería Global* [Internet] 2012 [Acceso 10 de marzo de 2012]; 27: 159-165. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n27/docencia4.pdf>
47. Pereira J, Magalhães T, De Andrade D. Cuestionario de relación interpersonal en el cuidado de enfermería: elaboración y validación [Internet] 2017 [Acceso 26 de marzo 2018]; 25: 1-10. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100415&lng=en&tlng=en

48. Rodríguez A. Las relaciones interpersonales: una llave para la calidad de vida. Escuela de familias y discapacidad [Internet] 2013 [Acceso 26 de febrero de 2018]; 2(2): 1-11. Available from: <https://discapacidad.fundacionmapfre.org/escueladefamilias/es/contenidos/vida-familiar/relaciones-interpersonales-grupales/relaciones-interpersonales/>
49. Garcia M. Comunicación y Relaciones interpersonales. Tendencias Pedagógicas [Internet] 1995 [acceso 26 de marzo 2018]; 2: 2-17. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2790951.pdf>
50. Santiago R, Domínguez B, Peláez V, Rincón S, Orea A. Sobrecarga y autoeficacia percibida en cuidadores primarios informales de pacientes con insuficiencia cardíaca. Revista Clínica de Medicina de Familia [Internet] 2016 [Acceso 10 de marzo de 2018]; 9(3): 152-158. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/1696/169649430004.pdf>
51. Olivari C, Urra E. Autoeficacia y Conductas de Salud. Ciencia y enfermería [Revista en Internet] 2007 [acceso 22 de febrero de 2018]; 13(1): 9-15. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v13n1/art02.pdf>
52. Rascón ML, Valencia M, Domínguez T, Alcántara H, Casanova L. Necesidades de los Familiares de pacientes con Esquizofrenia en situaciones de crisis. Salud Mental [Internet] 2014 [Acceso 02 de marzo de 2018]; 37(3): 239-246. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000300008
53. Rivas J, Ostiguín RM. Cuidador: ¿Concepto Operativo O Preludio Teórico?. Enfermería Universitaria [Internet] 2010 [Acceso 12 Marzo de 2018]; 8(1): 49-54. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n1/v8n1a7.pdf>

54. Alcalá D, De Carvalho A, Morgado A, Girade M da G, Frari S. Estrategias de enfrentamiento de familiares de pacientes con trastornos mentales. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet] 2016 [Acceso 12 de marzo de 2018]; 24: 1-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100411&lng=en&tlng=en

55. Corbalán M, Hernández O, Carré M, Paul G, Hernández B, Marzo C. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria. *Gerokomos* [Internet] 2013 [Acceso 02 de marzo de 2018]; 24(3): 120-123. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v24n3/comunicacion4.pdf>

56. Rogero J. Distribución en España del Cuidado Formal e Informal. *Rev Esp Salud Pública* [Internet] 2009 [Acceso 20 de Marzo de 2018]; 83: 393-405. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v83n3/original2.pdf>

57. Montero X, Jurado S, Valencia A, Méndez J, Mora I. Escala de Carga del Cuidador de Zarit: Evidencia de Validez en México. *Psicooncología* [Internet] 2014 [Acceso 18 de marzo de 2018]; 11(1): 71-85. Available from: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/44918/42834>

58. Abeleira G. Esquizofrenia. *Ct* [Internet] 2012 [Acceso 18 de marzo de 2018]; 4: 157-172. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4018442.pdf>

59. Salazar Á, Martínez C. Una revisión general sobre algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. *Avances en Enfermería* [Internet] 2008 [Acceso a internet 20 de abril de 2018]; 26(2): 107-115. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v26n2/v26n2a12.pdf>

60. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 53. 6ª ed. México: Mc Graw Hill; 2014.
61. Alpuche V, Ramos del Río B, Rojas M, Figueroa C. Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales [Internet] 2008 [Acceso a internet 20 de abril de 2018]; 18(2): 237-245. Available from: <http://redalyc.uaemex.mx/>
62. Macedo Pineda J, Pilco Alfaro S. Síndrome de sobrecarga del cuidador en cuidadores informales de pacientes del servicio de psicología y del servicio de psiquiatría del Hospital Nacional Carlos Alvert Seguin Escobedo, Arequipa - 2015 [Tesis licenciatura]. Arequipa-Perú: Universidad Peruana Unión; 2016.

ANEXOS

ANEXO A: ENCUESTAS

1. Introducción: Un saludo cordial para Ud. Estimado(a) señor(a):

Nuestros nombres son: Beatriz Cuya Calderón y Zoraida del Pilar Alegre Haro. Somos Bachilleres de Enfermería de la Universidad Norbert Wiener. Estamos realizando un trabajo de investigación con el objetivo de: Determinar la relación entre el uso de estrategias de afrontamiento y el nivel de sobrecarga del familiar cuidador de pacientes con esquizofrenia, con el propósito de mejorar la calidad de vida del paciente y familiar. Motivo por el cual se solicita su colaboración siendo importante para el logro del objetivo propuesto. Este cuestionario es anónimo y confidencial, por lo que le solicitamos conteste las siguientes preguntas con la mayor sinceridad posible.

2. Instrucciones parte 1: Lea las preguntas, complete los espacios en blanco y marque con una (X) la respuesta que prefiera. Sólo una respuesta por pregunta.

Datos Sociodemográficos del Familiar:

Edad:

- Joven: 18 – 29 años.
- Adulto: 30 – 59 años.
- Adulto Mayor: 60 años a más.

Sexo:

- Masculino
- Femenino

Grado de Instrucción:

- Primaria
- Secundaria
- Educación Superior

Parentesco con el paciente:

- Madre
- Padre
- Hijo (a)
- Cónyuge
- Hermano(a)

Estado Civil:

- Soltero
- Conviviente
- Casado
- Divorciado
- Viudo

Desde cuándo proporciona cuidados:

- 1- 5 años
- 6 a 10 años
- 11 años a más.

Instrucciones parte 2: A continuación, se presenta una lista de afirmaciones, las cuales reflejan cómo se sienten las personas que cuidan a otra persona. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia. Marque con una (X) la respuesta que Ud. prefiera.

ANEXO B
INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (CSI)

		Edad:	Sexo:	Fecha:				
N° DE ITEMS	ITEMS	En Absoluto	Un poco	Bastante	Mucho	Totalmente		
	Resolución de Problemas (REP)	0	1	2	3	4		
1	Luché para resolver el problema	0	1	2	3	4		
2	Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0	1	2	3	4		
3	Hice frente al problema	0	1	2	3	4		
4	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0	1	2	3	4		
5	Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0	1	2	3	4		
	Autocrítica (AUT)							
6	Me culpé a mí mismo	0	1	2	3	4		
7	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0	1	2	3	4		
8	Me critiqué por lo ocurrido	0	1	2	3	4		
9	Me recriminé por permitir que esto ocurriera	0	1	2	3	4		
10	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0	1	2	3	4		
	Expresión Emocional (EEM)							
11	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0	1	2	3	4		
12	Expresé mis emociones, lo que sentía	0	1	2	3	4		
13	Analiqué mis sentimientos y simplemente los dejé salir	0	1	2	3	4		
14	Dejé desahogar mis emociones	0	1	2	3	4		
15	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0	1	2	3	4		
	Pensamiento Desiderativo (PSD)							
16	Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0	1	2	3	4		
17	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0	1	2	3	4		
18	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0	1	2	3	4		
19	Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0	1	2	3	4		
20	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0	1	2	3	4		
	Apoyo Social (APS)							
21	Encontré a alguien que escuchó mi problema	0	1	2	3	4		
22	Hablé con una persona de confianza	0	1	2	3	4		
23	Dejé que mis amigos me echaran una mano	0	1	2	3	4		
24	Pasé algún tiempo con mis amigos	0	1	2	3	4		
25	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0	1	2	3	4		
	Reestructuración Cognitiva (REC)							
26	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0	1	2	3	4		
27	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0	1	2	3	4		
28	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0	1	2	3	4		
29	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0	1	2	3	4		
30	Me fijé en el lado bueno de las cosas	0	1	2	3	4		

Evitación de Problemas (EVP)						
31	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0	1	2	3	4
32	Traté de olvidar por completo el asunto	0	1	2	3	4
33	Quitó importancia a la situación y no quise preocuparme más	0	1	2	3	4
34	Me comporté como si nada hubiera pasado	0	1	2	3	4
35	Evité pensar o hacer nada	0	1	2	3	4
Retirada Social (RES)						
36	Pasé algún tiempo solo	0	1	2	3	4
37	Evité estar con gente	0	1	2	3	4
38	Oculté lo que pensaba y sentía	0	1	2	3	4
39	No dejé que nadie supiera como me sentía	0	1	2	3	4
40	Traté de ocultar mis sentimientos	0	1	2	3	4
	Me consideré capaz de afrontar la situación	0	1	2	3	4

FIN DE LA PRUEBA

ANEXO C
ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT (CAREGIVER BURDEN INTERVIEW)

1	2	3	4	5
Nunca	Rara Vez	Algunas veces	Bastantes Veces	Casi siempre

TEST DE ZARIT (CONTENIDO)

Nº ITEM	ASPECTOS A EVALUAR (ITEMS)	Alternativas				
		Nunca	Rara Vez	Algunas veces	Bastantes Veces	Casi Siempre
IMPACTO DEL CUIDADO						
1	¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	1	2	3	4	5
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Ud.?	1	2	3	4	5
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	1	2	3	4	5
4	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	1	2	3	4	5
5	¿Piensa que su familiar depende de Ud.?	1	2	3	4	5
6	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	1	2	3	4	5
7	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	1	2	3	4	5
8	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente debido a tener que cuidar de su familiar?	1	2	3	4	5
9	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	1	2	3	4	5
10	¿Piensa que su familiar le considera a Ud. la única persona que le puede cuidar?	1	2	3	4	5
11	¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	1	2	3	4	5
12	Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	1	2	3	4	5
RELACIÓN INTERPERSONAL						
13	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	1	2	3	4	5
14	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	1	2	3	4	5
15	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?	1	2	3	4	5
16	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	1	2	3	4	5
17	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familia a otra persona?	1	2	3	4	5
18	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	1	2	3	4	5
EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA						
19	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	1	2	3	4	5
20	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	1	2	3	4	5
21	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	1	2	3	4	5
22	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	1	2	3	4	5
TOTAL						

ANEXO D CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente trabajo de investigación que lleva como título “Uso de Estrategias de Afrontamiento y Nivel de Sobrecarga del Familiar Cuidador de pacientes con Esquizofrenia del Pabellón 20 Mujeres del Hospital Víctor Larco Herrera - 2018”, desarrollado por las egresadas de enfermería de la Universidad Privada Norbert Wiener de la Facultad de Ciencias de la Salud.

La participación para este estudio es completamente voluntaria y confidencial. La información que usted nos pueda brindar, será manejada confidencialmente, pues sólo los investigadores tendrán acceso a esta información. Por tanto, estará protegida. La aplicación de los instrumentos tiene una duración aproximada de 25 minutos y consiste en dos cuestionarios, cuyo objetivo es: Determinar la relación entre el uso de estrategias de afrontamiento y el nivel de sobrecarga del familiar cuidador del paciente con esquizofrenia del pabellón 20 mujeres del Hospital Víctor Larco Herrera. Esta información será analizada por los egresados de Enfermería de la Universidad Privada Norbert Wiener. Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre este trabajo de investigación, por favor comuníquese con Zoraida del Pilar Alegre Haro y Beatriz Maribel Cuya Calderón (beatrizcuya1610@gmail.com / 994818301)

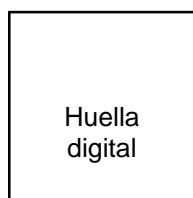
DECLARACIÓN:

Declaro mediante este documento que he sido informado plenamente sobre el trabajo de investigación, así mismo se me informó del objetivo del estudio y sus beneficios, se me ha descrito el procedimiento y me fueron aclaradas todas mis dudas, proporcionándome el tiempo suficiente para ello. En consecuencia, doy mi consentimiento para la participación en este estudio.

.....
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE

.....
DNI

.....
FIRMA



Lima.....de.....de 2018

Firma de los investigadores

.....
Zoraida del Pilar Alegre Haro
N° DNI:

.....
Beatriz Maribel Cuya Calderón
N° DNI:

ANEXO E

Tabla 1: Datos sociodemográficos del familiar cuidador de pacientes con esquizofrenia del pabellón 20 mujeres del Hospital Víctor Larco Herrera - 2018.

Información de los familiares cuidadores	Frecuencia (n)	Total
		Porcentaje (%)
Total	67	100
Edad del familiar cuidador		
Joven: 18 - 29 años	14	20,9
Adulto: 30 - 59 años	31	46,3
Adulto Mayor: > de 60 años	22	32,8
Sexo del familiar cuidador		
Masculino	20	29,9
Femenino	47	70,1
Grado de instrucción		
Primaria	9	13,4
Secundaria	36	53,7
Superior	22	32,8
Estado civil del cuidador		
Soltero	10	14,9
Casado	19	28,4
Conviviente	24	35,8
Viudo	6	9,0
Divorciado	8	11,9
Parentesco del familiar cuidador con el paciente		
Madre	21	31,3
Padre	6	9,0
Hijo(a)	11	16,4
Hermano(a)	21	31,3
Cónyuge	3	4,5
Abuelo(a)	5	7,5
Tiempo de cuidado de los pacientes		
1 - 5 años	9	13,4
6 - 10 años	26	38,8
11 años a más	32	47,8

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO F

Tabla N° 4: Correlación directamente proporcional de baja intensidad entre sobrecarga del familiar cuidador y las dimensiones de reestructuración cognitiva y pensamiento desiderativo correspondiente a las estrategias de afrontamiento de familiares de pacientes con esquizofrenia del pabellón 20 mujeres del Hospital Víctor Larco Herrera - 2018.

		Sobrecarga del familiar cuidador
Resolución de problemas	Coeficiente de correlación	,148
	Sig. (bilateral)	,232
	N	67
Reestructuración cognitiva	Coeficiente de correlación	,254*
	Sig. (bilateral)	,038
	N	67
Apoyo social	Coeficiente de correlación	,128
	Sig. (bilateral)	,301
	N	67
Expresión emocional	Coeficiente de correlación	-,007
	Sig. (bilateral)	,958
	N	67
Evitación de problemas	Coeficiente de correlación	-,007
	Sig. (bilateral)	,958
	N	67
Pensamiento desiderativo	Coeficiente de correlación	,267*
	Sig. (bilateral)	,029
	N	67
Retirada social	Coeficiente de correlación	-,119
	Sig. (bilateral)	,339
	N	67
Autocrítica	Coeficiente de correlación	,125
	Sig. (bilateral)	,312
	N	67

ANEXO G

Tabla N° 5: Correlación de las dimensiones de las variables “Uso de estrategias de afrontamiento” y “Nivel de sobrecarga” del familiar cuidador de pacientes con esquizofrenia del pabellón 20 mujeres Hospital Víctor Larco Herrera - 2018.

Dimensiones de las Estrategias de Afrontamiento		Sobrecarga del familiar cuidador	
		Sobrecarga leve	Sobrecarga intensa
Resolución de problemas	Poco o en absoluto	4 (66,7 %)	25 (41,0 %)
	Mucho o totalmente	2 (33,3 %)	36 (59,0 %)
Reestructuración cognitiva	Poco o en absoluto	5 (88,3 %)	24 (39,3 %)
	Mucho o totalmente	1 (16,7 %)	37 (60,7 %)
Apoyo social	Poco o en absoluto	4 (66,7 %)	27 (44,3 %)
	Mucho o totalmente	2 (33,3 %)	34 (55,7 %)
Expresión emocional	Poco o en absoluto	2 (33,3 %)	21 (34,4 %)
	Mucho o totalmente	4 (66,7 %)	40 (65,6 %)
Evitación de problemas	Poco o en absoluto	2 (33,3 %)	21 (34,4 %)
	Mucho o totalmente	4 (66,7 %)	40 (65,6 %)
Pensamiento desiderativo	Poco o en absoluto	4 (66,7 %)	15 (24,6 %)
	Mucho o totalmente	2 (33,3 %)	46 (75,4 %)
Retirada social	Poco o en absoluto	2 (33,3 %)	33 (54,1 %)
	Mucho o totalmente	4 (66,7 %)	28 (45,9 %)
Autocrítica	Poco o en absoluto	5 (83,3 %)	38 (62,3 %)
	Mucho o totalmente	1 (16,7 %)	23 (37,7 %)

ANEXO H

Gráfico N° 6: Relación entre las dimensiones de las estrategias de afrontamiento y el nivel de sobrecarga del familiar cuidador de pacientes con esquizofrenia del pabellón 20 mujeres del Hospital Víctor Larco Herrera - 2018.

