



Universidad
Norbert Wiener

Powered by Arizona State University

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

Trabajo Académico

Conocimiento sobre cuidado integral y actitud del cuidador del paciente
esquizofrénico, centro de salud mental comunitario, Ambo - 2024

Para optar el Título de

Especialista en Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría

Presentado por:

Autor: Dueñas Acuña, Anthony Raphael

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-8390-8398>

Asesor: Mg. Rojas Trujillo, Juan Esteban

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8886-8618>

Lima – Perú

2024

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01

Yo, Dueñas Acuña, Anthony Raphael, Egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académica de Enfermería, Segunda Especialidad de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría de la Universidad Privada Norbert Wiener; declaro que el trabajo académico titulado "Conocimiento sobre cuidado integral y actitud del cuidador del paciente esquizofrénico, centro de salud mental comunitario, Ambo - 2024", Asesorado por el Docente Mg. Rojas Trujillo, Juan Esteban, DNI N° 42114088, ORCID <https://orcid.org/0000-0002-8886-8618>, tiene un índice de similitud de 16 (Dieciseis) %, con código oid:14912:395995978, verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor(a)
 Dueñas Acuña, Anthony Raphael
 DNI N° 44533447



.....
 Firma del Asesor
 Mg. Rojas Trujillo, Juan Esteban
 DNI N° 42114088

Lima, 19 de Octubre de 2024

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01

Es obligatorio utilizar adecuadamente los filtros y exclusión del turnitin: excluir las citas, la bibliografía y las fuentes que tengan menos de 1% de palabras. En caso se utilice cualquier otro ajuste o filtros, debe ser debidamente justificado en el siguiente recuadro.

<p><u>En el reporte turnitin se ha excluido manualmente solo lo que compone a la estructura del trabajo académico de investigación para Segundas Especialidades en Enfermería, y que no implica a la originalidad del mismo, tales como índice, subíndice, carátula.</u></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
--

Dedicatoria

Dedico el presente trabajo académico a mi querida madre Mercedes Rosalina Acuña Salgado, cuya dedicación y amor han sido la base de mi vida y éxito profesional. Sin su apoyo, Amor incondicional y sus sabias palabras, el presente trabajo académico no habría sido posible. Gracias por guiarme siempre, por ser mi refugio y mi inspiración para lograr mis objetivos. También mi dedicación va para mi querida abuela Justina Salgado Gallardo en el cielo, quien a través de su ejemplo en vida supo sembrar en mí, el amor al prójimo y la humildad para poder ser un buen Enfermero. Deseo que estas páginas sean un tributo a ustedes por su amor y sacrificio, y espero hacerles sentir orgullosas con este logro.

Agradecimiento

Agradezco el presente trabajo académico primeramente a Dios por proveerme de sabiduría y las fuerzas que me ayudaron a llegar a esta etapa de mi formación como profesional.

Agradezco en 2do lugar a la Universidad Norbert Wiener, a la plana de docentes y asesores por brindarme la oportunidad de estudiar y formarme como Enfermero Especialista en Salud Mental y Psiquiatría, quienes, con sus conocimientos, sus experiencias, su paciencia, contribuyeron a mi formación.

Por último, agradezco también a mis Padres, a mis 2 hermanos, a toda mi familia, compañeros de trabajo, quienes contribuyeron con su apoyo incondicional, sus consejos, ánimos y compañía en el logro de los objetivos,

Para todos ustedes mi agradecimiento especial: Dios los bendiga.

Asesor: Mg. Rojas Trujillo, Juan Esteban

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8886-8618>

JURADO

Presidente : Dra. Valentin Santos, Efigenia Celeste

Secretario : Mg. Rodriguez Villanueva, Jose Luis

Vocal : Mg. Gambini Dueñas, Israel Sixto

ÍNDICE

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRAC

1.	EL PROBLEMA.....	9
1.1.	Planteamiento del problema.....	9
1.2.	Formulación del problema	12
1.2.1.	Problema general.....	12
1.2.2.	Problemas específicos.....	12
1.3.	Objetivos de la investigación.....	12
1.3.1.	Objetivo general.....	12
1.3.2.	Objetivos específicos.....	13
1.4.	Justificación de investigación.....	13
1.4.1.	Teórica.....	13
1.4.2.	Metodológica.....	14
1.4.3.	Práctica.....	14
1.5.	Delimitaciones de la investigación.....	14
1.5.1.	Temporal.....	14
1.5.2.	Espacial.....	14
1.5.3.	Población o unidad de análisis.....	14
2.	MARCO TEÓRICO	
2.1.	Antecedentes.....	15
2.2.	Bases teóricas.....	23
2.3.	Formulación de las hipótesis.....	45
2.3.1.	Hipótesis general.....	45
2.3.2.	Hipótesis específicas.....	46
3.	METODOLOGÍA	47
3.1.	Método de la investigación	47

3.2. Enfoque de la investigación	47
3.3. Tipo de investigación	47
3.4. Diseño de la investigación	47
3.5. Población, muestra y muestreo	47
Población.....	48
Muestra:.....	48
Muestreo:.....	48
3.6. Variable y operacionalización	50
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	51
3.7.1. Técnica	51
3.7.2. Descripción de instrumentos	51
3.7.3. Validación.....	51
3.7.4. Confiabilidad	52
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	53
3.9. Aspectos éticos	54
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	55
4.1. Cronograma de actividades.....	55
4.2. Presupuesto	56
REFERENCIAS	57
ANEXOS.....	65
Anexo 1: matriz de consistencia.....	65
Anexo 3. Instrumentos	67
Anexo 4 Informe de Originalidad.....	72
Anexo 2. Consentimiento informado.....	73

Resumen

Durante mucho tiempo se ha observado que el estudio de los trastornos mentales y problemas psicosociales actuales, como la esquizofrenia tiene efectos negativos tanto para el paciente como para los cuidadores, debido a prejuicios como la estigmatización, la falta de conocimientos y algunas malas actitudes que toman no solo los cuidadores sino también la población en general. por ello el principal objetivo del presente proyecto de investigación consiste en “Determinar la relación entre el conocimiento sobre cuidado integral y actitud del cuidador del paciente esquizofrénico, centro de salud mental comunitario. Ambo – 2024”. El proyecto se desarrollará a través de la metodología hipotético deductivo, utilizando un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental y un nivel descriptivo correlacional, con corte transversal. La población al igual que la muestra del estudio estará conformada por un total de 100 cuidadores, de usuarios con diagnóstico esquizofrenia. El Método e instrumento de recogida de datos para este proyecto será un cuestionario para medir las actitudes evaluado mediante una escala de Likert, y otro cuestionario para medir el nivel de los conocimientos. Para resolver los resultados, analizaremos los datos de la muestra y el diseño en Excel utilizando el programa SPSS 25.0. De este modo, se combinarán los datos y se elaborarán tablas y gráficos que podrán interpretarse y conducirán a las conclusiones y recomendaciones del caso.

Palabras claves: conocimiento, actitud, esquizofrenia, cuidado integral, cuidador.

Abstract

It has long been observed that the study of current mental disorders and psychosocial problems, such as schizophrenia, has negative effects on both the patient and the caregivers, due to prejudices such as stigmatization, lack of knowledge and some bad attitudes taken not only by caregivers but also by the general population. Therefore, the main objective of this research project is to "Determine the relationship between knowledge about comprehensive care and the attitude of the caregiver of the schizophrenic patient, community mental health center. Ambo - 2024". The project will be developed through the hypothetical deductive methodology, using a quantitative approach, with a non-experimental design and a descriptive correlational level, with a cross-sectional section. The population as well as the study sample will be made up of a total of 100 caregivers of users diagnosed with schizophrenia. The method and instrument for collecting data for this project will be a questionnaire to measure attitudes evaluated using a Likert scale, and another questionnaire to measure the level of knowledge. To resolve the results, we will analyze the sample data and the design in Excel using the SPSS 25.0 program. In this way, the data will be combined and tables and graphs will be created that can be interpreted and will lead to the conclusions and recommendations of the case.

Keywords: knowledge, attitude, schizophrenia, comprehensive care, caregiver.

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Hoy en día la esquizofrenia, como cualquier trastorno mental, dificulta el día a día del paciente, y afecta tanto a su vida individual, familiar, como social, ya que existe mucho la estigmatización que son un conjunto de actitudes, creencias y sentimientos negativos que crean prejuicios contra grupos minoritarios de personas que presentan algún tipo de rasgo diferenciador, tal es el caso, de la esquizofrenia trayendo como resultado discriminación, rechazo e incluso llegan a ser víctimas de violencia, este tipo de conductas negativas alcanzan también a los familiares cuidadores, que muchas veces adoptan una conducta negativa por la falta de conocimiento y como efecto de este rechazo general, los pacientes pueden empeorar en sus síntomas, no buscar o negar asistencia médica especializada o abandonar el tratamiento, aislándose totalmente de la sociedad. (1).

La organización Mental Health América define a la esquizofrenia como un trastorno mental que afecta a las personas en su forma de pensar, sentir y actuar, teniendo dificultad para distinguir entre lo que es real y lo que es imaginario; también afirman que estas personas pueden sentirse reprimidos o perturbados y que con frecuencia se ven entorpecidas sus capacidades cognitivas o de pensamiento, como la memoria, la atención y la resolución de problemas. (2).

En los datos estadísticos informados por la OMS, describen que el trastorno mental de la esquizofrenia, afecta a cerca de 24 millones aproximadamente a nivel mundial, para ser más específicos 1 por cada 300 personas están siendo afectados por este trastorno mental, que representan el 0,32 % padecen de esta enfermedad, y la padecen más personas adultas con una tasa de 0.45%, es decir 1 de cada 222 personas. Así mismo No es un trastorno mental muy común con una frecuencia de su aparición al final de la adolescencia o entre los 20 y 30 años de edad, manifestándose más en hombres que en mujeres (3).

La revista Translational Psychiatry en el 2019, refiere que, en Asia, un 13,8 % padecen de esquizofrenia, ocupando el octavo lugar, entre las principales causas de carga de morbilidad, contribuyendo al 5,0% (4,0-6,1%) del total de prevalencia de los trastornos mentales analizados en Asia (4).

Según los datos del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (Cibersam), a través de la revista de servicio de información sobre discapacidad informa que la esquizofrenia afecta aproximadamente al 1 % de la población adulta de Europa y Estados Unidos, lo que supone que 4,4 millones de pacientes fueron diagnosticados con esquizofrenia de los cuales 400.000 son españoles, siendo actualmente la tercera causa de discapacidad entre la población de 15 a 44 años de edad (5).

Actualmente, la revista “la razón” en España, revela que la esquizofrenia afecta al 50% de los pacientes hospitalizados en centros psiquiátricos. En España, unas 600.000 personas han sido diagnosticadas de esta patología o de enfermedades relacionadas, lo que supone entre el 0,8 y el 1,3% de la población total. Además, únicamente el 31,3% de las personas que padecen psicosis reciben atención de salud mental especializada. (6).

En América Latina, la revista SWI (Swissinfo.ch) informó en el 2022, que más de 6 millones de latinoamericanos padecen esquizofrenia y que por la falta de diagnóstico, deja sin tratamiento a cerca del 75 % de los pacientes, además el experto Médico Psiquiatra Ricardo Saracco informo en conferencia de prensa, que persiste el estigma a estos trastornos debido a una información errónea acerca del padecimiento y que además no se cuenta con muchos profesionales de la salud mental (7).

En el Perú el Ministerio de Salud señaló en el 2021 un registró 77 388 casos atendidos en los centros de salud de primer nivel de atención, hospitales generales e institutos especializados a nivel nacional, de los cuales 21 517 se atendieron en los Centros de Salud Mental Comunitario (CSMC) a nivel nacional; mientras que en el 2022 solo hasta el mes de mayo, los casos llegaron a los 34 660; de los cuales 9228 se registraron en los CSMC a nivel nacional (8).

Mientras tanto en la plataforma de seguimiento de los principales morbilidades y problemas psicosociales en salud mental atendidas por regiones a nivel nacional del Repositorio Único Nacional de Información en Salud, en lo que respecta a Esquizofrenia en la Región Huánuco hasta el 3 de abril del 2023 se registró un total de 522 personas con Esquizofrenia Paranoide, siendo 382 registrados en el nivel I-3 ,53 en el nivel II-2 ,47 en el nivel I-4 ,27 en el nivel II-1 y 13 en nivel I-2 (9).

En el Análisis de la situación de Salud 2022 del Centro de Salud Mental Comunitario de la provincia de Ambo, se registraron en sus atenciones a 69 personas con esquizofrenia en el 2022 y en lo que respecta hasta la fecha del presente año 2023 se han registrado 34 pacientes nuevos con esquizofrenia que vienen recibiendo tratamiento en el Centro de Salud Mental Comunitario (10).

En el Centro de Salud Mental Comunitario “Grover Mori Romero”, he observado en los cuidadores de personas con esquizofrenia presentan muchas dificultades, como por ejemplo un nivel de educación básico o en algunos casos personas iletradas ,desconociendo totalmente sobre la enfermedad y mostrando una actitud negativa frente a ella ,ocasionando un bajo soporte familiar, lo que conlleva a que la persona con esquizofrenia no reciba los cuidados necesarios para lograr una buena adherencia en el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico; es por ello

la mucha importancia de indagar en el presente estudio ,que tanto conocen los cuidadores sobre la enfermedad y que actitudes toman frente a la enfermedad.

1.2. Formulación del problema

1.1.1 Problema general

¿Cuál es la relación entre el conocimiento sobre cuidado integral y actitud del cuidador del paciente esquizofrénico, centro de salud mental comunitario Ambo – 2024?

1.1.2 Problemas específicos

¿Cuál es la relación entre el conocimiento sobre cuidado integral en su dimensión aspectos generales y la actitud del cuidador del paciente esquizofrénico, centro de salud mental comunitario Ambo - 2024?

¿Cuál es la relación entre el conocimiento sobre cuidado integral en su dimensión tratamiento farmacológico y la actitud del cuidador del paciente esquizofrénico, centro de salud mental comunitario Ambo- 2024?

¿Cuál es la relación entre el conocimiento sobre cuidado integral en su dimensión tratamiento psicosocial y la actitud del cuidador del paciente esquizofrénico, centro de salud mental comunitario Ambo - 2024?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre el conocimiento sobre cuidado integral y la actitud del cuidador del paciente esquizofrénico, centro de salud mental comunitario Ambo - 2024.

1.3.2 Objetivos específicos

Determinar la relación entre el conocimiento sobre cuidado integral en la dimensión aspectos generales y la actitud del cuidador del paciente esquizofrénico, centro de salud mental comunitario Ambo - 2024

Determinar la relación entre el conocimiento sobre cuidado integral en su dimensión tratamiento farmacológico y la actitud del cuidador del paciente esquizofrénico, centro de salud mental comunitario Ambo - 2024

Determinar la relación entre el conocimiento sobre cuidado integral en su dimensión tratamiento psicosocial y la actitud del cuidador del paciente esquizofrénico, centro de salud mental comunitario Ambo - 2024.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

Una comprensión más profunda de la esquizofrenia será el resultado del análisis teórico de este estudio, que se basa en las teorías de Sigmund Freud sobre el psicoanálisis y el complejo de Edipo y la esquizofrenia para presentar nuevas perspectivas sobre la relación entre las actitudes y los conocimientos del cuidador integral del paciente con esquizofrenia. Como resultado del enfoque comunitario de atención en salud mental que se está implementando en el Perú, los familiares de las personas diagnosticadas con esquizofrenia están participando activamente en las intervenciones, tal como lo demuestra la teoría de las relaciones humanas de Hildgard E. Peplau. Esto se debe a que la mayoría de estas personas dependen de cuidadores que pueden desconocer o tener dificultades para aceptar el diagnóstico de su familiar, lo que puede derivar en actitudes inadecuadas hacia la atención integral y en una falta de interés por los

efectos del padecimiento, los cuidados que se requieren o las medidas que deben tomarse para enfrentarlo.

1.4.2 Metodológica

Este estudio se centra en el cuidado integral de pacientes esquizofrénicos en un Centro de Salud Mental Comunitario en Ambo. La investigación busca evaluar el conocimiento y la actitud de los cuidadores, ya que ambos factores son fundamentales para el bienestar del paciente. Se justifica por la relevancia de un enfoque multidisciplinario, el impacto positivo de una actitud empática y el valor de la formación continua para los cuidadores. La metodología incluirá un diseño cuantitativo, con encuestas y entrevistas, permitiendo así desarrollar intervenciones más efectivas y adaptadas a las necesidades de la comunidad, el presente estudio proporcionará una técnica confiable, precisa y certificada para recopilar datos, medir y analizar las variables a tratar. Esto servirá como referencia para los investigadores

1.4.3 Práctica

El cuidado integral de pacientes esquizofrénicos en un Centro de Salud Mental Comunitario es esencial para abordar sus necesidades médicas y psicosociales. La actitud del cuidador influye directamente en la recuperación del paciente, siendo fundamental que estos estén bien capacitados en manejo y apoyo psicosocial. La formación continua mejora sus habilidades y fortalece redes de apoyo entre cuidadores y profesionales, facilitando un enfoque adaptado a la comunidad local. Además, la evaluación constante del conocimiento y actitud de los cuidadores permite ajustar estrategias y asegurar una atención de calidad, contribuyendo al bienestar y reintegración del paciente en la sociedad.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1 Temporal

Este proyecto de investigación se desarrollará a lo largo del presente año 2024.

1.5.2 Espacial

El presente proyecto de investigación se realizará en los espacios del Centro de Salud Mental Comunitario “Grover Mori Romero “de categoría I y de nivel 3, que pertenece al distrito de Ambo de la provincia de Ambo, departamento de Huánuco.

1.5.3 Recursos

El proyecto se realizará al 100% con recursos del autor.

E2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Martínez A, (11), en México en el año 2022, realizó su estudio con el objetivo de “Determinar la relación de Conocimientos y actitudes hacia los trastornos mentales como generadores de discriminación hacia las personas que los padecen”. La metodología utilizada fue cuantitativo, analítico, transversal con un modelo de regresión logística, donde la población fueron los estudiantes de tres universidades públicas y la muestra utilizada fue no probabilístico y por conveniencia. La Escala de Actitudes de los Médicos, la Escala de Comportamiento Informado e Intencionado y el Cuestionario de Conocimientos sobre Salud Mental fueron las herramientas utilizadas para recoger los datos. Los resultados del estudio determinaron que, de las 22 variables independientes, 10 fueron estadísticamente significativas. Con $X^2=282,512$, $p<0,001$, $-2LLL= 3162,302$, Cox & Snell $R^2=.107\%$, Nagelkerke's $R^2=.143 \%$, el modelo de regresión logística resultó estadísticamente significativo. Identificó con precisión el 63,8% de los casos y explicó el 14% de la varianza del comportamiento discriminatorio. El estudio concluye que mientras más conocimientos tengan los cuidadores sobre la enfermedad, menos actitudes negativas y comportamiento demuestran.

Blessing et al, (12), en Nigeria en el año 2020, realizaron su estudio con el objetivo de “Determinar la relación de conocimientos y actitudes de los cuidadores de personas con esquizofrenia hacia la enfermedad del Hospital regional psiquiátrico”, utilizando el método transversal. La población de estudio fueron Doscientos ochenta y un cuidadores. Como métodos de recogida de datos se emplearon una versión modificada de la encuesta sobre conocimientos y actitudes y un cuestionario semiestructurado. En los resultados obtenidos se hallaron que los participantes, poseen un conocimiento medio de 49,5%, conocimiento promedio con un 26,78 %

y conocimiento por debajo del promedio con un 23,80%. Así mismo dos tercios de los cuidadores estaban a favor de contar con un hogar para un grupo de 6 a 8 personas con esquizofrenia en su barrio (196: 69,8%) y la mayoría de los cuidadores tenían alta distancia social hacia personas con esquizofrenia (82,6%). Los cuidadores con más de doce años de educación formal ($p < 0,04$) y estaban desempleados ($P < 0,01$) tenían significativamente más probabilidades de tener mejores actitudes ante la esquizofrenia. El estudio concluye que la mayoría de los cuidadores en este estudio informaron actitudes negativas hacia las personas con esquizofrenia y los cuidadores que estaban desempleados y los cuidadores con más de 12 años al cuidado de un familiar con esquizofrenia poseen buena actitud.

Suryani et al, (13), en Indonesia en el año 2019, realizaron su estudio con el objetivo de “Determinar la relación de conocimiento, percepción y carga de la familia en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia que experimentan recaída”, utilizando el método cuantitativo descriptivo. Las muestras fueron seleccionadas mediante la técnica de muestreo consecutivo y se obtuvieron 100 encuestados. Los datos se recogieron mediante un cuestionario de conocimientos y percepciones familiares, y se utilizó la escala Zarit Burden Interview para medir la carga familiar. Los resultados mostraron que el 31% tenían buenos conocimientos, 42% tenían conocimientos suficientes y el 27% tenían conocimientos insuficientes. En cuanto a la percepción, el 66% tuvieron una percepción positiva y el 33% una percepción negativa. Además, el 42 % tenían niveles de carga de moderados a pesados, el 23 % tenían un nivel de carga muy pesado y el 3 % tenían niveles de carga muy pesados. El estudio concluye con base en los resultados, que es necesario aumentar la frecuencia de la educación en salud para las familias. Además, también es importante llevar a cabo un programa de intercambio entre familias para reducir la carga familiar.

Anab et al, (14), en Kenya en el año 2018, realizaron su estudio con el objetivo de “Determinar la relación de conocimiento y actitud del cuidador respecto al cuidado de Esquizofrenia en el Hospital Docente y de Referencia Mathari Kenia”, utilizando un método y diseño de estudio de investigación transversal con un método mixto. La población del estudio estaba formada por 333 encuestados, elegidos mediante la técnica de muestreo sistémico. Los instrumentos de recolección de datos utilizados fueron un cuestionario estructurado y una guía para informantes. Los hallazgos encontrados en el estudio indican que el 63% encuestados eran mujeres, así mismo que el 72 % de los encuestados desconocen sobre la afección que le diagnosticaron al paciente. El conocimiento sobre la esquizofrenia dependía significativamente de la edad del cuidador ($Pr = 0,001$) y el tiempo que el cuidador había cuidado al paciente y lo conocía ($Pr = 0,001$) (Pearson χ^2). Según las conclusiones del estudio, más de la mitad de los encuestados conocían los antecedentes médicos del paciente. Un cuidador puede tener una actitud positiva o negativa, además de tener más o menos información.

En 2018, Brain et al. (15) Realizaron un estudio en EE. UU. para “Determinar la relación de experiencias, actitudes y percepciones de cuidadores de personas en tratamiento esquizofrenia resistente”. Participaron 27 cuidadores en grupos de discusión en varias ciudades. Los hallazgos mostraron que dedicaban un promedio de 37 horas semanales a la atención, con 21 cuidadores disponibles las 24 horas. Informaron síntomas como alucinaciones auditivas (89%) y desconfianza (70%), considerando este último el más desafiante. Las conclusiones destacaron que los síntomas positivos persistentes causaban una carga significativa, afectando negativamente la salud física y emocional de los cuidadores.

En 2014, Shinde et al. (16) Realizaron un estudio en India para “Determinar la relación de conocimientos, actitudes y prácticas entre cuidadores de pacientes con esquizofrenia en Maharastra “,

A través de un cuestionario semiestructurado aplicado a 50 cuidadores, encontraron que solo el 36% se sentía cómodo hablando sobre la enfermedad, prefiriendo comunicarse con familiares (38%) en lugar de profesionales de la salud (22%). Las principales dificultades incluyeron problemas financieros (36%) y el incumplimiento de la medicación (23%). Los cuidadores destacaron la importancia del apoyo financiero y médico para la recuperación. El estudio concluyó recomendando programas educativos y psicoterapia para mejorar el apoyo a los cuidadores.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Aguirre C (17), en Lima en el año 2023, realizó su estudio con el objetivo de “Determinar la actitud de los familiares hacia el cuidado en el hogar de pacientes con esquizofrenia de consulta externa adultos en el Hospital Hermilio Valdizan”, donde utilizó una metodología de enfoque cuantitativo, descriptivo de corte transversal, con una población que estuvo conformada por 40 familiares cuidadores de pacientes esquizofrénicos; Utilizando la técnica de la encuesta y como instrumento el cuestionario Escala tipo Likert para la recolección de datos. En cuanto a los resultados se determinó que la mayoría de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia que prestan cuidados en el domicilio son mujeres (67%), parientes de la madre del paciente (37,5%) y con estudios secundarios completos. En referencia a la Actitud del Cuidador Familiar, los resultados indicaron que el 52% de ellos tenían una actitud positiva y el 48% una actitud negativa. Sus actitudes son las siguientes: 58% favorables y 42% desfavorables en la dimensión Cognitiva; 53% favorables y 47% desfavorables en la dimensión Afectiva; y 53% desfavorables y 47% favorables en la dimensión Conductual., El estudio constató que los familiares del Hospital Hermilio Valdizan tienen una opinión positiva respecto a la atención domiciliaria de pacientes ambulatorios adultos con esquizofrenia.

Tolentino S (18), en Lima en el año 2022, realizó su estudio con el objetivo de “determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud del cuidador respecto al cuidado integral del paciente Esquizofrénico, en el centro de salud mental Ally Waraq”. Donde se utilizó la metodología de investigación cuantitativa; descriptivo correlacional, de diseño no experimental, y transeccional. Noventa cuidadores encargados de proporcionar al paciente con esquizofrenia una atención integral constituyeron la población de este estudio. Se utilizaron dos cuestionarios, uno con 17 preguntas para medir el nivel de conocimientos y otro con 20 preguntas para medir la actitud mediante el uso de la metodología de encuesta. Los resultados indicaron que la mayoría de las personas tenían conocimientos altos (86,7%), conocimientos medios (9,9%) y conocimientos bajos (4,4%). El 75,6% de los encuestados tenían actitudes altas, el 22,2% moderadas y el 2,2% bajas. La relación entre la actitud y el nivel de conocimientos resultó moderadamente significativa ($r = 0,544$). Además, se encontró una asociación moderada con los componentes cognitivo ($r = 0,421$), afectivo ($r = 0,420$) y conductual ($r = 0,463$) de la actitud, concluyendo que las actitudes de los cuidadores y el grado de conocimiento sobre la prestación de una atención integral a los pacientes con esquizofrenia en la clínica comunitaria de salud mental de Ally Waraq están correlacionados positivamente desde el punto de vista estadístico.

Quilla S (19), en Lima en el año 2022, realizó su estudio con el objetivo de “determinar la relación entre la actitud del familiar con el cuidado del paciente con esquizofrenia del Hospital Honorio Delgado, Arequipa”. Este estudio utilizó un diseño no experimental, descriptivo, transversal, un tipo de estudio básico y un punto de vista cuantitativo. Treinta y dos familiares de pacientes con esquizofrenia que estaban inscritos en la clínica psiquiátrica ambulatoria constituyeron la población. La muestra fue no probabilística de conveniencia de tipo censal. Se

utilizó una escala de tipo Likert como instrumento y una encuesta como método de recogida de datos. Se utilizaron tablas de frecuencias y cifras estadísticas para presentar los datos después de examinarlos mediante estadísticas descriptivas y se utilizó el estadístico Rho de Spearman para determinar la relación entre las variables. El Hospital Honorio Delgado de Arequipa, 2022 brindó un nivel de atención moderadamente satisfactorio a un paciente diagnosticado con esquizofrenia, y el 59,4% de las familias tuvo una visión moderadamente agradable hacia el hospital. También se observó una correlación entre la actitud familiar y los aspectos de alimentación, comunicación, higiene personal, afecto y ocasiones especiales. Una actitud moderadamente favorable se asocia con una atención moderadamente favorable del paciente en el Hospital Honorio Delgado, Arequipa, 2022, según la conclusión del estudio, que se basa en la relación moderada entre la actitud del familiar y la atención del paciente en el hospital. Se encontró que esta relación es moderadamente significativa, con un valor p menor a 0,03.

Alva R (20), en Lima en el año 2022, realizó su estudio con el objetivo de “determinar la actitud de los familiares del paciente con esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario San Gabriel Alto”. Cuarenta y cinco familiares del paciente con esquizofrenia fueron incluidos en el estudio, que utilizó una metodología cuantitativa, descriptiva, transversal y no probabilística. La herramienta y el método de encuesta utilizados para recopilar los datos fueron un cuestionario tipo Likert., donde se tuvo como Según los resultados, el 27% de los familiares del paciente esquizofrénico tiene opiniones positivas, mientras que el 73% tiene sentimientos negativos. La información proporcionada por los familiares indica que el 64% de la población tiene una actitud desfavorable, el 73% tiene una actitud desfavorable hacia el componente emotivo y el 73% tiene una actitud desfavorable hacia el componente conductual. Según las

conclusiones del estudio, los familiares de los pacientes de esquizofrenia del Centro Comunitario de Salud Mental de San Gabriel Alto tenían una actitud negativa.

Mayta V (21), en Lima en el año 2016, realizó su estudio con el objetivo de “determinar los conocimientos sobre los cuidados generales que tienen los familiares de los pacientes con esquizofrenia en hospitalización II de Salud Mental - Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”. En este estudio se empleó el método descriptivo de investigación transversal, aplicado y cuantitativo. Sesenta familiares de pacientes esquizofrénicos constituyeron la población. El instrumento y método de recogida de datos fue un cuestionario administrado con consentimiento informado previo. En cuanto a los resultados se hayo que del 100% (60), 62% (37) conocen y 38% (23) no conocen; en cuanto a la dimensión generalidades sobre la enfermedad, 60% (36) conocen y 40% (24) no conocen, en la dimensión tratamiento 43% (26) conocen y 57% (34) no conocen. Los aspectos que conocen 63% (38) refieren que el mayor riesgo de un paciente con esquizofrenia sin tratamiento es suicidio y/u homicidio, 67% (40) que el problema para aprender y estudiar en el paciente está dado por el deterioro de la atención, memoria y funciones ejecutivas, mientras que 40% (24) no conocen que es una enfermedad que se produce por un desbalance bioquímico cerebral, 43% (26) que las alucinaciones se consideran como un trastorno en la percepción. El estudio reveló que la mayoría de la gente sabe que la recurrencia se produce cuando se abandona la terapia, que el origen de la esquizofrenia es desconocido y que los familiares deben acompañar al paciente durante el tratamiento. Sin embargo, muchas menos personas saben que la psicoterapia individual implica que el paciente asista a sesiones planificadas con regularidad para conocer su enfermedad y tomar conciencia de sus síntomas.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Conocimiento

El conocimiento se puede definir como el conjunto de información interrelacionada con una variedad de temas que provienen de la experiencia, la reflexión, las sensaciones y la reflexión sobre ellas, lo que nos permite interpretar el mundo y utilizar esta interpretación para responder a situaciones y estimulaciones (22).

Se puede decir que el conocimiento es la diferenciación de la realidad o sus aspectos. Además, no se trata de identificar sujetos u objetos, sino de capturar la realidad (23).

2.2.1.1. Nivel de conocimiento

Los métodos utilizados en la filosofía y la ciencia constituyen la base de los niveles de conocimiento. Se distinguen por la profundidad y la abstracción alcanzadas en la interacción sujeto/objeto. Hablamos de momentos de abstracción del conocimiento porque la filosofía es una disciplina totalizadora que ayuda al análisis, la síntesis y la conceptualización teórica del conocimiento científico, mientras que la metodología es una ciencia instrumental que nos permite leer la realidad (24).

El conocimiento en la ciencia se refiere a la verdadera representación de la realidad, que es conceptual y utiliza signos, símbolos, esquemas y convenciones para describir entidades, relaciones y propiedades entre otras.

- **tipos de conocimientos**

El Centro Europeo de Posgrado (CEUPE) concluye que, dado que el conocimiento depende siempre de puntos de vista filosóficos y teóricos, resulta difícil definirlo con precisión o designar sus límites. En consecuencia, el conocimiento existe en todos los campos del estudio humano e incluso en todos los aspectos de su propia existencia. El conocimiento es el proceso mediante el cual la realidad se refleja y reproduce en la cognición humana. Es el resultado de numerosos encuentros, ideas y educación (25).

En el modo de conocer se puede diferenciar el Centro Europeo de Posgrado CEUPE define los siguientes tipos de conocimientos:

- ✓ **Conocimiento Científico.** Es el resultado de la investigación científica refiriéndose que este tipo de conocimiento se desarrolla a través de una serie de etapas y posee ciertas cualidades y rasgos que son inherentes a otros tipos de conocimiento. Los pasos del método científico son los siguientes: observación, inducción, hipótesis, experimentación, análisis y conclusión.
- ✓ **Conocimiento Teológico.** Está relacionado con la fe y las religiones; a veces se denomina conocimiento aliviado o conocimiento religioso. Sus partidarios lo consideran una fuente de verdad inmutable. También tiene que ver con las creencias individuales de las personas, la mayoría de las cuales son religiosas.
- ✓ **Conocimiento Empírico.** Este tipo de conocimiento se basa principalmente en la experiencia: solo se puede adquirir mediante el contacto y la participación activa en el mundo. Construye un marco de reglas básicas que ayudan a comprender mejor cómo funciona, y el conocimiento ligado a percepciones como la espacial y abstracta es un ejemplo de conocimiento empírico.
- ✓ **Conocimiento Matemático.** Una de las formas más originales del conocimiento humano es el uso de números y operaciones matemáticas tanto para explicar el universo como para llevar

registros comerciales o administrativos; esto hace del lenguaje matemático una herramienta fundamental de las ciencias y del desarrollo tecnológico.

- ✓ **Conocimiento Filosófico.** La variedad de conclusiones a las que se puede llegar mediante el uso de los métodos reflexivo, analítico y deductivo propugnados por la filosofía se denomina conocimiento filosófico.
- ✓ **Conocimiento Intuitivo.** Las reacciones a estímulos, sentimientos, sensaciones, necesidades, pensamientos y otros factores generan y producen el conocimiento intuitivo. Es decir, se trata de un conocimiento basado en las sensaciones y la intuición, alejado de la razón.
- ✓ **Conocimiento Práctico.** El conocimiento práctico se obtiene mediante la realización de acciones que ayudan a modelar un comportamiento; en otras palabras, depende completamente de la realización de ejercicios técnicos. El conocimiento político y ético son ejemplos de este tipo de conocimiento.
- ✓ **Conocimiento Directo.** Es el conocimiento adquirido a través de la experiencia directa, ya sea mediante tribulaciones, investigaciones o pruebas. Abarca tanto el conocimiento científico como el empírico.
- ✓ **Conocimiento Indirecto.** Es el conocimiento adquirido de otras personas, de libros o publicaciones, del sistema educativo, de medios audiovisuales o digitales y de publicaciones periódicas. La mayor parte de lo que entendemos es indirecto, y esto es crucial tenerlo en cuenta.
- ✓ **Conocimiento Privado.** Las experiencias personales y propias son la fuente del conocimiento privado. Estas experiencias son privadas, por lo que es difícil acceder a ellas.

ESQUIZOFRENIA

En su artículo sobre la esquizofrenia, Abeleira G., de la Universidad de Salamanca, nos informa de que se atribuye a Morel el origen del término «dementia praecox», que describe un

trastorno cuyos síntomas se asocian a un declive de la vida social durante la adolescencia junto con cambios en la realidad. Sin embargo, Bleuler no acuñó el nombre de «esquizofrenia» hasta 1911. Este término surgió porque el término de demencia precoz descrita anteriormente por Kraepelin en 1896 era algo impreciso; Bleuler refiere que el deterioro no siempre ocurre, ya que puede tratarse con un tratamiento oportuno. Cabe señalar que incluso el propio Kraepelin adoptó esta última crítica. Posteriormente, muchos otros autores continuaron estudiando esta enfermedad, sus causas, síntomas y clasificación (26).

La enfermedad conocida como esquizofrenia se caracteriza por la separación de la mente en dos secciones: una parte vinculada a la realidad y otra que interactúa esencialmente con el mundo imaginario. La palabra esquizofrenia deriva de dos palabras griegas: schizo, que significa «dividir», y phrenos, que significa «mente». Frente a ello la OMS considera la distorsión del pensamiento, el lenguaje expresivo, el comportamiento y las emociones frente a su entorno, las alucinaciones auditivas, visuales entre otras como las características principales de la enfermedad, por ello la esquizofrenia se considera un trastorno discapacitante que tiene un impacto en su entorno, incluyendo la educación y las actividades diarias (27).

La esquizofrenia con el código F20 en el CIE 10, es un trastorno caracterizado por una distorsión de la percepción, el pensamiento y las emociones (embotamiento o falta de adecuación) mientras se mantiene la claridad de conciencia e inteligencia. (28).

• Etiología

Varios factores de riesgo contribuyen a la esquizofrenia, pero la mayoría de los casos están asociados a la susceptibilidad genética, así como a factores de riesgo ambientales, algunos de los cuales empiezan a manifestarse en la infancia y alteran los procesos de

neurodegeneración. El sexo, las dificultades sociales y los elementos socioculturales, como el nacimiento urbano y la situación perinatal, son factores de riesgo adicionales. Las variables extrínsecas, como la adicción a sustancias, las infecciones víricas y los factores estresantes del desarrollo, o los procesos endógenos del sistema nervioso central (SNC), como la disminución de la conexión y el aumento de la disfunción neuronal, constituyen otra categoría de factores. Actualmente no existen pruebas de laboratorio que puedan confirmar el diagnóstico de esquizofrenia, a pesar de las pruebas que relacionan el trastorno con disfunciones cerebrales y sugieren que se trata de una enfermedad cerebral (29).

- **Historia Natural y Curso de la Esquizofrenia**

Los puntos de partida típicos de la esquizofrenia son la edad adulta temprana o la adolescencia (e incluso la infancia). Los efectos son comparables en ambos sexos. La tercera década temprana es la edad más común de inicio para los hombres, y la tercera década tardía y la cuarta temprana son las más comunes para las mujeres. La mayoría de los pacientes experimentan intervalos sostenidos de remisión total o parcial intercalados con episodios psicóticos graves. Entre los brotes, son típicos los síntomas persistentes. En esta enfermedad, que suele ser de naturaleza crónica, pueden coexistir tres fases: la fase aguda, la fase de estabilización y la fase estable.

Primer episodio. La mayoría de los sujetos experimentan una fase prodrómica, que se caracteriza por el desarrollo lento y gradual de diversos signos y síntomas (retramiento social, pérdida de interés por el trabajo o la escuela, deterioro de la higiene y el autocuidado, ira e irritabilidad), tras la cual puede aparecer un síntoma característico de la fase activa que define el trastorno como esquizofrenia. El primer episodio puede comenzar de forma repentina o sutil.

También puede haber una fase prodrómica que preceda a una recaída. Esta fase puede durar unos días, unas semanas o incluso varios meses.

- ✓ **Fase aguda.** En este punto, los individuos pueden mostrar un pensamiento muy desordenado junto con síntomas psicóticos graves como delirios y/o alucinaciones. Además, con frecuencia carecen de la capacidad para ofrecer una atención médica de calidad. Los signos negativos suelen empeorar.
- ✓ **Fase de estabilización.** La gravedad de los síntomas psicóticos agudos disminuye en este momento. Tras el inicio de un episodio agudo, el periodo puede prolongarse hasta seis meses.
- ✓ **Fase estable.** Si los síntomas están presentes, suelen ser más leves que durante la fase aguda y son relativamente estables. Mientras que algunos pacientes pueden aparecer sin ningún síntoma, otros pueden presentar síntomas no psicóticos como tensión, preocupación, desesperación o insomnio.

Una fase prodrómica -que puede implicar síntomas disfóricos no psicóticos, síntomas positivos atenuados o comportamientos excéntricos- suele producirse antes de que un paciente en fase estable experimente una recaída. Esta fase prodrómica suele durar de unos días a unas semanas, pero en ocasiones se prolonga hasta unos meses.

La mayoría de las investigaciones a largo plazo sobre la esquizofrenia muestran que la trayectoria de la enfermedad varía: algunos individuos no experimentan nuevos episodios, la mayoría experimenta reagudizaciones y remisiones, y un pequeño porcentaje de personas experimenta psicosis graves que se prolongan durante un largo periodo de tiempo. La remisión completa, es decir, la vuelta al funcionamiento previo al trastorno, es poco frecuente en esta enfermedad (30).

• Tipos

Se debe de tener cuidado al clasificar la esquizofrenia porque, aunque los cinco tipos de trastorno son claramente distintos, a menudo se presentan síntomas mixtos en el mismo trastorno y se recomienda seguir las características individualmente de cada persona con esquizofrenia para realizar un diagnóstico (31).

- **Esquizofrenia Paranoide:** El tipo de esquizofrenia más frecuente y concurrente es éste, que se caracteriza porque el paciente experimenta alucinaciones auditivas y delirios.
- **Esquizofrenia Catatónica:** Externamente, este tipo de esquizofrenia se caracteriza por la falta de movimiento y expresión. En casos más graves, pueden permanecer inmóviles (catatonía) o realizar movimientos repetitivos (comportamiento automático) que les puede durar días o semanas, para ser más específicos el paciente tiene un desorden de pensamientos "desconectado" del mundo exterior.
- **Esquizofrenia Hebefrénica o Desorganizada:** Este tipo es cuando el paciente El presenta un comportamiento desinhibido e incompatible con la situación, puede reírse de las malas noticias, hablar fuera de tiempo y llorar sin motivo aparente. El lenguaje es incoherente y desorganizado difícil de entender. Suele desarrollarse tempranamente y tiene mal pronóstico.
- **Esquizofrenia Indiferenciada:** Este tipo de esquizofrenia no tienen se caracterizan por que pueden aparecer cualquier d ellos síntomas de los otros tipos de esquizofrenia, es decir no tienen un síntoma característico propio.
- **Esquizofrenia Residual:** Como su nombre indica, este tipo de esquizofrenia se caracteriza por síntomas que persisten incluso después de interrumpir la terapia, o pueden ser síntomas de un episodio anterior de esquizofrenia. La mayoría de los síntomas son negativos y difíciles de manejar.

- **Manifestaciones Clínicas**

Dentro de las características conductuales, afectivas y cognitivas de la esquizofrenia pueden dividirse en dos grupos de síntomas, los síntomas positivos y los síntomas negativos (32).

- **Síntomas Positivos**

➤ **Ideas delirantes:** Las creencias erróneas, conocidas como ideas delirantes, se mantienen ante datos evidentemente contradictorios y suelen ser atípicas, es decir, manifiestamente irracionales y sin relación con las experiencias del mundo real. Existen varios tipos de ilusiones:

- Ideas o nociones delirantes, en las que el paciente siente como si alguien le vigilara, siguiera, torturara o engañara.
- Ideas o nociones delirantes de referencia definida por la percepción de los pacientes de que determinadas citas de libros, periódicos, música u otras señales del entorno pretenden menospreciarlos o perjudicarlos.
- Ideas o nociones delirantes de robo o de inclusión de pensamientos: es la creencia de que alguien que padece esquizofrenia puede leer la mente, o que los pensamientos son impuestos o transmitidos por fuerzas externas.

- **Alucinaciones:** Las percepciones de los sentidos que no comparten los demás se denominan alucinaciones. Pueden ser táctiles, gustativas, olfativas, visuales o auditivas; las personas con esquizofrenia son más propensas a las auditivas. Los pacientes pueden oír voces que critican sus acciones, conversan entre ellos o hacen afirmaciones hirientes o despectivas sobre los demás o sobre sí mismos.

- **Síntomas negativos**

Los síntomas negativos se traducen con frecuencia en una disminución de la motivación y un debilitamiento del sentido de propósito en los objetivos y las actividades cotidianas.

- **Afecto aplanado:** donde son visibles el rostro inexpresivo del paciente, la falta de contacto visual y la falta de expresividad.
- **Pobreza del habla:** donde el paciente parece estar vacío por dentro y habla poco y responde a las preguntas de forma distante o sosa.
- **Anhedonia:** cuando muestran una disminución del interés por las actividades rutinarias y un aumento de las imprevistas.
- **Falta de sociabilidad:** El paciente suele alejarse de sus familiares, ya que no desea mantener interacciones con otras personas.

• TRATAMIENTO

✓ **Medicación Antipsicótica**

Los antipsicóticos son actualmente el mejor tratamiento para la esquizofrenia, aunque ni curan la enfermedad ni garantizan que no vuelvan a producirse episodios psicóticos. Los antipsicóticos mejoran significativamente a la mayoría de los pacientes con esquizofrenia. Sin embargo, los medicamentos no funcionan para todos, y hay excepciones.

Durante los años 90, se han introducido nuevos tipos de antipsicóticos conocidos como "antipsicóticos atípicos". Se ha demostrado que la clozapina tiene más éxito que los demás antipsicóticos; no obstante, puede provocar efectos secundarios importantes, el más común de los cuales es la agranulocitosis, que requiere análisis de sangre cada una o dos semanas para comprobar el recuento de glóbulos blancos del paciente. En comparación con los antipsicóticos más antiguos, los nuevos antipsicóticos que contienen risperidona, olanzapina, ziprasidona y

aripiprazol son más seguros. Las personas catatónicas o que no pueden tomar antipsicóticos también se tratan con terapia electroconvulsiva.

La terapia de grupo o familiar suele ser muy útil. Las terapias psicosociales ayudan a los pacientes a afrontar el estrés o a adaptarse a las limitaciones de su enfermedad (33).

Teoría del Psicoanálisis y Esquizofrenia por Sigmund Freud

Aunque la idea de la esquizofrenia existe desde hace tiempo, no es hasta 1911, bajo el impacto del psicoanálisis; cuando surgen tres textos que intentan organizar el conjunto de investigaciones sobre el trastorno. Estos textos establecen conceptos que van más allá de lo descriptivo y abordan la cuestión de la estructura psicótica. Desde entonces, han surgido escritos como los de S. Freud. En su investigación de 1911 “El caso Schreber”, expresa su renuncia a la idea de un plan de tratamiento para la psicosis, pero deja abierta la posibilidad de que esta renuncia sea sólo temporal hasta que se descubra una solución mejor (34).

Desde una perspectiva psicoanalítica se pueden encontrar descripciones claras de las manifestaciones clínicas de la esquizofrenia. Estas incluyen, entre una serie de rasgos, la incoherencia del pensamiento, la acción y la afectividad (denotada por los términos tradicionales discordancia, disociación y desintegración). Esta teoría postula además que la enfermedad es crónica, que evoluciona a ritmos muy diferentes hacia el deterioro cognitivo y afectivo, culminando frecuentemente en estados demenciales, y que el alejamiento de la realidad se acompaña de un repliegue sobre sí mismo y del predominio de una vida interior dedicada a la producción de fantasías, una forma más o menos acentuada de actividad delirante, siempre mal sintetizada.

Complejo de Edipo y su relación con la psicosis

El complejo de Edipo fue identificado por Freud como una coyuntura crítica tanto en el desarrollo normal como en la aparición de enfermedades neuróticas. Según su descripción, un niño experimenta emociones fuertes como celos, rivalidad y exclusión entre los tres y los cinco años. El pequeño también se enfrenta en esta época a deseos tanto amorosos como antagónicos hacia sus padres. Según el padre del psicoanálisis, se trata de una etapa crítica del desarrollo, ya que la forma en que el niño afronta y supera estos conflictos conforma su personalidad, su carácter y/o su enfermedad (35).

LA FAMILIA

La palabra tiene su origen en el latín *familiam*, que se refiere a un grupo de individuos, en particular padres, hijos y parientes, que son de la misma sangre, ascendencia y hogar.

Según la Organización Panamericana de la Salud, el comportamiento y las decisiones en materia de salud se forman inicialmente en el hogar, que es también el ámbito donde surgen la cultura, los valores y las normas sociales. El grupo social más fácil de alcanzar para las intervenciones terapéuticas, promocionales y preventivas es la familia. La evolución demográfica ha provocado cambios en los modelos de relación familiar. Junto con la pobreza generalizada y el aumento de los comportamientos de riesgo, esta evolución ha supuesto una gran presión para la familia. No se dispone de suficiente información sobre los efectos de los cambios en las pautas familiares, demográficas y de enfermedad (36).

- **La Familia y la Enfermedad**

Todos los miembros de la familia se ven afectados por la enfermedad de un familiar. Tanto el paciente como los familiares pueden estar preocupados por el tiempo que el enfermo no podrá trabajar y por el tiempo que estará incapacitado si es el principal proveedor de la familia. Es comprensible que les preocupe perder su capacidad de mantener económicamente a la familia.

La capacidad de una familia para funcionar y mantenerse cohesionada puede verse seriamente comprometida si uno de sus miembros enferma. Podría considerarse una crisis, dado el desorden que se produce y que repercute en todos los miembros del grupo. La familia pone en marcha sistemas de autorregulación que le permiten sobrevivir y adaptarse a este nuevo entorno. Estos cambios tienen un propósito específico, consciente o inconsciente, y pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en peligro el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar (37).

- **Factores que condicionan el impacto de la enfermedad en la familia**

Dentro de los factores que condicionan el impacto de la enfermedad de un miembro de ella además del procesamiento de aceptación de la enfermedad por la familia y del tipo de respuesta que ésta genere (38).

El impacto de la enfermedad en las familias también se ve influido por otras circunstancias, como:

- ✓ **fase del ciclo vital.** Es crucial examinar la etapa del ciclo vital de la familia en la que la enfermedad sorprende a la familia, el grado de cumplimiento de las tareas propias de esa etapa y la posición de cada miembro de la familia en sus roles. El impacto de la enfermedad variará según el momento de la vida de una familia y el miembro al que le ocurra, y dependerá del tipo de enfermedad.
- ✓ **Roles familiares Flexibles o rígidos.** La enfermedad en su fase grave, especialmente la que es terminal, representa una grave crisis familiar a la que las familias podrán responder de manera más efectiva cuanto más adaptables sean. La aparición de la enfermedad puede tener un impacto en la distribución de funciones, ya que cada uno de ellos deberá negociar y en ocasiones compartir sus roles. El papel de proveedor que el padre enfermo podría haber

desempeñado puede generar un gran conflicto, ya que implica un poder que a menudo no se otorga. En nuestra cultura, las mujeres suelen desempeñar el papel de cuidadoras (madre, hermana mayor) pero esto genera conflicto porque implica descuidar sus responsabilidades adicionales, como cuidar a sus hijos o estudiar.

- ✓ **Cultura de la familia.** A menudo es difícil hablar de cómo afecta una enfermedad a una familia sin tener en cuenta su cultura. La cultura de una familia es el conjunto de valores, tradiciones y creencias que comparten los miembros de la familia y que influyen en la evolución y desenlace de una enfermedad. En todos los casos de enfermedad crónica o terminal, debemos investigar cómo interpreta la familia el proceso, ya que esto permite no solo disfrutar de la confianza del grupo, sino también considerar sus costumbres y creencias para abordar la enfermedad de la manera más adecuada.
- ✓ **Nivel socioeconómico.** La aparición de la enfermedad en una familia con bajos recursos no es idéntica a la aparición en una familia con una situación económica estable. Es evidente que la primera crisis familiar será más grave, ya que la desorganización causada por la enfermedad se verá reflejada en todos los aspectos de la vida. La familia necesitará más dinero durante la enfermedad para pagar medicamentos, curaciones, consultas, transporte, alimentación especial, acondicionamiento físico de la vivienda, etc.
- **Comunicación familiar.** En general, existe una fuerte tendencia en la cultura latinoamericana a ocultar la muerte del enfermo, convirtiendo el asunto en algo prohibido o negado, conocido como "pacto de silencio" o "conspiración de silencio". La conspiración de silencio es una supuesta protección que los familiares, amigos e incluso el médico y otros profesionales de la salud intentan brindar al paciente enfermo que está muriendo, ocultándole la verdad, impidiéndole hablar sobre el tema, preguntar, aclarar, explicar, etcétera.

- **Tipo de respuesta familiar.**

El tipo de respuesta que presentan las familias como resultado de la enfermedad se refiere a los cambios en las interacciones de cada miembro de la familia en función del paciente enfermo (39).

Es crucial reconocer que existen dos patrones de reacción distintos, que se extienden realmente a través de una variedad de respuestas potenciales:

1. **Respuesta de tendencia centrípeta.** Así lo demuestra el extraordinario nivel de cohesión interna de la familia, en la que el miembro enfermo es el centro de todas las actividades y consume gran parte de los recursos económicos y emocionales de la familia.

2. **Respuesta de tendencia centrífuga.** Las familias cuyo comportamiento no suele estar relacionado con la enfermedad pueden presentarla. En estas situaciones, una sola persona -a menudo una mujer- cuida del enfermo y se hace cargo de la evolución de la enfermedad. Esta persona suele ser la madre, la esposa o la hermana mayor.

Principales síntomas de desajuste por enfermedad en la familia

La atención integral al paciente y sus familias implica más que simplemente aliviar los síntomas físicos y psicológicos, requiere una priorización de la atención al paciente y una comprensión del contexto general de la enfermedad, es decir, "basado en la historia personal y familiar pasada, así como como la relación con el desarrollo futuro del difunto, entender la enfermedad en su relación con el individuo, la familia y el entorno cultural "Así como la enfermedad produce ciertos síntomas en el paciente, producirá estos síntomas en él. para la familia, generará cambios y cambios en toda la funcionalidad de la casa. (40).

Por lo tanto, es imprescindible hablar de los principales indicadores y síntomas que son más frecuentes en las familias en las que uno de sus miembros padece una enfermedad grave o terminal:

Aislamiento y abandono de los pacientes. Las familias limitan sus interacciones sociales al cuidado del miembro enfermo en un intento de arreglárselas lo mejor posible durante la enfermedad. Por otro lado, las reorganizaciones disfuncionales de la familia para cuidar del enfermo pueden interferir con el cuidado y la atención que normalmente se presta a otros miembros (hijos, parejas), contribuyendo así a la aparición de nuevos signos y síntomas, como enfermedad, irritabilidad, soledad, melancolía, etc.

- ✓ **Conflicto de roles y límites.** Las dificultades como la rigidez que pueden surgir cuando las familias no están suficientemente de acuerdo sobre los nuevos roles que deben asumir en esta nueva fase de la vida familiar, o simplemente no existen límites claros entre los diferentes subsistemas, lo que puede crear serios problemas en la resolución de las crisis familiares. a través de luchas internas de poder en diversos subsistemas, faltas de respeto, culpas, chantajes, pérdida de jerarquía, alianzas, alianzas, etc.
- ✓ **Conflicto de pareja.** En algunas familias, los padres utilizan al paciente, la enfermedad y el tratamiento entre sí, lo que genera dificultades e ineficiencias en la toma de decisiones y el tratamiento. Esto suele ocurrir cuando el paciente es uno de los niños, y muchas veces está relacionado con un conflicto preexistente.
- ✓ **Problemas económicos.** Como se ha mencionado anteriormente, las familias que padecen enfermedades crónicas o graves se encuentran en una situación de agotamiento económico cada vez mayor, aunque la situación no parezca tan grave al inicio de la enfermedad, porque a pesar

de los pocos medios de la familia, buscan la manera de que el dinero no se aun problema en un futuro.

✓ **Síndrome fatiga del cuidador.** Los síntomas de esta enfermedad incluyen debilidad, dolores de cabeza, trastornos del sueño, dolor mecánico persistente y problemas con los huesos y las articulaciones. En el ámbito psicológico se notan especialmente la ansiedad y la melancolía, como si fueran auténticas transferencias melancólicas del paciente. Además de los cambios psicofísicos, existen otros problemas, como el aislamiento social, los problemas familiares provocados por el hecho de que los cuidadores se centren exclusivamente en el paciente (cambios de rol, marcha de otros miembros de la familia) e incluso los problemas económicos mencionados anteriormente.

✓ **Ira, terror y negación.** Las etapas que experimentan los pacientes y familiares de enfermos terminales son negación, ira, negociación, depresión y aceptación; sin embargo, estas etapas no se experimentan necesariamente en esa secuencia, según la tanatóloga suiza Dra. Kübler-Ross. No todas las afecciones desaparecen con la muerte; de hecho, algunas familias se encuentran estancadas en una de estas etapas mucho después de que el paciente haya fallecido.

La familia, los amigos y los pacientes en particular nunca están libres del miedo. En consecuencia, la incapacidad de la familia para estar presente en el momento de la muerte, para prestar los cuidados adecuados en caso de que el paciente se entere de que se está muriendo, o debido a las intolerables circunstancias económicas de la familia, hace imposible que ésta funcione con normalidad. Esto puede ser extremadamente estresante, sobre todo para el cuidador.

✓ **Ambigüedad afectiva.** Esto es el resultado de que los familiares experimenten emociones contradictorias al mismo tiempo. Aunque desean que el paciente se recupere y tenga una vida más larga, también esperan que todo termine cuando el paciente fallezca y “que deje de

sufrir". Es un síntoma que las familias suprimen sistemáticamente porque es moralmente inaceptable.

- **Afrontamiento del cuidador**

La mayoría de los miembros de la familia tienen sus propias formas de afrontar los síntomas y problemas de la enfermedad del paciente, influenciados por el nivel de estrés y ansiedad o la naturaleza de la enfermedad crónica del paciente. (41).

Los familiares motivados por la ansiedad y la desesperación pueden involucrarse en estrategias como resistirse al cuidado de terceros para sus familiares, perder casi todos los contactos sociales que el paciente tenía antes de la enfermedad, no mostrar interés en nada y/o ser demasiado solidarios con la persona enferma (42).

Los familiares que se enfrentan al diagnóstico de esquizofrenia en un miembro de la familia buscan inmediatamente ayuda profesional porque necesitan ayuda y asistencia inmediata. (43).

- **Cuidado Integral de Salud.** Son actividades e intervenciones para personas, familias y comunidades encaminadas a desarrollar hábitos y conductas saludables, incluidas determinadas intervenciones relacionadas con la promoción, prevención, restauración y rehabilitación, teniendo en cuenta un enfoque de equidad intercultural. (44).

HILDGARD E. PEPLAU Y SU TEORÍA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES

La relevancia de la interacción enfermera-paciente se enmarca en la teoría de Peplau como un proceso interpersonal y terapéutico crucial. Según ella, en función de sus demandas, decepciones, conflictos y temores, los pacientes están obligados a comportarse de forma destructiva o constructiva (45). Según Peplau, la relación enfermera-paciente consta de cuatro etapas:

- **Orientación:** Cuando un paciente siente la necesidad de recibir atención profesional, pasa por esta fase en la que la enfermera le ayuda a identificar y comprender su problema de salud para que pueda establecerse y determinarse el plan de tratamiento en función de esa necesidad.
- **Identificación:** Durante esta etapa, el paciente desarrolla un sentimiento de empatía hacia los cuidadores. El papel de la enfermera es apoyar al paciente en la gestión de la enfermedad y mantener los aspectos buenos de su personalidad que le ofrecen la plenitud que necesita.
- **Explotación:** Para obtener los máximos beneficios, el paciente intenta establecer la mejor relación posible con los cuidadores a lo largo de esta fase.
- **Resolución:** en esta última fase se refiere cuando el paciente abandona los anteriores objetivos para trazarse nuevas metas logrando la independencia del paciente.

MODELO DE RELACIÓN PERSONA A PERSONA POR JOYCE TRAVELBEE

El modelo TravelBee adopta la noción de enfermería psiquiátrica y afirma que la enfermería es un arte y que ayuda a las personas a comprenderse a sí mismas mediante la práctica de proporcionar cuidados, apoyo y asistencia a otras personas en su desarrollo psicosocial y en la recuperación de enfermedades mentales. Según TravelBee, el objetivo principal de una enfermera es comprender las circunstancias de una persona, familia o comunidad para establecer una relación de apoyo (46). La conexión enfermera-persona pasa por las siguientes fases, según Joyce Travelbee:

- **Fase de encuentro original:** Esta fase se refiere cuando al primer encuentro del paciente con la enfermera, donde los sentimientos emergen en la interacción como resultado de las percepciones desarrolladas. Estas percepciones en base a la observación son importantes

porque lo que se ve y se deduce sobre el otro, los pensamientos y sentimientos, conllevan a determinar los comportamientos y las acciones a tomar.

- **Fase de identidad Emergente:** En esta etapa, el paciente y la enfermera establecen una relación más sólida y proporcionan una mejor atención horizontal, al tiempo que reconocen que cada persona es un individuo.
- **Fase de empatía:** En esta fase la unión entre el paciente y la enfermera se unifican de forma positiva; fomentando la empatía que muchas veces no es continuo pero una vez lograda la empatía, el intercambio cambia de mejor manera, para lo cual se necesita mucha comprensión o entendimiento a la otra persona, por el deseo de ayudar.
- **Fase de simpatía:** La capacidad de empatizar, que surge cuando se desarrolla la empatía, permite preocuparse sinceramente por alguien, compartir sus intereses y sentimientos y ofrecer ayuda en un esfuerzo por asegurar a la otra persona que su preocupación es real y deseada.
- **Fase de Termino:** En la etapa final que describe TravelBee, se produce una secuencia de acontecimientos que dan lugar a una relación profunda entre las ideas y emociones que se transmiten o comunican de una persona a otra, en la que ambas partes se consideran humanas.

LAS ACTITUDES

La actitud puede considerarse como la conexión entre los conocimientos adquiridos por una persona y los sentimientos que le provoca, y las acciones que emprenderá ahora y en el futuro. Las actitudes provienen básicamente de información registrada en nuestra mente. Por tanto, si nuestras creencias y opiniones cambian, nuestras actitudes también cambiarán.

La ciencia de la actitud se refiere a cómo se sienten las personas respecto a las cosas y las personas de su entorno, lo que a su vez afecta a cómo se comportan. La actitud se compone

de elementos interconectados, como creencias, opiniones, sentimientos y comportamientos. Las actitudes impulsan la acción cuando las influencias externas tienen una influencia mínima en lo que se dice o se hace. Si las actitudes tienen una relación específica con el comportamiento, también lo guiarán, aunque los acontecimientos confirman que el proceso suele ser a veces inverso, siendo las actitudes las que siguen al comportamiento. Cuando los pensamientos y las acciones son contradictorios, se desarrolla una tensión llamada disonancia cognitiva. (47).

- **Componentes de las Actitudes.** La actitud de una persona se haya integrado en su personalidad global y son condicionadas por ella. (48) en la actitud se hallan tres componentes fundamentales:

- ✓ **Componente Cognoscitivo.** Para que exista una actitud tiene que haber una representación cognitiva del objeto. Está formada por nuestro conocimiento del objeto, así como por nuestras opiniones y convicciones sobre él.
- ✓ **Componente Afectivo.** Es la parte más característica e importante de la actitud, está formada por la experiencia o contactos que se dan entre la categoría cognitiva y el entorno, los cuales pueden ser favorables o desfavorables, porque en la actitud positiva se pueden expresar sentimientos a favor o en contra de ella. Este componente imprime la intensidad de la actitud.
- ✓ **Componente Conductual.** Es un aspecto activo de la actitud, una propensión a reaccionar ante un elemento de una manera determinad. La actitud de una persona hacia un objeto es la forma en que tiende a actuar con él. Si tiene una actitud positiva, tenderá a conservar, ayudar y aceptar el objeto, pero si tiene una actitud negativa, optará por destruirlo o rechazarlo.

- **Clasificación de las Actitudes**

Para el estudio se utilizará esta clasificación de actitudes (49):

- ✓ **Aceptación.** El acto y efecto de aceptar o aprobar algo. Aceptar: aceptar voluntariamente algo dado, aprobar, reconocer, expresar asentimiento a algo.
- ✓ **Rechazo.** Resistencia a aceptar algo, a admitir algo, o no aceptación: se siente como un rechazo natural de los individuos crueles.
- ✓ **Indiferencia.** Estado de indiferencia. Indiferencia: No existe justificación para la preferencia. Una persona que carece de emociones no muestra ninguna emoción o muestra poco interés. Para Gradillas (50), las actitudes generalmente positivas que deben adoptar los familiares de un paciente enfermo mental son:
 - ✓ **Aceptar.** Basándose en circunstancias pasadas, presentes y futuras, algunos familiares suponen algo sobre el estado del paciente. Para los pacientes críticamente enfermos, la aceptación significa no dejarse llevar por expectativas que representan ilusiones más que posibilidades reales. Reconocer y aceptar la triste realidad es la actitud necesaria para afrontar la realidad de la mejor manera posible.
 - ✓ **Tranquilizar.** Ante el exceso de miedo, preocupación y tensión interna, algunos familiares reaccionan con calma, a pesar de reconocer la importancia de estas enfermedades.
 - ✓ **Animar.** Ante síntomas de disminución de la iniciativa emocional y de la espontaneidad, la respuesta de la familia es animar y animar al paciente a actuar o animarle a levantar el ánimo.
 - ✓ **Apoyar.** Sin ser excesivamente vigilante, la familia del paciente le comunica con palabras y hechos que están ahí para él, que son fuertes y cariñosos, y que son conscientes de las limitaciones de su enfermedad, pero que harán todo lo que esté en su mano para apoyarle.
 - ✓ **Poner Límites.** Establecer una distinción clara entre los comportamientos aceptables e inaceptables del paciente puede ser muy educativo, ya que permite anticipar qué aspectos de

la conducta del paciente son apropiados y cuáles deben evitarse. Dentro de este rango de claridad, los familiares deben permanecer flexibles, encontrándose quizás con manifestaciones menores que no sean particularmente molestas, deben cerrar los ojos y concentrarse sólo en los aspectos importantes.

✓ 2.2.1.3 Dimensiones de la variable 1

Aspectos teóricos de la esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad mental que deteriora la calidad de vida del paciente y de su familia. Los pacientes con esquizofrenia suelen ser tratados y controlados por expertos. En la actualidad, los familiares asumen la tarea de cuidadores, aunque suelen carecer de la formación necesaria. La psicoeducación es una técnica que garantiza que los pacientes y sus familiares reciban suficiente información y una alta calidad de vida, ya que cuidar a un paciente con esquizofrenia es difícil incluso sin los conocimientos más básicos de la enfermedad y sin la ayuda y el apoyo de otros familiares y/o profesionales de la salud mental (51).

Tratamiento farmacológico de la esquizofrenia

Los antipsicóticos, también conocidos como neurolepticos (haloperidol, lanacil, melanocid, etc.), se utilizan en farmacoterapia para tratar la esquizofrenia. Aunque tienen mucho éxito, pueden tener efectos adversos importantes, como temblores, rigidez, inquietud interna, sudoración e incluso convulsiones. Los efectos neurológicos negativos incluyen irritación de la piel, fiebre alta, anemia aplásica, ictericia (coloración amarillenta de la piel), hipotensión, aumento de peso y, en casos graves, síndrome neuroleptico maligno, que puede ser mortal. Los antipsicóticos existen desde la década de 1950 y ahora existen nuevas formulaciones que reducen los efectos secundarios, como la crisamina o la risperidona. (52).

Terapia psicosocial de la esquizofrenia

La terapia psicosocial es un enfoque de tratamiento que resulta particularmente útil para las personas con esquizofrenia. Se basa en una visión holística de la persona, entendiendo que la enfermedad es causada por varias causas multifactoriales, en las que los factores genéticos también juegan un papel importante. Este tipo de tratamiento, también llamado rehabilitación psicosocial y vocacional, intenta en primer lugar reintegrar a la sociedad a las personas con trastornos mentales. Por lo general, lo desarrolla un equipo interdisciplinario de profesionales psiquiátricos, incluidos médicos de atención primaria, psiquiatras y psicólogos clínicos (53).

Dimensiones de la variable 2.

El psicólogo social Rodríguez Aroldo, remarca que la actitud se encuentra compuesta por diferentes elementos esenciales (54).

Elemento cognitivo. La existencia de actitudes va de la mano de la existencia de esquemas cognitivos creados por el propio sujeto. Un esquema consta de conceptos sobre objetos relevantes que pueden captarse, y creencias y datos previos al respecto. Este componente también puede considerarse un modelo actitudinal de expectativas de valor; es decir, un objeto carente de datos o información nunca hará que un individuo desarrolle una actitud.

Elemento conductual. En opinión de Rodríguez Aroldo, este componente conductual siempre está presente. Además, lo caracteriza como una actitud que surge al reaccionar ante un objeto de una manera determinada.

Elemento afectivo. Los factores emocionales, a diferencia de los elementos conductuales, son sentimientos -favorables o negativos- expresados hacia objetos sociales. También sirve como

punto de referencia para contrastar opiniones y creencias, normalmente con un componente cognitivo.

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Existe relación entre el conocimiento sobre cuidado integral y la actitud del cuidador del paciente esquizofrénico del centro de salud mental comunitario, Ambo - 2024

No Existe relación entre el conocimiento sobre cuidado integral y la actitud del cuidador del paciente esquizofrénico del centro de salud mental comunitario Ambo - 2024

2.3.1. Hipótesis específica

Existe relación entre la relación entre el conocimiento sobre cuidado integral dimensión aspectos generales y la actitud del cuidador del paciente esquizofrénico del centro de salud mental comunitario Ambo - 2024

Existe relación entre el conocimiento sobre cuidado integral dimensión tratamiento farmacológico y la actitud del cuidador del paciente esquizofrénico del centro de salud mental comunitario, Ambo - 2024

Existe relación entre el conocimiento sobre cuidado integral dimensión tratamiento psicosocial y la actitud del cuidador del paciente esquizofrénico del centro de salud mental comunitario, Ambo - 2024.

3. METODOLOGIA

3.1 Método de la Investigación

Para el siguiente trabajo investigativo se utilizará el método Hipotético Deductivo, dado que el entorno del estudio no contempla normativas ni procedimientos reglados, es posible que las hipótesis propuestas sean aceptadas o rechazadas a la luz de los resultados. Estos datos se obtendrán a partir de las encuestas, que se distribuirán individualmente a cada cuidador de una persona con esquizofrenia. (55).

3.2. Enfoque de la Investigación

La investigación tendrá un enfoque cuantitativo, ya que usualmente este enfoque parte de cuerpos teóricos aceptados por la comunidad científica con base en los cuales se formula una hipótesis sobre relaciones esperadas entre las variables que hacen parte del problema que se estudia en una investigación (56).

3.3. Tipo de investigación

El tipo de investigación será aplicada, ya que se define como una solución eficiente y con fundamentos a un problema que se ha identificado en una investigación (57).

3.4. Diseño de la investigación

Dado que la investigación se llevará a cabo en situaciones en las que el investigador no puede controlar, influir o cambiar las variables durante el estudio y, en su lugar, debe basarse en la interpretación o las observaciones para extraer conclusiones, tiene un diseño correlacional descriptivo no experimental de corte transversal. Se describirá el nivel de conocimiento y la actitud en el cuidado integral del paciente con esquizofrenia, a través de la observación y además tendrá resultados de relación favorable o desfavorable respecto a las variables, la recolección de la información se dará en un momento determinado (58).

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

Un total de 100 cuidadores de pacientes diagnosticados con esquizofrenia atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Grover Mori Romero”, de categoría I y de nivel 3, perteneciente a la Red de Salud de Ambo, en el distrito de Ambo de la provincia de Ambo en el departamento de Huánuco, entre enero y diciembre de 2024, conformarán la población limitada. (Fuente: data de usuarios del servicio). La población es la totalidad de elementos o individuos que tienen ciertas características similares y sobre las cuales se desea hacer una investigación (59).

3.5.2. Muestra

La muestra que se utilizará es de tipo censal ya que se utilizará la población total. La muestra censal es en donde la muestra es toda la población, y se utiliza cuando es necesario saber las opiniones de todos los clientes o cuando se cuenta con una base de datos de fácil acceso (60).

Criterios de Inclusión

- Cuidadores de los pacientes con esquizofrenia que estén siendo atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Grover Mori Romero”.
- Cuidadores que vivan con el paciente con esquizofrenia.
- Cuidadores que vivan en la provincia de Ambo del departamento de Huánuco.
- Cuidadores mayores de 18 años y que acepten participar.

Criterios de Exclusión

- Cuidadores de pacientes que no estén siendo atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Grover Mori Romero de Ambo.
- Cuidadores que no desean participar.
- Cuidadores que no vivan en la provincia de Ambo.
- Cuidadores menores de 18 años.

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1 Técnica

La técnica elegida para la obtención de datos, sea la encuesta. Según García Ferrando, define la encuesta como una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población, del cual se pretende investigar, describir, predecir o explicar una serie de características (61). Se emplearán dos cuestionarios como herramientas para evaluar las variables de conocimiento y la escala de Likert para la actitud. Se utilizó el método de encuesta para recoger los datos de ambas variables. La escala de Likert es una escala de calificación que se utiliza para cuestionar a una persona sobre su nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración, es un método de medición utilizado por los investigadores con el objetivo de evaluar la opinión y actitudes de las personas (62).

3.7.2 Descripción de instrumentos

a. Para medir nivel conocimientos

Para medir el nivel de conocimientos se utilizará el primer cuestionario, que consta de 17 preguntas, con 04 alternativas de respuestas probables que será incorrectas = 0 y una alternativa correcta = 1, con una escala en la puntuación que va de Alto = de 11 a 17, Medio = 10 y Bajo = de 0 a 9. Contreras desarrolló este cuestionario, que tiene tres dimensiones: aspectos generales, tratamiento farmacológico y tratamiento psicosocial, y lo adaptó a la investigación de Tolentino S.

b. Para medir actitudes

Para medir las actitudes se utilizará el segundo cuestionario tipo Likert, que consta de 20 preguntas, con 5 alternativas que son: Definitivamente sí, Probablemente sí, Indeciso,

Probablemente no, con una escala ordinal en la puntuación; Alto =mayor o igual a 65, Medio= entre 50 y 65 y Bajo menor de 5.

La encuesta tipo Likert que se empleará fue desarrollada por Llanos (2010) y modificada para la investigación realizada por Tolentino S. (2021). Se compone de tres dimensiones o componentes: conductual, afectivo y cognitivo.

3.7.3 Validación

El instrumento que se utilizaría en el presente estudio se sometió al juicio de expertos. Este panel estaba formado por tres especialistas cuyas evaluaciones se centraron principalmente en las preguntas de los dos cuestionarios diseñados para medir conocimientos y actitudes, para adaptarse al idioma de la población del estudio y para hacer hincapié en las características más comunes de la esquizofrenia paranoide.

En general, los expertos estuvieron de acuerdo en que el instrumento era adecuado, como indica la puntuación V Aiken de 1,00, que muestra el consenso entre los expertos.

3.7.4 Confiabilidad

Para evaluar la fiabilidad del instrumento que se iba a utilizar en este estudio, se administró una prueba piloto a 15 familiares de pacientes con esquizofrenia que recibían tratamiento en el centro comunitario de salud mental de Ally Waraq. El cuestionario de conocimientos se probó mediante un método test-retest basado en dos momentos; se obtuvo un resultado de 0,950, mediante el coeficiente de correlación de Pearson, lo que indica una buena fiabilidad. Para el cuestionario de actitudes, se empleó el alfa de Cronbach debido a las respuestas de tipo Likert; éste se determinó utilizando Microsoft Excel, y el resultado fue de 0,708. 708, lo que indica la fiabilidad del instrumento.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Para la recolección de datos se coordinará y se procederá a solicitar la autorización del jefe del Establecimiento de Salud mental para abordar a los familiares cuidadores integrales de los pacientes con esquizofrenia dentro del consultorio de Acogida (Enfermería), así como en las visitas domiciliarias para la aplicación de los instrumentos.

Obtenido el permiso se coordinará a través de llamadas telefónicas con los familiares cuidadores integrales de los pacientes con esquizofrenia que vienen atendiéndose en el Establecimiento de Salud Mental, para la aplicación de los instrumentos aprovechando sus citas previas a medicina y/o psicología o también solicitar al familiar cuidador la visita a su domicilio fuera del horario de trabajo ,para la aplicación de los cuestionarios, utilizando un espacio de 15 minutos por cada cuidador integral, se informará previamente a cerca de los cuestionarios ,aclarándoles a cada participante todas las dudas posibles y garantizando en todo momento el anonimato y la confidencialidad.

Finalizado la recogida de datos y la aplicación de los instrumentos a los participantes, se elaborará una base de almacenamiento de información utilizando Microsoft Excel 2016 y el software estadístico especializado SPSS versión 22.0 con el propósito de recopilar datos y realizar análisis estadístico descriptivo, que incluye tablas unidireccionales, frecuencia absoluta y relativa, media aritmética, entre otros. Los datos serán expresados en gráficos y tablas a través de un orden predeterminado utilizando estadística descriptiva basada en cifras porcentuales que permitan contrastar el marco teórico y los antecedentes de este trabajo de investigación.

3.9. Aspectos éticos

Para el presente estudio de investigación se consideró los principios bioéticos, que incluyen la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía, justicia y la responsabilidad social de Helsinki.

Principio bioético de beneficencia: El objetivo de este principio bioético dentro del trabajo del profesional sanitario es beneficiar tanto al paciente como al cuidador, porque el paciente suele ser quien más necesita los servicios del profesional sanitario, es la parte más débil de la relación y depende de que el acto se realice de forma correcta y beneficiosa (63).

Principio bioético de No Maleficencia: Donde el objetivo principal procede de la ética hipocrática y se refiere a la inocuidad de la medicina, es decir, a su capacidad de curar o, al menos, de no hacer daño. En la profesión de enfermería, es imperativo evitar que se produzcan daños. Una acción puede ser moralmente correcta si evita que se produzca un daño, aunque no tenga beneficios.

Principio bioético de Autonomía: Este principio radical y liberal pone de relieve la relación entre el paciente y el cuidador de salud, otorgando al paciente la máxima prioridad a la hora de elegir cómo tratar su enfermedad y reconociendo que el paciente tiene derecho a tomar decisiones convenientes, por ello que se les brindará información previa a los participantes acerca del objetivo del presente trabajo de investigación.

Principio Bioético de Justicia: este principio bioético exige tratar a cada individuo con respeto y decencia, sin distinción de color, ideología, edad, posición sociocultural o comportamiento lo que enmarca al sentido de interculturalidad de la población y muestra.

La Declaración de Helsinki: Pretende ofrecer una mayor protección a los sujetos que se someten o participan en este tipo de investigaciones, haciendo hincapié en el consentimiento informado. Se recomienda encarecidamente que este tipo de consulta se lleve a cabo con respeto y consideración por las costumbres y tradiciones de cada comunidad (64)

4.2. Presupuesto

	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	PRECIO TOTAL
RECURSOS MATERIALES Y EQUIPOS (BIENES)			
Archivadores	s/. 15.00	2	s/. 30.00
Carpetas de Cartulina	s/. 3.00	10	s/. 30.00
Papel Tamaño Carta	s/. 0.10	200	s/. 20.00
Tinta Impresora	s/. 89.00	1	s/. 89.00
Disquetes	s/. 5.00	3	s/. 15.00
CDs	s/. 2.00	4	s/. 8.00
Lápices	s/. 1.00	10	s/. 10.00
Gomas	s/. 4.00	2	s/. 8.00
Lapiceros	s/. 1.00	100	s/. 100.00
SERVICIOS			
Fotocopias	s/. 0.10	100	s/. 100.00
Anillados	s/. 10.00	5	s/. 50.00
GASTOS ADMINISTRATIVOS Y/O IMPREVISTOS			
Movilidad, uso de computador			s/. 240.00
TOTAL	-----	-----	s/. 1250.00

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Janssen Contigo. Hablemos de esquizofrenia. [Internet]. [Consultado el 18 de julio de 2023]. Disponible en:
<https://www.janssencontigo.es/es-es/esquizofrenia/impacto-social>
2. Organización Mental Health América. Estados Unidos: Mental Health América. Disponible en:
<https://mhanational.org/esquizofrenia-lo-que-usted-necesita-saber#:~:text=Esquizofrenia%20paranoica%E2%80%94la%20persona%20se,puede%20que%20no%20tenga%20ilusiones.>
3. Organización Mundial de La Salud. Ginebra, Suiza. Organización Mundial de la Salud. Enero de 2022. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
4. Translational Psychiatry. The burden of mental disorders in Asian countries, 1990–2019: an analysis for the global burden of disease study 2019. [Internet]. [Consultado el 28 de marzo de 2024]. Disponible en:
<https://www.nature.com/articles/s41398-024-02864-5>
5. Servicio de Información sobre Discapacidad. [Internet]; s. f. [Consultado el 10 de mayo de 2024]. Disponible en:
<https://sid-inico.usal.es/noticias/unas-400-000-personas-padecen-esquizofrenia-en-espana/>
6. Revista la razón 25. 1 72% de los esquizofrénicos lo oculta por miedo al rechazo. [Internet]; s. f. [Consultado el 10 de mayo de 2024]. Disponible en: Disponible en:
<https://www.larazon.es/sociedad/20220815/6qsjlnzrdbcx3f63nzerkqeqsq.html>
7. Revista en línea swissinfo.ch. Cerca del 75 % de latinoamericanos con esquizofrenia no tiene tratamiento. [Internet]; s. f. [Consultado el 10 de mayo de 2024]. Disponible en:
Disponible en:

<https://www.swissinfo.ch/spa/cerca-del-75-de-latinoamericanos-con-esquizofrenia-no-tienetratamiento/46629610#:~:text=Cerca%20del%2075%20%25%20de%20latinoamericanos%20con%20esquizofrenia%20no%20tiene%20tratamiento,Este%20contenido%20fue&text=Ciudad%20de%20M%C3%A9xico%2C%2018%20may,este%20martes%20expertos%20desde%20M%C3%A9xico>.

8. Ministerio de Salud. Ministerio de Salud. ¿Qué debemos saber de la esquizofrenia? [Internet]. Lima, Perú: Minsa; [Consultado el 24 de mayo del 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/609218-dia-mundial-de-la-esquizofrenia-una-enfermedad-que-llama-a-la-reflexion-y-a-desterrar-estereotipos>
9. Repositorio Único Nacional de Información en Salud. Plataforma única de las atenciones en salud mental. Lima, Perú: REUNIS, Ministerio de Salud [citado el 08 de julio. de 2023]. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/tablero_salud-mental.asp
10. Centro de Salud Mental Comunitario Grover Mori Romero. Padrón Nominal. Ambo, Huánuco, Perú 2023. [Archivo en Hoja de Excel].01 de enero de 2022. [Consultado el 17 de junio de 2023]. Disponible en: <https://docs.google.com/spreadsheets/d/1GwB4Zk2qsOy2AqT43hkIaCnh1dGJIs7QxR524k6iOZs/edit#gid=412782499>.
11. Martínez A. Conocimientos y actitudes hacia los trastornos mentales como generadores de discriminación hacia las personas que los padecen, en universitarios mexicanos. [Tesis Para optar el grado de doctora en psicología]. Veracruz: Universidad Veracruzana ;2022. Disponible en: <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/1944/52301/MartinezCastilloAlma.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

12. Blessing U, Olotu O, Omoaregba J, Bawo Conocimientos y actitudes de los cuidadores de personas con esquizofrenia hacia la enfermedad un estudio transversal de un hospital psiquiátrico regional en Nigeria. ReserachGate.2020.59(2),70-13. en:
https://www.researchgate.net/publication/346396219_Knowledge_and_Attitudes_of_Caregivers_of_People_with_Schizophrenia_towards_the_Illness_A_Cross-Sectional_Study_from_a_Regional_Psychiatric_Hospital_in_Nigeria
13. Suryani, Wahyu E, Aan N, Aeni N. Conocimiento, percepción y carga de la familia en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia que experimentan recaída. Belitung Nursing Journal.2019.5(4):162-168.Disponible en:
<https://www.belitungraya.org/BRP/index.php/bnj/article/view/683/pdf>
14. Anab E, Onyango A, Mwenda C. Conocimiento y actitud del cuidador respecto al cuidado de Esquizofrenia en el Hospital Docente y de Referencia Mathari, Kenia. Sciencepublishinggroup.2019. 6(1): 15-27. Disponible en:
<https://www.sciencepublishinggroup.com/article/10.11648/j.ajpn.20180601.13>
15. Brain C, Kymes S, DiBenedett D. Experiencias, actitudes y percepciones de cuidadores de personas en tratamiento esquizofrenia resistente: un estudio cualitativo. BMC Psychiatry .2018. 18:253. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/327005881_Experiences_attitudes_and_perceptions_of_caregivers_of_individuals_with_treatment-resistant_schizophrenia_A_qualitative_study
16. Shinde M, Desai A, Pawa Sh. Conocimientos, actitudes y prácticas entre los cuidadores de pacientes con esquizofrenia en el oeste de Maharashtra.Researchgate.net.2016. 516 (3),522-358. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/327005881_Experiences_attitudes_and_perceptions_of_caregivers_of_individuals_with_treatment-resistant_schizophrenia_A_qualitative_study
17. Aguirre Cecilia. actitud de los familiares sobre el cuidado en el hogar de pacientes con esquizofrenia consulta externa adultos en el Hospital Hermilio Valdizan diciembre 2022.

[tesis para obtener el grado académico de: Licenciada en Enfermería]. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista:2022. Disponible en:

[AGUIRRE 2023 ACTITUD DE LOS FAMILIARES SOBRE EL CUIDADO EN EL HOGAR DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA CONSULTA EXTERNA ADULTOS EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN DICIEMBRE 2022.pdf](#)

18. Tolentino Silvia. Conocimiento y actitud en el cuidado integral del paciente esquizofrénico del centro salud mental comunitario Ally Waraq, Huaraz, 2021 [tesis para obtener el grado académico de: maestra en gestión de los servicios de la salud]. Chimbote: Universidad Cesar Vallejo;2022. Disponible en:

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/91871/Tolentino_LSR-SD.pdf

19. Quilla S. Actitud del familiar hacia el cuidado del paciente con esquizofrenia del Hospital Honorio Delgado, Arequipa 2022 [Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Lima: Universidad Cesar Vallejo 2022. Disponible en:

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/111766/Quilla_CSM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

20. De la Cruz A. actitud de los familiares del paciente con esquizofrenia Centro de Salud Mental Comunitario San Gabriel Alto 2019 [Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Universidad Privada San Juan Bautista.2019. Disponible en:

[DE LA CRUZ 2019 ACTITUD DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO SAN GABRIEL ALTO SETIEMBRE 2019.pdf](#)

21. Mayta V. Nivel de conocimientos sobre cuidados generales que tienen los familiares de los pacientes con esquizofrenia en hospitalización II de Salud Mental - Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2016. [trabajo de investigación Para optar el Título de Especialista en

Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.2016. Disponible en:

https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/5955/Maita_cv.pdf?sequence=3&isAllowed=y

BASES TEORICAS

22. Laura M. Los Nueve tipos de conocimiento. Veracruz: Universidad Veracruzana;2018.

[consultado el 01 de julio del 2023]. Disponible en:

<https://www.calameo.com/read/005779793d410ebbc552f>

23. Bueno E. La Investigación Científica: Teoría y Metodología. Zacatecas: Universidad

Autónoma de Zacatecas;2003. [consultado el 01 de julio del 2023]. Disponible en:

<https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-autonoma-de-zacatecas/sociedad/bueno-introduccion-a-la-metodologia/48348184>

24. González J. Los niveles de conocimiento. El Aleph en la innovación curricular.

2014.agosto 31;14:65. [consultado el 01 de julio del 2023]. Disponible en:

<https://www.ceupe.mx/blog/tipos-de-conocimientos.html>

25. Centro Europeo de Posgrado CEUPE.México: Centro Europeo de Posgrado. [consultado

el 01 de julio del 2023]. Disponible en:

<https://www.ceupe.mx/blog/tipos-de-conocimientos.html>

26. Abeleira G. Dialnet. Esquizofrenia. [Internet]. [Consultado el 17 de mayo de 2024].

Disponible en:

<file:///C:/Users/JCB-USER/Downloads/Dialnet-Esquizofrenia-4018442.pdf>

27. Definicion.de.Esquizofrenia. [Internet]. [Consultado el 17 de mayo de 2024]. Disponible

en:

<https://definicion.de/esquizofrenia/>

28. Diresacusco.gob.pe. Guía de práctica clínica en esquizofrenia. [Internet]. [Consultado el

17 de mayo de 2024]. Disponible en:

http://www.diresacusco.gob.pe/salud_individual/servicios/Gu%C3%ADas%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20MINSA/Propuestas%20previas%20de%20GPC/Gu%C3%ADas%20Pr%C3%A1cticas%20Cl%C3%ADnicas%20en%20Salud%20Mental/GUIA%20DE%20ATENCIÓN%20PARA%20ESQUIZOFRENIA.pdf

29. Diresacusco.gob.pe. Guía de práctica clínica en esquizofrenia. [Internet]. [Consultado el 17 de mayo de 2024]. Disponible en:

http://www.diresacusco.gob.pe/salud_individual/servicios/Gu%C3%ADas%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20MINSA/Propuestas%20previas%20de%20GPC/Gu%C3%ADas%20Pr%C3%A1cticas%20Cl%C3%ADnicas%20en%20Salud%20Mental/GUIA%20DE%20ATENCIÓN%20PARA%20ESQUIZOFRENIA.pdf

30. Toro, R. y Yepes, L. (2006) Fundamentos de medicina: psiquiatría. (4° ed.). Medellín-Colombia: editorial CIB. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf

31. Persum. Clínica de Psicoterapia y personalidad. Tipos de esquizofrenia. [Internet]. [Consultado el 17 de mayo de 2024]. Disponible en:

<https://psicologosoviedo.com/especialidades/trastornos-psicoticos/tipos-esquizofrenia/>

32. Manual MSD. Versión para profesionales. Síntomas de Esquizofrenia. [Internet]. [Consultado el 17 de mayo de 2024]. Disponible en:

https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/esquizofrenia#Signos-y-s%C3%ADntomas_v1029135_es

33. Elsevier. Países Bajos: Esquizofrenia. Tratamiento con antipsicóticos atípicos [citado en noviembre. del 2006]. Disponible desde:

<https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-esquizofrenia-tratamiento-con-antipsicoticos-atipicos-13095511>

34. PePsic.Periodicos de Psicología. Tres miradas, una apuesta: aproximaciones teóricas a la esquizofrenia. [Internet]. [Consultado el 17 de mayo de 2024]. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482010000200002
35. Centro Eleia.Actividades Psicológicas. La psicosis en psicoanálisis. [Internet]. [Consultado el 17 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.centroeleia.edu.mx/blog/la-psicosis-en-psicoanalisis/>
36. Larousse (1999), Diccionario Enciclopédico. (5ª ed.) Columbia: Printer Colombiano S.A. Disponible en: <https://www3.paho.org/spanish/GOV/CD/cd44-10-s.pdf>
37. Organización Panamericana de la Salud. Washington, Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud [consultado el 26 en setiembre del 2003]. Disponible en: <https://www3.paho.org/spanish/GOV/CD/cd44-10-s.pdf>
38. Fernández M. El impacto de la enfermedad en la familia. México: Universidad Autónoma de México;2004. Disponible desde: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un046f.pdf>
39. Fernández M. El impacto de la enfermedad en la familia. México: Universidad Autónoma de México;2004. Disponible desde: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un046f.pdf>
40. Fernández M. El impacto de la enfermedad en la familia. México: Universidad Autónoma de México;2004. Disponible desde: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un046f.pdf>
41. Fernández M. El impacto de la enfermedad en la familia. México: Universidad Autónoma de México;2004. Disponible desde: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un046f.pdf>
42. Revolledo S. Una Guía para familiares, cuidadores y personas afectadas. Cómo afrontar la Esquizofrenia. [Internet]. [Consultado el 17 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Comoafrontaresquizofrenia.pdf>

43. Revollo S. Una Guía para familiares, cuidadores y personas afectadas. Cómo afrontar la Esquizofrenia. [Internet]. [Consultado el 17 de mayo de 2024]. Disponible en:
<https://consaludmental.org/publicaciones/Comoafrontaresquizofrenia.pdf>
44. Manual de Implementación del Modelo de Cuidado Integral de Salud por curso de vida, para la persona, familia y comunidad. Lima, Perú: Ministerio de Salud [citado el 12 en febrero del 2003]. Disponible desde:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/rm-220-2021-minsa.pdf>
45. Revista Cubana de Enfermería. Infomed. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. [Internet]. [Consultado el 25 de mayo de 2024]. Disponible en:
<https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976/215>
46. SciELO. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. [Internet]. [Consultado el 25 de mayo de 2024]. Disponible en:
Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732015000200012
47. Concepto.de. Actitud. [Internet]. [Consultado el 25 de mayo de 2024]. Disponible en:
Disponible en:
<https://concepto.de/actitud/>
48. Concepto.de. Actitud. [Internet]. [Consultado el 25 de mayo de 2024]. Disponible en:
Disponible en:
<https://concepto.de/actitud/>
49. Concepto.de. Actitud. [Internet]. [Consultado el 25 de mayo de 2024]. Disponible en:
Disponible en:
<https://concepto.de/actitud/>

50. Gradillas, V. (1998). La Familia del Enfermo Mental: la Otra Cara de la Psiquiatría. (1ª ed.) España: Díaz de Santos. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=zHsU35mr-VEC&pg=PA26&lpg=PA26&dq=actitudes+generalmente+positivas++PARA+GRADILLAS&source=bl&ots=9KjNLIFFLLy&sig=ACfU3U32A0WCb9S9CEbcFM7y3PK0QAGA0w&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwitsume8sSGAxWuFLkGHcrEFIQQ6AF6BAgtEAM#v=onepage&q=actitudes%20generalmente%20positivas%20%20PARA%20GRADILLAS&f=false>
51. Guerrero L, Romero H, Hidalgo C, Acebo M, Gonzales M. Fundamentos teóricos sobre la esquizofrenia: una visión desde la psicoeducación del cuidador. Ecuador: Universidad Estatal de Milagro ;2019. Disponible desde: <https://acvenisproh.com/revistas/index.php/prohominum/article/view/68/836>
52. Elsevier. Países Bajos: Esquizofrenia. Tratamiento con antipsicóticos atípicos [consultado en noviembre. del 2006]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-esquizofrenia-tratamiento-con-antipsicoticos-atipicos-13095511>
53. Psicología y Mente. Barcelona, España: Psicología y Mente. [consultado el 23 en julio. del 2019]. Disponible desde: <https://psicologiaymente.com/clinica/terapia-psicosocial>
54. Revista indexada de investigación académica Studocu.España: Studocu [consultado en el 2021-2022]. Disponible en: <https://www.studocu.com/latam/document/universidad-centro-occidental-lisandro-alvarado/psicologia/actitudes-y-evaluaciones-cognitiva/35454324>
55. Revista enciclopedia Herder [consultado en el 2017]. Disponible en:

https://encyclopaedia.herdereditorial.com/wiki/M%C3%A9todo_hipot%C3%A9tico-deductivo

56. Revista tu guía de aprendizaje [consultado el 01 setiembre 2017]. Disponible en:
<https://tuguiadeaprendizaje.co/que-es-el-enfoque-cuantitativo/>
57. Revista IBERO [citado en el 08 -noviembre 2022]. Disponible en:
<https://blogposgrados.tijuana.iberomex.mx/investigacion-aplicada/>
58. Revista Question Pro [citado en el 15 -noviembre 2023]. Disponible en:
<https://www.questionpro.com/blog/es/investigacion-no-experimental/>
59. Bernal C, Metodología de la Investigación [serie de internet 2012] [consultado en el 2018]. 7 :160. Disponible en:
<file:///C:/Users/JCB-USER/Downloads/DOC-20180326-WA0064.pdf>
60. Revista Catarina. Metodología. (3), 31-38. Disponible en:
http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lad/fernandez_b_je/capitulo3.pdf
61. Garcia F, La encuesta La encuesta. En: Garcia M, Ibáñez J, Alvira F. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de Investigación. Madrid: Alianza Universidad Textos, 1993; 141-70. Disponible en:
<http://metodos-comunicacion.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/219/2020/09/Garc%C3%ADa-Ferrando.pdf>
62. Revista Question Pro. ¿Qué es la escala de Likert y cómo utilizarla? [consultado en octubre 2023]. Disponible desde:
<https://www.questionpro.com/blog/es/que-es-la-escala-de-likert-y-como-utilizarla/>
63. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. Principios bioéticos para la práctica de investigación de enfermería [consultado 07junio 2024]. Disponible desde:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2005/eim053g.pdf>

64. UNIR. La Universidad en Internet. Declaración de Helsinki: regular la experimentación con personas [consultado 07 junio 2024]. Disponible desde:

<https://www.unir.net/salud/revista/declaracion-helsinki/>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de Consistencia

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HOPOTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
<p>PROBLEMA GENERAL:</p> <p>¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos y actitudes del cuidador respecto al cuidado integral del paciente esquizofrénico del centro de salud mental comunitario Grover Mori Romero, Ambo, Huánuco 2023</p>	<p>OBJETIVOS GENERAL:</p> <p>Determinar la relación entre el nivel de conocimientos y actitudes del cuidador respecto al cuidado integral del paciente esquizofrénico.</p>	<p>HOPOTESIS GENERAL:</p> <p>Hi: Existe relación entre el nivel de conocimientos y actitudes del cuidador respecto al cuidado integral del paciente esquizofrénico.</p> <p>Ho: No existe relación entre el nivel de conocimientos y actitudes del cuidador respecto al cuidado integral del paciente esquizofrénico</p>	<p>VARIABLE 1:</p> <p>Nivel de Conocimiento sobre la esquizofrenia DIMENSIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Aspectos generales Tratamiento farmacológico Tratamiento psicosocial 	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN:</p> <p>Tipo de investigación aplicada.</p> <p>MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:</p>
<p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS:</p> <p>¿Cuál es la relación entre la dimensión de aspectos teóricos de conocimientos y las actitudes del cuidador respecto al cuidado integral del paciente esquizofrénico del centro de salud mental comunitario Grover Mori Romero, Ambo, Huánuco 2023?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la dimensión de tratamiento farmacológico de conocimientos y las actitudes del cuidador respecto al cuidado integral del paciente esquizofrénico del centro de salud mental comunitario Grover Mori Romero, Ambo, Huánuco 2023?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la dimensión de terapia psicosocial de conocimientos y las actitudes del cuidador respecto al cuidado integral del paciente esquizofrénico del centro de salud mental comunitario Grover Mori Romero, Ambo, Huánuco 2023?</p>	<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <p>Determinar la relación entre la dimensión de aspectos teóricos de conocimientos y las actitudes del cuidador respecto al cuidado integral del paciente esquizofrénico.</p> <p>Determinar la relación entre la dimensión de tratamiento farmacológico de conocimientos y las actitudes del cuidador respecto al cuidado integral del paciente esquizofrénico.</p> <p>Determinar la relación entre la dimensión de terapia psicosocial de conocimientos y las actitudes del cuidador respecto al cuidado integral del paciente esquizofrénico.</p>	<p>HIPOTESIS ESPECIFICAS</p> <p>Hipótesis específica 1</p> <p>Hi: Existe relación entre la dimensión de aspectos teóricos de conocimientos y las actitudes del cuidador respecto al cuidado integral del paciente esquizofrénico.</p> <p>Ho: No existe relación entre la dimensión de aspectos teóricos de conocimientos y las actitudes del cuidador respecto al cuidado integral del paciente esquizofrénico.</p> <p>Hipótesis específica 2</p> <p>Hi: Existe relación entre la dimensión de tratamiento farmacológico de conocimientos y las actitudes del cuidador respecto al cuidado integral del paciente esquizofrénico.</p> <p>Ho: No existe relación entre la dimensión de tratamiento farmacológico de conocimientos y las actitudes del cuidador respecto al cuidado integral del paciente esquizofrénico.</p> <p>Hipótesis específica 3</p> <p>Hi: Existe relación entre la dimensión de terapia psicosocial de conocimientos y las actitudes del cuidador respecto al cuidado integral del paciente esquizofrénico</p> <p>Ho: No existe relación entre la dimensión de terapia psicosocial de conocimientos y las actitudes del cuidador respecto al cuidado integral del paciente esquizofrénico.</p>	<p>VARIABLE 2:</p> <p>Actitud del cuidador del paciente con esquizofrenia</p> <p>DIMENSIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> Componente cognitivo. Componente afectivo Componente conductual 	<p>Método de investigación método hipotético deductivo con diseño no experimental y de nivel descriptivo correlacional, con corte transversal POBLACIÓN MUESTRA:</p> <p>La población a investigar consta de 100 cuidadores y la muestra que se utilizará es de tipo censal ya que se utilizará la población total.</p>

Anexo 2: Instrumentos

INSTRUMENTO DE ENCUESTA PARA NIVEL DE CONOCIMIENTO

Buenos tardes, se les pasará la siguiente encuesta validada por Contreras y adaptada para nuestra investigación para recopilar datos acerca del nivel de conocimiento del familiar cuidador en el cuidado integral del paciente con esquizofrenia en el Centro de Salud Mental Comunitario Grover Mori Romero 2023. Les agradezco de antemano cada minuto de su tiempo por responder las siguientes preguntas:

INSTRUCCIONES:

Marcar con un aspa (x) la alternativa que Ud. Crea conveniente. Se le recomienda responder con la mayor sinceridad posible

DATOS GENERALES:

Sexo: Femenino () masculino ()

Nivel de Instrucción: primaria () secundaria () superior ()

ENCUESTA:

I.ASPECTOS TEÓRICOS

1. ¿Cómo se llama la enfermedad que fue diagnosticado su familiar?

- a) Esquizofrenia
- b) Hipotiroidismo
- c) Asma
- d) Ningunas de las anteriores

2. ¿la esquizofrenia es una alteración a nivel?

- a) Estomago
- b) Cerebro
- c) Riñones
- d) Ningunas de las anteriores

3. ¿dentro de los síntomas positivos encontramos?

- a) Imaginaciones que el mismo lo crea
- b) Mucho sueño
- c) Disminución del apetito
- d) Ninguna de las anteriores

4 ¿Dentro de los síntomas negativos encontramos?

- a) Disminución del apetito
- b) Habla con claridad
- c) Tristeza no habla mucho

d) Ninguna de las anteriores

5. ¿Los delirios consisten en?

- a) Cuenta historias reales
- b) Ver y oír cosas que los demás no pueden ver ni oír
- c) Canta constantemente
- d) Ninguna de las anteriores

6. ¿Durante la fase aguda (o crisis) el usuario presenta síntomas?

- a) Síntomas de la enfermedad son leves
- b) Síntomas de la enfermedad son moderados
- c) Síntomas de la enfermedad son grave
- d) Ninguna de las anteriores

7. ¿Durante la fase de estabilización los síntomas tienden

- a) Reducir los síntomas
- b) Aumentar los síntomas
- c) Se mantiene los síntomas
- d) Ninguna de las anteriores

II. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

8. ¿Cómo se controla la esquizofrenia?

- a) Tratamiento farmacológico
- b) Encerrándole en un cuarto
- c) Dándole muchos alimentos
- d) Ninguna de las anteriores

9. ¿Los medicamentos para la esquizofrenia se deben tomar?

- a) Solo cuando se presente los síntomas
- b) Según la indicación medica
- c) En cualquier momento
- d) Ninguna de las anteriores

10. ¿Las pastillas para controlar la enfermedad generalmente causan efectos secundarios cómo?

- a) Aumento de peso y estreñimiento
- b) Dolor de columna
- c) Debilidad muscular
- d) Ninguna de las anteriores

11. ¿Qué sucede si el usuario deja de tomar las pastillas o toma de forma irregular?

- a) Desaparecen los síntomas
- b) Aparecen los síntomas
- c) Solo se presenta algunos síntomas

d) Ninguna de las anteriores

II. TERAPIA PSICOSOCIAL

12 ¿De qué manera la terapia psicosocial y la administración de fármacos ayudan al usuario con esquizofrenia?

- a) Estabiliza la enfermedad
- b) El usuario es curado
- c) El usuario se mantiene tranquilo por momentos
- d) Ninguna de las anteriores

13 ¿De qué manera ayuda la terapia individual al paciente?

- a) Aprenden a identificar los signos tempranos de recaída
- b) Normaliza los patrones del pensamiento
- c) El paciente reconoce su enfermedad
- d) Todas las anteriores

14. ¿La terapia individual será igual para todos los usuarios con esquizofrenia?

- a) Según el estado de salud del usuario
- b) Son iguales para todos
- c) Según la cantidad de usuarios
- d) Ninguna de las anteriores

15. ¿De qué manera las habilidades sociales ayudan en el usuario?

- a) Como caminar
- b) Ayuda Como peinarse
- c) Mejora la comunicación
- d) Ninguna de las anteriores

16. ¿De qué manera apoya la terapia familiar al usuario?

- a) Dándole apoyo para que participe en el tratamiento y establecer una comunicación
- b) Darle órdenes con un tono de voz alto
- c) Ignorar todo lo que dice el usuario
- d) Ninguna de las anteriores

17. ¿de qué manera ayuda la rehabilitación vocacional al usuario con esquizofrenia?

- a) Prepara al usuario para un trabajo de acuerdo a su condición según su habilidad vocacional
- b) Prepara al usuario para ser conductor
- c) Exige aprender cosas muy difíciles para ellos
- d) Ninguna de las anteriores

INSTRUMENTO DE ENCUESTA PARA ACTITUD

Un saludo cordial para Ud. Estimado(a) señor(a), joven, se les pasará la siguiente encuesta validada por Llanos y adaptada para nuestra investigación para recopilar datos acerca de las actitudes que adopta el familiar cuidador en el cuidado integral del paciente con esquizofrenia en el Centro de Salud Mental Comunitario Grover Mori Romero 2023. Les agradezco de antemano cada minuto de su tiempo por responder las siguientes preguntas: Lea detenidamente las afirmaciones y marque con una (X) la respuesta que Ud. prefiera.

Por ejemplo:

Afirmaciones	Definitivamente Si	Probablemente Si	indeciso	Definitivamente No	Probablemente No
Si me alimento bien me enfermaré					

Actitudes:

Afirmaciones	Definitivamente Si	Probablemente Si	indeciso	Definitivamente No	Probablemente No
DIMENSIÓN COGNITIVA					
1. Si me entero que un familiar mío tiene esquizofrenia no tengo ningún inconveniente porque es una enfermedad como cualquiera					
2.Si me entero que un familiar mío tiene esquizofrenia es una carga para mí y mi familia.					
3.Considero que la enfermedad no es culpa de nadie ni mía.					

4. sé que el paciente con esquizofrenia nunca se curará y que siempre estará mal					
5.Sé que mi familiar con esquizofrenia no tiene conciencia de lo que hace y no puedo culparlo por eso.					
6.Estoy interesado(a) por conocer sobre la enfermedad que sufre mi familiar.					
DIMENSIÓN AFECTIVA					
7. Me desagrada e incómoda cuidar a una persona con esquizofrenia.					
8. Ante la negativa del paciente con esquizofrenia para aceptar su tratamiento es importante que yo le apoye en todo momento.					
9. Siento que yo no puedo ayudar a que el paciente con esquizofrenia se mejore.					
10. Cuando me preguntan si yo tengo un familiar con esquizofrenia yo lo niego.					
11. Me da mucha tristeza saber que mi familia tiene esquizofrenia					

12. Cuando estoy cerca de mi familia me da miedo de que sea agresivo conmigo.					
13. Tengo en cuenta que es lo que mi familiar siente y piensa.					
14. Siento vergüenza cuando me ven con mi paciente que tiene esquizofrenia					
DIMENSIÓN CONDUCTUAL					
15. Memantengo firme en el cumplimiento de su tratamiento					
16. No permito que nada ni nadie intente acercarse a mi familiar con esquizofrenia porque no quiero que le hagan daño.					
17. Si me invitan a una terapia familiar yo participaría.					
18. He pensado en abandonar el cuidado del paciente con esquizofrenia					
19. Visito con frecuencia (seguido) a mi familiar que está hospitalizado.					
20. Estoy dispuesto(a) a participar y apoyar en el tratamiento y recuperación de mi familiar con esquizofrenia.					

Anexo 4: Informe de originalidad

Anexo 5: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Título del proyecto:

Conocimiento y actitud sobre cuidado integral del paciente esquizofrénico del centro de salud mental comunitario Grover Mori Romero, Ambo, Huánuco 2024

Nombre de la investigado:

ANTHONY RAPHAEL DUEÑAS ACUÑA

Propósito del estudio: Determinar la relación entre el nivel de conocimientos y actitudes del cuidador respecto al cuidado integral del paciente esquizofrénico.

Beneficios por participar: Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

Costo por participar: Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

Confidencialidad: La información que usted proporcione estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

Renuncia: Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Consultas posteriores: Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a Anthony Raphael Dueñas Acuña, autor de esta investigación.

Participación voluntaria:

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido

indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente en el estudio.

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
N° de DNI:	
N° de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
Correo electrónico	
Nombre y apellidos del investigador	Firma
N° de DNI	
N° teléfono móvil	
Nombre y apellidos del responsable de encuestadores	Firma
N° de DNI	
N° teléfono	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

Ambo, Huánuco, 06 de junio del 2024

***Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado.**

.....
Firma del participante

● 16% Overall Similarity

Top sources found in the following databases:

- 13% Internet database
- 1% Publications database
- Crossref database
- Crossref Posted Content database
- 13% Submitted Works database

TOP SOURCES

The sources with the highest number of matches within the submission. Overlapping sources will not be displayed.

1	repositorio.ucv.edu.pe Internet	3%
2	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	2%
3	Universidad Wiener on 2023-07-05 Submitted works	2%
4	uwiener on 2024-06-23 Submitted works	1%
5	repositorio.unphu.edu.do Internet	<1%
6	uwiener on 2023-01-23 Submitted works	<1%
7	Universidad Wiener on 2024-09-28 Submitted works	<1%
8	uwiener on 2024-04-17 Submitted works	<1%