



Universidad
Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN SALUD
MENTAL Y PSIQUIATRÍA

Trabajo Académico

Conocimiento y actitudes estigmatizantes del cuidador de paciente con esquizofrenia que acude a consulta externa de un centro de salud mental comunitario en Huánuco, 2026

Para optar el Título de
Especialista en Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría

Presentado por:

Autora: Paucar Barrionuevo, Denia Lorena

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-0064-7394>

Asesora: Mg. Gil Miranda, Elizabeth Maribel

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-6440-6454>

Lima – Perú

2026

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 01/07/2026

Yo **PAUCAR BARRIONUEVO, DENIA LORENA**, con código ORCID: <https://orcid.org/my-orcid?orcid=0009-0005-0064-7394> Egresada(o) de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académica de Enfermería, **ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA**, de la Universidad Privada Norbert Wiener; declaro que el trabajo académico titulado **“CONOCIMIENTO Y ACTITUDES ESTIGMATIZANTES DEL CUIDADOR DE PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA QUE ACUDE A CONSULTA EXTERNA DE UN CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO EN HUÁNUCO, 2026** Asesorado por la Docente **GIL MIRANDA ELIZABETH MARIBEL**, DNI 09774617, CÓDIGO ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-6440-6454>, tiene un índice de similitud de 11%, oid: 14912:602992212, 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)
PAUCAR BARRIONUEVO, DENIA LORENA
DNI N° 73784184



.....
Firma del Asesor
GIL MIRANDA, ELIZABETH MARIBEL
DNI N° 09774617

Lima, 01 de Julio del 2026

Dedicatoria

A los pacientes con esquizofrenia y a sus cuidadores, por su fortaleza cotidiana frente a los prejuicios y al estigma.

A mi familia, por su amor incondicional y por enseñarme a mirar la salud mental con compasión.

Y a mí, por no rendirme a pesar del cansancio, por seguir creyendo en la posibilidad de una salud mental digna y humana para todos.

Agradecimiento

A mi mentora de tesis, por su orientación, empatía y rigurosidad académica, siendo claves en cada etapa del trabajo. Y, por último, agradezco a “mis personas”, que con su trato amable, creyeron en mí cuando más lo necesitaba. Este trabajo también es para ustedes.

JURADO**Presidente :****Secretario :****Vocal :**

ÍNDICE

Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
ÍNDICE	vi
RESUMEN	viii
ABSTRACT.....	ix
1. EL PROBLEMA.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.1.1. Problema general	3
1.1.2. Problemas específicos	3
1.2. Objetivos de la investigación	3
1.2.1. Objetivo general.....	3
1.2.2. Objetivos específicos	4
1.3. Justificación de la investigación	4
1.3.1. Teórica	4
1.3.2. Metodológica	5
1.3.3. Práctico	5
1.4. Delimitaciones de la investigación	6
1.4.1. Temporal	6
1.4.2. Espacial	6
1.4.3. Población o unidad de análisis.....	6
2. MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. Antecedentes de investigación.....	7
2.2. Bases teóricas.....	12
2.3. Formulación de hipótesis	35
2.3.1. Hipótesis general	35
3. METODOLOGÍA	36
3.1. Método de la investigación	36
3.2. Enfoque de la investigación	36
3.3. Tipo de investigación	36

3.4. Diseño de la investigación.....	37
3.5. Población, muestra y muestreo.....	37
3.6. Variables y operacionalización	38
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	41
3.7.1. Técnicas	41
3.7.2. Descripción de instrumentos.....	41
3.7.3. Validación	42
3.7.4. Confiabilidad.....	43
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	44
3.9. Aspectos éticos	44
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	46
4.1. Cronograma de actividades	46
4.2. Presupuesto.....	47
5. REFERENCIAS.....	48
ANEXOS	61
Anexo 1. Matriz de consistencia.....	62
Anexo 2. Instrumentos	64
Anexo 3. Consentimiento informado.....	68
Anexo 4. Informe de originalidad.....	70

RESUMEN

Introducción: La esquizofrenia es un grave trastorno mental que impacta el funcionamiento del paciente y afecta a sus cuidadores emocionalmente. El desconocimiento sobre la enfermedad y las actitudes estigmatizantes afecta negativamente la calidad del cuidado, adherencia al tratamiento y la inclusión social. **Objetivo:** Establecer la relación que existe entre el conocimiento y las actitudes estigmatizantes del cuidador de paciente con esquizofrenia que acude a consulta externa de un Centro de Salud Mental Comunitario en Huánuco, 2026. **Metodología:** trata de un enfoque hipotético-deductivo porque partirá de hipótesis formuladas desde el marco teórico que luego se contrastarán. Este estudio es de tipo aplicado y descriptivo, y se llevará a cabo mediante un diseño no experimental de corte transversal. Además, el carácter de la investigación es correlacional. La muestra, como unidad de análisis, estará constituida por 43 cuidadores de pacientes diagnosticados con esquizofrenia en el Centro de Salud Mental Comunitario denominado “Esperanza”, seleccionados de manera conveniente para este propósito. **Instrumentos:** Se aplicará dos cuestionarios validados y confiables para medir el nivel de conocimiento del cuidador del paciente con esquizofrenia y cuestionario de actitudes estigmatizantes. Los datos recolectados, serán tabulados y procesados en el SPSS 26, se usará la prueba estadística de Correlación de Spearman, teniendo como regla de decisión un $p < 0.05$, para determinar la significancia. Procesamiento de datos se realizará mediante el software del programa Excel 2016. Se tomará en cuenta los principios éticos como la Autonomía, Beneficencia, No maleficencia y Justicia.

Palabras claves: Conocimiento, actitud, estigma, esquizofrenia, salud mental.

ABSTRACT

Introduction: Schizophrenia is a serious mental disorder that impacts the patient's functioning and affects their caregivers emotionally. Lack of knowledge about the illness and stigmatizing attitudes negatively affect the quality of care, treatment adherence, and social inclusion. **Objective:** To establish the relationship between knowledge and stigmatizing attitudes among caregivers of patients with schizophrenia attending outpatient clinics at a Community Mental Health Center in Huánuco, 2026. **Methodology:** This study employs a hypothetical-deductive approach, starting with hypotheses formulated from the theoretical framework, which are then tested. It is an applied and descriptive study, conducted using a non-experimental, cross-sectional design. Furthermore, the research is correlational. The sample, as the unit of analysis, consists of 43 caregivers of patients diagnosed with schizophrenia at the "Esperanza" Community Mental Health Center, selected appropriately for this purpose. **Instruments:** Two validated and reliable questionnaires will be administered to measure the caregiver's level of knowledge of patients with schizophrenia and a questionnaire on stigmatizing attitudes. The collected data will be tabulated and processed using SPSS 26. Spearman's rank correlation coefficient will be used, with a significance level of $p < 0.05$. Data processing will be performed using Microsoft Excel 2016. Ethical principles such as autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice will be considered.

Keywords: Knowledge, attitude, stigma, schizophrenia, mental health.

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

De acuerdo con publicaciones internacionales, como el de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que la esquizofrenia afecta a 1 de cada 233 personas, lo que equivale a alrededor de 23 millones de individuos. Esto significa que aproximadamente el 0,43% de la población mundial tiene un diagnóstico de esquizofrenia. Este trastorno conlleva una carga significativa de discapacidad y una esperanza de vida más corta, en parte debido a problemas de salud física concurrentes y al riesgo de suicidio (1).

En cuanto al contexto europeo, la prevalencia de casos oscila del 0.02% por 1000 personas, registrados durante el año 2023 (2). En los países como en España, hasta el 2022 se registran alrededor del 0.43 % de la población adulta con esquizofrenia (3). En Irlanda existen tasas de mortalidad por esquizofrenia que va de 0.00013% por 100.000 personas (4). Si bien Europa ha desarrollado normativas internacionales que promueven la atención comunitaria y la reducción del estigma, aún persisten barreras culturales y sociales que limitan la inclusión plena de los pacientes.

Por otro lado, en Norteamérica, particularmente en Estados Unidos, la prevalencia se estima entre 0.25 y 0.64 % de la población adulta, lo que representa alrededor de 1.5 a 2 millones de personas. El National Institute of Mental Health (NIMH) durante el 2025, señala que la esquizofrenia suele iniciar entre los 15 y 30 años, generando una alta carga emocional y económica en los cuidadores y las familias (5).

En la Latinoamérica y países del Caribe según organismos internacionales, existe una notable brecha en el acceso a tratamientos adecuados para la esquizofrenia, alcanzando un alarmante 56,9 por ciento (6). En el ámbito latinoamericano, la situación refleja retos similares. En Brasil muestran

un estigma significativo entre los cuidadores, afectando la adherencia al tratamiento y el soporte social del paciente. Asimismo, la falta de programas educativos especializados contribuye a perpetuar actitudes negativas, limitando los avances hacia una atención inclusiva y equitativa (7). En Colombia la incidencia muestra que el 1% de la población es afectada por esquizofrenia, lo que equivaldría a 520.000 personas (8).

En 2023, una publicación destacó que, el 1% de la población peruana tiene esquizofrenia, según el Instituto Nacional de Salud Mental (9). Sin embargo, la estigmatización y el desconocimiento sobre el manejo adecuado de la enfermedad por parte de los cuidadores siguen siendo barreras significativas. La Encuesta Nacional de Salud Mental en el 2021 reveló que más del 60 % de los cuidadores presentan actitudes discriminatorias, lo que afecta el tratamiento oportuno (10).

Los Centros de Salud Mental Comunitaria en Perú son fundamentales para ofrecer una atención integral, pero lamentablemente, hay muy pocas iniciativas educativas dirigidas a los cuidadores. El estigma asociado a la salud mental provoca un aislamiento social, retrasa el tratamiento, y puede llevar a más recaídas y un empeoramiento de los síntomas. Estas actitudes no solo afectan a los pacientes, sino que también aumentan la carga emocional y el agotamiento de quienes cuidan de ellos. Las principales razones detrás de esto son la falta de capacitación, la escasa difusión de información y el acceso limitado a recursos psicosociales (11).

En Huánuco, hemos notado que faltan estrategias efectivas para reducir el estigma y mejorar el conocimiento sobre la esquizofrenia. Esto afecta negativamente tanto la calidad de vida de los pacientes como el bienestar de quienes los cuidan. Este problema abarca varios aspectos, como las intervenciones dirigidas a la población en general, la percepción social de la psiquiatría, el papel de los medios de comunicación y la actuación de los profesionales de la salud. Por lo tanto, es fundamental analizar cómo se relacionan el conocimiento y las actitudes estigmatizantes de los

cuidadores de pacientes con esquizofrenia. Esto nos permitirá diseñar acciones de sensibilización, a través de campañas educativas y programas que fomenten un enfoque más humanizado, ayudando así a reducir la discriminación hacia las personas con trastornos mentales.

1.1.1. Problema general

¿Cómo se relaciona el conocimiento y las actitudes estigmatizantes del cuidador de paciente con esquizofrenia que acude a consulta externa de un Centro de Salud Mental Comunitario en Huánuco, 2026?

1.1.2. Problemas específicos

- a. ¿Cómo se relaciona el conocimiento según dimensión aspectos generales y las actitudes estigmatizantes del cuidador de paciente con esquizofrenia?
- b. ¿De qué manera se relaciona el conocimiento según dimensión tratamiento farmacológico y las actitudes estigmatizantes del cuidador de paciente con esquizofrenia?
- c. ¿De qué manera se relaciona el conocimiento según dimensión tratamiento psicosocial y las actitudes estigmatizantes del cuidador de paciente con esquizofrenia?

1.2. Objetivos de la investigación

1.2.1. Objetivo general

Determinar la relación que existe entre el conocimiento y las actitudes estigmatizantes del cuidador de paciente con esquizofrenia que acude a consulta externa de un Centro de Salud Mental Comunitario en Huánuco, 2026.

1.2.2. Objetivos específicos

- a. Identificar la relación entre el conocimiento según dimensión aspectos generales y las actitudes estigmatizantes del cuidador de paciente con esquizofrenia.
- b. Identificar la relación entre el conocimiento según dimensión tratamiento farmacológico y las actitudes estigmatizantes del cuidador de paciente con esquizofrenia.
- c. Identificar la relación entre el conocimiento según dimensión tratamiento psicosocial y las actitudes estigmatizantes del cuidador de paciente con esquizofrenia.

1.3. Justificación de la investigación

1.3.1. Teórica

Esta investigación se basa en el modelo teórico del Conocimiento de Enfermería de Carper, que resalta la importancia de los conocimientos empíricos, éticos, estéticos y personales en la atención a pacientes con esquizofrenia. La teoría muestra cómo obtener el conocimiento adecuado puede mejorar las interacciones de cuidado y facilitar una toma de decisiones más informada.

Por otro lado, Hildegard Peplau en su teoría titulada la Teoría de las Relaciones Interpersonales enfatiza que la actitud del cuidador es fundamental en la enfermería de salud mental, ya que define la calidad de la interacción terapéutica y la confianza, elementos que son clave para fomentar la adherencia y reducir el estigma. Una actitud positiva, centrada en el respeto y la empatía, convierte el proceso del cuidado en un proceso de crecimiento de ambos: el paciente y el cuidador. En cambio, una actitud negativa, provocada por prejuicios da lugar a malentendidos y las relaciones de ayuda se resienten. Por ello, el entrenamiento en salud mental y la psicoeducación son

herramientas básicas para promover actitudes de cuidado más inclusivas y humanas (12).

1.3.2. Metodológica

Desde un enfoque metodológico, el presente estudio se ajustará a un método hipotético-deductivo pues formula hipótesis a partir del marco teórico, y mediante el proceso deductivo y se derivan consecuencias lógicas y observables que serán verificadas con la evidencia empírica para aceptar o rechazar dichas hipótesis. Este estudio se centra en una investigación que no es experimental, además, se caracteriza por ser de tipo transversal y correlacional. Su función fundamental será la identificación y la descripción en profundidad del nivel de conocimiento que poseen los cuidadores y de las actitudes que ellos exhiben, las cuales pueden denominarse estigmatizantes. Este estudio proporcionará además instrumentos que han sido válidamente comprobados y que son confiables para las investigaciones que emergerán en el ámbito de la Enfermería. Finalmente, se describirán los procesos de análisis estadístico con los que se quiere demostrar la validez de contenido de los instrumentos y afín a los estudios realizados.

Dentro de los instrumentos elegidos se encuentran el “Cuestionario para medir el nivel de conocimiento”, adaptado por Tolentino en 2021, y el "Cuestionario de actitudes estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales", adaptado por Bolivar-Paredes al contexto peruano en 2015, ambos han sido adaptados a la realidad nacional y ajustados específicamente para esta investigación, con el fin de obtener los resultados esperados.

1.3.3. Práctica

Desde una perspectiva más práctica y aplicada, este estudio adquiere una relevancia significativa, porque permitirá llevar a cabo talleres de capacitación y seguimiento para los cuidadores de pacientes con esquizofrenia de un centro de salud mental comunitario en Huánuco. Además de

estos talleres, el estudio también contribuirá a la creación de guías prácticas de cuidado que se adapten al contexto local, la formación de grupos de apoyo emocional para ayudar a aliviar la carga de los cuidadores, y el desarrollo de indicadores de evaluación que nos ayuden a medir los cambios en el conocimiento y las actitudes estigmatizantes.

Estos aportes beneficiarán directamente la calidad de la interacción entre cuidadores y pacientes, reducirán la carga emocional de los cuidadores y servirán como recurso para los directores de hospitales, jefes de enfermería y personal asistencial, quienes podrán implementar procesos de mejora continua en la atención, alineados con la estrategia nacional de salud mental comunitaria, asegurando así la sostenibilidad del plan terapéutico y la posibilidad de replicar el modelo en otros centros de la región.

1.4. Delimitaciones de la investigación

1.4.1. Temporal

El estudio se llevará a cabo entre noviembre de 2025 a abril 2026.

1.4.2. Espacial

La investigación se desarrollará en el Centro de Salud Mental Comunitario “Esperanza” en la ciudad de Huánuco, Perú, cito en la avenida circunvalación N° 565.

1.4.3. Población o unidad de análisis

El grupo estará compuesto por los cuidadores que se encargan del bienestar y atención de aquellos pacientes que han recibido un diagnóstico de esquizofrenia y que asisten a consultas externas en un Centro de Salud Mental Comunitario.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de investigación

Antecedentes internacionales

Quesada (13), en el 2025, en España, tuvo el objetivo de “analizar la relación entre conocimientos, actitudes y conductas vinculadas al estigma, comparando a profesionales de salud mental (SM) con población general cercana a centros especializados.” Con un enfoque cuantitativo. Se emplearon 3 escalas a una muestra estratificada de 50 participantes en Sevilla, 20 profesionales y 30 la población general. Según resultados el 68% de los participantes mostró contacto previo con personas de SM, mientras que el 32% no lo había tenido. Asimismo, el 58,8% son profesionales del área. En relación con el acceso de información sobre SM, el 52% reportó estar informada, frente al 48% que no. Los profesionales presentaron mayor nivel de conocimiento; sin embargo, ello no se asoció con actitudes más inclusivas. Existe la necesidad de fortalecer estrategias de sensibilización orientadas a promover enfoques más empáticos y transformadores en SM.

Clavery et al. (14), en el 2024, Pakistán, desarrolla un estudio con la finalidad de “identificar los factores relacionados con el estigma asociado a la actitud entre los cuidadores de pacientes con enfermedades mentales”. Estudio cuantitativo, de diseño transversal, donde utilizaron 2 cuestionarios para 422 cuidadores. Resultó que el 95.3% de los cuidadores presentaban estigmas asociados a la actitud hacia los pacientes, y el 63.3% reportó experiencias de estigma y discriminación. Factores significativos incluyeron la edad, educación, ocupación, lugar de residencia, relación con el paciente y la frecuencia de hospitalización. Concluyeron que es necesario proporcionar apoyo social a los cuidadores para mitigar el estigma y recomendaron estudios longitudinales futuros para identificar factores de riesgo adicionales.

Wang, et al. (15), en el 2023, en China, ejecutaron una tesis con la intención de “examinar el nivel de gravedad del estigma de afiliados y la carga de cuidados e identificar los correlatos entre los FCPW en zonas rurales”. De acuerdo a su metodología fue un estudio descriptivo, correlacional, se aplicó 1 encuesta y 1 entrevista a 253 cuidadores. Los resultados indican que la mayoría de los cuidadores de personas con esquizofrenia (FCPWS) manifestaron experimentar niveles elevados y severos de estigma afiliado 78,6% y de carga de cuidado 95,2%. Aquellos cuidadores que eran de mediana edad, estaban desempleados, enfrentaban una alta carga de cuidado y tenían una baja calidad de vida, mostraron un estigma más intenso hacia los afiliados. Concluyen que, las cuidadoras además de experimentar un alto estigma afiliado y una baja calidad de vida, soportaban una carga de cuidado más significativa.

Hao et al (16), en el 2023, en China, llevó a cabo una exhaustiva investigación con la meta de específico de “investigar las actitudes estigmatizantes hacia la depresión, la esquizofrenia y el trastorno de ansiedad general (TAG) entre los cuidadores de pacientes con trastornos mentales en China”. Fue un estudio transversal aplicó 1 encuesta de actitudes a 607 cuidadores. El estigma se sustentaba en creencias como “la persona podía superar el problema sola, era peligrosa”. Muchos consideraron que el TAG no era una enfermedad médica real, a diferencia de la esquizofrenia. Resulta que las tasas fueron mayores en esquizofrenia 57,2% frente a depresión y TAG. Concluyen que los cuidadores se mostraron reacios a permitir que alguien con esquizofrenia se case con un miembro de su familia. Por lo tanto, existe la necesidad de mejorar el conocimiento en salud mental y reducir el estigma.

Padilla (17) en el 2025, en Ecuador, desarrolló un estudio con el fin de “identificar la prevalencia y características de las percepciones negativas hacia las personas con enfermedades mentales en los pacientes que acudieron al centro médico Divino Niño Jesús”. El autor llevó un análisis de tipo

cuantitativa, correlacional, transversal y descriptiva en la cual se aplicaron 2 encuestas electrónicas. La población estuvo conformada por 564 pacientes sin diagnóstico previo de trastorno mental, de los cuales se seleccionó aproximadamente 229 participantes. Los hallazgos evidenciaron que el 72,3% de los encuestados fueron mujeres, el 89,5% mestizos y el 37,1% contaba con educación superior, predominando un nivel medio de estigma en la mayoría de la población estudiada. Se concluyó que el estigma hacia las enfermedades mentales es de naturaleza multifactorial, por ello las intervenciones deben ser integrales para su abordaje.

Antecedentes nacionales

Aguirre (18), en el 2023, en Huánuco, llevó a cabo una tesis con el fin de “determinar la actitud de los familiares hacia el cuidado en el hogar de pacientes con esquizofrenia”. Utilizando una metodología de enfoque cuantitativo, de corte transversal, utilizando como instrumento la encuesta, siendo 40 familiares la población y muestra. Encontrando que la mayoría fueron mujeres (67%) y tenían entre 41 y 59 años (35%). El 52% mostró una actitud favorable hacia el cuidado en casa, mientras que el 48% no favorable. Por dimensiones, la actitud positiva fue mayor en la cognitiva 58%, seguida de la afectiva 53% y la conductual 47%. Se concluye que es necesario fortalecer el apoyo y la educación de los cuidadores para mejorar sus actitudes y habilidades en el cuidado de estos pacientes.

Quilla (19), en el 2022, en Lima, estudió la “evaluar la relación entre la percepción de bienestar y la presencia de síntomas depresivos en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza”. Utilizando una metodología cuantitativa, de tipo descriptivo, se aplicó 1 cuestionario y se analizó una muestra censal de 32 cuidadores principales. Los hallazgos mostraron que el 67.5% presentaba síntomas depresivos de moderados a severos. Factores

contextuales y sociodemográficos, como el tiempo de cuidado y el vínculo con el paciente, influyeron de manera relevante. Concluye que es necesario implementar programas de apoyo psicológico y social para fortalecer el bienestar de los cuidadores y disminuir la presencia de síntomas depresivos en el contexto del cuidado de pacientes con esquizofrenia.

Tolentino (20), en el 2021, en Huaraz, ejecutó un estudio con el propósito de “determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de los cuidadores sobre el cuidado integral de pacientes con esquizofrenia en el Centro de Salud Mental Comunitario Ally Waraq”, su metodología fue cuantitativa de tipo descriptivo, se ejecutaron 2 cuestionarios, 1 sobre conocimientos y otro de actitudes. La muestra censal se trabajó con 90 cuidadores de pacientes con esquizofrenia. El 86.7% mostró alto nivel de conocimiento y el 75.6% actitudes positivas. Se halló correlación moderada entre conocimiento y las dimensiones cognitiva, afectiva y conductual. Concluye: que los hallazgos resaltan la necesidad de programas de psicoeducación.

Cruz (21), en el 2022, en Cajamarca, ejecutó su tesis la cual tuvo como finalidad “determinar el nivel de conocimientos sobre la esquizofrenia en familiares de pacientes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Jaén”. Se realizó un estudio descriptivo y transversal. La recopilación de datos se realizó de manera sistemática utilizando un cuestionario diseñado específicamente para evaluar aspectos relacionados con la esquizofrenia, lo cual resultó en una notable y elevada confiabilidad que alcanzó un índice de 0,77. Tiene una población de 120 y una muestra de 92 familias. El autor halló un 95,5% de conocimientos bajos y 4,5% regulares en los familiares sobre la esquizofrenia del paciente. En cuanto a sus dimensiones, dominó un nivel bajo en patogénesis 96,4%, en terapéutica 92,8%, y en apoyo emocional 79,9%. En resumen: Los familiares de pacientes con esquizofrenia no conocen la enfermedad.

Crispin (22), en el 2023, en Huánuco, investigó con el propósito de “describir el nivel de las actitudes estigmatizantes en los profesionales de salud del Hospital Regional Hermilio Valdizán hacia las personas con trastornos mentales”. El tipo de investigación es cuantitativo, descriptivo, no experimental. Para el desarrollo del instrumento se usó 1 cuestionario psicométrico y participaron 565 trabajadores quedando una muestra de 80 profesionales. Los descubrimientos evidencian que el 36% presentaron un nivel alto de actitudes estigmatizantes hacia personas con trastornos mentales a diferencia de un 29% que representan un nivel bajo. Se demuestra que existe presencia significativa de actitudes y respuestas emocionales estigmatizantes en los trabajadores de salud, lo que podría influir negativamente en el cuidado brindado a usuarios con trastornos mentales.

2.2. Bases teóricas

Variable 1: Conocimiento

La forma en que entendemos el conocimiento hoy en día es un proceso que avanza de manera constante y gradual, algo que la humanidad ha cultivado a lo largo de su historia. Este proceso tiene como objetivo principal que los seres humanos comprendan su entorno y, al mismo tiempo, logren su desarrollo pleno, tanto a nivel individual como colectivo como especie. Desde un enfoque científico, la epistemología se encarga de estudiar y analizar los fundamentos del conocimiento. Esta disciplina constituye, fundamentalmente, la denominada teoría del conocimiento (23).

La etimología de la expresión del conocimiento es lo que entendemos como ciencia. Por tanto, muchos de los círculos académicos, sostienen que esta área de estudio es la base esencial de toda tipología del conocimiento. La definición formal de esta disciplina es un análisis exhaustivo y crítico que se centra en el modo de desarrollo, así como en los métodos que se utilizan y en los resultados que se obtienen en el ámbito de las ciencias o por otra parte se describe como el campo del saber que estudia y analiza la capacidad de comprensión humana, temas tratados desde la ciencia (24).

Conocimiento del cuidador del paciente con esquizofrenia

El conocimiento que tiene un cuidador sobre un paciente con esquizofrenia se puede entender como un conjunto de saberes, tanto teóricos como prácticos, que le permiten entender la naturaleza de la enfermedad, sus síntomas, los factores de riesgo que la acompañan y las estrategias de intervención necesarias para ofrecer un cuidado integral. Este saber inscrito en un contexto social

va mucho más allá de producir la mera identificación de los síntomas que puede desplegar un paciente o de tan solo administrar medicamentos; Incluye un saber que es capaz de entender las dimensiones psicosociales que afectan en el desarrollo de los pacientes la adherencia al tratamiento, la caída de los pacientes y la reintegración. En un marco teórico para los asistentes, el rol que ocupa el cuidador en el proceso de la asistencia al paciente es poco discutido e indiscutible, ya que el nivel de saber de los profesionales de la asistencia tiene efectos en la problemática ática de los usuarios y en la eficacia de los programas de asistencia en salud mental de la comunidad (25).

La esquizofrenia implica una enfermedad psicológica grave y compleja Dicha enfermedad afecta de manera determinante la forma como las personas procesan la información, sienten las emociones y hacen frente a los retos cotidianos. Las personas que padecen esquizofrenia pueden parecer completamente desconectadas de la realidad. Esto puede ser desgarrador, tanto para las personas afectadas como para los familiares y los amigos que se ven preocupados por la condición de su ser querido. Esta serie de síntomas tan variada puede impedir que las personas esquizofrénicas puedan llevar a cabo las actividades de la vida diaria o la vida cotidiana que solían realizar. Sin embargo, existen tratamientos que ayudan a que los problemas de la esquizofrenia se conviertan en problemas que pueden ser resueltos. Muchas personas que reciben tratamiento pueden realizar actividades escolares o laborales, lo cual permite a las personas afectadas conseguir cierta autonomía, e incluso interacciones personales significativas (26).

Dimensión 1: Aspectos generales

La esquizofrenia es un trastorno mental que afecta profundamente la calidad de vida, tanto en personas con esquizofrenia como en sus familiares. Aunque el tratamiento y el manejo de la

enfermedad son llevados a cabo por profesionales de la salud mental, en la vida cotidiana son los familiares quienes con frecuencia ejercen como cuidadores principales, a menudo sin tener la preparación suficiente para llevar a cabo esta función. Es aquí donde la psicoeducación juega un papel fundamental al proporcionar información precisa y recursos prácticos que pueden mejorar la calidad de vida del paciente y de quienes lo rodean. Cuidar a alguien con esquizofrenia no es fácil, especialmente si no hay conocimientos básicos sobre la enfermedad y no hay otros familiares ni profesionales de la salud de apoyo. Esto pone de manifiesto la necesidad de disponer de programas de apoyo y formación para los cuidadores (27).

Síntomas

Los síntomas son manifestaciones subjetivas de ciertas alteraciones de la salud, sólo percibidos por el paciente y comunicados de forma verbal a quien sea el profesional sanitario. En cambio, los signos son objetivos, pueden ser controlados mediante examen físico o pruebas (fiebre o erupción), los síntomas dependen de la experiencia sensorial individual (dolor o sensación de náuseas o fatiga). Su estudio forma parte esencial de la semiología clínica, a la que se accede mediante la anamnesis que permite el encauzamiento de la orientación del diagnóstico. La sintomatología es el conjunto de los síntomas que caracterizan una enfermedad determinada; puede ser inespecífico (astenia o cefalea, común a múltiples patologías) o patognomónica (altamente sugestivo de una única condición como alucinaciones auditivas y en esquizofrenia). Se pueden clasificar de acuerdo con la localización (locales o generales), con la duración (agudos o crónicos), con la intensidad (leves o graves), y con la naturaleza (positivos como convulsiones o negativos como amnesia). Esta diversidad implica la complejidad del cuerpo humano y requiere un análisis contextual para poder diferenciar causas orgánicas, funcionales o psicosomáticas (28).

En la práctica clínica, especialmente en enfermería y psiquiatría, los síntomas guían intervenciones iniciales y evalúan la evolución terapéutica, influyendo en la calidad de vida del paciente y sus cuidadores. Por ejemplo, en trastornos como la esquizofrenia, síntomas como delirios o apatía no solo afectan al individuo, sino que generan estigma en familiares, perpetuando ciclos de aislamiento. Su correcta interpretación, combinada con signos, permite un abordaje holístico alineado con modelos de cuidado familiar (29).

En términos generales, los síntomas de la esquizofrenia se dividen en dos grandes grupos. Por un lado, tenemos los síntomas positivos, que son esos comportamientos o experiencias que no se encuentran en personas sanas. Por otro lado, están los síntomas negativos, que se caracterizan por la ausencia o reducción de funciones o comportamientos que normalmente tendría el individuo (30).

1. Positivos:

- **Trastorno del pensamiento:** Los trastornos del pensamiento son cambios significativos en cómo se estructura, fluye y se desarrolla el pensamiento humano, lo que dificulta organizar las ideas de manera lógica y coherente. Se caracterizan por una desconexión en la forma en que las ideas se relacionan, se comunican y se perciben, lo que provoca dificultades en la comunicación tanto verbal como no verbal, así como en la conexión con la realidad objetiva. Estos trastornos afectan el pensamiento interno y se manifiestan externamente a través de un lenguaje desorganizado, impactando la vida social, laboral y personal de la persona (31).

De manera general, se diferencian dos tipos de trastornos de los procesos de pensamiento: los formales, que afectan la estructura y el flujo del pensamiento (aceleración, bloqueo,

descarrilamiento o incoherencia) y los de contenido, que presentan creencias o ideas irracionales a modo de delirios (grandeza, persecución o control) persistentes. Estos trastornos pueden presentarse de manera independiente o como síntomas que vía la experiencia en los episodios psicóticos más graves (esquizofrenia, trastorno bipolar con fase psicótica o trastornos por sustancias). Los factores implicados en los trastornos de los procesos del pensamiento son factores de origen genético, desequilibrio en la transmisión de las neurotransmisiones facilitadoras de la dopamina o la serotonina, traumas a edades muy tempranas, factores medioambientales, etc., lo que hace reseñable que los trastornos sean múltiples (30).

- **Delirios:** Los delirios son creencias erróneas y poco realistas que una persona sostiene ineludiblemente, a pesar de que existen pruebas objetivas que dicen lo contrario, pues son parte de los trastornos del pensamiento en un contexto de psicopatología, son un síntoma nuclear de los episodios psicóticos, quienes piensan de forma distorsionada, sin la posibilidad de cuestionar y/o manipular del razonamiento lógico y/o de los hechos objetivos, a diferencia de las alucinaciones, que suponen una percepción sensorial sin un estímulo, los delirios son las creencias superficiales del pensamiento que llevan a la persona a la emoción, a la acción y a las relaciones interpersonales; los delirios pueden ser sistematizados es decir que son completos, coherentes y organizados - o no sistematizados, es decir que son caóticos y fragmentados (32).

Desde una visión más amplia desde su origen, los delirios derivan de interacciones complejas de factores neurobiológicos, genéticos y ambientales que incluyen desregulaciones de la dopamina en los circuitos mesolímbicos, así como predisposiciones hereditarias que también tienen lugar en la esquizofrenia o el trastorno bipolar, y

detonantes como el estrés crónico, el uso de sustancias o los traumas vividos. Pueden ser clasificados en relación al contenido temático: delirios persecutorios (la idea de ser seguido o perseguido), de grandeza (la creencia en poder ser extraordinario, en tener contactos especiales con seres superiores o en recibir tareas extraordinarias a desarrollar como misión divina), de referencia (la creencia de que los acontecimientos ordinarios del mundo se relacionan con ellos en forma de mensaje), somáticos (la creencia de que hay un cambio corporal que no lo hay) de control (la idea de que sus pensamientos o acciones han sido manipulados exteriormente) o nihilistas (la negación de la propia existencia o la del mundo). Pueden influir en la funcionalidad de la vida diaria, promoviendo el aislamiento social o la evitación y la agresividad defensiva. Los delirios son relativamente frecuentes en la esquizofrenia, donde incluso pueden aparecer en el 80% de los casos de la enfermedad, el trastorno delirante o la depresión psicótica (33).

- **Alucinaciones:** Las alucinaciones son esas percepciones sensoriales tan vívidas y reales que parecen sacadas de la nada, sin que haya un estímulo externo que las provoque. Pueden involucrar cualquier sentido: la vista, el oído, el olfato, el gusto o el tacto. A diferencia de las ilusiones, que son distorsiones de algo que realmente existe, las alucinaciones surgen de procesos internos en el cerebro que pueden volverse confusos. En este caso, recuerdos, imágenes mentales o señales neuronales se mezclan con experiencias externas que son incontrolables y muy convincentes para quien las vive. Se sienten tan intensamente como una percepción real y, a menudo, vienen acompañadas de anosognosia, que es la falta de conciencia sobre su propia irrealidad. Estas experiencias son un síntoma clave en trastornos psicóticos, neurológicos o inducidos (34).

Desde un punto de vista más amplio sobre sus causas, las alucinaciones pueden ser el resultado de desregulaciones neuroquímicas, como la hiperactividad de la dopamina en ciertas vías del cerebro, problemas en la integración sensorial en la corteza o fallos en cómo filtramos lo que percibimos (lo que se conoce como el modelo de "saliencia aberrante"). Hay varios factores que pueden predisponer a alguien a experimentar alucinaciones, como la genética (por ejemplo, variaciones en genes relacionados con la dopamina), traumas en la cabeza, epilepsia del lóbulo temporal, demencias como la de cuerpos de Lewy, abuso de sustancias (como LSD, cannabis o alcohol) o incluso la privación sensorial extrema. Las alucinaciones se pueden clasificar según el sentido que afecten: auditivas (como voces que comentan en la esquizofrenia), visuales (figuras que aparecen en delirios), olfativas (olores desagradables en la epilepsia) o cenestésicas (sensaciones internas del cuerpo). Además, pueden variar en su grado de convicción, afectando emociones como el miedo o la euforia y provocando comportamientos disruptivos (35).

2. Negativos

- **Afecto embotado (o sin interés):** La dificultad para responder emocionalmente de manera adecuada en diferentes situaciones sociales es un desafío. Las personas que sufren de esquizofrenia a menudo muestran una notable falta de expresión de sentimientos o emociones, lo que puede hacer que parezcan distantes o desconectadas de su entorno y de los demás. Suelen evitar el contacto visual, eligiendo no establecer conexión a través de la mirada, y sus gestos y movimientos son escasos, casi mínimos (36).

- **Abulia:** La abulia puede ser definida como un estado psicológico que se manifiesta en la falta de espontaneidad en el comportamiento de una persona, así como en la presencia de una considerable dificultad que experimenta para emprender y realizar acciones de forma autónoma y sin la necesidad de estímulos externos. Esto implica que aquellos individuos que padecen de abulia se encuentran con significativos desafíos y dificultades cuando se trata de tomar la iniciativa y llevar a cabo acciones en una variedad de situaciones que se presentan en su vida diaria (37).

Desde una perspectiva más amplia sobre las causas, el afecto embotado se origina en disfunciones dentro de los circuitos límbico-frontales del cerebro. Esto incluye alteraciones en la amígdala, que se encarga del procesamiento emocional primario, la corteza orbitofrontal, que regula el contexto, y la corteza prefrontal dorsolateral, que se ocupa de la integración ejecutiva. Además, hay desequilibrios neuroquímicos en neurotransmisores como la dopamina, serotonina y glutamato. Este fenómeno se asocia a menudo con síntomas negativos de la esquizofrenia crónica, como el síndrome defectual, así como con la depresión mayor que presenta anhedonia severa, trastorno esquizoafectivo, demencias como el Alzheimer frontotemporal, trastornos del espectro autista, lesiones cerebrales frontales debido a traumatismos o accidentes cerebrovasculares, y los efectos secundarios de antipsicóticos utilizados durante largos períodos. Entre los factores que contribuyen a esta condición se encuentran la predisposición genética, el estrés crónico y el deterioro cognitivo progresivo, diferenciándose de la apatía pura por mantener algo de motivación volitiva (38).

- **Anhedonia:** La anhedonia es la incapacidad o una notable disminución de la capacidad para experimentar placer, interés o satisfacción en las actividades que anteriormente resultaban agradables. Representa, por tanto, una de las claves de déficit del sistema de recompensa hedónica del cerebro, y es la manera en que puede decirse que se vive el síntoma psíquico que Théodule Ribot describió por vez primera en 1896, porque se reflexiona en la desconexión emocional frente a los estímulos positivos de lo cotidiano como son, por ejemplo, la comida, las relaciones sexuales, las interacciones sociales o la diversión. Puede exteriorizarse de manera global, afectando a todo el ámbito vital, o bien de manera específica como es el caso de la anhedonia social o la anhedonia sexual. De manera diferente a la apatía, que se caracteriza por la falta de motivación, la anhedonia se confía en la falta de disfrute, lo que modifica negativamente la calidad de vida y puede llegar a perpetuar círculos de aislamiento o de inactividad (39).

Desde un punto de vista más general de sus causas, la anhedonia es el resultado de disfunciones neurobiológicas que se producen en los circuitos mesolímbicos dopaminérgicos (como el núcleo accumbens y la corteza prefrontal ventromedial) en los que se puede observar una disminución de activación a estímulos/recompensas y puede estar asociada también con disfunciones en serotonina, opioides endógenos o glutamato. Este síntoma es el más común de la depresión mayor, cumpliendo los criterios del DSM-5, así como en la esquizofrenia, el trastorno bipolar depresivo, las adicciones en fase de abstinencia, los trastornos de ansiedad, el Parkinson y diversas demencias. Entre las causas que pueden facilitar su aparición se encuentran la genética, el estrés crónico, la

inflamación sistémica y los efectos secundarios de antidepresivos y antipsicóticos. La prevalencia es alta en la depresión (hasta un 70% y se diferencia de la abulia, pues existe posibilidad de iniciativa, pero no de recompensa (37).

- **Déficit de la atención:** El déficit de atención se refiere a una dificultad persistente para mantener, dirigir o cambiar el enfoque de atención de manera adecuada. Esto puede llevar a problemas en el procesamiento cognitivo y en el rendimiento en entornos escolares, laborales o sociales. Este síntoma es clave en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) de tipo predominantemente inatento, según el DSM-5-TR, y se presenta como una distracción constante, olvidos frecuentes, dificultades para organizar tareas y una tendencia a evitar actividades que requieren un esfuerzo mental sostenido, sin que necesariamente haya hiperactividad motora (40).

Desde un enfoque más amplio sobre sus causas, se origina en disfunciones ejecutivas en las redes frontales y parietales del cerebro, como la red de atención dorsal (que se encarga del control voluntario) y la red ventral (que detecta estímulos destacados). También intervienen neurotransmisores como la dopamina y la noradrenalina en el lóbulo frontal. Entre los factores que contribuyen se encuentran la herencia genética (que puede explicar hasta el 70-80% de la variabilidad), la exposición prenatal a toxinas (como el tabaco y el alcohol), el nacimiento prematuro, lesiones cerebrales leves y comorbilidades como la ansiedad o trastornos del aprendizaje. A diferencia de los fallos atencionales que son situacionales, el déficit de atención se caracteriza por su cronificación antes de los 12 años y su persistencia a través de diferentes diagnósticos (41).

Dimensión 2: Tratamiento farmacológico

Con el propósito de facilitar una comprensión mucho más clara y profunda acerca del enfoque que se llevará a cabo, en las líneas que siguen se brindará una descripción minuciosa y detallada de la intervención farmacológica que se empleará a lo largo de las diversas etapas que se identifican en el trastorno mental conocido como esquizofrenia. Es relevante mencionar que las distintas fases que se presentan en este proceso son las siguientes: en primer lugar, nos encontramos con el primer episodio, el cual es crucial, seguido de la fase aguda de la enfermedad, que intensifica los síntomas y requiere atención inmediata. Posteriormente, después de haber pasado por esta etapa crítica, viene la fase de estabilización, donde los pacientes comienzan a recuperarse y a encontrar un equilibrio en su tratamiento. Por último, para concluir, tenemos la fase de estabilidad, que es el objetivo final, donde los pacientes logran mantener su bienestar y funcionalidad a largo plazo (42).

Los antipsicóticos son fármacos bastante eficaces para reducir los síntomas positivos de la enfermedad mental y también para mejorar la desorganización del pensamiento en algunas personas con esquizofrenia. La American Psychiatric Association ha emitido una recomendación sobre el tratamiento de la esquizofrenia en la que los antipsicóticos son la opción recomendada como tratamiento inicial; la clozapina queda excluida de esta recomendación porque su perfil de efectos secundarios puede ser más complicado que el de los antipsicóticos, pero hay que señalar que la clozapina es un antipsicótico eficaz para controlar los síntomas positivos en pacientes que han respondido inadecuadamente o no han respondido a anteriores fármacos psicofarmacológicos (43).

Dimensión 3: Terapia psicosocial

Se entienden como tratamientos psicosociales a aquellas intervenciones que están realizadas para poder ofrecer apoyo y ayuda a las personas y encontrando y elaborando la mejor opción ante el problema o dificultad que están teniendo y la vida que llevan en el día. Además, estos tratamientos también favorecen y permiten la gestión y el control de los síntomas de las condiciones que padecen las personas, permitiéndoles en la mayor parte de los casos continuar los estudios o llevar a cabo la vida profesional o realizar vínculos interpersonales sanos y productivos. Estos tratamientos son como a menudo combinados con fármacos, los cuales sirven para el tratamiento de los trastornos psicóticos. Las personas que tienen un trato psicosocial continuo y sistemático tienen menos probabilidades de sufrir una disminución de los síntomas y menos posibilidades de tener que ser readmitidos para la atención psiquiátrica. Existen varios tipos de tratamientos que se pueden tener en cuenta. Algunos de los tratamientos más destacados son la terapia cognitivo - conductual, que ayuda a las personas a modificar patrones de pensamiento y conducta; el entrenamiento en habilidades conductuales, que atañen al desarrollo de capacidades prácticas; la formación de empleo con apoyo, que trata sobre la manera en la que quieren trabajar; o diversas intervenciones de rehabilitación cognitiva, que están legalizadas para la mejora funcional y las habilidades cognitivas (44).

Teoría del Conocimiento de Enfermería de Carper

Esta teoría presenta cuatro patrones clave que son fundamentales para la práctica y el desarrollo del conocimiento en la enfermería: empírico, ético, estético y personal. El patrón empírico se centra en la ciencia de la enfermería, donde se utilizan teorías y evidencias para describir, explicar y predecir fenómenos relacionados con la salud y la enfermedad. Esta especificidad del patrón es

sobre todo importante para los cuidadores de los pacientes esquizofrénicos; poseer un conocimiento también en especializado podrá influir sobre sus actitudes y sobre la calidad del rendimiento asistencial (45).

Además, el patrón ético se ocupa de las dimensiones éticas de la asistencia a la persona en cuidados, algo que tiene un especial sentido en relación con el estigma de la enfermedad mental, como lo es la esquizofrenia, ya que técnicamente se dice que los cuidadores deben reflexionar sobre sus propias creencias y valores para poder ofrecer cuidados libres de prejuicios. El patrón estético permite a los enfermeros conocer y poder valorar la experiencia singular de cada paciente, generando una relación que va más allá del trascendido y que puede ayudar a mitigar actitudes estigmatizantes. Y el patrón personal pone de manifiesto la necesidad del conocimiento de uno mismo y de la relación entre el cuidador/paciente, algo esencial para poder crear formas de empatía y con ello disminuir el estigma hacia las personas que sufren de esquizofrenia. En conjunto, estos cuatro patrones configuran una estructura total que puede servir de guía a los cuidadores en su relación con personas que padecen de esquizofrenia. De igual modo, se configura un modelo de cómo realizar cuidados más humanos aun intentando reducir el estigma que se produce a la hora de cuidar a las personas que padecen de este tipo de trastornos mentales, favoreciendo un entorno con mayor comprensión y atención de los problemas de salud mental (46).

La Teoría de las Relaciones Interpersonales desarrollada por Hildegard Peplau

En la década de 1950, Hildegard Peplau contribuyó a la teoría de las relaciones interpersonales en enfermería, uno de los modelos psicológicos más representativos de la salud mental. La teoría pone de relieve el hecho de que el cuidado se centra en la relación de ayuda y la interacción que se establece entre el profesional y el paciente y entre este último y su entorno. Siguiendo a Peplau, en este modelo el cuidado se establece a partir de las siguientes fases: la fase de orientación, la

fase de identificación, la fase de explotación y la fase de resolución. Durante su desarrollo, la actitud del cuidador es vital para generar relaciones de confianza y de apoyo. En el contexto de esta investigación, la propuesta de Peplau nos ayuda a conocer cómo la actitud empática y respetuosa puede mejorar la adherencia a los tratamientos y reducir el estigma hacia las personas con esquizofrenia; al contrario, una actitud negativa y cargada de prejuicios puede dificultar la comunicación y, como consecuencia, deteriorar la relación terapéutica. Así pues, la teoría hace énfasis en aplicar programas de psicoeducación para ayudar a los cuidadores a adoptar procedimientos de intervención más humanizados, acorde a la profesión de enfermería en salud mental y a los objetivos de la presente investigación (47).

Variable 2: Actitudes estigmatizantes del cuidador del paciente con esquizofrenia

El estigma en torno a la salud mental hace referencia a aquellas creencias o concepciones que se poseen por parte de personas que tienen una postura adversa en relación con aquellas personas que tienen problemas de salud mental o problemas vinculados al bienestar de su salud psíquica. Este estigma implica actitudes y emociones negativas, ya sea en cuanto a lo que la sociedad percibe o hace con aquellas personas que tienen problemas de salud mental. Este fenómeno de estigmatización que tiene lugar en nuestra sociedad lo hace en forma de prejuicios y actitudes negativas que hace que la vida cotidiana de aquellas personas que tienen problemas de salud mental se convierta en una actividad extremadamente difícil (48).

Actitud

La actitud se podría considerar como un tipo de tendencia o inclinación psicológica, ya que esta se manifiesta de diversas formas, especialmente en las diferentes maneras mediante las cuales valoramos o juzgamos un determinado objeto, una determinada situación, o incluso a otras

personas a las que nos ocupamos de las que comentamos. Esa disposición puede tomar la forma de una actitud buena, constructiva, buena, o de una actitud mala, crítica tica, lo que será negativo, lo cual quiere decir que las actitudes no constituyen un conjunto fijo de creencias o de comportamientos, sino que son dinámicas, y pueden llegar a cambiar con el tiempo por una serie de factores que van desde nuestras propias experiencias de la vida, el tipo de educación que hemos recibido a lo largo de nuestros años de vida, o las relaciones que mantenemos con otras personas con respecto a nuestro entorno social, en definitiva, nuestras actitudes cambian con las diferentes situaciones y contextos que vamos experimentando las personas en nuestras vidas (49).

Características de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia

Sobrecarga y calidad de vida: Este concepto se refiere al efecto negativo que puede ejercer la atención continua mediante el cuidado de la persona, y que a su vez podría dar lugar a un conjunto de problemas psicológicos y emocionales como estrés, ansiedad, depresión, soledad y etcétera. La falta de apoyo, tanto por parte de las instituciones que deberían proporcionar asistencia como de la comunidad en su conjunto, agrava significativamente la carga emocional que tiene que llevar el cuidador. Esta situación no solo lo afecta en el momento presente, sino que también tiene consecuencias desfavorables en su calidad de vida y bienestar general, ya que la ausencia de recursos y solidaridad puede resultar abrumadora y perjudicial para su salud mental y física (50).

Tiempo de dedicación: El periodo de tiempo que estos individuos dedican a la atención y cuidado de quienes dependen de ellos es verdaderamente considerable. Por lo general, los cuidadores suelen destinar más de diez horas cada semana a proporcionar la atención necesaria a estas personas, lo que en ocasiones los lleva a tener que descuidar sus propias actividades laborales y otras responsabilidades personales que también requieren su atención. La atención y el cuidado

que se brindan dentro del hogar han reemplazado en muchos casos a las largas estancias que anteriormente eran comunes en hospitales y otros centros de salud. Como resultado de esta transformación en la forma de proporcionar asistencia, se ha producido un aumento notorio en la carga y la responsabilidad que ahora deben asumir los familiares y seres queridos de los pacientes (50).

Estigma y afrontamiento: El fenómeno del estigma social, junto con las diversas tácticas de afrontamiento, representa una realidad compleja para los cuidadores, quienes, debido a la enfermedad de un ser querido que ocupa un lugar especial en sus vidas, a menudo se ven obligados a enfrentar una forma de estigmatización que proviene de la sociedad en general. De tal forma que para poder abordar eficaz y de forma adaptativa esta situación difícil y específica. Estas personas suelen generar un amplio repertorio de estrategias de comportamiento, las cuales están orientadas a ser exitosas y sostenibles en el tiempo. Ahora bien, es muy importante enfatizar que, en no pocas ocasiones, los posibles perfiles de estas personas implementan estas estrategias sin la correspondiente orientación del profesional que respalda y que, a su vez, debe ser una persona formada y con experiencia para poder ayudar y moldear estas formas de afrontar por las que optan estas personas (51).

Necesidades identificadas: Las necesidades que se han detectado en el área de la salud mental son altamente significativas y requieren una atención necesaria. La realización de un programa de psicoeducación que no sólo lo enfoca en mejorar la información sobre la esquizofrenia, sino que también preste una ayuda psicológica y social efectiva. Que aliviará la carga que sufren los sujetos como sus familias, que también son fuertemente golpeadas por ello. Y es muy importante que las políticas públicas no sólo lo reconozcan esta situación, sino que impulsen de manera firme y

explícita la función del cuidador informal en nuestra comunidad, en la medida que se gradúe y reconozca todo lo que el cuidador informal hace (51).

Dimensión 1: Irritabilidad

Es frecuente e irritante encontrar la impotencia y la ira cuando una persona se siente absolutamente arrinconada y sin alternativas ante situaciones difíciles y complicadas, lo que hace que lleguemos a tener una profunda sensación de frustración. Estas situaciones se perciben como complicadas e incómodas de manejar. En el momento en que las personas tienen la sensación de sentirse bien, o la necesidad de sentirse bien, o incluso experimentar un gran placer, la mente y la atención se centran inevitablemente en la causa de ese bienestar y de esa necesidad de obtener esa experiencia tan placentera; al mismo tiempo, en ese mismo momento tal y como la defensa se pone en marcha de manera más intensa respecto al medio que nos rodea y a hasta posiblemente a otros, así como nuestra defensa se pone en marcha para responder a una determinada serie de situaciones que puedan darse. Las emociones cobran un sentido de gran importancia en cada uno de nosotros. A través de ellas somos capaces de pensar si ante las mismas hacemos o realizamos o construimos y elaboramos planificaciones que pueden ser tan extremas e intensas como lo pueda llegar a ser la ira misma de la que existen variables en función de lo que se quiere (52).

Dimensión 2: Peligrosidad

La noción de la peligrosidad proviene en buena medida de la percepción o creencia de que ciertas personas son más propensas a presentar comportamientos que puedan ser considerados violentos o agresivos y, además, que estas personas suponen un riesgo considerable para el bienestar y la seguridad de la comunidad en la que habitan. Esta creencia genera en la comunidad sentimientos de miedo y rechazo hacia las personas estigmatizadas. La etiqueta social que provoca deviene un

factor muy importante en la perpetuación de la discriminación y, como sabemos, la discriminación, además, contribuye a que sea cada vez más complicado que las personas afectadas logren integrarse plenamente en la comunidad en la que viven. Cuestiones inducidas por la etiqueta contribuyente, también, a que existen importantes barreras al acceso a los servicios de salud adecuados y que son, por otro lado, imprescindibles para las personas que padecen esta determinada condición de salud (53).

Dimensión 3: Miedo

El miedo y la inquietud emocional han sido tópicos que han suscitado un gran interés en la psicología, generando todos estos estudios e investigaciones. Este interés ha dado lugar a un desarrollo de un gran número de métodos de intervención, técnicas, métodos de trabajo cada uno de los cuales tiene su propia perspectiva, la cual posee un diferencial teórico. Cuando el miedo toma ciertos derroteros de carácter patológico deviene en lo que entendemos como trastornos de ansiedad. Por ello, podemos decir que estos han de incluir reacciones de ansiedad que son desproporcionadas y que carecen de una explicación lógica, todo ello como respuesta a situaciones que carecen de una característica del peligro real o de situaciones completamente imaginadas. Esta es una de las respuestas psicológicas que pueden dar respuesta a toda una serie de problemas relacionados con la salud mental, trastornos de la conducta, cuestiones emocionales y síntomas psicosomáticos (54).

Dimensión 4: Coacción

Podemos identificar la coacción como un uso de la fuerza, de la física o de la psicológica (si bien puede utilizarse incluso la violencia física directa contra una persona) para obligar a que un individuo se comporte de una determinada manera o para influir en la voluntad de tal forma que

se comporte contra su propia libertad de elección y sus verdaderas aspiraciones. El tema, que resulta particularmente fascinante y significativo, se ha manifestado a lo largo de la historia de la humanidad: nos ha acompañado desde nuestros inicios y ha sido importante para nuestro proceso de desarrollo y de evolución. Es necesario, pues, dedicar un tiempo para investigar y profundizar sobre su origen, el cual concierne muchísimo al mundo del animal. En el presente artículo se lleva a cabo un análisis exhaustivo de la coacción, concretamente en lo que respecta a su recorrido y desarrollo a lo largo del tiempo, considerando que los humanos tienen una sólida base biológica que incide sobre estos procesos, la cual se ve enriquecida y complementada a través de un proceso cultural en constante evolución. Este proceso convierte al individuo en un individuo dotado de una capacidad extraordinariamente específica y especializada para ejercer una forma de coerción sobre su entorno (55).

Dimensión 5: Segregación

La palabra "segregación" no necesariamente es cosa que empleemos en nuestras conversaciones informales y no necesariamente es importante en el ámbito del psicoanálisis. De todos los modos, el paso del tiempo ha llevado a que este fenómeno haya cambiado su forma, multiplicándose su uso en la práctica cotidiana. El incremento en el uso de esta práctica puede verificarse en el notorio incremento de citas bibliográficas y en la cantidad de investigaciones que estudian las diferentes implicaciones y las distintas oportunidades que se generan en torno a esta idea. Tal como nos indica Askofaré, esta idea ha ido calando y haciéndose importante con el tiempo, creciendo hasta formar parte de las conversaciones de cómo el discurso científico ha llegado y se ha convertido en una de las formas de nuestra civilización actual (56).

Dimensión 6: Evitación

Es fundamental comprender que las emociones que consideramos negativas tienden a ser aquellas que intentamos evitar o incluso escapar de ellas. Esto genera múltiples problemas que se manifiestan en, por lo menos, tres formas que afectarán nuestras vidas de diversas maneras. En primer lugar, debemos tener presente que la dificultad que tenemos al tratar de abordar una emoción negativa facilitará nuestra llegada a un tipo de pensamiento y/o patrón mental que es, por lo general, poco beneficioso para nuestra salud y bienestar y que, además, es muy difícil y complicado de cambiar. Este tipo de abordaje ocupa un lugar relevante y es un tipo de tratamiento bastante bueno y adecuado, lo cual se ha vuelto muy común entre los profesionales y expertos que se dedican a la salud mental y a la promoción del bienestar psicológico de sus pacientes (57).

Dimensión 7: Ayuda

La ayuda se concibe como la disposición que tiene una persona de manera voluntaria para brindar apoyo a aquellos que lo necesitan, sobre todo a pacientes con esquizofrenia, esta se expresa en la voluntad de dialogar, acompañar y asistir en sus necesidades básica y emocionales. Dicha actitud refleja el compromiso activo con el bienestar del paciente ya que implica reconocer que la ayuda no se limita a evitar el daño, al contrario, constituye un acto positivo de colaboración y solidaridad que contribuye a mejorar su calidad de vida y favorecer a la inclusión social, de modo que esta dimensión evidencia la predisposición a ofrecer asistencia afectiva (58).

Dimensión 8: Piedad

La piedad es un término que utilizamos de manera frecuente para referirnos a las acciones de los demás o a las actitudes que valoramos, considerándonos malas o nocivas. Tales conductas se

encontrarían bastante alejadas del comportamiento que normalmente nos parecería a correcto y aceptado. Y tal vez la respuesta de dicha determinación tenga que ver, entre otras cosas, con la actitud que a veces muestran ciertos comportamientos humanos, así como con esa increíble capacidad que algunas personas han llegado a tener para hacer el bien a quienes les rodean. La reflexión que acaba de plantear lo referido nos llevará a hacer una reflexión un poco más estricta sobre las consideraciones, los anclajes, las razones que nos llevan a actuar de una o de una cierta manera. De esta manera, nos tendríamos que detener en un comportamiento que es respondido, respondido por debajo del cual decidimos, por nosotros mismos. La psicología, si espera desentrañar a todos los misterios y complejidades de esta problemática, se tiene que ver inmersa, en la urgencia de hacer un análisis del concepto de la piedad de forma más profunda. Ese concepto se presenta sosteniendo un fenómeno de gran importancia, fundamental para lograr un entendimiento más completo y más profundo de la complejidad de la naturaleza humana y de los comportamientos que se maravillan entonces en un contexto y en uno y otro contexto (59).

Dimensión 9: Responsabilidad

La responsabilidad es una emoción que, en general aparece cuando sentimos que hemos fallado, quedándonos con una sensación de insatisfacción o malestar en nuestro interior. Generalmente, esta emoción surge cuando hemos cometido un error o hemos dejado de realizar una actividad importante, y se manifiesta con un autorreproche hacia aquellas acciones, esos pensamientos o esos deseos que hemos considerado como no apropiados. Habrá personas que, tras haber cometido un error, sienten un intenso remordimiento y buscan la manera de rectificar aquello que han hecho, mientras que otras, frente al error, se sienten especialmente avergonzadas, aunque en algunos casos, incluso pueden llegar a experimentar un intenso autodesprecio. Estos sentimientos negativos pueden afectar muy seriamente la salud mental y la calidad de vida. La culpa puede tener una gran

influencia en la salud mental (todo ello relacionado), y puede influir profundamente en los sentimientos y, por lo tanto, en la vida cotidiana (60).

Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem

El papel que desempeña la enfermería es extraordinariamente importante cuando las personas no pueden cuidarse de manera adecuada, como sucede en el caso de la esquizofrenia, ya que los sujetos no pueden mantener sus necesidades básicas debido a síntomas que afectan su pensamiento, emociones y comportamiento. En este sentido, la disposición del cuidador es crítica; una disposición empática y comprensiva puede ofrecer la oportunidad al paciente de alcanzar la autonomía, mejorar sus capacidades de autocuidado y, como consecuencia, mejorar su calidad de vida, mientras que una mala actitud, caracterizada por el estigma y los prejuicios, puede llevar a una mayor dependencia, un mayor aislamiento social y mayor cronicidad del trastorno. Esta teoría, aplicada a nuestro estudio, nos permite detectar de qué manera el conocimiento y la actitud del cuidador repercuten directamente en su habilidad para mantener el bienestar diario del paciente (61).

Teoría del Cuidado Humano propuesta por Jean Watson

La autora concibe la enfermería como un acto enormemente humanizado y que incluye, por supuesto, lo técnico, pero también, además de ello, las dimensiones espirituales, emocionales, relacionales. En la esquizofrenia, esta teoría da protagonismo al papel del o de la cuidadora, que puede convertir la relación de cuidado en un espacio cargado de compasión y respeto. Una actitud positiva y humanizada no sólo colabora para disminuir el estigma sino también legitima la relación de cuidados en tanto que hace crecer la confianza del paciente y previene la marginación. En contraposición, la actitud negativa legitima la relación de cuidados en tanto que hace crecer la

confianza del paciente y previene la marginación, y también puede legitimar la situación de discriminación. En esta línea, la teoría de Watson invita a realizar programas de psicoeducación y de formación en salud mental que sirvan de guía para los cuidadores o las cuidadoras y que hagan posible una práctica más colaborativa y sin prejuicios, de acuerdo con el modelo de la enfermería en salud mental (62).

.

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y las actitudes estigmatizantes del cuidador de paciente con esquizofrenia que acude a consulta externa de un Centro de Salud Mental Comunitario en Huánuco, 2026.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y las actitudes estigmatizantes del cuidador de paciente con esquizofrenia que acude a consulta externa de un Centro de un Salud Mental Comunitario en Huánuco, 2026.

Hipótesis específicas

Hi₁: Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento según dimensión aspectos generales y las actitudes estigmatizantes del cuidador de paciente con esquizofrenia.

Hi₂: Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento según dimensión tratamiento farmacológico y las actitudes estigmatizantes del cuidador de paciente con esquizofrenia.

Hi₃: Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento según dimensión tratamiento psicosocial y las actitudes estigmatizantes del cuidador de paciente con esquizofrenia.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

El método que se destinará en la investigación será el hipotético-deductivo, porque iniciará con la formulación de hipótesis fundamentadas en el desarrollo teórico y antecedentes revisados, las cuales proceden de consecuencias observables que son sometidas a verificación empírica mediante la aplicación de instrumentos válidos en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia. Este método permitirá establecer relaciones entre las variables y culminará con la aceptación o rechazo de las hipótesis planteadas a fin de asegurar la coherencia entre el marco conceptual y los resultados obtenidos (63).

3.2. Enfoque de la investigación

La investigación suele denominarse “mixto”, debido a la combinación de métodos cuantitativos como cualitativos, para lograr una comprensión integral del fenómeno estudiado. El enfoque cuantitativo permitirá la recolección sistemática de datos y la contrastación de hipótesis mediante análisis estadísticos. De igual manera, se adoptará un enfoque de tipo cualitativo que facilitará la exploración de las percepciones y actitudes subjetivas de los participantes. (64).

3.3. Tipo de investigación

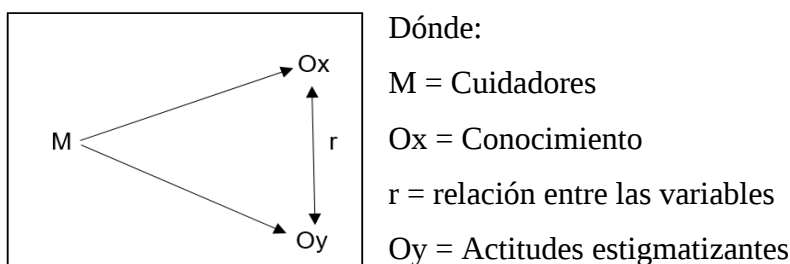
De acuerdo al tipo este estudio se clasificará como investigación aplicada, orientada a la solución práctica de problemas específicos en un contexto determinado. Asimismo, adoptará una naturaleza descriptiva, ya que busca identificar y analizar las características relevantes del entendimiento de la esquizofrenia y las actitudes estigmatizantes presentes en los cuidadores (65).

3.4. Diseño de la investigación

La metodología que se adoptará para el diseño del estudio se caracterizará por ser de tipo no experimental. Esto implica que, en el transcurso del mismo, no se realizará ninguna acción específica por parte del investigador, lo que permite observar las variables en su estado natural sin manipulación externa. (65).

El corte será transversal, debido a que todas las variables serán medidas en un solo momento simultáneamente en una sola ocasión (66).

El nivel será correlacional, este diseño analiza la relación entre variables; primero se miden y describen cada una, luego se cuantifican y analizan su conexión. En este estudio se buscará asociar el conocimiento y las actitudes estigmatizantes de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia; este diseño se ilustra en el siguiente gráfico (67).



3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

Estará conformada por 43 cuidadores de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia continuadores atendidos durante el año 2025 según datos estadísticos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Esperanza”. (68) La población es el conjunto de personas u objetos de los que se desea conocer algo en una investigación. "El universo o población puede estar constituido por personas, registros médicos, las muestras de laboratorio, entre otros". (69).

3.5.2. Muestra

En esta investigación la muestra es tipo censal, es decir la muestra son los 43 cuidadores de pacientes con esquizofrenia continuadores atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Esperanza”. (68)

3.5.3. Muestreo

El método de muestreo que se llevará a cabo en el marco de esta investigación se clasificará como un muestreo no probabilístico, el cual se fundamentará en criterios de conveniencia para seleccionar a los participantes. Esto implica que la selección de los participantes se realizará conforme a los criterios que han sido definidos y acordados con antelación por la investigadora encargada del estudio.

Criterios de inclusión

- Cuidadores de pacientes con esquizofrenia que sean atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Esperanza”.
- Cuidadores de pacientes con esquizofrenia que sean continuadores.
- Cuidadores que vivan con el paciente con esquizofrenia.
- Cuidadores que vivan en la provincia y departamento de Huánuco.
- Cuidadores mayores de edad, 18 años.
- Cuidadores que confirmen su participación mediante el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Se excluyeron todos los cuidadores que no cumplieron con los criterios definidos para participar en el estudio.

3.6. Variables y operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
Variable 1 Conocimiento	El conocimiento sobre la esquizofrenia se refiere a la comprensión de qué es esta enfermedad mental, sus características, causas, síntomas, diagnóstico, tratamiento y pronóstico (70).	El nivel de conocimiento se medirá mediante un cuestionario el cual será contestado por los cuidadores de los pacientes con esquizofrenia.	Aspectos generales	- Nombre de la enfermedad - Tipo de enfermedad - Síntomas positivos - Síntomas negativos - Definición de delirios - Síntomas en la fase aguda - Síntomas en la fase de estabilización	ORDINAL	Alto 0-5
			Tratamiento farmacológico	- Control de la esquizofrenia - Medicamentos - Efectos secundarios - Abandono de tratamiento - Modo de acción de la terapia		Medio 6-11
			Terapia psicosocial	- Terapia individual - Tipo de terapia - Habilidades sociales - Terapia familiar - Rehabilitación vocacional		Bajo 12-17
Variable 2 Actitudes estigmatizantes	Las actitudes estigmatizantes se refieren a creencias, juicios o percepciones negativas que una persona o grupo tiene sobre otra, basadas en características	Las actitudes estigmatizantes serán descritas y evaluadas mediante un cuestionario que será contestado por los cuidadores de los	Responsabilidad	- Culpa - Control - Situación actual	ORDINAL	Alta Mayor a 20
			Piedad	- Pena - Ayuda - Comprensión		intermedia 10-20
			Irritabilidad	- Violencias - Enfado - Irritado		Baja Menor a 10

particulares que se consideran socialmente despectivas o anormales. Estas actitudes suelen estar asociadas con prejuicios hacia individuos o grupos por motivos como su raza, género, orientación sexual, discapacidad, religión, entre otros. (71)	pacientes con esquizofrenia.	Peligrosidad	- Inseguridad - Peligroso - Amenaza
		Miedo	- Aterra - Susto - Miedo
		Ayuda	- Trabajo - Ayuda - Compartir
		Coacción	- Toma de medicamentos - Obligación del tratamiento - Supervisión
		Segregación	- Riesgo en común - Reclusión - Aislamiento
		Evitación	- Evitación - Inseguridad - Rechazo

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnicas

En este trabajo se empleará la técnica de la encuesta.

Se entiende por encuesta a la técnica realizada sobre una muestra de sujetos representativa de un colectivo más amplio, que se lleva a cabo en el contexto de la vida cotidiana, utilizando procedimientos estandarizados de interrogación, con el fin de obtener mediciones cuantitativas de una gran variedad de características objetivas y subjetivas de la población (72).

3.7.2. Descripción de instrumentos

Cuestionario para nivel de conocimiento

Como instrumento para la recolección de datos se utilizará el cuestionario elaborado por Contreras en el 2019 y adaptado en el 2021 por Tolentino en su tesis “Conocimiento y actitud en el cuidado integral del paciente esquizofrénico del centro de salud mental comunitario Ally Waraq, Huaraz, 2021” (73).

Está constituida por un total 17 preguntas y se consideran 3 dimensiones, siendo el primer aspecto generales será medida por 7 preguntas (ítems 1- 7), el tratamiento farmacológico será medida por 4 preguntas (ítems 8 - 11) y terapia psicosocial será medida por 6 preguntas (ítems 12- 17). Los valores asignados son con alternativas donde la respuesta correcta vale 1 punto y las respuestas incorrectas que equivalen a 0 puntos.

Los niveles para evaluar la variable se considerarán valores finales “bajo” si se alcanza un puntaje de 0 a 5 puntos, “medio”, si el puntaje es 6 a 11 puntos y “alto” de 12 a 17 puntos.

Cuestionario de actitudes estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales

Como instrumento para la recolección de datos se utilizará el cuestionario diseñado por Corrigan y otros en 2003 en EE.UU., adaptado al contexto peruano por Bolivar-Paredes et al., en su tesis “Validación y confiabilidad del Cuestionario AQ-27 de actitudes estigmatizadoras hacia pacientes con esquizofrenia en un Hospital General – 2015” (74).

Está constituida por un total 27 preguntas y se consideran 9 dimensiones, siendo el primero: responsabilidad que será medida por 3 preguntas (ítems 1- 3), piedad con 3 preguntas (ítems 4 - 6), irritabilidad con 3 preguntas (ítems 7 - 9), peligrosidad será medida por 3 preguntas (ítems 10 - 12), miedo será medida por 3 preguntas (ítems 13 - 15), ayuda con 3 preguntas (ítems 16 - 18), coacción será medida por 3 preguntas (ítems 19- 21), segregación será medida por 3 preguntas (ítems 22 - 24) y evitación será medida por 3 preguntas (ítems 25- 27).

Los valores asignados son mediante una escala politómica de tipo Likert donde cada pregunta se evalúa por una escala de 1 a 9 donde 1 representa el menor valor y 9 el máximo. Además, estableció puntos de corte para interpretar: 3 o menos = desacuerdo con el ítem, 4 a 6 posición neutra y 7 o más acuerdo con el ítem.

Para interpretar los niveles se calculará la media de los 3 ítems de cada factor obteniéndose valores finales “bajo” si se alcanza un puntaje menor de 10 puntos, “intermedio”, si el puntaje es de 10 a 20 puntos y “alta” mayores de 20 puntos.

3.7.3. Validación

Cuestionario para nivel de conocimiento

La validez del instrumento fue determinada por Tolentino en el 2021 a través de juicio de

tres expertos con el grado de maestría en Gestión de los Servicios de Salud cuyas evaluaciones se centraron principalmente en las preguntas del cuestionario diseñados para medir conocimientos. 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 e indica una validez de contenido excelente en todos los ítems (73).

Cuestionario de actitudes estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales

La validez del instrumento fue determinada por Bolivar-Paredes et al., mediante el juicio de cinco expertos en psiquiatría y estigmatización, todos con grado de maestría y más de 13 años de experiencia clínica en psiquiatría del hospital, quienes evaluaron el lenguaje y pertinencia de los ítems para luego proponer ajustes lingüísticos para adecuarlos al contexto peruano. El análisis lo realizó con el coeficiente V de Aiken, obteniendo un valor de 0,94 evidenciándose una excelente validez de contenido (74).

3.7.4. Confiabilidad

Cuestionario para nivel de conocimiento

La confiabilidad del instrumento fue determinada por Tolentino en el 2021 a través de una prueba piloto a 15 familiares de pacientes con esquizofrenia que recibían tratamiento en el centro comunitario de salud mental de Ally Waraq. Se probó mediante un método test-retest, siendo el resultado de 0,950 ($p < 0,01$) mediante el coeficiente de correlación de Pearson, lo que indica una alta estabilidad y reproducibilidad del instrumento en diferentes momentos de aplicación (73).

Cuestionario de actitudes estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales

La confiabilidad del instrumento fue determinada por Bolivar-Paredes et al., se determinó

mediante una prueba piloto realizada a 25 participante seleccionados por muestreo aleatorio simple. El análisis de consistencia interno arrojó un Alfa de Cronbach de 0,702, considerándose aceptable y suficiente para garantizar la estabilidad del instrumento (74).

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de los datos, se realizará mediante el software del programa Excel 2016 y luego se transferirán al estadístico SPSS versión 26 para Windows, donde serán expresados en tablas y gráficos utilizando estadísticas descriptivas e inferenciales.

Se realizará el análisis descriptivo donde se calculará utilizando frecuencias absolutas y porcentajes para variables cualitativas, utilizando tablas y gráficos para ayudar en la explicación, donde para establecer la relación entre las variables en estudio se procederá al empleo de la prueba de correlación de Spearman a fin de establecer relación entre las variables (75).

3.9. Aspectos éticos

Se tomará en cuenta los siguientes principios éticos que guiarán la realización de esta investigación, las cuales se explican a continuación (76).

Autonomía: Los cuidadores de los pacientes que participarán en esta investigación serán informados de los objetivos del estudio y se les solicitará que lean y firmen libremente un formulario de consentimiento informado, asegurando su privacidad.

Beneficencia: Se enviará un informe al centro de salud mental con los hallazgos de la investigación.

No maleficencia: La seguridad se brinda teniendo en cuenta la dignidad, la protección de los derechos de los cuidadores y el bienestar, respetando los estándares éticos.

Justicia: Los cuidadores de los pacientes serán seleccionados para participar en el estudio en base a los criterios de inclusión y exclusión eliminados, evitando así poner en riesgo a los participantes.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2025			2026		
	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abril
Búsqueda de la realidad problemática	X					
Identificación de las fuentes bibliográficas	X					
Situación problemática y marco teórico	X	X				
Importancia y justificación de la investigación	X	X				
Planteamiento de problemas y objetivos		X				
Enfoque y diseño de investigación		X	X			
Población, muestra y muestreo		X	X			
Técnicas e instrumentos de recolección de datos		X	X			
Aspectos bioéticos			X			
Métodos de análisis de información			X	X		
Aspectos administrativos del estudio				X		
Elaboración de los anexos				X		
Aprobación del proyecto					X	X
Sustentación del trabajo						x

4.2. Presupuesto

	Rubros	Unidad	Cantidad	Costo (S/.)	
				Unitario	Total
Servicios	Tipeo	Hoja	150	2.00	300.00
	Internet	Horas	250	2.00	500.00
	Encuadernación	Unidad	06	35.00	210.00
	Viático	Unidad	100	10.00	1,000.00
	Movilidad	Unidad	100	2.00	200.00
	Subtotal				2,210.00
Recursos materiales	Papel bond	Millar	01	100.00	100.00
	Lapiceros	Unidad	10	2.00	20.00
	Archivadores	Docena	05	20.00	100.00
	Memoria USB	Unidad	01	100.00	100.00
	Subtotal				320.00
Nº	ÍTEMS				COSTO (S/.)
1	Servicios				2,210.00
2	Recursos materiales				320.00
TOTAL					2,530.00

5. REFERENCIAS

1. Organización Mundial de Salud. [internet].; 2022.. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia?gad_source=1.
2. Salvador V, Labadia A, Plaza M, Bandrés E, Buñuel C, Sangros M. Epidemiología de los trastornos esquizofrénicos. Revista Sanitaria de Investigación. [Internet].; 2023; 1(10).. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/epidemiologia-de-los-trastornos-esquizofrenicos/>.
3. Statista. Número de casos de esquizofrenia registrados en España de 2011 a 2022. [internet].; 2022.. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/1037991/numero-de-casos-de-esquizofrenia-en-espana/>.
4. World Life Expectancy. Irlanda: Esquizofrenia [Internet].; 2020.. Disponible en: <https://www.worldlifeexpectancy.com/es/ireland-schizophrenia>.
5. National Institute of Mental Health. Esquizofrenia [Internet].; 2025.. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/schizophrenia>.
6. Organización Panamericana de la Salud. Esquizofrenia [Internet].; 2025.. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.
7. Jassir M, Cárdenas Mea. Caracterización del estigma percibido hacia la salud mental en la implementación de un modelo de servicios integrados en atención primaria en Colombia. Un análisis cualitativo [Intenet].; 2021: 11(7); 95-105.. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0034745021000172>.

8. Sistema Integral de Información (SISPRO). Epidemiología: situación global y en Colombia [internet].; 2023.. Disponible en: <https://sites.google.com/view/guiaesquizofrenia/epidemiología-en-el-mundo-y-colombia>.

9. Ministerio de Salud. Informe de evaluación de implementación del plan operativo institucional [internet].; 2023.. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4932361/INFORME%20DE%20EVALUACION%20DE%20IMPLEMENTACION%20DEL%20PLAN%20OPERATIVO%20INSTITUCIONAL%20%28POI%29%202022%20-%20FINAL.pdf?v=1691010402>.

10. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2021. [internet]. Disponible en: https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf?utm_source=chatgpt.com.

11. Organización Panamericana de la Salud. Estigma en salud mental [internet].; 2023.. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/estigma-en-salud-mental_0.pdf.

12. Ajzen I. Attitudes, personality and behavior [Internet].; 2005. Acceso 27 de enero de 2026. Disponible en: <https://psicoexperimental.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/03/ajzen-2005-attitudes-personality-and-behaviour-2nd-ed-open-university-press.pdf>.

13. Quesada Cubo A. [Internet].; 2025.. Disponible en: <https://quadernsdepsicologia.cat/article/view/v27-n3-quesada>.

14. Clavery L, Mbaow W, Kibusi S, Mwansisya T, Chalya F. Factores relacionados con el estigma asociado a la actitud entre los cuidadores [internet].; 2024: 25(4); 1378-1391.. Disponible en: https://ecommons.aku.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1533&context=eastafrika_fhs_sonam.
15. Wang Y, Dong XMT, Weng X, Li M, Luo W, Huang Y, et al. Estigma de afiliados y carga de cuidado entre los cuidadores familiares de personas con esquizofrenia en zonas rurales de China. Articulo Pubmed. [internet].; 2023: 69(4).. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36708508/>.
16. Hao Y, Wu Q, Wang X, Ma Y, Wang YPP, et a. Actitudes estigmatizantes hacia las enfermedades mentales entre los cuidadores de pacientes con trastornos mentales en China [internet].; 2023; 11:1071954.. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37427283/>.
17. Padilla Granada AL. [Internet].; 2025.. Disponible en: <https://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/18249>.
18. Aguirre C. Actitud de los familiares sobre el cuidado en el hogar de pacientes con esquizofrenia consulta externa adultos en el Hospital Hermilio Valdizán diciembre 2022.; Lima: Universidad Privada San Juan Bautista; 2022.. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/e229d763-8b73-4d63-96c5-40893d4f05f8>.
19. Quilla C. Actitud del familiar hacia el cuidado del paciente con esquizofrenia del Hospital Honorio Delgado, Arequipa 2022.; 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. Tolentino. Conocimiento y actitud en el cuidado integral del paciente esquizofrénico del centro salud mental comunitario Ally Waraq, Huaraz.; Huaraz; Universidad Cesar Vallejo: 2021.. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/91871/Tolentino_LSR-SD.pdf.

21. Cruz N. Nivel de conocimientos sobre la esquizofrenia en familiares de pacientes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Jaén -Perú.; Cajamarca; Universidad Nacional de Cajamarca: 2022.. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/7218/TESIS%20EN%20PDFCRUZ%20JIMENEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

22. Crispin Vega SE. [Internet].; 2023.. Disponible en: <https://repositorio.udh.edu.pe/handle/20.500.14257/5854>.

23. Ramírez A. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. Rev Ana Facul Med [internet].; 2009. Acceso 05]. 70 (3); 217-224 de febrero de 2026. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000300011.

24. Ramírez V. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual [internet].; 2009;70(3):217-24. Acceso 25] de enero de 2025. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/379/37912410011.pdf>.

25. Tolentino S. Conocimiento y actitud en el cuidado integral del paciente esquizofrénico del centro salud mental comunitario Ally Waraq, Huaraz, 2021..; Chimbote: Universidad César Vallejo;.. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/91871/Tolentino_LSR-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

26. National Institute of Mental Health. Esquizofrenia [internet].; 2020.. Disponible en: <https://infocenter.nimh.nih.gov/sites/default/files/2022-01/esquizofrenia.pdf>.

27. Guerrero L, Romero H, Hidalgo C, Acebo M GM. Fundamentos teóricos sobre la esquizofrenia: una visión desde la psicoeducación del cuidador.; Ecuador: Univerdiad Estatal de Milagro; 2019. Acceso 20] de enero de 2026. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/4c30f21e-d1aa-46d2-b105-16858ea9aca4/content>.

28. Saiz J, Vega D, Sánchez P. Bases Neurobiológicas de la Esquizofrenia. Rev Clín Sal [internet].; 2010. Acceso 05]. 21 (3); 35-254. de febrero de 2026. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300004.

29. Velazco Y, Quintana I. Esquizofrenia paranoide. Un acercamiento a su estudio a propósito de un caso. Rev Méd Electro [internet].; 2018. Acceso 02]. 40 (4); 1163-1171 de febrero de

2026. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000400022.
30. Cassola L. Trastornos del pensamiento: qué son, clasificación y características [Internet].; 2024.. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/clinica/trastornos-pensamiento>.
31. Barrera Á, Berrios G. Investigación del Trastorno Formal del Pensamiento en la esquizofrenia: una mirada crítica. Rev Asoc Esp Neuro [internet].; 2001. Acceso 05]. 1 (79); 17-33. de febrero de 2026. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352001000300003.
32. Alonso Z, González M. El Delirium. Una revisión orientada a la práctica clínica. Rev Asoci Espa [internet].; 2012. Acceso 05]. 32 (114); 247-259. de febrero de 2026. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352012000200003.
33. Montes J, Saiz J. Esquizofrenia [internet].; 2015. Acceso 25] de enero de 2025. Disponible en: https://psiquiatria.com/tratado/cap_14.pdf.
34. Rojas C. Las alucinaciones y el delirio como representaciones anancásticas. Rev Sal Mental [internet].; 2010. Acceso 05]. 33 (5); 379-387. de febrero de 2026. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000500002.
35. Medlineplus. Alucinaciones [Internet].; 2020.. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003258.htm>.

36. Vasco Gd. Entendiendo la esquizofrenia, Una guía para las personas que sufren la enfermedad y sus familias [internet].; 2000. Acceso 25] de enero de 2025. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Entendiendoesquizofrenia.pdf>.
37. Medcover. Síntomas negativos de la esquizofrenia: qué saber [Internet].; 2025.. Disponible en: <https://www.medicoverhospitals.in/es/articles/negative-symptoms-of-schizophrenia>.
38. Llopis C, Hernández I, Rodríguez M. Rasgos de personalidad desadaptativos y trastornos de la personalidad en mujeres que denuncian a sus parejas. A propósito de un caso. Rev Cuader Med For [internet].; 2020. Acceso 05]. 23 (3-4); 92-99. de. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062017000200092.
39. Presa M, García A, Callol L. Influencia de la anhedonia en la evolución clínica del trastorno depresivo. Rev Sani Mili [internet].; 2024. Acceso 79 (2); 75-81. de. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712023000200004.
40. Rusca F, Cortez C. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. Rev Neuro Psiqu [internet].; 2020. Acceso 83 (3); 148-156. de. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000300148.
41. National Institute of Mental Health. Esquizofrenia [Internet].; 2022.. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia>.

42. Region de murcia. Tratamiento de la esquizofrenia [internet].; 2000. Acceso 25] de enero de 2025. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtratamientoesquizofrenia.pdf>.
43. Escamilla R, Becerra C, Armendáriz Y, et a. Tratamiento de la esquizofrenia en Mexico [internet].; 2021.. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/bgmm/2021/S2/gmm_21_157_supl_4_s1-s12.pdf.
44. National Institute of Mental Health. Esquizofrenia [internet].; 2022.. Disponible en: <https://infocenter.nimh.nih.gov/sites/default/files/2022-01/esquizofrenia.pdf>.
45. Carper B. Patrones Fundamentales de Conocimiento en Enfermería [internet].; 2018. Acceso 25] de enero de 2025. Disponible en: <https://nursology.net/nurse-theories/fundamental-patterns-of-knowing-in-nursing/>.
46. Peñaloza M. Los Patrones del Conocimiento en Enfermería: Estrategias Pedagógicas para el cuidado [internet].; 2023;2(3):104-113.. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/368948598_Los_Patrones_del_Conocimiento_en_Enfermeria_Estrategias_Pedagogicas_para_el_cuidado.
47. Nasare P, Sierra N, Millán A, Mené M, Nuñez N. Teoría de las relaciones interpersonales de Hildegard Peplau y su aplicación en enfermería de salud mental [Internet].; 2025.. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/teoria-de-las-relaciones-interpersonales-de-hildegard-peplau-y-su-aplicacion-en-enfermeria-de-salud-mental/>.

48. Mostafa L. Estigma en salud mental [internet].; 2024.. Disponible en: <https://www.anahana.com/es/wellbeing-blog/mental-health/mental-health-stigma>.
49. Colegio de psicólogos. La actitud según la psicología: definición, componentes y importancia [Internet].; 2012. Acceso 20] de enero de 2026. Disponible en: <https://colegiodepsicologossj.com.ar/actitud-segun-la-psicologia/>.
50. Bequis M, Muñoz Y, Pardo D, Acosta K, Garay P, Malagón L. Sobrecarga y calidad de vida del cuidador de un paciente con esquizofrenia [Internet].; 2020.. Disponible en: <https://repositorio.fucsalud.edu.co/server/api/core/bitstreams/8a616a6c-ac51-4aca-b544-da57e72f25ab/content>.
51. Bequis M, Muñoz Y, Pardo D, Acosta K, Garay P, Malagón L, et al. Sobrecarga y calidad de vida del cuidador de un paciente con esquizofrenia..; Colombia: Universidad de Ciencias de la Salud: 2020.. Disponible en: <https://repositorio.fucsalud.edu.co/server/api/core/bitstreams/8a616a6c-ac51-4aca-b544-da57e72f25ab/content>.
52. Colegio de psicólogos. La ira según la psicología: causas, consecuencias y control [internet].; 2020.. Disponible en: <https://colegiodepsicologossj.com.ar/la-ira-segun-la-psicologia/>.
53. Corrigan P, Watson A. Comprender el impacto del estigma en las personas con enfermedades mentales [internet].; 2002. Acceso 26] de enero de 2025. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1489832/>.

54. Piqueras J, Ramos V, Martinez A. Emociones negativas [internet].; 2009. Acceso 25] de enero de 2025. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1342/134213131007.pdf>.
55. Mestres F, Vives j. La coacción desde una perspectiva evolutiva: ¿función biológica o social? [internet].; 2017. Acceso 25] de enero de 2025. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/318041040_La_coaccion_desde_una_perspectiva_evolutiva_funcion_biologica_o_social.
56. Velosa J. La segregación, ¿un sentimiento intimo? Algunas consideraciones [internet].; 2020.. Disponible en: <http://scielo.org.co/pdf/traso/v21n2/2256-5493-traso-21-02-81.pdf>.
57. Manrique E, Aguado H. Esquemas emocionales [internet].; 2002. Acceso 25] de enero de 2025. Disponible en: <http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Revista/2006/I/2-ESQUEMAS EMOCIONALES EVITACION EMOCIONAL.pdf>.
58. Rovella M. Abandono emocional [internet].; 2020.. Disponible en: https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/30445/1/tfg_belen_rovella.pdf.
59. Cuevas D, Granados A. La crueldad [internet].; 2011. Acceso 25] de enero de 2025. Disponible en: <https://www.bing.com/search?q=%20como%20emocion%20Crueldad%20%20pdf&qsn=&form=QBRE&sp=-1&lq=0&pq=%20como%20emocion%20crueldad%20%20pdf&sc=12-27&sk=&cvid=45EFC07488FC4FA7A1CD7EC0B24A45A7&ghsh=0&ghacc=0&ghpl=>.

60. Colegio de Psicólogos. La culpabilidad en la psicología [internet].; 2020.. Disponible en:
<https://colegiodepsicologossj.com.ar/culpabilidad-psicologia/>.

61. Naranjo Y, Concepción A, Rodríguez M.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
 [Internet].; 2025.. Disponible en:
<https://www.bing.com/search?q=teor%C3%ADa%20del%20estigma%20de%20goffman&q=s=n&form=QBRE&sp=-1&lq=0&pq=teor%C3%ADa%20del%20estigma%20de%20goffman&sc=12-29&sk=&cvid=40BD8694E91543709A39A1BA158B78D1>.

62. Enfermería virtual. Jean Watson: teoría del cuidado humano [Internet].; 2022.. Disponible en: <https://enfermeriavirtual.com/jean-watson-teoria-del-cuidado-humano/>.

63. Rodríguez, A. y Pérez, A. Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. [Online]; Universidad de Artemisa, 2017. Acceso 23] de Enero de 2025. Disponible en: <https://doi.org/10.21158/01208160.n82.2017.1647>.

64. Alonzo, C.G. Los enfoques cuantitativo y cualitativo de la investigación científica. Mérida, México: Universidad Autónoma de Yucatán, Facultad de Educación.

65. Beana, G. Metodología de la investigación. Tercera ed. Gómez MdCP, editor. México: Grupo Editorial Patria; 2017.

66. Supo, J. Metodología de la investigación científica: Para las Ciencias de la Salud y las Ciencias Sociales. Tercera edición ed. Zacarías H, editor.: BIOESTADISTICO EIRL; 2020.

67. Alicia E. Introducción a la Epistemología y a la Metodología de la Ciencia Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de La Plata; 1995.
68. Piñan Rojas T. Casos atendidos en el Centro de salud Mental Esperanza en Huánuco. Oficina de estadística e informática.
69. Arispe, CM. Yangali, JS. Guerrero, MA. et al. La investigación Científica. Primera ed. Ecuador Uid, editor. Guayaquil, Ecuador: Departamento de investigación; 2020.
70. Médicas FMplEyll. [Mayoclinic].; 2026.. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/schizophrenia/symptoms-causes/syc-20354443>.
71. Ng B. [American Psychiatric Association].; 2024.. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/patients-families/la-salud-mental/estigma/que-es-estigma-prejuicio-discriminacion>.
72. García, M. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación (pp. 123-152). Madrid, España: Alianza Universidad. [Online].; 1993. Acceso 23] de enero de 2026. Disponible en: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/19380/34/Tema%208-Encuestas.pdf>.
73. Tolentino Lirio SR. Conocimiento y actitud en el cuidado integral del paciente esquizofrénico del centro salud mental comunitario Ally Waraq, Huaraz, 2021. Chimbote: Universidad César Vallejo.

74. Bolivar-Paredes, Eneida; Villanueva-Ruska, Alejandro. Validación y confiabilidad del Cuestionario AQ-27 de actitudes estigmatizadoras hacia pacientes con esquizofrenia en un Hospital General – 2015. Rev Neuropsiquiatria. 2017; 80(3): p. 165-171.
75. Pía Mabel MC, Marisol MC, Giannina SS. SCIELO. [Online]; 2021. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2019000300177.
76. Observatori de Bioètica I Dret. Parc Científic de Barcelona. El informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. [Online].; 1979. Acceso 16] de enero de 2026. Disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>.

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Conocimiento y actitudes estigmatizantes del cuidador de paciente con esquizofrenia, que acude a consulta externa de un Centro de Salud Mental Comunitario en Huánuco, 2026.

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
Problema general ¿Cómo se relaciona el conocimiento y las actitudes estigmatizantes del cuidador de paciente con esquizofrenia que acude a consulta externa de un Centro de Salud Mental Comunitario en Huánuco, 2026? Problemas específicos a. ¿Cómo se relaciona el conocimiento según dimensión aspectos generales y las actitudes estigmatizantes del cuidador de paciente con esquizofrenia? b. ¿Cómo se relaciona el conocimiento	Objetivo general Determinar la relación que existe entre el conocimiento y las actitudes estigmatizantes del cuidador de paciente con esquizofrenia que acude a consulta externa de un Centro de Salud Mental Comunitario en Huánuco, 2026. Objetivos específicos a. Identificar la relación entre el conocimiento según dimensión aspectos generales y las actitudes estigmatizantes del cuidador de paciente con esquizofrenia. b. Identificar la relación entre el	Hipótesis general Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y las actitudes estigmatizantes del cuidador del paciente con esquizofrenia de un Centro de Salud Mental Comunitario en Huánuco, 2026. Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y las actitudes estigmatizantes del cuidador de paciente con esquizofrenia, de un Centro de Salud Mental Comunitario en Huánuco, 2026. Hipótesis específicas Hi1: Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento según dimensión aspectos generales y las actitudes estigmatizantes del	Variable 1 Conocimiento Dimensiones: a) Aspectos generales b) Tratamiento farmacológico c) Terapia psicosocial Variable 2 Actitudes estigmatizantes Dimensiones: a) Irritabilidad b) Peligrosidad c) Miedo d) Coacción e) Segregación f) Evitación g) Ayuda h) Piedad	Tipo de investigación El tipo de investigación será aplicada, ya que se empleará para la resolución práctica de problemas específicos. También será de tipo descriptivo, debido a que busca conocer propiedades y características importantes de cualquier hecho Método y diseño de la investigación El método que se empleará en la investigación será el hipotético-deductivo, puesto que parte de hipótesis formuladas a partir l marco teórico y desde ellas se deducen en consecuencias

según dimensión tratamiento farmacológico y las actitudes estigmatizantes del cuidador de paciente con esquizofrenia? c. ¿Cómo se relaciona el conocimiento según dimensión tratamiento psicosocial y las actitudes estigmatizantes del cuidador de paciente con esquizofrenia?	conocimiento según dimensión tratamiento farmacológico y las actitudes estigmatizantes del cuidador de paciente con esquizofrenia. c. Identificar la relación entre el conocimiento según dimensión tratamiento psicosocial y las actitudes estigmatizantes del cuidador de paciente con esquizofrenia	cuidador de paciente con esquizofrenia. Hi₂: Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento según dimensión tratamiento farmacológico y las actitudes estigmatizantes del cuidador de paciente con esquizofrenia. Hi₃: Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento según dimensión tratamiento psicosocial y las actitudes estigmatizantes del cuidador de paciente con esquizofrenia.	i) Responsabilidad	observables que constatarán para aceptar o rechazar dichas hipótesis. El diseño del estudio será no experimental puesto a que no habrá ninguna intervención del investigador, por lo que se estudiará las variables en una progresión natural de eventos. Muestra La muestra es de tipo censal, se conformará de 43 cuidadores de pacientes con esquizofrenia continuadores atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Esperanza”. El tipo de muestreo será no probabilístico por conveniencia.
---	--	--	---------------------------	--

Anexo 2. Instrumentos

Instrumento de variable independiente: CAUSA

UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Programa de Segunda Especialidad en Enfermería en salud mental y psiquiatría

CUESTIONARIO PARA NIVEL DE CONOCIMIENTO

(Adaptado por Tolentino 2021)

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Conocimiento y actitudes estigmatizantes del cuidador de paciente con esquizofrenia que acude a consulta externa de un centro de salud mental comunitario en Huánuco, 2026.

PRESENTACIÓN:

Buenos días estimado participante estoy realizando una investigación para evaluar el nivel de conocimiento sobre la esquizofrenia. Esperamos contar con su colaboración, le agradecemos ser lo más sincero (a) y honesto (a) posible.

DIMENSION / ITEM	OPCIONES DE MARCADO			
I. ASPECTOS GENERALES				
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) Ninguna 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?	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
III. 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) Ninguna de 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

Fuente. Tolentino (73).

Instrumento de variable dependiente: EFECTO

UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Programa de Segunda Especialidad en Enfermería en salud mental y psiquiatría
CUESTIONARIO DE ACTITUDES ESTIGMATIZANTES HACIA LAS PERSONAS
CON TRASTORNOS MENTALES
(Adaptado 2015)

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Conocimiento y actitudes estigmatizantes del cuidador de paciente con esquizofrenia que acude a consulta externa de un Centro de Salud Mental Comunitario en Huánuco, 2026.

PRESENTACIÓN:

Buenos días estimado participante estoy realizando una investigación para evaluar su actitud y percepción hacia las personas con trastornos mentales. Esperamos contar con su colaboración, le agradecemos ser lo más sincero (a) y honesto (a) posible.

Para que pueda contestar las preguntas se le explica el siguiente caso

“José es un soltero de 30 años con esquizofrenia. A veces oye voces y se altera. Vive solo en un apartamento y trabaja como empleado en una gran firma de abogados. Ha sido hospitalizado seis veces a causa de su enfermedad”.

DIMENSION / ITEM	OPCIONES DE MARCADO				
RESPONSABILIDAD	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 Casi SIEMPRE	5 SIEMPRE
1. ¿Pensaría que es culpa del paciente que se encuentre en su situación actual?					
2. ¿Hasta qué punto cree que es controlable la causa de la situación del paciente?					
3. En su opinión, ¿hasta qué punto el paciente es responsable de su situación actual?					
PIEDAD					
4. ¿Sentiría pena por el paciente?					
5. ¿Hasta qué punto comprende al paciente?					
6. ¿Cuánta preocupación sentiría por el paciente?					
IRRITABILIDAD					
7. ¿En qué medida se sentiría furioso (a) por el paciente?					

8. ¿En qué medida se sentiría molesto(a) con el paciente?					
9. ¿En qué medida se sentiría irritado(a) por el paciente?					
PELIGROSIDAD					
10. ¿Se sentiría inseguro cerca del paciente?					
11. En su opinión, ¿hasta qué punto es peligroso el paciente?					
12. ¿Se sentiría amenazado por el paciente?					
MIEDO					
13. ¿Sentiría miedo por el paciente?					
14. ¿Hasta qué punto el paciente le asustaría?					
15. ¿Hasta qué punto le aterrorizaría el paciente?					
AYUDA					
16. ¿Estaría dispuesto a hablar con el paciente acerca de su problema?					
17. ¿Cuál es la probabilidad de que ayude al paciente?					
18. ¿Con qué certeza cree que lo ayudaría?					
COACCIÓN					
19. ¿Si estuviera al cargo del tratamiento, le exigiría que se tomara su medicación?					
20. ¿Hasta qué punto está de acuerdo en que el paciente debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico incluso si él no quiere?					
21. ¿Si estuviera a cargo del tratamiento, le obligaría a vivir en un lugar supervisado?					
SEGREGACIÓN					
22. ¿Cree que el paciente supone un riesgo para sus vecinos si no se le hospitalizaría?					
23. ¿Cree que sería mejor que el paciente fuera aislado en un hospital psiquiátrico?					
24. ¿Hasta qué punto cree que un hospital psiquiátrico, donde el paciente pudiera mantenerse alejado de sus vecinos, es el mejor lugar para él?					
EVITACIÓN					
25. ¿Si usted fuera un empresario, le entrevistaría para un trabajo?					
26. ¿Compartiría un carro para ir al trabajo con el paciente cada día?					
27. En su opinión, ¿hasta qué punto es el paciente responsable de su situación actual?					

Fuente. Bolivar-Paredes et al. (74).

Anexo 3. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Instituciones: Universidad Privada Norbert Wiener

Investigadora: Lic. Enf. Denia Lorena Paucar Barrionuevo

Título: Conocimiento y actitudes estigmatizantes del cuidador de paciente con esquizofrenia que acude a consulta externa de un centro de salud mental comunitario en Huánuco, 2026.

Propósito del estudio

Lo invitamos a participar en un estudio llamado: “Conocimiento y actitudes estigmatizantes del cuidador de paciente con esquizofrenia que acude a consulta externa de un centro de salud mental comunitario en Huánuco, 2026”. Este es un estudio desarrollado por la investigadora de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lic. Enf. Denia Lorena Paucar Barrionuevo. El propósito de este estudio es establecer la relación que existe entre el conocimiento y las actitudes estigmatizantes en cuidadores de pacientes con esquizofrenia.

Procedimientos

Si usted decide participar en este estudio, se le realizará lo siguiente: Se explicará el procedimiento a realizar para la toma del instrumento, se firmará el consentimiento informado y se procederá con el llenado de los cuestionarios.

La encuesta puede demorar unos 25 minutos y (según corresponda, añadir a detalle). Los resultados de los instrumentos se le entregarán a usted en forma individual o almacenarán respetando la confidencialidad y el anonimato.

Riesgos

Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario

Beneficios

Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación (de manera individual o grupal), que puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por la participación. Tampoco recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad

Guardare la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

Derechos del paciente

Si usted se siente incómodo durante la aplicación del instrumento, podrá retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio. Puede comunicarse con la Lic. Enf. Denia Lorena Paucar Barrionuevo (921927586) o al comité que validó el presente estudio,, presidenta del Comité de Ética para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, tel. +51 924 569 790. E-mail: comite.etica@ uwiener.edu.pe

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio. Comprendo qué cosas pueden pasar si participo en el proyecto. También entiendo que puedo decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Anexo 4. Informe de originalidad

11% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 9%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 8%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 9% Fuentes de Internet
- 1% Publicaciones
- 8% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	3%
2	Trabajos entregados	uwiener on 2024-06-14	2%
3	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-10-17	<1%
4	Trabajos entregados	Submitted on 1690608465632	<1%
5	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2024-09-28	<1%
6	Internet	repositorio.unc.edu.pe	<1%
7	Trabajos entregados	Universidad del Bosque on 2025-05-20	<1%
8	Trabajos entregados	uwiener on 2024-06-14	<1%
9	Internet	www.coursehero.com	<1%
10	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
11	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2023-03-15	<1%