

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN CUIDADORES DE PACIENTES
DIAGNOSTICADOS CON ESQUIZOFRENIA

CARMEN JULIA ORTEGA NAVARRO
EVIS JOHANA RIVAS MONTALVO

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGAS

ASESOR

MG. ROBINSON DARÍO ORTIZ SÁNCHEZ

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
SECCIONAL BAJO CAUCA

2019

Tabla de contenido

Resumen.....	3
1. Planteamiento del problema.....	4
2. Justificación	9
3. Objetivos	11
3.1 Objetivo General	11
3.2 Objetivos específicos.....	11
4. Antecedentes de investigación.....	12
5. Marco teórico	20
5.1 Conceptualización sobre los tipos de cuidadores	20
5.1.1 Sobrecarga de cuidadores.	21
5.2 Trastorno de esquizofrenia y trastornos relacionados	25
5.2.1 Crisis esquizofrénica.....	27
5.3 Estrategias de afrontamiento	28
5.3.1 Confrontación.	31
5.3.2 Planificación.	31
5.3.3 Distanciamiento.	31
5.3.4 Autocontrol.	32
5.3.5 Aceptación de responsabilidad.	32
5.3.6 Escape-evitación.	32
5.3.7 Reevaluación positiva.....	33
5.3.8 Búsqueda de apoyo social.....	33
5.4 Estilos de Afrontamiento.....	33
5.4.1 Personas evitadoras y personas confrontativas.....	34
5.4.2 Catarsis.	34
5.4.3. Uso de estrategias múltiples.	35
6. Metodología	37
6.1 Tipo de investigación	37
6.2 Diseño de investigación	37
6.3 Población y muestra	38
6.4 Criterios de inclusión y exclusión	39
6.5 Instrumentos de recolección de información	40

6.7 Procedimiento de recolección de la información	41
6.8 Plan de análisis	42
6.9 Consideraciones éticas	43
7. Resultados	44
7.1 Conocimiento sobre la esquizofrenia	44
7.1.1 Consumo de sustancias psicoactivas	45
7.1.2 Cambios en el comportamiento del cuidando.....	45
7.1.3 Agresividad.....	46
7.1.4 Falta de autocuidado	46
7.2 Estrategias de afrontamiento	46
7.2.1 Confrontación	47
7.2.2 Planificación	47
7.2.3 Reevaluación positiva.....	48
7.2.4 Aceptación de responsabilidad	48
7.2.5 Distanciamiento	49
7.2.6 Religiosidad	49
7.2.7 Autocontrol y Evitación.....	50
7.2.8 Búsqueda de apoyo	50
7.3 Cambios en el estilo de vida.....	51
7.3.1 Sentimientos frente al problema	51
7.3.2 Cambios en la rutina	52
7.3.3 Dificultades económicas.....	52
7.4 Observación de aspectos sociodemográficos	53
8. Discusión.....	55
9. Conclusiones y recomendaciones	64
10. Bibliografía	65
11. Anexos	74
Anexo 1. Formato de consentimiento informado.....	74
Anexo 2. Entrevista semiestructurada para cuidadores de pacientes con esquizofrenia.....	76

Resumen

Lo que se pretendía con la presente investigación era, por medio del diseño cualitativo, conocer las estrategias de afrontamiento que utilizan los cuidadores de personas que padecen trastorno esquizofrénico, mediante la aplicación de una entrevista semiestructurada. Se cuenta con evidencia que demuestra la influencia que ejercen aquellas personas que tienen a su cuidado este tipo de pacientes, en la evolución de la enfermedad y adherencia al tratamiento, debido a que estos resultan ser el principal apoyo tanto emocional como económico, y por ende, recae sobre los mismos responsabilidades relacionadas con el cuidado, el cual va a requerir de mayor compromiso, dependiendo del grado de autonomía de la persona con esquizofrenia, ligado al estado de gravedad de la enfermedad. Se contó con la participación de dos madres quienes eran las cuidadoras principales. Aparte de esto, se indagó por el conocimiento que tienen las cuidadoras sobre la enfermedad que padece su cuidando, y a su vez, se tuvieron en cuenta algunos aspectos relacionados con el nivel socioeconómico; además, se registraron los cambios en el estilo de vida de las cuidadoras entrevistadas. De los resultados se obtuvieron nueve categorías y once subcategorías, donde se refleja que las estrategias de afrontamiento utilizadas por las cuidadoras son: Confrontación, Reevaluación positiva, Aceptación de la responsabilidad, Distanciamiento, Religiosidad, y Búsqueda de apoyo social (familia, amigos, profesional). Por otra parte, no se logra identificar el empleo de las estrategias de planificación, evitación y autocontrol.

Palabras clave: estrategias de afrontamiento, esquizofrenia, cuidadores, estilo de vida.

1. Planteamiento del problema

La esquizofrenia es definida según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2016 como un trastorno mental que se caracteriza “por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. Algunas de las experiencias más comunes son el hecho de oír voces y los delirios”. Este padecimiento es tratable desde la intervención farmacológica y el apoyo psicosocial (OMS, 2016) en donde se considera a la familia como un factor de importancia en la evolución y tratamiento de esta enfermedad, ya que son uno de los principales afectados por el diagnóstico (Escalante y Gavlovski, 2011).

Aunque no es tan común el diagnóstico de esquizofrenia al compararse con otros trastornos mentales, según la OMS (2016) esta afecta a más de 21 millones de personas en el mundo y presenta una mayor prevalencia en el sexo masculino (12 millones) en comparación con el sexo femenino (9 millones). En Colombia, hacia el año 2000, según las estadísticas, se evidencia la incidencia de esta enfermedad aproximadamente en el 1% de la población. En el 2009 se reporta en Antioquia que el 10,71% (11,949) de las atenciones realizadas por problemas mentales fue por esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes (Secretaría Seccional de Salud y Protección de Antioquia- SSSA, 2011).

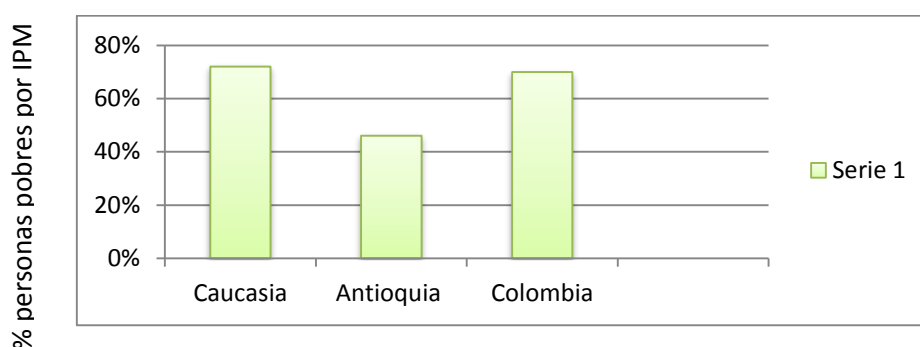
Aunque se dice que el incremento de la esquizofrenia en el departamento de Antioquia ha ido en aumento desde 1997, año en el cual se realizó un estudio de salud mental en el departamento, este incremento se reporta en instituciones especializadas como lo es el Hospital Mental de Antioquia, llegando a ser incluido por algunos medios de comunicación como “Los trastornos de los paisas”, tal y como figuraba en un titular del periódico El Tiempo (2003), catalogando como las principales causas los factores heredados y problemáticas sociales del departamento. No se cuenta con cifras precisas que muestren hasta

el año 2017 el porcentaje exacto de las personas que la padecen (Redacción El Tiempo, 2003).

Debido a que los reportes de los últimos años de la Secretaria de Salud de Antioquia, muestra que los casos relacionados con la salud mental de la población del departamento van en aumento, hace que se piense en políticas públicas que traten de mitigar dicha problemática. Es importante indicar que particularmente en el municipio de Caucasia - Antioquia, no se cuenta con datos actualizados relacionados con este tipo de casos, lo cual constituye un agravante debido a que, al no conocer la población afectada, no se podrían establecer planes y estrategias de intervención. Además, no se cuenta en el municipio con investigaciones sobre las estrategias de afrontamiento de cuidadores de personas diagnosticadas con esquizofrenia, lo cual hace más difícil tener una visión general de la situación actual en cuanto a salud mental.

En lo referente a las condiciones socio-económicas del municipio, los niveles de pobreza son altos (Gráfica 1). La población aproximada es de ciento diez mil habitantes, donde el 65% de la población de Caucasia está en línea de pobreza y el 25% en línea de extrema pobreza. Se ha encontrado que una variable asociada a la esquizofrenia son las condiciones socio-económicas bajas en relación a la calidad de vida, donde se puede ver afectada por no contar con un acceso ágil y efectivo tanto a los servicios médicos, como a los demás servicios que son fundamentales para el tratamiento y acompañamiento de la enfermedad, lo que genera en estas personas altos niveles de estrés, ya que el factor dinero ha sido tenido en cuenta como algo que puede incidir en la forma de afrontar ciertas situaciones estresantes. Las personas que poseen buenos recursos económicos suelen manejar mejor algunas dificultades que requieran de la parte económica o cuando este factor económico hace más llevadera la situación adversa, genera menor carga de estrés y un mejor afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984).

Gráfica 1: Índice de Pobreza Multidimensional - 2005



Fuente: Departamento Nacional de Planeación (2006).

Según el periódico El Tiempo (2002) ante la prestación de servicios a los pacientes, se genera una cantidad elevada de gastos monetarios tanto para la familia como para la sociedad y el Estado, por lo que existen muchos pacientes que no tienen acceso a servicios de salud mental o este es precario, ya que no cuentan con los recursos económicos suficientes para acceder a estos servicios, generando así unas condiciones desfavorables tanto para el paciente como para sus familiares y/o cuidadores, lo cual detona estados de preocupación y desesperación por parte de estos, factores que son causantes de afectaciones en el funcionamiento familiar, pues al no saber responder adecuadamente a las necesidades de los enfermos, por la carga generada de sus cuidados, la familia empieza a expresar alteraciones a nivel emocional y desestructuraciones que pueden influir en la salud mental (Rascón, Caraveo y Valencia, 2010 y Caqueo y Lemos, 2008).

Diversos estudios que se han encargado de investigar las estrategias de afrontamiento de familias de personas que han sido diagnosticadas con esquizofrenia en diferentes partes del mundo, como el realizado por Rascón, Caraveo y Valencia (2010), han demostrado la influencia de la presencia de dichas estrategias en la evolución de la enfermedad, ya sea de forma positiva, es decir, que se logre por parte de los cuidadores contar con los recursos pertinentes que les ayuden a brindar un buen apoyo y acompañamiento a los enfermos, o de forma negativa causando efectos adversos sobre el curso de la enfermedad. Debido al impacto que genera a nivel emocional, social, laboral, familiar y cultural el hecho de tener un

pariente con un trastorno mental y asumir sus cuidados, específicamente con esquizofrenia, y por la connotación socio-cultural que se tiene acerca de la enfermedad, es común que estas personas presenten miedo y ansiedad (García, 2012).

Asumir el cuidado de una persona con este diagnóstico, es en sí un suceso estresor, un causante de estrés en los cuidadores y/o familiares que en un alto porcentaje de los casos investigados parecen no poseer los recursos internos necesarios para afrontarlo de una forma no negativa, ya sea por desconocimiento de la enfermedad o por el impacto mismo que genera dicho diagnóstico, llegando a causar modificaciones en sus estilos de vida y en la dinámica familiar, tornándose como una situación poco amena para las partes involucradas, lo que puede ocasionar comportamientos como el distanciamiento, la agresión y/o el rechazo hacia la persona con esquizofrenia. Ante esta situación el paciente puede tender a experimentar recaídas, crisis, mal adherencia al tratamiento, entre otras consecuencias que surgen de relaciones nocivas con sus cuidadores, quienes en la mayoría de los casos son familiares de primer grado de consanguinidad (Rebolledo y Lobato, 2005). Por lo que en estos casos, las estrategias de afrontamiento utilizadas resultan ser un factor determinante para todo lo que implica asumir una responsabilidad con tal alto grado de complejidad, dependiendo en gran medida los posteriores resultados o consecuencias desligadas de la enfermedad, del uso de dichas estrategias, que pueden llegar a ser perjudiciales para el cuidador y cuidado. En el momento en que el sujeto cuidador es rebasado por la situación estresante, quedando limitados sus recursos internos para afrontarlo, se derivan de esto acciones y reacciones negativas como las mencionadas anteriormente, por ello es preciso que la persona que queda a cargo, pueda efectuar estrategias adecuadas que se requiera en cada situación en particular. Lazarus y Folkman (1984) plantean que un individuo puede poseer una gran variedad de estrategias, pero lo que hace que estas se lleven a cabo adecuadamente,

es saber hacer uso de cada una de estas, eligiendo la más acertada, dependiendo de las circunstancias que lo ameriten.

Según una investigación realizada en Colombia (Mora, Márquez, Fernández, De la Espriella, Torres y Arenas, 2016) se reporta que por lo general las mujeres son quienes asumen el cuidado, especialmente las madres que son consideradas por muchos de las personas con la enfermedad como su principal apoyo, idea soportada en el estudio realizado por Escalante y Gavlovski (2011). En los casos en los cuales el trastorno es severo, los cuidadores se convierten en los tutores de estas personas, lo que delega en ellos la responsabilidad de asumir el rol de brindarle los cuidados necesarios para su bienestar, implicando tener que enfrentarse a las contingencias que se puedan presentar y demandando de estos una capacidad de acción propicia y capacidad de solución de problemas en los casos en que se requiera.

Por lo ya expuesto, surge el interés por investigar sobre el tema, planteando para ello el siguiente problema ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento que utilizan las familias o cuidadores de pacientes diagnosticados con esquizofrenia?

2. Justificación

Toda la carga que recae sobre los cuidadores, sin duda, hace que nazca el interés de indagar sobre las estrategias de afrontamiento que utilizan dichos cuidadores de pacientes diagnosticados con esquizofrenia.

Actualmente, al no contar en el municipio con investigaciones sobre las estrategias de afrontamiento de cuidadores de personas diagnosticadas con esquizofrenia, es mucho más complicado saber exactamente el porcentaje de la población afectada y por consiguiente los planes de intervención a personas perjudicadas directa o indirectamente resulta complejo.

Los datos que se recopilen en el estudio de este tema y el acceso a esta información permitirán conocer el impacto que genera en los cuidadores el diagnóstico de la esquizofrenia y la responsabilidad de atender las necesidades de una persona con la enfermedad. Según Zapata, Bastida, Quiroga, Charra y Leiva (2013) la forma en que los padres o cuidadores asumen el estrés de la situación, también habla de la forma de pensar, actuar y comportarse ante los estresores de la vida diaria, lo que no solo repercute sobre la calidad de vida en el momento presente, sino que a futuro puede incidir sobre esta.

A partir de la información que se logre recolectar, se podrían crear futuros modelos de intervención que estén encaminados a mejorar la calidad de vida de los cuidadores y de las personas que padecen la enfermedad, por medio de mecanismos que podrían mitigar las cargas de estrés negativo realizando intervenciones psicosociales que le brinden a los cuidadores y otros miembros cercanos a la familia, herramientas para el afrontamiento de la enfermedad y el cuidado de las personas con el trastorno. Del mismo modo, que estas intervenciones permitan aminorar los factores negativos que puedan repercutir sobre la evolución de la enfermedad. Tal como lo sugieren Aragón, Combata y Mora (2012) que para las consecuencias del estrés, la ansiedad y demás efectos adversos que se puedan generar a partir esta situación, se deben realizar intervenciones a nivel familiar basadas en la

autosupervisión, entrenamiento en relajación, autoevaluación, afrontamiento y modelado, siendo esta una forma de acercar a las familias cuidadoras al trastorno que padece el sujeto a su cargo. Estas técnicas resultan un medio favorable para conocer desde una perspectiva vivencial lo relacionado con el motivo de dicha enfermedad o la razón de su padecimiento, al mismo tiempo que se entrenan, no solo por medio de las estrategias de afrontamiento para hacerle frente a la situación, sino que para ello también tienen la posibilidad de hacer uso de técnicas de relajación, que suelen ser fundamentales en los casos en los que la situación misma detona altos niveles de estrés que desbordan la capacidad de los individuos: tanto de cuidadores como de quienes están siendo cuidados. Además, se considera pertinente proporcionar psicoeducación y acompañamiento al cuidador, ya que un acompañamiento diligente, resulta importante para el mejoramiento de la calidad de vida del cuidador y al mismo tiempo de la persona a la que cuida (Flores y Arcos, 2014).

Hay que mencionar además, que en lo concerniente a la Universidad de Antioquia, esta podría cumplir no solo una labor que genere beneficios en cuanto a los conocimientos que se obtengan de la investigación o en la parte académica, sino que en el ámbito social su aporte se vería reflejado en las posibles aplicaciones prácticas de los resultados de la investigación, los cuales apuntarían a mejorar la calidad de vida de una población que en muchos casos requeriría de un acompañamiento que esté dirigido específicamente a sus necesidades, que se encargue de ofrecer psicoeducación, que vaya enfocada especialmente a las personas que se ocupan de cuidar a los pacientes con trastorno mental, discapacidad cognitiva o física, ya que el apoyo y cuidado que estos brinden son relevantes en el curso de la enfermedad, por lo que se debe procurar preservar la salud tanto de los pacientes como la de sus familias o cuidadores.

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

Indagar por las categorías relacionadas a las estrategias de afrontamiento que tienen los cuidadores principales de pacientes diagnosticados con esquizofrenia.

3.2 Objetivos específicos

- Describir las estrategias de afrontamiento que tienen los cuidadores principales de pacientes diagnosticados con esquizofrenia.
- Indagar sobre el conocimiento que tienen los cuidadores principales acerca de la esquizofrenia
- Identificar los cambios que surgieron a raíz del diagnóstico y curso de la enfermedad en el estilo de vida de los cuidadores de personas diagnosticadas con esquizofrenia.
- Describir algunos aspectos sociodemográficos de los cuidadores de personas diagnosticadas con esquizofrenia.

4. Antecedentes de investigación

La información sobre la búsqueda de los antecedentes fue obtenida en la base de datos Google Académico, Redalyc y Dialnet, con un rango de búsqueda comprendidas desde el año 2010 hasta el año 2016, usando como palabras claves: estrategias de afrontamiento, cuidadores, esquizofrenia, estrategias de afrontamiento en cuidadores, trastornos mentales.

En el rastreo de la información se destaca inicialmente el estudio realizado por Mora, Márquez, Hernández, De la Espriella, Torres y Arenas (2010) dirigida a investigar las variables demográficas y clínicas que están relacionadas con la carga y el afrontamiento de los cuidadores de personas diagnosticadas con esquizofrenia; otra investigación fue la realizada por Bohórquez, Espinosa, Turizo y Guampe (2012) la cual estaba enfocado en estudiar el afrontamiento familiar frente a las secuelas generadas en pacientes que sufrieron trauma craneoencefálico (TCE); también se encuentra el estudio realizado por Zapata, Bastida, Quiroga, Charra y Leiva (2013) la cual tenía por objetivo evaluar el bienestar psicológico y las estrategias de afrontamiento en padres de niños o adolescentes con retraso mental leve; y por último, se tomó como referencia la investigación hecha por Albarracín, Rey y Jaimes (2014) en donde se buscó estudiar las estrategias de afrontamiento y características sociodemográficas en padres de personas diagnosticadas con trastorno del espectro autista.

En la búsqueda de información relacionada con el tema, se utilizó como sustento investigaciones que se centraron en el estudio de estrategias de afrontamiento utilizadas por cuidadores, ya sean directos o indirectos, de personas que padecen alguna enfermedad o limitación a nivel cognitivo o físico. Dichas investigaciones comparten un particular interés por indagar y establecer relación entre las condiciones sociodemográficas que poseen las personas de la muestra, en donde se analizan las variables como: edad, sexo, parentesco, nivel socioeconómico, estado civil, escolaridad y ocupación, con el afrontamiento de la situación

que vivencia a raíz del diagnóstico de enfermedad en quienes tienen a su cargo o con quienes comparten una estrecha relación. En estos estudios también se analizan la forma cómo influyen dichas estrategias sobre el sentimiento de sobrecarga, la manera cómo enfrentan el estrés diario y la ansiedad que les genera dicha situación; así mismo, evalúan el bienestar psicológico y reconocen cuáles son los estilos de afrontamiento que suelen utilizar con mayor frecuencia los cuidadores.

En cuanto a los instrumentos de evaluación de las estrategias de afrontamiento que se describen en diferentes investigaciones tenidas en cuenta como referencia para el presente estudio, se encuentra el Instrumento Estrategias de Afrontamiento (IEA) de Tobin, Holroyd y Kigal (1989), que evalúa las estrategias de afrontamiento en base a la teoría de Lazarus y Folkman y es adaptado por Cano, Rodríguez y García (2006). Este instrumento incluye las siguientes estrategias de afrontamiento: Resolución de problemas, Autocrítica, Expresión emocional, Pensamiento desiderativo, Apoyo social, Restructuración cognitiva, Evitación de problemas y Retirada social. Está compuesto por 40 ítems en escala Likert (puntuaciones de 0 a 4). En su versión primaria, el IEA constaba de 72 ítems con ocho factores primarios, cuatro secundarios y dos terciario, en donde los resultados obtenidos respaldan las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema y las dirigidas a la emoción planteadas por Folkman, Lazarus, Gruen y Delongis (1986), así mismo, los constructos de evitación también se presentan.

Por su parte, el Cuestionario de Estimación del Afrontamiento (COPE), creado por Carver et al. (1989) fue empleado en otras investigaciones (Guardia, 2010 y Flores y Arcos, 2014). Este instrumento también se centra en las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y el problema, con la variación de que el COPE cuenta con trece escalas que corresponden a las trece estrategias de afrontamiento igualmente propuestas por Folkman, Lazarus, Gruen y Delongis (1986), y son: afrontamiento activo, planificación, supresión de

actividades en competencia, restricción del afrontamiento, búsqueda de apoyo social por razones instrumentales, búsqueda de apoyo social por razones emocionales, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación, acudir a la religión, enfocar y liberar emociones, negación, desentendimiento conductual y desentendimiento mental, y se encuentran distribuidas en 52 ítems que conforman el cuestionario.

En cuanto a la escala de afrontamiento de Tobin (1989) revisado por Mías (2003), citados por Zapata y colaboradores (2013), el cual es otro de los instrumentos utilizados en las investigaciones, permite evaluar las estrategias de afrontamiento y se encuentra compuesto por 8 subescalas: resolución de problemas, reestructuración cognitiva, expresión emocional, apoyo social, evitación activa, evitación pasiva, autocrítica y aislamiento. Consta de 40 ítems y un formato Likert de respuesta (puntuaciones de 1 a 5).

Como último instrumento que evalúa las estrategias de afrontamiento, se describe la Escala de Estrategias de Coping-Modificada (EEC-M), la cual fue desarrollada por Lazarus y Folkman en 1984, y así mismo, otros autores han realizado adaptaciones a esta. Cuenta con una adaptación colombiana realizada por Londoño y colaboradores (2006), denominada Escala de Estrategias de Coping-Modificada (EEC-M) cuya finalidad es la evaluación del conjunto de recursos y esfuerzos cognitivos y comportamentales que buscan la resolución de problemas, reducción o eliminación de respuestas emocionales o a modificar la evaluación inicial que se hace de la situación; adaptación citada en un estudio realizado por Albarracín, Rey y Jaimes (2013), quienes describen la escala de la siguiente manera:

“Consta de 69 ítems, agrupados en 12 factores o estrategias con opciones de respuesta tipo Likert, en un rango de frecuencia de 1 a 6 de la siguiente manera: 1, Nunca; 2, Casi Nunca; 3, A veces; 4, Frecuentemente; 5, Casi siempre y 6, Siempre. Los factores o estrategias que componen la escala son: Solución de problemas, Apoyo social, Espera, Religión, Evitación emocional, Apoyo profesional, Reacción agresiva,

Evitación cognitiva, Reevaluación positiva, Expresión de la dificultad de afrontamiento, Negación y Autonomía” (pág. 115).

Por otra parte, se encuentran la entrevista como instrumento que se utilizan de forma reiterada en diversas investigaciones, llevada a cabo por medio de encuentros personales con los sujetos de la muestra y el investigador, para la recolección de información, especialmente la relacionada con datos sociodemográficos. Entre las modalidades de entrevista se destacan las semiestructuradas y las profundas (Mora et al., 2016; Tartaglino et al., 2010 y Bohórquez, Espinosa, Turizo Castillejo y Guampe, 2012).

Con respecto a la confiabilidad de los instrumentos anteriormente descritos, se encuentran con porcentajes que se ubican dentro del rango de fiabilidad: el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (IEA) que es el más utilizado, su fiabilidad oscila entre 0,72 y 0,94; la del Cuestionario de Estimación del Afrontamiento (COPE) oscila entre 0,42 y 0,89; la escala de afrontamiento de Tobin tiene una fiabilidad de 0,83; y la Escala de Estrategias de Coping-Modificada (EEC-M) cuenta con una fiabilidad de 0,84. De forma general, se puede decir que la fiabilidad de los instrumentos utilizados en las diferentes investigaciones tomadas en cuenta para el sustento de este trabajo, se encuentra que en dicha fiabilidad se mantiene una constante favorable, debido a que los porcentajes en la mayoría de estos instrumentos es confiable, lo que se traduce a una consistencia del instrumento, es decir que cuentan con una estabilidad en el proceso de medición, lo que se entiende como precisión en las medidas, dotando a los estudios de condiciones para su acreditación y credibilidad.

Las muestras de las investigaciones nombradas anteriormente estuvieron conformadas por cuidadores informales, reconociéndose que quienes asumen este rol son los padres, de los cuales son principalmente las madres quienes se sienten más comprometidas con las labores que conlleva el cuidado. Se puede observar en el nivel de carga que conlleva a asumir el rol de cuidador, que para las madres esto significa una labor que viene prescrito desde su papel

como mamá, generando un compromiso por parte de ellas a responder ante las demandas que genera el tener que cuidar a su hijo (Guardia, 2010). Se evidencia que al ser las madres quienes se encargan mayormente del cuidado de los hijos y de la satisfacción de las demandas por parte de estos, se requieren esfuerzos que tienen que hacer para poder tener la disponibilidad que exigen los cuidados, llegando a dejar su trabajo para dedicarse completamente a los cuidados del hogar, debido a los cambios que surgen en la dinámica familiar después del diagnóstico de la enfermedad (Albarracín, Rey y Jaimes, 2014).

De Castro (2013) quien cita a Cardoso, Vieira, Ricci y Mazza (2012) llegan a la conclusión, a partir de la realización de un análisis investigativo, de que esta situación de predominio femenino en el rol de brindar los cuidados, se podría ver relacionado por cuestiones socio-culturales, en donde la mujer está suscrita a llevar el papel principal en lo que a los cuidados de la familia se refiere, ya que desde siempre se han atribuido los cuidados del hogar y la familia al papel de la mujer.

La participación en los estudios realizados se hizo de manera voluntaria, en donde los criterios de inclusión para la participación en las investigaciones se encontraban que los cuidadores fueran mayores de edad, que convivieran con el paciente y que tuvieran contacto diario con este; que se autoidentificaran como el cuidador principal; y por último, que firmaran el consentimiento informado. Dentro de la muestra más representativa, con respecto al nivel socioeconómico, se destacan los estratos 1 y 2 (Mora et al., 2016).

Para destacar, es imposible negar la influencia o importancia que ejerce la familia en el rol de cuidadores directos de una persona con necesidad de cuidados especiales (Cardona, Zuleta, Londoño, Ramírez y Viveros, 2012), esto a su vez, genera en las personas que asumen dichos cuidados múltiples cambios y repercusiones en los diferentes ámbitos de su vida, como son experimentar diferentes estados de ansiedad, la sobrecarga, deterioro a nivel físico, social, emocional y familiar, reajustes en la utilización del tiempo, afecciones en el bienestar

psicológico. A lo anterior se le suma dificultades para acceder a los servicios de salud influenciado por variables sociodemográficas como el nivel socioeconómico bajo y el nivel de escolaridad, que en la mayoría de los casos estudiados en las investigaciones llegaba hasta secundaria, sin ningún tipo de formación profesional, lo que hace que la psicoeducación juegue un papel sobresaliente en el acompañamiento de estos cuidadores (Flórez y Arcos, 2014).

La forma en como conceptualizan la enfermedad y sus consecuencias va ligado a las estrategias de afrontamiento que emplean los cuidadores ante la situación, punto fundamental en el curso de la enfermedad de los pacientes, debido a la influencia que esto ejerce en la evolución de la enfermedad, ya sea de forma positiva o negativa. Por esto, el acompañamiento que se haga debe proporcionar cuidados que generen beneficios y aporte al equilibrio emocional de ambas partes, tanto en cuidadores como en quienes están siendo cuidados (Flórez y Arcos, 2014).

Ante las estrategias de afrontamiento utilizadas en cuidadores, se encontró que la estrategia centrada en el problema es la más frecuente, convirtiéndose así en la forma que los sujetos asimilan su rol buscando alternativas enfocadas en el análisis de las necesidades de las personas que tienen a su cuidado e intentando comprender estas necesidades, y recurriendo a personal capacitado para que estos les puedan proporcionar herramientas para realizar un plan de acción que mejore la situación del cuidado, como se evidencia en las investigaciones a cargo de Tartaglioni, Ofman y Stefani, (2010); Aragón, Combita y Mora (2012); Zapata, Bastida, Quiroga, Charra y Leiva (2013) y Albarracín, Rey y Jaimes (2014).

Se muestra además que en algunas investigaciones las estrategias centradas en el problema no suelen ser muy utilizadas, sino que se opta por usar otras estrategias, como lo es la reestructuración cognitiva, la cual permite que los cuidadores se centren en cambiar las cogniciones angustiantes o que generan preocupación por aquellas que favorezcan la

adaptación, para que de esta forma se logre reducir el estrés, la ansiedad y la depresión, buscando mejorar la calidad de vida de los cuidadores.

Por otra parte, Mora, Márquez, Fernández, De la Espriella, Torres y Borrero (2016), evidenciaron que acudir a la religión y el apoyo espiritual son estrategias empleadas en su mayoría por personas de sexo femenino, personas de mayor edad y por parte de los padres. Suele ser un recurso que utilizan para sobrellevar la situación desbordante, como símbolo de esperanza, ya que las creencias religiosas se convierten en un sustento emocional (Guardia, 2010). En la mayoría de las investigaciones se encontraron similitudes con respecto al tipo de parentesco que posee el cuidador con la persona que tiene a su cuidado y las estrategias de afrontamiento que suelen utilizar, esto se puede deber a que la mayoría de quienes ejercen el rol de cuidador son los padres, dentro de los que se encuentra en alto porcentaje las madres, y a las principales contingencias a las que se enfrentan están relacionadas con los cuidados en el ámbito doméstico y el manejo de la enfermedad, lo que hace que se piense más en la forma en cómo afrontar la situación: buscando la solución de problemas y recurriendo a cambios que permitan adaptarse a la situación como forma más común de afrontamiento (Albarracín et al., 2014).

Lo anterior demuestra que si bien, según las investigaciones citadas, hay una inclinación hacia el uso de estrategias centradas en el problema, también se encuentra que los cuidadores recurren al mismo tiempo a emplear estrategias centradas en la emoción. Esto se puede relacionar con que la demanda que se hace para el uso de estas, en la mayoría de los casos, es lo que determina principalmente a cuál de la amplia gama de estrategias acudir ante un evento o situación que se presente durante el cuidado. Sin embargo, como lo mencionaban algunos de los autores más representativos en el estudio del tema (Lazarus y Folkman, 1986) existe una relación entre las estrategias centradas en el problema y las que se centran en la emoción, la cual radica en que en el proceso de afrontamiento estas pueden interferirse entre

sí, ya sea de forma positiva o negativa, es decir, facilitando la una la aparición de la otra o impidiéndolo, sin descartar la coexistencia de ambas en momentos determinados, pero haciendo énfasis en que el periodo de duración de cada una es variable; lo que habla de la independencia de esta, aun cuando pueden estar presentes en un mismo evento.

No obstante, los resultados del despliegue de estas estrategias no garantizan que los resultados obtenidos van a ser positivos al punto de ser suficientes para que no se generen dificultades en el manejo de situaciones adversas, ni tampoco son generalizados en todos los casos. El hecho de que un cuidador posea estrategias de afrontamiento adecuadas, no afirma que las personas cuidadas van a responder ante esto de forma positiva, pero sí resulta una ventaja para mitigar en cierta medida el impacto negativo que genera el diagnóstico en sí y la responsabilidad de asumir los cuidados con todo lo que ello implica. La gravedad de la patología se convierte en un factor que complejiza el manejo de la enfermedad, donde los esfuerzos de los cuidadores podrían resultar insuficientes.

5. Marco teórico

A continuación, se encuentran expuestos los conceptos principales que fundamentan la presente investigación, los cuales han sido estudiados por diversos autores que han emitido definiciones o han dado a conocer formas de entender, desde su abordaje, cada tema. Igualmente se hace referencia a criterios del DSM-V y el CIE-10. Esto con el fin de tener claridad sobre las temáticas en las cuales se centra esta investigación.

Se retomaron las definiciones planteadas por los autores más representativos en cuanto a los temas a tratar, como son: la conceptualización de los tipos de cuidadores, sobrecarga de cuidadores, la esquizofrenia y los trastornos relacionados, crisis esquizofrénica, estrategias de afrontamiento y estilos de afrontamiento.

5.1 Conceptualización sobre los tipos de cuidadores

Según la Guía de Atención al Cuidador (2011) los cuidadores son aquellas personas que proporcionan atención y ayuda a quienes están en una condición de dependencia, entendida esta como la necesidad de ayuda o asistencia importante para poder realizar las actividades de la vida cotidiana. Deben estar prestos para la solución de problemas en el ámbito doméstico, es decir, aquellos problemas que están relacionados con el hogar y la convivencia dentro de dicho espacio. Por ende se encuentran inmersos en la vida de estas personas y cada día están involucrados en la convivencia con estos. Los cuidadores se encargan principalmente de proporcionar cuidados básicos, como también de brindar apoyo emocional, siendo un aporte importante que hacen estos.

Se distinguen características comunes a todos los cuidadores las cuales son:

- Proporcionar cuidados o atenciones hace que la persona con dependencia tenga sus necesidades físicas, sociales y afectivas cubiertas.
- Implica una dedicación importante de tiempo y energía.
- Implica tareas que pueden no resultar cómodas ni agradables.

- Generalmente, se da más de lo que se recibe.

Los cuidadores se pueden dividir en cuidador principal, formal e informal, y son definidos en la Guía de Atención al Cuidador (2011) de la siguiente manera:

El cuidador principal es aquella persona que convive con el paciente en su entorno natural y se hace cargo de todo lo que tiene que ver con el cuidado de este y las implicaciones del manejo de estas personas. Usualmente quienes cumplen este rol son los padres, pareja o familiares cercanos a la persona en condición de cuidado.

El cuidador formal es una persona que desempeña el rol de cuidador contando con la preparación requerida para cumplir esta labor y recibe una remuneración económica a cambio de la prestación de sus servicios.

El cuidador informal es básicamente aquella persona que asume el cuidado de la persona dependiente ocasionalmente, es decir, que si bien no es quien se encarga de todos los cuidados de estos, colabora en la atención y suele ser parte del entorno familiar.

5.1.1 Sobrecarga de cuidadores.

La relación que se establece con el paciente está provista de una responsabilidad por parte de los cuidadores, los cuales son susceptibles de sufrir una carga que se puede transformar en diferentes situaciones o malestares como sufrimiento emocional, limitaciones de horario o económicas e inclusive de vivienda, lo cual va ligado al compromiso diario que tiene para con estos pacientes que tienen a su cuidado. Estas situaciones suelen ser más difíciles de sobrellevar cuando no se cuenta con el conocimiento del manejo más adecuado de la enfermedad, especialmente ante las primeras crisis, ya que las crisis requieren mayores cuidados, aunque se estima que con el tiempo los cuidadores van adquiriendo experiencia sobre el tema y desarrollando habilidades y destrezas (Rebolledo y Lobato, 2005).

En cuanto a la definición del concepto de sobrecarga, aunque no hay un consenso sobre esta temática, se abarca aquí la descripción que hacen algunos autores sobre dicho concepto:

la propuesta por Roig, Abégozar y Serra (1998), quienes afirman que la sobrecarga surge a raíz del cuidado que se le proporciona a una persona que necesita de estos, generando un estado psicológico en dichas personas, donde se mezclan la labor física, la presión emocional y las limitaciones sociales a las que se encuentra sometida la persona encargada de cuidar. La sobrecarga es percibida por los cuidadores a partir de las labores que realizan y de la influencia que tienen dichos cuidados en la evolución de la enfermedad de la persona cuidada.

Por su parte, Zarit, Reeve y Bach-Peterson (1989), citado por Carretero, Garcés y Ródena (2006), identifican que esta carga asumida por los cuidadores es “un estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente o mayor, un estado que amenaza la salud física y mental del cuidador” (Zarit et al., 1989, p.52). A su vez, esta carga asumida por los cuidadores es vista como “la dificultad persistente de cuidar y los problemas físicos, psicológicos y emocionales que pueden estar experimentando o ser experimentados por miembros de la familia que cuidan a un familiar con incapacidad o algún tipo de deterioro” (George y Gwyther, 1986, citados por Carretero et al., 2006). Este término de sobrecarga, también es utilizado por autores como Montgomery, Gonyea y Hooyma (1985) citado por De Castro (2013), quienes lo utilizan para describir los efectos negativos que la tarea de cuidar tiene sobre la salud y el bienestar del cuidador. El hecho de asumir esta tarea conlleva para dichas personas que asumen esta labor ciertas repercusiones en su vida laboral, familiar y personal, detonando estados físicos y psicológicos negativos como lo es volverse más vulnerables, desarrollando síntomas como tensión, fatiga, frustración, reducción de la convivencia, depresión y disminución de la autoestima (Martins, Ribeiro, y Garrett, 2003, citados por De Castro, 2013).

Esta sobrecarga experimentada por el cuidador puede dividirse en dos vertientes: sobrecarga subjetiva y sobrecarga objetiva. La primera es atribuida a las emociones y

sentimientos que se desprenden del cuidado, también a la actitud que toman las personas frente a esta labor, la cual está influenciada por el estado emocional. La sobrecarga subjetiva está relacionada con las repercusiones emocionales que las exigencias o problemas asociados a la prestación de cuidados pueden traer al cuidador (Figueiredo y Sousa, 2008, citado por De Castro, 2013). A partir de la revisión teórica que se realiza sobre este término, se evidencia la existencia de una relación entre la vivencia subjetiva de sobrecarga y las estrategias de afrontamiento, en donde se plantea que ante el uso adecuado de las estrategias de afrontamiento, mejor será el manejo de la sobrecarga, ya que “el uso correcto de los esfuerzos cognitivos y conductuales permitirá al cuidador manejar mejor los problemas físicos, psicológicos y socioeconómicos como consecuencia de cuidar a su familiar” (Flores y Arcos, 2014, p.45).

En cuanto a la sobrecarga objetiva, esta surge a raíz del desempeño ante los cuidados del enfermo y a las tareas que conlleva asumir este papel, el cual implica la realización de las atenciones básicas: comer, asear, etc. “La sobrecarga objetiva se asocia a la exigencia de los cuidados prestados mediante la gravedad y tipo de dependencia y comportamiento del paciente, así como a las consecuencias o impactos que acarrearán en la vida personal, familiar, social, económica y profesional de los cuidadores” (Figueiredo, 2007 y Montgomery et al., 1985, citado por De Castro, 2013, p.3). Se reconocen algunas dimensiones principales relacionadas con la sobrecarga objetiva, las cuales tienen que ver con el “efecto sobre el uso del tiempo libre, alteración de la rutina familiar, limitación de las actividades sociales y efecto sobre las relaciones dentro de la familia” (Cruz, Pérez, Villegas, Flores, Hernández y Reyes, 2013, p.78).

Se distinguen ocho áreas relacionadas con la sobrecarga trabajadas por Schene (1990) citado por Cruz y colaboradores (2013), en donde se le atribuye a la sobrecarga objetiva, como primera área, los cambios que surgen en la rutina familiar a raíz del diagnóstico,

asignándose dentro de esta unos roles para llevar a cabo los cuidados del paciente, que en los casos en los que el paciente demanda más apoyo, se genera una mayor sobrecarga familiar. Como segunda área, se distinguen las tensiones que surgen en las relaciones interpersonales, las cuales son generadas tanto por la necesidad de asumir el cuidado como por el estrés subjetivo que es experimentado por los integrantes de la familia. En la tercera área esta manifestación no solo se ve reflejada en la estructura familiar, sino que se da también en otras relaciones de amistades, vecinos conocidos, ya que se ve el escaso tiempo del que disponen los cuidadores para este tipo de relaciones, y la estigmatización que hacen sobre la enfermedad empieza a tener repercusiones negativas sobre la familia y que afectan este tipo de relaciones sociales. La cuarta área se hace alusión a la sobrecarga que se genera por asumir dichas tareas que conlleva la labor del cuidador, no solo se ve reflejada en el deterioro de las relaciones sociales, sino en la vida personal, como por ejemplo en el tiempo libre y las actividades de interés para el cuidador. En lo que respecta a esta área se ha identificado una relación significativa entre la carga y las redes sociales de apoyo familiar y profesional, lo cual sugiere que la participación de los pacientes en programas diarios de respiro, etcétera, puede permitirles a los cuidadores preservar sus actividades independientes y evitar el aislamiento social (Jenaro, Flores y Caballo, 2008, citado por Cruz et al., 2013). En la quinta área se ve afectada la economía de la familia, por todo lo que conlleva el cuidado y porque los ingresos que eran generados por el paciente dejan de existir o disminuyen. Se evidencia como la sexta área, aquella labor que es asumida por los hijos, en los casos en que es el padre o la madre quien se encuentra en condición de necesidad de apoyo, esta demanda la necesidad de que otros miembros contribuyan con los cuidados.

En cuanto a las áreas que se identifican en la sobrecarga subjetiva, se encuentra que el hecho de cuidar a una persona, ya sea porque presente alguna enfermedad mental o discapacidad cognitiva o física, puede tener consecuencias para la salud física y mental de los

miembros de la familia involucrados, las cuales pueden dar como consecuencia el estrés que se deriva de los cuidados prestados al paciente. Y como última dimensión, se refiere a que “la presencia de este estrés subjetivo, incluye un amplio rango de sentimientos y emociones negativos como la ambivalencia, la rabia, la compasión, la preocupación por el futuro y los sentimientos de pérdida” (Caqueo y Gutiérrez, 2006, citado por Cruz et al, 2013).

5.2 Trastorno de esquizofrenia y trastornos relacionados

La esquizofrenia es un trastorno mental, que afecta aproximadamente al 1% de la población mundial, este trastorno se encuentra descrito en el DSM-V en cuanto a criterios diagnósticos, características diagnósticas, características asociadas que apoyan el diagnóstico, prevalencia, desarrollo y curso, factores de riesgo y pronóstico, aspectos diagnósticos relacionados con la cultura, aspectos diagnósticos relacionados con el género, riesgo de suicidio, consecuencias funcionales de la esquizofrenia, diagnóstico diferencial y comorbilidad (DSM-V, 2014).

Dicho manual plantea seis criterios diagnósticos y especificaciones que se deben tener en cuenta para efectuar el diagnóstico de la enfermedad, entre los que se destacan la presencia de síntomas como delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o catatónico y síntomas negativos (expresión emotiva disminuida o abulia) (DSM-V, 2014).

Del mismo modo, el CIE-10 dentro de su clasificación diagnóstica, define el trastorno esquizofrénico caracterizado por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas último en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. Agrega que en la esquizofrenia se conserva la claridad de la conciencia y la capacidad intelectual, haciendo salvedad que, con el paso del tiempo, se puede presentar deterioro a nivel cognoscitivo. Además, resaltan la presencia de síntomas como: alucinaciones, de las cuales se dice que son especialmente auditivas, así como la

perplejidad presente y recurrente desde el inicio de la enfermedad; son frecuentes los bloqueos e interpolaciones en el curso del pensamiento y el enfermo puede estar convencido de que un agente extraño está grabando sus pensamientos. Las características más importantes de la afectividad son la superficialidad, su carácter caprichoso y la incongruencia. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad se manifiestan como inercia, negativismo o estupor. Pueden presentarse también síntomas catatónicos (CIE-10, 2008).

Por otro lado, se retoma aquí el planteamiento de la esquizofrenia realizado por la Organización Mundial de la Salud en el que se hace énfasis de ella como una enfermedad que hace parte de la psicosis, y la definen de la siguiente forma: "La esquizofrenia se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta" (OMS, 2016).

En este tipo de psicosis, por lo general, las personas que las padecen suelen experimentar síntomas en los cuales se evidencia distorsión de la realidad como sucede en las alucinaciones, donde estas personas oyen, ven o perciben cosas que solo existen en su imaginación o realidad interna, es decir que no existen en la realidad objetiva, del mismo modo, los delirios se caracterizan por la certeza sobre ideas erróneas que se poseen, las cuales son persistentes aun cuando son fácilmente probadas de equívocas, pero esto no hace que el individuo deje de creer firmemente en ello. A parte de esto, las conductas extravagantes que tienen que ver con descuido o abandono del aseo personal, distorsiones en el discurso y habla y aspecto físico raro o extravagante, también suelen notarse en personas que padecen un trastorno esquizofrénico u otra psicosis (DSM-V, 2014).

En cuanto a las causas de esta enfermedad, en las investigaciones que se han realizado respecto al tema, no se ha identificado un único factor causal, por consiguiente, se ha considerado la existencia de factores genéticos y factores ambientales, sin dejar de lado algunos factores psicosociales que pueden estar asociados a la esquizofrenia.

La Organización Mundial de la Salud (2016) también afirma que en todo el mundo, la esquizofrenia se asocia a una discapacidad considerable y puede afectar el desempeño educativo y laboral. Las personas con esquizofrenia tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de morir a una edad temprana que el conjunto de la población. Esto se debe por lo general a enfermedades físicas, como enfermedades cardiovasculares, metabólicas e infecciosas.

5.2.1 Crisis esquizofrénica.

La crisis es definida de forma general como una irrupción brusca de síntomas. En cuanto a las crisis esquizofrénicas, son estados temporales que ocasionan afecciones en los sujetos que las padecen, donde los síntomas positivos (alteraciones conductuales y psicológicas asociadas al surgimiento de fenómenos psíquicos como alucinaciones y delirios, los cuales ocasionan comportamientos extraños) suelen ser los más comunes, aunque los síntomas negativos (alteraciones conductuales y psicológicas por déficit o pérdida de funciones o habilidades; además, comportamientos como la apatía, el desinterés, poca afectividad y aislamiento) pueden llegar a ser más limitantes en el desarrollo de una vida “normal” (Rebolledo y Lobato, 2005).

Los cambios en el comportamiento habitual suelen ser antecesores de una crisis, lo cuales son denominados pródromos. Estas crisis pueden generar, en las personas que las vivencian, vulnerabilidad y predisposición a padecer nuevos episodios de crisis, donde su desarrollo cerebral y sus experiencias de socialización adquieren gran relevancia en la repetición de las crisis. Dichas crisis van de la mano de la estimulación ambiental que reciban las personas con esquizofrenia, pues las situaciones estresantes se convierten en precipitantes de las crisis debido a la vulnerabilidad de las personas, lo cual está directamente relacionado con los recursos internos y habilidades para enfrentar situaciones difíciles. Otro factor importante es

el apoyo social y emocional con los que cuente la persona afectada directamente por la enfermedad.

Luego de las crisis se pueden dar estados donde haya un control más adecuado de los síntomas, que técnicamente es denominado fases de compensación, y dicha fase se debe aprovechar para estimular la autonomía de la persona con el trastorno. Las personas están expuestas a sufrir un mayor deterioro cuando se da con mayor frecuencia la aparición de crisis, debido a que el hecho de sentirse perjudicado por síntomas que le restan capacidades u habilidades para un pleno desarrollo de sus vidas, a lo que se les suma el sometimiento a ingresos psiquiátricos, hace que las personas afectadas perciban que padecen una grave enfermedad y tengan una visión desalentadora de recuperación.

Por otra parte, es sumamente importante en la prevención de crisis, la identificación de factores protectores en aquellas personas que ya han desarrollado el trastorno, aunque se han establecido ciertos factores protectores a nivel general como son la medicación antipsicótica como el factor primordial, y el estar rodeado de personas emocionalmente estables, es necesario que establezca en los casos particulares, factores que protejan a los pacientes según sus necesidades. Y del mismo modo prever los factores de riesgo, dentro de los cuales se han identificado las tensiones y conflictos o el consumo de drogas alucinógenas o estimulantes, los cuales se convierten en precipitantes de posibles crisis. Por último, conocer los factores de protección y riesgo adquiere gran relevancia, ya que contribuye a prevenir las crisis e incluso la misma crisis pueden fortalecer a las familias y a la persona afectada ya que ese mismo hecho les puede enseñar cómo prevenirlas (Rebolledo y Lobato, 2010).

5.3 Estrategias de afrontamiento

El concepto de afrontamiento hace referencia básicamente a aquellas respuestas que los individuos tienen frente a estímulos estresores o ante el estrés propiamente dicho (Stanton y Dunkel, 1991, citados por Vázquez, Crespo y Ring, 2003). Según Lazarus y Folkman (1986)

citados por Vásquez y colaboradores (2003) es definido como “aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. (p.426).

Para hablar de estrategias de afrontamiento propiamente dichas, se debe tener en consideración que un individuo posee la capacidad de reaccionar de diversas formas o hacer uso de un amplio número de estrategias para afrontar situaciones que generen estrés y/o ansiedad. A partir de la naturaleza propia del estresor y por las circunstancias en las cuales se demande una respuesta, va a depender qué estrategia utilizará la persona en un momento determinado, ya que de allí se produce la evaluación cognitiva de la situación y luego el individuo se interroga sobre el “¿qué hacer?”, y esta respuesta se convierte en una clave importante sobre la forma cómo reaccionará. No se debe pasar por alto que, aunque la forma en que se afronte una determinada situación dependerá principalmente de los recursos internos de cada sujeto, no se puede negar que hay factores que dificultan u obstaculizan el despliegue de las estrategias, y el hecho de que se posean muchos recursos, no hablando solo de la variedad de estos, deben complementarse con habilidades que posibiliten que dichos recursos sean aplicables según las demandas del entorno (Lazarus y Folkman, 1986).

Es importante mencionar que las personas disponen de recursos relevantes en el afrontamiento. Lazarus y Folkman (1986) categorizan aquellos recursos que son propiedad del individuo, como lo son: los físicos, en los que se ubica la salud y la energía haciendo referencia a que una persona que no se encuentre físicamente saludable aportará poca energía al afrontamiento en comparación a otra que se encuentre en óptimas condiciones en el ámbito físico, pero esto no se traduce a que una personas carente de salud física no pueda afrontar una situación estresante, sino que puede resultar más fácil cuando se está saludable; recursos psicológicos como las creencias positivas donde se ubican creencias que contribuyen a la

esperanza, siendo muy útiles en situaciones adversas; las aptitudes y técnicas para la resolución de problemas dentro de las que se integran habilidades para la recolección de información, análisis de información, estudio de posibles alternativas, elegir un plan de acción adecuado, entre otras; aunque estos son de carácter abstracto, su forma de expresión es por medio de acciones específicas. Y las otras categorías corresponden al ambiente, abarcando recursos sociales y materiales, entre los que están las habilidades sociales, donde su importancia radica en el rol primordial que cumplen en la adaptación humana y hace referencia a la “capacidad de comunicarse y de actuar con los demás en forma socialmente adecuada y efectiva, facilitan la resolución de los problemas en coordinación con otras personas, aumenta la capacidad de atraer cooperación y apoyo”. Por ello, se concluye que las habilidades sociales proporcionan manejo y control amplio sobre las interacciones sociales; el apoyo social que se relaciona con que al recibir apoyo emocional, informativo y/o tangible son considerados como importantes recursos para afrontar el estrés; y los recursos materiales son los bienes y servicios, así como el dinero para adquirirlos, aunque este factor ha sido discutible, los autores referenciados consideran que aquellas personas que le saben dar un buen manejo al dinero, poseen condiciones de vida favorables y resaltan que posibilita el acceso de forma más fácil y efectiva a la asistencia legal, médica, financiera, así como de muchos tipos más.

Por otra parte, cabe mencionar que existen limitaciones que interceden en la utilización de recursos de afrontamiento, llamados coactores y pueden ser de naturaleza personal o del entorno. Las condiciones personales, como los valores y las creencias que el sujeto adhiere a su modo de vida, determinan la forma de actuar y de pensar, incluyéndose aquí los déficits a nivel psicológico que provienen del desarrollo del individuo; en cuanto a las condiciones ambientales, se pueden mencionar la escasez del recurso económico, el entorno y el grado de la amenaza.

Vázquez, Crespo y Ring (2003) han propuesto desde la perspectiva de Lazarus y Folkman (1986), dividir las estrategias de afrontamiento en dos categorías, una dirigida a la solución del problema y otra dirigida a la emoción. La primera categoría se asemeja a los recursos utilizados para la resolución de dicho problema, pues también están dirigidas a la búsqueda de alternativas, y se basan en su costo y beneficio para su posterior elección y aplicación. Entre las estrategias dirigidas a la solución del problema se encuentran:

5.3.1 Confrontación.

Son intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas, o potencialmente arriesgadas. Hay un intento de reconocimiento de las necesidades particulares que tiene el familiar o la persona cuidada. (Bohórquez, Espinosa, Turizo y Guampe, 2012).

5.3.2 Planificación.

Se refiere a pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema. Esta estrategia consiste en la movilización de habilidades cognitivas, analíticas y racionales, con el fin de dar solución a los problemas presentados (Albarracín, Rey y Caicedo, 2014).

Como segunda categoría, se encuentran las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción, las cuales poseen un número más amplio que las anteriores. En estas los esfuerzos se pueden centrar en la disminución del grado de trastorno emocional a través de procesos cognitivos.

5.3.3 Distanciamiento.

Esta estrategia de afrontamiento, le permite a la persona reconocer el problema, pero a su vez hacer esfuerzos deliberados por alejarlo de su mente (Paris y Omar, 2000). El distanciamiento se presenta en los intentos de apartarse del problema, son los esfuerzos cognitivos para desentenderse y minimizar el significado que la persona hace de la situación, no pensando en él, mostrándose frío e indiferente ante la situación, alejándose o evitando que

este le afecte. Se da una evitación intencional de ideas, recuerdos o experiencias que resultan desagradables para el sujeto, con el fin de que lo que está viviendo no lo perturbe (Bohórquez et al., 2012).

5.3.4 Autocontrol.

Son los esfuerzos para controlar o regular los propios sentimientos y respuestas emocionales. El sujeto que hace uso de esta estrategia, logra controlar su estado de ánimo, lo que le puede permitir control sobre sus respuestas emocionales, así como sobre las conductuales (Bohórquez et al., 2012)

5.3.5 Aceptación de responsabilidad.

Se refiere a reconocer el papel que la persona haya tenido en el origen o mantenimiento del problema. El sujeto asume responsabilidad sobre lo que está pasando o ha pasado, lo que puede generar cierta activación emocional en el sujeto que se siente responsable. Esta estrategia puede facilitar el sobrellevar de buena forma el asumir la situación de cuidador, la aceptación de la persona cuidada tal y como es, el fortalecimiento del proceso de afrontamiento, pero también se puede presentar sentimiento de culpa, lo cual pasa a inferir de forma negativa en la forma de afrontar la situación.

5.3.6 Escape-evitación.

Se refiere a los esfuerzos y acciones para evitar o escapar del problema, evitar el afrontarlo y al empleo de un pensamiento irreal improductivo (p. ej., «Ojalá hubiese desaparecido esta situación»). Aquí, las personas suelen emplear acciones como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos como mediadores de la situación estresante, es decir que buscan otras alternativas que los ayuden a sobrellevar la situación sin tener que enfrentarse a ella directamente, pero las alternativas a las que suelen acudir, pueden estar soportadas por ideas irreales e improductivas, que ocasionan otros malestares a nivel personal (Galindez, 2013).

5.3.7 Reevaluación positiva.

Esta estrategia de afrontamiento consiste en percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido las situaciones estresantes, puede ser considerada como una forma de afrontamiento centrada tanto en la emoción como en el problema. Permite modificar la situación sin llegar a distorsionar o cambiarla objetivamente, es decir, el uso de esta estrategia permite a la persona crear un significado nuevo de la situación. Se considera a esta estrategia como un autoestímulo y aprendizaje positivo de la situación, en donde se centra principalmente en el desarrollo personal (Albarracín, Rey y Caicedo, 2014).

5.3.8 Búsqueda de apoyo social.

En esta estrategia el individuo acude a otras personas (amigos, familiares, etc.) para buscar ayuda, información o también comprensión y apoyo emocional (Vázquez et al., 2003). Esta estrategia es comúnmente utilizada por los padres, recurren a amigos en busca de un soporte social, en donde se espera poder recibir el apoyo emocional que les permita sobrellevar la situación de cuidar. Se dice, además, que en algunas investigaciones han planteado que el empleo de esta estrategia les permite a los padres manejar adecuadamente el estrés y prevenir consecuencias somáticas negativas que pueden afectar su salud (Londoño et al., 2006 y Pineda, 2012, citado por Albarracín, Rey y Caicedo, 2014). Los cuidadores también recurren a utilizar esta estrategia para buscar apoyo de profesionales, los cuales les puedan proporcionar información sobre todo lo referente a la enfermedad.

5.4 Estilos de Afrontamiento

Los estilos de afrontamiento hacen referencia a las predisposiciones personales que permiten hacer frente a diversas situaciones y que determinaran el uso de ciertas estrategias de afrontamiento, así como la estabilidad temporal y situacional.

Para hablar de estilos de afrontamiento, Vázquez y colaboradores (2003) en el apartado titulado Estrategias de Afrontamiento, plantean que existen factores moduladores que

intervienen en el afrontamiento, o en la forma final de afrontar, ya sea potencializándolo o interfiriéndolo, entre los cuales pueden estar factores internos o externos.

Entre los factores internos se ubican factores de personalidad y los estilos de afrontamiento. Se le conoce como estilo de afrontamiento a una serie determinada de estrategias ante diferentes estímulos o situaciones estresantes de las cuales hace uso un individuo. Con respecto al tema se han realizado investigaciones sobre estos estilos, algunos de ellos son:

5.4.1 Personas evitadoras y personas confrontativas.

Las personas evitadoras son aquellas que tienden a eludir el problema y las personas confrontativas son aquellas que por el contrario buscan información sobre la situación o realizan acciones dirigidas directamente sobre el problema cualquiera que sea. Ambas resultan pertinentes dependiendo del suceso en particular, ya que evitar ciertas situaciones que pueden poner en riesgo inminente la integridad es una buena forma de salvaguardar el bienestar, aunque en los casos de situaciones vitales de alta complejidad, el estilo evitativo suele ser ineficaz, mientras que confrontar situaciones suele tener mayor utilidad cuando se trata de hechos a largo plazo y da pie para idear planes de acción que permitan evitar o reducir daños futuros o afrontar sucesos que se repiten y que resultan amenazantes.

5.4.2 Catarsis.

Diferentes investigaciones parecen demostrar que al comunicar o poner en palabras los hechos traumáticos o estresantes trae beneficios para la persona, debido a que reduce la probabilidad de que con el paso del tiempo se pueda presentar rumiaciones obsesivas o que se incremente la actividad fisiológica. Al poner las preocupaciones en palabras ante otras personas lo que se puede dar es que se fortalezca el afrontamiento, por lo que se puede recibir información, apoyo afectivo, fuerza a pensar mejor sobre lo que nos preocupa para comunicarlo efectivamente, etc. (Vázquez, Crespo, y Ring, 2003).

5.4.3. Uso de estrategias múltiples.

De una sola situación o estresor a enfrentar se pueden desligar varios problemas, para lo cual resulta útil contar con diferentes estrategias de afrontamiento y utilizarlas de modo flexible según lo requiera cada problema, haciendo uso de estas de forma adecuada, para que de esta manera se pueda efectuar un buen afrontamiento.

En cuanto a los factores de personalidad se encuentran: la búsqueda de sensaciones, la cual es característica de aquellos individuos a los cuales se les facilita tomar riesgos, haciendo que puedan ser más tolerantes ante estresores y ante el riesgo mismo; la sensación de control que aporta beneficios en cuanto reduce o modula los efectos de un estresor potencial; el optimismo, con expectativas de obtener resultados que sean positivos. Las personas con una actitud optimistas suelen centrarse en la solución de problemas, búsqueda de apoyo social y tratan de buscar aquello que es positivo de una situación estresante, mientras que las personas pesimistas lo que hacen es dirigir su atención en sentimientos negativos producidos por el estresor. Por último, existen otras variables psicológicas que, aunque se han propuesto como factores que pueden intervenir en la eficacia del afrontamiento, ninguna de ellas ha sido estudiada con rigor, pero se afirma que la sensación de control y la capacidad de adaptación son un patrón de personalidad que se ve fuertemente asociado a la buena salud (Vázquez, Crespo, y Ring, 2003).

Por otro lado, aparecen unos recursos o impedimentos externos entre los cuales están los recursos materiales como lo son el dinero, la educación, nivel de vida, entre otros, a los que se le suma el apoyo social recibido o la presencia de diversos estresores en un mismo momento. Los factores externos intervienen de dos modos: primero, pueden afectar de forma directa en las capacidades de afrontamiento de un individuo ante cualquier tipo de estresor, o segundo, pueden actuar como un amortiguador del efecto de los estresores, en especial cuando estos son fuertes (Vázquez, Crespo, y Ring, 2003).

En lo respectivo al apoyo social, este no se mide en el número de personas que el individuo posea en su red social de apoyo, sino que prima el apoyo que la persona misma percibe, es decir, qué tan querido, protegido y valorado se siente el individuo, lo cual, generalmente proviene de la familia y amigos cercanos, y a su vez puede actuar como una estrategia de afrontamiento o un amortiguador del estrés e incluso puede proteger ante el estrés mismo, aunque, para que el apoyo social genere efectos positivos es crucial que la persona esté dispuesta a acoger de forma segura y positiva el apoyo social que necesita de otros.

6. Metodología

En este apartado se realiza la descripción de la metodología y del enfoque que se utilizó para alcanzar el objetivo principal de la investigación, el cual se centró en conocer las estrategias de afrontamiento que utilizan las familias o cuidadores de personas diagnosticadas con esquizofrenia.

6.1 Tipo de investigación

Esta investigación tiene un enfoque cualitativo, el cual está dirigido a comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva que tienen los participantes a partir del ambiente natural y relacionado con su contexto (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Se centra principalmente en la recolección de los datos para su posterior interpretación, en dicho proceso pueden surgir preguntas antes de empezar la recolección de los datos, en el transcurso de la investigación y al final de esta; no se sigue una secuencia rígida, ya que puede estar sujeta a variaciones.

Se eligió este enfoque puesto que su objetivo es estudiar la manera en que los sujetos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, buscando profundizar en los puntos de vista que estos tienen, interpretaciones y significados (Hernández, Fernández y Baptista, 2014) y teniendo en cuenta que el principal interés de esta investigación es conocer, desde la experiencia de cada sujeto, la forma en cómo el diagnóstico de esquizofrenia de un familiar ha generado cambios en sus estilos de vida, y la forma en cómo dichos cambios han sido asumidos, para así poder realizar interpretaciones a raíz de la información obtenida.

6.2 Diseño de investigación

El diseño propuesto para el presente estudio es el fenomenológico hermenéutico, el cual está enfocado en describir e interpretar las estructuras esenciales de la experiencia humana, centrandose su interés en el significado esencial que tienen estos fenómenos, así como por el sentido y la importancia de estos (Van Manen, 2003, citado por Ayala, 2008). Por el hecho de

que, en esta investigación, los relatos de los participantes se expresan desde sus perspectivas sobre experiencias vividas, en este caso en específico, de cómo ha sido el proceso de tener bajo su cuidado a una persona con trastorno esquizofrénico, con todo lo que ello implica en las diferentes esferas de su vida.

También se considera utilizar el estudio de caso múltiple, en donde el diseño de estudio de caso se enfoca en describir y analizar a fondo una o varias unidades y también su contexto, de forma sistémica y holística. Se elige para esta investigación este tipo estudio, en el cual el proceso que se usa en cada caso se vuelve hacer en los demás y la revisión que se hace de los casos es similar. La secuencia que se sigue en este estudio es: plantear el problema, desarrollar el marco teórico, seleccionar los caso y generar los instrumentos que se utilizarán para recolectar los datos; conducir el estudio del primer caso, del segundo y de los casos remanentes, esto seguido de la elaboración de sus respectivos reportes; establecer conclusiones entre los casos, modificar las teorías, establecer implicaciones; y por último, la elaboración del reporte final que incluye el análisis entre los casos (Hernández y Mendoza, 2008). Debido a que el interés es conocer las estrategias que utilizan las familias o cuidadores de pacientes con esquizofrenia ante el diagnóstico y durante la evolución de la enfermedad, este diseño permitirá realizar un análisis individual y luego una comparación de los diferentes casos que se utilicen en la investigación.

Respecto al alcance de la investigación, se presenta que es de tipo transeccional o transversal y descriptivo, en donde la recolección de datos se realiza en un momento único, el cual tiene como fin realizar una descripción de la situación y posterior análisis de su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

6.3 Población y muestra

La población de interés para esta investigación fueron los cuidadores de pacientes diagnosticados con esquizofrenia, para lo cual se tuvo como muestra a dos madres cuidadoras

de personas diagnosticadas con esquizofrenia en el municipio de Cauca Antioquia. En cuanto al tamaño de la muestra, se hizo por conveniencia, es decir, se tuvo en cuenta la cantidad de familias donde haya un paciente con diagnóstico oficial de esquizofrenia.

A parte de esto, se hizo un rastreo de la muestra, por medio de personas con las que se contaron para la investigación que suministraron información sobre otros casos que conocían, como un efecto de “bola de nieve”, es decir que a medida que se avanzaba en los casos encontrados, estos mismos remitían a otros, pero solo dos de estos accedieron a participar de la investigación. Sumado a lo anterior, también se hizo averiguaciones por parte de las investigadoras, se solicitó formalmente información al hospital y a la clínica del municipio, sin embargo, no fue posible la obtención de esta.

6.4 Criterios de inclusión y exclusión

En cuanto a los criterios de inclusión que se tomaron en cuenta para este estudio se encuentran los siguientes:

- Que los cuidadores de las personas diagnosticadas con esquizofrenia pertenecieran al bajo cauca antioqueño.
- Que fueran mayores de edad.
- Que estuvieran a cargo de los cuidados del paciente, ya sea que vivieran en la misma residencia o que brindaran una cantidad importante tiempo y energía a los cuidados del paciente.
- Que el cuidador ofreciera los cuidados o atenciones que permitan al paciente cubrir sus necesidades físicas, sociales y afectivas.
- Que el cuidador no fuera una persona de una institución (hospitales, clínicas).
- Que dedicara una gran cantidad de tiempo de cuidados.

En cuanto a los criterios de exclusión, no se tuvieron en cuenta aquellos cuidadores de personas diagnosticadas con esquizofrenia internada en centros de salud, debido a que, en

estos casos, estos no están asumiendo el cuidado y las demandas que se generan de esta situación. Y por último, no se hizo exclusión por características sociodemográficas, ni por el tiempo transcurrido desde el surgimiento de la enfermedad, ni de la gravedad de esta.

6.5 Instrumentos de recolección de información

El instrumento que se utilizó en la investigación para recolectar la información, fue la entrevista semiestructurada. Esta es definida como una reunión que tiene como fin conversar e intercambiar información, en la cual dicha conversación se da entre el entrevistador y entrevistado o entrevistados, se puede realizar a parejas, una familia, un grupo pequeño, entre otras. En el desarrollo de la entrevista, por medio de las preguntas y sus respectivas respuestas, se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados con relación a un tema. En cuanto a la entrevista semiestructurada, se fundamenta en una guía de asuntos o preguntas, en la que el entrevistador puede agregar preguntas como fin para precisar conceptos o para obtener más información (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

La entrevista utilizada para la recolección de la información estuvo compuesta por 30 preguntas, estructuradas de la tal forma que se pudiera, primeramente, evaluar al conocimiento sobre la esquizofrenia que tenían los familiares encargados del cuidado de los pacientes, y también, evaluar cada una de las estrategias de afrontamiento propuestas por Lazarus y Folkman (1986) adaptadas por Vasquez, Crespo y Ruing (2003). Además, se recurrió a un hacer una valoración de la veracidad de la entrevista por parte de un evaluador externo, el cual nos permitiera tener una mayor confiabilidad del instrumento.

Por lo tanto, se aplicó este instrumento, debido a que nos permite obtener información precisa y pertinente conforme al propósito de esta investigación, aparte de esto, esta modalidad de entrevista nos da la oportunidad de establecer si existe congruencia entre la comunicación verbal y no verbal del entrevistado, aparte de suscitar en los entrevistados, respuestas concretas que permitan profundizar en el tema a investigar.

6.7 Procedimiento de recolección de la información

Para poder tener acceso a información relacionada con la salud mental del municipio y específicamente lo concerniente al trastorno esquizofrénico, se hizo necesario acudir a instituciones que dentro de sus servicios contaran con la atención de este tipo de usuarios (quienes se han diagnosticado con trastorno esquizofrénico). Se optó por esta vía, ya que fue más asequible para llegar, como finalidad de esta investigación, a los cuidadores de estos pacientes, lo que nos permitió conocer sobre las estrategias de afrontamiento que utilizaron luego de recibir el diagnóstico de esquizofrenia de su cuidando.

A parte de esto, se hizo un rastreo de la muestra, por medio de personas con las que ya se cuenten para la investigación que puedan suministrar información sobre otros casos que conozcan, como un efecto de “bola de nieve”, es decir que a medida que se avance en los casos encontrados, estos mismos puedan remitir a otros. Sumado a lo anterior, también se harán averiguaciones por parte de las investigadoras.

Luego, se procedió a dar lugar a acercamientos directamente con dichos cuidadores, con el fin de solicitar su participación en la investigación, explicando todos los parámetros bajo los cuales se iba desarrollar el estudio, y por último, se concertaron citas con aquellos que accedieron a participar, en las cuales se utilizó como herramienta de recolección de la información entrevistas semiestructuradas; dichas entrevistas se realizaron de forma presencial, en el lugar de residencia de los entrevistados y dirigida por las investigadoras. Las respuestas que dieron los entrevistados fueron grabadas en audio, luego fueron transcritas en formato Word de forma textual y posteriormente se dio paso para el análisis de los datos recolectados. Se implementó el uso de grabaciones, ya que esto nos permitió tener mayor seguridad en las respuestas de los participantes, ya que su uso da la oportunidad de tener mayor información y que esta no sea olvidada, teniendo en cuenta que la entrevista se hizo de forma oral.

6.8 Plan de análisis

La recolección de la información en la investigación cualitativa se realizó de forma paralela con el análisis. Según Sampieri y colaboradores (2014) los propósitos centrales del análisis cualitativo son:

“1) explorar los datos, 2) imponerles una estructura (organizándolos en unidades y categorías), 3) describir las experiencias de los participantes según su óptica, lenguaje y expresiones; 4) descubrir los conceptos, categorías, temas y patrones presentes en los datos, así como sus vínculos, a fin de otorgarles sentido, interpretarlos y explicarlos en función del planteamiento del problema; 5) comprender en profundidad el contexto que rodea a los datos, 6) reconstruir hechos e historias, 7) vincular los resultados con el conocimiento disponible y 8) generar una teoría fundamentada en los datos” (p.418).

Luego de esto se escogieron entre los datos las unidades de análisis y posterior a esto se pasó a la codificación de la información, la cual tenía dos planos o niveles: en el primero (codificación abierta), se codificaron las unidades (datos en bruto) en categorías; en el segundo, se compararon las categorías entre sí para agruparlas en temas y buscar posibles vinculaciones (Saldaña, 2012; Matthew y Price, 2009a; Wicks, 2009; y Miles y Huberman, 1994, citados por Hernández et al., 2014).

En el primer nivel se identificaron unidades de significado, se categorizaron y luego se le asignaron códigos a estas categorías, teniendo en cuenta una sección de contenido para analizar y comparar, si estos eran distintos en significado y concepto inducía a una categoría, pero si eran similares, inducían a una categoría común. Sampieri y colaboradores (2014) citan a Bazeley (2013) y Coffey y Atkinson (1996) quienes señalan que son tres las actividades de la codificación abierta: advertir cuestiones relevantes en los datos, analizar esas cuestiones

para descubrir similitudes y diferencias, así como estructuras y recuperar ejemplos de tales cuestiones (unidades o segmentos).

En cuanto al segundo plano, corresponde a realizar una descripción e interpretación del significado profundo de las categorías (codificación selectiva), aquí se realizó una comparación entre las categorías, identificando las similitudes y diferencias y vinculándolas entre sí (codificación axial), en donde se diferenciaron dos asociaciones: temporales que se refiere a cuando una categoría siempre o casi siempre precede a otra, aunque no necesariamente la primera es causa de la segunda y causales que sucede cuando una categoría es la causa de otra (Hernández et al., 2014).

6.9 Consideraciones éticas

Como principal consideración ética a tener en cuenta es la total confidencialidad de la información obtenida, se manifiesta absoluta reserva y custodiada bajo Secreto Profesional, ya que la participación reveló aspectos íntimos de la vida privada de las personas e información referente a sus lugares de residencia, realizando esto bajo el previo consentimiento de los participantes.

La labor del psicólogo está regida por el Manual Deontológico y Bioético del Psicólogo (2012) y por la Ley 1090 del 2006, por lo cual se deben cumplir principios éticos como lo es el respeto a la dignidad humana y la integridad.

Esta investigación estuvo regida bajo el marco legal que establece las pautas y consideraciones que se deben tener en cuenta en investigaciones realizadas con humanos, cuyos criterios se encuentran descritos en la Resolución número 8430 DE 1993 (octubre 4) Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Título II (DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS).

7. Resultados

A continuación, se presentan los resultados que surgieron a partir de la aplicación de entrevista semiestructurada a dos cuidadoras de personas diagnosticadas con esquizofrenia, para lo que se realizó un análisis categorial, del que se obtuvieron nueve categorías y 11 subcategorías, las cuales se distribuyen en cuatro apartados principales, el primero de ellos, se centra en el conocimiento que tienen las cuidadoras sobre la esquizofrenia; en el segundo, se encuentran los resultados de las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas entrevistadas; en el tercer apartado están aquellos cambios que se identificaron en el estilo de vida de las cuidadoras; y por último, se encuentra información sobre los datos sociodemográficos recolectados.

7.1 Conocimiento sobre la esquizofrenia

Los sujetos entrevistados tienen un conocimiento vago, no muy certero respecto a la esquizofrenia, esto puede evidenciarse en su discurso cuando dicen: *“Pues yo pienso que eso y que no tiene cura”*; *“Pues yo creo que es la personas que quedan sin orientación, la mente pues se les desgasta, o la mente...”* esto puede deberse a aspectos socioculturales, ya que no cuentan con recursos económicos para un fácil acceso a servicios de salud de calidad, la educación que han recibido es baja-básica, por lo que se presentan vacíos en cuanto a ciertos conocimientos, que han sido suplidos por supersticiones o comentarios populares, en cuanto a la enfermedad mental. A esto se le suma que estas personas argumentan no haber recibido la suficiente información sobre la enfermedad en los centros de salud a los cuales asistieron, es decir que no hubo procesos de psicoeducación respecto a la enfermedad, y los sujetos, por su parte, se muestran más interesados en las formas de cómo se podría solucionar la situación, que en indagar sobre la misma.

En lo respectivo al conocimiento que tienen los sujetos de la muestra sobre la enfermedad en cuanto a síntomas, causas y pronóstico se presentan las siguientes categorías:

7.1.1 Consumo de sustancias psicoactivas

A partir de las entrevistas realizadas, se evidencia que el consumo de sustancias psicoactivas es considerado como el desencadenante del trastorno de esquizofrenia, esta condición es atribuida a que los cambios en el comportamiento que empiezan a tener los pacientes son desarrollados por la conducta de consumo. En una investigación realizada por Rebolledo y Lobato (2005) se llega a considerar que el consumo de drogas alucinógenas o estimulantes, es un factor de riesgo, convirtiéndose en precipitantes de posibles crisis de la enfermedad. Esto queda evidenciado en códigos en vivo: *“Y así la gente dice que es eso, que es por la droga, que se dañó demasiado por la droga”*; *“Yo digo que porque cayó en las drogas”*. Se hace referencia directamente al consumo de sustancias psicoactivas.

7.1.2 Cambios en el comportamiento del cuidando

En alguna parte de la entrevista aplicada, se indica que las personas hacen referencia a las observaciones en el cambio de comportamiento que se presenta, esto se ve reflejado cuando dicen: *“él a veces se queda quieto y a veces reacciona”*; *“A veces lo veía como que se reía solo así”*. Los cambios en el comportamiento habitual que surgen a raíz de la enfermedad, suelen ser identificados como antecesores de crisis, en muchos de los casos están asociados con situaciones estresantes a las que se puede ver sometido el paciente y sus familias. (Rebolledo y Lobato, 2005). Las participantes relatan que, en el inicio, cuando la persona a su cuidado empieza a expresar alteraciones en la conducta, esto sucede sin explicación alguna, sin entender la situación, tiempo después que se logra dar una explicación a dichos cambios, al identificarse el consumo de sustancias psicoactivas y desarrollándose los síntomas que son los indicativos del diagnóstico de la esquizofrenia, empiezan a crear posibles explicaciones a las conductas extrañas.

7.1.3 Agresividad

Las conductas agresivas se presentan en los casos que se investigaron, esto se ve reflejado cuando los entrevistados manifiestan *“él no se dejaba ayudar, él era rabioso, grosero, le tiraba piedra a uno, cuchillo, de todo”*; *“a veces me ha tocado hablarle fuerte, pero si, una vez si trató de violentar”* aunque cabe resaltar que los niveles de manifestación de esta varían de forma notoria, es decir, que la frecuencia en que se presentan es más elevada en un caso que en otro, sin embargo, esto puede estar asociado al tiempo de duración de la enfermedad, ya que la persona que lleva más tiempo con el trastorno es de quien se evidencian más conductas agresivas hacia el cuidador, terceros y objetos según las entrevistas aplicadas, lo que puede estar relacionado con el deterioro a raíz de la falta adherencia al tratamiento u otros factores asociados como el consumo de sustancias psicoactivas (Esbec y Echeburúa, 2015). Frente a esta situación, se logra identificar que las conductas agresivas por parte de los pacientes, se presentan durante algunos periodos y suelen ser de tipo físico y verbal.

7.1.4 Falta de autocuidado

Tal como lo manifiestan los manuales diagnósticos, la falta de autocuidado, como el abandono o el descuido del aseo personal, suelen presentarse como una característica de personas con trastorno esquizofrénico (DSM-V, 2014). Esta característica se evidencia en los casos estudiados, esto se evidencia en los siguientes códigos en vivo: *“Y sin comer”*; *“pasaba en ese corredor mugrosito, no se vestía ni nada”*; *“dormía por allá en esos carros y esos camiones”*; *“como el no bañarse, y cosas así”* y se encontró que es causante de preocupación e impotencia para quienes asumen el cuidado.

7.2 Estrategias de afrontamiento

Este apartado permite identificar las estrategias de afrontamiento que emplearon los cuidadores, a partir de los resultados obtenidos de la entrevista aplicada, los cuales son reconocidas como la forma en que el cuidador lograr hacer frente a la situación del cuidado,

teniendo en cuenta las demandas y los recursos con los que se cuente, dependerá que estrategia resulta ser la más adaptativa.

Respecto a el conocimiento que tienen los participantes sobre las estrategias de afrontamiento, es evidente que contextualmente no conocen el termino, sin embargo, lo asocian con ideas que no se alejan de lo que teóricamente se ha manejado en la presente investigación, como se presenta en el código en vivo donde se expresa que las estrategias de afrontamiento son: “*Como ideas para enfrentar lo que llega*”.

7.2.1 Confrontación

En esta estrategia de afrontamiento, se pueden identificar la categoría *cuidados por parte del familiar* que está dirigida a solucionar el problema por medio de acciones directas. Ante la manifestación sintomática por parte del paciente, se identifica en las personas entrevistadas que son las madres quienes recurren a atender y actuar frente al problema, esto lo hacen de forma directa, siendo las principales encargadas de responder antes las necesidades presentadas en sus hijos, esto es manifestado por ellas, cuando expresan: “*Cuando él hace cosas que no me gustan, yo a veces le digo a el que no haga eso, que si porque lo hizo*”; “*bueno usted qué, eso le queda malo*” y ya, *él ya se aquietó y ya no hizo más nada*”

7.2.2 Planificación

En cuanto a esta estrategia de afrontamiento, no se encuentra suficientes evidencias que nos indiquen que las cuidadoras la emplean con frecuencia, sin embargo, solo en un discurso se puede identificar un código en vivo que nos muestra la intención de acudir a ayuda especializada para tratar la enfermedad, debido a que consideran que la ayuda recibida no ha sido suficiente, “*yo quiero seguirle buscando, no sé, si medicina, o charlas o como estar así en un centro*” lo cual se puede verse afectado por las limitaciones económicas de estas familias, “*La psiquiatra me dijo que tenía cura pero que tenía que llevarlo todos estos meses y dígame usted, para mí sin plata es muy difícil, porque para llevarlo cada mes allá es mucha*

plata para los pasajes, solamente para los meros pasajes". Esta situación es una constante, ya que, al no contar con los recursos económicos suficientes, se hace difícil lograr acceder a los servicios de salud que puedan responder ante las demandas propias de la enfermedad.

7.2.3 Reevaluación positiva

Esta estrategia suele ser empleada por las personas entrevistadas, la cual permite hacer una consideración positiva frente al problema, en donde se reconoce la categoría: *visión constructiva*, en donde se encuentran los siguientes códigos en vivo: *"ahora me siento más mamá... más fuerte... más ayudadora"*. El empleo de esta estrategia por parte de las cuidadoras, permite que frente a las situaciones difíciles que conlleva la conducta de cuidado, las madres, en este caso que son las cuidadoras principales, logren atribuirle significados positivos ante la labor de poder ayudar a sus hijos. Considerando que en los pensamientos se manifiestan las fortalezas que han adquirido los cuidadores a raíz de la situación enfrentada. (Albarracín, Rey y Caicedo, 2014).

7.2.4 Aceptación de responsabilidad

Esta estrategia de afrontamiento permite reconocer el nivel de responsabilidad que el familiar encargado del cuidado del paciente tiene frente a la aparición de la enfermedad. Se identifican a partir del discurso de las entrevistas los siguientes códigos en vivo: *"usted sabe que el hijo es para la mamá, y la mamá es la que tiene que saber entender las cosas de los hijos"*; *"Si porque él se me iba mucho sin permiso por allá y todo eso o fue como falta de carácter mío, que yo no"*. En un estudio realizado por Guardia (2010) se reconoce que este rol que cumplen las madres es atribuido principalmente a que esta labor de brindar la ayuda a sus hijos, viene prescrito desde su papel como mamá, lo que genera en ellas un compromiso a responder ante las demandas que genera el tener que cuidar a su hijo y a buscar alternativas para solucionar los problemas que se presentan.

7.2.5 Distanciamiento

En cuanto a esta estrategia de afrontamiento, se identifican la siguiente categoría, que da cuenta de la manera en la que las cuidadoras, si bien no desconocen el problema, hacen intento porque esta situación no las afecte. Sus esfuerzos se centran en realizar actividades que las alejen del problema, esto de forma intencional, ya que buscan que sus pensamientos e ideas no estén relacionadas con la situación que les genera malestar, en estos casos, se puede observar que lo que intentan las entrevistadas es realizar cualquier otro tipo de actividad que les permita alejarse en algunos momentos de su rol de cuidador, por medio de *distractores* en esta categoría se encuentran todas aquellas actividades que las cuidadoras manifiestan que hacen como forma de tratar de no pensar en el problema, frente a esto recurren a realizar actividades como: *“salgo por ahí a... me voy a conversar por ahí o converso aquí con la muchacha o si no me pongo a hacer algo, a sacudir, alguna cosa”*; *“hago cualquier otra actividad”* por medio de las cuales intentan poner su atención en cualquier otra cosa que no tenga relación con la situación que le genera malestar.

7.2.6 Religiosidad

Acudir a lo relacionado con aspectos religiosos, resulta una estrategia muy utilizada en la muestra estudiada, manifiestan: *“Pedirle a Dios ayuda para que él se dejara ayudar”*; *“Dios nos dio la fuerza”*, *“yo todo el tiempo he sido una mujer muy de Dios, yo lo he buscado mucho y yo leo la biblia, siempre me he aferrado en Dios”* lo cual concuerda con lo expuesto por Mora y sus colaboradores (2016) donde se toma la religiosidad como un apoyo para sobrellevar las dificultades, generando principalmente esperanza y regulador emocional. Sustentando que esto se presenta en personas adultas principalmente del sexo femenino, características que concuerdan con los sujetos de la muestra estudiada.

7.2.7 Autocontrol y Evitación

En cuanto a estas estrategias de afrontamiento, no se identifica en el discurso de los entrevistados, información que den cuenta del empleo de esta.

7.2.8 Búsqueda de apoyo

Con respecto a esta categoría se encuentra que esta se divide en las siguientes subcategorías: *apoyo familiar, social y profesional*, considerándose como los principales apoyos recibidos por parte del cuidador, ante la situación de cuidado, debido a que los códigos en vivo permiten que se distribuya de esta forma. En cuanto al *apoyo familiar*, En las entrevistas realizadas, se hace referencia al apoyo recibido por parte de la familia hacia las cuidadoras, esto se observa cuando dicen: *“mi familia sí, mi mamá, mi papá, ellos allá son unas personas que me han ayudado mucho”*. Es la percepción de que la familia se ha involucrado en la problemática, brindando ayuda económica y afectiva. Se considera un aspecto positivo que tiene gran relevancia, ya que la actitud que tomen frente a la situación va tener repercusiones, en el rol de cuidador, lo que interfiere directamente en la evolución de la enfermedad; en el *Apoyo social* recibido, se identifica a partir del discurso de las entrevistadas, al mencionar lo siguiente: *“De la iglesia también he llamado por teléfono cuando la situación se me puso dura la otra vez también, y vino un hermano y oró por él aquí*. Esta situación de apoyo por parte de terceros para afrontar la situación, resulta ser un factor muy importante para el cuidador, permitiéndoles tener un apoyo externo con el cual se pueda tener un soporte emocional y económico, debido a que en el desarrollo de la entrevista se evidencia que amigos cercanos, vecinos y personas que comparten una problemática similar, como lo refleja el siguiente código en vivo: *“personas que a veces no han sido así muy allegadas, del centro, una señora un día me colaboro con 30mil pesos”* y en la búsqueda de *apoyo profesional*, los entrevistados acudieron como primera medida, a centros de salud, para obtener información sobre la situación de su cuidado, y posteriormente el tratamiento a

seguir, lo que identifican como positivo al inicio de la situación problemática. Sin embargo, a medida que fue avanzando la enfermedad y el tiempo de cuidado, esa visión de la ayuda profesional que recibían en su lugar de residencia se tornó insuficiente, por lo que optaron por el traslado a la ciudad de Medellín, como se evidencia en los siguientes códigos en vivo: *“Ya busqué ayuda en la IPS y sí, me han ayudado, porque mira que ya me dieron esa cita para Medellín y ya está allá y se está recuperando”*; *“Eso aquí en ese centro de rehabilitación no se lo curan la esquizofrenia que él tenía, porque el quedo con eso”*. Lo que les genera dificultades a la hora de suplir los gastos que conlleva realizar el desplazamiento, por las condiciones económicas de las cuidadoras y sus familias, mencionadas con anterioridad.

7.3 Cambios en el estilo de vida

Otra categoría hallada en el discurso se refiere a los cambios ocurridos en el estilo de vida de las cuidadoras, en los cuales se encuentran involucradas afectaciones a nivel emocional, en la rutina y en los ingresos económicos. Esta situación puede verse relacionada con el papel que asumen frente al cuidado, ya que se posicionan como los cuidadores principales y asumen toda la carga que los cuidados conllevan.

7.3.1 Sentimientos frente al problema

Los sentimientos, entendidos como estados de ánimo que se prologan en el tiempo, son aspectos fundamentales en la forma en que los cuidadores asumen su rol y en cómo han manejado la situación a lo largo del tiempo. Con respecto a esto, una constante en las entrevistadas es el sentimiento de intranquilidad, como se ve manifestado en la siguiente parte de la entrevista: *“ha cambiado un poquito la tranquilidad, esa tragedia”* lo que a su vez ha tenido repercusiones en el estilo de vida, ya que han centrado su atención, la mayor parte del tiempo, en preocupaciones sobre lo que podría hacer su cuidando, lo que le podría ocurrir a este y la forma en cómo mejoraría la situación problemática, a lo que se le suman

otro tipo de contingencias que se desligan de la labor de cuidar y de la vida personal de estas cuidadoras.

7.3.2 Cambios en la rutina

En cuanto a las actividades que las cuidadoras realizaban en su vida cotidiana, se identifican cambios que se pueden ver reflejados en parte del discurso, como lo es el siguiente: *“Dejaba a veces como de asistir a la iglesia, que por las noches los cultos, a veces me quedaba porque me daba como ese miedo.* En una investigación realizada por Albarracín, Rey y Jaimes (2014) se llega a pensar que la labor de cuidar se convierte en una demanda de tiempo y disponibilidad por parte de quien asume los cuidados, esta situación lleva a afectar varias esferas de la vida de la persona, como lo es el hecho de llegar a abandonar actividades que acostumbraban a realizar, para optar por otras que están involucradas con el afrontamiento del problema o si bien no hay una alteración significativa, siempre está presente. Aunque las entrevistadas no manifiestan un abandono total de su rutina, ésta si se ha visto afectada, debido a que, al convivir con el paciente a su cuidado, se encargan de todas las necesidades que este demande.

7.3.3 Dificultades económicas

La situación de cuidar conlleva un alto nivel de gastos económicos, en el caso de las personas entrevistadas, se logra evidenciar algunas dificultades, como lo muestra los siguientes códigos en vivo: *“pero la situación económica ha sido brava”*; *“...para mí sin plata es muy difícil, porque para llevarlo cada mes allá es mucha plata para los pasajes”*. Si bien mencionan en algunas partes del discurso que han logrado tener apoyo económico por parte de amigos y familiares, es una constante la necesidad de dinero, ya que les ha tocado asumir una cantidad elevada de gastos, como lo es por ejemplo en el caso de tener que desplazarse por fuera de su lugar de residencia en busca de atención profesional, para atender la enfermedad. Aparte de esto, la economía del hogar puede verse afectada en cierta forma

por la condición misma de la enfermedad, en un apartado de la entrevista, la participante refiere lo siguiente: “*La gente le tenía miedo. Yo ya no podía arrendar eso...*”, lo que hace referencia a las dificultades para el arriendo de una propiedad, fuente de ingresos.

Esta afectación económica, suele verse relacionada con las exigencias mismas que tiene el tratamiento de la enfermedad, Catillo (2014) identifica que, a raíz de pretender satisfacer todas las demandas del cuidado y tratamiento del paciente, la familia como sustento económico principal, se ven expuestos a pasar por una serie de necesidades, esto teniendo en cuenta que los ingresos económicos no lograban cubrir todas las necesidades del hogar ni de los cuidados. Sin embargo, las entrevistadas han logrado contar con la prestación de servicios de salud, que ha cubierto gastos en cuanto a la medicación, que, si bien han sido de gran ayuda, no ha sido suficiente, lo que podría posicionar a las cuidadoras en una condición de vulnerabilidad y poner la familia ocasionalmente en situación de crisis.

7.4 Observación de aspectos sociodemográficos

Participante	Rol	Edad	Ocupación	Nivel de escolaridad	Nivel socioeconómico	Estado civil	Tiempo de cuidado	Sexo del cuidando	Edad del cuidando
Nº 1	Cuidadora principal	55 años	Oficios varios	Segundo de primaria	Bajo	Soltera	4 años	Masculino	20 años
Nº 2	Cuidadora principal	54 años	Ama de casa	Técnico	Medio-Bajo	Casada	2 años	Masculino	22 años

En el anterior recuadro, se presentan datos sociodemográficos de las cuidadoras ya antes resaltados, como que quienes ejercen el cuidado principal de las personas diagnosticadas con esquizofrenia son sus madres, estas madres son personas adultas, con recursos económicos similares, y con hijos jóvenes con edades entre 20 y 22 años quienes

residen en la misma casa. Por observación directa, se puede identificar que, las viviendas presentan condiciones habitables, respecto a servicios públicos, infraestructura en buen estado, ubicadas en barrios de estrato socioeconómico 2 y 3, y elementos del hogar, como electrodomésticos, entre otros, por lo que se puede considerar que cuentan con lo básico para vivir dignamente, sin mayores lujos u ostentaciones.

8. Discusión

Partiendo del estudio de corte cualitativo, el cual pretendía describir las estrategias de afrontamiento que presentan los cuidadores de personas diagnosticadas con esquizofrenia a partir de la aplicación de entrevista semiestructurada, se llega a hacer una evaluación del empleo de estas estrategias por parte de las madres cuidadoras. A partir del análisis categorial de los resultados obtenidos, se logra integrar el tipo de estrategias empleadas centradas en el problema y en la emoción.

Los participantes de la investigación fueron dos madres cuidadoras de hijos con diagnóstico de esquizofrenia, residentes en el municipio de Cauca Antioquia. Los pacientes se encontraban viviendo con sus madres cuando se presentaron los primeros síntomas, por lo que estas asumieron el cuidado principal luego del surgimiento de la enfermedad, el cual iba desde los cuidados básicos de alimentación, higiene y cuidado personal, hasta la búsqueda de tratamiento profesional. Por lo general, se ha encontrado que las mujeres son quienes asumen el rol de cuidar, tal y como lo muestra Mora, Márquez, Fernández, De la Espriella, Torres y Arenas (2016) en su investigación, que arrojó que un gran porcentaje de los cuidadores son madres adultas. Las madres cuidadoras de la presente investigación, como he mencionado, son quienes han asumido la responsabilidad de cuidar y se han enfrentado a las consecuencias de la enfermedad de sus hijos. Esta tendencia se explica desde factores socio-culturales, donde a la mujer se le ha atribuido el cuidado del hogar y de los miembros de su familia cuando estos lo requieren, especialmente cuando estas son madres, y para lo que se les prepara en sus familias de origen, por lo que, al enfrentarse a este tipo de situaciones, ellas suelen seguir los roles establecidos socialmente, idea que refuerza De Castro (2013) citando a Cardoso, Vieira, Ricci y Mazza (2012), quien llega a la conclusión de que los roles sociales establecidos tiene gran influencia en que las mujeres obtengan estadísticamente un número mayor en el rol de cuidadoras con respecto a los

hombres cuidadores, aunque esta decisión de cuidar en la mayoría de los casos es por elección propia.

En cuanto al conocimiento que tienen las cuidadoras sobre la enfermedad, este es impreciso y se basa en lo que han observado como cuidadoras y en los comentarios que han hecho terceros sobre el tema, ya que argumentan no haber recibido información sobre la enfermedad en los centros de salud a los que asistieron y todo lo que esta conlleva, sin embargo, tienen algunas nociones acertadas, como que es una enfermedad que no tiene cura y de ciertos síntomas que se presentan. Algunos autores indican que:

Este desconocimiento, ocasiona desventajas en el cuidado, debido a que no tienen certeza a lo que se enfrenta, al cuidado que requiere, como la importancia de la medicación y adherencia al tratamiento, lo que se evidencia en el abandono del mismo, con la creencia de que la situación mejorará por sí sola, lo que se convierte en un factor de riesgo, ya que la no adherencia es una causa frecuente de deterioro, hospitalización mayor riesgo de suicidio, mayor tiempo de remisión, peor pronóstico, pérdida de trabajo, comportamiento peligroso arresto, violencia, consumo de drogas y alcohol, emergencias psiquiátricas, bajo rendimiento mental y baja satisfacción con la vida (Acosta, Hernández, Pereira, Herrera y Rodríguez, 2012, p. 80).

Cabe resaltar que la adherencia al tratamiento, también se relaciona con condiciones socio-demográficas, como el sexo y la edad, donde Amezcua, Barrera y Vargas (2012) encontraron que la prevalencia de la no adherencia se presenta más en jóvenes del sexo masculino, solteros, que no tienen ningún tipo de ocupación, lo que concuerda con las características de las personas con esquizofrenia que cuidan las entrevistadas de la presente investigación, sin dejar de lado las condiciones económicas bajas que no favorecen el acceso a dichos tratamientos, con todos los gastos que ello implica.

Un factor predominante en los casos presentados en el siguiente estudio es la influencia del consumo de drogas en el desarrollo y evolución de la enfermedad. Las dos madres entrevistadas relatan que su cuidado empiezan a tener cambios comportamentales debido a esta condición. Frete a esta situación Lopes, Lazzarini, Magalhães, Marques y Miranda (2014) relacionan el uso y abuso de las drogas con la aparición de la esquizofrenia, se considera que aproximadamente el 3,5% de los casos donde hay dependencia de consumo de alcohol y otras drogas, como las alucinógenas, poseen un diagnóstico psiquiátrico; además, a partir de un rastreo bibliográfico, se evidencia las posibilidades de que un individuo sea portador de esquizofrenia y abuse del uso de las sustancias psicoactivas sea 4,6 veces mayores que en el resto de la población.

En este sentido, los autores nombrados anteriormente, plantean que el uso abusivo de las drogas es un anticipo del inicio de la esquizofrenia, influenciando esto en “exacerbar los síntomas psicóticos, reducir la adhesión al tratamiento y aumentar los déficits cognitivos, la frecuencia de recaídas, el riesgo de suicidio y el de contraer enfermedades infecciosas, además de intensificar los comportamientos violentos” (Lopes et al., 2014, p. 437). Esta idea es reforzada por Amezquita, Barrera y Vargas (2012) quienes hallan datos que dan cuenta de la influencia que ejerce el abuso de las drogas en el desarrollo de la enfermedad, considerando que estas situaciones son desencadenadas a raíz del abandono del tratamiento médico. A partir de esto, se puede decir que el abuso de las sustancias psicoactivas resulta ser un factor perjudicial en cuanto al pronóstico de la enfermedad y su tratamiento.

En cuanto al empleo de las estrategias de afrontamiento, se evidencia que las cuidadoras recurren a varias de estas estrategias, como son las siguientes: *Confrontación, Reevaluación positiva, Aceptación de la responsabilidad, Distanciamiento, Apoyo en la religión y Búsqueda de apoyo social.*

Se evidencia que la estrategia centrada en el problema *Confrontación* es una forma de afrontamiento por parte de las cuidadoras, este resultado puede hallarse en muchos de los estudios revisados, se encuentra una tendencia al uso de las estrategias centradas en el problema, esta idea se puede ver reforzada por Bohórquez et al., 2012) quienes proponen que el empleo de esta estrategia permite a los cuidadores en un primer momento hacer un reconocimiento de las necesidades de su cuidando, lo que posteriormente facilitará actuar para la resolución del problema de forma directa. Aunque en este caso, las cuidadoras no contaron con orientación para atender de la forma más pertinente las necesidades de sus hijos, si logran asimilar la condición y a partir de ahí generar cambios en busca de mejorar la situación, o en momentos determinados, detener un comportamiento de su cuidando que consideran negativos o inapropiados, mediante acciones directas como reconvenir o buscar ayuda de terceros para controlar la situación.

El empleo de la estrategia de afrontamiento *Reevaluación positiva* se evidencia en las madres participantes, situación que puede verse reforzada por la idea de que ante la situación de cuidado y todas las problemáticas que se puedan generar, los cuidadores se preocupan por tolerar la situación de cuidado y esto se convierte en un aprendizaje, de donde hacen una valoración positiva de lo que conlleva afrontar la problemática y la forma en que esto influye en su desarrollo personal (Albarracín et al., 2014). En los casos investigados dicha reevaluación positiva va dirigida a aspectos del fortalecimiento de la relación con sus hijos, a raíz de que del tiempo que le dedican, el cual es mayor con respecto a sus otros hijos y al que le dedicaban antes de la enfermedad. Aunque hayan tenido que dejar de realizar otras labores, esto lo ven como positivo por “apoyar a sus hijos como lo haría una madre”, lo que les genera satisfacción y orgullo por su respuesta ante la situación en medio de todos los problemas a las que se enfrentan a nivel social, familiar, económico y personal. Rescatan de ellas fortalezas que no concebían como propias antes de enfrentarse a su rol de cuidadoras, y que luego de

ello, las identifican como el resultado de pasar por momentos que les exigieron sacar fuerzas para no decaer ante la situación, lo que se complejiza en el sentido de que, en muchos momentos del ciclo vital se asume el rol de cuidador, pero las exigencias del cuidado de una persona esquizofrenia conlleva una carga a nivel psicológico que, como lo expresa Ribé (2014), va acompañada de una combinación del trabajo físico, la presión emocional y social, como la restricción económica que surge de cuidado de los pacientes. Y en el caso de las entrevistadas, estas no cuentan con antecedentes familiares de esquizofrenia u otro trastorno psicótico, por lo que es primera vez que realizan este tipo de cuidado.

Otra estrategia centrada en la emoción que se identifica como un modo que encuentran las cuidadoras de afrontar la situación es *Aceptación de la responsabilidad*, en donde se reconoce que las madres sienten responsabilidad por la condición actual de su hijo, lo que genera sentimientos de culpa y lamentaciones por acciones que consideran no fueron las mejores y que pudieron haber cambiado. Frente a la responsabilidad asumida ante el surgimiento de la enfermedad, no en todos los casos en los que son los padres, quienes se encargan de los cuidados, se genera culpa. Urregón, Aragón, Combita y Mora (2012) demuestran que no se generan autoinculparción y autocríticas frente al surgimiento de la enfermedad por parte de los padres. Si bien reconocen la condición del hijo, las necesidades que presentan y la pertinencia de brindar los cuidados, no hay indicios de atribuirse responsabilidad por la enfermedad, sino que, por el contrario, logran adaptarse a la situación, contando con una capacidad de lucha frente a la situación, sin que esto pueda influenciar en las relaciones interpersonales y familiares. En este caso, las cuidadoras reconocen que pudieron haber actuado a tiempo para evitar el consumo de sustancias psicoactivas de sus hijos que intervino en el surgimiento de la enfermedad, pero a su vez, no se sienten culpables de que esta haya aparecido, debido a que consideran otros aspectos que la pudieron ocasionar y que no estaban en sus manos, viéndolo como algo que pasó, quizá porque así debía ser y no por actuaciones o crianza. Pensamientos

que favorecen la ausencia de un alto grado de culpabilidad, que, en los casos en lo que se presenta, puede generar problemas en el afrontamiento.

Ante las problemáticas generadas a raíz de los cuidados, se identifica que las madres cuidadoras recurren a la estrategia *Distanciamiento* para que de esta forma puedan afrontar la situación, lo que les permite apartarse del problema, aunque no desconociendo que este existe, si hay intentos por alejarlo de su mente, recurriendo a realizar actividades donde no se logre ocupar la mente con pensamientos sobre el problema. Esto puede verse sustentando desde la teoría que plantean Lazarus y Folkman (1986), citados por Macías, Madariaga, Valle y Zambrano (2013), planteando que ante las condiciones del entorno en las que el individuo se ve amenazado y con pocas probabilidades de modificar la situación, recurren a esta estrategia, para que de esta forma se logre evitar un desequilibrio emocional, es por esto que distanciarse del problema se hace de forma intencional con el objetivo de que lo que está viviendo la cuidadora no le afecte (Bohórquez et al., 2012). Por el contrario, Galindez (2013) halla datos que dan cuenta de que los cuidadores no optan por utilizar esta estrategia, sino que emplean otro tipo de estrategias, las cuales les permiten afrontar de forma más oportuna y directa los cuidados, a partir de las necesidades que presente su cuidando.

Apoyo en la religión, el uso de esta estrategia se puede hallar en muchas investigaciones, mayormente en los padres que se encargan del cuidado principal de su hijo, se identifica la tendencia a participar en actividades religiosas, esto se utiliza para reducir el malestar que generan los cuidados. Dichas actividades religiosas se basan en oraciones, plegarias, cultos, ofrendas a cambio de milagros, todo lo anterior como forma de buscar en un ser superior, calma, fuerza y sanación de sus familiares y mejoría de la situación problemática, tal como lo manifiestan las participantes, a lo que Ribé (2014) viene a decir que estos pensamientos y prácticas religiosas están influenciada por el contexto étnico-cultural y le puede proporcionar a la persona una sensación de bienestar. Aparte de esto, la religiosidad les otorga a los

creyentes un sentido de valor como persona dentro de lo que tiene que ver con la moral del sujeto, al mismo tiempo que se crea la pertenencia a un colectivo que comparte las mismas creencias, convirtiéndose en un grupo del cual puede devengar apoyo en un momento determinado. A esto se le suma que, las prácticas espirituales cuando se emplean de forma saludable, generan pensamientos saludables lo que se puede ver reflejado en buenos hábitos, beneficiando la salud mental, como lo plantea Rodríguez (2016) en su investigación sobre *determinantes sociales de la salud mental. rol de la religiosidad*. Lo anterior se puede ver reflejado en los resultados de esta investigación, en el momento en que ambas participantes concuerdan en que el estar ligadas a la religión las ha ayudado a sobrellevar la situación con pensamientos positivos, sobre lo que están viviendo y hacia futuro.

Búsqueda de apoyo social, entendida como la percepción o valoración que tienen los cuidadores sobre su red social y lo que reciben de ella, que se da por medio de la interacción de la cual surgen afectos, afiliación, respaldo, acompañamiento y ayuda, ya sea material o simbólica. La importancia del apoyo social radica en que las personas pueden construir una visión más positiva de la situación y refuerza el mejoramiento de los recursos internos y sociales, ayudando también al cuidador a la hora de enfrentar situaciones adversas (García, Manquián y Rivas, 2016). Con respecto a esto se encontró que el apoyo social percibido por las cuidadoras por parte de su red social (familia, amigos y profesional), es positivo, ya que manifiestan haber recibido ayuda a nivel económico y simbólico que les ha facilitado enfrentarse al rol de cuidar, donde el principal apoyo ha venido de la familia. El apoyo recibido, se relaciona con el bienestar, tal como lo sustenta García, Manquián y Rivas (2016) en sus hallazgos donde, discutir las emociones y sentimientos de los cuidadores con familiares y amigos, es una necesidad que, al satisfacerse, puede reducir la carga en estos. Como lo manifiestan las cuidadoras, donde, al pasar tiempo con sus seres queridos, se mitigaba el estrés y se sentían acompañadas, lo que les permitía expresar cómo se sentían de

forma más fácil y en un entorno donde se sentían cómodas, dando salida a sus emociones, pero también manifiestan que se guardaban cosas. Sin embargo, al hablar liberaban cargas y recibían consejos, apoyo y sugerencias respecto a las rutas a seguir, como, por ejemplo, la búsqueda de apoyo profesional, el cual es un factor importante, ya que recibieron la medicación que necesitaban y les recetaron un tratamiento a seguir, aunque en estos casos la adherencia al tratamiento no haya sido favorable, al tener un diagnóstico pudieron entender que los comportamientos de sus hijos eran producto de una enfermedad, a pesar de no contar con conocimiento preciso y requerido sobre la misma, para ejercer un favorecedor cuidado.

Por otra parte, en lo que respecta a las estrategias de afrontamiento que se identificaron como aquellas que las cuidadoras no hacen uso, o no se hallan manifiestas en las entrevistas, son *la evitación, la planificación y el autocontrol*. En cuanto a estos resultados, Albarracín et al. (2014) encontraron que el no empleo de la estrategia de afrontamiento *evitación* permite a los padres cuidadores afrontar la condición del cuidado de su hijo de forma responsable y manejar de forma adaptativa la situación. En cambio, en una investigación realizada por Zapata et al. (2013) se halla que se hace uso de forma reiterada de esta estrategia de afrontamiento, lo que les permite a los cuidadores negar y evitar pensamientos o actos que se relacionan con el estrés que les genera la situación de cuidado. Si bien esta estrategia resulta ser una forma que encuentran los cuidadores para disminuir la tensión ante las situaciones de crisis que se puedan presentar, las problemáticas que se desprendan de los cuidados requieren el uso de estrategias que permitan afrontar de la manera más oportuna la situación.

En cuanto a la estrategia de afrontamiento *planificación*, Guardia (2012) manifiesta que los cuidadores de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia hacían uso de estrategias centradas en el problema, entre las cuales manifiestan mayor tendencia al uso de la planificación, en donde los cuidadores centran sus esfuerzos en analizar la situación y planear cuáles serán los pasos a seguir, esto con el objetivo de que de esta forma se pueda afrontar el

estrés generado a partir de los cuidados. Esto puede deberse a que, ante la situación del cuidado del paciente con diagnóstico de esquizofrenia, el cuidador recibe orientación por parte de un profesional, del cual logra tener más claridad frente a la problemática y posterior a esto ejecutar el plan de acción para resolver la situación, por lo que puede decirse que el uso de esta estrategia se encuentra influenciada por la información suministrada por profesionales (Magliano, Fadden, Economou, et al., 1998, citado por Guardia, 2010). A diferencia de las participantes de la investigación aquí planteada, quienes no cuentan con la asesoría por parte de las personas expertas frente al tema, por lo tanto se hace difícil lograr tener claridad frente a cuáles serán los pasos a seguir. Sin embargo, si bien en un primer momento recurren al empleo de las estrategias centradas en el problema, “fracasan en su propósito de mejorar la conducta del familiar enfermo, los cuidadores gradualmente comienzan a centrarse en el manejo de sus propias reacciones emocionales, percatándose que la situación estresante persiste y excede su propio control” (Knudson y Coyle, 2002; Pearlin y Schooler, 1978, citado por Guardia, 2010).

Otro hallazgo, como se mencionó anteriormente, fue que las madres cuidadoras no recurren al empleo de la estrategia de afrontamiento *autocontrol*, frente a esta idea Bohórquez, Espinosa, Turizo y Guampe (2012) plantean que el uso de estrategia de afrontamiento, ante las manifestaciones emocionales que son generadas a partir del problema, logra haber una estabilización por parte de estos, controlando los sentimientos propios y las respuestas por parte del cuidador. Se identifica que poder liberar las emociones resulta ser eficaz a la hora de afrontar los problemas, sin embargo, se llega a encontrar que los cuidadores no siempre cuentan con el apoyo para esto, no se sienten escuchados y comprendidos.

9. Conclusiones y recomendaciones

A partir de esta investigación, se develan factores relevantes en el rol de cuidar, como son la falta de conocimiento acerca de la enfermedad del cuidando, con respecto a ello se puntualiza que dicho desconocimiento, genera dificultades en las rutas a seguir, en cuanto a los tratamientos de la enfermedad y su pronóstico y sobre el cuidado mismo según lo observado y lo manifestado en las entrevistas aplicadas.

Por otra parte, se evidencia que las cuidadoras hacen uso de una u otra forma de las diferentes estrategias de afrontamiento revisadas en el presente estudio (*confrontación, reevaluación positiva, aceptación de la responsabilidad, distanciamiento, religiosidad, búsqueda de apoyo social*), con excepción de las estrategias de afrontamiento *autocontrol, planificación y evitación*.

Para finalizar, cabe resaltar que el acceso a este tipo de población es muy restringido desde varios actores, como los centros de salud y las familias directamente, primero, los centros de salud, los cuales no suministraron este tipo de información por varios motivos, en un caso la respuesta se centró en que no contaban con ese tipo de pacientes, en otro, sustentaron no poder suministrar la información por motivos legales. Y, por parte de las familias, se hizo difícil la participación en la investigación por los tabús que se manejan con respecto a la esquizofrenia, por miedo a verse expuesto o hablar de la enfermedad, quizá por el mismo desconocimiento de la misma y el rechazo al que se ven expuesto ante la sociedad por tener en su familia un paciente diagnosticado con esquizofrenia. A pesar de estas dificultades para la investigación sobre el tema, se recalca la importancia de este tipo de estudios, debido a que son temas poco abordados en el municipio, y los cuidadores son una población a la que no se le hace ningún tipo de intervención a nivel psicológico y de psicoeducación, siendo estos sobre quienes recae el rol de cuidador con todo lo que esto conlleva a nivel personal, social, familiar, económico, de salud y transcurso de la enfermedad de su cuidando.

10. Bibliografía

- Acosta, F., Hernández, J., Pereira, J., Herrera, J., y Rodríguez, C. (2012). Medication adherence in schizophrenia. *World J Psychiatr.* 2(5), 74–82. doi: 10.5498/wjp.v2.i5.74
- Albarracín, Á., Rey, L., y Jaimes, M. (2014). Estrategias de afrontamiento y características sociodemográficas en padres de hijos con trastornos del espectro autista. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 42, 111-126. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1942/194230899008.pdf>
- Amezquita, L., Barrera, A., y Vargas, T. (2012). *Prevalencia y Factores Asociados a la No Adherencia al Tratamiento Farmacológico con Antipsicóticos en Pacientes Adultos con Esquizofrenia* (tesis de especialización). Universidad del Rosario-Universidad CES, Bogotá, Colombia.
- Ahunca, L., Garcia, J., Bohorquez, A., Gómez, C., Jaramillo, L., y Palacio, C. (2014). Tratamiento con intervenciones psicosociales en la fase aguda y de mantenimiento del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia. *Revista colombiana de psiquiatria*, 44 (S1), 75-89. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v44s1/v44s1a08.pdf>
- Arévalo, J. (1990). Intervenciones familiares en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia: Aproximaciones recientes. *Dialnet* , 43 (44), 169-193. Recuperado de <file:///C:/Users/usuario/Downloads/Dialnet-IntervencionesFamiliaresEnElTratamientoDeLosPacien-66070.pdf>
- Biagini, M. (1997). Estructura y dinámica familiar y su relación con el paciente esquizofrénico: antecedentes y tendencias actuales. *Salud mental*, 17(4), 12-17. Recuperado de http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/540/540

- Bravo, R. (2005). La enfermedad del Silencio: Relato de la madre de un paciente esquizofrénico . *Dialnet*, 14 (51), 59-62. Recuperado http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000300012
- Caqueo, A., y Lemos, S. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema*, 20 (4), 577-582. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72720411>
- Caqueo, A., Gutierrez, J., Ferrer, M., y Darrigrande, P. (2011). Sobrecarga en cuidadores Aymaras de pacientes con esquizofrenia. *Revista de psiquiatria y salud mental*, 5 (3), 191-196. doi 10.1016/j.rpsm.2011.07.001
- Castilla, A., Lopez, M., Chavarria, V., Sanjuan, M., Canut, P., Martinez, M., Martinez, J., y Caceres, J. (1998). La carga familiar en una muestra de pacientes esquizofrénicos en tratamiento ambulatorio. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 18 (68), 621-642. Recuperado de <http://www.revistaen.es/index.php/aen/article/view/15616/15475>
- Chacón, E., y Valverde, L. (2014). *Estrategias de afrontamiento y nivel de sobrecarga en el cuidador informal de la persona con alzheimer* (tesis de pregrado). Universidad privada antenor orrego, Trujillo, Perú.
- Ciccione, B., y Frari, A. (2013). Ajustamiento de la familia después del surgimiento de la esquizofrenia. *Revista brasileña de enfermería*, 66 (3), 321-326. Recuperado http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000300003
- da Silva, G., y dos Santos, M. (2009). Álbum de la familia y esquizofrenia: convivencia en retrato. *Psicologia em Estudo*, 14 (1), 83-91. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2871/287122120011.pdf>

- De la Higuera, J. (2005). Psicoeducación familiar en la esquizofrenia: de los datos empíricos a la realidad clínica. *Apuntes de psicología*, 23 (3), 275-292. Recuperado de <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/98>
- Esbec, E., y Echeburúa, E. (2016). Violencia y esquizofrenia: un análisis clínico-forense. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26 (1), 70-79. doi: 10.1016/j.apj.2015.12.001
- Escalante, V., y Gavlovsk, J. (2011). Tener un hijo con enfermedad mental: vivencias de madres de pacientes con esquizofrenia. *Anales de la universidad metropolitana*, 11 (1), 149-169. Recuperado de <file:///C:/Users/usuario/Downloads/Dialnet-TenerUnHijoConEnfermedadMentalVivenciasDeMadresDeP-3653365.pdf>
- Figueroa, A., Espinoza, J., Turizo, J., y Guampo, L. (2012). Afrontamiento familiar frente a las secuelas generadas en pacientes que sufrieron Trauma Craneoencefálico (TCE). *Ciencia y cuidado*, 9(1), 79-87. Recuperado de [file:///C:/Users/usuario/Downloads/Dialnet-AfrontamientoFamiliarFrenteALasSecuelasGeneradasEn-3986776%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/Dialnet-AfrontamientoFamiliarFrenteALasSecuelasGeneradasEn-3986776%20(1).pdf)
- Flores, G., y Arcos, M. (2014). Afrontamiento y sobrecarga subjetiva de cuidadores de pacientes con diagnóstico de demencia. *Revista de psicología*. 1(1), 41-48. Recuperado de <http://ucsp.edu.pe/investigacion/psicologia/wp-content/uploads/2014/01/Revista-de-Psicolog%C3%ADa-3er-art%C3%ADculo2.pdf>
- Fresán, A., Apiquian, R., Ulloa, R., Lozaga, C., García, M., y Gutierrez, D. (2001). Ambiente familiar y psicoeducación en el primer episodio de esquizofrenia: resultados preliminares. *Salud mental*, 24(4), 36-40. Recuperado de <http://www.inprfcd.gob.mx/pdf/sm2404/sm240436.pdf>

- Garcia, P. (2012). Factores asociados a la Emoción Expresada familiar en la Esquizofrenia: implicaciones terapéuticas. *Asociación española de neuropsiquiatría*, 23(116), 739-756. doi: 10.4321/S0211-57352012000400005
- Graziani, K., y Inocenti, A. (2012). La interacción entre personas con esquizofrenia y familiares interfiere en la adhesión medicamentosa? *Acta paulista de enfermagem*, 25(6), 830-836. doi: 10.1590/S0103-21002012000600002
- Gonzalez, S. (2013). *Estrategias de Afrontamiento Familiar Ante El Diagnóstico De Malformación Congénita En La Ciudad de Cali* (tesis de pregrado). Universidad de San Buena Aventura, Cali, Colombia.
- Guardia, J. (2010). *Ansiedad y afrontamiento en cuidadores de pacientes con esquizofrenia*(tesis de pregrado). Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Gutiérrez, J., Caqueo, A., Ferrer, M., y Fernandez, P. (2012). Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. *Psicothema*, 24(2), 255-262. Recuperado de <http://www.psicothema.es/pdf/4008.pdf>
- Jaen, D., Callisaya, E., y Quisbert, H. (2012). Evaluación de la sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia del hospital de psiquiatría "Dr. José María Alvarado". *Revista Médica La Paz*, 18(2), 21-26. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200004
- Kirkpatrick, B. (2009). El concepto de esquizofrenia. *Psiquiatría y Salud Mental*, 2 (2), 105-146. doi: 10.1016/S1888-9891(09)72400-0

- Leal, F., Espinoza, C., Vega, J., y Vega, S. (2012). Sobrecargas objetivas y nivel de apoyo familiar a pacientes adultos con esquizofrenia. *Salud Uninorte*, 28(2), 218-226. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n2/v28n2a05.pdf>
- Leal, M., Sales, R., Ibáñez, E., Giner, J., y Leal, C. (2008). Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativo. *Actas Especialización en Psiquiatría*, 36(2), 63-69. Recuperado de http://sid.usal.es/ids/F8/ART12816/valoracion_de_la_sobrecarga_familiares_esquizofrenicos.pdf
- Magliano, L., Fiorillo, A., Fadden, G., Gair, F., Economou, M., Kallert, T.,... Schellong, J. (2005). Efectividad de una forma de intervención psicoeducativa sobre las familias de pacientes con esquizofrenia: resultados preliminares de un estudio sufragado por la Comisión Europea. 3(1), 45-49. Recuperado de <http://www.mednet.org.uy/~spu/wp/WPA012005.pdf#page=47>
- Maldonado, P. (2011). *Proyecto de intervención a familias con un miembro esquizofrénico hospitalizado en el centro de reposo y adicción (cra) durante el periodo noviembre 2011 hasta abril 2012* (tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.
- Martínez, A., Nadal, S., Beperet, M., Mendioroz, P., y grupo Psicots. (2000). Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: factores determinantes. *Anales Sis San Navarra*, 23(1), 101-110. Recuperado de <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/6419/5125>
- Mena, D., y Paz, M. (2000). *Familiares de esquizofrénicos: vivencias del día a día* (tesis de doctorado). Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile, Chile.

- Pereira, M., y Merino, H. (1990). Familia y esquizofrenia: una revisión desde el punto de vista de la interacción familiar. *Anales de Psicología*, 6(1), 11-20. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/viewFile/28111/2722>
- Mora, B., Meárquez, M., Fernández, A., De la Espriella, R., Torres, N., y Arenas, A. (2016). Variables demográficas y clínicas relacionadas con la carga y el afrontamiento de los cuidadores de personas diagnosticadas de esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(1), 13-20. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v47n1/0034-7450-rcp-47-01-00013.pdf>
- Muela, J., y Godoy, J. (2001). Programas actuales de intervención familiar en esquizofrenia. *Psicothema*, 13(1), 1-6. Recuperado de <https://www.uniovi.es/reunido/index.php/PST/article/view/7839>
- Navarro, N. (2013). Esquizofrenia e intervención familiar en España: Una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años. *Psychology, Society, & Education*, 5(2), 307-318. Recuperado de <file:///C:/Users/usuario/Downloads/Dialnet-EsquizofreniaEIntervencionFamiliarEnEspanaUnaRevis-4761700.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Esquizofrenia*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
- Orradre, M. (2000). El enfermo esquizofrénico y sus familias inmersos en un cambio profundo. *Anales*. 23(1), 111-122. Recuperado de <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/6420/5126>
- Peñin, Y., Matas, R., y Tena, M. (2016). Apoyo educativo a la familia del paciente esquizofrénico. Recuperado de <http://congreso enfermeria.es/libros/2016/sala9/3598.pdf>

- Ramos, J. (2013). Efectividad de una intervención enfermera a domicilio para mejorar la independencia en las actividades de la vida diaria-actividades instrumentales de la vida diaria y la carga familiar en adultos con Esquizofrenia. *Enfermería Clínica*, 23(2), 79-80. Recuperado de <https://medes.com/publication/80859>
- Rascón, M., Caraveo, J., y Valencia, M. (2010). Trastornos emocionales, físicos y psiquiátricos en los familiares de pacientes con esquizofrenia en México. *Revista de Investigación Clínica*. 62(6), 509-515. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2010/nn106c.pdf>
- Rascón, M., Valencia, M., Domínguez, T., Alcántara, H., & Casanova, L. (2014). Necesidades de los familiares de pacientes con esquizofrenia en situaciones de crisis. *Salud ment*, 37(3) , 239-246. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000300008
- Rascón, M., Diaz, L., y Ramos, L. (2003). La violencia doméstica en familiares de pacientes con esquizofrenia. *Gaceta Médica de México*, 139(4), 371-376. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2003/gm034gV.pdf>
- Rebolledo, S., y Lobato, M. (2005). Cómo afrontar la esquizofrenia. Una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas. Recuperado de <http://www.fundaciodrissa.com/wp-content/uploads/2010/04/Com-afrontar-lesquizofr%C3%A8nia.pdf>
- Romero, L. (2015). *La psicoeducación como método para la mejora de la calidad de vida en la esquizofrenia* (tesis de pregrado). Universidad autónoma de Madrid, Madrid, España.

- Soria, R., Montalvo, J., y Herrera, P. (1998). Terapia familiar sistémica en un caso de esquizofrenia. *Revista electronica de psicologia Iztacala*, 1(1). Recuperado de <http://www.journals.unam.mx/index.php/repi/article/view/22848/21572>
- Soriano, R. (2014). Experiencia vivida en cuidadores principales de personas con esquizofrenia. *Revista científica de Enfermería*, 8, 1-2. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/45001/1/RECIEN_08_15.pdf
- Tartaglino, M., Ofman, S., & Dorina, S. (2010). Sentimiento de Sobrecarga y Afrontamiento en Cuidadores Familiares Principales de Pacientes con Demencia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19(3), 221-226. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921798003.pdf>
- Urrego, Y., Aragón, A., Combata, J., y Mora, M. (2012). Descripción de las estrategias de afrontamiento para padres con hijos con discapacidad cognitiva. *Universidad piloto de Colombia*. 1-13. Recuperado de <http://www.contextos-revista.com.co/Revista%208/A3-DescripciOn%20de%20las%20estrategias%20de%20afrontamiento%20para%20padres%20con%20hijos%20con%20discapacidad%20cognitiva.pdf>
- Vallina, O., y Lemos, S. (2000). Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psicothema*, 12(4), 671-681. Recuperado de <http://www.psicothema.es/pdf/388.pdf>
- Vasquez, C., Crespo, M., & Ring, J. (2003). Estrategias de Afrontamiento. *Medición clínica en psiquiatría y psicología*, 425-435. Recuperado de <http://www.psicosocial.net/historico/grupo-accion-comunitaria/centro-de->

[documentacion-gac/psiquiatria-psicologia-clinica-y-psicoterapia/trauma-duelo-y-culpa/94-estrategias-de-afrontamiento/file](#)

Vaughn, C., Sorensen, K., Simon, J., Freeman, W., & Fallon, I. (1984). Factores familiares en la recaída de pacientes esquizofrénicos. *Archives of general psychiatry*, 41, 128-150. Recuperado de <file:///C:/Users/usuario/Downloads/Dialnet-FactoresFamiliaresEnLaRecaidaDePacientesEsquizofre-65971.pdf>

Vidal, M., y Cabiya, J. (1990). Efectos a corto y largo plazo de un programa psicoeducativo de intervención con familiares con pacientes mentales esquizofrénicos. *Revista puertorriqueña de psicología*, 6, 23-31. Recuperado de <http://www.repsasppr.net/index.php/reps/article/view/50/36>

Zapat, J., Rangel, A., y Garcia, J. (2015). Psicoeducación en esquizofrenia. *Revista colombiana de psiquiatria*, 44(3), 143–149. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v44n3/v44n3a04.pdf>

Zapata, A., Bastida, M., Quiroga, A., Charra, S., & Leiva, J. M. (2013). Evaluación del bienestar psicológico y estrategias de afrontamiento en padres con niños o adolescentes con retraso mental leve. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 5(1), 15-23. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333127392003>

11. Anexos

Anexo 1. Formato de consentimiento informado

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO QUE UTILIZAN LAS FAMILIAS O CUIDADORES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ESQUIZOFRENIA EN EL AÑO 2018

NUMERO DE PROTOCOLO: 01

FINANCIADOR: Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Departamento de psicología
Seccional Bajo Cauca

INVESTIGADOR: Carmen Julia Ortega Navarro y Johana Rivas Montalvo

NÚMEROS DE TELÉFONO ASOCIADOS A LA INVESTIGACIÓN:

LUGAR:

Caucasia – Antioquia.

INTRODUCCIÓN:

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que usted decida participar en el estudio por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que usted tenga, para asegurarse de que entienda los procedimientos del estudio, incluyendo los riesgos y los beneficios.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

Conocer las estrategias de afrontamiento que utilizan las familias o cuidadores de pacientes diagnosticados con esquizofrenia.

PARTICIPANTES DEL ESTUDIO:

La participación en esta investigación es de carácter voluntario y en el momento en el que usted desee puede abandonarlo sin ser penalizado ni perder beneficios.
Para la participación en este estudio, nos remitiremos a las familias o cuidadores directos o indirectos de los pacientes con esquizofrenia, los cuales deberán ser mayores de 18 años.

PROCEDIMIENTOS:

Su participación se limita exclusivamente a responder una serie de preguntas acompañada de una entrevista semiestructurada, en la cual los interrogantes se centraran principalmente en conocer la experiencia de los cuidadores ante el proceso de diagnóstico, se realizara de manera individual y sin un tiempo límite.

RIESGOS O INCOMODIDADES:

Este ejercicio no representa ningún riesgo significativo para su salud mental, si bien podría generar algunas incomodidades el referirse a aspectos de la vida personal.

BENEFICIOS:

Usted no recibirá ningún beneficio económico por participar en este estudio. Su participación es una contribución para el conocimiento de la realidad de como las familias o cuidadores de pacientes con esquizofrenia afrontan todo este proceso de diagnóstico y las connotación que tiene a nivel familiar, social y económico, ya que no se cuenta con investigaciones en el municipio sobre este tema. Con los resultados que en la investigación se podrá crear futuros modelos encaminados a mejorar la calidad de vida de los cuidadores y de las personas que padecen la enfermedad.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD:

La información personal que usted dará a nuestros investigadores en el curso de este estudio permanecerá en secreto y no será proporcionada a ninguna persona diferente a Usted bajo ninguna circunstancia. A las encuestas se les asignará un código de tal forma que el personal técnico, diferente a los docentes investigadores, no conocerá su identidad. Sólo algunos investigadores (estrictamente los profesores responsables del estudio) tendrán acceso al código y a su identidad verdadera para poder localizarle en caso de que sea necesario aclarar alguna de las respuestas a la entrevista.

Los resultados de esta investigación pueden ser publicados en la base de datos de la Universidad de Antioquia o ser presentados ante los estudiantes y docentes de psicología, pero la identidad suya no será divulgada.

DERECHO A RETIRARSE DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN:

Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento. Sin embargo, los datos obtenidos hasta ese momento seguirán formando parte del estudio a menos que Usted solicite expresamente que su identificación y su información sea borrada de nuestra base de datos. Al retirar su participación Usted deberá informar al grupo investigador si desea que sus respuestas sean eliminadas, los resultados de la evaluación serán incinerados.

No firme este consentimiento a menos que usted haya tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir contestaciones satisfactorias para todas sus preguntas.

Si usted firma aceptando participar en este estudio, recibirá una copia firmada por los investigadores.

Nombre del Participante

Firma del Participante
C.C.

Fecha

Firma del Investigador
C.C.

Fecha

Firma del Investigador
C.C.

Fecha

Anexo 2. Entrevista semiestructurada para cuidadores de pacientes con esquizofrenia.

La presente entrevista, fue construida basada en las estrategias de afrontamiento propuestas por Lazarus y Folkman (adaptadas por Vasquez, Crespo y Ruing, 2003). Está dirigida principalmente a indagar sobre las estrategias de afrontamiento que utilizan los cuidadores de personas diagnosticadas con esquizofrenia. Es preciso que se tenga en cuenta que no hay respuestas buenas, ni malas, solo se busca conocer un poco sobre la experiencia que ha tenido como cuidador de una persona con dicho diagnóstico y la forma en cómo ha afrontado esta situación.

La duración de la entrevista es de aproximadamente 35 minutos, aunque esto es relativo a cada caso en particular, teniendo en cuenta que es semiestructurada, por lo que el tiempo va a depender directamente del relato de cada participante.

Preguntas dirigidas al conocimiento sobre la esquizofrenia:

- 1a. ¿Para usted qué es la esquizofrenia?
- 1b. ¿Qué creencias tenía usted sobre la esquizofrenia antes del diagnóstico de su cuidando?
- 1c. ¿Cuál fue su primera impresión ante el diagnóstico de esquizofrenia en su cuidando?
- 1d. ¿Qué prácticas realizó para ayudar al paciente?

Preguntas dirigidas a las estrategias de afrontamiento y reacciones ante la enfermedad:

- 2a. Háblenos acerca de lo que usted considera sobre las estrategias de afrontamiento. ¿Qué se le viene a la cabeza cuando escucha estrategias de afrontamiento?
- 2b. Al momento del diagnóstico ¿qué tipo de sentimientos se produjo en usted?
- 2c. ¿Qué tipo cambios han ocurrido en su estilo de vida desde el diagnóstico de la enfermedad?

Confrontación

- 3a. ¿Qué acciones realiza o ha realizado para brindarle cuidado a la persona con la enfermedad como forma de afrontar la situación de cuidar?
- 3b. ¿Han ocurrido episodios en donde haya habido agresión o actos donde se ponga en riesgo su integridad o la de su cuidando? ¿Cuáles?

Planificación

4a. ¿Qué planes ha llevado a cabo para solucionar los problemas que se han presentado en el cuidado del paciente desde el diagnóstico de la enfermedad?

4b. ¿Qué acciones realiza para regular sus emociones?

Distanciamiento

5a. ¿Evita pensar en la condición de su hijo/a o persona a la cual está cuidando? ¿Cómo lo hace?

5b. ¿Realiza actividades buscando entretenimiento para no pensar ni ser parte de la situación? ¿Cuáles?

5c. ¿Cuándo las personas hacen comentarios acerca de la situación como reacciona usted? ¿Por qué?

Autocontrol

6a. ¿Qué tipo de sentimientos le genera la situación de cuidado?

6b. ¿Trata de ocultar los sentimientos que le genera la situación de cuidador? ¿Cómo?

6c. ¿Expresa usted sus emociones acordes a la situación que está viviendo? ¿De qué forma?

Aceptación de responsabilidad

7a. ¿Considera usted que tiene algún tipo de responsabilidad en el surgimiento de la enfermedad de su cuidando? ¿Cuál?

¿Considera usted que tiene algún tipo de responsabilidad en el desencadenamiento de la enfermedad de su cuidando? ¿Cuál?

7b. ¿Qué cree usted que podría haber hecho para que se familiar o cuidando no se encuentre en esta situación?

7c. ¿A qué se debe la situación actual de su cuidando?

Escape-evitación

8a. ¿Ha deseado o desea no tener la responsabilidad de cuidar a la persona que tiene a su cargo, por qué?

8b. ¿Cree usted que pudo haber hecho algo para que su familiar o su cuidando no estuviera en esta situación?

Reevaluación positiva

9a. Nombre algunos aspectos positivos que usted considera que la situación de cuidar ha aportado a su vida.

9b. ¿Qué significado tiene ahora su vida, a partir de la experiencia de cuidador?

9c. ¿Qué imagen tiene actualmente de su familiar o persona a quien cuida?

9d. ¿Ha cambiado su concepto de la esquizofrenia, qué opinión tiene actualmente sobre la enfermedad?

9e. ¿Hay diferencia entre el concepto de esquizofrenia que tenía antes y el que tiene actualmente, hoy día qué opinión tiene sobre la enfermedad?

Búsqueda de apoyo social

10a. Luego del diagnóstico de la enfermedad, ¿a qué entidades, familiares o amigos ha acudido, por qué a esas entidades?

10b. ¿En qué cree que el apoyo que ha recibido le ha ayudado para afrontar la situación de cuidar?