

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

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



**“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SOBRECARGA EN EL
FAMILIAR CUIDADOR DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS DE LOS
CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS EN LA REGIÓN
CALLAO, 2020”**

**SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**ATACHAU CISNEROS, VIVIAN XIOMARA
HUAMANÍ GASTELÚ, KEYLA AYDEÉ
LEÓN RODRIGUEZ, OFELIA AYME ADRIANA**

CALLAO, 2020

PERÚ

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SOBRECARGA EN EL FAMILIAR
CUIDADOR DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS, DE LOS CENTROS DE
SALUD MENTAL COMUNITARIOS EN LA REGION CALLAO, 2020**

AUTORAS:

ATACHAU CISNEROS, VIVIAN XIOMARA
HUAMANÍ GASTELÚ, KEYLA AYDEÉ
LEÓN RODRIGUEZ, OFELIA Ayme ADRIANA

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

DEDICATORIA

Dedico de manera muy especial a mis abuelos pues ellos fueron mi principal cimiento para la construcción de mi vida profesional, inculcándome siempre la responsabilidad y mis deseos de superación, en ellos tengo el espejo en el cual me quiero reflejar, por el gran corazón y la comprensión de que me dieron a lo largo de mi vida. Sobretudo gracias a Dios por concederme y estar siempre- a mi lado en los momentos más difíciles de mi vida. A mi madre y mi hermana que son -personas que siempre me apoyan y me ofrecen el amor y calidez. Sobretudo a mis compañeras y amigas de tesis, gracias por estar a mi lado en los buenos y malos momento-os y gracias a la comprensión que me dieron logramos realizar este bello trabajo.

Vivian Xiomara Atachau Cisneros

A Dios por haberme permitido llegar hasta este momento muy importante en mi vida y haberme dado salud para lograr mis objetivos. A mis padres quienes gracias a su apoyo-incondicional y consejos seré una buena profesional. A mis hermanos por su gran- apoyo. A mi pequeña Flavia quien es mi motivación más grande para seguir avanzando- y a mi esposo Mayr que gracias a su apoyo y perseverancia lograremos más objetivos.-

Keyla Aydeé Huamaní Gastelú

A Dios por permitirme cumplir un gran anhelo de mi corazón y guiar mi camino, a mis amados padres Juan José León Delgado y Ofelia Aurora Rodríguez Hernández por su amor incondicional, apoyo y paciencia en cada paso que doy, por inculcarme valores y permitirme lograr mis metas. A mi tía Mariela y Carmen por acompañarme en cada momento y formar parte de mi vida. A mis hermanos por su amor y comprensión. A mis sobrinos porque son mi gran bendición.

Ofelia Ayme Adriana León Rodríguez

AGRADECIMIENTO

A Dios, por habernos dado la oportunidad de vivir y cumplir una de nuestras más grandes metas en la vida.

A nuestros padres, por habernos guiado por el camino del éxito a través de sus ejemplos personales y laborales.

A nuestra asesora, Dr Mercedes Lulilea Ferrer Mejía, por su asesoría teórica, metodológica y por su gran paciencia para la realización de esta investigación.

A las profesionales que laboran en el Centro de Salud Mental Comunitario Sarita Colonia, por brindarnos las facilidades en la recolección de información.

A los familiares de los usuarios que colaboraron para que este estudio pudiera ser realizado.

Muchas gracias a todos

CONTENIDO

DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
CONTENIDO	vii
INDICE DE TABLAS	ix
INDICE DE FIGURAS.....	xii
RESUMEN.....	xiv
ABSTRACT.....	xv
INTRODUCCIÓN	1
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la realidad problemática	3
1.2 Formulación del problema	4
1.2.1 Problema general.....	4
1.2.2 Problemas específicos	5
1.3 Objetivos	5
1.3.1 Objetivo general	5
1.3.2 Objetivos específicos.....	5
1.4 Limitaciones de la investigación	5
II. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes	7
2.1.1 Antecedentes internacionales	7
2.1.2 Antecedentes nacionales	9
2.2 Bases teóricas	11
2.3 Bases conceptuales.....	12
2.4 Definición de términos básicos	20
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	23
3.1 Hipótesis.....	23
3.1.1 Hipótesis general	23
3.1.2 Hipótesis específicas	23
3.2 Definición conceptual de variables	23
3.3 Operacionalización de variables.....	25
IV. DISEÑO METODOLÓGICO.....	27
4.1 Tipo y diseño de investigación.....	27

4.1.1	Tipo de investigación	27
4.1.2	Diseño de investigación	27
4.2	Método de investigación	27
4.3	Población y muestra	28
4.3.1	Población.....	28
4.3.2	Muestra.....	28
4.3.3	Criterios de inclusión	28
4.4	Lugar de estudio y periodo desarrollado	29
4.5	Técnicas e instrumento para la recolección de la información.....	29
4.5.1	Técnicas.....	29
4.5.2	Instrumentos	29
4.5.3	Validez y confiabilidad	33
4.6	Análisis y procesamiento de datos	34
V.	RESULTADOS	36
5.1	Resultados descriptivos	36
5.2	Resultados inferenciales.....	50
VI.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	63
6.1	Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados	63
6.2	Contrastación de los resultados con otros estudios similares	64
6.3	Responsabilidad ética.....	66
	CONCLUSIONES	68
	RECOMENDACIONES	69
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
	ANEXOS.....	73

INDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Operacionalización de la variable de estudio estrategias de afrontamiento	25
Tabla 2	Operacionalización de la variable de estudio sobrecarga del cuidador.	26
Tabla 3	Ficha técnica 1: Cuestionario de variable estrategias de afrontamiento	30
Tabla 4	Baremación de la variable de estudio estrategias de afrontamiento	31
Tabla 5	Ficha técnica 2: Cuestionario de variable sobrecarga del cuidador	32
Tabla 6	Baremación de la variable de estudio sobrecarga del cuidador	32
Tabla 7	Estadística del coeficiente alfa para de la variable de las variables de estudio.	34
Tabla 8	Lectura de la prueba estadística la correlación de Rho Spearman.	35
Tabla 9	Características Generales de familiares de pacientes con esquizofrenia que fueron atendidos en los Centros de Salud mental Comunitarios, de la Región Callao. Año 2020	36
Tabla 10	Frecuencia estadística de la variable estrategias de afrontamiento de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.	37
Tabla 11	Frecuencia estadística de la dimensión resolución de problemas de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.	38
Tabla 12	Frecuencia estadística de la dimensión autocrítica de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.	39
Tabla 13	Frecuencia estadística de la dimensión expresión emocional de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.	40

Tabla 14	Frecuencia estadística de la dimensión pensamiento desiderativo de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.	41
Tabla 15	Frecuencia estadística de la dimensión apoyo social de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.	42
Tabla 16	Frecuencia estadística de la dimensión reestructuración cognitiva de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.	43
Tabla 17	Frecuencia estadística de la dimensión evitación de problemas de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.	44
Tabla 18	Frecuencia estadística de la dimensión retirada social de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.	45
Tabla 19	Frecuencia estadística de la variable sobrecarga de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.	46
Tabla 20	Frecuencia estadística de la dimensión impacto del cuidado de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.	47
Tabla 21	Frecuencia estadística de la dimensión relación interpersonal de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.	48
Tabla 22	Frecuencia estadística de la dimensión expectativa de autoeficacia de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.	49
Tabla 23	Nivel de bondad aplicado a las variables y dimensiones de estudio estadísticamente	50
Tabla 24	Correlación entre las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.	52
Tabla 25	Correlación entre las estrategias de afrontamiento y el impacto del cuidador de la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.	55

Tabla 26	Correlación entre las estrategias de afrontamiento y la relación interpersonal de la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.	58
Tabla 27	Correlación entre las estrategias de afrontamiento y la expectativa de autoeficacia de la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.	61

INDICE DE FIGURAS

		Pág.
Figura 1	Estrategias de afrontamiento de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.	37
Figura 2	Resolución de problemas de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.	38
Figura 3	Autocrítica de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.	39
Figura 4	Expresión emocional de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.	40
Figura 5	Pensamiento desiderativo de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.	41
Figura 6	Apoyo social de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.	42
Figura 7	Reestructuración cognitiva de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.	43
Figura 8	Evitación de problemas de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.	44
Figura 9	Retirada social de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.	45
Figura 10	Sobrecarga de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.	46
Figura 11	Impacto del cuidado de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.	47
Figura 12	Relación interpersonal de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.	48
Figura 13	Expectativas de autoeficacia de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.	49
Figura 14	Gráfico de dispersión entre las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.	53

Figura 15	Gráfico de dispersión entre las estrategias de afrontamiento y el impacto del cuidador de la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.	56
Figura 16	Gráfico de dispersión entre las estrategias de afrontamiento y la relación interpersonal de la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.	59
Figura 17	Gráfico de dispersión entre las estrategias de afrontamiento y la expectativa de autoeficacia de la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.	62

RESUMEN

La investigación científica tuvo como objetivo determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la Región Callao.

La metodología empleada para la elaboración de esta tesis es de enfoque cuantitativo. Es una investigación de tipo básica que se ubica en el nivel descriptivo y correlacional. El diseño de la investigación es no experimental, de corte transversal: correlacional. La población estuvo conformada por 90 familias de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la Región Callao, se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional, es decir el tamaño muestral estuvo representado por 61 familias, como proceso de recolección de datos se aplicó un cuestionario para cada variable de estudio, obteniendo un nivel de significancia de Alpha de Cronbach de 0,869 para la variable estrategias de afrontamiento y 0,838 para la variable sobrecarga del cuidador.

Los resultados estadísticos determinaron de acuerdo la prueba correlacional (Spearman) analizado en el sistema SPSS versión 24.0, configura un nivel de relación de $r = 0,700$ (nivel positiva moderada), con un nivel de significancia ($p < 0.000$ menor que el valor $p = 0.05$) concluyendo que ambas variables de estudio tienen una relación de manera significativa entre las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao, por lo tanto se rechazó la H_0 (Hipótesis nula).

Palabras claves: Estrategias de afrontamiento, sobrecarga de cuidador.

ABSTRACT

The objective of the scientific research was to determine the relationship between coping strategies and the burden of the family caregiver of schizophrenic patients at the Community Mental Health Centers in the Callao Region.

The methodology used for the preparation of this thesis is quantitative approach. It is a basic type research that is located at the descriptive and correlational level. The research design is non-experimental, cross-sectional: correlational. The population consisted of 90 families of schizophrenic patients from the Community Mental Health Centers in the Callao Region, a non-probabilistic sampling of an intentional type was used, that is, the sample size was represented by 61 families, as the data collection process was A questionnaire was applied for each study variable, obtaining a significance level of Cronbach's Alpha of 0.869 for the coping strategies variable and 0.838 for the caregiver burden variable.

The statistical results determined according to the correlational test (Spearman) analyzed in the SPSS system version 24.0, configuring a relationship level of $r = 0.700$ (moderate positive level), with a level of significance ($p < 0.000$ less than the p value = 0.05), concluding that both study variables have a significant relationship between the coping strategies and the burden of the family caregiver of schizophrenic patients at the Community Mental Health Centers in the Callao region, therefore the H_0 was rejected (null hypothesis).

Keywords: Coping strategies, caregiver overload.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno mental severo que afecta al pensamiento, las emociones y el comportamiento. Siendo en nuestra actualidad un serio problema de salud pública; ya que dicha enfermedad no solo afecta a la persona; sino también al cuidador y/o familiar que se encuentran en su entorno diario.

Por ello, la familia es considerada el grupo social básico procura satisfacer las necesidades básicas (biológicas, sociales y psicológicas), por eso, cuando la familia se encuentra en una situación estresante suele actuar de forma distinta y poco asertiva ante situaciones críticas, como la pérdida de un familiar, enfermedades crónicas o discapacidades. En este contexto, el familiar cuidador, en muchos casos mujeres, asume el rol de cuidador, independientemente de su edad. Asimismo, el familiar cuidador tiene como prioridad brindar calidad de vida a la persona que cuida, sobrepasando su capacidad física y mental; por eso, dicho rol puede generar consecuencias negativas como la sobrecarga durante el cuidado del usuario.

Las cifras de esta enfermedad son alarmantes, así mismo la Organización Mundial de la Salud indica que la esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a más de 24 millones de personas en todo el mundo, que representa el 1 % de la población a nivel mundial, es más frecuente en varones que en mujeres.

En Latinoamérica, la Organización Panamericana de la Salud expone que los trastornos mentales representan un 22,2% de la carga global de enfermedad. Haciendo una revisión de la situación de salud mental en otros países se encontró que, en Bolivia, la esquizofrenia y los trastornos de ideas delirantes representan un 29.3%; en Chile se evidencia que personas con esquizofrenia y trastornos delirantes equivalen a un 38,3%. Mientras que en Ecuador el mayor porcentaje de diagnósticos de los pacientes psiquiátricos es el de esquizofrenia con 38%, en los casos presentados.

En el Perú, el Ministerio de Salud señala que existen cerca de 4.8 millones de personas que sufren de algún tipo de trastorno mental, indica que la esquizofrenia constituyen la primera causa de carga de enfermedad en el país y son responsables de la pérdida de casi un millón de años de vida saludables. Sin embargo, a pesar de estas alarmantes estadísticas, solo el 20% de los afectados recibe ayuda profesional, ya que la mayoría no accede a servicios de salud o no quiere reconocer que padece una enfermedad,

de acuerdo con información del Instituto Nacional de Estadística. La OMS recomienda que haya un psiquiatra cada 1000 personas, en el Perú hay un psiquiatra por cada 300,000 personas, esta situación es bastante preocupante

Por ello, la presente investigación comprende un tema importante, cuyo título es “ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SOBRECARGA EN EL FAMILIAR CUIDADOR DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS DE LOS CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS EN LA REGIÓN CALLAO, 2020”, este es un trabajo que pretende “determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la Región Callao”.

El presente informe final de investigación consta de siete apartados; I: planteamiento del problema, que incluye la determinación del problema, formulación del problema, objetivos general y limitaciones, II: incluye antecedentes, base teórica, base conceptual y definición de términos, III: incluye hipótesis general y específico, definición de variables y operacionalización de variables IV: diseño metodológico, V: resultados, VI: discusión de resultados y por ultimo las conclusiones, recomendaciones y referencias bibliográficas

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La esquizofrenia afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, pero no es tan común como muchos otros trastornos mentales. Es más frecuente en hombres (12 millones) que en mujeres (9 millones). Asimismo, los hombres desarrollan esquizofrenia a una edad temprana. La esquizofrenia se asocia a una discapacidad considerable y puede afectar el desempeño educativo y laboral. Además, las personas con esquizofrenia tienen entre 2 y 2.5 veces más probabilidades de morir a edad temprana. (1)

En este contexto, la salud mental, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el estado de bienestar que permite a cada individuo realizar su potencial y enfrentarse a las dificultades del día a día, trabajar de manera productiva y contribuir con la comunidad; sin embargo, carecer de esta capacidad es deficiente; por ello, se considera que la esquizofrenia afecta tanto al paciente como al cuidador. (2)

En el ámbito internacional, en México se evidenció que las estrategias de afrontamiento están presentes en padres de pacientes con parálisis cerebral infantil del Centro de Rehabilitación Infantil Telón Occidente; además, en un estudio elaborado en Argentina dio a conocer las estrategias de afrontamiento y el bienestar psicológico en padres con hijos que presentan retraso mental leve. Además, en Chile, respecto a la sobrecarga del cuidador se realizó una investigación donde la mayoría de familiares cuidadores fueron mujeres. (3)

Ante esta situación, el Estado Peruano ha determinado la Reforma de la Atención de Salud Mental mediante el fortalecimiento del primer y segundo nivel de atención. Así, en junio del año 2012 se promulgó la Ley N.º 298896 que modifica el Artículo 11 de la Ley General de Salud (Ley N.º 26842) que garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental al acceso universal y equitativo, a las intervenciones de promoción y protección de la salud, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación psicosocial, que establece al Modelo Comunitario como el nuevo paradigma de atención en salud mental en el Perú, en línea con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). (4)

Por ello, este proyecto considera al Centro de Salud Mental Comunitario Sarita Colonia de la región Callao, pues constituye la realidad problemática de la investigación.

Este centro forma parte de la estrategia multisectorial del gobierno para promover la Salud Mental. Por ello, los especialistas que trabajan allí lo hacen de forma coordinada, es decir, en conjunto con las autoridades locales, vecinos y la propia comunidad para prevenir y detectar potenciales casos. Además, los problemas de salud mental más comunes tratados por estos centros de salud mental comunitaria se encuentran la esquizofrenia, la depresión, la ansiedad y otros trastornos psicosociales. (5)

Entonces, en este nivel local las experiencias vividas de los familiares cuidadores son argumentos verídicos, ya que durante las prácticas pre-profesionales de enfermería se observó que la mayoría de familiares acompañaban al paciente a sus charlas y tratamientos; pero cuando este ingresaba a la sesión, el familiar cuidador sentía tranquilidad y, en algunos casos, rezaba para pedir fortaleza y ánimo para seguir en el día a día. Así, al interactuar con los familiares o cuidadores se evidencia que sufren constantes problemas debido al estado mental del paciente que cuidan, por lo que afecta la salud del familiar cuidador poniéndolo en mayor riesgo de estrés emocional y enfermedades físicas como mentales. Esta situación se vuelve grave y puede llegar a provocar consecuencias negativas, derivadas de la propia tarea del cuidado, conocidas como “sobrecarga del cuidador”. Esta afección repercute de manera negativa en la capacidad del familiar cuidador cuidar, ya que genera agotamiento y disminución en la calidad de vida.

Por eso, en esta investigación se propone determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos del Centro de Salud Mental Comunitario Sarita Colonia en la región Callao, a fin de desarrollar programas de apoyo y, en consecuencia, estrategias para afrontar las situaciones problemáticas surgidas en la convivencia y de la propia enfermedad mental.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación entre las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centro de Salud Mental Comunitarios en la región Callao?

1.2.2 Problemas específicos

¿Qué relación existe entre las estrategias de afrontamiento y el impacto del cuidador de sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos?

¿Qué relación existe entre las estrategias de afrontamiento y la relación interpersonal de sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos?

¿Qué relación existe entre las estrategias de afrontamiento y la expectativa de autoeficacia de sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la Región Callao.

1.3.2 Objetivos específicos

Determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y el impacto del cuidador de sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.

Determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la relación interpersonal de sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.

Determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la expectativa de autoeficacia de sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.

1.4 Limitaciones de la investigación

Limitaciones teóricas

La presente investigación no incurrió en este tipo de limitación; ya que existen múltiples referencias de información como artículos en revistas indexadas, libros

de teoría y antecedentes nacionales e internacionales; por lo que la investigación se podrá realizar, a fin de llegar a los resultados.

Limitaciones temporales

Se desarrolló entre los meses de enero del año 2020 y noviembre 2020, ya que se considera el tiempo prudente para realizar la investigación.

Asimismo se presentaron limitaciones de restricciones basado en el tiempo por la emergencia y autoaislamiento durante la pandemia de COVID-19, siendo un factor influyente en el cumplimiento de las etapas de la investigación y fechas establecidas, causando limitaciones de entrega y revisiones de la tesis.

Limitaciones espaciales

Se desarrolló en la región Callao, siendo específicos en el Centro de Salud Mental Comunitario Sarita Colonia de esta localidad; ya que se encuentra dentro un contexto social propicio para el desarrollo de la investigación.

Por otro lado, se presentaron problemas administrativos del personal de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao, como información sobre la realidad de los Centros y la aplicación de las encuestas a las familias recurrentes, lo que fue superado mediante la toma de decisiones e indagación de las tesis externamente.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes internacionales

Parra Y. 2018 - Colombia su trabajo de investigación titulado “Estrategias de Afrontamiento en las Familias Colombianas desde el Año 2000 al 2017: Un Análisis Sistemático de Literatura”. El **objetivo** fue analizar las estrategias de afrontamiento recurrentes en las familias colombianas, a través de la revisión física como digital, durante el año 2000 al 2017. La **metodología** fue un análisis sistemático con enfoque cualitativo que tuvo por muestra 50 documentos constituidos entre libros, artículos de revistas, artículos científicos, trabajos y tesis de grado. El **resultado** de la investigación fue que se evidenciaron similitudes, comparaciones y estado del conocimiento de estudio, así como otros aspectos importantes. **Concluyendo** que el sistema familiar interpreta las situaciones de manera particular en cada época, evidenciando así, el tipo de estrategia recurrente, siendo evidente que en las familias colombianas sobresalen las centradas en la emoción y las categorías. (6)

Serrano N. 2017 - España su tesis titulada “Afrontamiento, sobrecarga subjetiva y ansiedad y síntomas depresivos en personas cuidadoras de familiares mayores dependientes”. Tuvo como **objetivo** describir las características socio-demográficas y determinar la prevalencia e incidencia de la sobrecarga subjetiva, ansiedad y depresión. La **metodología** fue longitudinal, prospectivo con seguimiento de un año y la muestra probabilística de 200 personas cuidadoras de familiares mayores. Los **resultados** indicaron que las personas cuidadoras eran mujeres y hubo asociación entre el afrontamiento centrado en las emociones y el afrontamiento disfuncional con la sobrecarga subjetiva, la ansiedad y la depresión. Se **concluyó** que el afrontamiento basado en las emociones puede tener un efecto protector sobre la sobrecarga, la ansiedad y la depresión. (7)

Toapanta L. 2017 - Ecuador su tesis titulada “Estrategias de afrontamiento y sobrecarga en el cuidador de niños con discapacidad intelectual”. Tuvo por **objetivo** general determinar la influencia de las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga del cuidador de niños con discapacidad intelectual de la Fundación de Niños Especiales San Miguel. La **metodología** de la investigación fue de enfoque cuantitativo con tipo de investigación correlacional, cuya población y muestra estuvo conformado por 50 cuidadores del total de la población, 41 mujeres y 9 hombres. Los **resultados** indicaron

que, de los 50 cuidadores encuestados, 22 cuidadores (43%) utilizaron la resolución de problemas como estrategia de afrontamiento, 8 cuidadores (17%) utilizó la reestructuración cognitiva, 6 cuidadores (12%) autocrítica, 5 cuidadores (10%) expresión emocional, 5 cuidadores (10%) pensamiento desiderativo, 3 cuidadores (6%) apoyo social, 1 cuidador (2%) evitación de problemas y ningún cuidador utiliza la retirada social como estrategia de afrontamiento. Se **concluyó** que las estrategias de afrontamiento no influyen en la sobrecarga del cuidador de niños con discapacidad intelectual, debido a la comprobación estadística con una significancia exacta bilateral de 0.270. (3)

Fernández P. 2016 - España su tesis titulada “Estudio de la eficacia de un programa de intervención psicosocial en la prevención o reducción de la sobrecarga del cuidador del paciente con trastorno de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo”. El **objetivo** fue desarrollar y evaluar la eficacia de un programa de intervención (EDUCA-ESQ) protocolizado, de carácter psicosocial y familiar, de formato grupal y de corta duración (12 sesiones). La **metodología** fue un ensayo clínico aleatorizado, longitudinal, multicéntrico, con evaluadores ciegos, con dos grupos, cuyos participantes mantienen la asistencia habitual. En los **resultados** se evidencio que el perfil del cuidador es una mujer casada de 60 años, que lleva dedicando al cuidado unos 15 años, suponiendo en la mayoría más de 28 horas semanales. Se **concluyó** que el programa EDUCA-ESQ es una intervención eficaz, en la mejora de la sobrecarga, el estado de ánimo y el estado de salud de los cuidadores de personas con esquizofrenia, viable para su implementación en los servicios de la red de salud mental. (8)

Rosas F. 2015 - Venezuela su tesis titulada “Efectos de la psicoeducación y la Terapia Cognitivo Conductual sobre los índices de sobrecarga percibida, afrontamiento y sintomatología asociada al estrés en cuidadores informales de pacientes psiquiátricos”. Propuso como **objetivo** determinar y comparar la efectividad de una intervención cognitivo-conductual con la psicoeducación en la reducción de la sobrecarga percibida, así como en el desarrollo de modos de afrontamiento en cuidadores primarios informales de pacientes psiquiátricos. Desarrollo su investigación con la **metodología** del tipo exploratorio, bicéntrico. Los **resultados** mostraron diferencias en las relaciones de parentesco con el paciente a cargo. Es de resaltar también que, aunque no alcanza a ser estadísticamente significativa y hubo una proporción mayor de pacientes esquizofrénicos

en el grupo de terapia cognitivo conductual. Se **concluyó** que se rechaza la hipótesis principal. (9)

2.1.2 Antecedentes nacionales

Ruiz C. 2019 Cajamarca su tesis titulada “Afrontamiento Familiar frente a trastornos mentales grupo compartiendo por la salud mental - Cajamarca, 2018”. Tuvo como **objetivo** describir el afrontamiento familiar frente a trastornos mentales de la familia del paciente del grupo “Compartiendo por la Salud Mental - Cajamarca”. La **metodología** de investigación fue de tipo cualitativa y se empleó la técnica de muestreo en la población que estuvo conformada por los familiares responsables de los participantes del grupo cuya muestra fue de 25 familiares. En los **resultados** todos los participantes de esta tesis son mayores de 20 años, 19 (76%) fueron mujeres y 6 (24%) fueron varones. Según el estado civil 16 (64%) eran solteros, 5 (20%) eran casados, 2 (8%) eran divorciados, 1 (4%) era viudo y 1 (4%) era conviviente. según el tipo de familia de los participantes se aprecia que 13 (52%) pertenecían a una familia monoparental, 11 (44%) pertenecían a una familia nuclear y 1 (4%) formaba parte de una familia extensa. Se **concluyó** que la asistencia a grupos de autoayuda mejora el afrontamiento familiar, grupos de apoyo como el que ha sido estudiado brindan un aporte de gran importancia con sus acciones dirigidas a que dicha familia amplíe sus posibilidades de actuación, con intervenciones destinadas a disminuir la carga del familiar responsable. (10)

Pérez, L y Quispe, E. 2018 Huancavelica la tesis “Carga del cuidador y adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia atendidos en el departamento de salud mental Huancavelica 2018”. Tuvo como **objetivo** determinar la relación entre la carga del cuidador y adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018. **Metodología**, el estudio fue de nivel correlacional, tipo cuantitativo, de corte transversal. La muestra fue de 30 pacientes y 30 cuidadores. La técnica fue la encuesta y el instrumento una escala con ítems de respuesta politómicas. **Resultados**, en la variable carga del cuidador se observó que el 70% (21) presentan una sobrecarga intensa y el 30% (9) presentan una sobrecarga leve y en la variable adherencia al tratamiento se observó que el 93.3% (28) presentan buena adherencia al tratamiento y el 6.7%(2) presenta regular adherencia al tratamiento. **Conclusión** se concluye en las variables carga del cuidador y adherencia al tratamiento la mayoría presentó una sobrecarga intensa y una buena adherencia al tratamiento.

Alegre Z, Cuya B. 2018 Lima su tesis titulada “Uso de estrategias de afrontamiento y nivel de sobrecarga del familiar cuidador de pacientes con esquizofrenia del pabellón 20 mujeres del Hospital Víctor Larco Herrera – 2018”. Tuvo como **objetivo** general determinar la relación entre el uso de estrategias de afrontamiento y el nivel de sobrecarga del familiar cuidador de pacientes con esquizofrenia. La **metodología** de investigación fue de enfoque cuantitativo con diseño correlacional y de corte transversal, cuya población estuvo conformada por 67 familiares cuidadores que tuvieron hospitalizadas a sus pacientes en el Hospital Víctor Larco Herrera. Los instrumentos empleados fueron el inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) y la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. El **resultado** de la investigación fue que existe una correlación entre el uso de estrategias de afrontamiento y el nivel de sobrecarga del familiar cuidador de pacientes con esquizofrenia. Se **concluyó** que existe una relación directamente proporcional leve significativa positiva entre las variables Uso de Estrategias de Afrontamiento y Nivel de Sobrecarga del familiar cuidador. (11)

Aguilar K, Armas S. 2017 Trujillo su tesis titulada “Nivel de sobrecarga del familiar cuidador del adulto con esquizofrenia del centro de salud mental El Porvenir– Trujillo 2017”. Tuvo como **objetivo** determinar el nivel de sobrecarga del familiar cuidador del adulto con esquizofrenia. La **metodología** fue de tipo aplicado y descriptivo, de corte transversal, cuya población y muestra estuvo conformado por 40 adultos. En los **resultados** se observó que respecto a la dimensión impacto del cuidado se reportó un 55.5% de sobrecarga leve a comparación del 20% sin sobrecarga. Respecto a la dimensión calidad de la relación interpersonal se reportó un 57.5% de sobrecarga leve a comparación del 20% de sobrecarga. Respecto a la dimensión expectativa de autoeficacia se alcanzó un 70% de sobrecarga leve a comparación del 7.5% sin sobrecarga. Los autores **concluyen** que el nivel global de sobrecarga del familiar cuidador del adulto con esquizofrenia más identificado fue de sobrecarga leve con un 42.5%. (12)

Mansilla R, Pinto B. 2015 Arequipa su tesis titulada “Nivel de sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del paciente esquizofrénico. Centro de Salud Mental Moisés Heresi, Arequipa 2015”. Tuvo por **objetivo** determinar la relación entre el nivel de sobrecarga y la calidad de vida del cuidador principal del paciente esquizofrénico que asiste al consultorio externo del Centro de Salud Mental Moisés

Heresi, Arequipa 2015. La **metodología** fue de tipo descriptivo con un diseño correlacional de corte transversal, cuya población y muestra estuvo conformado por 132 cuidadores. Emplearon como técnicas e instrumentos de recolección la encuesta y entrevista. Los **resultados** indicaron que el nivel de sobrecarga de la población de estudio es intenso en 81.98% y ligero en un 7.21%, cabe resaltar que hay ausencia de sobrecarga en el 10.81% de cuidadores; En relación a la de calidad de vida de la población de estudio es regular en 68.47%. En las dimensiones de bienestar físico, psicológico y social la mayoría de cuidadores presentó problema moderado en 47.75%, 60.36% y 49.55%. Se **concluyó** que al caracterizar la población se encontró que más de la mitad de cuidadores son mujeres; las edades más frecuentes están en el rango de 40 a 69 años; el parentesco más frecuente de los cuidadores es la madre y los hijos; predomina el nivel de instrucción secundaria y superior y el tiempo dedicado al cuidado del paciente es mayor a cuatro años. (14)

2.2 Bases teóricas

2.2.1. Teoría de Callista Roy- “Modelo de Adaptación”

Esta teoría es un sistema con un análisis significativo de las interacciones que fue basada en la experiencia en el área de pediatría, pues la autora propuso que los niños tienen una gran capacidad de adaptación. Además, contiene cinco elementos esenciales que están relacionados entre sí. (15)

Modos o métodos de adaptación

- a. Las necesidades fisiológicas básicas: como la alimentación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño y actividad
- b. La autoimagen: el yo también del hombre debe responder también a los cambios del entorno
- c. El dominio de un rol o papel: cada persona cumple un papel distinto en la sociedad según su situación, madre, niño, enfermo y jubilado. Este papel cambia en ocasiones, como puede ser el caso de un hombre empleado que se jubila y debe adaptarse al nuevo papel que tiene.
- d. Interdependencia: La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo

influencias. Esto crea relaciones de interdependencia que pueden ser modificadas por los cambios del entorno.

- a. Paciente: Persona que recibe los cuidados.
- b. Meta de la enfermería: Paciente se adapte al cambio.
- c. Salud: Proceso de llegar a ser una persona integrada y total.
- d. Entorno: Condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y la conducta de la persona.
- e. Dirección de las actividades enfermeras: La facilitación a la adaptación.

Por ello, se debe entender que el nivel de adaptación representa la condición del proceso vital y se describe en tres niveles: integrado, compensatorio y comprometido. Siendo de nuestro interés el nivel de adaptación integrado; ya que es el que describe las estructuras y funciones de los procesos vitales que trabajan como un todo para satisfacer las necesidades humanas. (16)

Por lo tanto es de suma importancia la aplicación de este modelo ya que el cuidador va a estar en un constante cambio durante el proceso de la enfermedad de su familiar, la cual tiene que adaptarse para poder brindar un buen cuidado a la persona que padece la enfermedad ya que en el proceso de su enfermedad pierden el sentido de la realidad.

2.3 Bases conceptuales

2.3.1. Estrategias de afrontamiento

a. Definición.

Las estrategias de afrontamiento son aquellos comportamientos y habilidades cognitivas utilizadas por las personas para afrontar con demandas del ambiente interno y externo que son estresantes. (17)

El afrontamiento se define como “aquellos procesos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo”. Esta definición de afrontamiento involucra una perspectiva cognitiva-sociocultural donde ocurren constantes evaluaciones y reevaluaciones producto de la interacción de la persona

y el entorno; la implementación de estrategias ante diversos contextos de bienestar y enfermedad implica cambios en los sentimientos y en las acciones. (17)

Así, para comprender las estrategias de afrontamiento, se debe conocer a profundidad el afrontamiento. Se define el afrontamiento como el proceso dinámico donde la persona, en función de la evaluación de la situación y de sus propios recursos, afronta las situaciones estresantes a fin de resolverlas. Además, se realiza a través de la utilización de diferentes estrategias que varían en función del contexto y, por lo tanto, pueden ser diferentes dependiendo de la situación. En resumen, las estrategias de afrontamiento son esfuerzos conductuales y cognitivos que la persona emplea para hacer frente a las demandas estresantes y suprimir el estado emocional. (18)

Asimismo, es posible establecer otra clasificación de las estrategias de afrontamiento en función del ajuste de la situación estresante. Existen dos tipos: las estrategias de afrontamiento adaptativas y desadaptativas. Las estrategias adaptativas son resultado de un ajuste positivo y activo, tanto a nivel cognitivo como conductual, y las estrategias desadaptativas están relacionadas con una desvinculación conductual de la situación estresante y con una sensación de pérdida de control; por lo tanto, responde a un ajuste negativo. La persona va a utilizar un tipo u otro de estrategia en función de la interpretación cognitiva que realice de la situación, el significado que le dé a su calidad de vida, el apoyo social auto percibido, la valoración que haga de su red social de apoyo y de las emociones y/o la actividad fisiológica experimentada. (18)

También se considera que el afrontamiento es un tipo de respuesta que se genera ante una situación estresante. Son las herramientas y recursos que el individuo desarrolla para manejar situaciones externas y/o internas que exceden los recursos del individuo. Por otra parte, se ha demostrado que el afrontamiento pasivo se traduce en un deterioro en la calidad de vida, pues se asocia a un progreso acelerado de la enfermedad y a un aumento en la tensión emocional. Aunque la mayoría de los estresores generan ambas respuestas de afrontamiento es posible que predomine alguno de ellos, no existe respuesta de afrontamiento mejores que otras; sino que estas resultan ser funcionales o disfuncionales en la medida en que sean útiles para la adaptación ante el estresor. Así, la evidencia de un afrontamiento adecuado se refleja en el bienestar psicológico y emocional

del paciente; en caso contrario, distrés psicológico que también afecta la salud física y el desempeño en general. (19)

Los estilos de afrontamiento a los que recurre una paciente depende de diversos factores que pueden ser propias de la enfermedad, el tipo de patología, estadio de la enfermedad, tratamiento otorgado, características del paciente (edad, estado civil, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico), así como las relaciones con el ambiente familiar (tipo de familia, satisfacción marital, apoyo social, funcionamiento familiar), es decir, todo es parte de un sistema por lo que el diagnóstico y el tratamiento que se proponga no son la única causa de estrés o de las emociones que experimenta, pues existen otras circunstancias como los problemas económicos, las pérdidas recientes, entre otras. (19)

b. Tipos de estrategias de afrontamiento.

Estrategias dirigidas al problema: son estrategias y van dirigidas a modificar el problema o situación que este motivando la dolencia.

Estrategias dirigidas a lo emocional: son las formas o estrategias que utiliza un individuo para regular la respuesta emocional ante una situación de demanda.

c. Dimensiones de la estrategia de afrontamiento.

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

c.1. Resolución de problemas

Trata de eliminar o cambiar la situación estresante mediante estrategias cognitivas y conductuales. Son estrategias cognitivas y comportamentales orientadas a suprimir el estrés transformando la circunstancia que lo produce.

c.2. Autocrítica

Estrategia basada en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su manejo inadecuado. (17)

Un nivel de autocrítica excesiva puede generar en el personal de salud datos depresivos, de ansiedad o evitación al entorno, pues trae consigo una autoexigencia con el impulso de cambiar que es indicio de un estado emocional destructivo en el que es frecuente la necesidad de cambiar aquello que consideran hace rechazables a los demás. (23)

c.3. Expresión emocional

Son estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés. (17)

Esta estrategia está encaminada al liberar las emociones que acontecen y se caracteriza por canalizar el afrontamiento hacia las manifestaciones verbales hacia otras personas. (23)

Los familiares cuidadores se encuentran en constante situaciones de estrés por lo tanto están llenos de diversas emociones que muchas veces no los evidencian, dichas emociones pueden influenciar positiva o negativamente en el cuidado del usuario esquizofrénico.

c.4. Pensamiento desiderativo

Son estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante. (17)

El pensamiento desiderativo se considera un afrontamiento inadecuado centrado en el problema. Este es un hallazgo importante en este tipo de medición, ya que la labor del personal implica realizar un afrontamiento activo, es decir, hablar con el paciente y la familia. (23)

Los diversos especialistas coinciden en afirmar que no somos conscientes de que nuestro pensamiento es en realidad un pensamiento desiderativo en el que tienen un gran peso nuestros deseos. La realidad se transforma para nosotros en lo que queremos y provoca que veamos todo lo que ocurre a nuestra manera.

c.5. Apoyo social

El apoyo social es una estrategia relacionada con la expresión, ya sea real o percibida que se genera en la comunidad, amigos y familia. Al relacionar el uso de esta

estrategia desde los diversos datos sociodemográficos este apoyo resulta significativo dentro de la comunidad. (23)

Otros investigadores han recomendado que el apoyo social disminuye las secuelas negativas que la enfermedad genera tanto al paciente como a su cuidador, evidenciando mínimo riesgo de recaídas. El apoyo social cumple una función importante en la recuperación de cualquier enfermedad, con mucha motivación y perseverancia se logra positivamente la recuperación del usuario afectado.

c.6. Reestructuración cognitiva

Son estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante. (17)

La estrategia tiene como finalidad facilitar al individuo la necesidad de hacer frente a situaciones de conflicto o problemas a través de adaptar los pensamientos negativos estresantes e introducir otros pensamientos desde una perspectiva positiva. (23)

La capacidad de esta estrategia se comprobó en el procedimiento de distintos trastornos no solo en manejar la ira o la ansiedad, sino también en diversos acontecimientos que puede ser tanta de la vida cotidiana como el mundo exterior, ya que estimula a la persona para que indague en sus ideas de pensamiento y pueda proceder a una visión más real y confrontar las diversas situaciones.

c.7. Evitación de problemas

Son estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante. (17)

La cronología de la evitación como proceso de afrontamiento puede llegar a ser tema de suma importancia en el equipo multiprofesional, ya que, aunque la evitación resulte menos perjudicial y más afectiva al emplearla en las primeras ocasiones será una estrategia no saludable, pues no permitirá que el profesional integre de forma sana dicha experiencia e incluso le incapacite para seguir trabajando. (23)

Esta estrategia puede influir negativamente en la recuperación del usuario y la situación estresante sigue aumentando al no darle importancia. Esta estrategia es muy común en individuos menos familiarizados con el oportuno manejo de situaciones de peligro.

c.8. Retirada social

Son estrategia de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas. (17)

Es un tipo de afrontamiento pasivo en la que la persona busca aislarse de su entorno, como los amigos, la familia y en general la sociedad. Al contrastar los datos sociodemográficos con esta estrategia se identifica que su uso mantiene relación según la profesión del participante, en la que trabajo social obtiene la media más alta, mientras que el personal de intendencia es quien recurre a ella con menos frecuencia. (23)

2.3.2. Sobrecarga en el familiar cuidador.

a. Definición.

Se conoce como sobrecarga a la valoración que hace el cuidador de los estresores que se asocian con el cuidar y su impacto, como el conjunto de estresores primarios y secundarios asociados a los cuidados, al grado de implicación de los cuidadores en los cuidados, a las consecuencias que se derivan de cuidar sus vidas. (20)

Además, existe una diferencia entre sobrecarga personal, referida a la valoración que hace la cuidadora del grado en que sus actividades personales se encuentran limitadas y sobrecarga interpersonal, que refleja la percepción que tiene el cuidador de las conductas problemáticas de la persona que cuida. Así, la sobrecarga objetiva es conceptualizada como el grado de dedicación a los cuidados y como impacto de los cuidados en la vida del cuidador; en cambio, la sobrecarga subjetiva se refiere a la forma en la que el cuidador responde a la situación de cuidados, es decir, es el sentimiento psicológico que se asocia al hecho de cuidar y se relaciona con el grado en que el cuidador se siente agotado y percibe dificultades para manejar la situación de cuidados. (20)

La sobrecarga se puede definir como el resultado de combinaciones de trabajo físico, emocional y restricciones sociales, esto hace referencia a un estado psicológico que surge al cuidar al paciente. Este concepto se puede definir según la percepción y evaluación de los cuidadores acerca de las labores que realizan y de la posible influencia en el bienestar personal, de la misma forma experimentando el conflicto de su rol en lo que implica la tarea del cuidado y la evolución de la enfermedad de la persona a su cargo. (21)

Por ello, el cuidador es la persona que se dedica la mayor parte de su tiempo al cuidado de la persona; ya sea de algún familiar o amigo, siendo quien asume las principales tareas de su cuidado y es el responsable de tal labor; en la mayoría de las ocasiones es remunerado económicamente; asimismo, para que se identifique como cuidador debe haber realizado como mínimo 3 meses de tareas de cuidado. Respecto a la afectación de la sobrecarga en el cuidador, este soporta cada día un reto diferente e imprevisto sufriendo en muchas ocasiones pérdidas de control personal y alteraciones en la salud física y emocional. Esta situación lleva a considerar la necesidad de identificar los trastornos que más padecen, para poder establecer una medida de educación e intervención que impida que estos se presenten. (21)

Asimismo, las condiciones en que se desarrollan las actividades diarias del cuidador informal lo hacen un ser vulnerable desde el punto de vista sanitario. La sobrecarga del cuidador comprende un conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que sufren los cuidadores de personas enfermas afectando sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio emocional, es decir, las actividades socio recreativas. (22)

Por ello, la sobrecarga del cuidador involucra el aislamiento social, la sobrecarga de actividades tanto en casa como fuera de ella, la alteración del comportamiento de los familiares que reciben cuidados, la idea de ser “responsables” exclusivos de su familiar, dificultades financieras, abandono del empleo, entre otras. Este rol de cuidador “responsable” dentro del núcleo familiar del paciente es asumido con mayor preponderancia por alguno de los miembros de la red socio familiar, siendo definido como el “cuidador principal” tanto por el paciente como por la propia persona que cuida; ya que suele ser quien coordina las acciones de organización y gestión del cuidado. (22)

b. Dimensiones de la sobrecarga.

b.1. Impacto del cuidado

Se refiere al primer factor que se relaciona con el grado que la relación con su familiar, sintiéndose tenso, agotado, sin vida privada, sin tiempo y puede ser negativo en la salud del cuidador. (20)

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

b.2 Relación interpersonal

Este factor está representado por el grado de interferencia en las relaciones interpersonales. (20)

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

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

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

b.3. Expectativas de autoeficacia

Existen numerosos estudios publicados que evalúan la autoeficacia percibida, realizados con tutores de individuos con desequilibrio. Se ha observado que tutores con elevada autoeficacia prefieren realizar trabajos más provocadores, planteándose límites y metas más valiosos. En el momento que se ha empezado un hecho, los cuidadores primarios informales tienen limitadas autoeficacia. Este factor refleja sentimientos de incapacidad frente a las demandas con su familiar. (20)

Entonces la expectativa de autoeficacia es clave para los procesos motivacionales, ya que surge por la experiencia previa: si se realiza con éxito una tarea aumenta nuestra

expectativa de autoeficacia. Por eso es importante para aumentar esta expectativa, comenzar con objetivos fáciles y poco a poco ir aumentando la dificultad para que la persona tenga en los retos más complicados alta expectativa de autoeficacia y consiga mejores resultados.

2.3.3. Intervención de enfermería en estrategias de afrontamiento y sobrecarga.

De acuerdo a la teoría de Hildegard Peplau, determina el cuidado enfermero como una transformación interpersonal como parte del tratamiento. Esto actúa conjuntamente con una tercera sucesión humanitaria que produce de forma factible la vitalidad para personas y sociedades. La profesión de enfermería es una herramienta didáctica cuya finalidad es ayudar a la persona enferma para que permanezca lúcido y resuelva las dificultades que entorpecen su existencia habitual (59).

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

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

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

2.4 Definición de términos básicos

Cuidador. El cuidador es la persona que se hace cargo de las personas con algún nivel de dependencia. Son por tanto padres, madres, hijos/as, familiares y/o hasta voluntarios. Para Zarir, la tarea del cuidador se refiere a las conductas y afrontamientos afectivos ante el hábito de atender y el nivel de perturbaciones o transformaciones en diferentes trazas del ambiente hogareño y de la supervivencia de los tutores. La obligación es una evaluación o explicación que realiza el cuidador ante los factores del estrés provenientes de la atención. (24)

Afrontamiento. La expresión “afrontamiento” es la transcripción castellana de la palabra en inglés “coping” y, con ello, es la advertencia para enfrentarse a un peligro, problema o una situación estresante. Este concepto se basa en la teoría cognitiva conductual y esto explica que un individuo tiene la percepción de los acontecimientos o experiencia, así como la estructura de los mismos interfieren en sus sentimientos y en su conducta. (17)

Resolución de problemas. Ambiente de estrés relacionado a estrategias cognitivas y conductuales orientadas a suprimir el estrés que se produce.

Autocrítica. Proceso relacionado a situaciones de estrés por el inadecuado manejo, generando en el personal de salud depresión, ansiedad, autoexigencia de cambiar los estados emocionales. (23)

Expresión emocional. Procesos estratégicos a liberar emociones de estrés de familias con evidencias o problemas de emociones, buscando una influencia positiva.(17)

Pensamiento desiderativo. Enfocado a la realidad no estresante, la labor del personal implica realizar un afrontamiento activo, es decir, hablar con el paciente y la familia. (17)

Apoyo social. El apoyo social cumple una función importante en la recuperación de cualquier enfermedad, con mucha motivación y perseverancia se logra positivamente la recuperación del usuario afectado. (23)

Reestructuración cognitiva. Proceso que permite al individuo la necesidad de hacer frente a situaciones de conflicto o problemas a través de adaptar los pensamientos negativos estresantes e introducir otros pensamientos desde una perspectiva positiva. (17)

Evitación de problemas. Esta estrategia puede influir negativamente en la recuperación del usuario y la situación estresante sigue aumentando al no darle importancia. (23)

Retirada social. Es un tipo de afrontamiento pasivo en la que la persona busca aislarse de su entorno, como los amigos, la familia y en general la sociedad. (23)

Impacto del cuidado. Se refiere al primer factor que se relaciona con el grado que la relación con su familiar, sintiéndose tenso, agotado, sin vida privada, sin tiempo y puede ser negativo en la salud del cuidador. (20)

Relación interpersonal. Todo el mundo necesita relacionarse con otras personas; por ejemplo, amigos y amigas, familiares, compañeros y compañeras de trabajo, vecinos o personas que dan apoyo. (20)

Expectativas de autoeficacia. Momento a un hecho, los cuidadores primarios informales tienen limitadas autoeficacia. Este factor refleja sentimientos de incapacidad frente a las demandas con su familiar. (20)

Esquizofrenia La esquizofrenia es un trastorno mental, se caracterizan por anomalías del pensamiento, la percepción, las emociones, el lenguaje, la percepción del yo y la conducta (1).

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

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

3.1.1 Hipótesis general

HG: Las estrategias de afrontamiento se asocian con la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.

3.1.2 Hipótesis específicas

HE1: Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y el impacto del cuidador de la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.

HE2: Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la relación interpersonal de la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.

HE3: Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la expectativa de autoeficacia de la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.

3.2 Definición conceptual de variables

Variable independiente: Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento son aquellos comportamientos y habilidades cognitivas utilizadas por las personas para afrontar con demandas del ambiente interno y externo que son estresantes. (10)

Variable dependiente: Sobrecarga

Es la valoración que hace el cuidador de los estresores que se asocian con el cuidar y su impacto, siendo el conjunto de estresores primarios y secundarios asociados a los cuidados, al grado de implicación de los cuidadores en los cuidados y a las consecuencias que se derivan de cuidar sobre sus vidas. (13)

3.3 Operacionalización de variables

Tabla 1

Operacionalización de la variable de estudio estrategias de afrontamiento

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA
Estrategias de afrontamiento	Las estrategias de afrontamiento son aquellos comportamientos y habilidades cognitivas utilizadas por las personas para afrontar con demandas del ambiente interno y externo que son estresantes. (10)	Se operacionaliza según el instrumento CSI.	Resolución de problemas	Capacidad para resolver problemas Descubrir una solución o respuesta	1, 9, 17, 25, 33	0 = En absoluto; 1 = Un poco; 2 = Bastante; 3 = Mucho; 4 = Totalmente.
			Autocrítica	Datos depresivos Ansiedad o evitación al entorno	2, 10, 18, 26, 34	
			Expresión emocional	Liberar las emociones	3, 11, 19, 27, 35	
			Pensamiento desiderativo	Afrontamiento inadecuado con los familiares	4, 12, 20, 28, 36	
			Apoyo social	Estrategias relacionadas con la expresión	5, 13, 21, 29, 37	
			Reestructuración cognitiva	Facilitar al individuo la necesidad de hacer frente a situaciones de conflicto Adaptamiento de pensamientos negativos	6, 14, 22, 30, 38	
			Evitación de problemas	Estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos estresantes	7, 15, 23, 31, 39	
			Retirada social	Aislamiento del entorno	8, 16, 24, 32, 40	

Tabla 2

Operacionalización de la variable de estudio sobrecarga del cuidador.

VARIABLES	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Items	Escala
Sobrecarga	Es la valoración que hace la/el cuidadora/or de los estresores que se asocian con el cuidar y su impacto, al conjunto de estresores primarios y secundarios asociados a los cuidados, al grado de implicación de los cuidadores en los cuidados, a las consecuencias que se derivan de cuidar sobre sus vidas. (13)	Se operacionaliza según la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.	Impacto del cuidado	Relación con el familiar Sentimientos de tensión y agotamiento	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	1= Nunca; 2= Rara vez; 3= Algunas veces; 4= Bastantes veces; 5= Casi siempre
			Relación interpersonal	Grado de interferencia en las relaciones interpersonales	13, 14, 15, 16, 17, 18	
			Expectativas de autoeficacia	Sentimientos de incapacidad	19, 20, 21, 22	

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

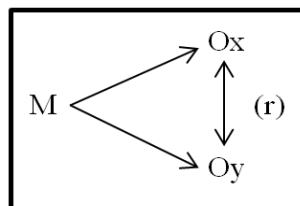
4.1 Tipo y diseño de investigación

4.1.1 Tipo de investigación

La investigación es de tipo aplicada porque busca conocer para hacer, actuar, construir y modificar una realidad concreta, siendo este tipo de investigación la que realiza o deben realizar los egresados de las universidades, para conocer la realidad social, económica, política y cultural de su ámbito, y plantear soluciones concretas, reales, factibles y necesarias a los problemas planteados. (25)

4.1.2 Diseño de investigación

Además, de acuerdo al propósito de la investigación, esta se centra en el diseño correlacional porque tuvo como propósito evaluar la relación que exista entre dos variables; es decir, miden cada variable que está relacionada y después se analizan en conjuntamente. (26)



Dónde:

M = Muestra de estudio

Ox = Sobrecarga

Oy = Estrategias de afrontamiento

R = Relación entre las variables de estudio

4.2 Método de investigación

Se observa que conviene un enfoque cuantitativo; porque los planteamientos cuantitativos pueden dirigirse a explorar fenómenos, eventos, hechos, conceptos o variables; asimismo, describirlos (naturaleza descriptiva); vincularlos (esencia correlacional o correlativa) y considerar los efectos de unos en otros (naturaleza es causal). (26)

Por ello, la investigación cuantitativa es aquella orientada a la recolección de datos medibles de manera objetiva. Además, los métodos cuantitativos para obtener dichos datos se sostienen en el cálculo numérico y, por tal, se pueden cuantificar los resultados.

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población

En la presente investigación, la población estuvo conformado por familiares de los usuarios que padecen esquizofrenia (90 familiares) que acuden y realizan tratamiento en el Centro de Salud Mental Comunitario Sarita Colonia en la región Callao.

4.3.2 Muestra

El tipo de muestreo fue no probabilístico de tipo intencional o de conveniencia. El muestro de tipo intencional o de conveniencia se caracteriza por un esfuerzo deliberado con la finalidad de obtener una muestra representativa de la población de estudio, teniendo en cuenta que en este tipo de muestro el procedimiento no es mecánico ni se utiliza fórmulas para obtener un tamaño muestral, todo el procedimiento es a criterio del investigador y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación. (27)

Por consiguiente el tamaño de la muestra estuvo constituida por 61 familiares de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao, quienes fueron parte del proceso de la investigación científica, a fin de obtener resultados que permitan justificar y fundamentar los objetivos de estudios.

4.3.3 Criterios de inclusión

- Familiares mayores de 18 años.
- Los familiares que hablen castellano.
- Los familiares que hayan firmado el consentimiento informado.
- Familiares directos, es decir, que sean consanguíneos.
- Los familiares que sus parientes se atiendan en los Centros de Salud Mental Comunitarios.

4.4 Lugar de estudio y periodo desarrollado

Estudio desarrollado en los Centros de Salud Mental Comunitarios ubicados en la región Callao, siendo específicos en el Centro de Salud Mental Comunitario Sarita Colonia, durante el periodo de emergencia comprendido de Enero y noviembre del 2020.

4.5 Técnicas e instrumento para la recolección de la información

4.5.1 Técnicas

La técnica usada para esta investigación fue una **encuesta**. Así, la técnica denominada **observación** se debe entender como el método que establece una relación concreta e intensiva entre el investigador y el hecho social de los que se obtienen datos que luego se sintetizan para desarrollar la investigación. (26)

Respecto a la encuesta estuvo caracterizada por su amplia utilidad en la investigación social, debido a su utilidad, versatilidad y objetividad de los datos que se obtiene mediante el cuestionario como instrumento de investigación. (26)

Asimismo, se debe indicar que la estadística descriptiva recolecta y caracteriza un conjunto de datos, con el fin de describir apropiadamente las diversas características de esa población. En cambio, la estadística inferencial comprende los métodos y procedimientos para deducir propiedades de una población, a partir de una muestra. (26)

Por ello, en la presente investigación se empleó la estadística inferencial y las técnicas aplicadas para la recolección de información que se utilizarán serán la observación y los cuestionarios, en sus respectivas variables; es decir, las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga.

4.5.2 Instrumentos

La presente investigación se aplicaron dos cuestionarios: el primero, el “Inventario de Estrategias de Afrontamiento” (CSI) elaborado por Tobin D. en el año 2001 en EE.UU., sin embargo, se empleará la versión ajustada y acomodada por Cano F, Rodríguez L, García J en el año 2007 en España; ya que presenta una estructura jerárquica compuesta por ocho estrategias y 40 ítems que mostraron altos niveles de consistencia interna y valores adecuados de validez convergente con medidas de personalidad. Por ello, durante la aplicación la persona comienza por describir detalladamente la situación

estresante, según una escala tipo Likert de cinco puntos y la frecuencia en la situación descrita es lo que expresa cada ítem. (28), (29)

Tabla 3

Ficha técnica 1: Cuestionario de variable estrategias de afrontamiento

Aspectos complementarios	Detalles
Objetivo:	Determinar las estrategias de afrontamiento de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la Región Callao.
Tiempo:	20 minutos
Lugar:	Centros de Salud Mental Comunitarios en la Región Callao.
Hora:	De 9:00 – 10:00 a.m
Administración:	Individual
Niveles	1 = Bajo 2 = Medio 3 = Alto
Dimensiones:	Número de dimensiones: 8 Dimensión 1: 5 ítems Dimensión 2: 5 ítems Dimensión 3: 5 ítems Dimensión 4: 5 ítems Dimensión 5: 5 ítems Dimensión 6: 5 ítems Dimensión 7: 5 ítems Dimensión 8: 5 ítems
Escalas:	0 = En absoluto 1 = Un poco 2 = Bastante 3 = Mucho 4 = Totalmente
Descripción:	Con el uso del software SPSS:

SI las respuestas son altas: valor de la escala * total
de ítems $40 \times 4 = 160$

Si las respuestas son bajas: valor de la escala * total
de ítems = $40 \times 0 = 0$

Rango = valor máximo – valor mínimo =
 $160 - 0 = 160$

La constante = Rango entre número de niveles =
 $160/3 = 53.67$

Baremación: *

Alto <107 - 160>

Medio <53 – 106>

Bajo <0 - 52>

*Baremo: Son escalas de valores que se establecen para clasificar los niveles y rangos

Tabla 4

Baremación de la variable de estudio estrategias de afrontamiento

No.	ITEM	ESCALA		RANGOS – INTERVALO				NIVELES					
		MIN	X	PTJ.MI N	PTJ. MAX	RAN GO	INTERV	BAJO	MEDIO	ALTO			
v1	40	0	4	0	160	161	53.67	0	52.67	53.67	106.33	107.33	160.00
d1	5	0	4	0	20	21	7.00	0	6.00	7.00	13.00	14.00	20.00
d2	5	0	4	0	20	21	7.00	0	6.00	7.00	13.00	14.00	20.00
d3	5	0	4	0	20	21	7.00	0	6.00	7.00	13.00	14.00	20.00
d4	5	0	4	0	20	21	7.00	0	6.00	7.00	13.00	14.00	20.00
d5	5	0	4	0	20	21	7.00	0	6.00	7.00	13.00	14.00	20.00
d6	5	0	4	0	20	21	7.00	0	6.00	7.00	13.00	14.00	20.00
d7	5	0	4	0	20	21	7.00	0	6.00	7.00	13.00	14.00	20.00
d8	5	0	4	0	20	21	7.00	0	6.00	7.00	13.00	14.00	20.00

Fuente: Elaboración propia.

*Baremo: Son escalas de valores que se establecen para clasificar los niveles y rangos de las variables y sus dimensiones con la finalidad de viabilizar la elaboración de tablas y figuras estadísticas cuando se procesa en el SPSS.

El segundo instrumento, la “Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit” fue elaborado por Zarit SH, Reeve KE, Bach-Peterson J. en el año 1980 en EE.UU. y logra consistencia en todas las dimensiones, siendo utilizada a nivel internacional y validada en diversos idiomas incluyendo español. Esta es una escala compuesta por 22 ítems, con cinco opciones de respuesta según la escala de Likert. El objetivo de este instrumento es medir la sobrecarga del cuidador evaluando las dimensiones propuestas (Impacto del cuidado, Relación interpersonal, Expectativas de autoeficacia). Asimismo, esta escala puede ser autoaplicado o aplicada por el profesional de la salud que realizará el control, en este caso las enfermeras. (30)

Tabla 5

Ficha técnica 2: Cuestionario de variable sobrecarga del cuidador

Aspectos complementarios	Detalles
Objetivo:	Determinar la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.
Tiempo:	20 minutos
Lugar:	Centros de Salud Mental Comunitarios en la Región Callao.
Hora:	De 9:00 – 10:00 a.m
Administración:	Individual
Niveles	1 = Bajo 2 = Medio 3 = Alto
Dimensiones:	Número de dimensiones: 3 Dimensión 1: 12 ítems Dimensión 2: 6 ítems Dimensión 3: 4 ítems
Escalas:	1= Nunca 2= Rara vez 3= Algunas veces 4= Bastantes veces

5= Casi siempre

Descripción:

Con el uso del software SPSS:

SI las respuestas son altas: valor de la escala * total
de ítems 22 x 5= 110

Si las respuestas son bajas: valor de la escala * total
de ítems= 22 x 1= 22

Rango = valor máximo – valor mínimo=
110 – 22 = 89

La constante = Rango entre número de niveles =
89/3 = 29.67

Baremación: *

Alto <81 - 110>

Medio <51 – 80>

Bajo <22 - 50>

*Baremo: Son escalas de valores que se establecen para clasificar los niveles y rangos

Tabla 6

Baremación de la variable de estudio sobrecarga del cuidador

No.	ESCALA			RANGOS – INTERVALO				NIVELES					
	ITEM	MIN	X	PTJ.MI	PTJ. MAX	RAN GO	INTERV	BAJO		MEDIO		ALTO	
v1	22	1	5	22	110	89	29.67	22	50.67	51.67	80.33	81.33	110.00
d1	12	1	5	12	60	49	16.33	12	27.33	28.33	43.67	44.67	60.00
d2	6	1	5	6	30	25	8.33	6	13.33	14.33	21.67	22.67	30.00
d3	4	1	5	4	20	17	5.67	4	8.67	9.67	14.33	15.33	20.00

Fuente: Elaboración propia.

*Baremo: Son escalas de valores que se establecen para clasificar los niveles y rangos de las variables y sus dimensiones con la finalidad de viabilizar la elaboración de tablas y figuras estadísticas cuando se procesa en el SPSS.

4.5.3 Validez y confiabilidad

Para verificar la confiabilidad de las escalas de afrontamiento y sobrecarga se calculó el coeficiente Alfa. Como se observa en la Tabla 1, ambas escalas presentan un

nivel de fiabilidad alto. Para la escala de Estrategias de Afrontamiento se obtuvo un coeficiente Alfa de 0,869, mientras que para la escala de Sobrecarga el valor Alfa obtenido fue de 0,838.

Tabla 7.

Estadística del coeficiente alfa para de la variable estrategias de afrontamiento.

Variables	Alfa de Cronbach	N de elementos
Estrategias de afrontamiento	,869	40
Sobrecarga	,838	22

Fuente: Base de datos.

4.6 Análisis y procesamiento de datos

La recolección de datos se refiere a la utilización de diferentes herramientas que al aplicarlas se podrá analizar la información que se adquirirá en la investigación, entre ellas se encuentra el cuestionario, la observación, entre otros. (26)

En la presente investigación solo emplearemos los cuestionarios, pues estas recogerán información relevante que permitirán denotar la asociación entre las variables de estudio (estrategias de afrontamiento y sobrecarga).

Además, el cuestionario es un instrumento que se utiliza para recolectar los datos y consiste en un conjunto de preguntas según sea la variable a medir. (27)

El análisis de datos se realizó con el software estadístico SPSS versión 24.0 en español, el cual se tabuló y validó previamente el instrumento con el Alpha de Cronbach, utilizando el tamaño muestral, luego se elaborará las tablas y gráficos correspondientes en la presente investigación, dando respuesta a los objetivos planteados.

Asimismo se utilizó la estadística rho de Spearman, lo que permitió determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.

El coeficiente r de Spearman puede variar de -1.00 a + 1.00, donde:

Tabla 8

Lectura de la prueba estadística la correlación de Rho Spearman.

Fuente: Bisquerra, R. (2004). Metodología de la Investigación Educativa. Madrid: Muralla.

Valor	Lectura
De - 0.91 a - 1	Correlación muy alta
De - 0,71 a - 0.90	Correlación alta
De - 0.41 a - 0.70	Correlación moderada
De - 0.21 a - 0.40	Correlación baja
De 0 a - 0.20	Correlación prácticamente nula
De 0 a 0.20	Correlación prácticamente nula
De + 0.21 a 0.40	Correlación baja
De + 0.41 a 0.70	Correlación moderada
De + 0,71 a 0.90	Correlación alta
De + 0.91 a 1	Correlación muy alta

V. RESULTADOS

5.1 Resultados descriptivos

Se seleccionó una muestra de 61 familiares de pacientes con esquizofrenia que fueron atendidos en los Centros de Salud mental Comunitarios, de la Región Callao, de ellos 60,7% fueron mujeres, con una edad promedio de $42,8 \pm 13,6$ años. El 42,6% de los familiares fue la madre del paciente, mientras que sólo 9,8% fueron otro tipo de familiares (hija(o), cuñada(o) o tía(o)). Respecto al nivel educativo, 55,7% tenían secundaria, mientras que 9,8% primaria. (Tabla 9).

Tabla 9.

Características Generales de familiares de pacientes con esquizofrenia que fueron atendidos en los Centros de Salud mental Comunitarios, de la Región Callao. Año 2020

Características Generales	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Femenino	37	60,7
Masculino	24	39,3
Grado de Instrucción		
Primaria	6	9,8
Secundaria	34	55,7
Superior No Universitaria	12	19,7
Superior Universitaria	9	14,8
Parentesco		
Mamá	26	42,6
Papá	12	19,7
Hermana(o)	17	27,9
Otros	6	9,8

Fuente: Base de datos.

5.1.1. Resultados descriptivos de la variable estrategias de afrontamiento

De acuerdo a los resultados estadísticos (Tabla 10) según la variable estrategias de afrontamiento de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios, se observa que el 52.5% (32) de los familiares presentaron niveles regulares sobre afrontamiento y el 47.5% (29) de los familiares presentaron un nivel bueno frente a la variable de estudio.

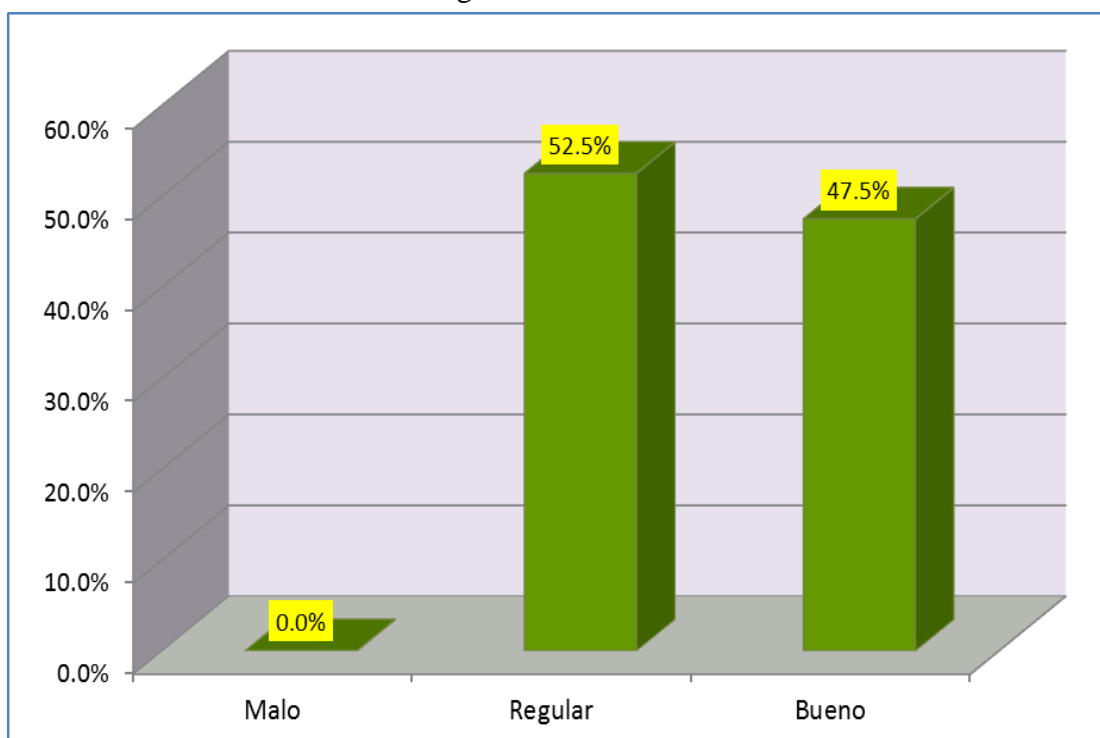
Tabla 10

Frecuencia estadística de la variable estrategias de afrontamiento de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Malo	0	0,0	0,0	0,0
Regular	32	52,5	52,5	52,5
Bueno	29	47,5	47,5	100,0
Total	61	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos.

Figura 1. Estrategias de afrontamiento de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.



De acuerdo a los resultados estadísticos (Tabla 11) según la dimensión resolución de problemas de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios, se observa que el 88.5% (54) de los familiares presentaron un nivel bueno sobre resolución de problemas de pacientes y el 11.5% (7) de los familiares presentaron un nivel regular frente a la dimensión de estudio.

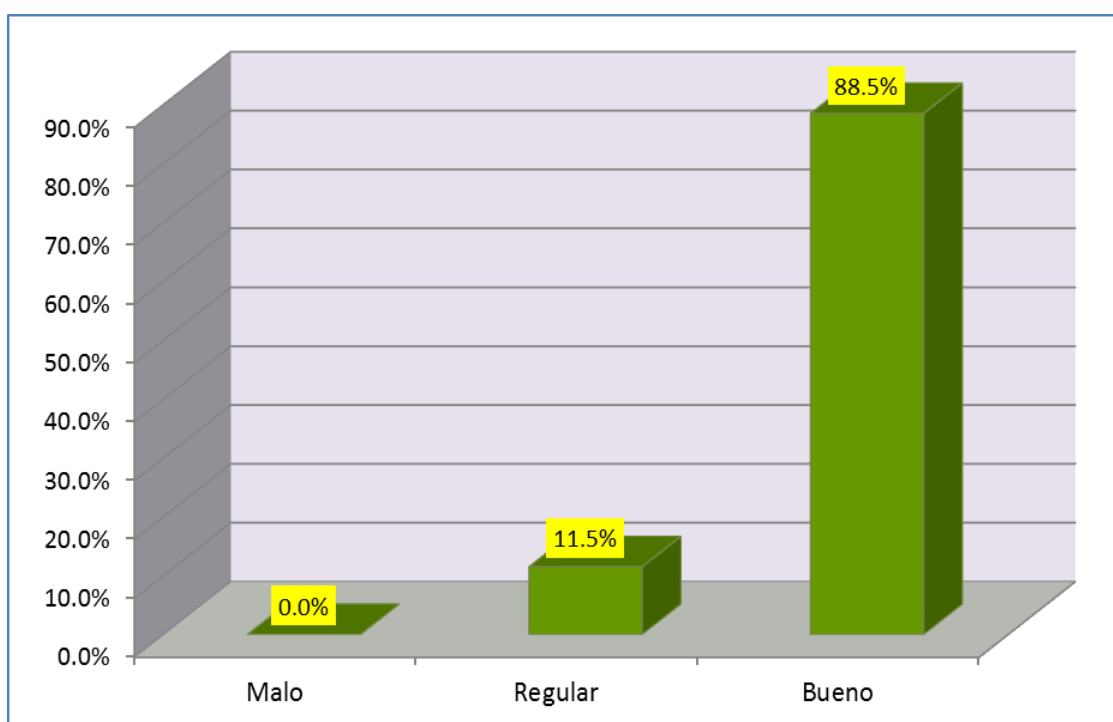
Tabla 11

Frecuencia estadística de la dimensión resolución de problemas de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Malo	0	0,0	0,0	0,0
Regular	7	11,5	11,5	11,5
Bueno	54	88,5	88,5	100,0
Total	61	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos.

Figura 2. Resolución de problemas de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.



De acuerdo a los resultados estadísticos (Tabla 12) según la dimensión autocritica de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios, se observa que el 62.3% (38) de los familiares presentaron un nivel regular de autocritica de pacientes y el 34.4% (21) de los familiares presentaron un nivel bueno frente a la dimensión de estudio de autocritica.

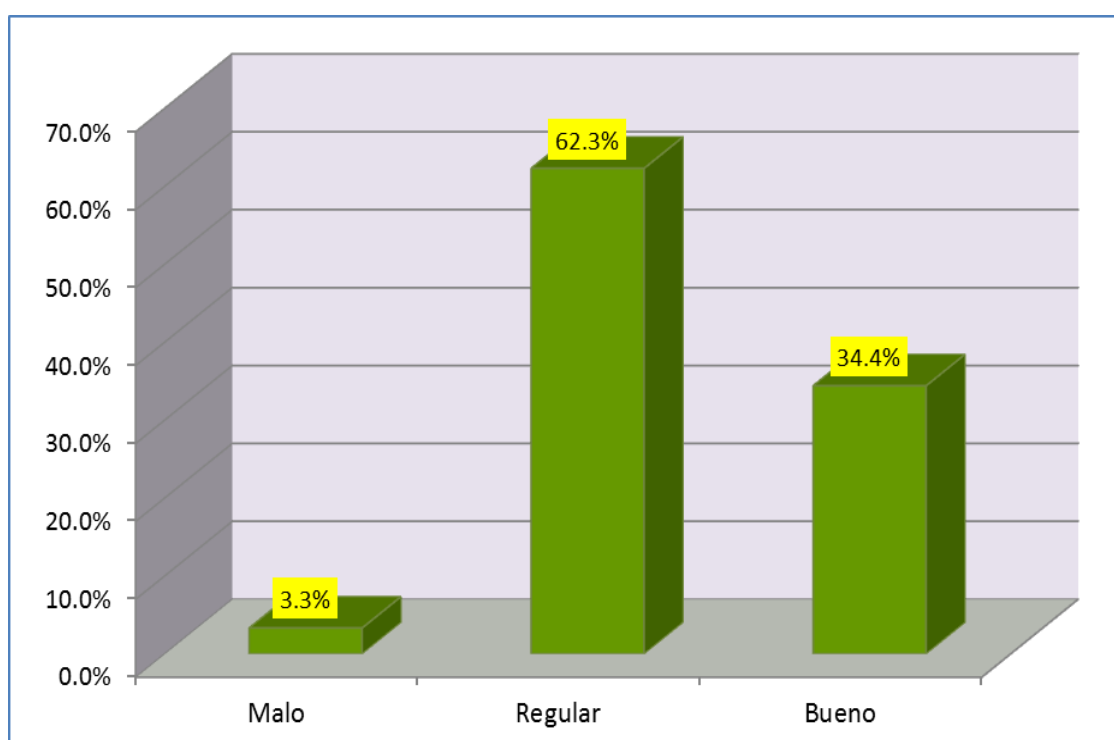
Tabla 12

Frecuencia estadística de la dimensión autocritica de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Malo	2	3,3	3,3	3,3
Regular	38	62,3	62,3	65,6
Bueno	21	34,4	34,4	100,0
Total	61	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos.

Figura 3. Autocritica de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.



De acuerdo a los resultados estadísticos (Tabla 13) según la dimensión expresión emocional de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios, se observa que el 78.7% (48) de los familiares presentaron un nivel regular de expresión emocional de pacientes y el 18% (11) de los familiares presentaron un nivel bueno frente a la dimensión de estudio expresión emocional.

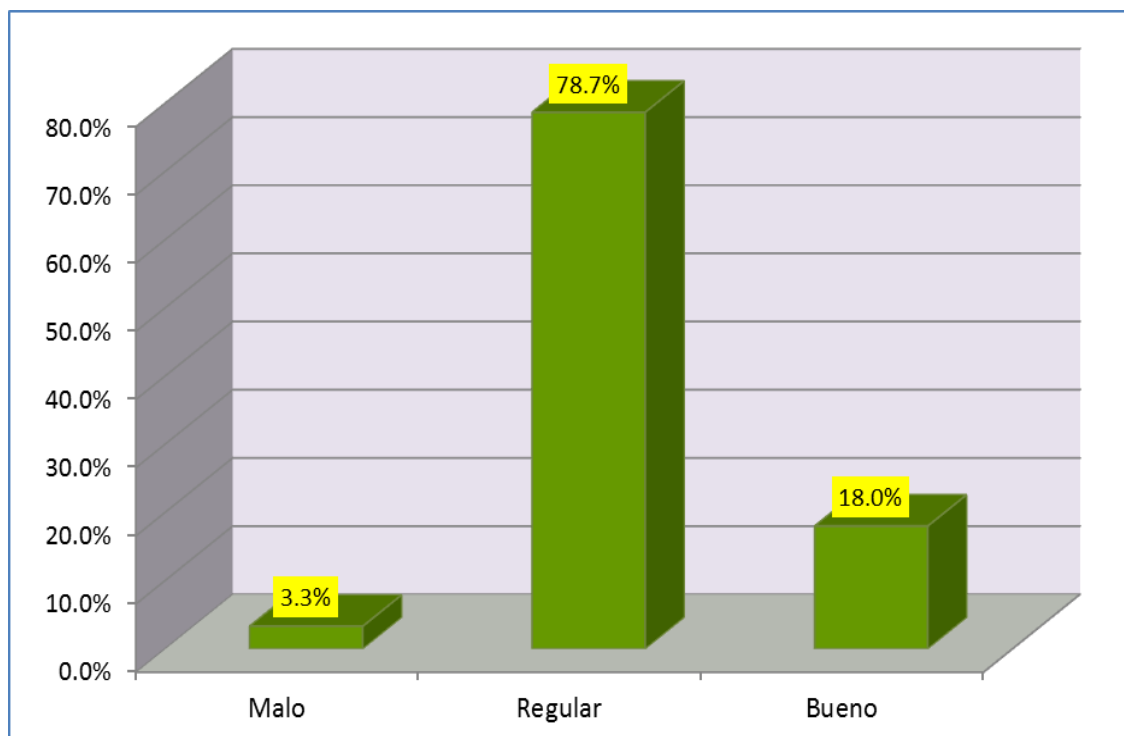
Tabla 13

Frecuencia estadística de la dimensión expresión emocional de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Malo	2	3,3	3,3	3,3
Regular	48	78,7	78,7	82,0
Bueno	11	18,0	18,0	100,0
Total	61	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos.

Figura 4. Expresión emocional de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.



De acuerdo a los resultados estadísticos (Tabla 14) según la dimensión pensamiento desiderativo de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios, se observa que el 67.2% (41) de los familiares presentaron un nivel regular de pensamiento desiderativo de pacientes y el 32.8% (20) de los familiares presentaron un nivel bueno frente a la dimensión de estudio expresión emocional.

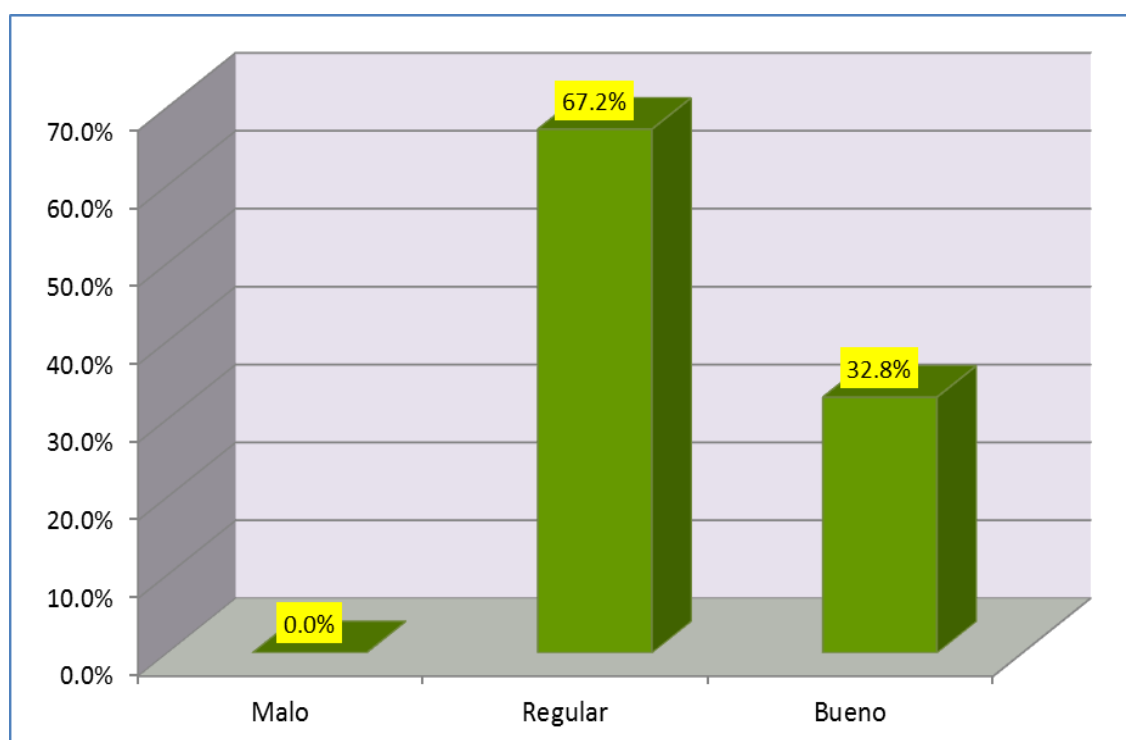
Tabla 14

Frecuencia estadística de la dimensión pensamiento desiderativo de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Malo	0	0,0	0,0	0,0
Regular	41	67,2	67,2	67,2
Bueno	20	32,8	32,8	100,0
Total	61	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos.

Figura 5. Pensamiento desiderativo de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.



De acuerdo a los resultados estadísticos (Tabla 15) según la dimensión pensamiento desiderativo de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios, se observa que el 67.2% (41) de los familiares presentaron un nivel regular de pensamiento desiderativo de pacientes y el 32.8% (20) de los familiares presentaron un nivel bueno frente a la dimensión de estudio expresión emocional.

Tabla 15

Frecuencia estadística de la dimensión apoyo social de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Malo	0	0,0	0,0	0,0
Regular	46	75,4	75,4	75,4
Bueno	15	24,6	24,6	100,0
Total	61	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos.

Figura 6. Apoyo social de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.



De acuerdo a los resultados estadísticos (Tabla 16) según la dimensión reestructuración cognitiva de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios, se observa que el 62.3% (38) de los familiares presentaron un nivel regular de reestructuración cognitiva de pacientes, el 34.4% (21) de los familiares presentaron un nivel bueno y el 3.3% (2) de los familiares presentan un nivel malo sobre reestructuración cognitiva de pacientes.

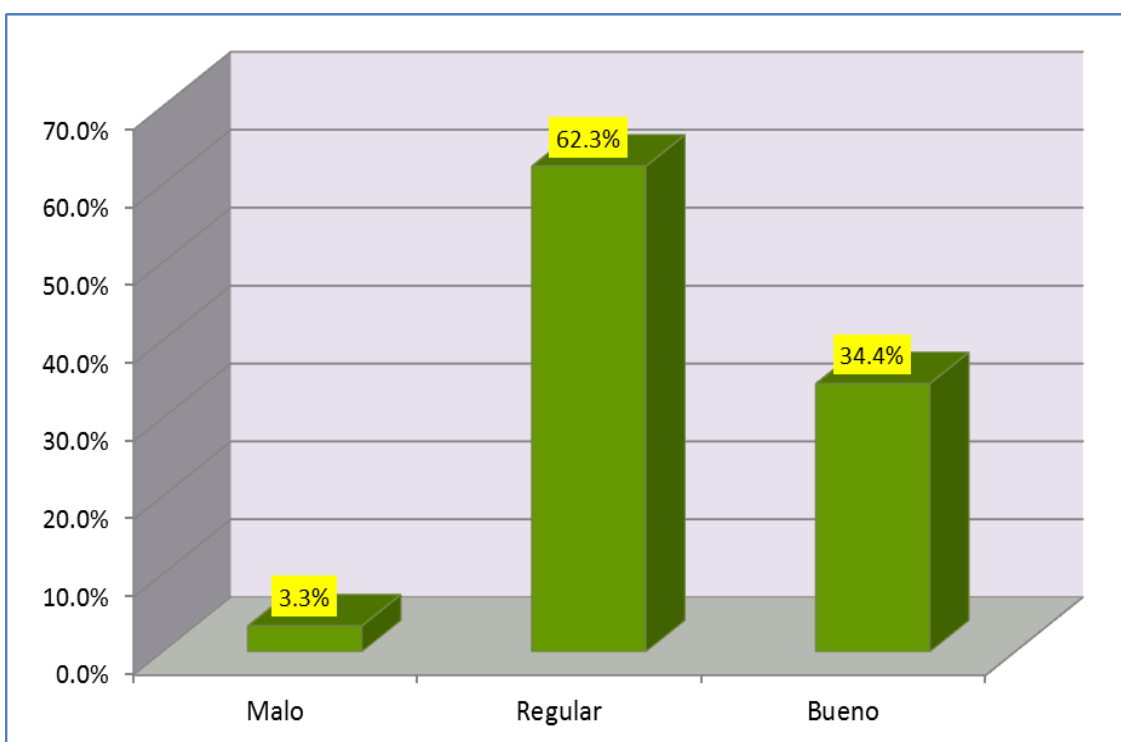
Tabla 16

Frecuencia estadística de la dimensión reestructuración cognitiva de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Malo	2	3,3	3,3	3,3
Regular	38	62,3	62,3	65,6
Bueno	21	34,4	34,4	100,0
Total	61	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos.

Figura 7. Reestructuración cognitiva de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.



De acuerdo a los resultados estadísticos (Tabla 17) según la dimensión reestructuración cognitiva de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios, se observa que el 62.3% (38) de los familiares presentaron un nivel regular de reestructuración cognitiva de pacientes, el 34.4% (21) de los familiares presentaron un nivel bueno y el 3.3% (2) de los familiares presentan un nivel malo sobre reestructuración cognitiva de pacientes.

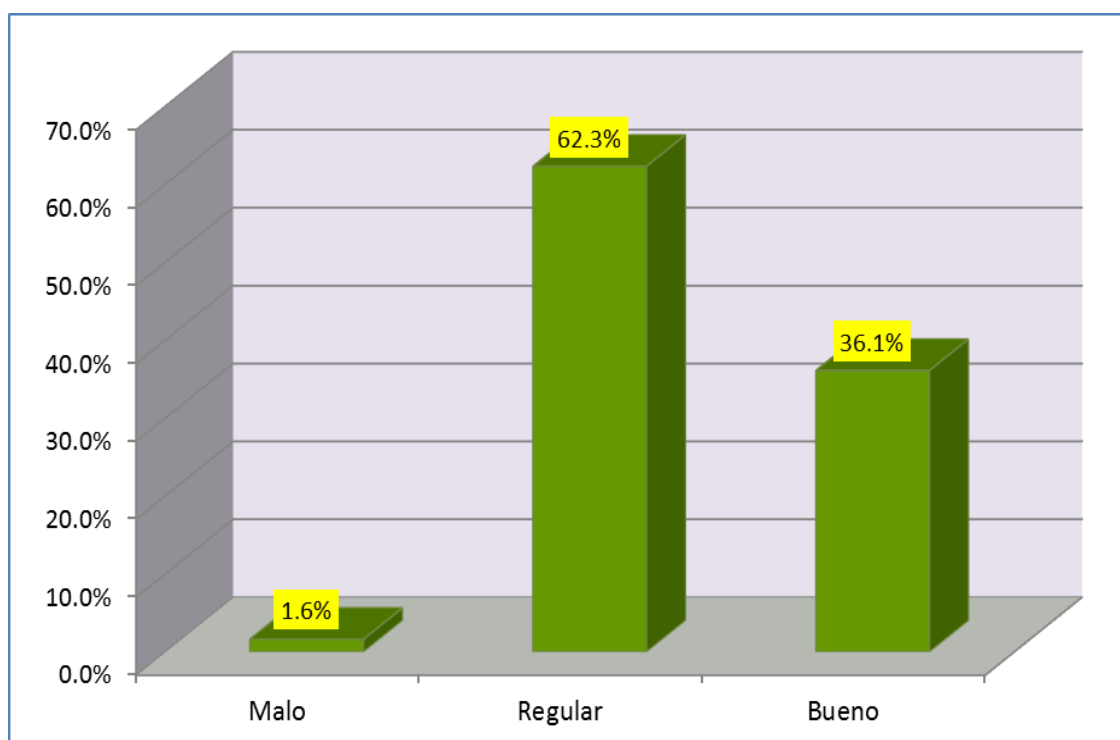
Tabla 17

Frecuencia estadística de la dimensión evitación de problemas de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Malo	1	1,6	1,6	1,6
Regular	38	62,3	62,3	63,9
Bueno	22	36,1	36,1	100,0
Total	61	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos.

Figura 8. Evitación de problemas de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.



De acuerdo a los resultados estadísticos (Tabla 18) según la dimensión retirada social de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios, se observa que el 86.9% (53) de los familiares presentaron un nivel bueno de retirada social de pacientes, el 13.1% (8) de los familiares presentaron un nivel regular sobre retirada social de pacientes.

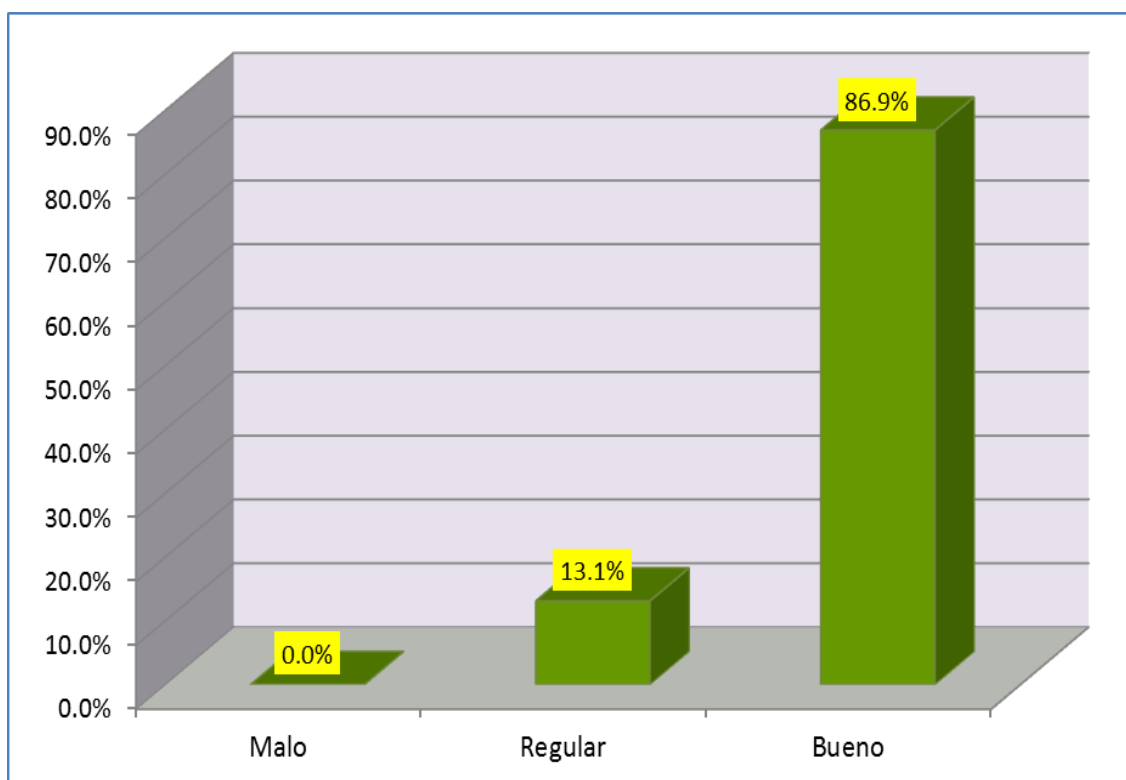
Tabla 18

Frecuencia estadística de la dimensión retirada social de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Malo	0	0,0	0,0	0,0
Regular	8	13,1	13,1	13,1
Bueno	53	86,9	86,9	100,0
Total	61	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos.

Figura 9. Retirada social de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.



5.1.2. Resultados descriptivos de la variable sobrecarga en el familiar cuidador

De acuerdo a los resultados estadísticos (Tabla 19) según la variable sobrecarga de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios, se observa que el 86.9% (53) de los familiares presentaron un nivel regular de sobrecarga de pacientes, el 9.8% (6) de los familiares presentaron un nivel bueno y el 3.3% (2) de los familiares presentan un nivel malo sobre sobrecarga de pacientes esquizofrénicos.

Tabla 19

Frecuencia estadística de la variable sobrecarga de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Malo	2	3,3	3,3	3,3
Regular	53	86,9	86,9	90,2
Bueno	6	9,8	9,8	100,0
Total	61	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos.

Figura 10. Sobrecarga de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.



De acuerdo a los resultados estadísticos (Tabla 20) según la dimensión impacto del cuidado de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios, se observa que el 85.2% (52) de los familiares presentaron un nivel regular de dimensión impacto del cuidado de pacientes, el 9.8% (6) de los familiares presentaron un nivel bueno y el 4.9% (3) de los familiares presentan un nivel malo sobre el impacto del cuidado de pacientes esquizofrénicos.

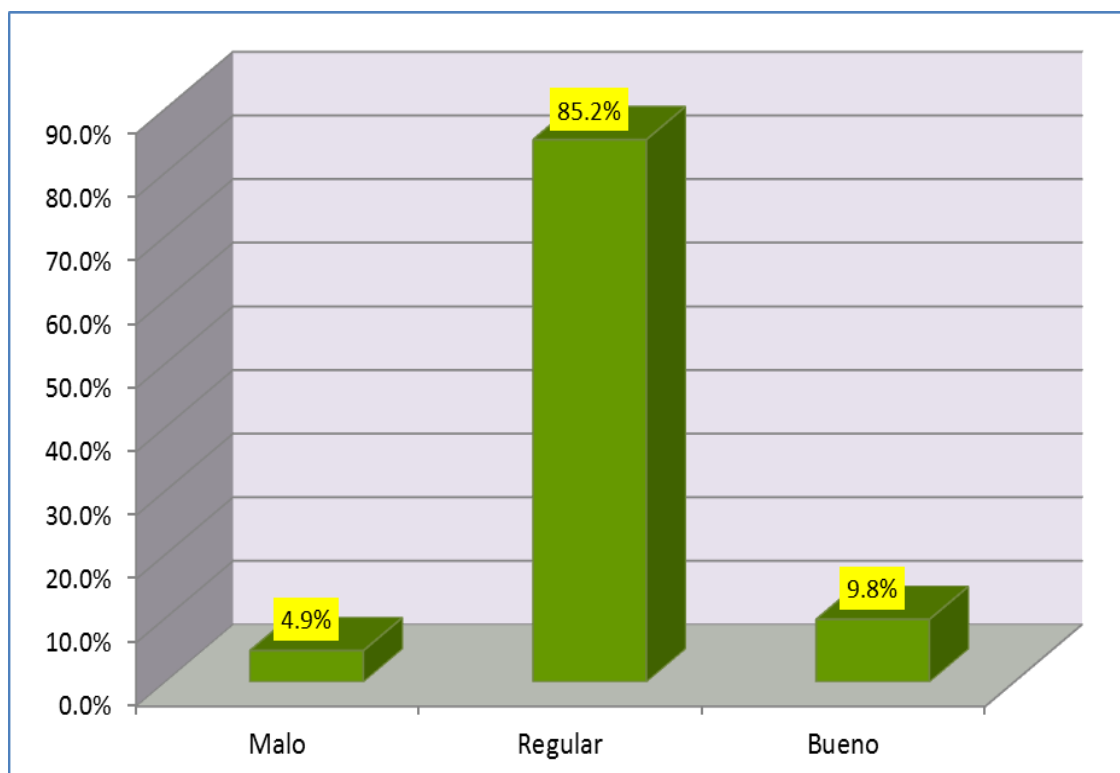
Tabla 20

Frecuencia estadística de la dimensión impacto del cuidado de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Malo	3	4,9	4,9	4,9
Regular	52	85,2	85,2	90,2
Bueno	6	9,8	9,8	100,0
Total	61	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos.

Figura 11. Impacto del cuidado de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.



De acuerdo a los resultados estadísticos (Tabla 21) según la dimensión relación interpersonal del cuidado de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios, se observa que el 83.6% (51) de los familiares presentaron un nivel regular de relación interpersonal de pacientes, el 11.5% (7) de los familiares presentaron un nivel bueno y el 4.9% (3) de los familiares presentan un nivel malo sobre la relación interpersonal de pacientes esquizofrénicos.

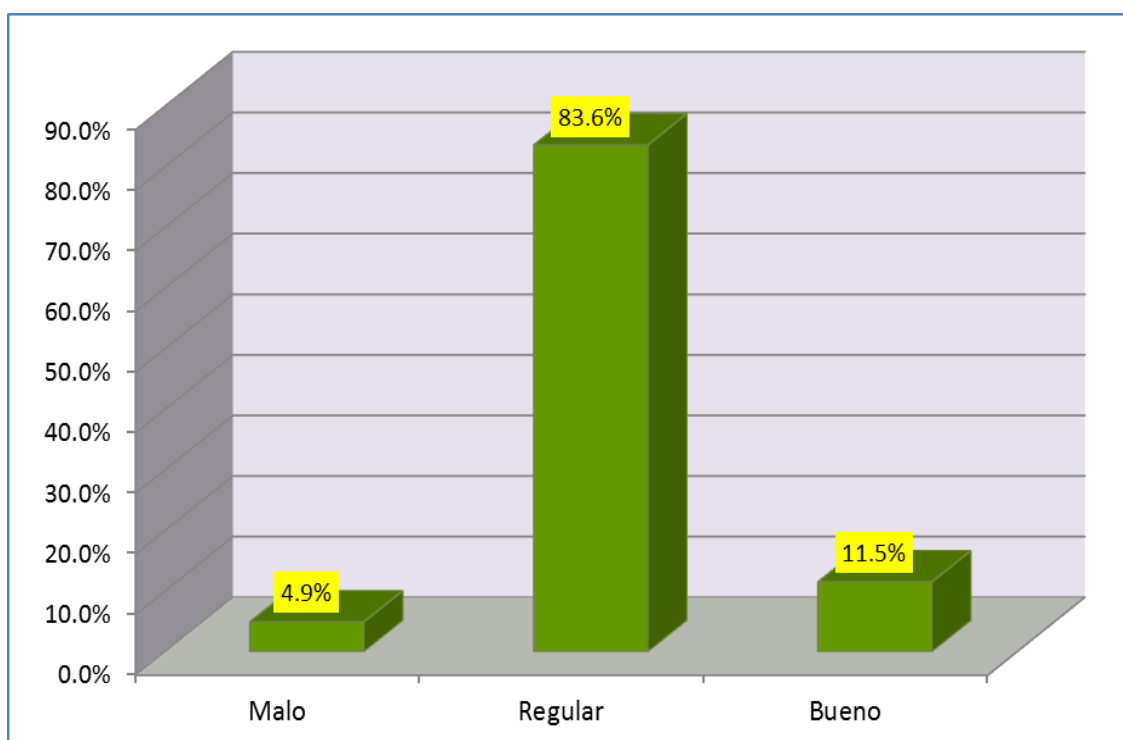
Tabla 21

Frecuencia estadística de la dimensión relación interpersonal de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Malo	3	4,9	4,9	4,9
Regular	51	83,6	83,6	88,5
Bueno	7	11,5	11,5	100,0
Total	61	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos.

Figura 12. Relación interpersonal de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.



De acuerdo a los resultados estadísticos (Tabla 22) según la dimensión expectativa de autoeficacia del cuidado de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios, se observa que el 70.5% (43) de los familiares presentaron un nivel regular de expectativa de autoeficacia de pacientes, el 26.2% (16) de los familiares presentaron un nivel bueno y el 3.3% (3) de los familiares presentan un nivel malo sobre la expectativa de autoeficacia de pacientes esquizofrénicos.

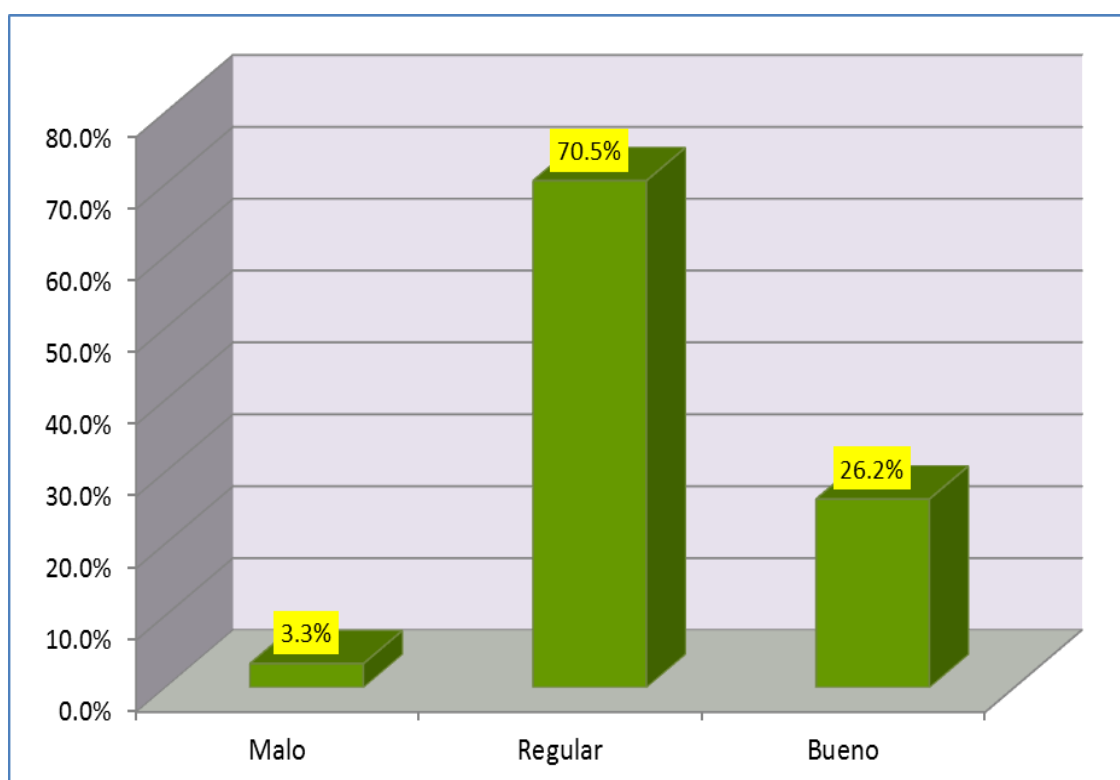
Tabla 22

Frecuencia estadística de la dimensión expectativa de autoeficacia de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Malo	2	3,3	3,3	3,3
Regular	43	70,5	70,5	73,8
Bueno	16	26,2	26,2	100,0
Total	61	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos.

Figura 13. Expectativas de autoeficacia de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.



5.1.3. Análisis exploratorio

Proceso mediante el cual se busca determinar si la muestra de estudio cumple una distribución normal (cálculo de probabilidad), de acuerdo al nivel de significancia, del tamaño muestral (61), debido a la naturaleza social del estudio se utilizó la prueba Kolmogorov Smirnov, procesado de acuerdo a un análisis exploratorio en el sistema estadístico SPSS versión 24.0.

Tabla 23

Nivel de bondad aplicado a las variables y dimensiones de estudio estadísticamente

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	Gl.	Sig.
Resolución de problemas	,187	61	,000
Autocrítica	,174	61	,000
Expresión emocional	,190	61	,000
Pensamiento desiderativo	,165	61	,000
Apoyo social	,174	61	,000
Reestructuración cognitiva	,172	61	,000
Evitación de problemas	,230	61	,000
Retirada social	,236	61	,000
Estrategias de afrontamiento	,175	61	,000
Impacto del cuidado	,169	61	,000
Relación interpersonal	,144	61	,003
Expectativas de autoeficacia	,201	61	,000
Sobrecarga	,115	61	,044

a. Corrección de significación de Lilliefors

Los datos estadísticos de acuerdo al tamaño de la muestra tienen una tendencia menor $p > 0.05$, por lo tanto, se utilizó una prueba de verificación y comprobación no paramétrica, correspondiendo utilizar correlación de Spearman.

5.2 Resultados inferenciales

El proceso de verificación o contrastación fue procesado estadísticamente en el sistema SPSS versión 24.0 para saber la probabilidad de toma de decisiones del cumplimiento o rechazó de la hipótesis formulada.

5.2.1. Verificación y comprobación de la hipótesis general

Las estrategias de afrontamiento se relacionan significativamente con la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.

Prueba de hipótesis estadísticas

Hi. Las estrategias de afrontamiento se relacionan significativamente con la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.

Ho. Las estrategias de afrontamiento no se relacionan significativamente con la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.

Valores.

Nivel mayor $p > 0.05 = (H_0)$ no se rechaza la hipótesis nula.

Nivel menor $p < 0.05 = (H_1)$ se rechaza la hipótesis nula.

Medición

Niveles de lectura de Spearman (SPSS versión 24.0)

Según la tabla 24, los resultados estadísticos de acuerdo al proceso de recolección de datos y análisis de información según la prueba correlacional (Spearman) analizado en el sistema SPSS versión 24.0, configura un nivel de relación de $r = 0,700$ (nivel positiva moderada), con un nivel de significancia ($p < 0.000$ menor que el valor $p = 0.05$) concluyendo que ambas variables de estudio tienen una relación de manera significativa entre las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao, por lo tanto se rechazó la H_0 (Hipótesis nula).

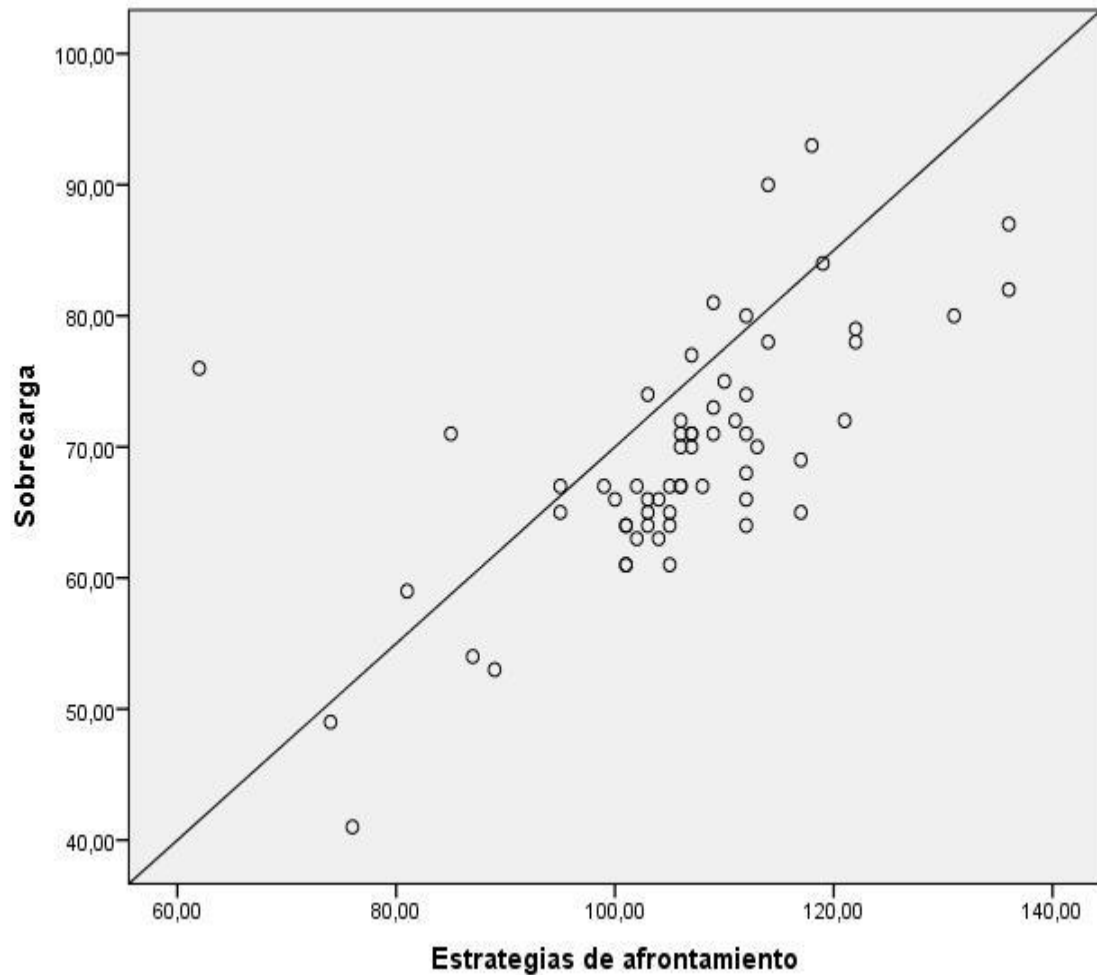
Tabla 24

Correlación entre las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.

		Estrategias de afrontamiento	Sobrecarga
Rho de Spearman	Estrategias de afrontamiento	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,700**
		N	61
	Sobrecarga	Coefficiente de correlación	,700**
		Sig. (bilateral)	1,000
		N	61

Fuente: Base de datos.

Figura 14. Gráfico de dispersión entre las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.



5.2.2. Verificación y comprobación de la hipótesis específica 1

Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y el impacto del cuidador de la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.

Prueba de hipótesis estadísticas

Hi. Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y el impacto del cuidador de la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.

Ho. No existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y el impacto del cuidador de la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.

Valores.

Nivel mayor $p > 0.05 = (H_0)$ no se rechaza la hipótesis nula.

Nivel menor $p < 0.05 = (H_1)$ se rechaza la hipótesis nula.

Medición

Niveles de lectura de Spearman (SPSS versión 24.0)

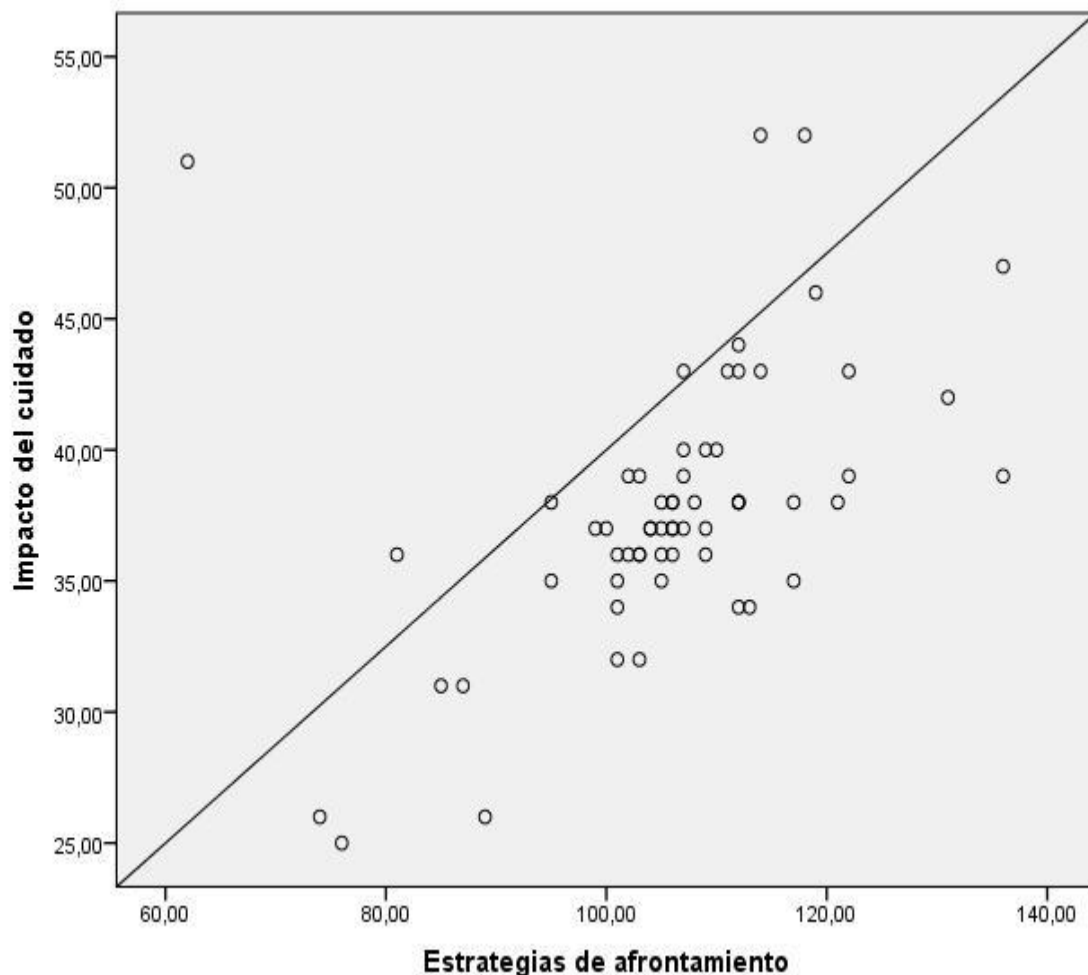
Según la tabla 25, los resultados estadísticos de acuerdo al proceso de recolección de datos y análisis de información según la prueba correlacional (Spearman) analizado en el sistema SPSS versión 24.0, configura un nivel de relación de $r = 0,601$ (nivel positiva moderada), con un nivel de significancia ($p < 0.000$ menor que el valor $p = 0.05$) concluyendo que ambas variables de estudio tienen una relación de manera significativa entre las estrategias de afrontamiento y el impacto del cuidador de la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao, por lo tanto se rechazó la H_0 (Hipótesis nula).

Tabla 25

Correlación entre las estrategias de afrontamiento y el impacto del cuidador de la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.

		Estrategias de afrontamiento	Impacto del cuidado
Rho de Spearman	Estrategias de afrontamiento	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,601**
		N	,000
			61
	Impacto del cuidado	Coeficiente de correlación	,601**
		Sig. (bilateral)	1,000
	N	,000	
		61	61

Figura 15. Gráfico de dispersión entre las estrategias de afrontamiento y el impacto del cuidador de la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.



5.2.3. Verificación y comprobación de la hipótesis específica 2

Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la relación interpersonal de la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.

Prueba de hipótesis estadísticas

Hi. Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la relación interpersonal de la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.

Ho. No existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la relación interpersonal de la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.

Valores.

Nivel mayor $p > 0.05 = (H_0)$ no se rechaza la hipótesis nula.

Nivel menor $p < 0.05 = (H_1)$ se rechaza la hipótesis nula.

Medición

Niveles de lectura de Spearman (SPSS versión 24.0)

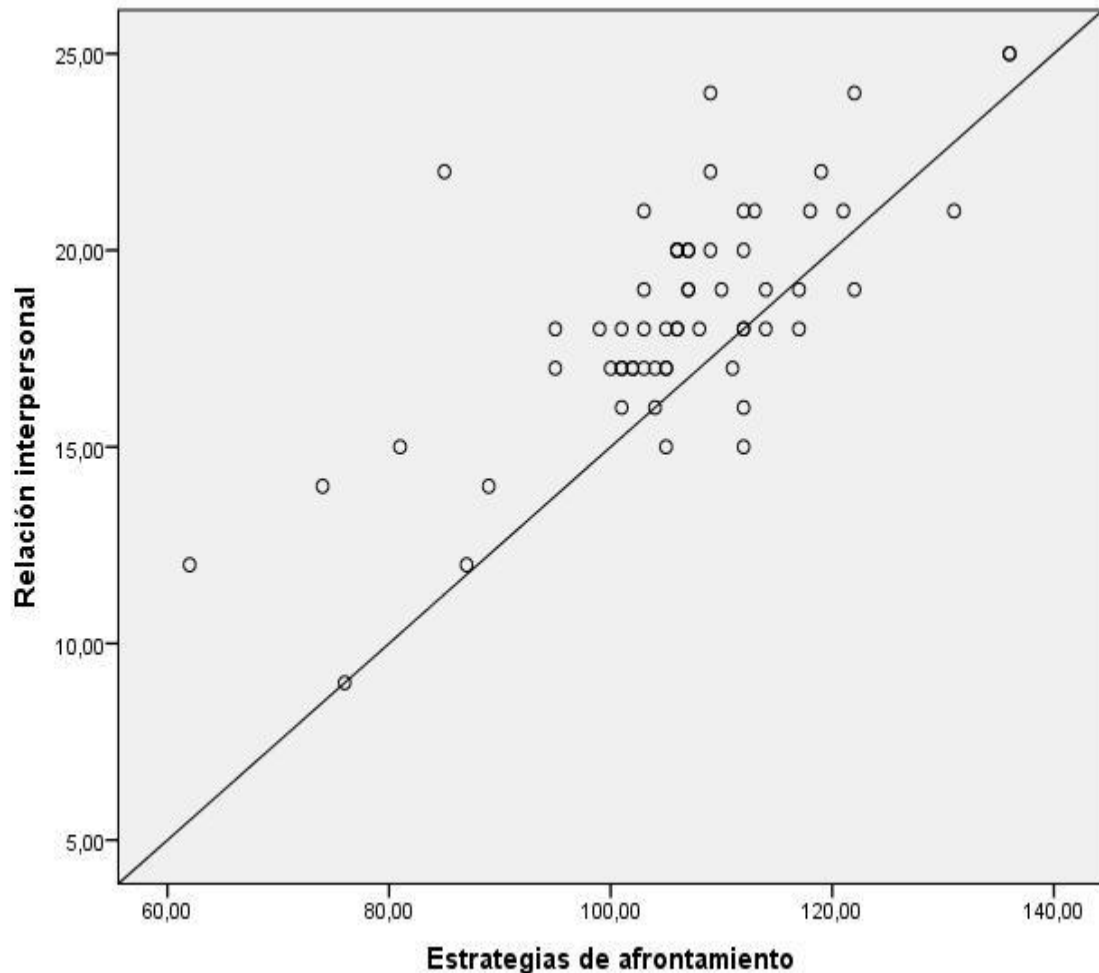
Según la tabla 26, los resultados estadísticos de acuerdo al proceso de recolección de datos y análisis de información según la prueba correlacional (Spearman) analizado en el sistema SPSS versión 24.0, configura un nivel de relación de $r = 0,640$ (nivel positiva moderada), con un nivel de significancia ($p < 0.000$ menor que el valor $p = 0.05$) concluyendo que ambas variables de estudio tienen una relación de manera significativa entre las estrategias de afrontamiento y la relación interpersonal de la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao, por lo tanto se rechazó la H_0 (Hipótesis nula).

Tabla 26

Correlación entre las estrategias de afrontamiento y la relación interpersonal de la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.

			Estrategias de afrontamiento	Relación interpersonal
Rho de Spearman	Estrategias de afrontamiento	Coeficiente de correlación	1,000	,640**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	61	61
	Relación interpersonal	Coeficiente de correlación	,640**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	61	61

Figura 16. Gráfico de dispersión entre las estrategias de afrontamiento y la relación interpersonal de la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.



5.2.4. Verificación y comprobación de la hipótesis específica 3

Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la expectativa de autoeficacia de la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.

Prueba de hipótesis estadísticas

Hi. Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la expectativa de autoeficacia de la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.

Ho. No existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la expectativa de autoeficacia de la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.

Valores.

Nivel mayor $p > 0.05 = (H_0)$ no se rechaza la hipótesis nula.

Nivel menor $p < 0.05 = (H_1)$ se rechaza la hipótesis nula.

Medición

Niveles de lectura de Spearman (SPSS versión 24.0)

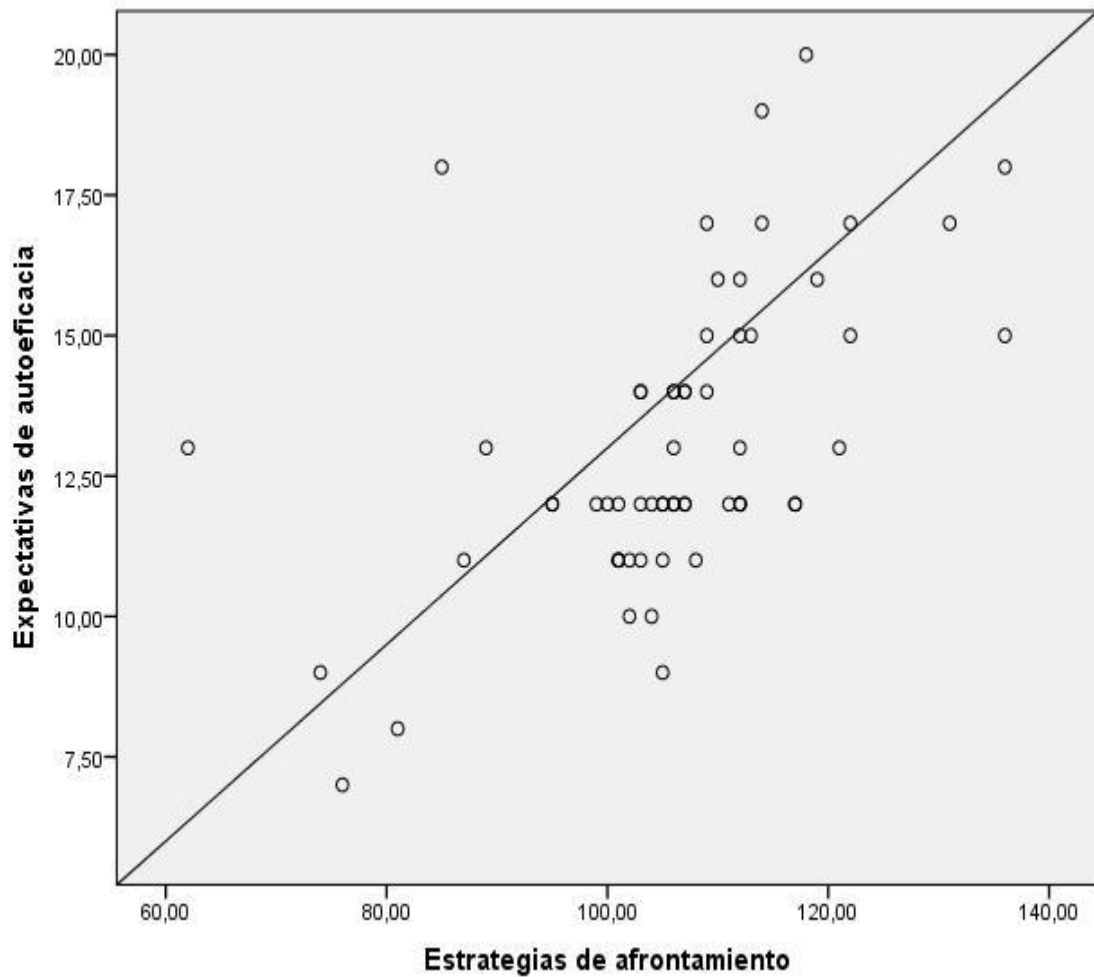
Según la tabla 27, los resultados estadísticos de acuerdo al proceso de recolección de datos y análisis de información según la prueba correlacional (Spearman) analizado en el sistema SPSS versión 24.0, configura un nivel de relación de $r = 0,611$ (nivel positiva moderada), con un nivel de significancia ($p < 0.000$ menor que el valor $p = 0.05$) concluyendo que ambas variables de estudio tienen una relación de manera significativa entre las estrategias de afrontamiento y la expectativa de autoeficacia de la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao, por lo tanto se rechazó la H_0 (Hipótesis nula).

Tabla 27

Correlación entre las estrategias de afrontamiento y la expectativa de autoeficacia de la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.

		Estrategias de afrontamiento	Expectativas de autoeficacia
Rho de Spearman	Estrategias de afrontamiento	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,611**
		N	,000
			61
	Expectativas de autoeficacia	Coeficiente de correlación	,611**
		Sig. (bilateral)	1,000
		,000	
		61	

Figura 17. Gráfico de dispersión entre las estrategias de afrontamiento y la expectativa de autoeficacia de la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.



VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados

Los resultados obtenidos generaron una serie de análisis y comentarios de la investigación científica de enfoque cuantitativo, analizado de manera hipotética y sistemática de acuerdo a los objetivos propuestos a fin de buscar soluciones de interrogantes o hechos relacionados de acuerdo a los principios y conocimientos científicos según las variables de estudio validados y procesados estadísticamente mediante el Alfa de Cronbach, aplicados a un grupo de análisis de hechos observados a fin de ser procesados y verificados de manera significativa.

Según los datos generales observados en una muestra conformada por 61 familiares de pacientes con esquizofrenia que fueron atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios, de la Región Callao, de ellos 60,7% fueron mujeres, con una edad promedio de $42,8 \pm 13,6$ años. El 42,6% de los familiares fue la madre del paciente, mientras que sólo 9,8% fueron otro tipo de familiares (hija(o), cuñada(o) o tía(o)). Respecto al nivel educativo, 55,7% tenían secundaria, mientras que 9,8% primaria. (Tabla 9).

Por otro lado los resultados estadísticos descriptivos según la variable estrategias de afrontamiento de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios, se observa que el 52.5% (32) de los familiares presentaron niveles regulares sobre afrontamiento y el 47.5% (29) de los familiares presentaron un nivel bueno frente a la variable de estudio. (Tabla 10)

Asimismo, según la variable sobrecarga de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios, se observa que el 86.9% (53) de los familiares presentaron un nivel regular de sobrecarga de pacientes, el 9.8% (6) de los familiares presentaron un nivel bueno y el 3.3% (2) de los familiares presentan un nivel malo sobre sobrecarga de pacientes esquizofrénicos. (Tabla 19)

Con relación a los análisis inferenciales, los resultados estadísticos frente a la hipótesis general determinaron una relación de $\rho = 0,700$ (nivel positiva moderada), con un nivel de significancia ($p < 0.000$ menor que el valor $p = 0.05$) concluyendo que

ambas variables de estudio tienen una relación de manera significativa entre las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao, por lo tanto se rechazó la Ho. (Tabla 24)

6.2 Contrastación de los resultados con otros estudios similares

Para Ruiz C. en el año 2019, en su investigación afrontamiento Familiar frente a trastornos mentales grupo compartiendo por la salud mental, concluyó que la asistencia a grupos de autoayuda mejora el afrontamiento familiar, grupos de apoyo como el que ha sido estudiado brindan un aporte de gran importancia con sus acciones dirigidas a que dicha familia amplíe sus posibilidades de actuación, con intervenciones destinadas a disminuir la carga del familiar responsable. (10)

Según Alegre Z, Cuya B. en el año 2018, concluyo que existe una correlación entre el uso de estrategias de afrontamiento y el nivel de sobrecarga del familiar cuidador de pacientes con esquizofrenia, una relación directamente proporcional leve significativa positiva entre las variables Uso de Estrategias de Afrontamiento y Nivel de Sobrecarga del familiar cuidador. (11)

Asimismo Mansilla R, Pinto B. en el año 2015, desarrolló la tesis nivel de sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del paciente esquizofrénico, concluyendo que el nivel de sobrecarga de la población de estudio es intenso en 81.98% y ligero en un 7.21%, cabe resaltar que hay ausencia de sobrecarga en el 10.81% de cuidadores; En relación a la de calidad de vida de la población de estudio es regular en 68.47%. En las dimensiones de bienestar físico, psicológico y social la mayoría de cuidadores presentó problema moderado en 47.75%, 60.36% y 49.55% (14)

Parra Y. en el año 2018, en un estudio de estrategias de afrontamiento en las familias colombianas desde, concluye que el sistema familiar interpreta las situaciones de manera particular en cada época, evidenciando así, el tipo de estrategia recurrente, siendo evidente que en las familias colombianas sobresalen las centradas en la emoción y las categorías. (6)

Por otro lado Serrano N. en el año 2017, su tesis afrontamiento, sobrecarga subjetiva y ansiedad y síntomas depresivos en personas cuidadoras de familiares mayores

dependientes, concluye que las personas cuidadoras eran mujeres y hubo asociación entre el afrontamiento centrado en las emociones y el afrontamiento disfuncional con la sobrecarga subjetiva, la ansiedad y la depresión. Se concluyó que el afrontamiento basado en las emociones puede tener un efecto protector sobre la sobrecarga, la ansiedad y la depresión. (7)

Según la tabla 25, se evidencia un nivel de relación de $\rho = 0,601$ (nivel positiva moderada), con un nivel de significancia ($p < 0.000$ menor que el valor $p = 0.05$) concluyendo que ambas variables de estudio tienen una relación de manera significativa entre las estrategias de afrontamiento y el impacto del cuidador de la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao, por lo tanto se rechazó la H_0 .

Por otro lado de acuerdo a la hipótesis específica 2, se obtenido de acuerdo al proceso de análisis de información un nivel de relación de $\rho = 0,640$ (nivel positiva moderada), con un nivel de significancia ($p < 0.000$ menor que el valor $p = 0.05$) concluyendo que ambas variables de estudio tienen una relación de manera significativa entre las estrategias de afrontamiento y la relación interpersonal de la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao, por lo tanto se rechazó la H_0 . (Tabla 26)

Finalmente frente a la hipótesis específica 3, los resultados estadísticos determinaron un nivel de relación de $\rho = 0,611$ (nivel positiva moderada), con un nivel de significancia ($p < 0.000$ menor que el valor $p = 0.05$) concluyendo que ambas variables de estudio tienen una relación de manera significativa entre las estrategias de afrontamiento y la expectativa de autoeficacia de la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao, por lo tanto se rechazó la H_0 (Tabla 27)

De acuerdo a los resultados según las dimensiones de estudio, para Aguilar K, Armas S. en el año 2017, en su investigación nivel de sobrecarga del familiar cuidador del adulto con esquizofrenia, concluyo que respecto a la dimensión impacto del cuidado se reportó un 55.5% de sobrecarga leve a comparación del 20% sin sobrecarga. Respecto a la dimensión calidad de la relación interpersonal se reportó un 57.5% de sobrecarga leve a comparación del 20% de sobrecarga. Respecto a la dimensión expectativa de

autoeficacia se alcanzó un 70% de sobrecarga leve a comparación del 7.5% sin sobrecarga (12)

Con relación a Toapanta L. en el año 2017, según su estudio estrategias de afrontamiento y sobrecarga en el cuidador de niños con discapacidad intelectual, concluye que de 22 cuidadores (43%) utilizaron la resolución de problemas como estrategia de afrontamiento, 8 cuidadores (17%) utilizó la reestructuración cognitiva, 6 cuidadores (12%) autocrítica, 5 cuidadores (10%) expresión emocional, 5 cuidadores (10%) pensamiento desiderativo, 3 cuidadores (6%) apoyo social, 1 cuidador (2%) evitación de problemas y ningún cuidador utiliza la retirada social como estrategia de afrontamiento. Se concluyó que las estrategias de afrontamiento no influyen en la sobrecarga del cuidador de niños con discapacidad intelectual, debido a la comprobación estadística con una significancia exacta bilateral de 0.270. (3)

6.3 Responsabilidad ética

Durante la ejecución y elaboración de la presente tesis se respetó las disposiciones de la Universidad aplicando una investigación científica, igualmente se respetó la autoría de los textos aplicados referenciando debidamente, igualmente se mantuvo en el anonimato de los participantes que colaboraron en el presente estudio, finalmente se sometió al software de anti plagio turnitin para la comprobación de la originalidad.

Asimismo, se ha realizado de acuerdo con los criterios éticos para elaborar trabajos de investigación dentro del área de salud.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados estadísticos se llegó a las siguientes conclusiones.

- a. Se determinó que existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao, con un nivel de correlación de $\rho = 0,700$ (nivel positiva moderada) y una significancia ($p < 0.000$ menor que el valor $p = 0.05$).
- b. Se determinó que existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y el impacto del cuidador de la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao, con un nivel de correlación de $Rho = 0,601$ (nivel positiva moderada) y un nivel de significancia ($p < 0.000$ menor que el valor $p = 0.05$).
- c. Se determinó que existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la relación interpersonal de la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao, con un nivel de correlación $\rho = 0,640$ (nivel positiva moderada) y un nivel de significancia ($p < 0.000$ menor que el valor $p = 0.05$).
- d. Se determinó que existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la expectativa de autoeficacia de la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao, con un nivel de correlación $\rho = 0,611$ (nivel positiva moderada) y un nivel de significancia ($p < 0.000$ menor que el valor $p = 0.05$).

RECOMENDACIONES

- a. Promover a las instituciones, hospitales, centros de salud mental que fortalezcan y realicen estrategias que ayuden a mejorar la sobrecarga del familiar cuidador.
- b. Las instituciones de salud mental deben capacitar al familiar cuidador de forma progresiva, sobre la enfermedad de la esquizofrenia y tratamiento, ofrecerles los recursos sociales disponibles.
- c. Seguir realizando estudios de investigación sobre las estrategias de afrontamiento relacionados con otras variables como vínculo laboral, estrato económico y la sobrecarga del familiar cuidador.
- d. La detección precoz de personas cuidadoras con afrontamiento disfuncional podría ser útil para la prevención de la carga subjetiva al poder adelantarse la intervención preventiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Esquizofrenia. [Online]; 2019. Acceso 5 de noviembre de 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.
2. Rondón M. Salud mental: Un problema de salud pública en el Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Publica*. 2006; 23(4).
3. Toapanta I. Estrategias de afrontamiento y sobrecarga en el cuidador de niños con discapacidad intelectual. [Tesis Posgrado]. Ambato: Universidad Técnica De Ambato, Ambato.
4. MINSA. Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2017 – 2021 Lima: Ministerio de Salud; 2018.
5. Redacción El Peruano. Pondrán en marcha 250 centros de salud mental. *El Peruano*.
6. Parra. Estrategias de afrontamiento en las familias Colombianas desde el año 2000 al 2017: Un Análisis Sistemático de Literatura. [Tesis Pregrado]. Barrancabermeja: Universidad Cooperativa de Colombia, Barrancabermeja.
7. Serrano N. Afrontamiento, sobrecarga subjetiva y ansiedad y síntomas depresivos en personas cuidadoras de familiares mayores dependientes. [Tesis Doctoral]. Jaén: Universidad de Jaén, Jaén.
8. Fernández P. Estudio de la eficacia de una programa de intervención psicosocial en la prevención o reducción de la sobrecarga del cuidador del paciente con trastorno de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. [Tesis Posgrado]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
9. Rosas F. Efectos de la Psicoeducación y la Terapia Cognitivo Conductual sobre los índices de sobrecarga percibida, afrontamiento y sintomatología asociada al estrés en cuidadores informales de pacientes psiquiátricos. [Tesis Posgrado]. Xalapa: Universidad Veracruzana, Xalapa.
10. Ruiz E. Afrontamiento Familiar frente a trastornos mentales grupo compartiendo por la Salud Mental – Cajamarca, 2018. [Tesis Pregrado]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca, Cajamarca.
11. Alegre DP, Cuya M. Uso de estrategias de afrontamiento y nivel de sobrecarga del familiar cuidador de pacientes con esquizofrenia del pabellón 20 mujeres del

- Hospital Víctor Larco Herrera - 2018. [Tesis Pregrado]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener, Lima.
12. Aguilar A. Nivel de sobrecarga del familiar cuidador del adulto con esquizofrenia del centro de salud mental el Porvenir– Trujillo 2017. [Tesis Pregrado]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo.
 13. De la Cruz EY, Velásquez A. Experiencia de los cuidadores familiares de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia - Hospital Víctor Larco Herrera, 2016. [Tesis Pregrado]. Lima: Universidad Privada Arzobispo Loayza, Lima.
 14. Mansilla M, Pinto B. Nivel de sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del paciente esquizofrénico. Centro de Salud Mental Moisés Heresi, Arequipa 2015. [Tesis Pregrado]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa.
 15. Hernández J, Jaimes ML, Carvajal Y, Suárez DP, Medina PY, Fajardo S. Modelo de adaptación de Callista Roy: instrumentos de valoración reportados por la literatura en escenarios cardiovasculares. *Cultura del cuidado*. 2016; 13(1).
 16. Grupo de estudio para el desarrollo del modelo de adaptación. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichan*. 2002; 2(1): p. 19-23.
 17. Gonzáles W. Y, Ortega de Gómez E, Castillo de Lemos R, Whetsell M, Cleghorn D. Validación de la Escala Inventario de Estrategias de Afrontamiento, Versión Española de Cano, Rodríguez, García (2007), En el contexto de Panamá. *Revista Científica de Enfermería*. 2017; 21(17): p. 109-133.
 18. Barquín R, Medina B, Pérez de Albéniz G. El uso de estrategias de afrontamiento del estrés en personas con discapacidad intelectual. *Psychosocial Intervention*. 2018; 27(2).
 19. Acosta E, López C, Martínez Cortes M, Zapata R. Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. *Horizonte Sanitario*. 2017; 16(2).
 20. Jofré S. Evaluación de las Sobrecarga de Cuidadoras/es Informales. *Ciencia y Enfermería*. 2010; 16(3): p. 111-120.
 21. Cerquera A, Granados F, Buitrago AM. Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psychologia. Avances de la disciplina*. 2012; 6(1).
 22. Tripodoro V, Veloso V, Llano V. Sobrecarga del Cuidador Principal de Pacientes en Cuidados Paliativos. *Argumentos*. 2015;(17).

23. Cabral MdC, Delgagillo A, Jiménez N, Delgado S, Sánchez F. Estrategias de afrontamiento del equipo multiprofesional ante la muerte del paciente pediátrico con cáncer. *TRILOGÍA. Ciencia, Tecnología y Sociedad*. 2014; 6(11): p. 115-129.
24. Rivas J, Ostiguín R. Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico? *Revista Enfermería Universitaria*. 2011; 8(1): p. 49-54.
25. Valderrama S. Pasos para elaborar proyectos de investigación científica Lima: San Marcos; 2015.
26. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. Sexta ed. México: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2014.
27. Sánchez, H. y Reyes, C. Metodología y diseño de la investigación científica. Lima: Editorial Visión Universitaria.2006
28. Tobin D. User manual for the Coping Strategies Questionnaire..
29. Cano F, Rodríguez L, García J. Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2007; 35(1): p. 29-39.
30. Zarit S, Reever K, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*. 1980; (20): p. 649-655.

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
<p>Problema general ¿Cuál es la relación entre las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao?</p> <p>Problemas específicos ¿Qué relación existe entre las estrategias de afrontamiento y el impacto del cuidador de sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos?</p> <p>¿Qué relación existe entre las estrategias de afrontamiento y la relación interpersonal de sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos?</p> <p>¿Qué relación existe entre las estrategias de afrontamiento y la expectativa de autoeficacia de sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos?</p>	<p>Objetivo general Determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la Región Callao.</p> <p>Objetivo específicos Determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y el impacto del cuidador de sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.</p> <p>Determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la relación interpersonal de sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.</p> <p>Determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la expectativa de autoeficacia de sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.</p>	<p>Hipótesis general Las estrategias de afrontamiento se asocian con la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.</p> <p>Hipótesis específica Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y el impacto del cuidador de la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.</p> <p>Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la relación interpersonal de la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.</p> <p>Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la expectativa de autoeficacia de la sobrecarga del familiar cuidador de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.</p>	<p>Variable 1 Estrategias de afrontamiento</p> <p>Dimensiones. Resolución de problemas Autocrítica Expresión emocional Pensamiento desiderativo Apoyo social Reestructuración cognitiva Evitación de problemas Retirada social</p> <p>Variable 2. Sobrecarga de cuidador</p> <p>Dimensiones. Impacto del cuidado Relación interpersonal Expectativas de autoeficacia</p>	<p>Enfoque Cuantitativo</p> <p>Tipo de investigación Básica</p> <p>Nivel de investigación Descriptivo Correlacional</p> <p>Diseño. NO experimental: Transversal – correlacional.</p> <p>Población 90 familias de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.</p> <p>Muestra No experimental: Intencional de conveniencia: 61 familias de pacientes esquizofrénicos de los Centros de Salud Mental Comunitarios en la región Callao.</p> <p>Instrumentos Cuestionarios</p>

Anexo 2. Instrumentos de recolección de datos

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
2020**

I. PRESENTACIÓN

Reciban nuestro más sincero saludo, somos alumnas de la Universidad Nacional Callao de la Escuela Profesional de Enfermería. Actualmente estamos desarrollando un estudio de investigación titulado “Estrategias de afrontamiento y sobrecarga en el familiar cuidador de usuario esquizofrénico del Centro de Salud Mental Comunitario Sarita Colonia en la región Callao, 2020”, por lo que se le solicita que responda con toda sinceridad al instrumento, ya que será de gran ayuda para nuestra investigación.

II. DATOS GENERALES

EDAD: _____ años.

SEXO: Masculino () Femenino ()

PARENTESCO CON EL PACIENTE:

- Mamá ()
- Papá ()
- Hermano (a) ()
- Otros: _____

GRADO DE INSTRUCCIÓN: _____

OCUPACIÓN: _____

III. INSTRUCCIONES

A continuación, marque con un aspa “X”, el casillero que considere correcto con respecto a los instrumentos que le presentamos a continuación:

Instrumento 1
INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (CSI)

Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en como manejó usted la situación a la que se encuentra expuesto por tener un familiar con problemas de salud. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda:

0 = En absoluto; 1 = Un poco; 2 = Bastante; 3 = Mucho; 4 = Totalmente

Esté seguro de que responde a todas las frases y que marca un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; ya que se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

N.º	Ítems	0	1	2	3	4
1	Luché para resolver el problema					
2	Me culpé a mí mismo					
3	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés					
4	Deseé que la situación nunca hubiera empezado					
5	Encontré a alguien que escuchó mi problema					
6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente					
7	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado					
8	Pasé algún tiempo solo					
9	Me esforcé para resolver los problemas de la situación					
10	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché					
11	Expresé mis emociones, lo que sentía					
12	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase					
13	Hablé con una persona de confianza					
14	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas					
15	Traté de olvidar por completo el asunto					
16	Evité estar con gente					
17	Hice frente al problema					
18	Me critiqué por lo ocurrido					
19	Analice mis sentimientos y simplemente los deje salir					
20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación					
21	Dejé que mis amigos me echaran una mano					
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían					
23	Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más					
24	Oculté lo que pensaba y sentía					
25	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran					
26	Me recriminé por permitir que esto ocurriera					

27	Dejé desahogar mis emociones					
28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido					
29	Pasé algún tiempo con mis amigos					
30	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo					
31	Me comporté como si nada hubiera pasado					
32	No dejé que nadie supiera como me sentía					
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería					
34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias					
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron					
36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes					
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto					
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas					
39	Evité pensar o hacer nada					
40	Traté de ocultar mis sentimientos					

	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
PD								
PC								
A completar por el evaluador								

Instrumento 2
ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en como manejó usted la situación a la que se encuentra expuesto por tener un familiar con problemas de salud. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda:

1= Nunca; 2= Rara vez; 3= Algunas veces; 4= Bastantes veces; 5= Casi siempre

Esté seguro de que responde a todas las frases y que marca un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; ya que se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

N.º	Ítems	1	2	3	4	5
1	Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita					
2	Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted					
3	Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)					
4	Tiene miedo por el futuro de su familia					
5	Piensa que su familiar depende de usted					
6	Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar					
7	Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar					
8	Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente debido a tener que cuidar de su familiar					
9	Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar					
10	Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar					
11	Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar					
12	Globalmente, ¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					
13	Siente vergüenza por la conducta de su familiar					
14	Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar					
15	Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia					
16	Se siente tenso cuando está cerca de su familiar					
17	Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona					
18	Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar					
19	Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos					

20	Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo					
21	Piensa que debería hacer más por su familiar					
22	Piensa que podría cuidar mejor a su familiar					

Anexo 3. Consentimiento informado

Usted ha sido invitado a participar en el estudio titulado “Estrategias de afrontamiento y sobrecarga en el familiar cuidador de usuario esquizofrénico del Centro de Salud Mental Comunitario Sarita Colonia en la región Callao, 2020”, por esta razón es muy importante que conozca y entienda la información necesaria sobre el estudio de manera que permita tomar una decisión sobre su participación. Cualquier duda o aclaración que surja respecto al estudio, será aclarada por el investigador responsable.

Así, el presente estudio pretende determinar las estrategias de afrontamiento en los familiares de pacientes esquizofrénicos de centros de salud mental comunitarios en la región Callao.

Por ello, por medio de este documento se asegura y garantiza la total confidencialidad de la información suministrada y el anonimato de su identidad. Además, queda explícito que los datos obtenidos serán de uso y análisis exclusivo del estudio de investigación con fines académicos.

DECLARACIÓN PERSONAL

He sido invitado a participar en el estudio titulado “Estrategias de afrontamiento y sobrecarga en el familiar cuidador de usuario esquizofrénico del Centros de Salud Mental Comunitario en la región Callao, 2020”. Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente el propósito de la investigación y me han aclarado dudas relacionadas con el estudio. Por lo tanto, acepto participar de manera voluntaria, a fin de aportar la información necesaria para la investigación.

Firma del participante

VARIABLE 2: SOBRECARGA

ITEMS	DIMENSION 1												DIMENSION 2						DIMENSION 3							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
1	4	3	4	2	3	4	3	2	2	4	3	4	38	4	3	2	3	1	3	16	3	4	3	2	12	66
2	3	2	3	3	2	1	1	1	3	2	2	2	25	2	1	2	1	2	1	9	2	2	1	2	7	41
3	4	2	2	5	4	1	1	3	2	3	2	2	31	3	3	1	2	1	2	12	4	3	3	1	11	54
4	1	2	2	1	2	2	3	4	5	1	2	1	26	2	4	1	1	5	1	14	2	2	4	1	9	49
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	35	3	3	3	2	3	3	17	3	3	3	3	12	64
6	3	3	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	39	2	3	3	3	3	3	17	3	2	3	3	11	67
7	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	38	3	3	3	2	3	3	17	3	3	3	3	12	67
8	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4	38	3	3	3	3	3	2	17	3	3	3	3	12	67
9	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	4	35	3	3	3	3	3	3	18	3	3	3	3	12	65
10	3	3	3	3	2	2	2	3	2	2	4	3	32	2	3	3	2	4	4	18	3	2	3	3	11	61
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	36	3	4	4	3	3	3	20	4	3	4	4	15	71
12	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	37	3	3	3	3	3	3	18	3	3	3	3	12	67
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	36	2	3	3	3	3	3	17	3	2	3	3	11	64
14	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	37	2	3	3	3	3	2	16	2	2	3	3	10	63
15	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4	3	38	4	3	3	3	3	4	20	3	4	3	3	13	71
16	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	4	4	40	3	3	3	3	3	4	19	3	3	3	3	12	71
17	4	5	3	4	5	4	4	5	2	3	4	4	47	3	4	4	4	5	5	25	4	3	4	4	15	87
18	3	2	1	5	4	3	4	1	2	1	2	3	31	5	5	5	2	3	2	22	3	5	5	5	18	71
19	3	4	4	3	4	3	4	3	4	4	3	4	43	3	5	4	3	3	3	21	4	3	5	4	16	80
20	5	3	3	3	4	2	2	3	4	3	4	2	38	4	3	3	4	3	4	21	3	4	3	3	13	72
21	4	5	5	5	5	5	5	3	5	4	2	4	52	5	5	4	1	1	3	19	5	5	5	4	19	90
22	2	4	4	5	4	3	4	3	3	4	4	4	44	2	4	5	2	1	1	15	4	2	4	5	15	74
23	3	4	5	5	5	4	4	4	4	5	5	4	52	5	5	5	2	1	2	21	5	5	5	5	20	93
24	2	2	3	3	3	3	3	3	4	4	2	4	36	1	1	5	3	4	1	15	1	1	1	5	8	59
25	4	3	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	43	3	4	4	3	3	4	20	4	3	4	3	14	77
26	2	3	4	4	5	4	3	2	4	3	2	2	39	3	4	4	5	4	4	24	4	3	4	4	15	78
27	3	1	3	5	2	1	2	1	1	3	2	2	26	1	5	5	1	1	1	14	2	1	5	5	13	53
28	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	34	3	3	3	2	3	4	18	3	3	3	3	12	64
29	3	2	4	5	3	2	4	2	5	3	2	5	40	4	5	5	4	4	2	24	3	4	5	5	17	81
30	3	5	2	4	3	5	2	2	4	2	3	5	40	4	3	5	2	2	3	19	4	4	3	5	16	75
31	3	4	3	2	5	3	3	2	2	2	3	3	35	2	4	4	3	2	3	18	2	2	4	4	12	65
32	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	38	4	3	4	3	3	3	20	3	4	3	4	14	72
33	1	2	3	3	4	2	2	3	2	3	3	4	32	2	4	5	3	3	2	19	3	2	4	5	14	65
34	2	3	4	2	3	2	4	2	2	2	4	4	34	3	4	4	3	4	3	21	4	3	4	4	15	70
35	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	35	1	3	3	3	4	4	18	4	1	3	3	11	64
36	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	36	3	3	3	3	3	2	17	3	3	3	3	12	65
37	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	37	3	3	3	3	3	3	18	3	3	3	3	12	67
38	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	4	36	3	3	3	3	3	3	18	3	3	3	3	12	66
39	3	2	3	3	3	4	3	4	4	3	3	4	39	4	3	3	3	4	4	21	4	4	3	3	14	74
40	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	36	3	2	3	3	3	3	17	3	3	2	3	11	64
41	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	38	3	3	3	3	3	4	19	3	3	3	3	12	69
42	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	34	3	2	3	3	2	3	16	3	3	2	3	11	61
43	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	4	3	37	3	3	3	2	3	3	17	3	3	3	3	12	66
44	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3	3	39	3	3	3	4	3	4	20	3	3	3	3	12	71
45	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	37	4	1	4	2	3	3	17	3	4	1	4	12	66
46	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	38	4	3	3	4	3	3	20	3	4	3	3	13	71
47	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	4	36	3	4	3	3	3	4	20	4	3	4	3	14	70
48	3	3	4	5	4	3	4	3	3	3	4	4	43	2	5	5	3	1	2	18	5	2	5	5	17	78
49	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	37	3	4	4	4	4	3	22	3	3	4	4	14	73
50	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	37	2	2	3	3	3	2	15	2	2	2	3	9	61
51	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	37	3	4	3	3	3	3	19	4	3	4	3	14	70
52	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	46	4	4	4	3	3	4	22	4	4	4	4	16	84
53	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	38	3	3	3	3	3	3	18	2	3	3	3	11	67
54	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	37	3	3	3	3	3	3	18	3	3	3	3	12	67
55	5	5	4	3	3	2	2	4	2	3	4	5	42	4	4	4	3	3	3	21	5	4	4	4	17	80
56	4	4	2	3	3	3	4	4	2	2	3	4	38	3	3	3	3	4	2	18	3	3	3	3	12	68
57	5	4	4	3	3	2	3	3	4	2	3	3	39	5	4	5	2	4	5	25	4	5	4	5	18	82
58	2	2	4	4	3	3	3	4	3	2	4	2	36	2	2	4	3	3	3	17	2	2	2	4	10	63
59	3	4	4	3	4	3	4	3	4	4	3	4	43	3	3	2	3	3	3	17	4	3	3	2	12	72
60	3	3	4	5	3	4	4	3	3	4	3	4	43	3	5	5	1	1	4	19	4	3	5	5	17	79
61	2	4	5	5	5	4	4	4	5	4	4	5	51	5	2	1	2	1	1	12	5	5	2	1	13	76



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"



CONSTANCIA N° 007-2020- COMITÉ DE ÉTICA/UI/DIRESA CALLAO

El que suscribe, Presidente del Comité de Ética para la Investigación de la Dirección Regional de Salud del Callao, deja constancia que el proyecto de investigación titulado "ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SOBRECARGA EN EL FAMILIAR CUIDADOR DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL Y COMUNITARIOS EN LA REGION CALLAO, 2020", ha sido evaluado y aprobado por nuestro Comité Institucional de Ética en Investigación, no habiéndose encontrado objeciones en dicho protocolo de acuerdo a los estándares propuestos por nuestro Comité y se ejecutará bajo la responsabilidad de Vivian Xiomara Atachau Cisneros, Keyla Aydeé Huamani Gastelú y Ofelia Ayme Adriana León Rodríguez.

La fecha de aprobación tendrá vigencia desde el 13 de marzo del 2020 hasta el 13 de marzo del 2021; los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Se debe notificar a este comité cualquier cambio en el Protocolo, en el consentimiento informado o eventos adversos, así mismo se deberán presentar informes trimestrales de los avances efectuados, de igual forma al finalizar su investigación deberá ser presentada de forma física y magnética a través de la Unidad de Investigación de la DIRESA Callao.



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
VIVIAN XIOMARA ATACHAU CISNEROS
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
E.M. 2012-001-11579
PROFESORA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO

Callao, 13 de marzo del 2020

EINA/mfar

www.diresacallao.gob.pe
diresa@iresacallao.gob.pe

Jr. Colina N° 879 - Beltrán - Callao
Teléfonos 4650048 - FAX 4790578





