



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN  
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada con  
Énfasis en “Cuidado en Salud Mental y Psiquiatría”

TESINA

Título:

Modos de afrontamiento del cuidador primario de paciente con trastorno  
mental en una clínica psiquiátrica

PRESENTA:

Lic. Enf. Judith Angélica Leal Rodríguez

Para obtener el nivel de especialista en Enfermería Clínica Avanzada con  
Énfasis en cuidado en Salud Mental y Psiquiatría

DIRECTORA DE TESINA

Dra. Martha Landeros López

San Luis Potosí, S.L.P; Junio 2018



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN  
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Título:

Modos de afrontamiento del cuidador primario de paciente con trastorno  
mental en una clínica psiquiátrica

TESINA

Para obtener el nivel de especialista en Enfermería Clínica Avanzada con  
Énfasis en cuidado en Salud Mental y Psiquiatría

Presenta:

Lic. Enf. Judith Angélica Leal Rodríguez

Directora

---

Dra. Martha Landeros López

San Luis Potosí, SLP

Junio. 2018



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN  
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Título:

Modos de afrontamiento del cuidador primario de paciente con trastorno  
mental en una clínica psiquiátrica

Tesina

Para obtener el nivel de especialista en Enfermería Clínica Avanzada con  
Énfasis en cuidado en Salud Mental y Psiquiatría

Presenta:

Lic. Enf. Judith Angélica Leal Rodríguez

SINODALES

MCE. Erika Adriana Torres Hernández

Presidente

\_\_\_\_\_  
Firma

ME y ME y AS. María Mercedes Pérez Betancourt

Secretario

\_\_\_\_\_  
Firma

Dra. Martha Landeros López

Vocal

\_\_\_\_\_  
Firma

San Luis Potosí, S.L.P

Junio, 2018

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres que son la razón del porque estoy aquí justo ahora, gracias a sus ánimos, consejos y esfuerzo para apoyarme cada día, a mis hermanos y Valentín por ser mi razón de dar lo mejor de mí cada día, a mis abuelos por su cariño inmenso, a toda mi adorada familia Rodríguez, mi madrina, tías y primos, a mi maestra Martha por su enseñanzas, valiosos consejos y ser un gran ejemplo, a Meche porque ya sea por el destino o coincidencia platicamos el día indicado y me dio los ánimos para comenzar un año de aprendizajes, a la maestra Erika por su tiempo, paciencia y enseñanzas, a mis grandes amigos por creer en mí, en especial a Alex, Norma y Mau, a mis compañeros con los que pase un pesado y valioso año en especial a Laurita y David por tanto apoyo, al Posgrado de la Facultad de Enfermería, a la Clínica Psiquiátrica y a todas las enfermeras, psiquiatras, y docentes por guiarme con sus conocimientos, GRACIAS.

Cuando crees en ti, tienes el mundo en tus manos, cuando creen en ti, tienes personas valiosas y a las que quieres a tu lado, y cuando logras lo deseado, tienes un momento de felicidad que parece infinito y puedes compartirlo con los que amas, cuando crees en ti ya lo tienes todo.



## ÍNDICE

I	INTRODUCCIÓN.....	1
II	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	3
III	JUSTIFICACIÓN .....	8
IV	OBJETIVOS .....	12
	4.1 General.....	12
	4.2 Específicos .....	12
V	MARCO TEÓRICO.....	13
	5.1 Salud mental y Epidemiología de las enfermedades mentales y la discapacidad.....	13
	5.2 Estrés y sobrecarga en el cuidador primario.....	16
	5.3 Modos de Afrontamiento al estrés .....	30
VI	METODOLOGÍA.....	39
	6.1. Tipo de estudio y diseño .....	39
	6.2. Variables.....	39
	6.3. Lugar.....	39
	6.4. Población y muestra .....	40
	6.5. Criterios de inclusión y exclusión.....	40
	6.6. Instrumento.....	41
	6.7. Procedimientos .....	42
	6.8. Procesamiento y análisis de datos .....	43
VII	IMPLICACIONES ÉTICAS Y LEGALES .....	44
VIII	RESULTADOS .....	46
IX	DISCUSIÓN.....	58
X	CONCLUSIONES.....	61
XI	RECOMENDACIONES .....	63
XII	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	65
XIII	APÉNDICES Y ANEXOS.....	70

## **ÍNDICE TABLAS**

Tabla 1. Variables sociodemográficas del cuidador primario. Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. Febrero-marzo 2018. ....	46
Tabla 2. Parentesco del cuidador primario con el paciente y tiempo de ser cuidador. Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. Febrero-marzo 2018. ....	47
Tabla 3. Características de salud de los cuidadores primarios. Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. Febrero-marzo 2018. ....	48
Tabla 4. Variables sociodemográficas del paciente con trastorno mental hospitalizado. Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. Febrero-marzo 2018. ....	49
Tabla 5. Tiempo y causas de los internamientos del paciente con trastorno mental al hospital. Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. Febrero-marzo 2018. ....	50
Tabla 6. Modos de afrontamiento por sexo del cuidador primario. Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. Febrero-marzo 2018. ....	52
Tabla 7. Modo de afrontamiento Confrontación del cuidador primario. Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. Febrero-marzo 2018. ....	52
Tabla 8. Modo de afrontamiento Distanciamiento del cuidador primario. Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. Febrero-marzo 2018. ....	53
Tabla 9. Modo de afrontamiento Autocontrol del cuidador primario. Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. Febrero-marzo 2018. ....	54
Tabla 10. Modo de Afrontamiento Búsqueda de apoyo social del cuidador primario. Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. Febrero-marzo 2018. ....	55
Tabla 11. Modo de afrontamiento Aceptación de la responsabilidad del cuidador primario. Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. Febrero-marzo 2018. ....	55
Tabla 12. Modo de afrontamiento Huida evitación del cuidador primario. Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. Febrero-marzo 2018. ....	56
Tabla 13. Modo de afrontamiento Planificación del cuidador primario. Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. Febrero-marzo 2018. ....	57
Tabla 14. Modo de afrontamiento Reevaluación positiva del cuidador primario. Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. Febrero-marzo 2018. ....	57

## **ÍNDICE GRÁFICAS**

1Gráfica 1. Percepción de salud del cuidador primario. Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. Febrero-marzo 2018. ....	48
2Gráfica 2. Conocimiento del tratamiento del paciente. Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. Febrero-marzo 2018. ....	50
3Gráfica 3. Modos de afrontamiento del cuidador primario. Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. Febrero-marzo 2018. ....	51

## **RESUMEN**

**Objetivo.** Identificar los modos de afrontamiento del cuidador primario de paciente con trastorno mental que acude a la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. **Material y métodos.** Estudio de diseño descriptivo-transversal, en 35 cuidadores primarios en este caso de pacientes con trastorno mental hospitalizados temporalmente en la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña de febrero-marzo 2018. El instrumento aplicado fue la “Escala de Modos de afrontamiento” con Alfa de Cronbach=.838, y un apartado sobre las variables sociodemográficas y características de salud del cuidador y paciente. El análisis de la información fue en SPSS v.18 con estadística descriptiva (medidas de tendencia central y dispersión, frecuencias absolutas y relativas). **Resultados.** Los cuidadores primarios en su mayoría fueron mujeres (74.3%), con media de 48 años, desviación típica (DT)=15.7, casadas/con pareja (62.9%), con primaria a secundaria en 62.9%, con empleo no remunerado (hogar) el 51.4%, en su mayoría es la madre encargada del cuidado. El modo de afrontamiento más utilizado fue “Búsqueda de apoyo social” con 42.9%, seguido de “Aceptación de la responsabilidad” y “Reevaluación positiva” (14.3% cada uno respectivamente). **Conclusiones.** Los cuidadores utilizan estrategias focalizadas en la regulación emocional y omiten las centradas en la solución del problema. Estas estrategias pueden estar influidas por las características sociodemográficas encontradas (mujeres, con trabajo no remunerado, casadas) a las que se les asigna el rol de cuidador primario.

**Palabras clave.** Afrontamiento. Cuidador. Paciente. Trastornos mentales. Hospitalización. Servicios de Salud mental. (Fuente: <http://decs.bvs.br>)



## **ABSTRACT**

**Objective.** Identify ways of coping of primary caregiver of patients with mental disorders who come to the Psychiatric Clinic Dr. Everardo Neumann Peña. **Material and methods.** Cross-sectional descriptive study, in 35 primary caregivers in this case of patients with mental disorder temporarily hospitalized at the Psychiatric Clinic Dr. Everardo Neumann Peña in February-March 2018. The instrument applied was the "Ways of Coping Scale" with Alpha Cronbach = 0.838, and a section on sociodemographic and health characteristics of the caregiver and patient. The information analysis was SPSS V.18 descriptive statistics (measures of central tendency and dispersion, absolute and relative frequencies). **Results.** Primary caregivers were mostly women (74.3%) with a mean of 48 years, standard deviation (SD) = 15.7, married / with partner (62.9%), with primary to secondary in 62.9%, with unpaid employment (home) 51.4%, mostly mother is the caregiver. The most commonly used way of coping was "seeking social support" with 42.9%, followed by "acceptance of responsibility" and "positive reappraisal" (14.3% each respectively). **Conclusions.** Caregivers use strategies focused on emotional regulation and omit those focused on solving the problem. These strategies may be influenced by the sociodemographic characteristics found (women, with unpaid work, married) to which they are assigned the role of primary caregiver.

**Keywords.** Coping. Caregiver. Patient. Mental disorders. Hospitalization. Mental health services. (Source:<http://decs.bvs.br>)

## **I INTRODUCCIÓN**

Por cuidador primario se entiende a, la persona del entorno del enfermo, que asume voluntariamente el papel de responsable en un sentido amplio y está dispuesto a tomar decisiones por el paciente y para el paciente, así como cubrir o ayudarlo a mantener sus necesidades básicas y de autocuidado de manera directa o indirecta.

Estas funciones que tiene el cuidador son indispensables para que el paciente, en este caso con trastorno mental, pueda tener un control de su padecimiento y evitar mayor daño y reingresos al área hospitalaria. Sin embargo, la carga para el cuidador puede ser desbordante de sus capacidades y recursos, físicos, personales, materiales y de tiempo, de forma que puede presentar una sobrecarga física y emocional a consecuencia del proceso de estrés y requiere ciertas habilidades para mejorar su afrontamiento.

Los afrontamientos son los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de individuo. Una persona puede tener modos de afrontamiento centrados en resolver el problema que les aqueja o estar centrado en la emoción que le causa esa situación.

Los cuidadores pueden utilizar diversas estrategias de afrontamiento, como la búsqueda de apoyo social, aunque esta puede ser insatisfactoria para resolver un problema que requiere una mayor planificación o confrontación del problema, de forma que el cuidador requiere de estrategias más flexibles y centradas en las situaciones que se presentan como amenazantes o que

rebasan sus recursos para resolverlas. Es decir, una reevaluación de la situación y habilidades sociales que le ayuden a resolver los problemas.

En esta investigación de diseño descriptivo-transversal se pretende conocer los modos de afrontamiento de los cuidadores primarios e identificar las estrategias más utilizadas en el cuidado de personas con trastorno mental. La información obtenida se entregará al Clínica Psiquiátrica a fin de se tenga una información que permita ofrecer recomendaciones para la mejora de la salud mental de los cuidadores primarios.

## **II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Para el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. (DSM-V, 2014)

Las enfermedades mentales son un problema de relevancia mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2011, ya que están aumentando los padecimientos de enfermedades crónicas y entre estos los trastornos de salud mental. La salud mental participa a la carga global de las enfermedades alrededor de 12%, y afecta hasta 28% de años vividos con discapacidad, constituye una de las tres principales causas de mortalidad entre las personas de 15 a 35 años por el suicidio. (OPS, OMS, 2011)

Se calcula que más de mil millones de personas, es decir, un 15% de la población mundial están aquejadas por la discapacidad en alguna forma. Tienen dificultades importantes para funcionar entre 110 millones (2,2%) y 190 millones (3,8%) personas mayores de 15 años. Eso no es todo, pues las tasas de discapacidad están aumentando debido en parte al envejecimiento de la población y al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas. (OMS, 2017)

Los trastornos mentales, neurológicos y por el abuso de sustancias son los principales factores que contribuyen a la morbilidad, la discapacidad, las lesiones, la mortalidad prematura, y los aumentos del riesgo para otras condiciones de salud. En el 2013, la prevalencia de estos trastornos en las Américas, estimada en 12 meses, varió entre 18,7% y 24,2%: la tasa de

trastornos de ansiedad, entre 9,3% y 16,1%; la de trastornos afectivos, entre 7,0% y 8,7%; y la de trastornos por el abuso de sustancias, entre 3,6% y 5,3%. (OPS, 2017)

En los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, en 2003 estudio basado en un diseño probabilístico, multietápico y estratificado para seis regiones, población no-institucionalizada, que tiene un hogar fijo, de 18 a 65 años de edad y que vive en áreas urbanas, alrededor del 75 % de la población nacional, utilizaron la versión computarizada del CIDI que proporciona diagnósticos de acuerdo con el DSM IV y la CIE-10, y realizaron 5,826 entrevistas completas.

Obtuvieron que el 28.6 % de la población presentó alguno de los 23 trastornos de la CIE-10 alguna vez en su vida, el 13.9 % lo reportó en los últimos 12 meses y el 5.8 % en los últimos 30 días, los tipos de trastornos más frecuentes fueron los de ansiedad (14.3 % alguna vez en la vida), seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2 %) y los trastornos afectivos (9.1 %). En los últimos 12 meses, los trastornos más comunes son los de ansiedad, seguidos por los afectivos y en seguida por los de uso de sustancias, y este orden se mantiene en los últimos 30 días.

La región del norte que incluye el estado de San Luis Potosí, muestra la prevalencia en los últimos 30 días más elevada de trastornos por uso de sustancias (1.7%), y la prevalencia más elevada para cualquier trastorno en los últimos 30 días (8.2%). El estudio concluye que uno de cada cinco individuos presenta al menos un trastorno mental en un momento de su vida. Los trastornos de ansiedad son los más prevalentes y los más crónicos, y entre los trastornos individuales más comunes es la depresión mayor. (Medina, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz...Aguilar, 2003)

El incremento en los trastornos mentales y el alto porcentaje que los trastornos mentales puedan presentar discapacidad en las personas que los padecen, hace clara la necesidad de contar con personas que se hagan responsables del cuidado del paciente con trastorno mental. Según la OMS (2002), el cuidador primario es la persona del entorno del enfermo que asume voluntariamente el papel de responsable en un sentido amplio y está dispuesto a tomar decisiones por el paciente y para el paciente y a cubrir sus necesidades básicas de manera directa o indirecta.

El cuidador primario del paciente con trastorno mental se responsabiliza de cuidar al paciente por un largo tiempo o toda su vida. Brindar asistencia o cuidar a otra persona requiere de tiempo y esfuerzo; el tiempo que dedica el cuidador al paciente puede impedir el desarrollo normal de sus actividades y relaciones sociales, esfuerzo para continuar cubriendo sus propias necesidades y las de otra persona, percibir una gran responsabilidad, tomar decisiones para la persona cuidada, y realizar cuidados físicos, sociales y psicológicos para atender las necesidades cambiantes del receptor de los cuidados, estas situaciones pueden generar estrés y el estrés a su vez generar sobrecarga en el cuidador.

El estrés es definido como un “conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo está valorada por la persona como algo que “grava” o excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal” (Lazarus y Folkman, 1984).

En un estudio de Rodríguez (2016), con el objetivo de describir la sobrecarga de las cuidadoras informales de personas dependientes e identificar las variables relacionadas, los resultados obtenidos mostraron que el 61.9% estuvieron sometidas a sobrecarga intensa, el ítem de la escala de Zarit que más contribuyó a la sobrecarga fue la falta de tiempo para uno mismo, seguida

de los efectos negativos en las relaciones interpersonales. El estudio concluye que las cuidadoras presentan un alto nivel de sobrecarga, y se relaciona tanto con sus características, como con las del dependiente. La sobrecarga replantea la necesidad de que se adopte una visión integradora cuidadora-dependiente.

El cuidador debe estar preparado para afrontar las situaciones que vienen a responsabilizarse de los cuidados de un paciente con trastorno mental, el afrontamiento se refiere a la serie de “pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar situaciones difíciles” (Stone y cols,1988). Partiendo de la consideración de Lazarus y Folkman que no existen procesos de afrontamiento universalmente buenos o malos.

Lazarus y Folkman (1986) consideran que el afrontamiento depende de múltiples factores, como la persona, el tipo específico de encuentro (relación entre la persona y el estresor), entre otros y así el afrontamiento depende del contexto, y de la evaluación que se le dé a una situación, aun así, unas estrategias de afrontamiento son más estables que otras a través de las situaciones estresantes. En cambio, los estilos de afrontamiento se han formulado partiendo de la base de que se trata de disposiciones personales para hacer frente a las distintas situaciones estresantes, viéndolos como un estilo personal de afrontar el estrés.

Tal como menciona Paz (2010) en un estudio que tuvo como objetivo describir los predictores de ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes neurológicos, la muestra de 145 cuidadores a los que se les aplicó el cuestionario sobre modos de Afrontamiento al Estrés de Folkman y Lazarus, la mayoría de la población de los cuidadores utilizaron la estrategia de afrontamiento centrada en la emoción/apoyo social.

En ese mismo estudio de Paz (2010) plantea la premisa que a mayor sobrecarga y un afrontamiento inadecuado, más ansiedad o depresión reportaran los cuidadores. Esto nos lleva a la idea en que el estrés y la sobrecarga que presentan los cuidadores primarios tendrán un gran impacto en la forma en que afrontan estas situaciones. Además, las variables identificadas para predecir ansiedad fueron el impacto negativo, distanciamiento cognitivo, edad del paciente y escolaridad del cuidador (percibir mayor falta de competencia), y para depresión fueron el impacto negativo, escolaridad del cuidador y distanciamiento cognitivo.

Los síntomas del estrés prolongado le traen problemas en la salud física y mental al cuidador, no le permiten lograr el bienestar personal, y todo esto lo lleva a presentar dificultad para brindar los cuidados, esto afecta al paciente afectando su calidad de vida, con un mayor deterioro de la enfermedad, mala adherencia al tratamiento, y reingresos hospitalarios, entre otras complicaciones.

Por estas consideraciones surge la pregunta ¿Cuáles son los modos de afrontamiento del cuidador primario de paciente con trastorno mental de la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña?



### **III JUSTIFICACIÓN**

La sobrecarga y los problemas derivados del estrés prolongado en los cuidadores primarios de paciente con trastorno mental son problemas que aumentan conforme aumentan las enfermedades mentales, enfermería debe estar preparada para educar sobre el problema y enseñar cómo mejorar los afrontamientos al estrés, y para esto primero se necesita conocer los modos de afrontamiento que los cuidadores primarios de paciente con trastorno mental utilizan, teniendo en cuenta que las situaciones o demandas de cuidado pueden sobrepasar sus recursos, y lo llevan a presentar estrés por sobrecarga definido en NANDA como excesiva cantidad y tipo de demandas que requieren acción.

En un estudio de Ávila et al (2010), con el objetivo de identificar relaciones entre las habilidades para el cuidado como conocimiento, valor y paciencia y su relación con la depresión en cuidadores de pacientes con demencia, obtuvieron que los cuidadores tenían promedios elevados de conocimientos, paciencia y valor, lo cual indica un buen rendimiento de las habilidades para cuidar, sin embargo identificó promedios elevados de síntomas depresivos, ya que el 46.9%, de estos, la depresión la leve fue en 34.4%, la moderada en 12.5%.

La depresión se asoció más a los cuidadores recientes con poca formación educativa y a cuidadores con buen nivel de conocimientos. Entre las manifestaciones depresivas en los cuidadores sobresalieron síntomas de intensidad leve de insatisfacción, irritabilidad, fatigabilidad, preocupaciones somáticas y bajo nivel de energía. (Ávila, García y Gaitán, 2010).

Cabe suponer entonces que a pesar de que los cuidadores tengan buenas herramientas para brindar los cuidados al contar con los conocimientos

necesarios, eso no los excluye de presentar síntomas de depresión, la cual puede estar dada por estrés prolongado, los modos en que afrontan las situaciones de cuidado y el desgaste tanto físico como emocional que afecta la salud mental. Además de que contar con conocimientos del cuidado no exenta a los cuidadores de presentar estrés, sobrecarga y depresión, se necesita contar con el conocimiento para utilizar estrategias de afrontamiento flexibles, para afrontar las exigencias de cuidado, y las emociones negativas que se presentan con estas exigencias.

Un estudio cuasi-experimental realizado por Sánchez et al (2016), acerca de las Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores, reportó que antes de las intervenciones los cuidadores tuvieron 75% de sobrecarga intensa y el 25% estaba en riesgo. Posterior a la intervención el 75% no percibió sobrecarga y el 25% reportó estar en riesgo o tener sobrecarga intensa. Las intervenciones utilizadas estuvieron relacionadas con la mejora del afrontamiento y la psicoeducación que permiten aumentar las habilidades sociales.

Un cuidador que presente estrés prolongado tendrá dificultad para desempeñar las funciones de cuidado, se debe encontrar la forma en cómo mejorar el afrontamiento al estrés de los cuidadores con sobrecarga o riesgo de sobrecarga. Es importante identificar los modos de afrontamiento en cuidadores de pacientes con trastorno mental en función de que el cuidado de estas personas produce ansiedad, temor, estrés y con ello sobrecarga tanto física como psicoemocional.

Conocer los modos de afrontamiento que utiliza el cuidador primario permite identificar y explicar las conductas que le promueven problemas en su salud y le impiden tomar decisiones apropiadas ante las demandas de cuidado propio y de su paciente. Taylor (1990) menciona que el estilo evitativo puede que sea

útil en un momento determinado y en una situación simple, así también Holahan y Moos (1987) señalan que el evitativo a la larga será ineficaz para manejar circunstancias vitales más complejas.

En un estudio de Moreno et al (2010), con el objetivo de conocer las necesidades más y menos importantes que reportan cuidadores de personas con demencia, describir las principales características psicosociales y determinar si existe una relación entre dichas necesidades y las características psicosociales, se obtuvo que las necesidades más frecuentes por los familiares fueron discutir los sentimientos con amigos y otros familiares (90%), discutir los sentimientos con otros cuidadores o personas que hayan vivido una experiencia similar (93%), recibir ayuda de organizaciones dentro de la comunidad (93%), recibir información completa sobre el estado del paciente (92%) y recibir información especializada (97%).

Con respecto a la satisfacción con la vida, (90%) reportaron en el estudio de Moreno et al (2010), estar satisfechos con su vida. De acuerdo con estos resultados esto puede afectar sus estrategias de afrontamiento, ya que los cuidadores entre sus necesidades más frecuentes se encuentra recibir apoyo emocional y estos para conseguirlo podrían aprender a hacer uso de la estrategia de búsqueda apoyo social, entre múltiples estrategias que sean flexibles a la situación de cuidado.

Los cuidadores que acuden a la clínica psiquiátrica utilizan recursos personales para hacer frente al estrés, esto es, modos de afrontamiento que en cierta forma han aprendido a lo largo de su experiencia de vida, sin embargo, estos modos no siempre han sido eficaces para resolver las situaciones que se les presentan al hacerse responsable del cuidado en casa de un familiar con trastorno mental. Según Lazarus y Folkman (1984) señalan que no existen procesos de afrontamiento universales buenos o malos, ya que

dependen de factores como la persona, el tipo de estresor, los recursos personales y sociales con que cuenta.

El cuidador de paciente con trastorno mental se encuentra expuesto a situaciones estresantes y a lo que socialmente es manejado como un estigma para la persona con trastorno, por lo que el familiar o cuidador primario debe afrontar además la discriminación del entorno. También hay condiciones de cuidado impredecible que le demandan una atención rápida y compleja al cuidador, que debe manejar con responsabilidad, conocimiento y ecuanimidad y por otra parte con un costo emocional, por tanto la estrategia de afrontamiento debe tener como característica que sea flexible a la situación en un estado ideal, sin embargo muchas de las veces los cuidadores pueden no contar con los recursos suficientes o apropiados para manejar la situación, de forma que surgen sentimientos como frustración, ansiedad, enojo, ira y sobrecarga, que no ayudan a tomar las mejores decisiones.

Por esto el especialista en salud mental debe valorar la sobrecarga en el cuidador primario de paciente con trastorno mental, y conocer los modos de afrontamiento que utiliza, para así con intervenciones enfocadas en el entrenamiento en habilidades sociales, ayudar al cuidador a utilizar estrategias de afrontamiento flexibles, e intervenciones para disminuir el estrés.

## **IV OBJETIVOS**

### **4.1 General**

Identificar los modos de afrontamiento del cuidador primario de paciente con trastorno mental que acude a la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña.

### **4.2 Específicos**

- Describir las variables sociodemográficas, laborales, académicas y de salud de los cuidadores primarios de paciente con trastorno mental.
- Identificar las variables demográficas y de salud del paciente con trastorno mental
- Describir los modos de afrontamiento de los cuidadores primarios del paciente con trastorno mental.
- Clasificar las dimensiones de los modos de afrontamiento utilizados por los cuidadores primarios del paciente con trastorno mental.

## **V MARCO TEÓRICO**

### **5.1 Salud mental y Epidemiología de las enfermedades mentales y la discapacidad.**

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946). Y la salud mental está definida por la OMS (2001) como, un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

La salud física y mental, van de la mano, si se ve al individuo holísticamente como un ser integral, sin embargo, a través de la historia se ha ido conceptualizando y delimitando cada área, esta cuestión está bien si se hace con el fin de otorgar a cada una, una atención especializada, tanto la enfermedad física como los trastornos mentales han estado presentes a lo largo de la historia de la humanidad, sin embargo fue hasta los siglos XVII y XVIII que se inician las primeras investigaciones científicas sobre las causas de algunos trastornos mentales, y así la psiquiatría y la salud mental han ido evolucionando en sus cuidados, y tratamientos. Anexo A. Evolución de los conceptos de las enfermedades mentales, en las épocas más destacadas de la historia.

Las enfermedades mentales son un problema de relevancia mundial según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS), en 2011, ya que están aumentando los padecimientos de enfermedades crónicas y entre estos los trastornos de salud mental. La salud mental participa a la carga global de las enfermedades alrededor de 12%, y

afecta hasta 28% de años vividos con discapacidad. (OPS/OMS, 2011). Más de 300 millones de personas en el mundo sufren depresión, un trastorno que es la principal causa de discapacidad, y más de 260 millones tienen trastornos de ansiedad. (OMS, 2017)

Según la OMS (2017), más de mil millones de personas, un 15% de la población mundial están aquejadas por la discapacidad en alguna forma. Tienen dificultades importantes para funcionar entre 110 millones (2,2%) y 190 millones (3,8%) personas mayores de 15 años. Las tasas de discapacidad están aumentando debido al envejecimiento de la población y al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas.

Las personas con discapacidad tienen una mayor demanda de asistencia sanitaria que quienes no padecen discapacidad, y también tienen más necesidades insatisfechas en esta esfera; por ejemplo, en una encuesta reciente acerca de personas con trastornos mentales graves, se observó que entre un 35% y un 50% de estas personas en países desarrollados y entre un 76% y un 85% en países en desarrollo no recibieron tratamiento en el año anterior al estudio. (OMS, 2017)

Dependiendo del grupo y las circunstancias, las personas con discapacidad pueden experimentar una mayor vulnerabilidad a afecciones secundarias, comorbilidad, enfermedades relacionadas con la edad y una frecuencia más elevada de comportamientos nocivos para la salud y muerte prematura. Las tasas de mortalidad de las personas con discapacidad varían según la enfermedad primaria. Sin embargo, una investigación efectuada en el Reino Unido comprobó que las personas con trastornos mentales y deficiencias intelectuales tenían una esperanza de vida menor. (OMS, 2017)

Los trastornos mentales, neurológicos y por el abuso de sustancias son los principales factores que contribuyen a la morbilidad, la discapacidad, las lesiones, la mortalidad prematura, y los aumentos del riesgo para otras condiciones de salud. En el 2013, la prevalencia de estos trastornos en las Américas, estimada en 12 meses, varió entre 18,7% y 24,2%; la tasa de trastornos de ansiedad, entre 9,3% y 16,1%; la de trastornos afectivos, entre 7,0% y 8,7%; y la de trastornos por el abuso de sustancias, entre 3,6% y 5,3%. (OMS/OPS, 2017)

En un estudio en México que evaluó la discapacidad de las personas por trastornos afectivos y de ansiedad comparándolas con la discapacidad causada por algunas condiciones crónicas no psiquiátricas, como diabetes, artritis, hipertensión, cefalea, dolor de espalda y cuello, y otras condiciones dolorosas, identificadas como “condiciones crónicas”. Los trastornos con el mayor nivel de discapacidad fueron el estrés postraumático y la depresión, los resultados indicaron que el efecto de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad es mayor que el de algunas condiciones crónicas no psiquiátricas. (Lara, Medina, Borges, 2007)

En el 2008, México contaba con 544 establecimientos ambulatorios de salud mental, de los cuales el 3% estaba destinado a niño(a)s y adolescentes, que ofrecían atención a 310 usuarios por cada 100,000 habitantes. Del total de usuarios atendidos, 56% fueron mujeres, 44% hombres y el 27% niños y/o adolescentes. Los principales diagnósticos fueron trastornos afectivos (28%), neuróticos (25%) y otros (26%) que engloban epilepsia, trastornos mentales orgánicos, retraso mental y desordenes psicológicos del desarrollo. (OPS/OMS, 2011)

En el país, hay 13 unidades de internamiento psiquiátrico en hospitales generales con un total de 147 camas, lo que representa 0.14 por cada 100,000



habitantes. El 8% está reservado para niños y adolescentes. Del total de pacientes atendidos, 60% fueron mujeres y 9%, niños o adolescentes, quienes en promedio permanecieron internos 14 días. El número de admisiones ascendió a 1,873, esto significó 2 pacientes por cada 100.000 habitantes. Los principales diagnósticos correspondieron a trastornos afectivos (27%), trastornos asociados al consumo de drogas (18%) y a los englobados en otros (22%). (OPS/OMS, 2011)

La mayoría de los pacientes (51-80%) recibieron una o más intervenciones psicosociales en el último año y el 100 % de las unidades dispusieron de por lo menos un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica. De los 46 hospitales psiquiátricos en el país, se atendieron a 47 usuarios por cada 100.000 habitantes: 50% eran mujeres y 6% niños o adolescentes. Los diagnósticos más frecuentes fueron los trastornos afectivos (27%), la esquizofrenia (24%) y otros padecimientos, como trastornos orgánicos o epilepsia (16%). En promedio, los pacientes pasaron 24 días hospitalizados; el 58% permanecieron menos de un año; 4% entre uno y cuatro años, 7%, entre 5 y 10 años y 31% más de 10 años. (OPS/OMS, 2011)

## **5.2 Estrés y sobrecarga en el cuidador primario**

Cuando una persona se convierte en cuidador principal de un paciente con trastorno mental, implica reconocer que una persona amada (familiar/amigo/pareja etc.) ha enfermado, y responsabilizarse del cuidado de esta persona, esta situación puede ser perturbadora para el nuevo cuidador.

En la mayoría de los casos la enfermedad es una situación estresante para la familia y las personas allegadas al paciente, y mucho tendrá que ver la naturaleza de la enfermedad, su gravedad, el apoyo social o familiar disponible y los servicios disponibles para que el cuidador vea esto estresante o muy

estresante, además el brindar cuidados informales a un paciente con trastorno mental requiere de un gran esfuerzo para cumplir con las demandas de cuidado.

Cuando el cuidador se hace responsable de brindar los cuidados de un familiar que ha enfermado se le suman tareas y actividades a su vida diaria, y muchas veces este no está preparado para cumplir con estas demandas o presiones. La presión ocurre cuando deben acelerarse las actividades, cuando deben cumplirse plazos límites, cuando se agrava trabajo extra de forma inesperada o cuando una persona debe trabajar cerca de su capacidad máxima durante periodos largos (Weiten 1988).

Entre las atenciones de cuidado podrían encontrarse responsabilizarse de los cuidados durante las 24 horas, actividades de cuidado excesivas, situación de cuidados impredecible, entre otras, y el cuidador puede no poseer los recursos suficientes para ofrecer los cuidados, como: apoyo social, recursos económicos, recreación, experiencia en la provisión de cuidados, conocimientos sobre los recursos comunitarios, conocimientos sobre los cuidados, tiempo suficiente, y estrategias de afrontamiento eficaces, habilidades sociales, entre otros recursos personales.

En este sentido el cuidador presentara estrés, que es un “conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo está valorada por la persona como algo que “grava” o excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal”. Lazarus y Folkman (1984)

Como se ha mencionado este entorno puede provocarle estrés al cuidador ya sea desde un principio al enterarse del padecimiento de su ser querido, y de percibir que ha adquirido una gran responsabilidad ya que esto puede representar una amenaza o una perdida para el (evaluación primaria) o

posteriormente al presentarse ante las demandas de cuidado, y valorar sus propios recursos como insuficientes para hacer frente a estas demandas (evaluación secundaria), la teoría de la evaluación cognitiva de Lazarus y Folkman (1984) nos explica esto.

El modelo transaccional se focaliza en el concepto cognitivo de evaluación, la evaluación es el “mediador cognitivo de las reacciones de estrés (elemento mediador de las respuestas personales de estrés a los estímulos relevantes)”. La evaluación cognitiva es un proceso en el cual se valora continuamente el significado de lo que está ocurriendo, respecto con el bienestar personal. Tanto la evaluación primaria como la secundaria son procesos que se pueden presentar simultáneamente. (Lazarus y Folkman,1984)

Esta teoría tiene tres tipos de evaluación: primaria, secundaria y reevaluación. La evaluación primaria se produce en cada encuentro con cierto tipo de demanda externa o interna, se produce cada que se está frente a estresores externos o internos y la forma en que catalogamos a esos estresores, es la valoración primaria. La valoración primaria es el juicio que una persona da aun estresor, y es el primer mediador psicológico del estrés y puede dar lugar a cuatro modalidades de evaluación:

1. Amenaza. Anticipación de un daño que, aunque aún no se ha producido, su ocurrencia parece inminente.
2. Daño-perdida. Se refiere a un daño psicológico que ya se ha producido.
3. Desafío. Hace referencia a la valoración de una situación que implica a la vez una posible ganancia positiva y una amenaza. Resulta de demandas difíciles, ante las que el sujeto se siente seguro de superarlas siempre que movilice y emplee adecuadamente sus recursos de afrontamiento.
4. Beneficio. Este tipo de valoración no inducirá reacciones de estrés.

La evaluación secundaria consiste en el juicio que una persona hace acerca de los recursos y opciones accesibles para afrontar transacciones estresantes, de las limitaciones en el uso de tales recursos, y de las consecuencias de su uso. Es la valoración de los recursos para afrontar la situación. Los “recursos de afrontamiento” incluyen las propias habilidades personales, habilidades de afrontamiento, el apoyo social y los recursos materiales. (Lazarus y Folkman, 1984)

La diferencia entre la valoración primaria y secundaria se encuentra en el contenido de lo que se evalúa, estas son interdependientes, conformando el grado de estrés, la fuerza y la cualidad de la reacción del estrés. Así se plantea que la reacción de estrés depende principalmente de la forma en que se dé la valoración secundaria, es decir la forma en que la persona valora sus propios recursos. Y la reevaluación son los procesos que acontecen a medida que se desarrolla la interacción entre el individuo y las demandas externas o internas, esta entonces permite que se produzcan correcciones sobre las valoraciones previas de la evaluación primaria.

El estrés es un proceso de valoración de los estresores en cuanto al daño, pérdida o desafío entre otros, y de valoración de los recursos disponibles para afrontar las situaciones; y esto da lugar a respuestas con cambios fisiológicos, emocionales, cognitivos y conductuales. Bajo esta perspectiva del estrés, cuando el cuidador ha hecho una evaluación de la situación y esta ha excedido sus recursos, se presentará la respuesta de estrés; que son una serie de respuestas fisiológicas, psicológicas y emocionales.

Según Sandín (2008), el estrés involucra varios elementos como la presencia de agentes externos o internos, procesos de evaluación cognitiva, estrategias de afrontamiento, y un complejo de respuestas psicológicas y fisiológicas conocidas como reacción al estrés, así como también variables mediadoras y

moduladoras de las respuestas de estrés y del estado de salud, el modelo tiene las siete etapas siguientes:

**Demandas psicosociales:** los agentes externos causales del estrés, incluyen los factores psicosociales, estresores ambientales. El estrés psicosocial se refiere a los sucesos mayores o sucesos vitales, como pérdidas, a los sucesos menores como el estrés diario y al estrés crónico.

**Evaluación cognitiva:** la valoración cognitiva que efectúa el individuo con respecto a la situación o demanda psicosocial. Existen al menos dos tipos de evaluación, una evaluación dada por el tipo de amenaza suscitado por la demanda psicosocial, la cual puede ser de pérdida, de un peligro más o menos inminente o de un desafío, estos tipos de valoración de la situación estresora pueden depender fundamentalmente de la naturaleza propia de la demanda, de las características del individuo, o de ambas. El otro tipo de la evaluación de la demanda psicosocial puede implicar que esta se valore según las características de la demanda, tales como la valencia, la independencia, la predecibilidad y la controlabilidad.

**Respuesta de estrés:** complejo de respuestas fisiológicas que implican sobre todo al sistema neuroendocrino y al SNA, y a las respuestas psicológicas de tipo emocional y suelen tratarse de respuestas de ansiedad o depresión.

**Afrontamiento:** se refiere a los esfuerzos conductuales y cognitivos que emplea el sujeto para hacer frente a las demandas estresantes, así como también para suprimir el estado emocional del estrés. Una relación muy estrecha ocurre entre el afrontamiento y los componentes psicológicos y fisiológicos de la respuesta de estrés.

El afrontamiento, al igual que la evaluación cognitiva, es una variable mediadora de la respuesta de estrés, las variables mediadoras intervienen por sí mismas activando o reduciendo las respuestas de estrés, median los efectos de los estresores sobre las respuestas; las variables moduladoras actúan sobre las variables mediadoras, moderando (modulando) dichas respuestas. El afrontamiento, con independencia de cuál sea la naturaleza del estresor, sirve, bien para cambiar la situación de la que emergen los estresores, bien para modificar el significado de la situación para reducir su grado de amenaza, o bien para reducir los síntomas del estrés.

Características personales: todo un conjunto de variables que pueden influir sobre las cuatro etapas anteriores, variables como los tipos de personalidad, los factores hereditarios, etc. Las personas pueden emplear diferentes habilidades, capacidades y recursos, tanto personales como sociales para hacer frente a las condiciones potencialmente estresantes.

Existen predisposiciones personales para responder al estrés más con unas estrategias que con otras, razón por la cual las características personales constituyen los principales recursos personales de afrontamiento al estrés. Los recursos son algo potencial para la acción, pero no la acción en sí misma.

Características sociales: son el apoyo social, el nivel socioeconómico, y las redes sociales. El apoyo social es considerado como un recurso social del afrontamiento, este hace referencia a las acciones llevadas a cabo a favor de un individuo por otras personas, como los amigos, familiares y compañeros, que pueden proporcionar asistencia instrumental, informativa y emocional.

Status de salud: es el resultado del estrés, este estado de salud, tanto psicológico como fisiológico, depende del funcionamiento de las fases anteriores. Un afrontamiento inapropiado puede ser nocivo para la salud. Los

mecanismos del estrés en sus diferentes, en sus diferentes niveles de actuación, relacionados con la alteración de la salud. (Sandín, 2008).

Hans Selye autor de la teoría del Síndrome General de Adaptación (SGA) (1936), definió al estrés como una “respuesta inespecífica ante cualquier estímulo externo” (1956) y en 1960 definió el estrés como “el estado que se manifiesta, por un síndrome específico, consistente en todos los cambios inespecíficos inducidos dentro de un sistema biológico. Así, el estrés tiene su forma y composición características, pero ninguna causa particular”.

El enfoque de Selye tiene un énfasis fisiológico, y consideraba las situaciones de estrés como aquellas que requieren ajuste por parte del organismo. Para esta teoría un “estresor” (1956) es cualquier demanda que evoca el patrón de estrés referido.

La respuesta al estrés es una “respuesta estereotipada”, que implica una activación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (con activación de corticoides) y del sistema nervioso autónomo, esta respuesta está constituida por un mecanismo tripartito que denomina síndrome general de adaptación (SGA), e incluye tres etapas; la primera fase es la reacción de alarma la cual tiene dos fases, la fase de choque y la fase de contrachoque, la segunda es la etapa de resistencia y la tercera la etapa de agotamiento. (Selye, 1936)

Reacción de alarma: reacción del organismo al ser expuesto a diversos estresores, son las primeras reacciones físicas que aparecen, la descarga de adrenalina, corticotrofina (ACTH) y corticoides son reacciones primarias de defensa que empiezan en la fase de choque, pero se hacen más evidentes en la fase de contrachoque, la cual es una reacción de rebote (defensa contra el choque) caracterizada por la movilización de una fase defensiva.

En esta reacción de alarma, tras un tiempo de inhibición se produce una respuesta de gran intensidad que deplecciona la corteza suprarrenal y en la que predomina un estado catabólico general. (Gestoso, 2001). Esta etapa tiene repercusión en muchas enfermedades asociadas a el estrés agudo.

Etapa de resistencia: en esta etapa se produce adaptación del organismo al estresor y así mejoran y desaparecen los síntomas, la duración de esta fase depende de la intensidad del estresor, y si el organismo puede adaptarse al estresor esta etapa perdurará durante un tiempo prolongado. Durante la fase de resistencia se evidencian signos de anabolismo.

Etapa de agotamiento: cuando el organismo se expone prolongadamente al estresor y este muy severo, el organismo pierde la adaptación adquirida, se agota, y reaparecen los síntomas de la etapa de reacción de alarma, y puede significar la muerte del organismo. O un ejemplo de esta fase, puede ser la enfermedad, como las enfermedades provocadas por estrés crónico.

Las principales estructuras y sustancias implicadas en la respuesta del estrés son: los sistemas nervioso y endocrino que actúan juntos para coordinar las funciones de todos los aparatos y sistemas orgánicos, para esto el sistema nervioso desencadena, la liberación de moléculas mediadoras (mensajeros) llamadas neurotransmisoras y el sistema endocrino libera mediadores, llamados hormonas.

La función del sistema nervioso (SN) es integrar todos los sistemas del organismo, en los organismos más complejos y más grandes, los sistemas nerviosos aportan una comunicación interna y externa con el entorno. El SN presenta una serie de divisiones y subdivisiones, las dos divisiones principales del sistema nervioso son el sistema nervioso central (SNC) y el sistema nervioso periférico (SNP).



El SNC está compuesto por el encéfalo la medula espinal, y el SNP está compuesto por nervios craneales, espinales, así como sus ramificaciones dentro del cuerpo, y ganglios, el SNP constituye el enlace entre el SNC y las estructuras de la periferia del cuerpo, de las que recibe información sensorial y a las que envía impulsos de control. (Crossman y Neary, 2007). Y así mismo el SNP se divide en el sistema nervioso somático y el sistema nervioso autónomo (SNA), el primero tiene componentes sensoriales y motores que inervan fundamentalmente la piel y los músculos voluntarios; el SNA inerva principalmente los órganos internos. (Brannon y Feist, 2001)

Las funciones del SNA no requieren la participación del pensamiento consciente, a pesar de que en la actualidad se sabe que es posible aprender a ejercer un control consciente sobre algunas de las funciones del SNA. Este sistema tiene dos divisiones: el sistema nervioso simpático y el sistema nervioso parasimpático, ambos diferentes tanto anatómicamente como funcionalmente. (Brannon y Feist, 2001).

La mayoría de los órganos poseen doble inervación, es decir reciben estímulos de neuronas simpáticas y parasimpáticas. El SNA simpático estimula el órgano para que aumente su actividad (excitación) y los impulsos del parasimpático la disminuyen (inhibición). (Tortora y Derrickson, 2006)

La división simpática moviliza los recursos del organismo en situaciones de emergencia, estrés o emocionalmente importantes. Canon (1993), denominó a esta clase de respuestas “reacción de lucha o vuelo”. La activación del sistema simpático prepara al cuerpo para desarrollar una actividad motora intensa, es decir una energía necesaria para atacar, defenderse o escapar, con reacciones como aumento y fuerza del pulso cardíaco, constricción de los vasos sanguíneos y la piel, aumento de la respiración, descenso de la

actividad gastrointestinal, estimulación de las glándulas sudoríparas y las pupilas. (Brannon y Feist, 2001)

La división parasimpática en cambio promueve la relajación en condiciones normales y sin estrés, y este se encarga del restablecimiento de la energía corporal. Funciona recíprocamente con la división simpática, ya que la activación de uno de estos sistemas aumenta a medida que disminuye la del otro, contrarresta la función del simpático (Brannon y Feist, 2001). Entre las reacciones de este sistema están disminuir la frecuencia y fuerza de contracción del corazón, constricción de los vasos sanguíneos, entre otros.

El hipotálamo es una pequeña región del cerebro debajo del tálamo, es la conexión principal entre los sistemas nervioso y endocrino. Recibe aferencias desde el sistema límbico, la corteza cerebral, el tálamo, y el sistema activador reticular, recibe señales sensoriales desde órganos internos y la retina. Las experiencias dolorosas, estresantes y emocionales, causan cambios en la actividad hipotalámica, también controla el sistema nervioso autónomo y regula la temperatura corporal, la sed, el hambre, la conducta sexual y las reacciones de defensa como el miedo y la ira. (Tortora y Derrickson, 2006)

La glándula hipófisis está unida al hipotálamo mediante un tallo, el infundíbulo, y tiene dos lóbulos anatómicamente y funcionalmente separados. El lóbulo anterior (adenohipófisis), y el lóbulo posterior (neurohipófisis). La neurohipófisis contiene axones y terminales axónicos de más de 10000 neuronas cuyos cuerpos celulares se localizan en los núcleos supraóptico y paraventricular de hipotálamo. (Tortora y Derrickson, 2006). En el sistema porta hipofisario, la sangre fluye desde los capilares del hipotálamo a las venas portales que llevan la sangre a los capilares del lóbulo anterior de la hipófisis. Las arterias hipofisarias superiores, llevan la sangre al hipotálamo.

En la unión de la eminencia media del hipotálamo y el infundíbulo, estas arterias se dividen en una red capilar que se llama plexo primario del sistema porta hipofisario. Del plexo primario la sangre drena a las venas portales hipofisarias que pasan por debajo del infundíbulo.

En la adenohipófisis, las venas porta hipofisarias se dividen nuevamente y forman otra red capilar llamada plexo secundario del sistema porta hipofisario. (Tortora y Derrickson, 2006) Cerca de la eminencia media y sobre el quiasma óptico hay células neurosecretoras, que sintetizan las hormonas liberadoras e inhibitoras hipotalámicas en sus cuerpos celulares y almacenan las hormonas dentro de vesículas, que llegan a los terminales axónicos por transporte axónico. Los impulsos nerviosos estimulan la exocitosis de las vesículas.

Las hormonas luego difunden al plexo primario, y luego las hormonas hipotalámicas fluyen con la sangre a través de las venas portales hacia el plexo secundario. Las hormonas secretadas por las células de la adenohipófisis pasan a los capilares del plexo secundario, que drenan en las venas hipofisarias anteriores y hacia la circulación general, luego hacia los tejidos diana distribuidos por todo el cuerpo. (Tortora y Derrickson, 2006)

La adenohipófisis secreta hormonas que regulan un amplio rango de actividades corporales, esta liberación de hormonas se estimula mediante hormonas liberadoras y se inhibe mediante hormonas inhibitoras desde el hipotálamo y entre las células que existen en la adenohipófisis se encuentran las corticotrópicas. Para comprender el mecanismo del estrés, se plantea que las células corticotrópicas secretan corticotropina (ACTH), que estimula a la corteza suprarrenal a secretar glucocorticoides como el cortisol. (Tortora y Derrickson, 2006)

La secreción de las hormonas de la adenohipófisis está regulada por dos vías, una es por las neuronas neurosecretoras en el hipotálamo que estimulan la secreción de hormonas en la neurohipófisis, y hormonas inhibitoras que suprimen la secreción de las hormonas de la adenohipófisis. La otra vía es por una retroalimentación negativa debido a las hormonas liberadas por las células blanco, que hace decrecer la secreción de la hipófisis, en esta, la secreción de las hormonas corticotrópicas disminuye cuando los niveles sanguíneos de las hormonas de sus células diana ascienden (Tortora y Derrickson, 2006).

Las células corticotrópicas secretan principalmente corticotropina (ACTH). La ACTH controla la producción y secreción de cortisol y otros glucocorticoides en la corteza de las glándulas suprarrenales. La hormona liberadora de corticotropina (CRH) del hipotálamo estimula la secreción de ACTH en las células corticotrópicas. Los glucocorticoides elevados inhiben la liberación de CRH y ACTH por retroalimentación negativa. (Tortora y Derrickson, 2006)

Las glándulas suprarrenales, cada una tiene dos regiones, la corteza suprarrenal y la medula suprarrenal, la corteza suprarrenal se divide en tres zonas; la zona glomerulosa, fasciculada, y reticular, las células de la zona fasciculada secretan principalmente glucocorticoides llamados así porque afectan la homeostasis de la glucosa. Los glucocorticoides regulan el metabolismo y la resistencia al estrés, el cortisol es el más abundante. (Tortora y Derrickson, 2006)

Los niveles sanguíneos bajos de cortisol, estimulan a las células neurosecretoras en el hipotálamo a secretar hormona liberadora de corticotropina (CRH), la CRH promueve la liberación de ACTH en la adenohipófisis. La ACTH fluye en la sangre a la corteza suprarrenal, donde estimula la secreción de glucocorticoides. El hipotálamo también aumenta la

liberación de CRH en respuesta a distintas formas de estrés físico y emocional. (Tortora y Derrickson, 2006)

Efectos de los glucocorticoides:

1. Degradación de proteínas: aumentan la degradación de proteínas, en especial en las fibras de musculo liso, y así aumentan la liberación de aminoácidos al torrente sanguíneo. Las células corporales pueden usar los aminoácidos para la síntesis de proteínas nuevas o para producir ATP.
2. Formación de glucosa: bajo la estimulación de los glucocorticoides las células hepáticas pueden convertir algunos aminoácidos en glucosa.
3. Lipólisis: estimulan la degradación de triglicéridos y liberación de ácidos grasos desde el tejido adiposo hacia la sangre.
4. Resistencia al estrés: La glucosa adicional provee a los tejidos una fuente inmediata de ATP, los glucocorticoides hacen que los vasos sanguíneos sean más sensibles a otras hormonas que provocan vasoconstricción y elevan la presión arterial.
5. Efectos antiinflamatorios: inhiben a los glóbulos blancos que participan en las respuestas inflamatorias, también retardan la reparación tisular.
6. Depresión de las respuestas inmunitarias.

La médula suprarrenal es un ganglio simpático modificado del SNA, en lugar de liberar un neurotransmisor, sus células secretan hormonas, las principales son la adrenalina(NA) y la noradrenalina.

El cortisol secretado por la corteza suprarrenal induce la síntesis de la enzima requerida para convertir la NA en adrenalina, ya que la corteza suprarrenal rodea la medula suprarrenal, el nivel de cortisol sanguíneo en este es bastante alto, en situaciones de estrés los impulsos del hipotálamo estimulan a las células cromafines a secretar adrenalina y NA, y estas dos hormonas

aumentan en gran medida la respuesta de lucha o huida del SNA. (Tortora y Derrickson, 2006)

El estrés puede ser un factor en la enfermedad, el estrés puede causar cambios directos de la producción de adrenalina y noradrenalina, que pueden causar coagulación sanguínea, aumento de la presión arterial y la frecuencia cardíaca, deposición de grasa e inmunosupresión. El cortisol puede disminuir la eficacia de la función inmunitaria y así incrementar la sensibilidad a las infecciones, y el estrés crónico tiene más posibilidad de aumentar esta hormona (Niven, 2006).

El cuerpo ante el estrés se prepara para la defensa, y es así que en el organismo se dan un complejo de reacciones y cuando el estrés es continuo impide el funcionamiento normal del organismo, así los sistemas de protección disminuyen y resultan las enfermedades.

El estrés prolongado provoca desde problemas físicos como dolores de cabeza, tensión muscular, hasta enfermedades cardíacas, problemas emocionales, como ansiedad y depresión, y problemas conductuales como el uso de alcohol o drogas. En las situaciones de estrés crónico los estresores se mantienen en forma prolongada, haciendo que el organismo al intentar adaptarse tenga una sobreactivación continua que puede producir alteraciones en la regulación de los sistemas fisiológicos del estrés. (Bautista y Ré, 2014).

El cuidador al estar expuesto constantemente a estas respuestas del estrés, sufre un desgaste o agotamiento, y todo esto lo lleva a presentar sobrecarga, y al diagnóstico de enfermería cansancio del rol de cuidador (NANDA, 2015), al conocerse las estrategias de afrontamiento que utilizan estos cuidadores se

podría utilizar la intervención de enfermería mejorar el afrontamiento (NIC, 2013).

En varias investigaciones se sustenta la sobrecarga, y estrés que sufren los cuidadores/as primarios e informales de pacientes ya sea pacientes dependientes, neurológicos y/o psiquiátricos, así como de otros padecimientos (Rodríguez, Rodríguez, Duarte, Díaz, Barbosa, Clavería, 2016; Sánchez, Molina y Gómez, 2016; Tartaglini, Ofman, Stefani, 2010).

### **5.3 Modos de Afrontamiento al estrés**

En la teoría psicoanalítica se introdujo el concepto de defensas del yo para referirse a los mecanismos psicológicos defensivos que emplea el sujeto para hacer frente a los agentes que atienen contra su integridad. Sin embargo, los modelos actuales de estrés ven la respuesta de estrés y el afrontamiento como el resultado de una continua transacción entre las demandas o estresores que uno percibe del medio (interno o externo) y los recursos de afrontamiento (los recursos personales y sociales) que están disponibles, y de los que puede hacer uso. (Vázquez, Crespo y Ring, 2003).

El afrontamiento es un concepto reservado para la adaptación bajo condiciones difíciles, percibidas como estresantes. (Rodríguez, Zurriaga, 1997). La definición más aceptada de afrontamiento y para fines de este trabajo es la definida por Lazarus y Folkman (1986) el afrontamiento visto como los “esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”.

El afrontamiento, al igual que la evaluación cognitiva, es una variable mediadora de la respuesta de estrés (las variables mediadoras intervienen por

si mismas activando o reduciendo las respuestas de estrés, es decir, median los efectos de los estresores sobre las respuestas; las variables moderadoras o moduladoras actúan sobre las variables mediadoras, moderando (modulando) dichas respuestas. (Sandín, 2008).

Como se menciona en el modelo de Lazarus el estrés es el resultado de un proceso de interacción entre la valoración primaria de un estresor y la valoración secundaria de los recursos de apoyo y de afrontamiento con los que cuenta la persona, en cuanto a su disponibilidad y efectividad, entonces las formas en que una persona afronta los acontecimientos que ha valorado como estresante son determinadas parcialmente por la valoración secundaria, que es guiada por factores tales como la experiencia anterior en situaciones similares, creencias sobre el yo y el entorno, y disponibilidad real de recursos para responder con efectividad.

Así la relación entre los individuos y el entorno es siempre variable, esto hace que el individuo necesite modificar sus esfuerzos cognitivos conforme varían las situaciones, y esto es lo que Lazarus llama reevaluación, ya que las situaciones son constantemente cambiantes, así también lo son las valoraciones de estas.

En un estudio con el objetivo de analizar si los estilos y estrategias de afrontamiento utilizadas por los cuidadores familiares influyen sobre el sentimiento de sobrecarga que experimentan por la asistencia diferencial del paciente con demencia, obtuvieron que las dos estrategias más utilizadas fueron Requerimiento de Información y Ejecución de acciones que resuelvan el problema, siendo el estilo de Afrontamiento más utilizado el centrado en el problema, mientras que, Evitación cognitiva y Descarga emocional fueron las conductas adaptativas menos ejecutadas.



Las estrategias “Requerimiento de Información y Ejecución de acciones que resuelvan el problema” incidieron en menores niveles de sobrecarga, mientras que, a mayor utilización de “Descarga emocional” mayor nivel de sobrecarga presentaron los cuidadores, el estudio concluye en que la adecuada utilización de las estrategias de afrontamiento incide sobre el bienestar del cuidador, reduciendo los niveles de sobrecarga y mejorando así la calidad de vida del paciente (Tartaglini, Ofman, Stefani, 2010).

Tanto las estrategias de afrontamiento, y la valoración que el cuidador haga de una situación estresante, como lo es responsabilizarse de los cuidados de un paciente, puede ser tan estresante como este lo valore, y es así que las estrategias de afrontamiento inciden sobre el estrés y sobrecarga que perciba el cuidador, mientras más flexibles sean las estrategias de afrontamiento a las situaciones del cuidado, más eficaces serán para el cuidador.

Las estrategias de afrontamiento son esquemas mentales intencionales de respuesta (cognitiva, emocional o conductual) dirigidos a manejar (dominar, tolerar, reducir, minimizar) las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que ponen a prueba o exceden los recursos de la persona, mientras que los estilos de afrontamiento se han formulado partiendo de la base que se trata de disposiciones personales para hacer frente a las distintas situaciones estresantes.

Lazarus y Folkman (1986) distinguen dos tipos generales de estrategias:

1. Estrategias de solución de problemas: estrategias dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar.
2. Estrategias de regulación emocional: estrategias dirigidas a regular la respuesta emocional ante el problema.

Como menciona Lazarus (1977) algunas veces las acciones directas centradas en el problema se ven afectadas por una emoción que interfiere con la claridad del pensamiento. Siguiendo a Lazarus es así que se puede decir que no existen afrontamientos buenos ni malos, el uso de unas estrategias u otras en buena medida suele estar determinado por la naturaleza del estresor y las circunstancias (situaciones) en las que se produce.

Por ejemplo, las situaciones en las que se puede hacer algo constructivo, favorecen al uso de estrategias focalizadas en la solución del problema, mientras que las situaciones en las que lo único que cabe es la aceptación favorecen el uso de estrategias focalizadas en las emociones (Forsythe y Compas, 1987).

La escala de Modos de Afrontamiento (WOC) de Folkman y Lazarus (1985), cubre al menos ocho dimensiones de afrontamiento las cuales fueron construidas sobre la base de descripciones de lo que la gente piensa y hace en sus esfuerzos para hacer frente al estrés, de las ocho estrategias las dimensiones focalizadas en el problema se encuentran (confrontación y planificación de solución de problemas).

Las estrategias focalizadas en la emoción son (distanciamiento, autocontrol, aceptación de la responsabilidad, escape-evitación y reevaluación positiva), la dimensión de (búsqueda de apoyo social) posee componentes de ambos tipos de estrategia focalizada en el problema y focalizada en la emoción, y puede ser considerada como una modalidad de afrontamiento intermedio.

1. Confrontación: intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas, o potencialmente arriesgadas.
2. Planificación: pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.

3. Distanciamiento: intentos de apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que le afecte a uno.
4. Autocontrol: esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.
5. Aceptación de responsabilidad: reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema.
6. Escape-evitación: empleo de un pensamiento irreal improductivo o de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.
7. Reevaluación positiva: percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante.
8. Búsqueda de apoyo social: acudir a otras personas (amigos, familiares, etc.) para buscar ayuda, información o también comprensión y apoyo emocional.

Aun asumiendo que la eficacia adaptativa del afrontamiento puede variar en función del contexto, se han señalado que algunas estrategias, como la planificación de solución de problemas y la reevaluación positiva, suelen asociarse a resultados positivos; al contrario, la confrontación y el distanciamiento se han relacionado con resultados negativos, las estrategias como autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad y escape-evitación, ofrecen datos menos discriminativos en este sentido, ya que varían más en razón a las demandas contextuales y al tipo de transacción.

En el proceso y resultado final del afrontamiento pueden intervenir muchas variables interfiriéndolo o potenciándolo (Cohen y Edwards, 1989). Tanto los factores internos (estilos de afrontamiento, estrategias, habilidades sociales y los tipos de personalidad) como los externos (recursos materiales, y emocionales como el apoyo social) pueden modificar, favoreciendo o desfavoreciendo, el impacto de los estresores.

Unos estilos de afrontamiento se han investigado con más frecuencia, evitación y confrontación, hay personas que evitan o minimizan, y otras usan un estilo más confrontativo o vigilante, ya sea que busquen información o tomen una acción directa ante un problema. Aunque ningún estilo es por sí mismo más efectivo que otro.

Como señala Taylor (1990), el estilo evitativo puede que sea útil para visitar al dentista, pero bastante ineficaz para solventar situaciones de tensión continua laboral. No obstante, los estudios longitudinales señalan que, a la larga, el estilo evitativo suele ser ineficaz para manejar circunstancias vitales complicadas (Holahan y Moos, 1987).

Según la investigación científica se ha comenzado también a indagar el efecto de la Catarsis, es decir si el hecho de expresar los propios sentimientos y estados emocionales intensos puede ser eficaz para afrontar situaciones difíciles. Parece, en efecto, que hablar y comunicar nuestras preocupaciones tiene el efecto de reducir tanto la probabilidad de que se produzcan rumiaciones obsesivas con el paso del tiempo como de que aparezca un incremento en la actividad fisiológica (Penneba y Susman, 1988).

El uso de estrategias múltiples puede ser una opción en los afrontamientos, ya que la mayoría de los estresores o demandas psicosociales traen una serie de problemas de naturaleza diferente que requieren estrategias de afrontamiento diferentes. Es muy probable que el afrontamiento requiera la capacidad de usar múltiples estrategias de un modo flexible.

Factores de personalidad en la aplicación de las estrategias de afrontamiento. Búsqueda de sensaciones: (Zuckerman, 1974) ha desarrollado esta interesante variable de personalidad. Las personas “buscadoras de sensaciones” son individuos a los que no les importa tomar riesgos (probar

drogas, tener viajes de aventuras o vivir experiencias inusuales) y, por lo tanto, parecen tener una mayor tolerancia al estrés, el riesgo y los estresores que otras personas.

Sensación de control: una de las variables más importantes que modulan los efectos de un estresor potencial es la sensación de control sobre el mismo. Multitud de investigaciones experimentales han demostrado que la pérdida de sensación de control constituye un elemento crucial etiológico de la depresión y otros trastornos emocionales. Cuando el individuo considera que absolutamente ningún modo de afrontamiento va a ser eficaz para controlar una situación negativa (Avía y Vázquez, 1998).

Optimismo: consiste en una expectativa generalizada de que los resultados serán positivos. Las personas con una actitud optimista parecen manejar mejor los síntomas de enfermedades físicas como, por ejemplo, cáncer o cirugía cardíaca (Scheier y Carver, 1992) y esto parece deberse a que las estrategias de estas personas suelen estar centradas en el problema, la búsqueda de apoyo social y buscar los lados positivos de la experiencia estresante. Por el contrario, las personas pesimistas se caracterizan más por el empleo de la negación y el distanciamiento del estresor, centrándose más en los sentimientos negativos producidos por el estresor (Avía y Vázquez, 1998).

Las personas usan sus propios recursos personales de afrontamiento, si estos recursos personales son positivos le facilitaran afrontar una situación eficazmente o de la mejor manera ya sea al resolver el problema o manejar la emoción negativa. Recursos personales como el optimismo, la autoestima, el sentido del humor, motivación de sociabilidad, sentido de coherencia y resiliencia se han asociado positivamente. (Cooper y Payne, 1991; Costa y McCrae, 1989; Friedman, 1990).

Ser socialmente hábil se aprende y, cuanto antes sea, más positivo será para la persona, para el afrontamiento el contar o aprender habilidades sociales es un recurso personal de gran apoyo. Roca (2003) considera que las habilidades sociales son un conjunto de hábitos (conductas, pensamientos y emociones) que nos permiten comunicarnos con los demás en forma eficaz, mantener relaciones interpersonales satisfactorias, sentirnos bien, obtener lo que queremos y conseguir que las otras personas no nos impidan lograr nuestros objetivos.

Los seres humanos son sociales por naturaleza, como lo han descrito varios psicólogos evolutivos, una gran parte del comportamiento y actividad (mental, emocional y física) de una persona se centran, desde edades muy tempranas, en la interacción con los demás. Y al ser un ser social el ser humano requiere de su entorno social para desarrollarse integralmente, el tener una buena interacción con otros individuos en sus diferentes formas de conexión y comunicación le ayudan a afrontar de una forma más eficaz las situaciones estresantes que se le presenten. (Centeno, 2011)

Contar con estrategias de habilidad social incrementa la eficacia del individuo para lograr los objetivos que se proponga, mantiene o mejora la relación con los demás, también aumenta en el individuo la autoestima y la positividad, recursos personales que se han asociado positivamente con los afrontamientos. La inteligencia interpersonal y las habilidades sociales son potentes herramientas y recursos personales. (Centeno, 2011).

Gardner definió las inteligencias personales, donde incluye dos aspectos, una la inteligencia intrapersonal, relacionada con la imagen de nosotros mismos y, otra, la inteligencia interpersonal, entendida como la capacidad de comprender a los demás, y que se subdivide, así mismo en cuatro habilidades diferentes: 1) liderazgo; 2) aptitud de establecer relaciones y mantener amistades; 3)

capacidad de solucionar conflictos; y 4) habilidad para el análisis social (Gardner, 1995). Así podríamos decir que la inteligencia interpersonal ayuda en la solución de problemas personales.

## **VI METODOLOGÍA**

### **6.1. Tipo de estudio y diseño**

Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo de diseño descriptivo-transversal en cuidadores primarios de paciente con trastorno mental.

### **6.2. Variables**

Para este estudio se consideraron:

- a) Variables sociodemográficas del cuidador primario (edad, sexo, estado civil, parentesco), académicas (escolaridad), laborales (ocupación, tiempo de ser cuidador primario), estado de salud (enfermedades que padece como diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia, artritis reumatoide, problemas renales, y otras referidas; medicamentos que utiliza, percepción de su salud). Variables sociodemográficas del paciente (edad, sexo, ocupación, escolaridad, estado civil), estado de salud (diagnóstico médico, medicamentos que utiliza, internamientos durante los últimos dos años, tiempo aproximado del internamiento y causa de los internamientos).
- b) Variable Modos de afrontamiento: será clasificada en ocho dimensiones (confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, planificación y solución de problemas, reevaluación positiva) (Lazarus, 1986). (Tabla 1.)

Operacionalización de las variables: Anexo B.

### **6.3. Lugar**

El estudio se realizó en la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña.



#### **6.4. Población y muestra**

La muestra fue a conveniencia y estuvo conformada por 35 cuidadores primarios de pacientes con trastorno mental ingresados temporalmente en la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña, en el periodo de febrero-marzo 2018, cuidadores que acudieron en los días y horarios establecidos en la clínica para visita de los pacientes hospitalizados temporalmente, en los servicios de Sala C, F, G, y UPIC.

#### **6.5. Criterios de inclusión y exclusión**

##### Inclusión

- Cuidadores que se asumieron como cuidador primario y con un tiempo mínimo de seis meses y que tuvo a su paciente ingresado temporalmente en las salas C, F, G y UPIC con cualquier tipo trastorno mental.
- Cuidador primario que contó con edad de 18 años en adelante, hombre o mujer y que contó con conocimiento de lectura y escritura o comprensión lectora
- Cuidador primario que aceptó voluntariamente participar dando respuesta al instrumento y firmó el consentimiento informado.
- Cuidador primario que convive con el paciente en su domicilio cuando el paciente no se encuentra hospitalizado.
- Cuidador primario del cual su paciente tuvo edad de 18 años en adelante y que tuvo autorización de visita por el médico tratante.

##### Exclusión:

- No se encuestaron a cuidadores primarios de pacientes crónicos ingresados permanentemente en la clínica psiquiátrica, o que decidieran dejar de participar en la respuesta al instrumento.

## 6.6. Instrumento

Se utilizó la “Escala de Modos de afrontamiento Revisada de Lazarus y Folkman”, (1985), este instrumento ha sido utilizado en varios estudios de esta naturaleza como (Ruiz, Lastra, Tuberquia, 2015; Tartaglini, Ofman, Stefani, 2010). Esta escala cuenta con 67 ítems, que describen las formas o estilos principales en que una persona enfrenta las situaciones problemáticas o conflictivas. La forma de responder cada ítem es de acuerdo en función de la medida en que el sujeto actuó en cada situación, la escala es tipo Likert con puntuación del 0 a 3, en la que 0= no lo realizó en absoluto, 1= lo realizó en alguna medida, 2= lo realizó bastante y 3= los realizó en gran medida.

“Escala de Modos de afrontamiento”. Anexo C.

La escala valora los modos de afrontamiento según Lazarus que se describen en la tabla 1.

Tabla 1. Dimensiones del afrontamiento.

Dimensión	Descripción
Confrontación	Acciones directas dirigidas hacia la situación; por ejemplo, expresar ira hacia la persona causante del problema, tratar de que la persona responsable cambie de idea, entre otras.
Distanciamiento	Tratar de olvidarse del problema, negarse a tomarlo en serio, comportarse como si nada hubiera ocurrido, entre otras.
Autocontrol	Guardar los problemas para uno mismo, procurar no precipitarse, entre otras.
Búsqueda de apoyo social	Pedir un consejo o ayuda a un amigo, hablar con alguien que puede hacer algo concreto, contar a un familiar el problema, entre otras.
Aceptación de la responsabilidad	Disculpase, criticarse a sí mismo, reconocerse causante del problema, entre otras.
Escape-evitación	Esperar a que ocurra un milagro, evitar el contacto con la gente, tomar alcohol o drogas, entre otras.
Planificación de solución de problemas	Establecer un plan de acción y seguirlo, cambiar algo para que las cosas mejoren, entre otras.
Reevaluación positiva	La experiencia enseña, hay gente buena, cambie y madure como persona, entre otras.

Dimensiones de afrontamiento del Ways of Coping Questionnaire (WCQ) (Folkman y Lazarus, 1985).

Para la clasificación del modo de afrontamiento la escala contempla los ítems correspondientes para los ocho modos que se presentan en la tabla 2.

Tabla 2. Clasificación de los modos del afrontamiento.

Modos de afrontamiento	Ítems
Confrontación	6, 7, 17, 28, 34 y 46
Distanciamiento	3,4, 12, 13, 15, 19, 21, 32, 41 y 44
Auto-control	10, 14, 35, 37, 43, 53, 54, 57, 62 y 63
Apoyo social	8, 18, 31, 42 y 45
Responsabilidad	9, 25, 29 y 51
Huida-evitación	11, 16, 24, 33, 40, 47, 55, 58 y 59
Planificación	1, 2, 27, 39, 48, 49 y 52
Reevaluación	20, 23, 30, 36, 38, 56 y 60

La forma de calificación del instrumento para identificar cada modo de afrontamiento es conforme al puntaje final en cada uno, el que obtenga el mayor puntaje de los valores asignados será el modo más utilizado. Un bajo puntaje denota una estrategia poco utilizada, mientras que un alto puntaje indica una estrategia muy utilizada.

## 6.7. Procedimientos

El protocolo se sometió al Comité de Ética e Investigación de la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña y se obtuvo registro y autorización para la recolección definitiva de los datos, esta se realizó siguiendo los criterios de inclusión señalados, y bajo los principios de la Ley General de Salud en materia de Investigación. Anexo D.

El cuidador primario fue abordado en los días y horarios de visita establecidos por la clínica, se realizó coordinación con los responsables de sala, personal médico, de enfermería, y asistente a fin de contactar a los cuidadores que acudieron a la visita de los pacientes. Una vez contactado al cuidador primario se le informó sobre el propósito y objetivo de la investigación y se les invitó a

dar respuesta al instrumento a fin de solicitar su participación, además se solicitó previamente el consentimiento informado. (Anexo E)

El espacio donde se recolectaron los datos fue en el exterior de las salas “C”, “F” y “G” y dentro del servicio de UPIC, la duración aproximada en la que dieron respuesta a la escala fue entre 30 a 40 minutos. Al terminar de responder al instrumento se le agradeció la participación al cuidador primario.

Durante la respuesta al instrumento fue señalado que las respuestas del cuidador primario no afectarían de forma alguna la atención a su paciente, que los datos son confidencialmente manejados y anónimos. Por otra parte, fue indicado que se era libre de retirarse de dar respuesta a la escala en cualquier momento que él decidiera. La información obtenida fue procesada por las investigadoras, y los resultados obtenidos podrán ser informados a los cuidadores, para este procedimiento el cuidador podrá contactar al investigador y recibirá si este desea algunas recomendaciones para la mejora de su salud mental.

## **6.8. Procesamiento y análisis de datos**

En la captura y análisis de información fue utilizado el programa SPSS v.18., para las variables cuantitativas se usó (estadística descriptiva, medidas de centro y dispersión), en las variables cualitativas se utilizaron frecuencias absolutas y relativas. En la clasificación de los modos de afrontamiento fueron utilizadas medidas de tendencia central, frecuencias absolutas y relativas, en la recolección y análisis de los datos tanto demográficos del participante y paciente, como de los ítems de la escala “Modos de afrontamiento”.

## **VII IMPLICACIONES ÉTICAS Y LEGALES**

Este estudio se rigió por el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación y de acuerdo a los principios de la Ley de Helsinki. En la cual de acuerdo con el artículo 10 Título primero, Disposiciones Generales, Capítulo único, en los términos de la Ley para Coordinar y Promover el Desarrollo Científico y Tecnológico, y la Secretaría, esta investigación estuvo sujeta a las normas técnicas correspondientes, para el registro y seguimiento de los proyectos.

De acuerdo con el artículo 13, Título segundo, De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I, en esta investigación se prevaleció el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos humanos y bienestar del cuidador primario participante.

Conforme el artículo 14, esta investigación se ajustó a los principios científicos y éticos que la justifican y contó con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación. Además, fue realizada por profesionales de la salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, y para su realización la investigación contó con el dictamen favorable del Comité de Ética e Investigación de la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña, de igual forma se llevó a cabo cuando se tuvo la autorización para la recolección de la información y se consideraron las recomendaciones realizadas.

Acorde con el artículo 16, Título segundo, De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I, en esta investigación se protegió la privacidad del cuidador primario, la respuesta al instrumento fue anónima y será identificado solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Conforme al artículo 17, esta investigación es de riesgo mínimo ya que es un estudio descriptivo, en el cual no se manipulo la conducta del sujeto.

De acuerdo al artículo 20 y 21, en esta investigación se le dio el consentimiento informado al cuidador primario para que autorizara su participación en la investigación, es un acuerdo por escrito, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se sometió, acuerdo de libre elección y sin coacción alguna.

El Cuidador recibió una explicación clara y completa, en donde al menos comprendió la justificación y los objetivos de la investigación, el procedimiento que se usó y su propósito, las molestias o riesgos que puedan esperarse, los beneficios que podrían observarse, la garantía de que recibiría respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.

Fue señalado al cuidador que contaban con la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se ocasionaran perjuicios para continuar el cuidado y tratamiento de su paciente. También se aseguró al cuidador el anonimato y confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

## VIII RESULTADOS

El total de cuidadores primarios de pacientes con trastorno mental encuestados fueron 35 y respecto a la edad se encontró que la media fue de 48 años, con una desviación típica (DT) de 15.7, la edad mínima de 18 años y la edad máxima de 81 años. (Tabla 1).

Tabla 1. Variables sociodemográficas del cuidador primario. Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. Febrero-marzo 2018.

Variables	Fr	n=35
		%
<b>Edad en rangos</b>		
18-28	5	14.3
29-39	5	14.3
40-50	6	17.1
51-61	11	31.4
62-72	7	20
73-83	1	2.9
<b>Sexo</b>		
Mujer	26	74.3
Hombre	9	25.7
<b>Estado civil</b>		
Soltero	5	14.3
Casado/ Unión libre	22	62.9
Divorciado/Separado	6	17.2
Viudo	2	5.7
<b>Escolaridad</b>		
Primaria completa/ incompleta	15	42.9
Secundaria	7	20.0
Preparatoria	6	17.1
Carrera universitaria	3	8.6
Otros	4	11.5
<b>Ocupación</b>		
Empleo no remunerado	18	51.4
Empleo remunerado	13	37.1
Desempleado/jubilado/estudiante	4	11.4

Fuente: Datos generales del cuidador primario. CPDENP.

En cuanto a la escolaridad en el rubro de otros se encontraron niveles como preparatoria incompleta, carrera técnica completa y carrera universitaria incompleta.

Con respecto a la ocupación en su mayoría se refieren con empleo, aun cuando este no sea remunerado como en el caso de los que se dedican al hogar 51.4% y entre los que reciben remuneración se encontraron ocupaciones como obreros 5.7%, jornaleros 8.6%, profesionistas 5.7%, comerciante 5.7%, y otros empleos como mecánico, panadero, agricultor, costurera con 2.9% respectivamente, también se encontró a un estudiante y un pensionado.

Conforme al tiempo de ser cuidador primario de paciente se encontró una media de 7.9 años, DT= 6.2, un mínimo de 1 y máximo de 25 años. Teniendo la mayoría un tiempo de entre 1 a 5 años de ser cuidador primario. (Tabla 2).

Tabla 2. Parentesco y tiempo de ser cuidador primario del paciente. Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. Febrero-marzo 2018.

Variable	Fr	n=35
		%
<b>Parentesco</b>		
Esposo(a)/pareja	5	14.3
Hermano(a)	5	14.3
Hijo(a)	4	11.5
Madre	18	51.4
Padre	3	8.6
<b>Tiempo de ser cuidador (años)</b>		
1-5	16	45.7
6-10	10	28.6
11-15	5	14.3
16-20	2	5.7
21-25	2	5.7

Fuente: Datos generales del cuidador primario. CPDENP.



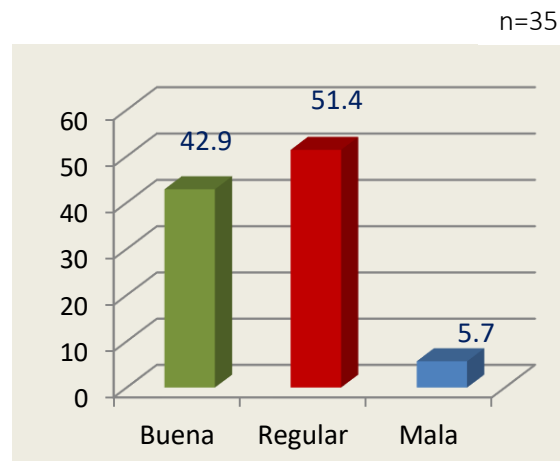
Tabla 3. Características de salud de los cuidadores primarios. Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. Febrero-marzo 2018.

Variables	Fr	n=35
		%
<b>Enfermedades que padece</b>		
Enfermedad crónica: Hipertensión arterial, Diabetes mellitus, dislipidemia y Trastorno depresivo.	11	31.7
Enfermedad aguda: miomas, úlcera en pie, colitis	3	8.6
Ninguna	21	60.0
<b>Medicamentos que utiliza</b>		
En tratamiento para la enfermedad	12	34.3
Sin tratamiento para la enfermedad (EC)	2	5.7
Sin enfermedad (no utiliza medicamentos)	21	60.0

Fuente: Datos generales del cuidador primario. CPDENP.

De las enfermedades crónicas los que padecen una son; Diabetes Mellitus 2.9%, Dislipidemia 2.9%, e Hipertensión arterial 14.3%, de los que tienen dos enfermedades crónicas son; Hipertensión arterial y Trastorno Depresivo 5.7% e Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus 5.7%. Y de estos 34.3% se encuentra con tratamiento para la enfermedad y solo 5.7% no tienen tratamiento para la enfermedad.

Grafica 1. Percepción de salud del cuidador primario. Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. Febrero-marzo 2018.



Fuente: Percepción del cuidador primario. CPDENP.

Respecto a la edad de los pacientes con trastorno mental hospitalizados se encontró que la media fue de 35 años, con una DT=11, la edad mínima de 18 años y la edad máxima de 73 años. (Tabla 4).

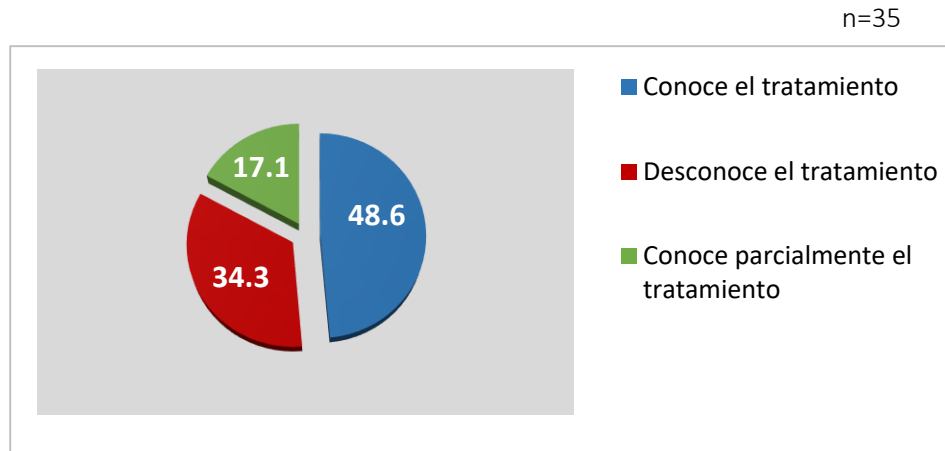
Tabla 4. Variables sociodemográficas del paciente con trastorno mental hospitalizado. Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. Febrero-marzo 2018.

Variable	Fr	%
n=35		
<b>Edad</b>		
18 a 27	8	22.9
28 a 37	14	40.0
38 a 47	10	28.6
48 a 57	2	5.7
68 a 77	1	2.9
<b>Sexo</b>		
Hombre	23	65.7
Mujer	12	34.3
<b>Estado civil</b>		
Soltero	21	60.0
Casado/unión libre	10	28.6
Separado	4	11.4
<b>Escolaridad</b>		
Primaria completa	6	17.1
Secundaria completa	12	34.3
Secundaria incompleta	3	8.6
Preparatoria completa	6	17.1
Carrera técnica completa	4	11.4
Otros	4	11.4
<b>Ocupación</b>		
Empleo no remunerado	9	25.7
Empleo remunerado	7	20.1
Ninguna	18	51.4
Jubilado	1	2.9

Fuente: Datos generales del paciente con trastorno mental hospitalizado. CPDENP.

En cuanto a escolaridad en el rubro de otros se encuentran con primaria incompleta 5.7%, y con preparatoria incompleta 5.7%. Y en ocupación con un empleo remunerado se encuentran ayudantes de albañil 5.7%, agricultor 2.9%, jornaleros 5.7%, comerciante 2.9% y obrero 2.9%.

Gráfica 2. Conocimiento del cuidador primario sobre el tratamiento del paciente.  
Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. Febrero-marzo 2018.



Fuente: Datos generales del cuidador primario. CPDENP.

En cuanto a lo que refirieron los cuidadores del tiempo aproximado que dura en el internamiento el paciente con trastorno mental, se encontró una media de 24 días, la DT=25, un mínimo de 1 día y un máximo de 4 meses. (Tabla 5).

Tabla 5. Duración y causas de los internamientos del paciente con trastorno mental en hospitalización. Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. Febrero-marzo 2018.

n=35

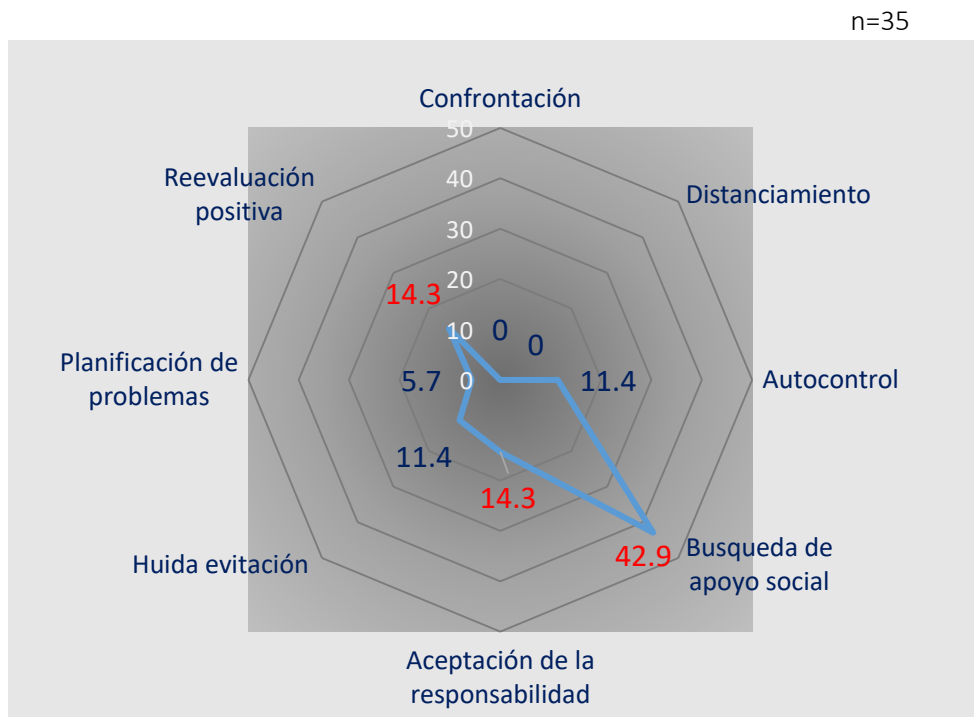
Variable	Fr	%
<b>Internamientos en los 2 últimos años</b>		
1	19	54.3
2 a 5	16	45.7
<b>Tiempo del internamiento</b>		
1 día a 2 semanas	15	42.9
2 semanas y días a 1 mes y días	16	45.7
2 a 4 meses	4	11.4
<b>Causa de los internamientos</b>		
Agresividad heterodirigida (verbal o física)	6	17.1
Agresividad e (ideas delirantes y/o alucinaciones)	6	17.1
Mala adherencia al tratamiento y síntomas	6	17.1
Agresividad Autodirigida (Intento suicida o autolesionismo)	3	8.6
Ansiedad, Insomnio, disminución del apetito, y/o depresión	7	20.0
Agresividad con (ansiedad, insomnio o consumo de sustancias)	3	8.6
Otros	4	11.6

Fuente: Datos generales del paciente con trastorno mental hospitalizado. CPDENP.

Dentro de otras causas de internamientos referidas por los cuidadores primarios, fueron las ideas delirantes 2.9%, vagabundeo e ideas delirantes 2.9% y el 5.7% refirió desconocer la causa del internamiento.

Al aplicar el instrumento para identificar modos de afrontamiento se obtuvo por Alfa de Cronbach un valor de .838. Los resultados globales de acuerdo al instrumento se muestran en la gráfica 3.

Gráfica 3. Modos de afrontamiento del cuidador primario. Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. Febrero-marzo 2018.



Fuente: Escala de Modos de Afrontamiento.

Tabla 6. Modos de afrontamiento por sexo del cuidador primario. Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. Febrero-marzo 2018.

Variable	Fr		%	
	Mujer	Hombre		
Confrontación	0	0	0	0
Distanciamiento	0	0	0	0
Auto Control	2	2	5.7	5.7
Búsqueda de apoyo social	11	4	31.4	11.4
Aceptación de la responsabilidad	5	0	14.3	0
Huida evitación	2	2	5.7	5.7
Planificación	1	1	2.9	2.9
Reevaluación positiva	5	0	14.3	0

Fuente: Escala de Modos de Afrontamiento.

Tabla 7. Modo de afrontamiento Confrontación del cuidador primario. Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. Febrero-marzo 2018.

Ítem	Confrontación	En absoluto/en alguna medida		Bastante/en gran medida	
		Fr	%	Fr	%
6	Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada	26	74.3	9	25.7
7	Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión	26	74.3	9	25.7
17	Manifesté mi enojo a las personas responsables del problema	29	82.9	6	17.2
28	De algún modo expresé mis sentimientos	19	54.3	16	45.7
34	Tomé una decisión importante o hice algo muy arriesgado	28	80	7	20
46	Me mantuve firme y pelee por lo que quería	9	25.7	26	74.3

Fuente: Escala de Modos de Afrontamiento.

Las actividades respecto a la estrategia de afrontamiento “Confrontación” que más utilizaron los cuidadores primarios son expresar los sentimientos y mantenerse firmes.

Las actividades conforme a la estrategia de afrontamiento “Distanciamiento” que utilizaron con mayor frecuencia los cuidadores primarios son mantener la esperanza, darse ánimos, y no permitirse pensar en el problema por mucho tiempo.

Tabla 8. Modo de afrontamiento Distanciamiento del cuidador primario. Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. Febrero-marzo 2018.

Ítem	Distanciamiento	n=35			
		En absoluto/en alguna medida		Bastante/en gran medida	
		Fr	%	Fr	%
3	Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás	28	80	7	20
4	Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar	27	77.2	8	22.8
12	Seguí adelante con mi destino (simplemente, algunas veces tengo mala suerte)	24	68.5	11	31.4
13	Seguí adelante como si no hubiera pasado nada	27	77.1	8	22.8
15	Busqué algún resquicio de esperanza, por así decirlo, intenté mirar las cosas por su lado bueno	18	51.5	17	<b>48.6</b>
19	Me dije a mi mismo cosas que me hicieron sentir mejor	17	48.6	18	<b>51.5</b>
21	Intenté olvidarme de todo	29	82.9	6	17.1
32	Me alejé del problema por un tiempo; intenté descansar o tomarme unas vacaciones	27	77.1	8	22.9
41	No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo	11	28.6	14	<b>40</b>
44	No me tomé en serio la situación, me negué a considerarlo en serio	24	20.0	4	11.5
66	Corrí o hice ejercicio	28	80	7	20

Fuente: Escala de Modos de Afrontamiento.

Las actividades conforme a la estrategia de afrontamiento “Autocontrol” que utilizaron con mayor frecuencia los cuidadores primarios son dejar posibilidades abiertas, no ser impulsivos, ser positivos y aceptar los problemas.

Las actividades respecto a la estrategia de afrontamiento “Búsqueda de apoyo social” que más utilizaron los cuidadores primarios son aceptar la comprensión de las personas, y hablar con alguien que podía ayudarlos.

La actividad relacionada a la estrategia de afrontamiento “Aceptación de la responsabilidad” que más utilizaron los cuidadores primarios es prometerse que las cosas serían distintas la próxima vez y hacer algo para compensar las cosas.

Las actividades relacionadas a la estrategia de afrontamiento “Huida evitación” que más utilizaron los cuidadores primarios son pensar que ocurriría un milagro, desear cambiar lo que sentían o lo que ocurría, desear que el problema terminara de alguna forma e imaginar cómo podrían cambiar las cosas.

Tabla 9. Modo de afrontamiento Autocontrol del cuidador primario. Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. Febrero-marzo 2018.

Ítem	Autocontrol	n=35			
		En absoluto/en alguna medida		Bastante/en gran medida	
		Fr	%	Fr	%
10	No intente quemar mis naves, así que deje alguna posibilidad abierta	21	60	14	<b>40</b>
14	Intente guardar para mis sentimientos	24	68.6	11	31.5
35	Intente no actuar demasiad deprisa o dejarme llevar por mi primer impulso	21	60	14	<b>40</b>
37	Mantuve mi orgullo y pise al mal tiempo buena cara	18	51.4	17	<b>48.6</b>
43	Oculte a los demás lo mal que me iban las cosas	24	68.5	11	31.4
53	Lo acepte ya que no podía hacer nada al respecto	21	60	14	<b>40</b>
54	Intente que mis sentimientos no interfirieran demasiado con mis cosas	23	65.7	12	34.3
61	Me prepare mentalmente para lo peor	28	80	7	20
57	Soñé o me imagine otro tiempo y lugar mejor que el presente	22	62.9	13	37.1
62	Repase mentalmente lo que haría o diría	28	80	7	20
63	Pensé como dominaría la situación alguna persona quien admiro y la tome como modelo	29	82.8	6	34.2

Fuente: Escala de Modos de Afrontamiento.

Tabla 10. Modo de Afrontamiento Búsqueda de apoyo social del cuidador primario. Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. Febrero-marzo 2018.

Ítem	Búsqueda de apoyo social	n=35			
		En absoluto y en alguna medida		Bastante y en gran medida	
		Fr	%	Fr	%
8	Hable con alguien	18	51.4	17	48.6
18	Acepte la simpatía y comprensión de alguna persona	15	42.9	20	<b>57.1</b>
22	Busque la ayuda de un profesional	25	71.4	10	28.6
31	Hable con alguien que podría hacer algo concreto por mi problema	17	48.6	18	<b>51.5</b>
42	Pregunte a un pariente o amigo y respete su consejo	18	51.5	17	48.5
45	Le conté a alguien como me sentía	22	62.8	13	37.2

Fuente: Escala de Modos de Afrontamiento.

Tabla 11. Modo de afrontamiento Aceptación de la responsabilidad del cuidador primario. Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. Febrero-marzo 2018.

Ítem	Aceptación de la responsabilidad	n=35			
		En absoluto y en alguna medida		Bastante y en gran medida	
		Fr	%	Fr	%
9	Me critique o me sermonee a mí mismo	26	74.3	9	25.7
25	Me disculpe o hice algo para compensar	22	62.8	13	<b>37.1</b>
29	Me di cuenta de que yo fui la causa del problema	29	82.8	6	17.1
51	Me prometí a mí mismo que las cosas serían distintas la próxima vez	17	48.6	18	<b>51.4</b>

Fuente: Escala de Modos de Afrontamiento.

Las actividades enfocadas a la estrategia de afrontamiento “Planificación de solución de problemas” que en su mayoría utilizaron los cuidadores primarios son crear un plan de acción, aceptar una segunda opción, cambiar y estar seguros de que hacer.



Las actividades enfocadas a la estrategia de afrontamiento “Reevaluación positiva” que en su mayoría utilizaron los cuidadores primarios son madurar, tener fe, tener en cuenta que es lo importante en la vida y rezar.

Tabla 12. Modo de afrontamiento Huida evitación del cuidador primario. Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. Febrero-marzo 2018.

Ítem	Huida evitación	En absoluto/en alguna medida		Bastante /en gran medida	
		Fr	%	Fr	%
11	Confié en que ocurría un milagro	17	48.6	18	<b>51.5</b>
16	Dormí más de lo habitual	28	80	7	20
24	Espere a ver lo que pasaba antes de hacer nada	23	65.7	12	34.3
33	Intente sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando tomando drogas o medicamentos, etc.	30	85.7	5	14.3
40	Evite estar con la gente	31	88.6	4	11.5
47	Me desquite con los demás	31	88.6	4	11.5
50	Me negué a creer lo que había ocurrido	29	82.9	6	17.1
55	Deseo poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma como me sentía	15	42.9	20	<b>57.1</b>
58	Deseo que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo	13	37.2	22	<b>62.9</b>
59	Fantasee e imagine el modo en que podría cambiar las cosas	19	54.3	16	<b>45.7</b>

Fuente: Escala de Modos de Afrontamiento.

Tabla 13. Modo de afrontamiento Planificación del cuidador primario. Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. Febrero-marzo 2018.

N=35

Ítem	Planificación de problemas	En absoluto/en alguna medida		Bastante/en gran medida	
		Fr	%	Fr	%
1	Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer	24	68.6	11	31.4
2	Intente analizar el problema para comprenderlo mejor	21	60	14	40
26	Desarrolle un plan de acción y lo seguí	19	54.3	16	<b>45.7</b>
27	Acepte la segunda posibilidad mejor de lo que yo quería	20	57.2	15	<b>42.8</b>
39	Cambie algo para que la cosas fueran bien	19	54.3	16	<b>45.7</b>
48	Recurrí a experiencias pasadas, ya que me había encontrado antes en una situación similar	25	71.4	10	28.6
49	Sabía lo que iba a hacer, así que redoble mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien.	17	48.6	18	<b>51.4</b>
52	Me propuse un par de soluciones distintas al problema	23	65.7	12	34.3
64	Intente ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona	27	77.1	8	22.9

Fuente: Escala de Modos de Afrontamiento.

Tabla 14. Modo de afrontamiento Reevaluación positiva del cuidador primario. Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. Febrero-marzo 2018.

N=35

Ítem	Reevaluación positiva	En absoluto/ alguna medida		Bastante/en gran medida	
		Fr	%	Fr	%
5	Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación	20	57.1	15	42.9
20	Me sentí inspirado para hacer algo creativo	26	74.3	9	28.6
23	Cambie, madure como persona	14	40	21	<b>60</b>
30	Salí de la experiencia mejor de lo que entre	22	62.9	13	37.2
36	Tuve fe en algo nuevo	19	54.3	16	<b>45.8</b>
38	Redescubrí lo que es importante en mi vida	12	34.3	23	<b>65.7</b>
56	Cambie algo en mi	23	65.7	12	34.3
60	Rece	12	34.3	23	<b>65.7</b>
65	Me recordé a mí mismo cuanto peor podrían ser las cosas	26	74.3	9	25.7

Fuente: Escala de Modos de Afrontamiento.

## **IX DISCUSIÓN**

Conforme a las características sociodemográficas del cuidador primario, los resultados en este estudio coinciden con los reportados por Camacho et al (2010); Casanova et al (2014); Moreno et al (2010); Rodríguez et al (2015); y Rodríguez et al (2017), en los que la mayoría de las personas encargadas del cuidado informal de estos pacientes son mujeres, en adultez intermedia, la mayoría se encuentran casadas o con pareja, con alrededor de seis años de educación básica y se encuentran con empleo no remunerado, en este estudio se dedican al hogar un 51.4% es decir casi la mitad de los cuidadores primarios. Lo que permite hacer énfasis en que la mujer se constituye como un soporte en el cuidado, sin embargo, depende del resto de la familia económicamente dado que ella tiene el trabajo del hogar, pero sin percibir remuneración o salario.

Respecto al parentesco con el paciente, la mayoría en este estudio es la madre un (51.4%) coincidiendo de nuevo con Casanova et al (2014). En cuanto al tiempo cuidando al paciente los resultados obtenidos son consistentes con el estudio de Rodríguez (2017).

Paz (2010) obtuvieron que el 48 % sufre de algún padecimiento actual, de los padecimientos se encontró como principal la hipertensión, coincidiendo con este estudio ya que, entre las enfermedades crónicas la más frecuente fue la hipertensión. Además, se coincidió en que los cuidadores refirieron su salud la mayoría como regular, siguiendo como buena y pocos mala. Y el estudio concluyó en que los problemas de salud en cuidadores son frecuentes. Esto puede explicarse por los estresores continuos a los que se enfrenta el cuidador, que de alguna manera desencadena la respuesta de estrés por lo que se incrementan los valores de la presión arterial y la estimulación neuroadrenal.

En cuanto a los Modos de afrontamiento se encontró que los cuidadores primarios de la Clínica Psiquiátrica, utilizan con más frecuencia la estrategia de Búsqueda de apoyo social en casi la mitad de ellos, esta estrategia es un modo de afrontamiento mixto centrado en la solución del problema y en la regulación emocional y el segundo modo de afrontamiento más utilizado en los cuidadores primarios, fue el de Aceptación de la responsabilidad y Reevaluación positiva (14.3%) con el mismo porcentaje, estas están focalizados en la regulación emocional, resultados que coinciden con el estudio de Hidalgo (2013) donde midió la sobrecarga y afrontamientos de familiares de personas con esquizofrenia.

Hidalgo, (2013) encontró que las principales estrategias de afrontamiento utilizadas fueron acudir a la religión y en segundo lugar reinterpretación positiva, así como en quinto lugar apoyo social instrumental, siguiéndole aceptación, aunque en segundo lugar coincide con la estrategia de reinterpretación positiva, este autor utilizó un instrumento de medición distinto a este estudio por lo que no se puede hacer una comparación más justificada.

En el estudio de García et al (2016) encontraron una relación significativa entre la estrategia aceptación de la responsabilidad con el bienestar psicológico de los cuidadores. Y concluyeron que la aceptación es una forma en la que los cuidadores al no tener control de las circunstancias que los llevaron a ser cuidadores, ni de las enfermedades, se resignan a lo que no pueden cambiar, y los lleva a concentrar sus esfuerzos en aquello que si pueden controlar. En este estudio se coincide con los autores sobre la forma explicativa de los resultados encontrados sobre la relación del bienestar psicológico con la estrategia.

Además, García et al (2016) encontraron que el bienestar psicológico tiene una gran relación con el apoyo social, y la estrategia de afrontamiento de

aceptación estuvo relacionada con el apoyo social, y esta mediada totalmente por este. Sugieren que este rol mediador del apoyo social como refiere Barra (2004) es a causa de que la presencia de apoyo social puede promover conductas saludables o brindar bienestar.

Los resultados de este estudio fueron diferentes a los de Tartaglino et al (2010) que reportaron que las estrategias más utilizadas por los cuidadores fueron Requerimiento de Información y Ejecución de acciones que resuelvan el problema, siendo estas estrategias focalizadas en la solución del problema mientras que Evitación cognitiva y Descarga emocional fueron las conductas adaptativas menos ejecutadas, siendo estrategias focalizadas en la regulación emocional, estos autores utilizaron un instrumento de medición distinto a este estudio por lo que no se puede hacer una comparación más justificada.

## **X CONCLUSIONES**

Los cuidadores primarios de paciente con trastorno mental hospitalizados en la clínica psiquiátrica de febrero-marzo 2018 utilizan con mayor frecuencia las estrategias focalizadas en la regulación emocional, y en cuanto a las estrategias focalizadas en la solución del problema no están siendo utilizadas por los cuidadores.

A excepción de la estrategia intermedia Búsqueda de apoyo social, la cual por las características sociodemográficas que se encontraron en los cuidadores puede ser la estrategia de más alcance para estos, y hacen uso de esta, ya sea para la regulación emocional ante la sobrecarga y sentimientos negativos que les traen las situaciones de demanda de cuidados, o para buscar solucionar el problema buscando ayuda con información sobre la enfermedad, tratamiento y cuidados del paciente psiquiátrico, o buscando ayuda en los servicios de salud hospitalizando al paciente en causas de urgencia, entre otras.

El utilizar de forma flexible las estrategias de afrontamiento dependiendo de las situaciones, y los recursos que se tengan en determinado momento ayuda a modular las respuestas al estrés o a los estresores, en este caso a las demandas y exigencias del cuidado del paciente con trastorno mental.

Las estrategias que los cuidadores primarios utilizan, están en su mayoría focalizadas en la regulación emocional y esto puede que les ayude a percibir un mejor bienestar psicológico o a disminuir los sentimientos negativos. Sin embargo para brindar los cuidados al paciente con trastorno mental y evitar reingresos hospitalarios estas estrategias no están ayudando lo suficiente, ya que no están focalizadas en buscar solucionar el problema buscando más información y siguiendo un plan de acción para evitar reingresos y recaídas

del paciente, y a pesar del tipo de estrategias que más utilizan los cuidadores, estos se observaron con niveles altos de estrés, y con una gran necesidad de apoyo emocional, lo cual nos replantea que estas estrategias no están siendo adecuadas para disminuir el estrés.

El enfermero especialista en salud mental al estar constantemente conviviendo con el cuidador primario en la psicoeducación, tiene el papel de enseñar al cuidador a utilizar técnicas para la disminución del estrés e intervenir en forma grupal con los cuidadores utilizando la NIC [5230] “mejorar el afrontamiento”. (Bulechek, 2013).

Con actividades de esta intervención como apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados, alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos, animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades, valorar las necesidades/deseos de apoyo social, ayudar a identificar sistemas de apoyo disponibles, proporcionar un entrenamiento en habilidades sociales adecuadas, ayudar a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel, instruir en el uso de técnicas de relajación, y ayudar a clarificar los conceptos equivocados. (Bulechek G, 2013)

## **XI RECOMENDACIONES**

Los cuidadores primarios representan un grupo vulnerable para la presentación del estrés por sobrecarga, aunado a eso los modos de afrontamiento pueden omitir ciertas estrategias que les permitan hacer frente con mayor planificación y organización, para resolver los problemas del estrés en el cuidado diario del paciente con trastorno mental a su cargo.

En la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña (CPDENP), los cuidadores primarios representan un grupo que no cuenta con las suficientes herramientas psicosociales para reducir el estrés, requieren de apoyo por personal calificado para mejorar sus conocimientos sobre los cuidados a domicilio, que en cierta forma son uno de los factores que originan estrés en el cuidador, por otra parte también es necesario, el entrenamiento en habilidades sociales que les permitan a estas personas que cuidan hacer frente a situaciones de ansiedad, mejorar los afrontamientos, reducir la respuesta psicofisiológica de estrés y aumentar la asertividad.

Dado que la CPDENP es un referente en materia de salud mental y psiquiatría, requiere incorporar programas de apoyo al cuidador primario de los pacientes atendidos, de forma que se reduzca por una parte los reingresos hospitalarios a causa de incumplimientos terapéuticos, incremento en la sintomatología y falta de continuidad en las consultas, con el consiguiente desgaste del cuidador y la inversión económica en esas situaciones. Por otra parte, se empoderaría al cuidador primario para fortalecer sus recursos de afrontamiento.

Un programa para los cuidadores primarios en la CPDENP es viable de desarrollarse ya que se cuenta con personal especializado y capacitado para el entrenamiento de estos cuidadores una propuesta puede ser:



-Considerar los días de visita y horarios en que acuden los cuidadores primarios a visitar a los pacientes y dentro de ese horario tomar 20 minutos en donde la enfermera o enfermero realicen intervenciones de enfermería en apoyo a la educación para la salud, enseñanza, temáticas sobre habilidades sociales, enseñanza e implementación de terapias de relajación.

-Programar las intervenciones de enfermería a fin de que puedan ser llevadas a cabo de manera sistemática, y en un espacio donde puedan ser incluidos un promedio de 10 cuidadores para la promoción y mantenimiento de la salud mental. Es importante considerar que el cuidador primario también tiene una comorbilidad además de la sobrecarga, por lo que enfermería puede apoyar al cuidador de manera individualizada en el autocuidado.

-Estos aspectos a considerar dentro del programa para cuidadores deben estar inmersos dentro de las funciones del personal de enfermería y en colaboración con los asistentes, de forma que eviten la saturación de actividades a las enfermeras y enfermeros, ya que serían sesiones distribuidas los días de visita en un tiempo de 20 minutos a un máximo de 10 cuidadores.

## XII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (5 Ed.). D.F., México: Panamericana

Alcaraz R. Y. Y., Lastra Q. A. C., Tuberquia R. X. (2015). Estrategias de afrontamiento en cuidadores familiares de personas con dependencia de la corporación colorosa. Recuperado de [http://200.24.17.74:8080/jspui/bitstream/fcsh/382/1/AlcarazYaclin\\_estrategias\\_afrontamientocuidadoresfamiliarespersonasdependenciacoloresa.pdf](http://200.24.17.74:8080/jspui/bitstream/fcsh/382/1/AlcarazYaclin_estrategias_afrontamientocuidadoresfamiliarespersonasdependenciacoloresa.pdf)

Avila-Toscano, J. H., García-Cuadrado, J. M., y Gaitá N-Ruiz, J. (2010). *Revista Colombiana de Psicología*. Vol 19, 71-84. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/804/80415077007.pdf>

Bautista G. M., Ré R. F. (2014). *Vida sin distrés: 125 preguntas y repuestas*. Buenos aires, Argentina: San Pablo

Bernabeu T. M. D. (2006). *Enfermería Psiquiátrica y en Salud Mental*. Tomo 1. J. M. Minguet (2. Ed). Barcelona, España: Monsa Prayma

Brannon L., Feist J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid, España: Paraninfo

Bulbena V. B., German B. E., Fernández L. P. P. (2003). *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona, España: Masson

Bulechek G. M., Dochterman J. M., Butcher H. K., Wagner C. M. (6 Ed). (2013). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Barcelona, España: Elsevier

Carrasco S. D. J., Baca B. E., García C. E. (2002). *Manual de Psiquiatría*. Barcelona, España: Ars Medica

Centeno S. C. (2011). *Las habilidades sociales. Elemento clave en nuestras relaciones con el mundo*. Formación Alcalá

Crossman A. R., Neary D. (3 Ed.). (2007). *Neuroanatomía: Texto y Atlas en color*. Barcelona, España: Elsevier

Coon D. (8 Ed.). (2001). *Fundamentos de psicología*. D. F., México: Thomson  
Herdman T. H. (2015). *NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación. 2015-2017*. Barcelona, España: Elsevier

Lazarus R. S. (2000). *Estrés y Emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud*. España: Desclée de Brouwer

Losada, M., Márquez, M., Romero, R., López, J., Fernández, V y Nogales, C. (2015) Atendiendo a las variadas problemáticas de los cuidadores informales de cuidadores con demencia; Aportaciones de la terapia cognitivo conductual y de la terapia de aceptación y compromiso. *Clínica y Salud*, 26, 41-48.

Macías M. A., Madariaga O. C., Valle A. M., Zambrano J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30 (1), 123-145. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/213/21328600007.pdf>

Medina M. M. E., Borges G., Lara M. C., Benjet C., Blanco J., Bautista F. C. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*,

vol. 26 (4), 1-16. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58242601>

Melgosa J. (2002). *Sin estrés*. Madrid, España: Safeliz

Moreno Moreno, J. A., Arango-Lasprilla, J. C., & Rogers, H. (2010). *Psicología desde el Caribe*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21319039002>

Niven N. (2006). *Psicología en enfermería*. (2 Ed). M. M. Martínez. D.F, México: Manual Moderno

OPS/OMS. (2011). *IESM-OMS Informe sobre el Sistema de Salud Mental en México*. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/who\\_aims\\_country\\_reports/who\\_aims\\_report\\_mexico\\_es.pdf](http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf)

Organizacion Mundial de la Salud. (2013). *who.int*. Recuperado de [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)

Organizacion Mundial de la Salud Ginebra. (2004). *Organizacion Mundial de la Salud*. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf)

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país*. Recuperado de <http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>

Paz R. F. (2010). Predictores de ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes neurológicos. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 19, 1-2. Recuperado de <http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2015/06/Predictores-de-Ansiedad-y-Depresi%C3%B3n-en-Cuidadores-Primarios-de-Pacientes-Neurol%C3%B3gicos.pdf>

Rodríguez G. A. M., Rodríguez M. E., Duarte P. A., Días S. E., Barbosa A. A., Clavería A., Grupo Zarit. (2016). Estudio observacional trasversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. *Atención Primaria*, vol. 49, (3), 156-165. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.05.006>

Rodriguez, J. J., Kohn, R., & Aguilar, S. G. (2009). *Organizacion Panamericana de la Salud*. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/166275/1/9789275316320.pdf?ua=1>

Rodríguez M. J., Zurriaga LL. R. (1997). *Estrés, Enfermedad y Hospitalización*. Granada, España: Escuela Andaluza de salud pública

Belloch A., Sandín B. y Ramos F. (2009). *Manual de Psicopatología*. Vol. 2, Madrid, España: Mc Graw Hill

Sánchez R. T., Molina E. M., Gómez O. R. (2016). Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: Un estudio piloto. *Revista Cuidarte*, vol. 7 (1), 1171-1184. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3595/359543375005.pdf>

Tartaglini M. F., Ofman S. D., Stefani D. (2010). Sentimientos de sobrecarga y afrontamiento en cuidadores familiares principales de pacientes con

demencia. *Revista Argentina de clínica psicológica*, vol. 19, 221-226.  
Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921798003>

Tortora G. J., Derrickson B. (2006). *Principios de Anatomía y Fisiología*. (11 Ed). D. F., México: Panamericana

Vázquez, C. V., Crespo, M. L., & Ring, J. M. (2017). *Psicosocial.net*.  
Recuperado de <http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/psiquiatria-psicologia-clinica-y-psicoterapia/trauma-duelo-y-culpa/94-estrategias-de-afrontamiento/file>

World Health Organization. (2002). *Lessons for long-term care policy. the cross-cluster Initiative on long-term care*. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67275/1/WHO\\_NMH7CCL\\_02.1.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67275/1/WHO_NMH7CCL_02.1.pdf)

### XIII APÉNDICES Y ANEXOS

Anexo A. Evolución de los conceptos de las enfermedades mentales, en las épocas más destacadas de la historia.

Evolución de los conceptos de las enfermedades mentales, en las épocas más destacadas de la historia.	
Sociedades antiguas	Se creía que la enfermedad mental era un castigo de los dioses, las manifestaciones que no tenían explicación, se atribuían a la magia, y así quien se encargaba de estas enfermedades era el curandero con técnicas de exorcismo y rituales mágicos; otras creencias eran que la enfermedad mental se debía a posesiones demoniacas y los métodos para curarla eran mágico-religiosos, quienes se encargaban de esto eran los médicos-sacerdotes, también era atribuida a castigos de Dios y en general el concepto giraba en las creencias religiosas, o en conceptos del bien y del mal. (Bernabeu, 2006)
Época clásica	Se continua con la atribución religiosa a las enfermedades mentales, hasta que Hipócrates (460 a. C.), da una explicación a las enfermedades, en su teoría la enfermedad era resultado de la interacción de cuatro humores, relacionados con elementos de la naturaleza, para él un exceso o deficiencia de los humores produciría la enfermedad, y clasifico los trastornos mentales en: manía, melancolía, epilepsia y locura puerperal. En esta época influyeron las ideas de los filósofos sobre muchas cuestiones entre estas la enfermedad. (Bernabeu, 2006)
Periodo medieval	Volvieron a aparecer las creencias mágicas. El cristianismo daba respuesta a las enfermedades mentales y cuando las creencias cristianas empiezan a desaparecer, vuelven a las creencias sobrenaturales, el trato al paciente mental se caracterizó por la crueldad de los tratamientos en hospitales, tales como el aislamiento, la oscuridad, las torturas, entre otras. En el siglo XIV la iglesia acusa de brujería a los enfermos mentales, y comienza la época de la Inquisición, donde a los enfermos mentales se les acusaba de brujería y se les quemaba ya que creían que así se eliminaba al demonio. (Bernabeu, 2006)
El renacimiento	Se consideró a la enfermedad mental a mediados del siglo XVI, como trastornos como la melancolía, la manía y las personalidades psicopáticas, y se creía que se daban por lesiones cerebrales. Félix Pláter intento dar una clasificación de las enfermedades mentales. Aun con los avances, el trato a los enfermos mentales era inhumano, en los siglos XVII y XVIII persistían las creencias mágicas, más en el demonio, a finales del siglo XVIII continuaban los tratamientos crueles en hospitales, en este siglo Phillipe Pinel libero a los enfermos mentales de las cadenas y estableció una atención humana, con tratamientos médicos y de enfermería. (Bernabeu, 2006)
Siglo XX	La psiquiatría se establece como disciplina, personajes como Griesinger considero las enfermedades mentales causadas por la acción sobre las células cerebrales, Kraepelin distinguió entre la demencia precoz y la psicosis maniaco depresiva, Charcot describió la histeria, Janet utilizo la hipnosis en pacientes con síntomas neuróticos, Freud desarrollo su "psicología profunda" o Psicoanálisis, dio aportaciones de la anatomía del sistema nervioso y de la neurología, y más aportaciones. (Bernabeu, 2006)
Época actual	Se ve a la enfermedad mental desde un Modelo biopsicosocial; con orientaciones sociológicas, psicológicas y biológicas. (Santo-Domingo, Baca, Carrasco, García, 2002).

Anexo B. Operacionalización de variables.

Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Ítems	Escala
<b>MODOS DE AFRONTAMIENTO</b>				
Son los esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. (Lazarus y Folkman, 1986)	Son las formas que las personas utilizan para hacer frente a las situaciones que exceden sus recursos.	Confrontación	6, 7, 17, 28, 34 y 46	Escala Likert 0=No lo hago en absoluto 1=Lo realizo en alguna medida 2=Lo realizo bastante 3= Lo realizo en gran medida
		Distanciamiento	3,4, 12, 13, 15, 19, 21, 32, 41 y 44	
		Auto-control	10, 14, 35, 37, 43, 53, 54, 57, 62 y 63	
		Búsqueda de Apoyo social	8, 18, 31, 42 y 45	
		Aceptación de Responsabilidad	9, 25, 29 y 51	
		Huida-evitación	11, 16, 24, 33, 40, 47, 55, 58 y 59	
		Planificación de solución de problemas	1, 2, 27, 39, 48, 49 y 52	
		Reevaluación positiva	20, 23, 30, 36, 38, 56 y 60	
Variables sociodemográficas del cuidador primario				
Indicadores sociales, económicos y demográficos que permiten segmentar la población en grupos homogéneos.				
.				
Edad		Años cumplidos.		
Sexo		Hombre o mujer		
Estado civil		(Soltero, Casado, Unión libre, Separado, Divorciado o Viudo).		
Parentesco		Relación con el paciente		
Escolaridad: Grado de estudios		Primaria completa o incompleta Secundaria completa o incompleta Preparatoria completa o incompleta Carrera técnica completa o incompleta Profesionista completa o incompleta		
Ocupación		A lo que se dedica laboralmente.		
Tiempo de ser cuidador primario		Tiempo en meses o años de dedicarse a cuidar al paciente.		
Estado de salud		Condiciones físicas y mentales en que se encuentra una persona en una circunstancia o un momento determinados.		
Enfermedades que padece.		(Diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia, artritis reumatoide, problemas renales, y otras referidas)		
Medicamentos que utiliza.		Cualquier medicamento que tome.		
Percepción de su salud.		(Buena, regular o mala).		
Variables sociodemográficas del paciente				
Indicadores sociales, económicos y demográficos que permiten segmentar la población en grupos homogéneos.				
.				
Edad		Años cumplidos.		
Sexo		Hombre o mujer		
Estado civil		(Soltero, Casado, Unión libre, Separado, Divorciado o Viudo).		
Parentesco		Relación con el paciente		



Escolaridad: Grado de estudios	Primaria completa o incompleta Secundaria completa o incompleta Preparatoria completa o incompleta Carrera técnica completa o incompleta Profesionista completa o incompleta	
Ocupación	A lo que se dedica laboralmente.	
Estado de salud		
Condiciones físicas y mentales en que se encuentra una persona en una circunstancia o un momento determinados.	Diagnóstico médico.	Diagnóstico médico que se le trata al paciente en la clínica psiquiátrica.
	Medicamentos que utiliza.	Medicamentos que toma.
	Internamientos durante los últimos dos años.  Tiempo aproximado del internamiento.  Causa de los internamientos.	Numero de internamientos en la clínica psiquiátrica del paciente durante los dos últimos dos años.  Tiempo en días, semanas o meses que ha durado internado el paciente en un internamiento.  Motivo por el cual acudieron a la clínica con el paciente y fue internado.

Anexo C. “Escala de Modos de afrontamiento”.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada.  
Énfasis “Cuidado en Salud Mental y Psiquiatría”

Por este medio invitamos a Usted a que participe dando respuesta a la siguiente encuesta que se denomina “ESCALA MODOS DE AFRONTAMIENTO”, con la finalidad de conocer las formas que las personas utilizan para hacer frente a las situaciones que exceden sus recursos. Esta información será confidencial y es anónima y no repercutirá en la atención. La investigación que se realiza **MODOS DE AFRONTAMIENTO DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL EN UNA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA**. Agradecemos su participación y le pedimos que por favor conteste los datos generales que se le solicitan.

Edad:		Sexo: H_ M_	Parentesco:
Escolaridad: Primaria completa_ primaria incompleta_ Secundaria completa_ secundaria completa_ secundaria incompleta_ Preparatoria completa_ preparatoria incompleta_ Carrera técnica completa_ carrera técnica incompleta_ Profesional completa_ profesional incompleta_		Estado civil: Soltero_ Casado_ Unión libre_ Separado_ Divorciado_ Viudo_	Ocupación:
Enfermedades que padezca: Diabetes mellitus_ Hipertensión arterial_ Dislipidemia_ Artritis reumatoide_ Problemas renales_ Otras:		Medicamentos que utiliza:	Percepción de su salud: Buena_ Regular_ Mala_
Tiempo de ser cuidador primario:			
Datos del paciente			
Edad:	Sexo: H_ M_		Diagnóstico médico:
Ocupación:	Escolaridad: Primaria completa_ primaria incompleta_ Secundaria completa_ secundaria completa_ secundaria incompleta_ Preparatoria completa_ preparatoria incompleta_ Carrera técnica completa_ carrera técnica incompleta_ Profesional completa_ profesional incompleta_		Estado civil: Soltero_ Casado_ Unión libre_ Separado_ Divorciado_ Viudo_
Internamientos durante los últimos dos años:	Tiempo aproximado del internamiento:		Causa de los internamientos:
Medicamentos que utiliza:			

Instrucciones lea cada una de las preguntas que se indican a continuación y tache en el número la respuesta más cercana a su realidad.

0	No lo hago en absoluto
1	Lo realizo en alguna medida
2	Lo realizo bastante
3	Lo realizo en gran medida

SITUACIONES	0	1	2	3
1. Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer (próximo paso)				
2. Intente analizar el problema para comprenderlo mejor				
3. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás				
4. Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar				
5. Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación				
6. Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quede sin hacer nada				
7. Intente encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión				
8. Hable con alguien que podría hacer algo concreto por mi problema				
9. Me critique o me sermonee a mí mismo				
10. No intente quemar mis naves, así que deje alguna posibilidad abierta				
11. Confié en que ocurriría un milagro				
12. Seguí adelante con mi destino (simplemente, algunas veces tengo mala suerte).				
13. Seguí adelante como si no hubiera pasado nada				
14. Intente guardar para mis sentimientos				
15. Busque algún resquicio de esperanza, por así decirlo, intente mirar las cosas por su lado bueno				
16. Dormí más de lo habitual				
17. Manifesté mi enojo a las personas responsables del problema				
18. Acepte la simpatía y comprensión de alguna persona				
19. Me dije a mí mismo cosas que me hicieron sentirme mejor				
20. Me sentí inspirado para hacer algo creativo				
21. Intente olvidarme de todo				
22. Busque la ayuda de un profesional				
23. Cambie, madure como persona				
24. Espere a ver lo que pasaba antes de hacer nada				
25. Me disculpe o hice algo para compensar				
26. Desarrolle un plan de acción y lo seguí				
27. Acepte la segunda posibilidad mejor de lo que yo quería				
28. De algún modo exprese mis sentimientos				
29. Me di cuenta de que yo fui la causa del problema				
30. Salí de la experiencia mejor de lo que entre				
31. Hable con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema				

32. Me aleje del problema por un tiempo; intente descansar o tomarme unas vacaciones				
33. Intente sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando tomando drogas o medicamentos, etc.				
34. Tome una decisión importante o hice algo muy arriesgado				
35. Intente no actuar demasiado de prisa o dejarme llevar por mi primer impulso				
36. Tuve fe en algo nuevo				
37. Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara				
38. Redescubrí lo que es importante en mi vida				
39. Cambie algo para que la cosas fueran bien				
40. Evite estar con la gente				
41. No permití que me venciera; rehúse pensar en el problema mucho tiempo				
42. Pregunte a un pariente o amigo y respete su consejo				
43. Oculte a los demás lo mal que me iban las cosas				
44. No me tome en serio la situación, me negué a considerarlo en serio				
45. Le conté a alguien como me sentía				
46. Me mantuve firme y peleé por lo que quería				
47. Me desquite con los demás				
48. Recurrí a experiencias pasadas, ya que me había encontrado antes en una situación similar				
49. Sabía lo que iba a hacer, así que redoble mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien				
50. Me negué a creer lo que había ocurrido				
51. Me prometí a mí mismo que las cosas serían distintas la próxima vez				
52. Me propuse un par de soluciones distintas al problema				
53. Lo acepte ya que no podía hacer nada al respecto				
54. Intente que mis sentimientos no interfirieran demasiado con mis cosas				
55. Deseo poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma como me sentía				
56. Cambie algo en mí				
57. Soñé o me imagine otro tiempo y lugar mejor que el presente				
58. Deseo que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo				
59. Fantasee e imagine el modo en que podría cambiar las cosas				
60. Rece				
61. Me prepare mentalmente para lo peor				
62. Repase mentalmente lo que haría o diría				
63. Pensé como dominaría la situación alguna persona quien admiro y la tome como modelo				
64. Intente ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona				
65. Me recordé a mí mismo cuanto peor podrían ser las cosas				
66. Corrí o hice ejercicio				
67. Intente algo distinto de todo lo anterior (por favor descríbalos)				

Anexo D. Autorización a Protocolo de Investigación.



CLÍNICA PSIQUIÁTRICA  
"DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA"  
COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACION  
MEMORÁNDUM No. 0562/18

Expediente: 2S.3

ASUNTO: Autorización a Protocolo de Investigación.

Soledad de Graciano Sánchez, S.L.P. 19 FEB 2018

L.E. JUDITH ANGELICA LEAL RODRIGUEZ.  
ENFERMERA.  
P R E S E N T E.-

El Comité de Ética en Investigación, en sesión ordinaria el 14 de febrero le informa la autorización de su solicitud a Protocolo de Investigación "Modos de afrontamiento del cuidador primario de paciente con trastorno mental en una clínica psiquiátrica" con registro CEI-CPDENP-18-01

Invitándola a mejorar su ortografía, mejorar redacción (muy repetitivo), si existe patología en el cuidador? Mismas que deberá enviar ala brevedad.

Se le comunica la necesidad de realizar informe (Funcionamiento laboral en hermanos de pacientes con esquizofrenia) trimestral hasta concluir el proyecto y enviar a los correos siguientes hazeldayanira@hotmail.com, o cpsi.neumann.capacitacion@gmail.com

Referencia: Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación, Quinta edición 2015  
Diario Oficial. Lunes 11 de Enero de 2016.

ATENTAMENTE  
LA PRESIDENTA

DIRECTO

L.E. HAZEL DEYANIRA GUTIÉRREZ HERNÁNDEZ

c.c.p.- Dra. Sarah Antonieta Navarro Sánchez. -Directora. - Clínica.  
c.c.p.- Dra. Laura Elena Pérez Ramos -Jefa de Educación e Investigación en Salud-Clínica  
c.c.p.- Archivo y Minutario.  
hdgh\*

## Anexo E. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada.  
Énfasis "Cuidado en Salud Mental y Psiquiatría"



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: \_\_\_\_\_

A través de la presente informo a usted que, como estudiante del Posgrado de la Facultad de Enfermería y Nutrición, actualmente estoy realizando un estudio con el propósito de conocer los modos de afrontamiento en el cuidador primario del paciente con trastorno mental que acude a la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña.

Su participación en este estudio consiste en responder a la escala llamada "Modos de afrontamiento", la cual contiene situaciones sobre la forma como usted actúa ante determinadas problemas o conflictos. Para responder a esta escala es necesario que usted conteste a cada pregunta con una "x" a la numeración que se señala en cada situación, usted puede preguntar dudas en cualquier momento sobre las situaciones que vaya leyendo o sobre la forma de responder. Al terminar de llenar la escala deberá regresar las hojas a la investigadora y así su participación habrá finalizado.

Los datos que usted exprese de carácter personal serán tratados con la máxima confidencialidad y serán anónimos, con el fin de respetar la privacidad. Le informo que al participar en esta investigación no le ocasionará riesgo ni costo alguno. Cualquier duda relacionada con la aplicación de esta escala será tratada con gusto y se dará respuesta a sus dudas o preguntas, por las investigadoras Judith Angélica Leal Rodríguez o Martha Landeros López.

Si decide participar es necesario que nos otorgue su aprobación para la aplicación de la escala "Modos de afrontamiento" por lo que solicitamos su firma de aceptación, agradecemos su participación en este estudio y le recordamos que es voluntaria y podrá retirarse del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones.

Una vez que ha leído este consentimiento y sabe de qué trata su participación en el estudio, no tiene dudas al respecto, acepta y da su consentimiento. Se solicita lo haga por escrito:

Nombre y Firma

---

Nombre y firma del Testigo

---

Nombre y firma del testigo

---

Responsable: L. E. Judith Angélica Leal Rodríguez. Teléfono 4448576624  
Dra. Martha Landeros López. Teléfono 4441888057