

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ**

Afectividad y, control y tolerancia al estrés en cuidadores de hogares protegidos de una provincia peruana

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
CON MENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

AUTORA:

Carol Geraldine Velásquez Rodríguez

ASESORA:

Mg. Lupe Jara Castro

Lima, Octubre del 2019

Agradecimientos

Agradezco a mis adorados padres, quienes me han enseñado a luchar por lo que deseo, siempre apoyándome (y apoyando a otros) sin peros ni críticas, siempre dispuestos. Gracias por todo Daniel y Ruth, ustedes son y siempre serán mi modelo.

A toda mi familia y a mis amigas/hermanas, pues cada uno ha sabido estar en momentos importantes de mi formación como psicóloga.

Quisiera agradecer también a Lupe Jara, mi asesora, por el tiempo otorgado y sus grandes aportes que hicieron que pueda terminar con éxito esta investigación.

A Arturo Calderón y a William Torrejón, por resolver mis dudas en cada oportunidad que recurrí a ellos.

Y finalmente, mil gracias a todos los que participaron de esta investigación de inicio a fin: a los psicólogos del área de Salud Colectiva del INSM HD- HN, al Dr. Néstor, y de manera muy especial, a las cuidadoras y cuidadores de los Hogares Protegidos, definitivamente no hubiese podido lograrlo sin ustedes.

Resumen

Los cuidadores de Hogares Protegidos [HP] cumplen funciones que pueden generar un impacto en su salud mental, especialmente en su afectividad, y control y tolerancia al estrés. Así, la presente investigación busca describir las características afectivas y la capacidad de control en un grupo de 26 cuidadores de HP de una provincia peruana. Para esto, se utilizaron los clústers de afectividad, y de control y tolerancia al estrés del Sistema Comprehensivo para el Psicodiagnóstico de Rorschach y una ficha de datos. Los resultados obtenidos se contrastaron con un grupo de comparación de características sociodemográficas similares. En relación a la afectividad, las variables *FC* y de espacio en blanco *S* fueron menores en el grupo de estudio, mientras que las variables *CF*, *C*, y las de sombreado (*FY*, *YF* y *SumY*) fueron mayores, con respecto al grupo en comparación. En relación al clúster de control y tolerancia al estrés, solamente los puntajes *D* y *AdjD* fueron menores que el grupo de contraste. Los resultados sugieren que los cuidadores de HP experimentan emociones poco moduladas que conllevan a una dificultad para la regulación de sus emociones y a un tipo de descargas afectivas con un control disminuido. Se evidencia la existencia de fuertes sentimientos de malestar de origen situacional, sin que puedan ser controlados y que tienden a ser evitados. Asimismo, hay una dificultad para generar conductas deliberadas frente a situaciones estresantes de manera cotidiana, ante lo cual presentan respuestas de afrontamiento evitativo. Finalmente, se mencionan las limitaciones, recomendaciones, y alcances del estudio.

Palabras clave: afectividad, control y tolerancia al estrés, cuidadores, Hogares Protegidos, Psicodiagnóstico de Rorschach

Abstract

Caregivers of “Hogares Protegidos” carry out many functions that generate an impact on their mental health, especially in their affectivity, and control and tolerance to the stress. Therefore, this research aims to describe the emotional expression and the capacity for control in a group of 30 caregivers of “Hogares Protegidos” in a Peruvian province. The evaluation was performed with the Rorschach test using the comprehensive system of Exner, and with a data sheet. Also, the results obtained from the sample were compared with a comparison group of similar socio-demographic characteristics. Concerning to the affectivity cluster, variables *FC* and the responses to the blank space *S* were lower in the study group, while the variables *CF*, *C* and those representative of shading variables (*FY*, *YF* and *SumY*) were higher, compared to the contrast group. Concerning to the control and stress tolerance cluster, only the scores *D* and *AdjD* have a lower setting than the comparison group, obtaining both negative values. The results showed that there is a greater impact in the affective world of caregivers of Hogares protegidos, like an experience of emotions of great intensity that entail a difficulty for the regulation of their emotions and a type of emotional discharges more uncontrolled. There is evidence of strong feelings of discomfort of a situational event, without being able to be controlled. Also, they showed a difficulty to generate deliberate behaviors facing stressful situations in a particular and daily way, before which avoidant coping responses will be presented. Finally, the limitations and scope of the study are mentioned, as well as the recommendations.

Key words: affectivity, control and tolerance to the stress, caregivers, Hogares protegidos, Rorschach test

Tabla de contenidos

Introducción.....	1
Método.....	11
Participantes.....	11
Medición.....	12
Procedimiento.....	18
Análisis de datos.....	19
Resultados.....	21
Discusión.....	27
Referencias Bibliográficas.....	37
Apéndices.....	47
A. Consentimiento Informado.....	48
B. Ficha sociodemográfica.....	49
C. Pruebas de normalidad.....	50
D. Confiabilidad.....	51

Introducción

Ser cuidador implica asistir a otra persona afectada por alguna discapacidad o enfermedad limitante (Flórez, 1999), como un Trastorno Mental Grave (TMG). En los Hogares protegidos el rol del cuidador supone una serie de desafíos tales como cumplir con las demandas del residente con TMG, cumplir con las funciones estipuladas como parte de su trabajo diario en estos hogares, además de tener un salario mínimo, horarios dobles y rotativos, entre otros (Herrera, Arellano, Cutipé, Aguilar & Valdivieso, 2016). Para los cuidadores esta labor puede contribuir de forma positiva o negativa en su salud mental (Ruiz & Nava, 2012); sin embargo, frecuentemente se han reportado repercusiones negativas en su afectividad, pues el cuidado puede generar un impacto emocional intenso, como la vivencia de emociones predominantemente negativas y trastornos del estado de ánimo (Ruiz & Nava, 2012; Carretero, Garcés & Ródenas, 2006; Rebolledo & Lobato, 2008; Montorio, Izal, López, & Sánchez, 1998; Fernández, 2004); y en su capacidad de control para desplegar estrategias, hacer frente a la situación, y proporcionar un cuidado adecuado (Family Caregiver Alliance, 2016). Esta situación también se presenta en las provincias del Perú, en donde existe un gran porcentaje del total de cuidadores de Hogares Protegidos (Herrera et al., 2016), quienes se encuentran expuestos a condiciones que pueden afectar su salud mental (Carretero, Garcés & Ródenas, 2006) y que además, si bien cuentan con capacitaciones dirigidas a aumentar su conocimiento sobre un TMG, no cuentan con un programa de autocuidado para su salud mental y física (J. Valdivieso¹, mayo de 2017, comunicación personal). Así, esta investigación se realiza en la provincia con mayor cantidad de hogares protegidos existentes pues es dónde hay mayor congregación de cuidadores para nuestra muestra. Con ello, resulta importante observar cómo es la vivencia del mundo afectivo de los cuidadores durante estas exigencias y si ellos logran mantener el control mediante el despliegue de sus recursos.

Los “Hogares Protegidos” son dispositivos alternativos donde una persona con un TMG, que se encuentra en situación de abandono, puede convivir con otras personas en sus mismas condiciones (Bernardo & Surgoná, 2008). En este programa, los cuidadores se encargan de crear entornos que propicien la salud mental y permitan a los residentes

¹ Psicóloga Clínica Comunitaria colaboradora del estudio “Implementación y funcionamiento de hogares protegidos para personas con trastornos mentales graves en Iquitos, Perú (2013-2016)”, publicada por la Revista Panamericana de Salud Pública (2018).

adoptar y mantener modos de vida saludables (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016). Además, el rol que tiene cada cuidador al interior de este dispositivo residencial es altamente relevante puesto que, en algunos casos, ellos se constituyen en el único apoyo instrumental y/o emocional para el usuario (Tapia, Grandón & Bustos, 2014). Por todo ello, este es un trabajo que implica muchas demandas y trae consigo un gran impacto emocional (Ribé, 2014).

Las emociones son reacciones psicofisiológicas de las personas ante situaciones relevantes desde un punto de vista adaptativo, las cuales pueden indicar peligro, amenaza, daño, pérdida, éxito, entre otros (Piqueras, Ramos, Martínez & Oblitas, 2009). Para Lazarus y Folkman (1984) existen situaciones que son valorizadas simultáneamente como un reto y una amenaza, por lo que existe la posibilidad de que las respuestas emocionales positivas y negativas puedan coexistir. Esta situación también podría suceder en el contexto del cuidado, por ejemplo Folkman, Moskowitz, Ozer y Park (1997) realizaron un estudio longitudinal en el que durante siete años se entrevistó a cuidadores de enfermos con SIDA y un grupo de comparación, acerca de eventos que podían generar estrés en su vida diaria, y encontraron que los cuidadores experimentaban mayores niveles de depresión en comparación al grupo de no cuidadores y que, sin embargo, solían reevaluar positivamente y con optimismo los acontecimientos adversos de la vida, de manera similar a la muestra de comparación. No obstante, Olmedo (2015) realizó un estudio para determinar las diferencias de ambivalencia emocional entre cuidadores formales e informales, y encontró que el grupo de cuidadores formales tiende a experimentar menos respuestas emocionales ambivalente; señalando que esto se debe posiblemente a que los familiares sienten satisfacción y amor por ayudar a su familiar, pero a la vez culpabilidad e impotencia por ser aquellos que toman el papel de cuidador; mientras que los cuidadores formales estarían libres de esta ambivalencia emocional ya que es una labor que ellos mismos eligen.

En relación a los cuidadores de Hogares Protegidos, todas las condiciones de su contexto pueden favorecer la aparición de emociones intensas tanto positivas como negativas (Ruiz & Nava, 2012), no necesariamente de manera simultánea. Las emociones positivas suelen incluir aumento de la autoestima, placer y satisfacción en relación a los cuidados provistos (Lawton et al., 1989; citado en Carretero, Garcés & Ródenas, 2006; Chomba, 2013). Sin embargo, la mayoría de investigaciones sostienen que la vivencia de

las emociones en los cuidadores es predominantemente negativa, la que puede incluir tristeza, miedo, desesperación, tensión, apatía, irritabilidad, e incluso trastornos del estado de ánimo como ansiedad y depresión en situaciones de cuidado prolongado (Ruiz & Nava, 2012; Carretero et al., 2006; Rebolledo & Lobato, 2008; Montorio, Izal, López, & Sánchez, 1998; Fernández, 2004). En la actualidad se sabe que las emociones positivas son capaces de potenciar la salud de los individuos, mientras que las emociones negativas son capaces de disminuirla (Martínez-Sánchez & Fernández Castro, 1994; Fernández-Abascal & Palmero, 1999) y perjudicar más áreas de funcionamiento psicológico del individuo.

Las emociones son una parte fundamental del clúster de Afectividad del Sistema Comprehensivo del Rorschach y han sido objeto de investigación en diversos contextos y poblaciones (Rivarola, 2015; Sánchez, 2013; Tibon & Blumberg, 2000). El clúster de afectividad del Rorschach brinda información acerca de la influencia de las emociones en la actividad cognoscitiva, la expresión emocional, el grado de modulación y descarga afectiva; y la influencia de las emociones en la toma de decisiones y sus interacciones con el entorno (Pardillo, 2004).

En cuanto a la relación entre las emociones y la actividad cognoscitiva, Cano-Vindel (1989) señala que las emociones tienen un elemento cognitivo que va dotando de significado la experiencia humana; es decir, a cada situación las personas le otorgan una valoración, atribución o interpretación que da significado a la misma. Asimismo, las emociones tienen un elemento conductual que implica que pueden actuar como poderosos motores del comportamiento de las personas (Cano-Vindel, 1997; Exner, 2005). En otras palabras, las emociones cumplen un rol importante en la percepción de las vivencias de los sujetos y matizan las experiencias como posibles situaciones beneficiosas o perjudiciales para sí mismos (Escamilla, Rodríguez & González, 2009).

En general, se ha observado que los cuidadores familiares y profesionales podrían llegar a percibir a la persona cuidada como alguien poco competente y vulnerable, y a partir de ello pueden experimentar un profundo desgaste emocional y físico que incluye gran preocupación por la persona cuidada o, en el caso de los familiares, conductas y actitudes de sobreinvolucramiento, autosacrificio y sobreprotección del enfermo (Ruiz & Nava, 2012; Rascón, Gutierrez, Valencia & Murow, 2008). Se puede decir que en un grupo como el de los cuidadores, las emociones contribuyen de forma significativa a la creación de

disposiciones y actitudes, y es probable que jueguen un papel fundamental en la gestación de una gran parte de los estilos de respuesta que estos despliegan (Sendín, 2007).

Sobre la regulación emocional, ésta ha sido definida como el uso activo de determinadas estrategias que los individuos ponen en marcha para influir sobre el distress y expresar constructivamente las emociones en el momento y lugar adecuados (John & Gross, 2007; Ochsner & Gross, 2005; Skinner, Edge, Altman & Sherwood, 2003). La capacidad de regulación y el manejo de las emociones también puede variar de acuerdo a la situación, contexto y fuerza con la que se presenten (Exner, 1990). Por ejemplo, en el caso de los cuidadores, Velar, Pérez-Escoda y Ruiz-Bueno (2014) realizaron un estudio con 211 cuidadores familiares de personas mayores y encontraron que el 46.2% de ellos experimentaba emociones negativas intensas, presentaba sintomatología depresiva leve y moderada, y tenía dificultades en la regulación y la autonomía emocional. De la misma forma, el Departamento de Administración del Envejecimiento de Estados Unidos (2011) señala que el cuidado es un trabajo desgastante que puede provocar dificultades para la regulación emocional, y para desplegar estrategias adecuadas en el manejo de las necesidades del enfermo y las de su trabajo a la misma vez (Administration on Aging, 2011; citado en Rivera, 2013). Finalmente, Pavalko y Woodbury (2000) realizaron un estudio longitudinal con mujeres cuidadoras y no cuidadoras con el objetivo de describir los efectos del cuidado en la salud y si el impacto ocurría en mayor grado a nivel físico o emocional. Así, encontraron que la prestación de cuidados afecta de manera más consistente a nivel emocional y repercute negativamente en el manejo del afecto de los mismos, especialmente cuando hay un tiempo de cuidado prolongado (Pavalko & Woodbury, 2000).

Por otra parte, la expresión emocional es la capacidad de un individuo para comprender su estado emocional interno, y de comunicar sus emociones de forma apropiada (Bisquerra & Pérez, 2007). Así, puede haber individuos con dificultad para modular sus afectos y severos problemas de control, que tienden a expresar sus emociones de manera muy intensa y hostil; y también puede haber individuos que, en situaciones que les generan un intenso malestar, pueden interiorizar sus afectos, frenar la expresión emocional y, con ello aumentar su incomodidad interior (Sendín 2007). En relación a los cuidadores se ha encontrado que éstos podrían estar reprimiendo los sentimientos negativos

que tienen contra el enfermo y su situación, o incluso podrían no ser conscientes de las conductas que deliberan frente a este entorno, por lo que podrían perder el control e incurrir en maltrato y negligencia con la persona cuidada (National Alliance for Caregiving & American Association of Retired People, 2012; citados en Rivera, 2013). Por ejemplo, la guía para cuidadores familiares de personas con TMG afirma que el maltrato hacia la persona cuidada radica en un tipo de expresión emocional caracterizada frecuentemente por comentarios críticos, hostilidad hacia el paciente y sobreimplicación emocional (Aznar & Berlanga, 2004).

Sendín (2007) agrega que incurrir en este tipo de conductas inmoduladas depende de la intensidad de las emociones que el individuo experimenta y tiene que expresar, las que pueden tener un nivel casi imperceptible o ser tan violentas hasta el punto de ignorar su sistema de valores. En específico, en los Hogares Protegidos de Chile se realizó una investigación con el objetivo de describir la emoción expresada en cuidadores, y se encontró que al igual que los familiares, los cuidadores profesionales del programa también manifiestan criticismo y hostilidad en su relación con los residentes (Vallhonrat, Hernanz & Bosch, 2010).

Por otro lado, Goode, Haley, Roth y Ford (1998) consideran que batallar diariamente contra una enfermedad con tareas monótonas y repetitivas puede generar agotamiento y sensación de falta de control sobre el resultado final de dicha labor. Incluso, los cuidadores no solo están expuestos a la gran demanda que implica atender a un paciente crónico, pues en los Hogares Protegidos un cuidador se encarga de atender simultáneamente a varios pacientes con un TMG (Herrera, Arellano, Cutipé, Aguilar & Valdivieso, 2017), lo cual puede incrementar la demanda y ésta puede superar las posibilidades de afrontamiento del cuidador, generando más dificultades de control (García & Mateo, 2004).

En cuanto a la capacidad de control al estrés, ésta se entiende como la capacidad de tomar decisiones y poner en práctica conductas deliberadas para responder a las demandas de una situación (Exner, 2005), como el cuidado de una persona con TMG. Esta capacidad puede variar dependiendo de las circunstancias de cada situación, según tres componentes: los recursos, que son las capacidades cognitivas y emocionales que permiten controlar la conducta respuesta a una situación, aunque su presencia no significa que las conductas que

tome el sujeto sean adaptativas o efectivas a dicho estresor; la demanda estimular, que refiere al impacto de la demanda de una situación en dichos recursos; y finalmente, la tolerancia al estrés, que representa la habilidad para soportar el estrés, y se refiere a los recursos disponibles en una persona que reflejan como organizará y dirigirá sus conductas para hacer frente a eventuales situaciones que generen altos niveles de estrés (Exner, 2005; Sendín, 2007).

En tanto, diversas investigaciones han demostrado que el cuidado de una persona enferma puede causar sensación de pérdida de control sobre la vida del cuidador, lo que implica dificultades al enfrentar demandas comunes de su entorno, y sensación de ineficiencia para manejar los problemas del cuidado (Flórez, 1999; Ruiz & Nava, 2012; Aparicio, 2010; Pinto, Barrera & Sánchez, 2005; Picasso, 2015). Esto quiere decir que al brindar cuidado durante largo tiempo, algunas personas pueden sentir que ya no poseen los recursos suficientes para realizar dicha tarea, por lo que el alto nivel de demanda y el impacto emocional pueden limitar su capacidad cognitiva y conductual para la tolerancia al estrés; y en consecuencia podrían ser negligentes consciente o inconscientemente en el cuidado directo con el paciente (Instituto de Neurología Cognitiva, 2012; citado en Rivera, 2013).

Lo anterior coincide con los resultados presentados por Picasso (2015), quien realizó una investigación con cuidadores familiares de personas con esquizofrenia y encontró que el grupo de estudio presenta menores niveles de accesibilidad a recursos tanto cognitivos como afectivos para hacerle frente a posibles estresores. Asimismo, señala una dificultad para enfrentar eficazmente las demandas comunes a su entorno social, es decir, en generar y dirigir conductas deliberadas en situaciones socio afectivas (Picasso, 2015).

Por otro lado, la sensación de pérdida del control también se observa en la tendencia a la evitación, e impulsividad mediante acciones rápidas para controlar distintas situaciones sin optar por el razonamiento para la resolución de problemas (Flórez, 1999; Ruiz & Nava, 2012; Aparicio, 2010; Pinto, Barrera & Sánchez, 2005; Picasso, 2015). Por ejemplo, Cano-Vindel, Sirgo y Díaz-Ovejero (1999) indican que los cuidadores de enfermos experimentan emociones desagradables y, como una estrategia de afrontamiento, pueden usar tácticas de evitación o de reducción de la intensidad de esa reacción emocional. Y también, en la misma investigación de Picasso (2015) se expone que los cuidadores se muestran

defensivos, procesan los estímulos del entorno de manera concreta, tienden a la evitación y procuran internalizar emociones o no involucrarse ni emocional ni cognitivamente con su realidad.

Las demandas representan experiencias internas o externas que el sujeto registra internamente como irritación, malestar o incomodidad, las cuales pueden ser de tipo ideacional o emocional (Exner, 1990; Exner, 2005; Sendín, 2007). Si aumenta la estimulación sufrida de tipo ideacional suelen aparecer quejas de insomnio, de inquietud o falta de concentración; mientras que si aumenta el malestar a nivel afectivo suelen aparecer síntomas de malestar emocional como sentimientos de desvalorización personal, soledad o indefensión (Sendín, 2007). También, el malestar afectivo puede ejercer gran influencia en la capacidad de la persona para afrontar tareas desgastantes (Lazarus & Folkman, 1986). Esto puede suceder incluso desde muy temprana edad, por ejemplo en una investigación con niños, se encontró que los menores enfrentados a tareas desgastantes evidenciaban una seria dificultad para expresar las emociones; lo que a su vez disminuía la habilidad para responder adecuadamente a las demandas del entorno y mantener el control (Zárate, Moro & Andrés, 2010). Igualmente en adultos, Tapia (2011) ha estudiado la personalidad de individuos con dificultad de control y tolerancia al estrés, y señala que los “descontrolados” usualmente están impactados por las emociones, por las sensaciones de ansiedad, e internalizan excesivamente la emocionalidad que debería ser exteriorizada.

Hasta ahora se ha tratado de explicar el impacto del cuidado de una persona con TMG en la afectividad, y el control y tolerancia al estrés del cuidador; pero también es importante mencionar que no todos los cuidadores van a sufrir las mismas consecuencias, ni las sufrirán con igual intensidad, pues existen diferentes características individuales y del mismo contexto de cuidado que podrían aumentar o disminuir la demanda y generar cambios en el cuidador (Pearlin, 1994; citado en Montorio, Izal, López & Sánchez, 1998), tanto a nivel afectivo como de control.

En primer lugar, varios estudios muestran que las mujeres que son cuidadoras tienden a expresar sus emociones con mayor intensidad en comparación a los hombres cuidadores, además tienen expectativas más altas respecto al funcionamiento productivo de los pacientes y muestran una actitud más negativa hacia la poca actividad del paciente (Hanzawa, Tanaka, Inadomi, Urata, & Ohta, 2008; Quispe, 2014; citados en Picasso, 2015).

Así, Chomba (2013) resalta que las mujeres podrían ser el grupo más vulnerable debido a que, además de cumplir el papel de cuidadoras de un enfermo, también asumen la mayoría de las tareas de su hogar. En el contexto del cuidado, diversos estudios que buscan determinar el perfil de los cuidadores señalan que generalmente las mujeres asumen el cuidado de personas enfermas o dependientes (Ribé, 2014; Lara, González & Blanco, 2008), aspecto que también se observa en los Hogares Protegidos del Perú, en donde casi el 80% de personas que trabajan como cuidadores de pacientes con TMG son mujeres (Herrera et al., 2017).

Luego, en relación a la edad, Pinquart y Sorensen (2003) realizaron un meta-análisis con el fin de establecer las características de salud física y psicológica de cuidadores de personas enfermas y un grupo de comparación, e identificaron que las personas con más edad presentaban mayores niveles de depresión y dificultades en autoeficacia, lo que indicaría menos recursos de afrontamiento para lidiar con eventos que pueden ser demandantes. Sobre ello, en el estudio de Herrera y colaboradores (2017) se menciona que los cuidadores de los Hogares Protegidos del Perú suelen encontrarse en la adultez media.

Sobre el estado civil de los cuidadores, las investigaciones arrojan resultados inconsistentes con respecto a su influencia en la afectividad y el control de las personas, e hipotetizan que el estado civil es un factor que puede influir tanto positiva como negativamente en dichas áreas (Cardona, Segura, Berbesí, Ordoñez & Agudelo, 2011; Cándido et al, 2012). Por ejemplo, un estudio que describía el nivel de sobrecarga en cuidadores de adultos mayores encontró que sin distinción de estado civil, tanto las personas casadas como solteras presentaban alteraciones en el estado de ánimo en un grado leve e intenso (Cardona, Segura, Berbesí, Ordoñez & Agudelo, 2011). Esto concuerda con otro estudio realizado con cuidadores de pacientes con accidente vascular cerebral, que señala que el estado civil podría ser tanto un factor positivo como negativo, puesto que tener una pareja constituiría un apoyo que puede tener efecto un positivo para el cuidador, pero también puede implicar más responsabilidades que el cuidador tiene que cumplir (Cándido et al., 2012). Por ello, también es importante considerar la carga familiar que cada cuidador posee, puesto que ser proveedor económico del hogar implicaría mayor desgaste y por ende, mayor afectación emocional (Ribé, 2014).

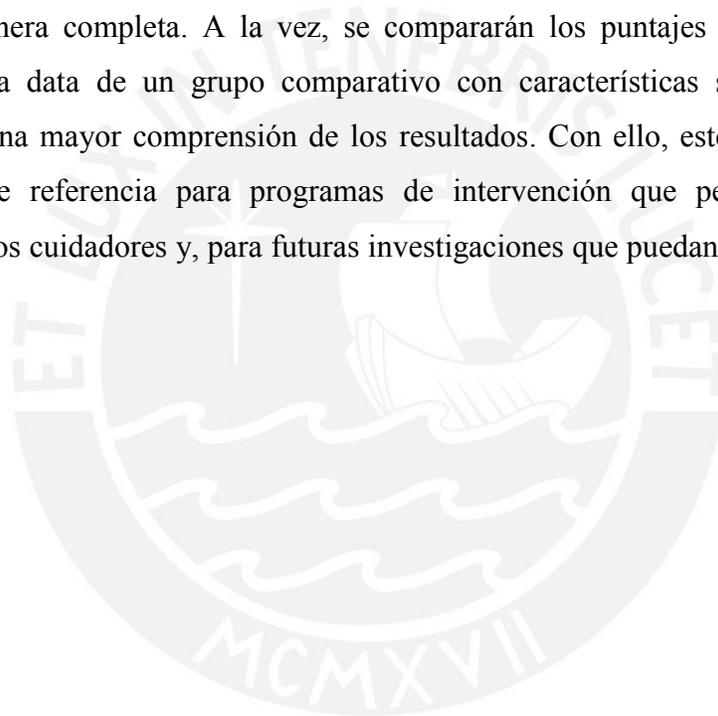
En relación al grado de instrucción del cuidador, se ha encontrado que es un factor que puede afectar tanto la capacidad de control y tolerancia al estrés como el área afectiva ya que un mayor nivel académico previo hace que el cuidador tenga una mejor percepción de la enfermedad y facilidad para desarrollar su capacidad de control y tolerancia al estrés, lo cual implicaría una menor afectación emocional (Méndez, Giraldo, Aguirre & Lopera, 2010; Ribé, 2014). Además, poseer un menor grado de instrucción implicaría que la persona tenga mayores dificultades para modular cognitivamente su descarga emocional y tienda a suprimir sus afectos disfóricos (Sánchez, 2013). En nuestro país, tener un grado de instrucción técnica o universitaria no es requisito para obtener el trabajo de cuidador; sin embargo, Herrera et al. (2017) señalan que aproximadamente más del 80% de los cuidadores de Hogares Protegidos han estudiado una carrera técnica de enfermería.

En cuanto al nivel socioeconómico, Fan y Eaton (2001) realizaron un estudio longitudinal con el fin de evaluar los efectos de la situación socioeconómica y condiciones precarias del nacimiento en la afectividad de los adultos; así, encuentra que un menor nivel de ingresos puede favorecer el desarrollo de baja autoestima, frustración, bloqueo de las aspiraciones personales y una menor sensación de eficacia y control personal; todo ello, podría atentar contra los recursos que serían útiles para afrontar cualquier estresor. Por ejemplo, Velásquez (1998) realizó un estudio cultural con mujeres de diferentes estratos y contextos y encontró que el nivel socioeconómico bajo es un factor que puede ejercer gran influencia psicológica e impacto en la afectividad, mostrando clara tendencia a simplificar el campo estimular, escaso interés en los estímulos emocionales y limitaciones en los recursos. Finalmente, Lawton, Ragajopal, Brody y Kleban (1992) encontraron resultados similares en su investigación con cuidadores de distintas razas étnicas, señalando que aquellos con menos estatus socioeconómico tenían un menor número de recursos disponibles y un menor acceso a información útil para mejorar su situación. Sobre esto, es preciso mencionar que el trabajo de cuidador en los Hogares Protegidos en el Perú es remunerado con el sueldo mínimo (Herrera et al., 2017), lo que los podría predisponer a buscar un segundo trabajo para mejorar sus ingresos económicos, pero ello les puede generar una mayor demanda en la persona.

A pesar de lo mencionado, la mayoría de las investigaciones suele realizarse con cuidadores familiares, y no existen muchas investigaciones con respecto a los efectos de

este trabajo en los cuidadores de Hogares Protegidos, especialmente en nuestro contexto. De igual manera, existe basta información en relación al cuidado diádico, y no específicamente con cuidadores de Hogares Protegidos que se encargan simultáneamente del cuidado de seis a ocho residentes con TMG.

Teniendo en cuenta ello, la presente investigación pretende describir las características de la afectividad de los cuidadores de Hogares Protegidos de provincia, y si ellos despliegan los recursos o estrategias necesarias para su control. Para ello, se plantea utilizar los clústers de Afectividad y Control y Tolerancia al estrés del Sistema Comprensivo del Rorschach, dado que este es un instrumento que permite evaluar ambas variables de manera completa. A la vez, se compararán los puntajes de los cuidadores evaluados con la data de un grupo comparativo con características sociodemográficas similares, para una mayor comprensión de los resultados. Con ello, este estudio pretende ser un punto de referencia para programas de intervención que permitan un mejor autocuidado de los cuidadores y, para futuras investigaciones que puedan ser realizadas con esta población.



Método

Participantes

En el presente estudio participan voluntariamente 26 cuidadores de personas diagnosticadas con un Trastorno Mental Grave, residentes del programa “Hogares Protegidos” de una provincia del Perú. El contacto con los participantes se realizó mediante el Coordinador Regional de Salud Mental de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) de la región respectiva, a quien se le comunicó el objetivo de la investigación y se le solicitó permiso para acceder a la población requerida.

Se planteó como criterios de inclusión que los cuidadores estén trabajando en el Hogar Protegido un tiempo mínimo de 6 meses y que no se encuentren al cuidado de otra persona afectada de una enfermedad mental. Considerando ello, se les invitó a participar de manera voluntaria en este estudio, para lo cual se les entregó un consentimiento informado (anexo A) en el que se presentaron los objetivos.

Con respecto a los cuidadores, 21 son mujeres y 5 son hombres, con una edad promedio de 38.12 (*Min=25, Max=65, D.E=10.78*). El 88.5% nació en la ciudad en la que se desarrolla la investigación, o vivió ahí la mayor parte de su vida, mientras que el 11.5% nació en alguna provincia o ciudad lejana de la misma. De ellos, 53.8% son solteros, 19.2% son casados y 26.9% son convivientes. Sobre la cantidad de personas que viven en el mismo hogar, un participante vive solo, el 46.2% vive con 1 a 3 personas, y el 50% vive con más de 4 personas. Con respecto al nivel socioeconómico, el 65.4% considera pertenecer a un nivel medio, el 19.2% se considera dentro de un nivel bajo, y el 15.4% se considera dentro de un nivel muy bajo. El 15.4% tienen educación secundaria completa y el 84.6% educación técnica, de los cuales 18 tienen estudios de enfermería técnica, 2 tienen estudios relacionados al cuidado físico o mental del paciente, y 2 tienen estudios de enfermería técnica con estudios complementarios. En relación al mayor aporte económico al hogar, 42.3% sostuvo que eran ellos los que más aportaban, 23.1% afirmó que era equitativo con otros miembros del hogar y, el 34.6% que otro miembro era el de mayor aporte. El 34.6% de los participantes considera que sus ingresos no resultan suficientes para solventar los gastos de su hogar, mientras que el otro 65.4% considera que sí son suficientes. Finalmente, el 80.8% de los participantes no tienen otro trabajo, mientras que el 19.2% realiza alguno ocasionalmente.

Además, se recolectó información acerca de su situación como cuidadores y se obtuvo lo siguiente: el 11.5% ha trabajado en un hogar protegido menos de un año, el 7.7% entre 1 y 2 años, el 76.9% entre 2 y 5 años, y el 3.8% más de 5 años. Finalmente, el 11.5% refiere haber trabajado anteriormente como cuidadores en otro centro de rehabilitación.

Medición

El Psicodiagnóstico de Rorschach es una prueba compuesta por diez láminas con manchas de tinta, a partir de las cuales el sujeto estructura sus respuestas dependiendo de su funcionamiento y de sus experiencias personales, ello permite medir la organización y el funcionamiento psicológico de cada sujeto (Exner, 2005). Para describir las características de la Afectividad y el Control y Tolerancia al estrés se utilizan los clústers del mismo nombre del Sistema Comprehensivo de Exner, aplicado al Rorschach.

El clúster de Afectividad da cuenta del papel de la emocionalidad en la organización y en el funcionamiento psicológico del sujeto (Exner, 2005). Este clúster incluye las variables DEPI, CDI, C', EB, L, lado derecho de la eb, Afr, CP, S, SumC':SumPonC, índice de intelectualización, FC:CF+C, Cpura, Respuestas complejas (Sendín, 2007). Esta área se analiza siguiendo los siguientes pasos:

1. Índice de depresión (DEPI) e Índice de inhabilidad social (CDI): ambos índices se componen de una mezcla de variables afectivas, cognitivas, autoperceptivas e interpersonales. El DEPI puede indicar la existencia de un problema afectivo importante; y el CDI refleja dificultades para manejarse con la complejidad que plantean las situaciones cotidianas, especialmente en la esfera social (Exner, 2005).

2. Estilo vivencial (EB) y Lambda (L): el EB refleja el estilo de respuesta preferencial, se compone por dos variables y se espera que ninguna de las dos tenga valor cero pues ello indicaría la presencia de una dificultad emocional que predispone al sujeto a sufrir estados de tensión. El Lambda hace referencia a la capacidad de simplificar la información que percibimos y economizar así los recursos (Exner, 2000).

3. EBper: indica cuán rígido es el estilo de respuesta del sujeto ante situaciones en las que ha de resolver problemas o tomar decisiones, indica mayor rigidez que supone menor flexibilidad en el proceso de toma de decisiones (Exner, 2005).

4. Análisis del lado derecho de la eb: refleja los estímulos internos que provocan angustia o malestar emocional, de modo que indican una elevación del sufrimiento o dolor psíquico. Está conformada por los componentes de sombreado y color acromático (C', T, V y Y) que influyen de manera relevante en la conducta, pero sobre los cuales el individuo tiene escaso control; por ello, si aumentan en intensidad y sobrepasan el monto de recursos organizados del sujeto, provocan una situación de sobrecarga que predispone a conductas impulsivas. Por lo tanto, siempre se espera que el lado derecho de la eb sea menor que el lado izquierdo (Sendín, 2007; Exner, 2005).

5. SumC': SumPonC: las respuestas cromáticas indican descarga emocional y el grado en que se controla su expresión, mientras que las respuestas acromáticas indican sentimientos irritantes causados por la inhibición o internalización de la emoción. De manera que esta proporción relaciona el grado de la constricción afectiva con el nivel de procesamiento de las emociones que el sujeto utiliza de manera habitual (Exner, 2005).

6. Proporción afectiva (Afr): representa la responsividad del sujeto a los estímulos emocionales. Los sujetos con Afr alta se sienten provocados por situaciones afectivamente cargadas, lo que puede ser desfavorable si existen dificultades de control en la expresión de los afectos, pues se incrementará la frecuencia de demandas y con ello, la posibilidad de que surjan problemas de modulación de las descargas (Sendín, 2007). Por otro lado, sujetos con Afr baja prefieren no implicarse en contextos emocionalmente cargados, lo que neutraliza problemas de descontrol, ya que evitarán las situaciones que los exacerben. Para poder interpretar correctamente los datos, los valores óptimos de Afr deben establecerse a la luz del EB de cada sujeto, sabiendo que los extratensivos tendrán mayor puntuación que los otros dos grupos (Sendín, 2007).

7. Índice de intelectualización: este índice ofrece información acerca del grado en que el individuo utiliza racionalizaciones para minimizar el impacto de las situaciones cargadas de emoción, manejándolas de manera ideacional más que emocional. Se trata de un proceso pseudointelectual que sirve para ocultar o incluso para negar la presencia de afectos disfóricos (Sendín, 2007).

8. Proyección de color (CP): las proyecciones del color son muy raras, por lo que se espera que su valor siempre sea cero. La proyección implica una forma insólita de

negación para reemplazar experiencias emocionales displacenteras por una emoción eufórica, pero irreal (Exner, 2005).

9. Proporción forma- color (FC: CF+C): brinda información sobre el grado de modulación de las descargas e intercambios emocionales deliberadamente iniciados. La fórmula FC:CF+C muestra las proporciones que los distintos tipos de experiencias emocionales deliberadas alcanzan en el conjunto de cada protocolo. En los adultos se espera encontrar $FC > CF+C$, aproximadamente en una proporción de 2:1 y con $C_{Pura}=0$. Si estos datos aparecen con $C_{Pura} > 0$ el sujeto suele controlar casi siempre sus afectos al estilo de la mayoría, pero a veces sufre lapsus en ese control, en los cuales se pueden producir descargas inmoduladas (Sendín, 2007).

10. C Pura: representa un tipo de respuesta menos madura o más primitiva. Tiene que ver con una descarga afectiva brusca en la que ni siquiera se intenta algún tipo de control, bien porque la persona sea incapaz de amortiguar cognitivamente la descarga a causa de la gran intensidad de la experiencia emocional, o bien porque tome la decisión de dejar libre ese impulso de descarga en lugar de trabajar en su modulación (Exner, 2005).

11. Espacio blanco (S): puede indicar desde una acentuación de la individualidad hasta negativismo, oposicionismo, hostilidad o ira. Tener un índice S elevado señala una búsqueda de independencia y autoafirmación que acentúa los componentes más individuales sin indicar nada patológico. Si esa frecuencia se eleva supone un estilo de oposición y negativismo que puede implicar rechazo a las demandas reales de las situaciones y, con ello, señalar dificultades de adaptación (Exner, 2005; Sendín, 2007).

12. Respuestas complejas (relación con L y EB): el número de respuestas complejas del protocolo indica la complejidad psicológica actual del sujeto. El grado de complejidad de cada individuo no es estático, sino que tiende a aumentar o disminuir dependiendo de la idiosincrasia propia de la persona (Exner, 2005).

13. Respuesta complejas relacionadas con el estrés situacional (m o Y): indican si la complejidad psicológica es habitual o puede haberse incrementado por factores situacionales (Exner, 2005).

14. Respuestas complejas de Color-sombreado (Complj.Col-SH): indica la existencia de incertidumbre, confusión y ambivalencia con respecto a los sentimientos.

Representan una combinación de placer y dolor, es decir, una experiencia emocional que causa incertidumbre, confusión, ambivalencia y que es generadora de sufrimiento. Estas respuestas se observan comúnmente en protocolos de sujetos depresivos (Sendín, 2007).

15. Respuestas complejas de Sombreado (Complj.SH): son muy inusuales, señala la posibilidad de que el sujeto esté registrando vivencias emocionales extremadamente penosas que pueden producir un impacto perturbador en todo su funcionamiento afectivo (Exner, 2005).

Por otro lado, el clúster de control y tolerancia al estrés mide la capacidad del sujeto para tomar decisiones y ejecutar conductas con el fin de afrontar las demandas de una situación. Este clúster incluye las variables D, AdjD, es, es ajustada, EA, CDI, EB y Lambda (Sendín, 2007). Para analizar esta área se han establecido los siguientes pasos:

1. Puntuación D ajustada (Adj D) e Índice de inhabilidad social (CDI): la D ajustada informa sobre la capacidad del sujeto para mantener el control y la dirección de las conductas en situaciones habituales. Se espera en adultos la presencia de un valor mayor a cero pues significaría que existe una tolerancia adecuada frente a las tensiones de la vida cotidiana. Por otro lado, el CDI hace referencia a las capacidades del individuo para iniciar y mantener la dirección de sus conductas, e indica qué tan difícil resulta para una persona manejar situaciones socioafectivas, por lo que se espera que no aparezca (Exner, 2005).

2. Experiencia accesible (EA): representa un indicador de los recursos cognitivos y afectivos con los que cuenta el sujeto para iniciar conductas deliberadas, es decir, para tomar decisiones y ponerlas en práctica. En adultos se espera que tales recursos sean superiores a *es* (disparadores internos de tensión) (Sendín, 2007).

3. Estilo vivencial (EB) y Lambda (L): EB indica una tendencia estable en el sujeto para responder al entorno; puede ser introversivo e implicar un modo de resolver situaciones de manera más individual y racional, o puede ser extratensivo, tendiendo a tener en cuenta a los demás y a las propias emociones al afrontar situaciones cotidianas. En relación al Lambda, aquellas personas con Lamba bajo dejan pasar demasiados estímulos, no son capaces de filtrar estimulación emocional y a menudo se sienten inundadas por ella. Mientras que un Lambda alto indica la capacidad para simplificar las percepciones y

economizar recursos, lo que evita la complejidad y ambigüedad, de manera que el sujeto puede presentar actuaciones inmoduladas (Sendín, 2007; Exner, 2005).

4. Estimulación sufrida (*es*) y es ajustada (*Adjes*): ambos proporcionan información acerca de los estresores que tiene el sujeto; *es* representa un indicador bruto de las experiencias de estimulación interna que sufre el sujeto y que registra como malestar o incomodidad; mientras que *Adjes* alude a los estresores crónicos y persistentes. Se espera que *es* sea menor a EA (así el sujeto tendrá los recursos necesarios para afrontar el estrés) y que el *Adjes* sea bajo, entre 5 y 9 (Exner, 2005).

5. Experiencia base (*eb*): el *eb* aporta información relevante acerca de las principales fuentes de malestar interno, de sus características y de su impacto en el resto de las operaciones psíquicas del sujeto. Se espera que sea menor al EA para así poder enfrentar y adaptarse a las exigencias externas (Exner, 2005).

A lo largo de los años se ha podido determinar el carácter psicométrico del Sistema Comprensivo de Exner para el Rorschach [SCR] en diferentes contextos y poblaciones, mediante investigaciones que evalúan las siguientes propiedades: confiabilidad, validez, y datos normativos (Hiller, Rosenthal, Bornstein, Berry & Brunell-Neuleib, 1999; Ráez, 2007; Viglione & Hilsenroth, 2001; Weiner, Spielberger & Abeles, 2002).

En cuanto a la confiabilidad del instrumento, esta ha sido verificada mediante estudios test-retest en distintas poblaciones (Hunsley & Bailey, 1999). Así, la mayoría de variables del SCR han obtenido coeficientes mayores a .75 en las correlaciones, demostrando tener estabilidad a corto y largo plazo (Weiner, Spielberger & Abeles, 2002). En un estudio realizado con 100 adultos no pacientes que fueron evaluados después de tres años, diversas variables de los Clúster Afectividad, y Control y Tolerancia al estrés presentaron coeficientes de estabilidad que superan el 0.80 (Zf, Lambda, M, Ma, FC, SumC, Afr, SumT, SumV, X+%, Índice de egocentrismo, Sum6 y EA) y variables que superan el 0.70 (Número de respuestas (R), Mp, CF+C, Populares, FM y es) (Exner & Weiner, 1995; citado en Weiner, 1997).

La confiabilidad también se ha verificado mediante la concordancia entre codificadores; así Acklin, McDowell, Verschell y Chan (2000) realizaron un meta-análisis de estudios con pacientes ambulatorios y reportaron que el coeficiente Kappa medido a lo largo de diversas categorías de clasificación oscila entre .79 hasta .88, lo que indica una

adecuada concordancia entre codificadores. De igual forma, Exner (2003) señala niveles mayores al 90% para las variables de Localización, Pares, Populares y Z; porcentajes un tanto más bajos para Calidad Formal y categorías de Contenidos; y cercanos al 80% para Determinantes y Códigos Especiales. Finalmente, Ráez (2007) realizó una investigación con población peruana y reportó porcentajes de concordancia de 90% a 99% para todas las variables del SCR; mientras que los coeficientes de confiabilidad (Iota) variaron entre .66 y .98. Para la presente investigación, se seleccionaron al azar cinco protocolos para ser codificados por dos jueces expertos, a fin de establecer la confiabilidad entre calificadores, obteniendo un promedio de 95.08% respecto al índice de acuerdo.

Con respecto a la validez, Parker, Hanson y Hunsley (1988) realizaron una investigación meta-analítica comparando el carácter psicométrico del MMPI, WAIS y el Rorschach, y se encontró que tanto el MMPI como el Rorschach presentan adecuados niveles de validez (.46 y .41 respectivamente). Una investigación similar realizada por Hiller, Rosenthal, Bornstein, Berry y Brunell-Neuleib (1999) demostró que el Rorschach obtuvo una validez de constructo media no ponderada de .29, mientras que el MMPI obtuvo el valor de .30; demostrando que ambas pruebas cuentan con un coeficiente aceptable de validez como pruebas de personalidad. A pesar de la evidencia, Hunsley y Bailey (2001) consideran que aún no hay suficientes estudios que den cuenta de su validez ni de su utilidad en diversos ámbitos como el clínico, el forense o el legal.

Finalmente, también se aplicó una breve encuesta para recopilar información en torno al estrés que percibían los cuidadores en diferentes ámbitos de sus vidas, y la forma que los mismos tenían para afrontar estos estresores. Así, se encontró que el 57.7% presenta o cuida de alguien que presenta alguna condición física que le genera mayor estrés. Con respecto a sus niveles de estrés, el 23.1% de los cuidadores refiere casi nunca estar estresado, el 61.5% refiere estarlo muy pocas veces, el 7.7% refiere estarlo a veces y otro 7.7% refiere estarlo muchas veces. Finalmente, con respecto a las estrategias que utilizan los cuidadores para disminuir el estrés, el 57.7% suele salir fines de semana con familia o amigos, beber alcohol, o no hacer nada; otro 23.1% suele evaluar positivamente la situación, usa el humor o técnicas de relajación; mientras que el 19.2% utiliza más de un mecanismo de los mencionados para disminuir el estrés.

Procedimiento

El proceso para acceder a la muestra se realizó de la siguiente manera: en primer lugar, el protocolo de la investigación pasó por una revisión del Comité de Ética de la Investigación de la Pontificia Universidad Católica del Perú con el fin de asegurar que se cumplan con los criterios éticos correspondientes. A partir de la aprobación del protocolo, la institución que apoya y financia el programa “Hogares Protegidos” en el país, brindó el contacto del Coordinador Regional de Salud Mental de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) de la región respectiva.

Se envió una carta vía e-mail dirigida al Coordinador indicando el propósito de este estudio y solicitando la aprobación del mismo. Una vez que el Coordinador dio su aprobación, le comunicó acerca del estudio a la coordinadora de las Residencias Protegidas, quien recibió a la investigadora en la provincia elegida y otorgó los horarios de trabajo que tenía cada cuidador en la semana de aplicación del instrumento. Luego, se procedió a contactar a cada participante acudiendo a las Residencias Protegidas en sus respectivas horas de trabajo, teniendo en cuenta los criterios de inclusión planteados y, de manera intencional, procurando que más de un cuidador se encuentre en dicha Residencia para no interferir con sus actividades del día.

Al llegar a cada Residencia Protegida se le informó a cada cuidador sobre los objetivos de la investigación, haciendo especial hincapié en la confidencialidad del estudio para mitigar temores acerca de cualquier temor que podrían tener en su trabajo debido a su participación. A los interesados en formar parte del estudio, se les brindó el consentimiento informado (anexo A) y se procedió a llenar la ficha de datos con una pequeña encuesta sobre los niveles de estrés percibido y las estrategias de afrontamiento (anexo B) a manera de conversación con el cuidador, esto con la finalidad de establecer el rapport necesario para la administración del instrumento. Al concluir, se aplicó el Psicodiagnóstico de Rorschach según el Sistema Comprensivo. Al finalizar se les brindó unos minutos con el fin de entablar un diálogo y resolver dudas en caso las hubiesen, y de esta manera, realizar un cierre. La aplicación total se dio en un periodo de 11 días; se logró aplicar los instrumentos a tres o cuatro participantes por día ya que tomaba aproximadamente entre 60 a 90 minutos por cada uno.

Una vez obtenidos los protocolos, se codificaron los mismos bajo el Sistema Comprensivo de Exner. Para establecer la confiabilidad entre codificadores, dos jueces revisaron cinco protocolos seleccionados al azar (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). Después, se utilizó el programa RIAP 5.0 (Rorschach Interpretation Assistance Program) para procesar la codificación de los protocolos y así obtener los sumarios estructurales. Cuatro participantes fueron eliminados de la muestra debido a lo atípico de sus resultados en el Psicodiagnóstico de Rorschach. Además, se seleccionaron 26 protocolos al azar de una muestra de adultos con características sociodemográficas similares, los cuales fueron brindados por la base de datos de la Sociedad Peruana de Rorschach y Métodos Proyectivos, instaurándose así el grupo de comparación. Después de esto, la información correspondiente a los clúster de afectividad y, control y tolerancia al estrés fue puesta en una base de datos en el programa IBM SPSS Statistics Versión 23 y con dicho programa se procedió a llevar a cabo el análisis estadístico de la información.

Análisis de datos

En primer lugar, se obtuvieron los estadísticos descriptivos de la características sociodemográficas de los participantes. Luego, se realizó un análisis de normalidad con la prueba Shapiro Wilks. Los resultados evidenciaron que solo dos variables tenían una distribución normal. En el caso del grupo con distribución no paramétrica (anexo C), se llevó a cabo un análisis a través de la prueba U de Mann Whitney, la cual permitió contrastar el valor de las medianas de ambos grupos. Sin embargo, en aquellas variables con diferencias significativas pero medianas semejantes (debido al tamaño de la muestra), se procedió a utilizar los valores de medias de los grupos para observar las diferencias.

En el caso del grupo con distribución normal, se contrastaron las medias de cuidadores con las del grupo comparativo utilizando la Prueba T-student para muestras independientes. Para ambos análisis se consideró un nivel de significancia menor a 0.05 para determinar las posibles diferencias estadísticas entre ambos grupos. Asimismo, para observar si existen diferencias significativas en las proporciones de las constelaciones CDI y DEPI los porcentajes fueron transformados a un puntaje Z.

Finalmente, después de la sustentación del estudio, se contactará nuevamente con los coordinadores de cada Hogar Protegido para agradecerles su participación, y

comentarles las principales conclusiones de este estudio, con la finalidad de que estos comuniquen dicha información a los cuidadores de cada hogar. Asimismo, una copia del estudio se entregará al Instituto que apoya el Programa de Hogares Protegidos y al Coordinador regional de la Estrategia Salud Mental de dicho departamento, buscando contribuir con una mejor comprensión del funcionamiento de los cuidadores, así como con la mejora del programa.



Resultados

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos a partir de los análisis estadísticos de las variables del SCR pertenecientes a los clúster de afectividad y control y tolerancia al estrés en una muestra de cuidadores; siguiendo los pasos para el análisis planteados por Exner. Para ello, se contrastaron los datos recopilados con un grupo comparativo conformado por personas con datos sociodemográficos similares, todo esto con la finalidad de responder a los objetivos del presente estudio.

En primer lugar se realizó el análisis de las variables estructurales, en la tabla 1 se puede observar que no existen diferencias significativas en el número de respuestas (R), ni en el Lambda (L) entre el grupo de estudio y el de comparación. Además, se observa que el número de respuestas de cada grupo es el esperado para un protocolo válido, mientras que el Lambda es elevado en ambos grupos, lo que podría indicar un estilo evitativo ante la prueba y frente a las dificultades de la realidad.

Tabla 1

Prueba U de Mann Whitney para variables no paramétricas de las variables estructurales

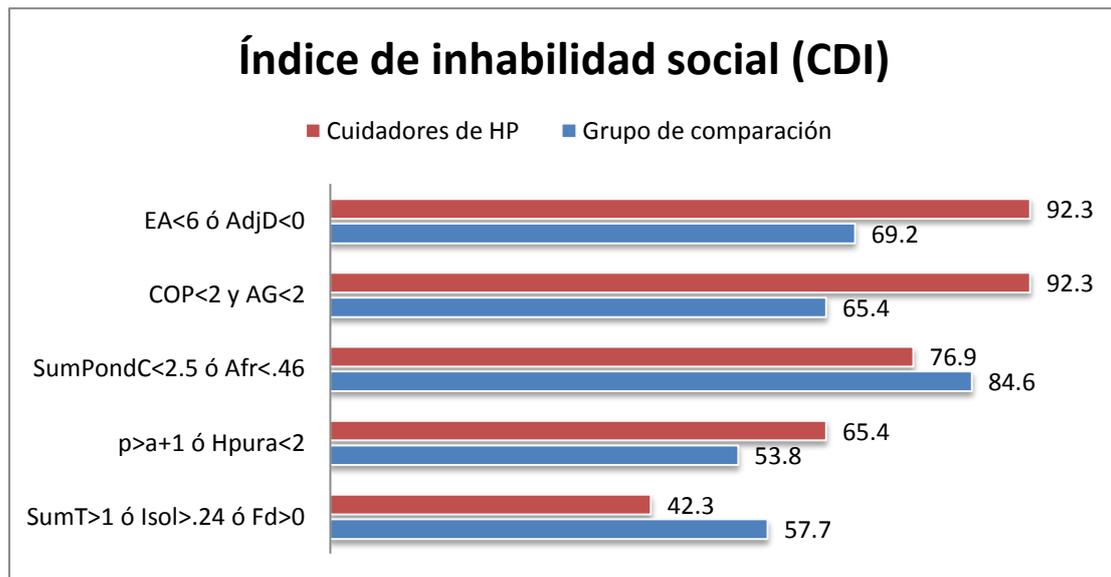
Variable	Grupo de Estudio			Grupo de Comparación			U	P
	Mdn	M	DE	Mdn	M	DE		
Número de Respuestas (R)	18.00	18.30	3.01	17.00	19.15	5.05	195.5	.100
Lambda	1.02	1.310	1.215	1.00	1.497	1.466	318.00	.714

$p < 0.05$

Luego, se compararon los porcentajes de aparición del índice de inhabilidad social (CDI) y el Índice de depresión (DEPI), encontrándose que en ambos casos no existen diferencias significativas entre el grupo de cuidadores y el grupo de comparación ($Z_{CDI}=0.2792848$; $Z_{DEPI}=0,00$). No obstante, al observar la Figura 1 las diferencias de cada uno de los indicadores del CDI y DEPI entre ambos grupos de estudio, el grupo de cuidadores presenta mayores porcentajes en los indicadores 1 (EA<6 ó AdjD<0) y 2 (COP<2 y AG<2) del CDI ($Z_{CDI1}= 2,111$; $Z_{CDI2}= 2,376$), lo cual sugeriría la presencia de algunas dificultades en el manejo de situaciones cotidianas debido al manejo limitado de recursos.

Figura 1

Porcentajes de la presencia de indicadores del CDI



Con respecto al clúster de afectividad, todas las variables presentaron una distribución de datos que no se ajustaron a una curva normal (ver anexo C). En la tabla 2 se observa que las variables *C*, *FY*, y *YF* con diferencias significativas poseen medianas con igual valor, por tanto se procedió a utilizar el valor de las medias para observar las diferencias (A. Calderón², Julio de 2018, comunicación personal). En primer lugar, se muestra que una de las variables con diferencias significativas fue la respuesta de Forma-Color (*FC*), que fue menor en el grupo de cuidadores, y es un indicador de experiencias afectivas controladas y dirigidas por elementos cognitivos (Sendín, 2007). Asimismo, se aprecia que el grupo de estudio presenta mayor cantidad de respuestas de Color-Forma (*CF*), lo que indica que los cuidadores presentan conductas en las que predominan aspectos emocionales sobre controles cognitivos. Esto resulta más relevante al observar que la Respuesta de Color Puro (*C*) obtuvo una media menor en el grupo de estudio, apareciendo únicamente en dos oportunidades, lo que indica que si bien los cuidadores presentan conductas cargadas de afectos, las descargas afectivas llegan a ser moduladas con algún tipo de control (Sendín, 2007; Exner, 2005).

Por otro lado, también se encontraron diferencias significativas en las respuestas de Forma-Sombreado (*FY*), Sombreado-Forma (*YF*), y la Suma Total de Sombreado (*SumY*), obteniéndose valores más elevados en el grupo de estudio para las tres variables mencionadas. Esto indica fuertes sentimientos de indefensión, desvalimiento,

² Ingeniero estadístico informático con amplia experiencia como investigador, y docente de estadística de la PUCP.

y de no saber qué hacer frente a situaciones perturbadoras que sobrecargan al individuo y son difíciles de mantener durante un tiempo prolongado (Sendín, 2007). Por ello, se debe distinguir si el malestar emocional es generado por aspectos situacionales o crónicos en el individuo (Sendín, 2007).

Por último, las respuestas de Espacio blanco (*S*) fue menor en el grupo de estudio. Es importante mencionar que, si bien ambos grupos presentan una ligera elevación, en el grupo de estudio se presenta una menor cantidad de respuestas de Espacio blanco, lo que indicaría que los cuidadores presentan una búsqueda de independencia y autoafirmación menor en comparación al grupo de contraste (Sendín, 2007), sin embargo, se encuentran dentro de los valores esperados.

Tabla 2

Prueba U de Mann Whitney para las variables no paramétricas del clúster de Afectividad del SCR.

Variable	Grupo de Estudio			Grupo de Comparación			U	P
	Mdn	M	DE	Mdn	M	DE		
Lado izquierdo de la EB (M)	2.00	2.38	1.813	3.00	3.12	1.532	238.0	.062
Suma total de Color	1.5	1.65	1.44	2.00	2.2	1.75	281.0	.285
Lado derecho de la <i>eb</i> (<i>C'+T+V+Y</i>)	2.00	2.80	2.74	1.00	1.61	1.675	257.0	.131
Suma total de Color acromático (<i>SumC'</i>)	1.00	1.42	1.88	.500	.923	1.26	301.5	.474
Forma-Color (<i>FC</i>)	0.00	.19	.491	1.00	1.15	1.2	171.5	.000
Color-Forma (<i>CF</i>)	1.00	1.42	1.39	0.00	.54	.706	216.0	.017
Color pura (<i>C</i>)	0.00	.04	.196	0.00	.54	.859	232.0	.005
Proporción afectiva	.450	.501	.257	.465	.491	.168	311.5	.627
Intelectualización	0.00	.538	.948	0.00	.615	1.134	333.5	.922
Proyección de color	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	338.0	1.00
Forma-Sombreado	0.00	.73	.962	0.00	.19	.402	234.5	.022
Sombreado-Forma	0.00	.58	.809	0.00	.19	.567	239.5	.020
Suma total del Sombreado (<i>SumY</i>)	1.00	1.31	1.26	0.00	.500	.860	194.5	.005
Respuestas espacio en blanco (<i>S</i>)	1.00	1.08	1.29	2.00	2.58	2.12	186.0	.004

$p < 0.05$

Con respecto al clúster de control y tolerancia al estrés, en la tabla 3 se presentan aquellas variables que presentaron una distribución no paramétrica. Las variables estructurales *D* y *Adj D* obtuvieron diferencias significativas, siendo menor en el grupo de estudio para ambos indicadores. Ello indicaría que el grupo de cuidadores presenta una disminuida capacidad actual (*Punt D*) y habitual (*Adj D*) para mantener el control y la dirección de sus conductas, es decir que las personas registran más estimulación irritativa de los que sus recursos disponibles pueden tolerar y/o que tienen menor disposición de medios requeridos para hacer frente a su malestar (Sendín, 2007).

Tabla 3

Prueba U de Mann Whitney para las variables no paramétricas del clúster de control y tolerancia al estrés del SCR.

Variable	Grupo de Estudio			Grupo de Comparación			U	P
	Mdn	M	DE	Mdn	M	DE		
<i>D</i> ajustada (<i>Adj D</i>)	-1.0	-.92	1.23	0.00	-.115	.653	213.5	.011
Exp. Accesible (<i>EA</i>)	4.00	3.96	2.19	4.50	5.038	3.085	272.5	.229
Puntuación <i>D</i>	-1.00	-1.2	1.386	0.00	-.269	.777	217.0	.018
Lado izquierdo de la <i>eb</i> (<i>FM+m</i>)	5.0	5.15	3.574	4.00	4.846	2.69	336.5	.978

$p < 0.05$

Respecto a las variables del clúster control y tolerancia al estrés del SCR con distribución normal. Se observa que tanto *es* como *Adj es* no presentan diferencias significativas.

Tabla 4

Prueba T student para las variables paramétricas del clúster control y tolerancia al estrés del SCR.

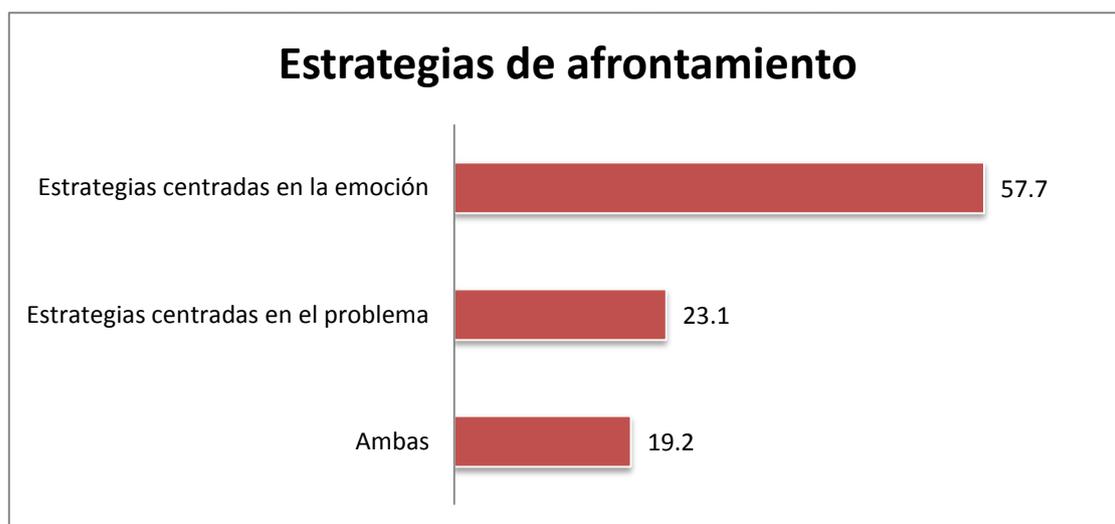
Variables	Grupo de Estudio			Grupo de Comparación			T	p
	M	Mdn	DE	M	Mdn	DE		
Experiencia sufrida (<i>es</i>)	7.00	4.00	5.14	7.00	6.00	3.31	1.250	.218
Experiencia sufrida ajustada (<i>Adj es</i>)	6.50	0.48	4.44	6.50	0.43	2.82	1.119	.270

$p < 0.05$

Por otro lado, con la finalidad de enriquecer la investigación se completó una ficha de datos sociodemográficos del participante (sexo, lugar de nacimiento, grado de instrucción, profesión, estado civil, nivel socioeconómico, y aporte económico en el hogar) así como sus datos acerca del trabajo como cuidador (experiencia como cuidador, tiempo de trabajo en el HP, percepción de estrés y formas de afrontamiento). Así, se puede mencionar que ante situaciones estresantes los cuidadores señalan utilizar con mayor frecuencia (57.7%) estrategias como llorar, salir fines de semana, fumar, tomar, no hacer nada, etc., y con menor frecuencia (23.1%) recurren a reevaluar positivamente la situación, humor, aceptación, oración, y relajación.

Figura 2

Porcentajes de las formas de afrontamiento de los cuidadores, según el modelo de Lazarus y Folkman (1984)



A la vez, durante la entrevista inicial para lograr el rapport necesario, los cuidadores expresaron “No es cansancio físico como en un hospital, pero es mucho cansancio emocional. (...) Antes trabajé en un hospital, y me chocó cuando empecé a trabajar aquí porque tenía que vivir con pacientes. Por su misma condición, a veces se ponen agresivos(as) y me daba miedo que me hagan algo. Algunos son problemáticos, o se van y no regresan. (...) Nosotros tenemos que estar a la expectativa de todo eso. (...) Acá no es como en un hospital, acá son pocos, pero cansa emocionalmente”, lo que permitirá enriquecer la comprensión sobre la afectividad y el control y tolerancia al estrés del grupo de estudio.



Discusión

En esta sección se discutirán los resultados obtenidos en el presente estudio con el fin de comprender el estado de las variables afectividad y, control y tolerancia al estrés en cuidadores de Hogares Protegidos de una provincia peruana. Para ello, se discutirán los resultados de los análisis entre el grupo de cuidadores y el grupo de comparación conformado por un grupo de personas con características de similar edad y nivel educativo, señalando principalmente las particularidades encontradas en el grupo de cuidadores. Luego, se comentará la pertinencia del instrumento elegido para los objetivos de este estudio; y finalmente se señalarán los alcances, limitaciones y recomendaciones.

En primer lugar, resulta importante mencionar que, a pesar de tener una muestra pequeña de participantes, se han obtenido varios resultados significativos entre el grupo de cuidadores y el de comparación, los cuales nos permitirán obtener una mejor comprensión del funcionamiento del grupo de estudio.

En cuanto a las variables relacionadas al clúster de afectividad, el grupo de cuidadores presentó menor cantidad de sus respuestas Forma-Color, lo que indica una menor capacidad del cuidador para controlar y dirigir las experiencias afectivas a través del pensamiento (Sendín, 2007). Dicho hallazgo sorprende pues al ser un grupo constituido en su mayoría por adultos, se esperaría que presenten mayor cantidad de respuestas Forma-Color con respecto a las respuestas Color-Forma y Color Puro (Exner, 2005), dado que con el paso de los años las personas van adquiriendo experiencias que les permiten desarrollar mayor capacidad para regular sus sentimientos de manera interna y cognitiva (Garnefski, Rieffe, Jellesma, Terwogt & Kraaij, 2007; Ribero-Marulanda & Vargas, 2013). Asimismo, el grupo de cuidadores presenta mayor cantidad de respuestas CF, lo que indica que los mismos tendrían un disminuido uso del pensamiento para la regulación de sus emociones, lo que los dirige a tener descargas más descontroladas, con predominancia del afecto en las mismas (Sendín, 2007).

Con respecto a la regulación emocional Gross (2013) menciona que cumple funciones primordiales en las situaciones difíciles de la vida, tales como minimizar la frecuencia, intensidad, duración u ocurrencia de los estados afectivos que se experimenten (Gross, 2013; citado en De Priego, 2014). Lo mencionado podría indicar que los cuidadores entrevistados, al tener mayor dificultad para regular o sus estados

afectivos internos, sus estados emocionales negativos no estarían siendo canalizados para poder eliminarse de su interior, por lo tanto habría un mayor impacto en su rol.

Sobre esto, Luo y Yu (2015) explican que la reducción de la cognición en la regulación de emociones y el aumento de respuestas emocionales intensas se observa en tres diferentes situaciones: cuando existe ambigüedad, cuando la decisión de acción tiene un tiempo limitado, o cuando el autocontrol se ve afectado por agotamiento. En efecto, cuidar a una persona con una enfermedad o trastorno mental grave [TMG] concuerda con las tres variables mencionadas: primero, es una función con un alto grado de ambigüedad e incertidumbre para el cuidador en el que no se está seguro si determinado curso de acción será efectivo, pues no se tiene la información completa de lo que sucede o la razón por la que sucede (Luo & Yu, 2015). También, la decisión de la persona para tomar determinado curso de acción es limitado y completamente dependiente de la conducta del paciente al que cuida, por lo que se puede necesitar rapidez en la toma de decisiones, y finalmente, es una situación que generalmente es percibida como agotadora y que puede sobrepasar los recursos de la persona para su propio control (Rubini, 2016; Santivañez, 2016; Ribé, 2014). A todo ello se agrega que el trabajo en el Hogar Protegido incluye horarios rotativos, turnos dobles, o jornadas más largas, y finalmente escasas actividades de autocuidado que fomenten en los cuidadores estrategias para una mejor toma de decisiones, regulación emocional, y afrontamiento de dichas situaciones.

La cita presentada en resultados explica claramente la sensación de agotamiento que el cuidador estaría vivenciando con respecto a sus labores, durante el momento de la evaluación. Ello indica la permanencia en un contexto en el cual se experimenta un profundo malestar emocional, ante el cual tiene que mantenerse en un estado de alerta a cualquier situación de peligro para su persona (agresividad del paciente) o para la persona cuidada (“se va y no regresa”). Así, toda esta tensión puede limitar su capacidad para acceder a recursos cognitivos, y otorga respuestas emocionales menos moduladas.

Estos resultados coinciden con otros estudios realizados mayoritariamente con cuidadores de pacientes geriátricos o con una enfermedad discapacitante, los cuales señalan que los cuidadores tienen más dificultades en su capacidad para manejar sus emociones de forma apropiada, tomando conciencia de la relación entre emoción, cognición y sus conductas asociadas (Velar, Pérez-Escoda & Ruiz-Bueno, 2014; Pavalko & Woodbury, 2000).

Para entender lo mencionado, Sendín (2007) señala que algunos factores que dificultan poder amortiguar cognitivamente la descarga de las emociones, serían la vivencia de experiencias afectivas de gran intensidad y, cierta inmadurez psicológica que no presta importancia a la modulación de los propios afectos. En esa línea, el incremento de las descargas afectivas puede explicarse mediante el tipo e intensidad de los afectos que experimentan los cuidadores de personas que sufren alguna discapacidad. Como ya se ha mencionado, varias investigaciones (Carretero, Garcés & Ródenas, 2006; Montorio, Izal, López & Sánchez, 1998) señalan la predominancia de las emociones negativas e intensas en el repertorio de afectos que los cuidadores suelen experimentar a causa de sus funciones.

Por otro lado, es importante tener en cuenta que un gran porcentaje de los cuidadores de hogares protegidos son mujeres, lo que predispone al grupo a tender a una expresión más intensa de sus emociones (Chaplin, 2015). A esto, se agrega que la totalidad de cuidadores proviene de la misma región del Perú, siendo frecuentemente percibidas como personas con una aparente alegría permanente y una expresión abierta, libre y espontánea de sus emociones (Pancorbo, 2010; Pancorbo, Espinoza & Cueto, 2011) lo que podría interactuar con aquellos afectos más intensos y negativos que experimenta el cuidador en sus labores, y predisponerlos a dos diferentes respuestas: la primera respuesta sería que un tipo de descarga de emociones más directa, libre y descontrolada al no poder tolerar afectos tan intensos; o de otra forma, una respuesta de indefensión ante un intenso malestar por los eventos estresantes.

Para conocer y comprender mejor el tipo de respuesta afectiva de los cuidadores, observamos que las respuestas de Color Puro (C) en el grupo de estudio solo aparecieron en una oportunidad, lo que resulta ser un hallazgo positivo pues ello indica que si bien los cuidadores presentan descargas afectivas con un bajo control del pensamiento, estas descargas no llegan a presentar conductas inundadas de impulsividad o muy descontroladas. Algunas explicaciones para esto es que, a diferencia de la mayoría de investigaciones con familiares, los cuidadores de hogares protegidos son trabajadores formales contratados por un ente superior de salud para el cuidado de los pacientes crónicos que anteriormente estuvieron abandonados en un centro psiquiátrico que vulneraba sus derechos. Por esta razón, los cuidadores reciben visitas periódicas para supervisar que el hogar protegido funcione sin ninguna dificultad y con el cumplimiento del buen trato al paciente (J. Valdivieso, comunicación personal, 28 de noviembre del 2017), lo que puede hacer que los cuidadores siempre procuren mantener

conductas adecuadas, especialmente en su trato con el paciente; otra explicación sería que los cuidadores no mantienen un lazo familiar estrecho que implique mayor carga emocional del que ya poseen; y finalmente, sus responsabilidades se asumen por un grupo de cuidadores que se mantiene en contacto diariamente, por lo que la carga emocional y descarga afectiva puede ser intensa, pero las respuestas impulsivas pueden ser controladas por el grupo y por las supervisiones.

Considerando que los cuidadores presentan algunas dificultades para la modulación de sus emociones, y estas son predominantemente negativas e intensas, es muy probable que tengan que descargarlas de alguna manera, sean estas formas efectivas o no. Por ejemplo, algunas conductas que los cuidadores refieren realizar para lograr que la carga afectiva y el estrés disminuya en intensidad son: salir recurrentemente con personas cercanas a divertirse y desestresarse, o incluso llorar y dormir para olvidar, las cuales son estrategias centradas en la emoción. Un estudio ha encontrado resultados similares, señalando que los cuidadores presentan descargas emocionales que incluyen expresiones verbales que permiten exteriorizar la presión emocional tales como fumar, beber alcohol, o comer en exceso, llanto, e involucramientos impulsivos mediante acting out (Tanglini, Ofman & Stefani, 2010). Teniendo en cuenta lo mencionado, la siguiente hipótesis es que, ante el intenso malestar provocado por diversos eventos estresantes a los que están expuestos los cuidadores, habría una respuesta emocional de evitación y de indefensión.

Esta hipótesis se asocia con las respuestas de sombreado difuso (*FY*, *YF* y *SumY*), que aparecen aumentadas en el grupo de estudio, con respecto al grupo de comparación. Este tipo de respuestas aparece ante fuertes sentimientos de indefensión y desvalimiento que bloquean la capacidad de acción de los individuos que la experimentan (Exner, 2005; Sendín, 2007). Además, junto a las respuestas acromáticas, se relacionan con afectos irritativos o perturbadores que se registran como sufrimiento psíquico y que actúan fuera del control voluntario del sujeto (Exner, 1995). En este caso, los cuidadores de hogares protegidos estarían presentando estados afectivos que crean tensión y malestar y se vivencian de manera muy perturbadora, sin que tengan la posibilidad de controlarlos.

La variable *Y* aparece como un estado situacional generado por una crisis temporal que la persona puede estar afrontando en un momento de su vida (Sendín, 2007). Esta podría ser una de las variables más cruciales para este estudio, pues es la que nos permite suponer que el contexto del cuidado es el factor situacional más

influyente en la experiencia de estas emociones perturbadoras. Por ello, si se recuerda que en cuanto al lado derecho del *eb*, solamente las respuestas de sombreado difuso obtuvieron significancia, se puede plantear que los cuidadores estarían experimentando una situación externa, o estarían inmersos en un contexto generador de estrés y de un intenso malestar emocional. Es oportuno mencionar que para Sendín (2007) el sombreado difuso tiene un pronóstico más favorable en comparación a otras variables que también indican sufrimiento en el SCR, ya que se supone que, al ser situacional, el mismo cederá si se resuelven las circunstancias que lo provocan y que será más susceptible de cambio al ser más reciente y no haberse convertido en un proceso estable de su funcionamiento.

Considerando lo anterior, es importante modificar o promover algunos aspectos en el ambiente laboral para proteger a los cuidadores de los afectos irritativos situacionales, y de esta manera mantener los aspectos positivos del Hogar Protegido [HP]. Esto debido a que los HP son centros que buscan normalizar la vida de las personas dentro de un ambiente protegido, y aseguran su eficacia en la mantención de la salud mental de los residentes, y en la vinculación con los espacios comunitarios asociados al territorio donde residen (Hurtado, 2016; Bernardo & Surgoná, 2008).

Por otro lado, se conoce que las respuestas de sombrado difuso influyen de manera relevante en la conducta, por lo que si aumenta en intensidad y sobrepasa el monto de recursos organizados con que la persona cuenta, provoca una situación de sobrecarga que predispone a las conductas impulsivas (Sendín, 2007). De ahí que los cuidadores también hayan obtenido diferencias significativas en las dos variables determinantes de su capacidad de control y tolerancia al estrés.

Por otra parte, en cuanto a las variables relacionadas al clúster de control y tolerancia al estrés, el grupo de cuidadores obtuvo diferencias significativas en las variables *D* y *Adj D*. Primero, la puntuación *D* tiene menor valor en el grupo de cuidadores que en el grupo de comparación. Esto indica la existencia de un estado de sobrecarga por el cual el sujeto experimenta más demandas internas de las que puede responder de manera simple o efectiva (Exner, 2005). Así, este valor se relaciona directamente con la cantidad de demandas internas para el sujeto, y los recursos disponibles que este posea para controlar su conducta (Exner, 2005). Considerando entonces que los cuidadores se desempeñan en un entorno laboral que exige de ellos la asistencia en diversas funciones agotantes, y que además la mayoría pertenece a un nivel socioeconómico medio-bajo, condición que puede bloquear la sensación de

control personal y atender contra los recursos que los cuidadores utilizan para afrontar activamente un estresor (Fan & Eaton, 2001), es de esperar que los participantes presenten menor capacidad para controlar y dirigir sus conductas ante situaciones de estrés. A pesar de ello, los resultados obtenidos señalan que actualmente los cuidadores no presentan diferencias en cuanto al nivel de demanda con respecto al grupo de comparación. Esto podría explicarse justamente por las características de la población, dado que un menor nivel socioeconómico conlleva a no afrontar activamente los estresores e incurrir en conductas evitativas o pasivas para controlar la situación (Fan & Eaton, 2001), ignorando la situación demandante y logrando reducir la tensión. De manera similar, Picasso (2015) encontró que los familiares de personas con Esquizofrenia también presentaban un nivel de demanda menor al esperado. Sobre ello, la autora explica que ser cuidador de una persona con un TMG es un evento estresante por sí mismo, y que al agregarse otros estresores como un bajo nivel socioeconómico, la única forma de tolerar la realidad sería mediante un funcionamiento evitativo y pasivo que permita a los cuidadores ignorar los afectos dolorosos que experimentan (Palomar & Lanzagorta, 2005, citado en Picasso, 2005; Picasso, 2005).

Al respecto, Lazarus y Folkman (1984) señalan que las estrategias que las personas utilizan para afrontar las situaciones estresantes del entorno son de dos tipos: las estrategias centradas en el problema que buscan resolver la situación mediante la modificación de algún aspecto de la situación problemática; y las estrategias centradas en la emoción que buscan la regulación emocional e incluyen esfuerzos por modificar el malestar y manejar los estados emocionales evocados por el acontecimiento estresante (Lazarus & Folkman, 1984, 1986). En cuanto a los cuidadores de HP, ellos estarían utilizando mayormente estrategias centradas en la emoción pues, como ellos refieren, suelen salir fines de semana con familia o amigos para desestresarse, dormir, o irse a pasear sin tener que pensar en aquello que los mantiene preocupados. Sobre las estrategias centradas en la emoción, Lazarus y Folkman (1986) señalan que aparecen cuando la evaluación de la situación indica que no se puede hacer nada para modificar las condiciones amenazantes o desafiantes del entorno. De esta forma, es congruente suponer que los cuidadores estarían utilizando el tipo de estrategias mencionadas debido a que sienten que aquella situación que los agobia y les causa gran malestar emocional, no puede solucionarse ni modificarse.

Este modo de afrontar las situaciones de un modo evitativo los ayudaría a defenderse y reducir el estrés generado por sucesos amenazantes a corto plazo, sin

embargo, para Vázquez, Crespo y Ring (2000) sería ineficaz para resolver situaciones de tensión continua laboral o circunstancias vitales complicadas. En efecto, el puntaje *D* ajustado (*Adj D*), que señala la habilidad de las personas para mantener el control en situaciones tensas o difíciles de manera habitual también se encuentra disminuida en el grupo de estudio, lo que sugiere nuevamente que los cuidadores tienen a su disposición menos medios de los requeridos para hacer frente a sus disparadores internos de tensión (Exner, 1995). Un factor a considerar es el nivel de instrucción que posee casi la totalidad de cuidadores, y que generalmente podría relacionarse con un mayor conocimiento de la enfermedad mental y por lo tanto, con estrategias adecuadas para manejar mejor el estrés que resulta de la misma (Caqueo-Urizar & Gutiérrez-Maldonado, 2006; citados en Ribé, 2014). En este caso, casi la totalidad del grupo de cuidadores de hogares protegidos tiene estudios de enfermería técnica y, una menor cantidad de ellos tiene estudios en salud mental, lo que puede otorgarles el conocimiento necesario para manejar la enfermedad mental de los residentes. Pese a ello, la filosofía del programa Hogares protegidos es completamente diferente a la de los centros psiquiátricos, pues en ella se busca maximizar la rehabilitación del paciente sin la vulneración de sus derechos desde un enfoque comunitario (INSM “HD-HN”, 2015). Con esto, la formación biomédica que puede tener un técnico en enfermería para el manejo del paciente, la cual se preocupa mayoritariamente por el control de los síntomas, no es acorde a lo que se busca en los cuidadores de hogares protegidos, por lo tanto resulta no ser el mejor recurso para afrontar ciertas dificultades en su entorno laboral con el paciente. Así, nuevamente las estrategias evitativas funcionarían como un recurso momentáneo para el control de situaciones estresantes, cuando no se tiene claridad acerca de cómo tratar a los pacientes desde esta nueva forma de intervención.

Ante lo mencionado, se entiende que el valor de las variables *S* en los cuidadores esté disminuido, pues a pesar de encontrarse dentro de los valores esperados, el grupo de cuidadores presentaría menor capacidad para autoafirmarse o imponer su independencia en relación al grupo de comparación (Sendín, 2007), lo que puede llevar a características de pasividad cuando tiene que actuar o tomar decisiones para cambiar su situación.

Con respecto a la pertinencia del Sistema Comprensivo del Rorschach (SCR) para trabajar con los cuidadores de hogares protegidos, como ya se mencionó anteriormente, este es un instrumento en el cual las personas estructuran determinadas respuestas según su funcionamiento psicológico, es decir, influenciadas por su actividad

cognoscitiva y afectiva, y por asociaciones con su experiencia pasada y de su vida en general (Exner, 2005; Pardillo & Fernández, 2008). Asimismo, este instrumento permite formular hipótesis que se contrastan junto a la información global del funcionamiento del individuo, lo que permite obtener una interpretación más completa y fidedigna (Exner, 2005). Esto resulta favorable debido a que podemos describir el funcionamiento de los cuidadores como una unidad, y comprender los diversos factores que pueden estar influyendo en sus estados afectivos o en su capacidad para controlar y tolerar el estrés, contrastando lo hallado con otros aspectos de su funcionamiento psicológico. Otro aspecto positivo del SCR es que, al ser una técnica psicológica inestructurada, nos permite obtener basta información acerca de los contenidos internos de los evaluados (Ráez, 2007), sin suscitar en ellos muestras de deseabilidad social. Esto es particularmente importante ya que, según menciona el Dr. Aguilar este es un grupo que siempre alude estar libre de problemas o de estrés, y las investigaciones en las que participan pueden estar demostrando aquello que se espera de ellos (N. Aguilar³, comunicación personal, 26 de agosto del 2017).

En síntesis, este estudio nos ofrece información relevante acerca de cómo se manifiesta el mundo afectivo y de control y tolerancia al estrés en un grupo de cuidadores de Hogares protegidos de una provincia peruana; no obstante, los resultados también nos recuerdan el impacto de ciertas condiciones laborales dentro del sector salud en el bienestar de sus trabajadores, dado que este es un entorno que se considera como una fuente de alto nivel de estrés para los mismos, por lo que se requiere una serie de herramientas, de competencias, habilidades y actitudes mínimas por parte del personal sanitario (García & Gil; 2016). Esto nos invita a reflexionar acerca de dos aspectos fundamentales: el primero es que los cuidadores de hogares protegidos no pasan por un proceso de selección con criterios específicos o requeridos para ejercer esta función (J. Valdivieso, comunicación personal, 28 de noviembre del 2017), por lo que es posible que no cuenten con las características mínimas necesarias para desempeñarse como cuidadores. Y por otro lado, el programa hogares protegidos no cuenta aún con un plan de autocuidado para los cuidadores en el cual se les brinde conocimientos acerca de cómo regular emociones o cómo manejar el estrés de una manera adecuada y eficaz, para su propio bienestar (J. Valdivieso, comunicación personal, 28 de noviembre del 2017).

³ Coordinador Regional de Salud Mental de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) de la región elegida para el estudio.

Esto toma más relevancia pues recientemente un informe Ministerio de Salud señala que se plantea aumentar a 118 hogares protegidos en el Perú al año 2021 (MINSA, 2017) debido a su vasto beneficio para los pacientes; por esto, se debe pensar en la pertinencia de diseñar un perfil del cuidador que considere tanto el conocimiento de enfermedades mentales, como sus habilidades personales con respecto al propio manejo de sus emociones y su estrés. Asimismo, se debe fomentar un programa de autocuidado continuo y sostenido en el tiempo, en el que se brinden talleres como una estrategia permanente y continua que utilicen las personas para responder a una situación de salud o enfermedad (Lange et al., 2006), incluyendo posibles temas de manejo emocional, afrontamiento positivo, toma decisiones, entre otras.

Este estudio puede ser tomado como un punto de partida para iniciar futuras líneas de investigación, entre los temas propuestos podría estudiarse también las características de las relaciones interpersonales en los cuidadores, así como temas de afrontamiento en relación a la capacidad de control y tolerancia al estrés, dado que se observó en mayor medida que muchos cuidadores utilizaban estrategias de evitación para disminuir los niveles de estrés que sentían.

En cuanto a las limitaciones del presente estudio, se debe señalar el tamaño pequeño de la muestra, que no permite que los resultados tengan un efecto que se pueda generalizar. También, la elección de la muestra se realizó de manera intencional, por lo que es un grupo con características muy homogéneas (todos los participantes provinieron del mismo centro de trabajo, departamento de origen y nivel socioeconómico), aumentando la posibilidad de que existan otras variables que intervengan en su características afectivas y capacidad para controlar y tolerar el estrés.

Por todo ello, se recomienda que en futuras investigaciones se amplíe el número de participantes y se incluya a los cuidadores de hogares protegidos de otras regiones, tratando de comprender mejor su funcionamiento como grupo heterogéneo; esto nos permitiría obtener resultados más exactos y comparaciones más diversas, observando también la influencia de las características sociodemográficas. También, la mayoría de investigaciones ha prestado más atención a los cuidadores familiares de pacientes geriátricos (Crespo & López, 2007), en los cuales se centra mayoritariamente los programas de intervención; por lo que se recomienda realizar más estudios específicamente con cuidadores de hogares protegidos, así como con cuidadores formales de pacientes con un TMG, para comprender mejor los efectos que tiene el cuidado en su funcionamiento y bienestar psicológico.



Referencias Bibliográficas

- Acklin, M., McDowell, C., Verschell, M., & Chan, D. (2000). Interobserver agreement, intraobserver agreement, and the Rorschach Comprehensive System. *Journal of Personality Assessment*, 74(1), 15 – 47. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10779931>
- Aparicio, A. (2010). *Vivencias de la familia frente al cuidado de una persona con esquizofrenia, atendida en el Hospital Hermilio Valdizán, enero-febrero del 2010* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Recuperado de Repositorio Virtual de Tesis UNMSM.
- Aznar, E. & Berlanga, A. (2004). *Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia. Manual para la familia y el cuidador*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Belmont, A. (2011). *Autopercepción en niños andinos quechuahablantes que ingresan al ámbito escolar* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de Repositorio Virtual de Tesis PUCP.
- Bernardo, M., & Surgoná, M. (2008). Esquizofrenia y medicina de familia. Implicaciones en atención primaria. *Jano: medicina y humanidades*, 1714, 37-46. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2752021>
- Bisquerra, R., & Pérez, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*, 10(1), 61-82. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/educacionXX1/article/view/297/253>
- Boss, P. (1993). Boundary ambiguity: A block to cognitive coping. In A. P. Turnbull, J. M. Patterson, S. K. Behr, D. L. Murphy, J. G. Marquis, & M. J. Blue-Banning (Eds.), *Cognitive coping, families, and disability* (pp. 257-270). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Cándido, H., de Gouveia, A., de Souza, A., de Lima, C., da Silva, M., & de Araujo, T. (2012). Sobrecarga y modificaciones de vida en la perspectiva de los cuidadores de pacientes con accidente vascular cerebral. *Revista Latinoamericana de enfermedades*. 20(5), 944-53. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/es_17.pdf
- Cano-Vindel, A. (1989). *Cognición, emoción y personalidad: un estudio centrado en la ansiedad* (Tesis de doctorado). Universidad Complutense, Madrid. Recuperado de http://webs.ucm.es/info/seas/invest/formac/13.Presentac_Investigac_Tesis_A_Cano.pdf

- Cano-Vindel, A. (1997). Teorías de la emoción. En E.G. Fernández-Abascal (Ed.) *Manual de introducción a la psicología. Motivación y emoción*. Madrid: Ed. Ramón Areces.
- Cano-Vindel, A., Sirgo, A., & Díaz-Ovejero, M. (1999). *Control, defensa y expresión de emociones: Relaciones con salud y enfermedad*. Madrid: Editorial Ariel.
- Cardona, D., Segura, A., Berbesí, D., Ordoñez, J., & Agudelo, A. (2011). Características demográficas y sociales del cuidador en adultos mayores. *Investigaciones Andinas*, 22(13), 178-193. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-81462011000100007&lng=en&nrm=iso
- Carretero, S., Garcés, J., & Ródenas, F. (2006). *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial*. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Chaplin, T. (2015). Gender and Emotion Expression: A Developmental Contextual Perspective. *Emotion Review: Journal of the International Society for Research on Emotion*, 7(1), 14–21. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1754073914544408>
- Chávez, A. (2011). *Autopercepción en pacientes adultos con desfiguraciones faciales a consecuencia de cáncer* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de Repositorio Virtual de Tesis PUCP.
- Chomba, A.M. (2013). *Sobrecarga en el cuidador familiar del paciente con esquizofrenia, Hospital Hermilio Valdizán* (Tesis de licenciatura). Escuela de enfermería Padre Luis Tezza, afiliada a la Universidad Ricardo Palma, Lima. Recuperado de Repositorio Virtual de Tesis URP.
- Crespo, M., & López, J. (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. *Psicothema*, 19(1): 72-80. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3330>
- De Priego, W. (2014). *Ansiedad y autorregulación emocional en acogedores de Lima* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima. Recuperado de Repositorio Virtual de Tesis PUCP.
- Escamilla, M., Rodríguez, I., & González, G. (2009). El estrés como amenaza y como reto: un análisis de su relación. *Ciencia y trabajo*, 32(1), 96-101. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3014011>

- Exner, J. (1990). *A Rorschach workbook for the comprehensive system*. Asheville: Rorschach Workshops.
- Exner, J. (1994). *El Rorschach. Un sistema comprensivo. Fundamentos Básicos*. Madrid, España: Psimática.
- Exner, J. (1995). *Manual de interpretación del Rorschach*. Madrid, España: Psimática.
- Exner, J. (2003). *The Rorschach: A comprehensive system. Basic foundations and principles of interpretation*. New York, Estados Unidos: Wiley.
- Exner, J. (2005). *Principios de interpretación del Rorschach. Un manual para el Sistema Comprensivo*. Madrid, España: Psimática.
- Family caregiver Alliance (2016). *Emotional Side of Caregiving*. Recuperado de <https://www.caregiver.org/emotional-side-caregiving>
- Family Caregiver Alliance (2008). *Caregiving and Ambiguous Loss*. Recuperado de <https://www.caregiver.org/caregiving-and-ambiguous-loss>
- Fan, A., & Eaton, W. (2001). Longitudinal study assessing the joint effects of socioeconomic status and birth risks on adult emotional and nervous conditions. *British Journal of Psychiatry*, 178, 78-83. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11315230>
- Fernández, M. (2004). El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista Facultad de medicina UNAM*, 47(6), 251-254. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un046f.pdf>
- Fernández-Abascal, E., & Palmero, F. (1999). *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel.
- Fernández, P., & Pardillo, J. (2008). *El Rorschach: una visión integradora*. La Habana, Cuba: Editorial de ciencias médicas.
- Flórez, J. (1999). *El médico ante la familia y el enfermo de Alzheimer*. Madrid: Internacional de Ediciones y Publicaciones, S.A.
- Folkman, S., Moskowitz, J., Ozer, E., & Park, C. (1997). Positive meaningful events and coping in the context of HIV/AIDS. En B. Gottlieb (Ed.), *Coping with chronic stress* (pp. 292-314). Nueva York.
- García, M., & Gil, M. (2016). El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Persona*, 19(1), 11-30. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4131.pdf>
- García, M., & Mateo, I. (2004). El impacto de cuidar en la salud y en la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(5), 83-92. Recuperado de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500011

- Garnefski, N., Rieffe, C., Jellesma, F., Meerum, M., & Kraaij, V. (2007). Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9 - 11-year-old children: the development of an instrument. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *16*(1), 1–9. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16791542>
- Goode, K.T., Haley, E.H., Roth, D.L., & Ford, G.R. (1998). Predicting longitudinal changes in caregiver physical and mental health: A stress process model. *Health Psychology*, *17*(2), 190-98. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9548710>
- Gross, J. J. (2013). Emotion regulation: Taking stock and moving forward. *Emotion*, *13*(3), 359-365. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23527510>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Herrera-López, V., Arellano, C., Cutipé, Y., Aguilar, N., & Valdivieso, J. (2018). Implementación y funcionamiento de hogares protegidos para personas con trastornos mentales graves en Iquitos, Perú (2013-2016). *Revista panamericana de salud pública*, *42*(1), 1-9. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6385634/>
- Hiller, J., Rosenthal, R., Bornstein, R., Berry, D., & Brunell-Neuleib, S. (1999). A comparative meta-analysis of Rorschach and MMPI validity. *Psychological Assessment*, *11*(3), 278-296. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/9ef4/24e2f512eb97db80cac15a3d92df87d600f6.pdf>
- Hunsley, J., & Bailey, J. (1999). The clinical utility of the Rorschach: Unfulfilled promises and an uncertain future. *Psychological Assessment*, *11*(3), 266 – 277. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/9b69/25136d2a9769ecc5c3a219e730791c23daee.pdf>
- Hunsley, J., & Bailey, J. (2001). Whither the Rorschach? An analysis of the evidence. *Psychological Assessment*, *13*(4), 472-485. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11793892>

- Hurtado, A. (2016). Hogar protegido: procedimientos y estándares de operación del hogar protegido para personas con discapacidad mental. Fundación rostros nuevos. Recuperado de <http://www.rostrosnuevos.cl/nuestra-causa/estudios-y-documentos/>
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. (2015/07/15). *Instituto nacional de Salud Mental inicia proceso de desinstitutionalización de pacientes internados por periodos largos* [Nota de prensa]. Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2015/036.html>
- John, O., & Gross, J. (2007). Individual differences in emotion regulation. En J. J. Gross (Ed.) *Handbook of emotion regulation*. New York: The Guilford Press.
- Lara, G., González, A., & Blanco, L. (2008). Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(4), 159-166. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47326420003>
- Lange, I., Urrutia, M., Campos, C., Gallegos, E., Herrera, L., Jaimovich, S., Luarte, M., Madigan, E. & Fonseca da Cruz, I. (2006). Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la atención primaria en salud: la contribución de las instituciones de salud en América Latina. Recuperado de <http://pwrchi.bvsalud.org/dol/docsonline/get.php?id=233>
- Lawton, MP., Rajagopal, D., Brody, E., & Kleban, MH. (1992). The dynamics of caregiving for a demented elder among black and white families. *Journal of gerontology*, 47(4), 156-164. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1624710>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez
- Losada, A., Pillemer, K., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., & Gallego-Alberto, L. (2017). Measuring ambivalent feelings in dementia family caregivers: The Caregiving Ambivalence Scale. *The Gerontologist*, 57(3), 37–46. Recuperado de <https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/57/3/e37/2632222?redirectedFrom=fulltext>
- Luo, J., & Yu, R. (2015). Follow the heart or the head? The interactive influence model of emotion and cognition. *Frontiers in Psychology*, 6(573), 1-14. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25999889>

- Martínez-Sánchez, F., & Fernández, J. (1994). Emoción y Salud. Desarrollos en Psicología Básica y Aplicada. *Anales de Psicología*, 10(2), 101-110. Recuperado de <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/10079/1/Emocion%20y%20Salud.Desarrollos%20en%20Psicologia%20Basica%20y%20Aplicada..pdf>
- Méndez, L., Giraldo, O., Aguirre, D. & Lopera, F. (2010). Relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con demencia tipo Alzheimer por mutación e280a en presenilina. *Revista chilena de neuropsicología*, 5(2), 137-145. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5751472>
- Ministerio de Salud (2017). *MINSA proyecta contar con 180 Centros de Salud Mental Comunitario en el 2021*. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=25613>
- Montorio, I., Izal, M., López, A., & Sánchez, M. (1998). La entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, 14(2), 229-248. Recuperado de https://www.um.es/analesps/v14/v14_2/09-14-2.pdf
- Ochsner, K., & Gross, J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive sciences*, 9(5), 242-9. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15866151>
- Olmedo, M. (2015). *Ambivalencia emocional en cuidadoras primarias de personas con enfermedad crónica* (Tesis de licenciatura). Universidad Pontificia de Salamanca, Madrid. Recuperado de <http://summa.upsa.es/results.vm?q=parent%3A0000030353&lang=es&view=main&t=%2Balpha&s=102>
- Organización Mundial de la Salud (Abril del 2016). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>
- Pancorbo, G. (2010). *Estereotipos y prejuicios hacia grupos étnicos peruanos en una muestra de pobladores de una zona urbano-marginal del Callao* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de Repositorio Virtual de Tesis PUCP.
- Pancorbo, G., Espinosa, A., & Cueto, R.M. (2011). Representaciones estereotípicas y expresión del prejuicio en el Perú: la mirada desde la pobreza. *Revista de Psicología (PUCP)*, 29(2), 311-342. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472011000200006&lng=es&tlng=es.

- Pardillo, J. (2004). *Psicodiagnóstico de Rorschach. Sistematización de resultados en diferentes contextos de aplicación* (Tesis de doctorado). Hospital psiquiátrico provincial de Camagüey, Cuba. Recuperado de <http://tesis.repo.sld.cu/114/1/PardilloPalomino2004.pdf>
- Parker, K., Hanson, R., & Hunsley, J. (1988). MMPI, Rorschach, and WAIS: A Meta-Analytic comparison of reliability, stability, and validity. *Psychological Bulletin*, *103*(3), 367-373. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/232519556_MMPI_Rorschach_and_WAIS_A_Meta-Analytic_Comparison_of_Reliability_Stability_and_Validity
- Pavalko, E., & Woodbury, S. (2000). Social roles as process: Caregiving careers and women's health. *Journal of Health & Social Behaviour*, *41*(1), 91-105. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10750324>
- Picasso, G. (2015). *Control y tolerancia al Estrés en familiares de pacientes con Esquizofrenia* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de Repositorio Virtual de Tesis PUCP.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health. *Psychological Aging*, *18*(2), 250-67. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12825775>
- Pinto, N., Barrera, L., & Sánchez, B. (2005). Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa Cuidando a los cuidadores. *Revista Aquichan*. *5*(1), 128-137. Colombia. Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/66>
- Piqueras, J.A., Ramos, V., Martínez, A., & Oblitas, L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Revista Suma Psicológica*, *16*(2), 85-112. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134213131007>
- Ráez, M. (2007). Rorschach comprehensive system data for a sample of 233 adult nonpatients from Peru. *Journal of personality assessment*, *89*(1). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18039149>
- Rascón, M., Gutiérrez, M., Valencia, M., & Murow, E. (2008) Relación entre la emoción expresada por el familiar responsable y la conducta sintomática de pacientes con esquizofrenia, incluido el funcionamiento social. *Salud Mental*, *31*(3), 205-212. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000300006

- Rebolledo, M. & Lobato, M. (2008). *Cómo afrontar la esquizofrenia. Una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas*. España: Aula Médica.
- Ribero-Marulanda, S., & Vargas, R. (2013). Análisis bibliométrico sobre el concepto de regulación emocional desde la aproximación cognitivo conductual: una mirada desde las fuentes y los autores más representativos. *Psicología desde el Caribe*, 30, 495-525. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v30n3/v30n3a04.pdf>
- Ribé, J. (2014). *El cuidador principal del paciente con esquizofrenia* (Tesis de doctorado). Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte Blanquerna, Barcelona. Recuperado de <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/146134/tesis%20doctorado%20ribe.pdf?sequence=1>
- Rivarola, M.P. (2015). *Afectividad y control y tolerancia al estrés en menores víctimas de maltrato* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de Repositorio Virtual de Tesis PUCP.
- Rivera, M. (2013). *Variables de riesgo asociadas al burnout entre cuidadores familiares de enfermos de alzheimer en el oeste de Puerto Rico* (Tesis de doctorado). Universidad de León, España. Recuperado de https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/2880/tesis_d5d851.PDF?sequence=1
- Rubini, Ch. (2016). *Ansiedad y regulación emocional en personal de enfermería psiquiátrica* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de Repositorio Virtual de Tesis PUCP.
- Ruiz, A., & Nava, M. (2012). Cuidadores: responsabilidades y obligaciones. *Revista de enfermería neurológica*, 11(3), 163-169. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123i.pdf>
- Sánchez, J. (2013). Afectividad a través del Psicodiagnóstico de Rorschach en pacientes con displasia cervical en una institución de salud especializada de Lima Metropolitana. *Revista Minds*, 1(1), 14-27. Recuperado de <http://ojs.ucvlima.edu.pe/index.php/minds/article/view/13>
- Santivañez, A. (2016). *Burnout y salud en profesionales de enfermería de un Hospital Nacional de Huancayo* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de Repositorio Virtual de Tesis PUCP.

- Sendín, M. (2007). *Manual de interpretación del Rorschach para el Sistema Comprehensivo*. Madrid: Psimática.
- Skinner, E., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the Structure of Coping: A review and critique category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216-269. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.458.1894&rep=rep1&type=pdf>
- Tapia, A. (2011). *Personalidad de los descontrolados según el Rorschach SC*. Madrid, España.
- Tapia, A. (2013). *Diferencias entre 11 tipos de personalidad según el SC*. Madrid, España.
- Tapia, C., Grandón, P., & Bustos, C. (2014). Relación entre el funcionamiento de un hogar/residencia protegida para personas con trastorno mental severo, el apoyo social del cuidador y las habilidades de la vida diaria de los residentes. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 52(1), 20-8. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-92272014000100003&lng=n&nrm=iso
- Tartaglini, M.F., Ofman, S., & Stefani, D. (2010). Sentimiento de sobrecarga y afrontamiento en cuidadores familiares principales de pacientes con demencia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19(3), 221-226. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921798003>
- Tibon, Sh. & Blumberg, H. (2000). The affective dimension of response elicitation data: A projective measure. *The Journal of Psychology*, 134(2), 185-197. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10766110>
- Valdivieso, J. (2016). Dispositivos Sociales Comunitarios: Hogares Protegidos Experiencia Peruana [diapositivas de PowerPoint].
- Vallhonrat, A., Hernanz, A., & Bosch, M. (2010). Piso protegido: ¿un medio o un fin en la rehabilitación psicosocial?. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 30(106), 279-290. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019648006>
- Vázquez, C., Crespo, M., & Ring, J. (2000). Estrategias de afrontamiento. *Medición clínica en psiquiatría y psicología*, 425-446. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000118&pid=S1657-5997201100010000300020&lng=es

- Velar, K., Pérez-Escoda, N., & Ruiz-Bueno, A. (2014). Emotional competence and depression in informal caregivers. *Revista Ansiedad y estrés*, 20(2-3), 181-191. Recuperado de <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-130755>
- Velásquez, T. (1998). *Cultura y personalidad en mujeres a través del Psicodiagnóstico de Rorschach* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de Repositorio Virtual de Tesis PUCP.
- Viglione, D. & Hilsenroth, M. (2001). The Rorschach: Facts, Fictions and Future. *Psychological Assessment*, 13(4), 452-471. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/993c/00d11215c52c617261b2079d017f4f777d5d.pdf>
- Weiner, I., Spielberger, C., & Abeles, N. (2002). La psicología científica y el Test de Rorschach. *The Clinical Psychologist*, 55, 7-12. Recuperado de https://asoc-arg-rorschach.com.ar/investigacion/Articulo_I_Weiner.pdf
- Weiner, I. (1997). Current Status of the Rorschach Inkblot Method. *Journal of Personality Assessment*. 68(1), 5 – 19. Recuperado de https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327752jpa6801_2
- Zárate, M., Moro, J.M., & Andrés, F. (2010). Aportes del Rorschach SC a la evaluación de los signos de estrés en los niños. *Psicología y Psicopedagogía*, 9(22), 1-7. Recuperado de <https://docplayer.es/122619431-Aportes-del-rorschach-sc-a-la-evaluacion-de-los-signos-de-stress-en-los-ninos.html>



ANEXO A

Consentimiento Informado para Cuidadores

La presente investigación es realizada por Carol Geraldine Velásquez Rodríguez, estudiante de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

La meta de este estudio es conocer el impacto del cuidado de una persona con Trastorno Mental Grave en los cuidadores de Hogares Protegidos. Por eso, me gustaría que pueda colaborar conmigo siendo parte de él.

La participación en este estudio es completamente voluntaria.

La información que se recoja será codificada usando un número de identificación, será confidencial y se usará estrictamente para fines académicos, por lo que usted no se verá afectado de ninguna forma.

Si usted brinda su consentimiento, se le pedirá responder preguntas generales en una ficha y a una prueba psicológica. Esto tomará aproximadamente 1 hora de su tiempo. Asimismo, todo lo que conversemos será grabado, con el único fin de que el investigador pueda transcribir después la información que usted haya expresado. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna incomodidad o duda sobre este estudio, puede hacérmela saber en cualquier momento, o contactarse al correo carol.velasquez@pucp.edu.pe. También puede contactarse con la asesora de tesis al correo lupe.jara@pucp.edu.pe.

Puede retirarse del estudio en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Desde ya le agradezco su participación.

Yo _____ acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Carol Geraldine Velásquez Rodríguez.

He sido informado que la meta de este estudio es conocer el impacto del cuidado de una persona con Trastorno Mental Grave en los cuidadores de Hogares Protegidos.

Me han indicado el procedimiento correspondiente y reconozco que toda información será estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

He sido informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Se me ha informado que al finalizar la investigación se le entregarán resultados globales tanto al INSM HD-HN como a los cuidadores.

De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al autor del estudio al correo carol.velasquez@pucp.edu.pe o a la asesora de tesis al correo lupe.jara@pucp.edu.pe

Firma del Participante

Fecha

ANEXO B

Ficha sociodemográfica

1. Datos generales:

- Sexo: F M Edad: ____ años
- Lugar de nacimiento: _____
- Estado civil:
Soltero Casado Conviviente Viudo Divorciado
- Actualmente tiene pareja: Sí No
- Tiene hijos: Sí No ¿cuántos? _____
- ¿Cuántas personas viven con usted? _____
- Nivel de instrucción: Primaria Secundaria
Superior técnico Superior universitario
- Carrera de estudios: _____
- Nivel socioeconómico: Muy bajo Bajo Medio Medio alto Alto
- Actualmente tiene algún trabajo extra al de cuidador(a): Sí No
- Usted es el/la que más aporta económicamente en su hogar? Sí No Por igual
- Sus ingresos le resultan suficientes para solventar los gastos de su hogar? Sí No
- ¿Presenta (o cuida de alguien con) alguna condición médica o psicológica? Sí No

2. Datos sobre sus servicios como cuidador(a):

- Tiempo de servicio en el Hogar Protegido: _____
- Ha trabajado anteriormente como cuidador(a)? Sí No ¿dónde? _____
- En una escala del 1 al 4, ¿cuál considera que es su nivel de estrés en relación a su trabajo como cuidador(a)? (siendo 1 “casi nunca estoy estresado” y 4 “casi siempre estoy estresado”):

1	2	3	4
Casi nunca estoy estresado	Algunas veces estoy estresado	Frecuentemente estoy estresado	Casi siempre estoy estresado

ANEXO C
Pruebas de normalidad

Variable	Grupo*	Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.
FC	cuidadores	.451	26	.000
	comparación	.834	26	.001
CF	cuidadores	.858	26	.002
	comparación	.722	26	.000
C	cuidadores	.198	26	.000
	comparación	.677	26	.000
SumPonC	cuidadores	.870	26	.004
	comparación	.867	26	.003
SumC'	cuidadores	.763	26	.000
	comparación	.731	26	.000
SumT	cuidadores	.301	26	.000
	comparación	.301	26	.000
FY	cuidadores	.753	26	.000
	comparación	.484	26	.000
YF	cuidadores	.722	26	.000
	comparación	.378	26	.000
SumY	cuidadores	.838	26	.001
	comparación	.643	26	.000
S	cuidadores	.800	26	.000
	comparación	.882	26	.006
Lambda	cuidadores	.756	26	.000
	comparación	.741	26	.000
D	cuidadores	.888	26	.009
	comparación	.812	26	.000
Adj D	cuidadores	.850	26	.001
	comparación	.703	26	.000
EA	cuidadores	.946	26	.189
	comparación	.884	26	.007
eb(FM,m)	cuidadores	.911	26	.028
	comparación	.940	26	.132
eb(C',T,Y,V)	cuidadores	.845	26	.001
	comparación	.849	26	.001
es	cuidadores	.939	26	.130
	comparación	.967	26	.552
Adj es	cuidadores	.939	26	.124
	comparación	.953	26	.272

ANEXO D
Confiabilidad

Variable	%
R	100
Lambda	100
EA	100
Lado izq. EB (M)	100
Lado der. EB(SumPondC)	100
lado izq eb (FM,m)	100
Lado der eb (C',T,V,Y)	100
es	100
Adj es	100
D	100
Adj D	100
FM	100
m	100
Sum C'	100
Sum V	100
Sum T	100
SumY	100
Afr	100
FC	100
CF	100
C	100
S	90
Compl.	100
DEPI positivo	100
CDI positivo	100
DEPI	100
CDI	100
Promedio	99.9%