



FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS
ESPECIALIDAD DE PSICOLOGIA

CONTROL Y TOLERANCIA AL ESTRES EN FAMILIARES DE PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA

Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología
con mención en Psicología Clínica
que presenta la bachiller:

GRACIA MARIA PICASSO CLARKE

ASESORA: LUPE JARA CASTRO

Lima - 2015



Agradecimientos

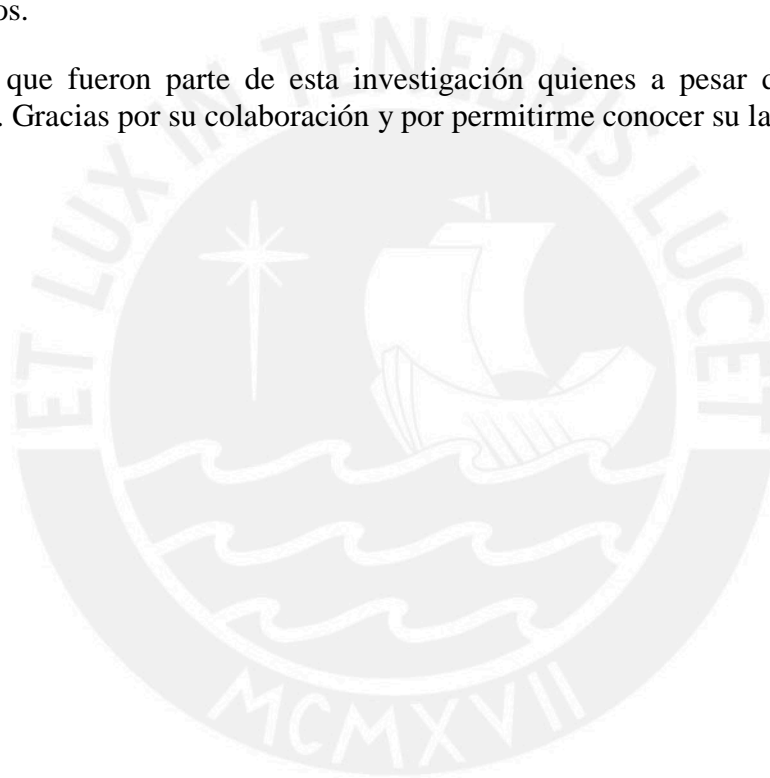
A Lupe Jara por la dedicación y compromiso mostrados hacia mi trabajo.

A mi mamá, por siempre creer en mi y motivarme durante todo este tiempo.

A Emilio por su interés y paciencia al escucharme hablar de lo mismo una y otra vez.

A Silvana Otoya y Vania Barriga por el tiempo que dedicaron a la revisión de la codificación de mis protocolos.

A las personas que fueron parte de esta investigación quienes a pesar de su sufrimiento confiaron en mí. Gracias por su colaboración y por permitirme conocer su lado más íntimo.





Resumen

El 80% de los pacientes con esquizofrenia son cuidados por su familia. Al respecto, diferentes estudios indican que este cuidado puede generar un impacto tanto en la salud de los mismos familiares como en la evolución del paciente, de ahí que este estudio busca describir las características de la capacidad para controlar y tolerar el estrés en un grupo de 10 familiares de pacientes mujeres con esquizofrenia. Para ello se utiliza el cluster de Control y Tolerancia al Estrés del Sistema Comprensivo aplicado al Psicodiagnóstico de Rorschach, y una breve entrevista semiestructurada. Los resultados del Rorschach se contrastaron con la data de Ráez (2007), encontrándose que en el grupo de estudio es mayor el Lambda (L) y el Índice de Inhabilidad Social (CDI), y menor la Experiencia Accesible (EA) y la Experiencia Sufrida (es). Ello evidencia que los familiares suelen enfrentarse a la realidad de un modo defensivo, evitando involucrarse emocional y cognitivamente con ella. Además, indica una dificultad para generar y dirigir respuestas en circunstancias de tensión, predominando las interacciones negativas. El análisis de contenido refuerza el modo pasivo y evitativo de afrontar las situaciones de estrés. Al respecto se discute el impacto del contexto de pobreza en que estas personas se desenvuelven, en la manera como afrontan los estresores. Asimismo, se menciona el papel que juega el género de las pacientes y su situación de hospitalización en el estrés de sus familiares. Finalmente, se mencionan las limitaciones y alcances del estudio, así como las recomendaciones.

Palabras clave: Control y Tolerancia al Estrés, esquizofrenia, familiares, Psicodiagnóstico de Rorschach.

Abstract

80% of schizophrenic patients are attended by their relatives. This high involvement of the family with the patient could generate an impact in both the relative's health and the development of the patient's disease. That is why the purpose of this research is to describe the characteristics present on the capacity to control and tolerate stress in a group of 10 relatives of female Schizophrenic patients. The evaluation was performed with the Rorschach Test, using the comprehensive system and with a semi-structured interview. The Rorschach results were contrasted with the data obtained by Ráez (2007), where significant differences were found in four of the variables. The results determined that Lambda (L) and Social Inability (CDI) were greater in the study group and Accesible Experience (EA) and Sufferable Experience (es) were smaller. This shows that family members tend to confront reality in a defensive way, trying to avoid getting emotionally and cognitively involved with the patient. Furthermore, it also indicates a difficulty in generating and directing answers in stress situations, resulting in negative interactions. This is related to the poverty levels the group lives in. Moreover, the content analysis enhances the passive and avoidance ways to confront stressful situations. Finally, the limitations and scope of the study are discussed, as well as their recommendations.

Key words: Stress Control and Tolerance, Schizophrenia, Family, Rorschach Test

Tabla de Contenidos

Introducción	1
Método	11
Participantes	11
Medición	12
Procedimiento	14
Resultados	17
Discusión	25
Referencias Bibliográficas	31
Anexos	41
A Ficha demográfica	42
B Entrevista semiestructurada	44
C Consentimiento informado	45
D Confiabilidad de jueces	46



Introducción

En la actualidad cada vez son más las investigaciones realizadas en torno al rol fundamental de la familia sobre el pronóstico y progreso hacia la recuperación en el tratamiento de los trastornos mentales, tal como la esquizofrenia (American Psychiatric Association, 1997; Fresan, Apiquian, Ulloa, Loyzaga, Garcia & Gutiérrez, 2001; Inglot, Touriño, Ruiz & Fernández, 2004; Heru & Drury, 2007; Sawant & Jethwani, 2010; Chien, 2010; Leal, Espinosa, Vega & Vega, 2012). Asimismo, se sabe que el cuidado de los pacientes con dicha enfermedad podría producir consecuencias negativas tanto para el paciente como para los familiares (Martínez, Nadal, Bepert, Mendióroz & grupo Psicost, 2000; Leff, 1989). En el caso de los familiares estas consecuencias pueden ser: limitaciones en su vida cotidiana, desgaste emocional, irritabilidad y mayores posibilidades de desarrollar alguna enfermedad, lo que podría incrementar el riesgo a recaer de los pacientes (Leff, 1989; Butzlaff & Hooley, 1998; Vallina & Lemos, 2001; Fresan et al., 2001; Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” [INSM “HD-HN”], 2002; Rodríguez del Alamo 2002; Reynoso & Seligson, 2005; Palacios & Jiménez, 2008; Cabanyes, 2010; Chien, 2010; Kaufman, Scogin, MacNeil, Leeper & Wimberly, 2010; Adeosun, 2013). Todo esto genera un incremento en los estresores familiares y en la capacidad de los miembros de la familia para afrontarlos. Es por ello que resulta importante conocer cómo se encuentra el control y la tolerancia al estrés en los familiares de pacientes con esquizofrenia.

A pesar de los progresos en el tratamiento de la esquizofrenia, debido a la complejidad y cronicidad de la enfermedad y a las múltiples disfunciones cognitivas, emocionales y conductuales que trae consigo, se puede decir que es uno de los trastornos mentales que produce mayor discapacidad al dificultar el desempeño de las funciones del paciente en cada etapa del ciclo vital, lo que limita el logro de una vida independiente (Mariátegui, 1999; Touriño, Inglott, Baena & Fernández, 2004; Escalante & Gavlovski 2011). En el Perú, la incidencia de este trastorno es de 1% y de acuerdo a Bayés, Arranz, Barbero y Barreto (1997) en el 80% de estos casos es la familia quien asume en casa los cuidados del paciente (Palacios & Jiménez, 2008; INSM “HD-HN”, 2014).

De otro lado, los progresos en la psicofarmacología, sumado al proceso de desinstitucionalización, han permitido la reinserción social y familiar del paciente (Mariátegui, 1999; Gómez, 2009; Adeosun, 2013). De este modo, el énfasis en el tratamiento ya no está puesto en la hospitalización de por vida, si no en múltiples hospitalizaciones parciales cuando sea necesario, cediéndole funciones a la familia, que en el pasado fueron llevadas a cabo por el hospital (Gutiérrez, Caqueo & Kavanagh, 2000; Gómez, 2009).

Dentro de las redes de apoyo de un individuo, la familia constituye la más importante. Esta institución universal es considerada un sistema dentro del cual las relaciones y conductas de los miembros son interdependientes y mutuamente reguladas, de manera que el cambio en uno de ellos tendrá una repercusión en todo el grupo familiar (Valdez, 2007; Andolfi, 1993; citado en Escalante & Gavlovski, 2011). Existen distintas formas de configuración de la familia según el contexto cultural e histórico (Gómez, 2009). Cabe mencionar que en el Perú el tipo de hogar más común es el nuclear, conformado únicamente por el padre, la madre y los hijos; seguido por el extendido, que incluye a los abuelos y/o tíos cercanos (Instituto nacional de estadística e informática [INEI, 2010]). De esta forma, la familia, como principal agente de mediación social, ejerce gran influencia sobre las personas, situándose como el mayor referente de apoyo y protección, y es por ello que representa la primera institución a la que se recurre en situaciones de crisis (Gómez, 2009; Escalante & Gavlovski, 2011). Así, las familias suelen pasar por adaptaciones continuas a las nuevas circunstancias, tal como sucede ante la aparición de una enfermedad mental en uno de sus miembros (Rejas, 2011).

De este modo, se deja atrás las primeras teorías y modelos sobre las dinámicas familiares, en las que se situaba a la familia como la principal responsable de la aparición de la esquizofrenia, y hoy en día la familia es considerada como un recurso fundamental en la rehabilitación del paciente esquizofrénico (Fresan et al., 2001; Chien, 2010; Rejas, 2011; Leal et al., 2012). Si bien esto representa un gran avance en el conocimiento de la enfermedad, resulta relevante preguntarse ¿quién prepara a las familias para llevar a cabo adecuadamente su función de cuidador? (Mariátegui, 1999)

Naturalmente, la recuperación de los vínculos y de la vida familiar de los pacientes esquizofrénicos tiene como finalidad una mejora en la calidad de vida de estos pacientes (Mariátegui, 1999). Al respecto, diversos estudios recalcan la importancia del apoyo familiar en su tratamiento. Así, Kuipers, Leff y Lam (2002) encuentran que la participación activa de la familia en el tratamiento trae consigo mejores resultados que cuando los pacientes son

intervenidos de forma individual. Del mismo modo, Falloon, Boyd y McGill (1984) muestran que los pacientes esquizofrénicos que llevan a cabo un tratamiento donde se involucra a la familia, presentan un menor número de ingresos hospitalarios, lo que conlleva a que necesiten menores dosis de fármacos. La Asociación Americana de Psiquiatría (2013) también recalca la influencia del entorno social en la adherencia y respuesta al tratamiento. Sin embargo, esta situación ha llevado a muchas familias a presentar diferentes reacciones emocionales y conductuales que podrían ser fuente de estrés intenso y perjudicar al paciente al ser un punto menos de apoyo en su proceso de recuperación o adaptación (Gore-Felton, Koopman, Spiegel, Vosvick, Brondino, & Winningham, 2006; Kaufman et al., 2010; Ozkan, Erdem, Ozsoy & Zararsiz, 2013).

Como es de suponer, brindar cuidados a un paciente con Esquizofrenia es una tarea compleja que conlleva a limitaciones en la vida cotidiana del cuidador, fuertes gastos económicos, un desgaste emocional y físico, sensación de falta de control, entre otros (Fresan et al., 2001; INSM “HD-HN”, 2002; Palacios & Jiménez, 2008; Chien, 2010; Kaufman et al., 2010; Adeosun, 2013). A esto se suma la escasa información con la que cuentan los familiares, lo cual les impide desarrollar su función de cuidado plenamente (Solomon, 2000). Al respecto, Solomon (2000) ha identificado las principales necesidades de los familiares: información acerca de la naturaleza, tratamiento y manejo de la enfermedad mental; habilidades necesarias para enfrentar los problemas relacionados a la enfermedad y reconocimiento del esfuerzo.

Por lo general, la persona responsable de brindar cuidado al paciente forma parte de su sistema de soporte informal (Hall & Docherty, 2000). De esta manera, esta responsabilidad suele recaer en los familiares más cercanos como son los padres, hermanos o hijos (Cabanyes, 2010; Guardia, 2010); en particular en los miembros femeninos de la familia, especialmente en la madre (Gómez, 2009; Leal et al., 2012). Si se considera que el cuidado parental se espera hasta una cierta edad, esta situación podría generar un impacto y desequilibrio en el sistema familiar, que obligaría a los miembros de la familia a reorganizar sus funciones alrededor de las necesidades del paciente, viéndose obligados muchas veces a dejar de lado su propio desarrollo (Hall & Docherty, 2000). Así pues, de acuerdo a Andolfi (1933), la enfermedad es enfrentada no solo por el paciente sino también por su red familiar, la cual se convierte en una víctima tanto como el paciente.

Entre las funciones a cargo de los familiares de una persona con esquizofrenia se consideran principalmente dos aspectos: el primero de ellos corresponde a la satisfacción de necesidades básicas como la alimentación, el aseo, la vestimenta, entre otros; mientras el segundo hace referencia a la necesidad de estar implicado en el tratamiento del pariente enfermo, acompañarlo a las diversas citas médicas y supervisar la adecuada autoadministración de los medicamentos (Leal et al., 2012).

La sobrecarga de los familiares, producto del cuidado brindado al paciente, está asociada a características tanto de los pacientes como de los mismos familiares y puede ser de dos tipos: la primera de ellas es la sobrecarga objetiva y hace alusión a los cambios que se dan en la familia a consecuencia de los síntomas y comportamientos del paciente enfermo; siendo esta una dimensión verificable y observable (Schene, Van Wijngaarden & Koeter, 1994; Martínez, Nadal, Beperet, Mendióroz & Grupo Psicost, 2000; Leal et al., 2012). En tanto que, la sobrecarga subjetiva se refiere a las consecuencias psicológicas del cuidador, es decir, las emociones en relación a las tareas asumidas al cuidar al paciente (Schene et al., 1994; Leal et al., 2012).

Dentro de la sobrecarga subjetiva se encuentra el estrés, un desequilibrio psicofisiológico generado cuando las demandas sobrepasan los recursos de los familiares, que puede ser perjudicial para el familiar y el paciente si no se despliegan esfuerzos cognitivos adaptativos (Barra, 2003). Para Exner (2000) el control del estrés es la capacidad de organizar los recursos para tomar decisiones y llevar a cabo conductas deliberadas con el fin de responder a las demandas de una situación en particular y, a partir de las circunstancias en la que ocurre, el control puede disminuir o reforzarse. Así, eventuales situaciones con una intensidad emocional que sobrepasa la capacidad del sujeto pueden dar lugar a conductas carentes de control o a un pensamiento irracional.

Exner (2000) relaciona la noción de control del estrés con tres conceptos: recursos, demanda estimular y tolerancia al estrés. Los recursos son las capacidades cognitivas del sujeto y, como es de suponer, tienen una relación directa con la capacidad de controlar la conducta, pues a mayor número de recursos disponibles, mayores posibilidades del sujeto para dirigir sus conductas. No obstante, ello no significa que dichas conductas sean adaptativas o libres de patología. El segundo concepto, la demanda estimular, guarda relación con el control pues si el nivel de demanda excede el nivel de recursos disponibles, probablemente ello resulte en algún tipo de alteración psicológica, lo que reduce la capacidad

de control. Cabe mencionar que las demandas pueden ser derivadas de estímulos internos como externos, pero su impacto siempre será interno, lo que generará una actividad mental y/o emocional (Exner, 2000). La tolerancia al estrés, también es una noción importante al relacionarse directamente con la capacidad de control. Así pues, si la capacidad de control es adecuada, la tolerancia al estrés será más eficaz pues habrá una mayor habilidad para soportar incrementos de la tensión psíquica (Sendín, 2007). De manera inversa, cuando esta capacidad se encuentre limitada, probablemente se presentarán problemas de adaptación al verse disminuida la tolerancia al estrés. Dentro de las causas de pérdida de control emocional, Exner (2000) y Sendín (2007) coinciden en señalar que una de ellas es cuando el sujeto se encuentra en un estado de sobrecarga estimular interna, es decir, cuando sus recursos disponibles son menores a lo esperable y por lo tanto es más vulnerable al estrés por la presencia de una gran tensión interna. Para Sendín (2007) esto también se produce cuando existe un estado de sobrecarga externa donde a pesar de contar con suficientes recursos, las circunstancias son tan complejas que lo abrumen. Exner (2000) menciona que en ocasiones son sucesos psicológicamente permitidos, pues a pesar de que la persona posee suficiente control de sí mismo como para evitar que suceda, por alguna razón no los evita. Es importante mencionar que la mayoría de los lapsus de control guardan relación con necesidades de carácter homeostático donde una descarga intensa y un menor control emocional genera una sensación de alivio o gratificación (Exner, 2000).

Otros autores utilizan el modelo interactivo para explicar lo que sucede ante situaciones estresantes (Barra, 2003; Reynoso & Seligson, 2005). Así, para Barra (2003) el estrés es el resultado de una interacción entre el individuo y su entorno el cual es valorado como amenazante, en caso sobrepase sus recursos. Para ello, utiliza un conjunto de procesos cognitivos y psicosociales, dentro de los cuales está la valoración, que le permite al sujeto medir las demandas que plantea la situación y su capacidad para afrontarla (Barra, 2003). Existen dos tipos de valoración: primaria y secundaria. La valoración primaria tiene como fin determinar el significado de un evento; ya sea irrelevante, benigno o estresante, y en la secundaria se estiman los propios recursos disponibles para enfrentar la situación (Barra, 2003; Reynoso & Seligson, 2005).

De modo general existen factores personales y sociales asociados a la habilidad del individuo para organizar sus recursos disponibles ante un evento percibido como estresante (Lazarus & Folkman, 1986). Estos son: salud, creencias, apoyo social y habilidades para

solucionar problemas (Lazarus & Folkman, 1986). Del mismo modo, en familias con un miembro con esquizofrenia, esta habilidad puede variar de familia en familia de acuerdo a factores influyentes que pueden ser clasificados de acuerdo a su naturaleza (Hall & Docherty, 2000; Fresan et al., 2001). Por un lado, están los factores sociales, como por ejemplo, una escasa comunicación con profesionales de la salud mental que no les permite informarse adecuadamente acerca de la enfermedad, el curso y tratamiento de la misma; aislamiento y falta de soporte social y de otros miembros de la familia; cambios en los roles dentro de la familia ante la aparición de nuevas obligaciones; y un aumento del gasto económico que suele ir de la mano con una disminución en el ingreso familiar pues no es extraño que la necesidad de cuidar al enfermo reduzca también la capacidad de trabajar de otros miembros de la familia (Hall & Docherty, 2000; Fresan et al., 2001; INSM “HD-HN”, 2002; Palacios & Jiménez, 2008; Chien, 2010; Kaufman et al., 2010; Escalante & Gavlovski, 2011; Leal, Espinosa, Vega & Vega, 2012; Lasebikan & Ayinde, 2013). En el Perú, una familia gasta en promedio el 24% de su ingreso en el tratamiento de una enfermedad mental y en algunos casos hasta el 50% (INSM “HD-HN”). Además, es importante considerar que dichas tareas limitan cualquier posibilidad de desarrollo personal de los familiares a cargo, obligándolos a dejar de lado sus necesidades para centrarse en las del enfermo (Chien, 2010; Kaufman et al., 2010).

A la vez, los factores sociales suelen ir de la mano con los culturales. Así, el estigma relacionado a la esquizofrenia condiciona las respuestas y acciones de los familiares y paciente (Rejas, 2011). De esta forma, los valores, costumbres y creencias compartidas por los miembros de la familia influyen en la evolución de la enfermedad.

Por otro lado, se encuentran los factores asociados al paciente y a la propia enfermedad. Entre ellos está la intensidad de los síntomas, sean estos positivos o negativos, su nivel de funcionamiento social y la duración de la enfermedad (Hall & Docherty, 2000; INSM “HD-HN”, 2002; Palacios & Jiménez, 2008; Chien, 2010; Kaufman et al., 2010; Leal et al., 2012; Lasebikan & Ayinde, 2013). El número de hospitalizaciones también resulta ser un factor mediador pues si bien se podría suponer que los familiares descansan en ese tiempo, Bayés, Arranz, Barbero y Barreto (1997) encuentran que los sentimientos de culpa y tiempo empleado en supervisar la atención brindada en el hospital puede ser una nueva fuente de estrés. Además, se halló que la severidad de los síntomas y ciertas características clínicas como ideación suicida, alucinaciones, comportamientos extraños y síntomas negativos como

la abulia y anhedonia, son también predictores de mayores niveles de estrés en los cuidadores (Provencher & Mueser, 1997; Dyck, Short & Vitaliano, 1999; Hall & Docherty, 2000; Reine, Lancon, Simeoni, Duplan & Auquier, 2003; Palacios & Jiménez, 2008). Cabe mencionar que los efectos físicos, como por ejemplo el cansancio suelen ser de menor intensidad que los efectos psicológicos (Brown, Birley & Wing, 1972).

En cuanto a las características de los familiares hay algunas que parecen guardar relación con la sobrecarga tales como la edad, sexo, salud física, grado de instrucción y nivel económico, entre otros (Palacios & Jiménez, 2008; Chien, 2010; Adeosun, 2013). Así, para Fernández (2004) las consecuencias de las necesidades y demandas del familiar enfermo variarán de acuerdo a la etapa del ciclo vital en la que se encuentre la familia al momento del diagnóstico de la enfermedad y en el grado en que cada uno de sus miembros haya llevado a cabo las tareas propias de cada etapa. De este modo, no es lo mismo que la enfermedad llegue a una familia que nunca antes ha enfrentado crisis familiares, a que aparezca en una que ya ha puesto a prueba su capacidad para resolver conflictos debido a circunstancias anteriores. En cuanto al nivel económico, el mismo autor refiere que la crisis familiar en una familia de escasos recursos va a ser mayor debido a que la desorganización provocada por la enfermedad, debido a los múltiples gastos, se va a percibir en todos los ámbitos. Por otra parte, Rodríguez del Alamo (2002) afirma que tener una mala salud física previa, no llevar a cabo actividades diferentes a cuidar, no vivir con más familiares y tener un bajo nivel económico serían factores de riesgo importantes para una sobrecarga psicológica.

El grado de instrucción también ha sido una de las características estudiadas, sin embargo, existen diversos resultados al respecto. Por un lado, se ha encontrado que aquellos familiares con un grado de instrucción alto suelen percibir una sobrecarga mayor debido a que suelen contar con un trabajo e ingreso estable al que tendrían que renunciar ante la necesidad de cuidado de un familiar enfermo (Stålberg, Ekerwald & Hultman, 2004; Hernández & Bigatti, 2010; Wrosch, Amir & Miller, 2011, citado en: Hidalgo, 2007). Sin embargo, otra investigación ha identificado que mayores grados de estrés se relacionan con un grado de instrucción bajo (Caqueo & Gutiérrez, 2006).

En cuanto al sexo, resulta significativo que el cuidado suele recaer generalmente sobre un solo individuo y este suele ser la madre. Ello implica adicionar el cuidado del paciente a las labores domésticas habituales y dejar de lado otras funciones como son el cuidado de los otros hijos, el trabajo y actividades sociales, lo que puede ser una fuente de

estrés (Chuaqui, 2006; Rejas, 2011; Leal et al., 2012). En la misma línea, se ha encontrado que las madres están más propensas a sentir una sobrecarga debido a que tienden a expresar sus emociones con mayor intensidad, tienen expectativas respecto al funcionamiento productivo de los pacientes más altas y suelen mostrar una actitud más negativa hacia la poca actividad del paciente (Hanzawa, Tanaka, Inadomi, Urata, & Ohta, 2008; Lasebikan & Ayinde, 2013, Quispe, 2014). Del mismo modo, en una investigación acerca del clima familiar en pacientes con esquizofrenia y en uno de sus familiares, se encontró que las madres tienden a reportar una menor percepción de participación en actividades sociales en comparación con los padres y hermanos (Quispe, 2014).

Al considerar que el modelo actual para la esquizofrenia es el de vulnerabilidad-estrés, en donde se explica la psicopatología y las incapacidades psicosociales secundarias de la esquizofrenia a partir de la interacción entre estresores ambientales y vulnerabilidad biológica, resulta sumamente importante que los miembros de la familia cuenten con los suficientes recursos para controlar y tolerar el estrés (Nuechterlein, 1987; Falloon, Held, Roncone, Converdale, & Laindlaw, 1998; Nuechterlein & Subonick, 1998 citado en: Vallina & Lemos, 2001). De lo contrario, no solo habrá mayores posibilidades de desarrollar alguna enfermedad o patología, sino también de cambios conductuales y cognitivos que afectarán tanto la salud de los familiares como la evolución del paciente (Leff, 1989; Butzlaff & Hooley, 1998; Vallina & Lemos, 2001; Rodríguez del Alamo 2002; Reynoso & Seligson, 2005; Cabanyes, 2010). Dentro de los cambios conductuales podría evidenciarse un menor nivel de desempeño, pasividad e inercia, mientras que en las de tipo cognitivo, una distorsión de los pensamientos, disminución del rendimiento intelectual e improductividad, entre otros (Beech, 1982). Asimismo, Rodríguez del Alamo (2002) identificó entre las principales consecuencias; actitudes y sentimientos negativos hacia el paciente, desmotivación, irritabilidad, deshumanización, depresión y angustia. Al respecto, diversos estudios han evidenciado que el estrés en familiares de pacientes con esquizofrenia incrementa la vulnerabilidad de estos últimos a recaer y por lo tanto, a la reaparición de síntomas positivos (Leff, 1989; Butzlaff & Hooley, 1998; Vallina & Lemos, 2001; Rodríguez del Alamo, 2002; Reynoso & Seligson, 2005; Cabanyes, 2010; Chien, 2010).

Como hemos revisado, en los últimos años, la familia ocupa un lugar cada vez más importante en la comprensión y manejo de la esquizofrenia. Al respecto, se ha podido observar que el estrés afecta tanto a los familiares como al paciente pues por un lado, los

familiares se ven más vulnerables a presentar alguna enfermedad o patología y por el otro, esto podría influir en la evolución del paciente (Leff, 1989; Butzlaff & Hooley, 1998; Vallina & Lemos, 2001; Rodríguez del Alamo, 2002; Erazo & Reynoso, 2005; Cabanyes, 2010; Chien, 2010). De este modo, resulta importante para la recuperación y pronóstico de un paciente con esquizofrenia, los recursos disponibles de sus familiares para hacerle frente y adaptarse a esta enfermedad tan impredecible y posible fuente de estrés, contando para ello con un adecuado control y tolerancia al estrés (Fresan et al., 2001; Inglot et al., 2004; Heru & Drury, 2007; Chien, 2010; Sawant & Jethwani, 2010; Leal et al., 2012; APA, 2013). A pesar de ello, las investigaciones en torno a este tema son escasas, sobre todo en el Perú.

Por lo tanto, al tener en cuenta que vivir con un familiar con esquizofrenia puede provocar estrés, es que este estudio busca conocer la capacidad para controlar y tolerar el estrés de un grupo de 10 familiares de pacientes con esquizofrenia que acuden a rehabilitación. Para ello se utiliza el cluster de control y tolerancia al estrés del Sistema Comprehensivo aplicado al Rorschach y los resultados se comparan con la data peruana existente, la de Ráez (2007). Asimismo, se realiza una breve entrevista semi estructurada a los familiares para obtener información acerca de cómo se sienten ante las situaciones que perciben como estresantes y qué es lo que hacen para enfrentarlas.



Método

Participantes

Participan de este estudio 10 familiares de pacientes mujeres diagnosticadas con esquizofrenia, internadas para recibir rehabilitación o por una crisis psicótica en un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana. Para conformar el grupo de participantes se planteó como criterio de inclusión que convivan habitualmente con la paciente, que no padezcan de algún trastorno psicótico o de retraso mental, que la paciente haya sido diagnosticada de esquizofrenia hace un año o más, y lleve internada al menos dos semanas al momento de aplicar el instrumento.

El contacto con los participantes se realizó en los días en que estos visitan dicho hospital. Su participación fue voluntaria, lo cual se encuentra expresado mediante un consentimiento informado el cual firman (anexo c).

Respecto a las características sociodemográficas de los participantes, 6 son mujeres y 4 hombres con una edad que oscila entre 32 y 60 años ($M= 46.6$). En cuanto al lugar de nacimiento, 3 son de Lima y 7 de provincia. Un participante tiene educación primaria, 4 secundaria completa y 5 educación superior o técnica. Respecto a la relación que los une con las pacientes, 3 de ellas son la madre, 1 el padre, 5 el/la hermano/a y 1 el esposo. Asimismo, ninguno de ellos vive solo con la paciente, y 6 reciben ayuda de algún familiar en el cuidado de la paciente. Adicionalmente, el tiempo que llevan cuidado a la paciente varía entre los 3 y 28 años ($M= 7.4$). Además, 4 de ellos asisten a las charlas brindadas por el personal del hospital que tienen como objetivo brindar información a los familiares acerca de los diferentes trastornos mentales.

El tiempo de enfermedad promedio de las pacientes varía entre los 2 y 30 años ($M= 10.6$), 2 de ellas tienen una ocupación y 8 pasan la mayor parte del día en casa. En cuanto al número de recaídas e internamientos, 4 pacientes han recaído una vez, 3 pacientes dos veces y 3 de ellas tres veces. Además, 7 se encuentran en su primer internamiento, 2 en su segundo y 1 en el tercero. Finalmente 9 son atendidas mediante el seguro integral de salud (SIS) y 9 pertenecen a un nivel socioeconómico bajo.

Medición

Para medir el control y tolerancia al estrés se utiliza el cluster del mismo nombre del Sistema Comprensivo de Exner (1994), aplicado al Rorschach. El Rorschach es una prueba compuesta por diez láminas con manchas de tinta, simétricas y relativamente ambiguas, a partir de las cuales el sujeto debe estructurar sus respuestas. De acuerdo a Exner (2000) permite medir la organización y el funcionamiento psicológico de la persona. De manera específica, la capacidad de tomar decisiones y de poner en práctica conductas con el fin de afrontar las demandas de una situación se mide a través del cluster Control y Tolerancia al estrés, que tiene las siguientes variables: D, D ajustada, es, es ajustada, EA y CDI. Para analizar dicho cluster se sigue el orden siguiente:

Paso 1: Puntuación D ajustada (*Adj D*) e Índice de inhabilidad social (*CDI*)

El *Adj D* indica la capacidad para mantener el control y la dirección de las conductas en situaciones habituales. En adultos se espera que tenga un valor positivo pues significaría que existe una tolerancia adecuada frente a las tensiones de la vida cotidiana. En cambio, el *CDI* indica dificultades en el manejo de situaciones socioafectivas, por lo que se espera que no aparezca.

Paso 2: Experiencia accesible (*EA*)

El *EA* son los recursos cognitivos y afectivos disponibles con los que cuenta el sujeto para enfrentar estresores y se espera que sea mayor a *es* (disparadores internos de tensión).

Paso 3: Estilo vivencial (*EB*) y Lambda (*L*)

El *EB* señala una tendencia estable a responder de una determinada manera lo cual hace de alguna forma predecible ciertos aspectos de la conducta del individuo. Está compuesto por dos variables y se espera que ninguna de las dos tenga valor 0 pues ello indicaría la presencia de una dificultad emocional que predispone a la persona a sufrir estados de tensión o la presencia de algún tipo de desorganización mental. Por su parte, Lambda indica la capacidad para simplificar las percepciones y economizar los recursos, lo que evita la complejidad. Se espera que sea menor a 1.

Paso 4: Experiencia sufrida (*es*) y es ajustada (*Adj es*)

Ambos proporcionan información acerca de los estresores que tiene el sujeto; el *es* es la cantidad total de estresores, es decir los crónicos y situacionales, y el *Adj es* alude a los

estresores más crónicos y persistentes. Se espera que el *es* sea menor a el *EA* (así el individuo tendrá los recursos necesarios para afrontar el estrés) y que el *Adj es* sea bajo, entre 5 y 9.

Paso 5: *Experiencia base (eb)*

El *eb* se relaciona con las actividades psicológicas que conllevan a demandas frecuentes. Se espera que sea menor al *EA* para así poder enfrentar y adaptarse a las exigencias externas.

Debido a sus altos niveles de confiabilidad y validez, así como a la riqueza de datos que arroja esta prueba, se puede decir que el Rorschach bajo el Sistema Comprensivo de Exner es la prueba más utilizada en el contexto de investigación psicológica peruana (Raez, 1998). Además, es una de las pocas pruebas que permite estudiar de manera profunda la estructura y contenidos de los participantes, dada la facilidad para entender los estímulos, sin importar el nivel de educación (Ráez, 2007). Así pues, en el Perú ha sido utilizada en diferentes regiones, arrojando resultados con validez y confiabilidad estadística (Olano, 2012). De otro lado, el Sistema Comprensivo de Exner logró una estandarización del método de aplicación, codificación y obtención de porcentajes e índices diversos lo que dio paso a la realización de numerosos estudios en distintas poblaciones pacientes y no pacientes que apoyan su solidez teórica y metodológica (Weiner, 1996; Weiner, 2001; Exner, 1993; Ritzler, 1995; Acklin, McDowell, Verschell & Chan, 2000; Meyer, 1997).

Acorde con lo expuesto, Exner & Weiner (1995), en una serie de estudios re-test realizados tanto con niños como con adultos, con un intervalo hasta de 3 años, encontraron un coeficiente de estabilidad de 0.80 a 0.90 para la mayoría de variables que conforman el Sistema Comprensivo. Además, muchos estudios afirman que cada variable puede ser confiablemente puntuada, lo que permite encontrar una media general de concordancia del 87% (Exner, 1993; Weiner, 1995; Weiner, 1997; Viglione & Hilsenrot, 2001; Ritzler, 1995; McDowell & Acklin, 1996; Acklin, McDowell, Verschell & Chan, 2000; Meyer 1997; Viglione & Taylor, 2003). Para este estudio, cuatro protocolos fueron seleccionados al azar para ser codificados por dos juezas expertas. Esto se realizó con el objetivo de establecer la confiabilidad entre calificadores, obteniendo un promedio de 0.99 respecto al índice de acuerdo. Actualmente, varios de los países en los que se utiliza esta prueba cuentan con su propia muestra normativa, entre ellos Perú, lo que es uno de los grandes avances en los últimos años en lo que respecta a esta prueba (Raez, 2007).

A pesar de existir amplia evidencia psicométrica, hay investigadores que insisten en que debería detenerse su uso por falta de validez (Garb, 1999; Hunsley & Bailey, 1999). Por su parte, Exner (1993) considera necesario continuar investigaciones de este tipo con el fin de obtener aún más evidencia de su validez científica.

Asimismo, se realizó una breve entrevista semiestructurada con el objetivo de obtener información acerca de la manera en que enfrentan aquellas situaciones que perciben como estresantes y cómo se sienten ante ellas. Para ello se exploró principalmente cómo se conducen ante las dificultades que se le presentan con el paciente, qué sentimientos genera en ellos y si consideran que cuentan con los suficientes recursos para sobrellevar la situación.

También se empleó una ficha de datos sociodemográficos para identificar las principales características de los participantes y de los pacientes.

Procedimiento

Para llevar a cabo la investigación se envió una solicitud de permiso a la directora de un hospital psiquiátrico de Lima con el fin de que autorice la aplicación del instrumento en los familiares de pacientes internadas en dicho hospital que buscan recibir rehabilitación. Una vez aprobada la solicitud, se le presentó dicho documento al director del pabellón elegido para ubicar a los participantes, con el fin de que se encuentre informado y pueda brindar las facilidades del caso. Los familiares fueron seleccionados previamente a partir de los criterios de inclusión planteados y verificados en la historia clínica del paciente y el contacto se realizó en los días de visita al hospital. De manera individual se les explicó los objetivos de la investigación y a aquellos que desearon formar parte se les citó.

Al estar en el hospital, en el departamento de psicología, se explicó al participante los objetivos de la investigación, se le entregó el consentimiento informado y se pasó a llenar una ficha para obtener los datos sociodemográficos y establecer el rapport necesario para la administración de la prueba. Luego se procedió a aplicar el instrumento. Al finalizar la aplicación se realizó una breve entrevista semiestructurada con nueve de los familiares. Uno de los participantes, padre de una de las pacientes, no pudo ser entrevistado debido a que tuvo que retirarse del hospital. Al terminar la entrevista se les brindó unos minutos con el objetivo de entablar un diálogo en relación a cómo se ha sentido, resolver dudas en caso las hubiesen, y de esta manera, realizar un cierre. Una vez obtenidos los datos, se codificaron los

protocolos del Psicodiagnóstico del Rorschach bajo el Sistema Comprensivo de Exner. Para establecer la confiabilidad entre codificadores, dos jueces revisaron cuatro protocolos seleccionados al azar (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

Luego se obtuvo el resumen estructural al utilizar el programa computarizado RIAP 5. La información correspondiente al cluster control y tolerancia al estrés fue puesta en una base de datos en el programa SPSS Statistics Versión 21 y con dicho programa se procedió a llevar a cabo el análisis estadístico de la información. Para ello, en primer lugar se realizó un análisis de normalidad con la prueba Shapiro Wilks. Los resultados mostraron que tres de las variables tenían una distribución paramétrica y cuatro una distribución no paramétrica. En el caso del primer grupo se contrastaron las medias del grupo de estudio y de la data de Ráez (2007) utilizando la prueba T para una muestra y en el caso del segundo grupo se llevó a cabo un análisis no paramétrico a través de la prueba de Rangos con signos de Wilcoxon para una muestra, la cual permitió contrastar las medianas de la muestra con las de la data. Para observar si existen diferencias en las proporciones de la constelación clínica CDI los porcentajes fueron transformados a un puntaje Z. Los análisis mencionados se realizaron con un nivel de confianza al 99%. Asimismo, se efectuó un análisis del contenido de las respuestas del Psicodiagnóstico de Rorschach con el fin de lograr una mayor comprensión del cluster (Rausch, 1993). De igual manera, se realizó un análisis del contenido de la información recogida a través de la entrevista a los familiares con el fin de profundizar en la manera en cómo enfrentan las situaciones que perciben difíciles y cómo se sienten ante ellas. Ello se realizó en función a las estrategias de análisis cualitativo propuestas por Ruiz (2012).



Resultados

En este capítulo se presentan los resultados con el objetivo de conocer la capacidad para controlar y tolerar el estrés en los familiares de pacientes con esquizofrenia. Para ello, en primer lugar, se contrastarán los resultados con la data de Ráez (2007), ya que como sugieren Meyer, Erdberg y Shaffer (2007) cuando se cuenta con una data en el propio contexto cultural, ésta resulta más ajustada que la internacional. En la segunda parte, se presenta un análisis cualitativo del Rorschach en base a las respuestas de los participantes a las láminas. Asimismo, se analizan las respuestas brindadas a la entrevista semi-estructurada buscando obtener información acerca de cómo enfrentan aquellas situaciones que perciben difíciles y cómo se sienten ante ellas.

A continuación se presentan las medianas (Mdn), medias (M), desviación estándar y porcentajes de las variables estructurales del Rorschach y de las que conforman el cluster a analizar, el puntaje Z para las proporciones y el nivel de significancia exacta entre las medianas y medias del grupo de estudio y las de la data de Ráez (2007):

Tabla 1
Estadísticos descriptivos del clúster Control y Tolerancia al Estrés

Variables	Grupo de estudio		Data Ráez		t	P
	M	DS	M	DS		
EA	3.5	2.51	6.49	3.48	-3.76	0.05
es	6.1	2.88	9.19	4.72	-3.60	0.01
PuntD	-0.6	1.17	-0.79	1.62	0.91	0.39
	Mdn	DS	Mdn	DS		P
R	16	0.95	20	7.18		0.11
L	0.88	0.72	0.59	0.65		0.01
CDI	3.5	0.91	3	1.18		0.03
AdjD	0	0.96	0	1.39		0.19

($p \leq .05$ diferencia significativa).

A partir de los resultados se puede observar que en el caso de las variables estructurales no existen diferencias significativas en el número de respuestas (R) entre el grupo de estudio y la data de Ráez (2007). No obstante, en el Lambda (L), si se encontraron diferencias significativas ($p=0.01$), siendo mayor en el grupo de estudio (grupo de estudio:

Mdn=0.88, DS=0.72; Ráez: Mdn=0.59, DS=0.65). Esto podría estar implicando una forma de defensividad de parte de los participantes ante la situación de prueba y ante las dificultades que se le presentan en su vida diaria.

En cuanto al cluster de Control y Tolerancia al Estrés, existen diferencias significativas entre el grupo de estudio y la data de Ráez (2007), siendo en el primero mayor el Índice de Inhabilidad Social (CDI) (grupo de estudio: Mdn= 3.50, DS= 0.91; Ráez: Mdn=3.00, DS=1.18) y menor la Experiencia Accesible (EA) (grupo de estudio: M=3.50, DS=2.51; Ráez: (M=6.49, DS=3.48) y la Experiencia Sufrida (es) (grupo de estudio: M=6.10, DS=2.88; Ráez: M=9.19, DS=4.72). Ello implicaría que los familiares actualmente cuentan con un nivel de demanda menor, sin embargo hay una menor 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 socioafectivas.

Al analizar la presencia del Índice de Inhabilidad Social, se encontraron diferencias entre ambos grupos (CDI 5: $Z=2.21$). De este modo, en la tabla 2 se puede ver que en el grupo de estudio la presencia de 5 indicadores que componen el índice (CDI 5=40%) es significativamente mayor que en la data de Raéz (2007) (CDI 5=15%). Esto refuerza una dificultad para relacionarse, evidenciando un déficit para todo lo relacional.

A nivel descriptivo, se puede decir que el CDI estuvo presente en el 50% del grupo de estudio y de los cinco indicadores que lo componen, es el primero (CDI 1: $EA < 6$ ó $AdjD < 0$) el que tiene mayor presencia en el grupo (90%) (figura1). Ello evidencia que no cuentan con los recursos suficientes para afrontar estresores. Los indicadores 2 (CDI 2: $COP < 2$ y $AG < 2$) y 3 ($SumPondC < 2.5$ ó $Afr < .46$) también tuvieron un alto índice de puntuación (80%) lo que señalaría por un lado, una tendencia a establecer relaciones personales más superficiales y poco duraderas y por el otro, una tendencia a internalizar sus sentimientos y en la medida de lo posible a evitar aproximarse a los mismos.

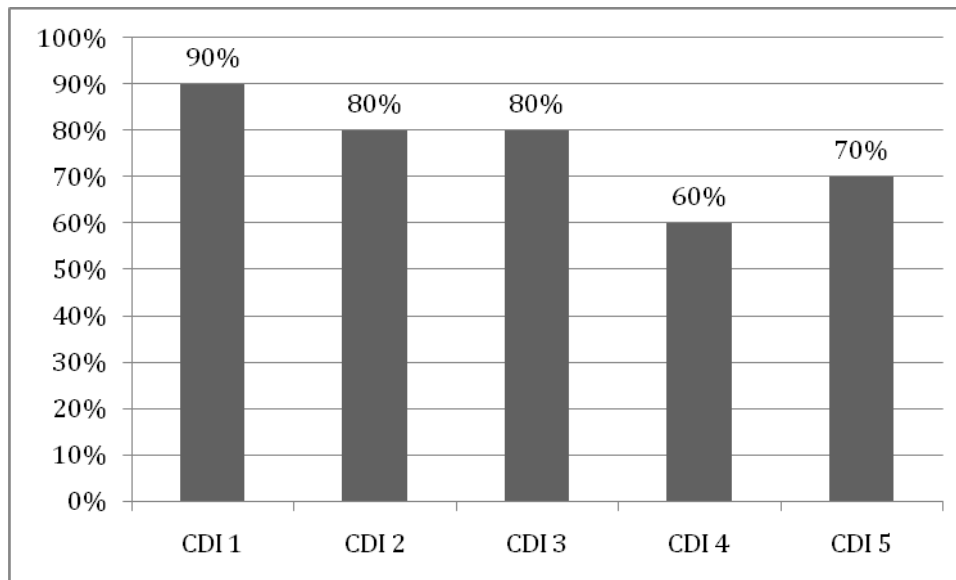
Tabla 2
Estadísticos descriptivos de presencia de 5 indicadores del CDI

Variables	Grupo de estudio		Data Raez		Z
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
CDI = 5	4	40%	35	15%	2.21

($Z > 1.96$ diferencia significativa).

Figura 1

Porcentaje de la presencia de indicadores de CDI en el grupo de estudio

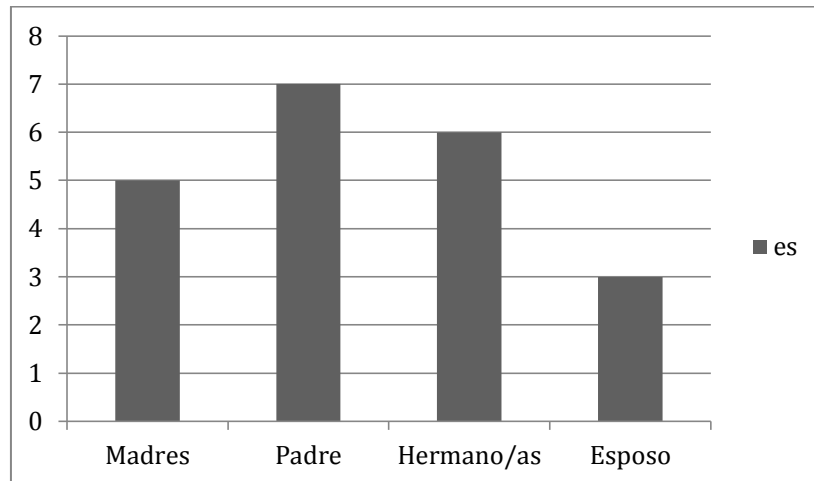


Por otro lado, a pesar de no haber encontrado una diferencia estadísticamente significativa entre ambas muestras en la capacidad actual (Punt D) y en la habitual para controlar y tolerar el estrés (Adj D), a nivel descriptivo se puede observar que en el grupo de estudio predomina el porcentaje de familiares con $D=0$ (60%) y con $AdjD=0$ (70%). Esto significa que tanto al momento de la prueba, como de manera habitual, la mayoría controla y tolera el estrés, pero con cierta tensión.

En relación a las variables sociodemográficas del estudio (sexo, lugar de nacimiento, grado de instrucción, parentesco con el usuario, tiempo viviendo con el usuario, convivencia con alguna otra persona con enfermedad mental, asistencia a charlas y número de recaídas e internamiento del usuario) solo se ha encontrado datos significativos para una de ellas. Así, como se observa en la figura 2, el esposo y las madres son las que actualmente presentan menores niveles de estimulación interna, en comparación a los hermano/as y padre.

Figura 2

Experiencia Sufrida de acuerdo a la relación con el paciente



Con el fin de enriquecer la comprensión del Control y Tolerancia al Estrés, se revisa de manera cualitativa las respuestas al Rorschach. Así, resulta significativo que los familiares muestran una actitud pasiva y evitativa ante la situación en la que se encuentran. Esto debido probablemente a que consideran que dicha situación sobrepasa sus capacidades para resolverla.

“Un perro se parece, qué más, está sentado, está triste, pensando” (madre, 56).

“Rana.. Este es un cuerpo, esta es la pata, está al revés, volteado está. Cuando entra al agua empieza a nadar, está volteado, al revés. Esta flotando en el agua” (padre, 60).

A esto se suma, la presencia de contenidos neutros (botánica, paisaje, nubes, naturaleza), es decir, objetos con escasa o nula carga afectiva, que hacen alusión a un aislamiento afectivo (Exner, 2000). Asimismo, se han encontrado respuestas con contenidos agresivos que reflejan los sentimientos de vulnerabilidad y a la vez cólera que los familiares pueden estar experimentando respecto a su situación actual. Además, muestra la manera en que interactúan, con posibles descargas inmoduladas del afecto.

“Como un león embravecido parece... La manera cómo está trepado parece como un poste y si se viniera donde una persona” (madre, 45).

“Parece un volcán... Yo lo veo en el cerro y esto amarillo como una flecha que sube y acá es donde sale del volcán... acá en punta acaba y los amarillos es como si saliera el fuego” (hermano, 32).

El análisis de contenido de las entrevistas también nos permite obtener información acerca de cómo enfrentan las situaciones que perciben difíciles y cómo se sienten ante ellas. Así, en relación a la enfermedad del paciente, los familiares señalan que las dificultades más importantes se presentan en los momentos de crisis de la enfermedad, principalmente debido a los comportamientos desorganizados de las pacientes.

“Por momentos reacciona mal, grita o pone algún pretexto para hacer su berrinche. Yo me asusto a veces y a veces le llamo la atención...me pongo nerviosa” (madre, 47).

“Si, hoy día me he ido pensando referente a lo que dijo la psicóloga, osea que si no vamos a estar ahí la vamos a perder ¿no? Mas sentí como que ya la estamos perdiendo porque su sintomatología empeora a pesar de que esta con la medicación ¿no? Pero eso me ha preocupado bastante, pero pienso de que no hay que perder esperanza ¿no?” (hermana, 47).

En relación a la manera cómo los familiares se conducen ante las situaciones que perciben difíciles, se evidencia una dificultad para mantener el control de sus conductas. Esto podría llevarlos a enfrentar de manera impulsiva al familiar enfermo, entablando vínculos cargados de agresividad.

“Cuando se altera trato de calmarla, darle lo que ella me pida o gritarle” (hermano, 34)

“Ah si no quiere tomar la medicina le doy a veces en la comida, no me quiere recibir, le meto en la comida. La cosa es que tiene que tomar” (madre, 43)

Por otro lado, los sentimientos más frecuentes en los familiares son temor, vulnerabilidad y tristeza. A ello se añade una sensación de riesgo a enfermar debido al constante estrés producido por las conductas desorganizadas de sus familiares.

“Yo digo bueno, ¿qué haces no?, en un momento me digo ¿qué hago? Y hay veces más me voy por mi mamá, esa es la verdad, me voy más por mi mamá porque Normita, por más que tú le puedas decir, o no le digas nada, ella insiste, insiste y insiste y la sigue hasta su cuarto y le sigue, y le sigue y le perturba y le perturbe y mi mamá pierde su control” (Hermana, 47).

“Cuando la veo alterada así, me siento mal, prácticamente como madre un poquito me deprimó, le soy sincera, pero tengo que poner lo real, como dice el médico, ser fuerte” (madre, 45).

“Yo me siento pues mal no, a veces no obedece, no me dice, claro, cualquiera pues... uno se siente mal. Verla así a tu hija, que está enferma es difícil, ¿pero qué se puede hacer? tenemos que afrontar el problema, seguir adelante, luchar, ver por ellos, pero si yo me voy a enfermar ¿qué puede ser de la persona ya? entonces seríamos dos ya no seríamos uno ya. Por eso es que tengo que ser fuerte y valiente y luchar adelante, salir adelante” (madre, 43).

En cuanto a los principales recursos que los familiares consideran que tienen para manejar la situación, la mayoría coincide en señalar que es la forma en que se comunican con las pacientes, donde predomina la paciencia y un trato amable. Sin embargo, reconocen que en ocasiones ello no basta para controlar el comportamiento de las pacientes, por lo que deben recurrir a ayuda.

“Tener paciencia con ella, tener bastante paciencia y a ella le gusta que le trates delicadamente no con rigor, esas cosas no. Como ella es sensible” (hermana, 44)

“A ella le hablo, le trato con amor pero a veces su enfermedad parece como si uno le estuviera tratando mal” (madre, 47)

“Siempre le hablaba no, que la esquizofrenia según el médico es una enfermedad

que no tiene cura, solamente tratamiento, o sea que es de por vida, pero tu no quieres aceptar, lo niegas, ¿que puedo hacer yo?” (madre, 45)

“Trato de controlarla, si en caso ya veo que no puedo con mi hija como ahora, la traigo al hospital por emergencia para que le puedan dar un calmante porque yo no soy médico” (hermana, 53)

“Tengo toda la voluntad para tratarla lo mejor posible pero ella no pone de su parte” (padre, 60)

Las principales dificultades de los familiares están relacionados con la presión tanto emocional como económica que les genera la situación de enfermedad. No obstante, hacen lo posible por mantener apartados dichos sentimientos pues consideran esa es la manera en que deben enfrentar la enfermedad. Un dato importante es que son los hermanos quienes reconocen sus limitaciones al hacerle frente a estas situaciones.

“Yo antes la gritaba, a veces le ponía la mano, no sabía como contener la enfermedad que ella tenía” (hermano, 34)

“A veces lo económico porque la dificultad económica influye bastante porque hay veces ella se preocupa porque quiere tener todo lo que una persona quiere tener, osea primero los alimentos, después la ropa, lo que a ella le gusta y si no tiene ella decae de nuevo en su enfermedad” (madre, 47)

“Hay momentos en que yo también me enfermaba, yo también estoy recurriendo al psicólogo, hay momentos que lloro pero tengo que ponerme fuerte porque tengo una nietita a quien cuidar también” (madre, 45)

Los familiares dedican la mayor parte de su tiempo en cuidar a las pacientes, perjudicando su desempeño laboral.

“Si, me quita tiempo porque no puedo trabajar, me la paso pensativo porque ella tiene que mejorar, prácticamente trae desorden para mi, preocupación” (padre, 60)

“Claro, cuando ella se pone bien mal si. Tengo que verla pues, ya cuando está un poco bien ya me voy a trabajar tranquila” (madre, 43)

En conclusión, el análisis tanto de las respuestas del Rorschach como de la entrevista semi-estructurada ha permitido obtener mayor información acerca de la manera en que los familiares dirigen sus conductas ante situaciones generadoras de estrés y en cómo enfrentan los sentimientos que dichas situaciones les generan.



Discusión

A continuación se discutirán los resultados obtenidos en el estudio con el objetivo de comprender cómo se presenta la variable Control y Tolerancia al Estrés en los familiares de pacientes con Esquizofrenia. En primer lugar se discutirá los resultados cuantitativos entre el grupo de estudio y la data de Ráez (2007), señalando las características particulares encontradas en los familiares. Asimismo, la discusión girará en torno al análisis del contenido de las respuestas del Rorschach y de la entrevista semi-estructurada. Finalmente, se señalará el alcance del estudio, sus aportes, limitaciones y recomendaciones.

Resulta importante resaltar que a pesar de que la muestra es pequeña y con características similares a las de otras tesis realizadas en el Perú con el Psicodiagnóstico de Rorschach (Florián, 2006; Puga, 2008; Otoyá, 2011; Del Castillo, 2014), a diferencia de ellas, se han obtenido varios resultados significativos. Uno de ellos coincide con dichas investigaciones y es el modo de afrontar las demandas externas. Respecto a las variables estructurales (R y Lambda) y las del cluster Control y Tolerancia al Estrés se han encontrado diferencias entre el grupo de estudio y la data de Ráez (2007) en el Lambda, EA, *es* y CDI.

En relación a la manera en que los participantes procesan los estímulos a su alrededor, se ha hallado que lo hacen de manera concreta, mostrando una tendencia a la evitación (Lambda alto). De esta manera, procuran no involucrarse emocional y cognitivamente con su realidad, mostrándose defensivos (Exner, 2001). A nivel cualitativo se refuerza este modo pasivo y evitativo de afrontamiento de las demandas externas. Considerando que los participantes provienen de un nivel socioeconómico bajo y que la pobreza en si misma es una condición que genera estrés y que a ello se suma el trabajo físico y la presión emocional y social por la que los familiares deben pasar a diario al tener bajo su cuidado a un familiar con esquizofrenia, es de esperar que los participantes presenten altos niveles de estrés (Dillehay & Sandys, 1990; Leff, 1989; Butzlaff & Hooley, 1998; Vallina & Lemos, 2001; Fresan, et al., 2001; Rodríguez del Alamo 2002; Reynoso & Seligson, 2005; Winjberg, Lagerwey, Applegate & Reding, 2006; Palacios & Jiménez, 2008; Cabanyes, 2010; Chien, 2010; Kaufman, Scogin, MacNeil, Leeper & Wimberly, 2010; Adeosun, 2013). Sin embargo, los resultados obtenidos revelan que actualmente los participantes presentan un nivel de demanda menor al esperado (Gore-Felton, Koopman, Spiegel, Vosvick, Brondino, & Winningham,

2006; Kaufman et al., 2010; Ozkan, Erdem, Ozsoy & Zararsiz, 2013). Una de las razones de este hallazgo es justamente el modo en que afrontan la realidad, ignorando la complejidad y despojándola de sus elementos afectivos para poder lidiar con ella.

Al respecto, Lazarus & Folkman (1984) y Frazier (2000) consideran que las estrategias evitativas son menos efectivas a la hora de intentar reducir el estrés debido a que solo lo hace de manera temporal. No obstante, se sabe que para poder determinar si una conducta de afrontamiento es adaptativa se deben considerar principalmente tres factores: la naturaleza social de los estresores, el momento temporal y el contexto en que se producen (Sandín, 2003). Es así que se puede decir que un tipo de afrontamiento no es necesariamente desadaptativo o adaptativo, pues sus costos y beneficios dependen de la persona y del momento y las circunstancias en que se produce el acontecimiento (Mayo, 2010). De este modo, los resultados cobran sentido al considerar los diferentes estresores que afrontan los participantes. Así, al ser parte de un nivel socioeconómico bajo, la pobreza puede estar promoviendo estrategias de afrontamiento evasivas y pasivas que permite a las personas ignorar los afectos dolorosos que les provoca la realidad (Palomar & Lanzagorta, 2005). Considerando que están continuamente expuestos a eventos adversos, dicho funcionamiento puede resultar adaptativo para este grupo pues les permite protegerse de procesar información que probablemente no podrían manejar de otra manera (Jara, comunicación personal, 17 de octubre, 2014). Asimismo, tomando en cuenta que la esquizofrenia es una enfermedad crónica que puede controlarse mas no curarse y por lo tanto, es una realidad que los familiares no van a poder cambiar, puede resultarles conveniente no dejarse abrumar por la misma. De esta manera, el modo evitativo de aproximarse a lo que les ha tocado vivir, les resultaría adaptativo al impedir que la ansiedad los perturbe. De lo contrario, ello podría significar una disminución en su productividad, pudiendo afectar el cuidado al paciente y el desarrollo de actividades necesarias para la subsistencia diaria. Ritsner, Ben –Avi, Ponizovsky, Timinsky, Bistrov & Modai (2003) y Mayo (2010) mencionan que cuando no hay un sentimiento de control sobre la situación amenazante o no hay posibilidades de cambiarla o de asimilarla emocionalmente, un afrontamiento evitativo sería más beneficioso ya que la aproximación al estresor podría conducir a una frustración. Asimismo, un estudio llevado a cabo por Grandon, Jenaro y Lemos (2008) obtuvo resultados similares a los de esta investigación, hallando que los cuidadores que utilizaban una estrategia pasiva, tal como la evitación, presentaban un nivel menor de carga. Dichos autores explican que los constantes

esfuerzos por afrontar las consecuencias de la enfermedad pueden exacerbar los sentimientos de carga en vez de disminuirlos. Es importante mencionar que actualmente dicha manera de aproximación puede resultarles adaptativa, no obstante, puede que más adelante resulte más apropiado cambiar de estrategia, por ejemplo ante la presencia de una crisis donde es indispensable llevar a cabo acciones y decisiones de manera rápida.

De otro lado, de acuerdo a un estudio realizado por Jiménez, Vásquez, Dorado Conde, Mármol, Yanes y Verástegui (2005) sobre problemas de conducta y género, los familiares de pacientes hombres con esquizofrenia se sienten desbordados con mayor frecuencia en comparación con los familiares de pacientes mujeres. Es así que considerando que la muestra está conformada por familiares de pacientes mujeres, lo anterior puede estar impactando en su nivel de demanda estimular. En efecto, los hallazgos sugieren que las mujeres experimentan un curso más benigno de la enfermedad, con superior respuesta a la medicación antipsicótica, mejor evolución global y un menor riesgo suicida (Seeman, 1982, 1985; Vásquez, Cuesta, Herrera, Lastra, Herrán & Luna, 1999 citado en: Jiménez & Vásquez). A ello se suma un menor impacto económico en el caso de la esquizofrenia en mujeres, debido al rol de proveedor que suelen tener los hombres en nuestra sociedad. Todo ello resulta en que las conductas de las mujeres con esquizofrenia sean más manejables y el impacto económico en la casa sea menor en caso el familiar sea mujer. De este modo, la convivencia con un familiar con esquizofrenia de sexo femenino puede ser menos complejo y estresante.

En tanto, aunque en diferentes estudios las madres lucen más estresadas al ser ellas quienes cumplen con el cuidado de la persona enferma, en este estudio son ellas quienes presentan una menor demanda estimular, junto al esposo de una paciente, lo cual puede entenderse por el mayor grado de tolerancia y resignación que expresan frente a la enfermedad de las pacientes (Hanzawa, Tanaka, Inadomi, Urata, & Ohta, 2008; Lasebikan & Ayinde, 2013; Quispe, 2014). Tomando en cuenta que las pacientes hijas de estas madres no están casadas, es de suponer que el esposo de la paciente, al vivir con ella, este supliendo el rol de la madre.

Por otro lado, la situación de hospitalización en la que se encuentran actualmente los pacientes es un factor importante a considerar pues podría ser otra posible causa del nivel de demanda estimular encontrada en los familiares. Por lo general, cuando estos se encuentran en casa, las actividades de los familiares suelen girar en torno a ellos, por lo que la carga se ve aliviada cuando el paciente se encuentra en el hospital, bajo el cuidado de terceros

(Cordero, 1997). Además, es importante mencionar que habitualmente quien brinda el cuidado al paciente suele ser quien también está a cargo de atender las necesidades del resto de la familia (Barrera, 2000). De este modo, cuando el paciente se encuentra en casa, esta persona debe decidir de qué manera divide su tiempo y esfuerzos, pudiendo ser un gran alivio la situación de hospitalización.

Igual de importante que la valoración del estresor, resulta la disponibilidad de recursos afectivos y cognitivos a los que la persona tiene acceso para poder afrontar el estresor pues de ello depende el poder modificar la dirección del proceso de estrés y poder aliviar su impacto sobre los individuos (Ribé, 2014). Cabe recalcar que dichos esfuerzos para hacerle frente al malestar emocional pueden ser adaptativos o desadaptativos. En el caso de los familiares, se encontró que no cuentan con los recursos suficientes para hacerle frente a posibles estresores. Ello toma sentido al considerar que para poder superar situaciones de estrés, este debe ser afrontado y vencido, algo que los familiares no están realizando al evitar aproximarse a los mismos. Una posible interpretación de los resultados nos lleva nuevamente a tomar en cuenta la influencia del contexto en el que se desenvuelven los participantes y en el que seguramente se han desarrollado desde sus primeros años. De acuerdo a Exner (2001) las personas que viven en un contexto de marginalidad tienden a mostrar un mayor nivel de inhibición y concreción del pensamiento. De hecho, la pobreza puede ser considerada una situación de gran riesgo psicológico pues vivir con bajos ingresos favorece el desarrollo de una baja autoestima, la frustración, el bloqueo de las aspiraciones personales y la baja sensación de eficacia y control personal (Fan & Eaton, 2001). Todo ello, podría atentar contra los recursos que serían útiles para afrontar cualquier estresor. En definitiva, la pobreza ha jugado un rol fundamental en el desarrollo de los recursos internos de los participantes, teniendo como resultado una población de familiares con escasos recursos y con poca capacidad de utilizar de manera eficaz los que si tienen (Eldad, 2009). De igual manera, se ha encontrado que la mayoría de familiares presenta dificultades al enfrentar las demandas comunes a su entorno social. Ello indicaría una dificultad para interactuar con su entorno, por lo cual se muestran distantes y menos sensibles a las necesidades del otro, pudiendo evidenciar interacciones negativas. Esto se encuentra estrechamente relacionado con los procesos de control pues estaría revelando la existencia de una dificultad para generar y dirigir respuestas. Por ende, no se estarían conduciendo de manera adecuada en

circunstancias de tensión, pudiendo ser más vulnerables a las situaciones de estrés (Exner, 2001).

De esta manera, a pesar de que los familiares se muestran inhibidos y concretos, estos mecanismos no resultan del todo efectivos de tal manera que en el vínculo con las pacientes se expresa su malestar. Por lo tanto, los familiares adoptan actitudes negativas hacia el paciente, creándose un ambiente que favorece este tipo de expresión, pudiendo tener importantes repercusiones en su vida familiar (De Torremolinos, 2002). A la vez, estas actitudes negativas suelen darse hacia los familiares por parte de los servicios asistenciales pues es frecuente oír que se les acuse de la enfermedad de sus hijos o se les censure el comportamiento sin darles posibles alternativas, conformando un ambiente favorecedor de la violencia (De Torremolinos, 2002).

En cuanto a las limitaciones del estudio, en primer lugar, hay que resaltar el efecto del tamaño de la muestra, siendo esta muy pequeña como para llegar a generalizar los resultados. Además, la muestra fue seleccionada de manera no aleatoria y al venir de un mismo hospital de salud mental y de un mismo estrato socioeconómico es probable que los familiares tengan un modo de afrontamiento similar ante situaciones de estrés. Ello hace que la muestra sea considerada homogénea, de manera que este estudio debe ser considerado como una primera aproximación al tema. De igual manera, es relevante mencionar que esta investigación se desarrolla en un contexto de dificultades para la población estudiada pues es llevada a cabo en un ambiente hospitalario, un lugar que les puede resultar hostil.

Es necesario rescatar la alta confiabilidad de la prueba utilizada para medir el constructo y la información fundamental obtenida a través de la entrevista. Igualmente, que la prueba haya sido aplicada en el mismo contexto para todos los participantes. Es así que los resultados nos abren nuevas interrogantes dentro de esta línea de investigación que podrían ser aplicados en otros estudios. De ahí que sería interesante poder estudiar la configuración de las variables del Control y Tolerancia al estrés en familiares de pacientes con esquizofrenia de un sector socioeconómico medio-alto, de familiares de pacientes con esquizofrenia que no se encuentren hospitalizadas y de familiares de pacientes hombres con esquizofrenia. Ello permitirá establecer la influencia de las variables sociodemográficas.

Asimismo, en lo que respecta a los hospitales de salud mental que trabajan con pacientes con esquizofrenia, se resalta la importancia de brindar una mayor atención y reconocimiento del papel trascendental que cumplen los familiares en el proceso de

enfermedad, pues está comprobado que la intervención sobre la familia puede disminuir las hospitalizaciones y aumentar la adherencia al tratamiento (Pharoah, Mari & Streiner, 2000). Como se mencionó anteriormente, el funcionamiento evitativo resulta adaptativo para los familiares por lo que enfrentarlos a dichos afectos dolorosos que intentan evitar significaría exponerlos a situaciones que quizás no sean capaces de manejar. Sin embargo, se considera conveniente la creación de espacios para las familias de dichos pacientes, donde el objetivo principal sea que los profesionales de la salud mental les brinden recursos para manejar la enfermedad y con ello, las situaciones de crisis, de manera óptima y asertiva. Por ejemplo, sería conveniente ofrecerles un modelo de comunicación para la familia donde el objetivo sea emitir los mensajes de manera asertiva, dejando de lado la hostilidad. Además, también sería pertinente trabajar en torno a promover las fuentes de apoyo social en los familiares ya que ello podría aliviarles la carga que significa tener en casa a un familiar con esquizofrenia; especialmente en momentos de estrés. Un buen apoyo social podría servirles de amortiguación al permitirles recibir orientación y así, valorar el estresor como menos amenazante, y también para aprender el modo de afrontamiento de personas que se encuentran en situaciones similares, reduciendo la ansiedad y aumentando la seguridad (Almagiá, 2014; Martín, Sanchez & Sierra, 2013).

Referencias

- 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.
- Adeosun, I. (2013). Correlates of Caregiver Burden among Family Members of Patients with Schizophrenia in Lagos, Nigeria. *Schizophrenia Research and Treatment*, 2013.
- Almagiá, E. B. (2014). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(2), 237-243.
- American Psychiatric Association (1997). *Practice Guideline for the treatment of patients with schizophrenia*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.) Washington: American Psychiatric Association.
- Andolfi, M. (1993). *Terapia familiar: un enfoque interaccional*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Barra, E. (2003). *Psicología de la salud*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Barrera, L. (2000). El cuidado del cuidador que afronta enfermedades crónicas. In *Cuidado y práctica de enfermería*, 233-237. Universidad Nacional de Colombia.
- Bayés R., Arranz, P., Barbero J. & Barreto P. (1997). Propuesta de un modelo integral para una intervención terapéutica paliativa. *Medicina Paliativa*, 3, 114-121.
- Beech, H. (1982). *A behavioural approach to the management of stress*. London: John Wiley and Sons.
- Brown, G., Birley, J. & Wing, J. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- Butzlaff, R. & Hooley, J. (1998) Expressed emotion and psychiatric relapse. *Archives of General Psychiatry*, 55, 547 -552.
- Cabanyes, J. (2010). *La salud mental y sus cuidados*. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra.
- Caqueo, A. & Gutiérrez, J. (2006). Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 15(4), 719–724.
- Chuaqui, J. (2006). Esquizofrenia, género, deberes sociales y participación de la familia. *Ciencias Sociales Online*, 3(2), 58-70. Recuperado de:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000100009&lng=en.

- Chien, W. (2010). *Psychiatry - Theory, Applications and Treatments: Stress of Family Members in Caring for A Relative with Schizophrenia*. New York: Nova Sciene Publishers.
- Cordero, M. (1997). *Esquizofrenia y familia*. *Revista de Psiquiatria*. 1(14), 42-45.
- De Torremolinos, M. (2002). Emoción, psicopatología y violencia familiar. *Cuadernos de Terapia Familiar*. 50, 9-19.
- Dillehay, R., & Sandys, M. (1990). Caregivers for Alzheimer's patients: what are learning from research. *Int J Aging Hum Dev*. 20, 263-285
- Dyck D, Short R. & Vitaliano P. (1999). Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosom Medicine*, 61(4), 411-9.
- Eldad, L. (2009). *Controles y Tolerancia al Estrés en un grupo de niños diagnosticados con Cáncer*. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de:
http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/406/LIRON_ELDAD_LEVY_CONTROLES_TOLERANCIA_ESTRES.pdf?sequence=1
- Escalante, V. & Gavlovski, J. (2011). Tener un hijo con enfermedad mental: vivencias de madres de pacientes con esquizofrenia. *Anales de la Universidad Metropolitana*, 11(1), 149-169.
- Exner, J., Jr. (3rd Ed.). (1993). *The Rorschach: A Comprehensive System*. New York: Wiley.
- Exner, J. (3ra Ed.). (1994). *El Rorschach: Un Sistema Comprehensivo*. Madrid: Psimática.
- Exner, J. & Weiner, I.B. (2nd Ed.). (1995). *The Rorschach: A Comprehensive System. Assessment of Children and Adolescents*. New York: John Wiley y Sons, Inc.
- Exner, J. (2000). *Principios de Interpretación del Rorschach*. Madrid: Psimática.
- Exner, J. (5th ed.). (2001). *A Rorschach workbook for the Comprehensive System*. A Sheville, NC: Rorschach Workshops.
- Falloon, I., Boyd, J. & McGill, W. (1984) *Family care of schizophrenia: A problem-solving approach to the treatment of mental illness*. New York: Guilford.
- 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.

- Fernández, M. (2004). El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista Facultad de medicina UNAM*, 47(6), 251-254.
- Fortier, L. & Wanlass, R. (1984). Family crisis following the diagnosis of a handicapped child. *Family Relations*, 33, 13-24.
- Fresan, A., Apiquian, R., Ulloa, R., Loyzaga, C., Garcia, M., & Gutiérrez, D. (2001). Ambiente familiar y psicoeducación en el primer episodio de esquizofrenia: Resultados preliminares. *Salud mental*, 24(4), 36-40. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Frazier, L. (2000) Coping with disease-related stressors in Parkinson's disease. *Gerontologist*, 40(1), 53-63.
- Garb, H. (1999). Call for a moratorium on the use of the Rorschach Inkblot Test in clinical and forensic settings. *Psychological Assessment*, 6, 311-318.
- García, F. & Doménech, F. (2000). Motivación, aprendizaje y rendimiento escolar. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 1, 55-65.
- Gómez, S. (2009). El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica Consideraciones desde una perspectiva psicosocial. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38.
- Gore-Felton, C., Koopman, C., Spiegel, D., Vosvick, M., Brondino, M. & Winningham, A. (2006). Effects of quality of life and coping on depression among adults living with HIV/AIDS. *Journal of Health Psychology*. 11 (5), 711-729.
- Grandón, P., Jenaro, C. & Lemos, S. (2008). Primary caregivers of schizophrenia outpatients: burden and predictor variables. *Psychiatry Research*. 158, 335-343.
- Guardia, J. (2010). *Ansiedad y afrontamiento en cuidadores de pacientes con esquizofrenia*. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/665/GUARDIA_CANALES_JAVIER_ANSIEDAD.pdf
- Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A. & Kavanagh D. (2005). Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Epidemiological*. 40, 899-904.
- Hall, M. & Docherty, M. (2000). Parent coping styles and schizophrenic patient behavior as predictors of expressed emotion. *Family Process*, 39, 435- 444.

- Hanzawa, S., Tanaka, G., Inadomi, H., Urata, M. & Ohta, Y. (2008). Burden and coping strategies in mothers of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 62(3), 256-263.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Heru, A. & Drury, L. (2007). *Working with Families of Psychiatric Inpatients: A Guide for Clinicians*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Hidalgo, L. (2007). *Sobrecarga y afrontamiento en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia*. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/4700/HIDALGO_PA_DILLA_LILIANA_PERSONAS_ESQUIZOFRENIA.pdf?sequence=1
- Hunsley, J. & Bailey, J. (1999). The clinical utility of the Rorschach: Unfulfilled promises and an uncertain future. *Psychological Assessment*, 11(3), 266 – 277.
- Inglot, R., Touriño, E., Ruiz, J. & Fernández, J. (2004). Intervención familiar en la esquizofrenia: su diseminación en un área de salud. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 23(92), 9-23.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). *Perú: Tipos y ciclos de vida de los hogares*, 2007. Perú.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). *Censos Nacionales 2007: XI de población y VI de vivienda. Perú: Crecimiento y distribución de la población- Primeros resultados*. Junio 2008.
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (INSM “HD-HN”). *Estudios Epidemiológicos en Salud Mental. 2002 – 2010*. Lima-Perú.
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (INSM “HD-HN”). *Alrededor del 24% de su ingreso gastaría una familia en el tratamiento de una enfermedad mental*. Recuperado de: <http://www.inism.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2013/011.html>
- Jara, L. (2014). Comunicación personal, 17 de octubre, 2014.
- Jiménez, R., Vásquez, A., Dorado, R., Conde, M., Mármol, D., Yanes, F. & Verastegui, B. (2005). Problemas de conducta y género en psicosis. Un estudio en el área de salud

- mental Virgel del Roció. *Comunicación presentada en I Congreso Andaluz de Salud Mental Comunitaria*. Granada 16 Noviembre.
- Jiménez, R. & Vásquez, A. (2006). Esquizofrenia y género. *Apuntes de Psicología*, 24(1), 157-183.
- Kaufman, A., Scogin, F., MacNeil, G., Leeper, J. & Wimberly, J. (2010). Helping aging parents of adult children with serious mental illness. *Journal of social service*, 36(5).
- Kuipers E, Leff J. & Lam D. (2002). *Family work for schizophrenia: A practical guide*. 2nd Ed. London: Gaskell Press.
- Lasebikan, V. & Ayinde, O. (2013). Effects of Psychopathology, Functioning and Anti-psychotic Medication Adherence on Caregivers Burden in Schizophrenia. *Indian of Psychological medicine*, 35 (2).
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca S.A.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Leal, F., Espinosa, C., Vega, J. & Vega, S. (2012). Sobrecargas objetivas y nivel de apoyo familiar a pacientes adultos con esquizofrenia. *Revista Salud Uninorte*, 28 (2).
- Leff, J. (1989). Family factor in schizophrenia. *Psychiatric Annals*, 19, 542-547.
- Linszen, D., Dingemans, P., Nugter, M., Van Der Does, A., Scholte, W. & Lenior, M. (1997). Patient attributes and expressed emotion as risk factors for psychotic relapse. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 119-130.
- Mariategui, J. (1999). La psiquiatría peruana: presente y futuro. *Revista de Neuro-Psiquiatría del Perú*, 62 (1).
- Martín, J. & Sánchez y Sierra, J. (2003). Estilos de afrontamiento y apoyo social: su relación con el estado emocional en pacientes de cáncer de pulmón. *Terapia Psicológica*, 21, 29-37.
- Martínez, A., Nadal, S., Beperet, M., Mendióroz, P. & Grupo Psicost (2000). Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: factores determinantes. *ANALES*, 23(1), 101-110.

- Mayo, E. (2010). *La familia ante la discapacidad visual de un hijo: reacciones, afrontamiento y clima* (Tesis doctoral). Universidad de Santiago de Compostela. Recuperado de: <http://www.siiis.net/documentos/ficha/198963.pdf>
- McDowell, C. & Acklin, M. (1996). Standardizing procedures for calculating Rorschach interrater reliability: Conceptual and empirical foundations. *Journal of Personality Assessment*, 66, 308 – 320.
- Meyer, G. (1997). Assessing reliability: Critical corrections for a critical examination of the Rorschach Comprehensive System. *Psychological Assessment*, 9(4), 480-489.
- Meyer, G., Erdberg, P., Shaffer, T. (2007). Toward international normative reference data for the comprehensive system. *Journal of Personality Assessment*, 89, 201-216.
- Navarro, J. (2004). *Enfermedad y familia: manual de intervención psicosocial*. Barcelona: Paidós.
- Olano, D. (2012). *Autopercepción en madres adolescentes institucionalizadas*. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. Recuperada de
- Ortiz, A. (2008). Los profesionales de la salud mental y el tratamiento del malestar. *Átopos*, 7, 26-34
- Otoya, C. (2011). *Funcionamiento psicológico en niños que acuden a un hospital psiquiátrico*. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperada de: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/684>
- Ozkan, B., Erdem, E., Ozsoy, S. & Zararsiz, G. (2013). Effect of psychoeducation and telepsychiatric follow up given to the caregiver of the schizophrenic patient on family burden, depression and expression of emotion. *Pakistan Journal of Medical sciences*, 29 (5).
- Palacios, X. & Jiménez, K. (2008). Estrés y depression en cuidadores informales de pacientes con trastorno bipolar afectivo. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 26(2).
- Palomar, J. & Lanzagorta, N. (2005). Pobreza, recursos psicologicos y movilidad social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 9-45.
- Palomar, J. & Victorio, A. (2010). Recursos psicológicos y nivel de estrés en personas en condiciones de pobreza. *Psicología y Ciencia Social*, 12(1).
- Pereyra, M. (2006). *La terapia de la esperanza. Cómo abrir los horizontes del futuro*. Lima, Peru: Publicaciones de la Universidad Peruana Unión.

- Pharoah, F., Mari, J. & Streiner, D. (2000). Family intervention for schizophrenia. The Cochrane Library, 2000(1).
- Provencher, H. & Mueser, K. (1977). Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 26(1), 71-80.
- Puga, L. (2008). *Relaciones interpersonales en un grupo de niños que reciben castigo físico y emocional*. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Quispe, L. (2014). *Clima familiar en pacientes con esquizofrenia y en uno de sus familiares*. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Raez, M. (1998). Estado Actual del Psicodiagnóstico de Rorschach y los Métodos Projectivos en el Perú: perspectivas futuras. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 3(5), 49-72.
- Ráez, M. (2003). Contenidos Rorschach en una muestra peruana. *Revista de psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 21(1), 201-222.
- Ráez, M. (2007). Rorschach Comprehensive System data for a sample of 233 Adult Nonpatients from Perú. *Journal of personality assessment*, 89(1), 119-123.
- Rausch, N. (1993). Le Rorschach al'adolescence: la clinique du normal. *Bulletin Societé du Rorschach et des Méthodes Projectives de Langue Francaise*. 37, 7- 39.
- Reine, G., Lancon, C., Simeoni, M., Duplan, S. & Auquier P. (2003). Caregiver burden in relatives of persons with schizophrenia: An overview of measure instruments. *Encephale*, 29(2), 137-47 2003.
- Rejas, M. (2011). *Familia y esquizofrenia: 24 horas al día, 365 días al año*. Asociación para la salud integral del enfermo mental. Recuperado de: <http://www.asiem.org/almacen/Documentacion/archivos/4/Familia%20y%20Esquizofrenia.pdf>
- Reynoso, L. & Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: Un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.
- Ribe, J. (2014). *El cuidador principal del paciente con Esquizofrenia. Calidad de vida, carga del cuidador, apoyo social y profesional*. (Tesis Doctoral). Universidad Ramon Llull.
- Ritsner, M., Ben-Avi, A., Ponizovsky, A., Timinsky, I., Bistrov, E. & Modai, I. (2003). Quality of life and coping with schizophrenia symptoms. *Quality of Life Research*. 12, 1-9.

- Ritzler, B. (1995). Putting your eggs in the content analysis basket: A Response to Aronow, Reznikoff, and Moreland. *Journal of Personality Assessment*, 64(2), 229 – 234.
- Rodríguez del Alamo, A. (2002). Factores de riesgo de sobrecarga en los familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Alzheimer*, 28, 34-36.
- Ruiz, J. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. Universidad de Deusto: Bilbao.
- Sandin, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 3(1), 141-157.
- Sawant, N. & Jethwani, K. (2010). Understanding family functioning and social support in unremitting schizophrenia: A study in India. *Indian Journal Journal of Psychological medicine*, 52(2), 145-149.
- Seeman, M. (1982). Gender differences in Schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 27, 107-112.
- Seeman, M. (1985). Sex and Schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 30, 313-315.
- Sendin, M. (2007) *Manual de interpretación del Rorschach para el Sistema Comprehensivo*. Madrid: Psimática.
- Schene, A., Van Wijngaarden, B. & Koeter, M. (1998). Family Caregiving in Schizophrenia: Domains and Distress. *Schizoprehnia Bulletin*, 23, 609-618.
- Solomon, P. (2000). Interventions for families of individuals with schizophrenia: Maximising outcomes for their relatives. *Disease Management and Health Outcomes*, 8(4), 211–221.
- Touriño, R., Inglott, R., Baena, E. & Fernández, J. (2004). *Guía de intervención familiar en la esquizofrenia*. Editorial Glosa: Barcelona.
- Urzúa, A. & Jarne, A. (2008). Calidad de vida y estilos de afrontamiento en personas con patologías crónicas. *Interamerican Journal of Psychology*, 42(1), 151-160.
Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902008000100016&lng=pt&tlng=es
- Usall, J., Araya, S., Ochoa, S., Busquets, E., Gost, A. & Marquez, M. (2001). Gender differences in a sample of schizophrenic outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 42(4), 301-305.
- Vallina, O. & Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 12(3), 345-364.

- Vázquez, J., Cuesta, M., Herrera, S., Lastra, I., Herrán, A. & Duna, G. (1999). Cantabria first-episode schizophrenia study. Three year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 174, 141-149.
- Viglione, D. & Hilsenroth, M. (2001). The Rorschach: Facts, Fictions and Future. *Psychological Assessment*, 13(4), 452-471.
- Viglione, D. & Taylor, N. (2003). Empirical support for interrater reliability of Rorschach Comprehensive System coding. *Journal of Clinical Psychology*, 59(1), 111-121.
- Weiner, I. (1995). Consideraciones metodológicas en la investigación con Rorschach. *Psychological Assessment*, 7(3), 330-337.
- Weiner, I. (1997). Current Status of the Rorschach Inkblot Method. *Journal of Personality Assessment*, 68(1), 5-19.
- Weiner, I. (2001). Advancing the science of psychological assessment: The Rorschach Inkblot Method as exemplar. *Psychological Assessment*, 13(4), 423-432.
- Weiner, I. (1996). Some Observations on the Validity of the Rorschach Inkblot Method. *Psychological Assessment*, 8(2), 206-213.
- Winjberg, M., Lagerwey, M, D., Applegate, B. & Reding, K. (2006). Development of the Hassles of Environmental Poverty Instrument: HOEP. *Journal of Social Service Research*, 32, 173-193.





ANEXO A

Ficha de Datos Sociodemográficos

• Datos Personales:

Nombre : _____

Sexo: M F

Edad : _____

Lugar y fecha de nacimiento : _____

 Grado de instrucción: Primaria Superior técnica
 Secundaria Superior universitaria

Ocupación: _____

 Parentesco con el usuario: Madre Hermano/a
 Padre Otro: _____

¿Hace cuánto tiempo vive con el usuario? _____

¿Con quiénes vive en casa? _____

¿Vive usted con alguna otra persona con enfermedad mental? Si No¿Asiste regularmente a las charlas para familiares? Si No

A lo largo de su vida, ¿quién ha sido la persona más cercana al usuario? _____

Desde que se enfermó, ¿quién ha asumido su cuidado de manera prioritaria? _____

Si usted es el principal cuidador del usuario:¿Recibe ayuda en el cuidado del usuario? Si No

¿Hace cuánto tiempo cuida al usuario? _____

¿En qué actividades ayuda al usuario?

Aseo personal

Citas médicas

Alimentación

Medicamento

Otros: _____

• **Datos del usuario:**

Edad: _____

Grado de instrucción:

Primaria

Superior técnica

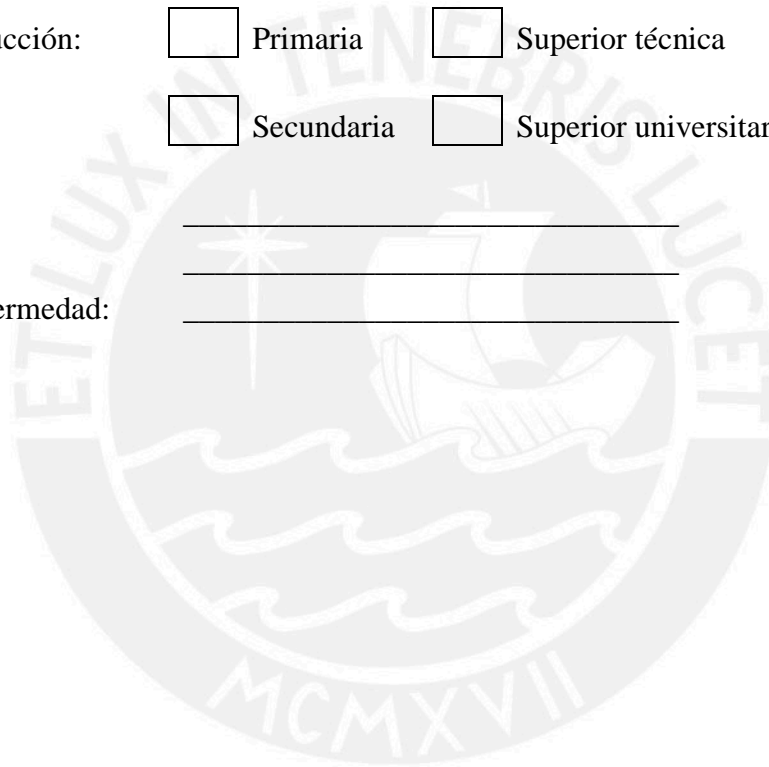
Secundaria

Superior universitaria

Ocupación:

Diagnóstico(s):

Tiempo de enfermedad:



ANEXO B

Entrevista semi-estructurada

- 1) En relación a la enfermedad del paciente, ¿encuentra que se le presentan algunas dificultades? ¿Cuáles son las principales?
- 2) ¿Qué hace frente a (alguna dificultad específica que haya mencionado en la respuesta anterior)?
- 3) ¿Cómo se siente frente a esa situación?
- 4) ¿Cuáles cree usted son sus principales recursos para manejar la situación?
- 5) ¿Considera que son suficientes?
- 6) Así como me ha contado cuáles son sus principales recursos, ¿cuáles cree son sus principales dificultades para manejar esta situación?
- 7) ¿Ha dejado otras actividades por la enfermedad del paciente?

ANEXO C

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

La presente investigación es conducida por Gracia María Picasso Clarke, de la Universidad Católica del Perú. La meta de este estudio es conocer cómo los familiares enfrentan el diagnóstico de esquizofrenia.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista y a una prueba psicológica. Esto tomará aproximadamente 1 hora de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los cassettes con las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Gracia María Picasso Clarke. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer cómo los familiares enfrentan el diagnóstico de esquizofrenia.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista y una prueba psicológica, lo cual tomará aproximadamente 1 hora.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de 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. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Gracia María Picasso Clarke al correo a20084959@pucp.pe

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Gracia María Picasso Clarke al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha

ANEXO D

Confiabilidad de jueces variables del cluster Control y Tolerancia al Estrés

Variable	Coficiente
R	1
Lambda	1
CDI	1
CDIpositivo	1
M	1
C	1
FM+m	1
C'+T+X+V	1
EA	.75
es	1
Adj es	1
D	1
Adj D	1
FM	1
m	1
SUM C'	1
SUM V	1
SUM T	1
SUM Y	1
Total	.99

