



PONTIFICIA **UNIVERSIDAD CATÓLICA** DEL PERÚ

Esta obra ha sido publicada bajo la licencia Creative Commons  
Reconocimiento-No comercial-Compartir bajo la misma licencia 2.5 Perú.

Para ver una copia de dicha licencia, visite  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>





PONTIFICIA  
**UNIVERSIDAD**  
**CATÓLICA**  
DEL PERÚ

**FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS**

**ANSIEDAD Y AFRONTAMIENTO EN CUIDADORES DE PACIENTES  
CON ESQUIZOFRENIA**

**TESIS**

Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología con mención en  
Psicología Clínica que presenta el Bachiller:

**JAVIER EDUARDO GUARDIA CANALES**

(DORIS ARGUMEDO)

LIMA - PERÚ

2010



..., la situación *liminar* del loco en el horizonte del cuidado del hombre...; si no puede ni debe tener como *prisión* más que el mismo *umbral*, se le retiene en los lugares de paso....Posición altamente simbólica, que seguirá siendo suya hasta nuestros días, con sólo que admitamos que la fortaleza de antaño se ha convertido en el castillo de nuestra conciencia.

Michel Foucault, 1967.

## AGRADECIMIENTOS

Antes que nada, quiero agradecer a mi madre, quien me dio el soporte emocional necesario para poder afrontar los avatares propios de la realización de la actual investigación, apoyándome en los momentos más arduos y en las ocasiones colmadas de cierta tranquilidad.

A mi padre, de quien observé y asimilé su templanza y optimismo, que me ayudaron en proseguir sin ningún reparo con este proyecto.

A todos aquellos profesionales tanto psicólogos como psiquiatras que gracias a su conocimiento y enseñanza me fue posible hallar el tema del actual estudio. Además, vale decir, me ayudaron en poder conseguir las personas para la muestra. Por ambas acciones, su colaboración ha sido sumamente importante.

A Doris Argumedo, por su orientación profesional, rigurosidad y exigencia, que me ayudaron a mantenerme seguro durante el desarrollo del presente estudio.

A mis amigos, ya sean de mi facultad como de otras facultades, quienes de manera incondicional siempre estuvieron apoyándome a través de sus consejos, comentarios, críticas y sentido del humor.

A los pacientes junto con sus cuidadores, quienes me enseñaron durante todo este proceso la necesidad del sacrificio para seguir avanzando y la fortaleza para sobrellevar cualquier percance.

Finalmente, a los trabajadores de la biblioteca que gracias a su excelente orientación y servicio permitieron que esta investigación se realice eficientemente.

## RESUMEN

## Ansiedad y afrontamiento en cuidadores de pacientes con esquizofrenia

**Introducción.** Los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia usualmente experimentan niveles altos de reacciones emocionales negativas como la ansiedad, y utilizan ciertos estilos y estrategias de afrontamiento para poder mejorar su bienestar y salud mental, cuya elección puede depender de la naturaleza del estresor o de la personalidad del cuidador. **Objetivo.** Determinar la relación entre la ansiedad y el afrontamiento, y describir su relación con las variables sociodemográficas de los cuidadores y pacientes. **Método.** Se evaluaron el afrontamiento y la ansiedad de 66 cuidadores, utilizando el Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE) y el Cuestionario de Estimación del Afrontamiento (COPE). **Resultados.** La ansiedad más experimentada por los cuidadores fue la ansiedad de estado, dentro de la cual se reportaron diferencias según el grado de instrucción y la ocupación del cuidador. El estilo más utilizado fue el estilo enfocado en el problema, al interior del cual se hallaron diferencias en relación a las variables sociodemográficas tanto del cuidador como del paciente. Finalmente, se reportaron correlaciones significativas medianas y altas entre las estrategias evitativas, la ansiedad de rasgo y la ansiedad de estado.

Palabras Clave: Ansiedad, afrontamiento, cuidadores familiares y esquizofrenia.

## ABSTRACT

## Anxiety and coping in caregivers of patients with schizophrenia

**Introduction.** Family caregivers of patients with schizophrenia usually perceive high scores of negative emotional reactions like anxiety, and they use certain of coping styles and strategies to improve their well- being and mental health. The election of coping styles and strategies can depend on the nature of stressor or the caregiver's personality. **Objective.** To determinate the relationship between anxiety and coping, and to describe their relationship with the socio- demographics variables of caregivers and patients. **Method.** The coping and the anxiety of 66 caregivers were evaluated using the State- Trait Anxiety Inventory (STAI) and the Coping Estimation (COPE). **Results.** The anxiety more experimented by caregivers it was the state anxiety which contained significant differences according to educational level and occupation of the caregiver. The coping style more used by caregivers it was the problem focused coping which contained significant differences according to socio- demographics variables of caregivers and patients. Finally, medium and high significant correlations were found between avoidant strategies, trait anxiety and state anxiety.

Key Words: Anxiety, coping, family caregivers and schizophrenia.

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	I
CAPÍTULO I: Ansiedad y Estilos y Estrategias de Afrontamiento en cuidadores de pacientes con esquizofrenia.	1
Esquizofrenia: Criterios diagnósticos y Sintomatología	1
El impacto de la enfermedad en la familia	1
Ansiedad en el cuidador	3
Afrontamiento del cuidador	6
Planteamiento del Problema	9
Objetivo General	9
Objetivos Específicos	10
CAPÍTULO II: Metodología	11
Participantes	11
Características de la muestra	12
Instrumentos	14
Ficha de Datos Sociodemográficos	14
Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE)	15
Cuestionario de Estimación del Afrontamiento (COPE)	16
Procedimiento	18
CAPÍTULO III: Resultados	21
Ansiedad de Rasgo y Estado	21
Estilos y Estrategias de Afrontamiento	23
Ansiedad y Afrontamiento en cuidadores de pacientes con esquizofrenia	28
CAPÍTULO IV: Discusión	31
Características de la muestra clínica	31
Ansiedad y Afrontamiento	32
Limitaciones	38
Conclusiones	39
REFERENCIAS	
ANEXOS	

## INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es entendida como un trastorno caracterizado por una mezcla de signos y síntomas como las ideas delirantes, alucinaciones, el pensamiento desorganizado, comportamiento desorganizado, aplanamiento afectivo, la alogia y abulia que se encuentran en la fase activa durante un período de un mes, y en una forma relativamente leve por lo menos durante seis meses. Además, estos signos y síntomas están asociados a una significativa disfunción social y laboral por parte del paciente (American Psychiatric Association, 2002). En nuestro medio, la incidencia de este trastorno en la población adulta de las zonas de Lima Metropolitana y Callao es de un 1% (Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi, 2002).

Así mismo, la aparición de la esquizofrenia en algún pariente supone indefectiblemente cambios en la dinámica familiar, puesto que altera el ritmo de vida y las actividades de los familiares, que se deriva en disputas y tensiones entre los miembros de la familia, creando un ambiente estresante y hostil, incluso afectando de manera negativa la evolución de la enfermedad del paciente (Aznar y Berlanga, 2005). Por su parte, Anderson, Reiss y Hogarty (1986) refieren que la persona diagnosticada con esquizofrenia provoca un impacto en todos los miembros de la familia, quienes observan como su familiar desarrolla ideas y comportamientos extraños, generándoles dudas sobre el curso de la enfermedad. Es así que los familiares, especialmente los cuidadores, experimentarán distintas reacciones emocionales como la ansiedad, la cual puede ser reprimida por temor a perjudicar la salud del paciente (Navarro, 2004) como puede posibilitar la sobreinvolucración con el mismo (Kuipers, Leff y Lam, 2004).

De esta manera, los cuidadores pondrán en marcha diferentes acciones para recobrar su propio bienestar emocional (Bulbena, Berrios y Fernández, 2003), entendiéndose como los esfuerzos cognitivos y conductuales dirigidos a disminuir o tolerar las demandas internas y/o externas provocadas por el evento estresante (Lazarus y Folkman, 1986), que se refieren, por una parte, a la predisposición del sujeto, y, por otro lado, al proceso específico que varía según el tiempo y la situación (Carver y Scheier, 1994, 1998).

Diversas investigaciones se han realizado alrededor de las reacciones emocionales y los estilos y estrategias de afrontamiento, cuyos resultados coinciden en que la fluctuación de la intensidad de estas reacciones se encuentran en relación con la manera de afrontar el estresor y con ciertas variables sociodemográficas pertenecientes al cuidador y al paciente (Caqueo- Urizar y Gutiérrez- Maldonado, 2006; Flores, 1999; Saunders, 1999, Seidmann, Stefani, Pano, Acrich y Bail, 2004;

Ukpong, 2006). Incluso, el uso de determinado estilo o estrategia de afrontamiento por parte del cuidador podría empeorar o mejorar el bienestar emocional del paciente (Lagos, Loubat, Muñoz y Vera, 2004).

De este modo, considerando la importancia que tiene el afrontamiento para poder regular las reacciones emocionales negativas como la ansiedad de los cuidadores y de los mismos pacientes, el presente estudio se encuentra en la obligación de investigar al respecto, específicamente lo que atañe a los cuidadores.

Es así que el actual estudio, que presenta un diseño de tipo correlacional, tiene como objetivo determinar la relación entre la ansiedad y los estilos de afrontamiento, así como la descripción de estos constructos en función a la variables sociodemográficas tanto del cuidador como del paciente. Para ello, se van a emplear una ficha de datos sociodemográficos; el Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE) y el Cuestionario de Estimación del Afrontamiento (COPE).

Finalmente, se espera que los resultados obtenidos, por una parte, ayuden a enriquecer el conocimiento que se tiene dentro de nuestro medio sobre la dinámica entre el cuidador y el paciente con esquizofrenia; mientras que por otro lado, promuevan la realización de futuras investigaciones acerca de los cuidadores de pacientes esquizofrénicos, enfatizando sobre su bienestar emocional y las formas que adoptan para lograrlo.

## CAPÍTULO II

### Metodología

La presente investigación consiste en un estudio de tipo correlacional con elementos descriptivos, puesto que se busca identificar la posible relación que existe entre la ansiedad y los estilos y estrategias de afrontamiento como determinar qué elementos son característicos de la muestra para dichos constructos (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

El tipo de diseño es no experimental de tipo transversal correlacional, dado que su objetivo es describir la relación entre las variables mencionadas en un momento determinado, observando como se da esta relación en su contexto natural sin ninguna manipulación deliberada de por medio (Kerlinger y Lee, 2002).

#### *Participantes*

La población está conformada por los cuidadores de pacientes que han sido diagnosticados con esquizofrenia. Así mismo, estos pacientes presentan un curso crónico de la enfermedad y asisten a un Hospital Psiquiátrico de Lima Metropolitana con el fin de recibir tratamiento ambulatorio.

El muestreo utilizado es no probabilístico intencional, dado que la selección de la muestra se hizo de manera deliberada, buscando que la inclusión de los sujetos dependa del cumplimiento de ciertas características específicas y consideradas como necesarias para la actual investigación (Hernández et al., 2003):

- a) Tiempo de enfermedad: Los pacientes, quienes están bajo el cargo de los cuidadores, debían tener un tiempo de enfermedad de por lo menos un año, debido a que dicho período de tiempo caracteriza el curso de la esquizofrenia cuando se encuentra en estado crónico (OMS, 2007).
- b) Tratamiento actual: Los pacientes esquizofrénicos debían estar recibiendo tratamiento ambulatorio en la actualidad, descartando a aquellos pacientes que se encontraban hospitalizados, a razón de que se busca obtener resultados de los cuidadores estrictamente por la enfermedad del paciente, y no, así, por lo que les pueda provocar la situación de internamiento en sí misma.
- c) Grado de instrucción: Solo se incluyó en la muestra a aquellos cuidadores que por lo menos habían culminado la secundaria escolar, puesto que servía como indicador de su nivel de comprensión sobre las indicaciones y el contenido de las pruebas psicológicas que se iban a aplicar.

d) Rol del cuidador: El cuidador debía ser aquella persona que presta asistencia y ayuda no profesional al paciente como acompañarle al médico, lavarle la ropa, ayudarle en su aseo personal o en cualquier otro aspecto de la vida cotidiana sin recibir ninguna remuneración a cambio. En ocasiones, pueden ser varias las personas que asumen la labor, y, otras veces, es una sola persona la que se encarga de todo (Aznar y Berlanga, 2005).

e) Diagnóstico clínico: Los cuidadores debían registrar ausencia de cualquier trastorno psicótico y/o trastorno cognoscitivo, ya que su presencia podría imposibilitar o perjudicar el desenlace de la evaluación.

De esta manera, la muestra quedó conformada por un número total de 66 cuidadores de pacientes con esquizofrenia en estado crónico que asistía a un mismo Hospital Psiquiátrico.

#### *Características de la muestra*

Los cuidadores tienen un rango de edad entre 19 y 76 años con una media de 51,32 (DE= 13,05). La mayoría de dichos cuidadores pertenece al sexo femenino (75,8%), cuenta únicamente con estudios escolares secundarios (48,5%), es casada (53%), cuenta con un trabajo remunerado (57,6%) y vive en familias nucleares (72,7%) como se puede observar en la Tabla 1.

**Tabla1**  
*Datos sociodemográficos del cuidador*

Variables	F	%
<b>Sexo</b>		
Femenino	50	75,8
Masculino	16	24,2
<b>Grado de Instrucción</b>		
Secundaria	32	48,5
Superior Universitaria	20	30,3
Superior Técnica	14	21,2
<b>Estado civil del cuidador</b>		
Casado(a)	35	53,0
Soltero(a)	19	28,8
Viudo(a)	8	12,1
Conviviente	3	4,5
Divorciado(a)	1	1,5
<b>Ocupación</b>		
Trabaja	38	57,6
Amo/a de casa	23	34,8
Desocupado(a)	5	7,6
<b>Tipo de Familia</b>		
Familia Nuclear	48	72,7
Familia Extensa	11	16,7
Familia Ensamblada	7	10,6

n=66

En la Tabla 2, se observa la relación de parentesco entre los cuidadores y los pacientes, encontrando que el porcentaje más alto de cuidadores está conformado por las madres (53%), seguido por los hermanos (21,2%).

**Tabla 2**  
*Relación de Parentesco con el paciente*

Variable	f	%
Relación de Parentesco		
Madre	35	53,0
Hermano/a	14	21,2
Padre	10	15,2
Hijo/a	5	7,6
Tío/a	1	1,5
Otros	1	1,5

n=66

En cuanto a las variables de salud del cuidador, como se aprecia en la Tabla 3, la mayoría no padece de ninguna enfermedad (40%); pero si la padece, se trata de una enfermedad médica (31,8%), frente a la cual un alto porcentaje recibe tratamiento (28,8%).

**Tabla 3**  
*Variables de salud del cuidador*

Variabes	f	%
Padecimiento de alguna enfermedad		
No	40	60,6
Si	26	39,4
Tipo de enfermedad		
No tiene	40	60,6
Enfermedad Médica	21	31,8
Problema de Salud Mental	5	7,6
Tratamiento recibido		
No contestó	40	60,6
Si	19	28,8
No	7	10,6

n=66

Así mismo, el 30,3% de los cuidadores tiene otro familiar con esquizofrenia como se muestra en la Tabla 4.

**Tabla 4**  
*Variable clínica de otro familiar del cuidador*

Variable	f	%
Otro familiar con esquizofrenia		
No	46	69,7
Si	20	30,3

n=66

Con respecto a los pacientes esquizofrénicos, estos tienen un rango de edad entre 19 y 71 años con una media de 32,61 (DE= 13,46). Además, como se observa en la Tabla 5, la mayoría de los pacientes pertenece al sexo masculino (59,1%), cuenta únicamente con estudios escolares secundarios (53%) y se mantiene desocupado (75,8%).

**Tabla 5**  
*Datos sociodemográficos del paciente*

Variables	f	%
Sexo		
Masculino	39	59,1
Femenino	27	40,9
Grado de Instrucción		
Secundaria	35	53,0
Superior Técnica	13	19,7
Superior Universitaria	12	18,2
Primaria	6	9,1
Ocupación		
Desocupado(a)	50	75,8
Trabaja	15	22,7
Amo(a) de casa	1	1,5

n=66

Conforme a las variables clínicas del paciente, el tiempo de enfermedad se encuentra en un rango entre 2 y 50 años con una media de 11,21 (DE= 10,07), el número de recaídas de dichos pacientes se da en un rango entre 0 y 20 veces con una media de 3,06 (DE= 4,08), y existe un alto porcentaje que ha sido hospitalizado e intervenido de forma ambulatoria (56,1%) como se puede advertir en la Tabla 6.

**Tabla 6**  
*Variable clínica importante del paciente*

Variables	f	%
Tratamiento recibido		
Ambulatorio con antecedentes de hospitalización	37	56,1
Ambulatorio sin antecedentes de hospitalización	29	43,9

n=66

### *Instrumentos*

#### *Ficha de Datos Sociodemográficos*

Es creada para recoger los datos sociodemográficos del cuidador y del paciente como la edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, ocupación, relación de parentesco y tipo de familia, que incluye a las familias nuclear y extensa, definidas

según Vásquez (2009), y a la familia ensamblada, cuya definición es postulada por Grosman y Martínez (2000). Además, busca recopilar información sobre las variables de salud del cuidador como el padecimiento de alguna enfermedad, tipo de enfermedad y tratamiento recibido; sobre la variable clínica de otro familiar como el tener otro miembro de la familia con esquizofrenia; y respecto a las variables clínicas del paciente como el tipo de tratamiento recibido por su enfermedad, duración del mismo y número de recaídas, que consiste en la exacerbación de los síntomas de la enfermedad que habían remitido parcialmente (Gumley y Schwannauer, 2008).

#### *Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE)*

La versión original del IDARE (STAI) tiene como objetivo desarrollar una sola escala que proporcione medidas de autoevaluación tanto de la ansiedad de rasgo como de la ansiedad de estado (Spielberger y Díaz- Guerrero, 1975). Así mismo, dicho inventario se tradujo al español con la asistencia de psicólogos de 10 países latinoamericanos, contándose, entre ellos, al Perú (Spielberger et al, 1971, citado en Sueldo, 1989).

La escala A- Estado (SXE) mide el nivel de ansiedad transitorio experimentado en una situación determinada; además, evalúa los sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprehensión que experimenta el sujeto. La escala A- Rasgo (SXR) mide la propensión a la ansiedad; la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en A- Estado (Spielberger y Díaz- Guerrero, 1975).

La confiabilidad del IDARE fue evaluada según el método test- retest con una población de 484 estudiantes universitarios no graduados (253 hombres y 231 mujeres). Para la escala A- Rasgo, las correlaciones de test- retest, según un intervalo de 104 días, fueron significativamente altas, variando entre 0.73 y 0.86; mientras que las correlaciones para la escala A- Estado fueron relativamente bajas, variando entre 0.16 y 0.54. Además, debido a la naturaleza transitoria de los estados de ansiedad, se hallaron los coeficientes alfa de confiabilidad interna, que variaron entre 0.83 y 0.92 para la escala A- Estado y entre 0.86 y 0.92 para la escala A- Rasgo (Spielberger y Díaz- Guerrero, 1975).

De otro lado, la validez concurrente de la escala A- Rasgo del IDARE se obtuvo a través de las correlaciones entre esta escala y otros instrumentos que miden la ansiedad como la Escala de Ansiedad (IPAT) de Cattell y Scheier (1963), la Escala de Ansiedad Manifiesta (TMAS) de Taylor (1963) y la lista de adjetivos (AACL) de Zuckerman (1960), encontrando que dichas correlaciones eran moderadamente altas

(entre 0.52 y 0.83) tanto para estudiantes universitarios como para pacientes (Spielberger y Díaz- Guerrero, 1975).

La validez de la escala A- Estado se obtuvo en una muestra de 977 estudiantes (332 hombres y 645 mujeres) no graduados de la Universidad Estatal de Florida, a quienes se les aplicó esta escala bajo las instrucciones estándar (condición de norma). En seguida, se les solicitó que respondiesen la misma escala de acuerdo a cómo ellos creían que se sentirían “inmediatamente antes de un examen final en uno de los cursos más importantes” (condición de examen). Finalmente, encontraron que la calificación promedio para la escala A- Estado era más alta en la condición de examen que en la condición de norma tanto para hombres como para mujeres, corroborando la capacidad que tienen los reactivos de esta escala para discriminar entre condiciones caracterizadas por distintos grados y tipos de tensión (Spielberger y Díaz- Guerrero, 1975).

Adicionalmente, se halló que las correlaciones entre las escalas A- Rasgo y A- Estado dependen fundamentalmente del tipo de intensidad de tensión que caracterizan a las condiciones bajo las cuales la escala A- Estado es aplicada. Es así que, generalmente, se obtienen correlaciones más altas entre las escalas bajo condiciones que amenacen la autoestima o evalúen la eficacia personal en comparación con las situaciones caracterizadas por peligros físicos (Spielberger y Díaz- Guerrero, 1975).

En el Perú, Anchante (1993) encontró una confiabilidad interna a través del coeficiente Alfa de Cronbach de 0.92 para la escala A- Estado y de 0.87 para la escala A- Rasgo. Por su parte, Rojas (1997), halló una confiabilidad interna de 0.93 para la escala A- Estado y de 0.85 para la escala A- Rasgo; además, registró que la mediana para la correlación ítem- test en la escala A- Estado fue de 0.64 y en la escala A- Rasgo, de 0.45. Posteriormente, Flores (1999), con la misma prueba, realizó la correlación ítem- test para las dos escalas, obteniendo, en todos los casos, coeficientes de correlación superiores al criterio de 0.20, razón por la cual todos los ítems fueron aceptados y considerados como válidos. Además, obtuvo la confiabilidad interna, por medio del coeficiente Alfa de Cronbach, con un puntaje de 0.91 para la escala A- Estado y de 0.83 para la escala A- Rasgo, demostrándose la consistencia interna del IDARE.

#### *Cuestionario de Estimación del Afrontamiento (COPE)*

Este instrumento, desarrollado por Carver et al. (1989), está conformado por 52 ítems y consta de 13 escalas conceptualmente diferentes que corresponden a las trece estrategias de afrontamiento que los mismos autores proponen. Así mismo,

estas estrategias de afrontamiento están distribuidas en tres áreas o estilos: a) Estilos de afrontamiento enfocados en el problema, b) Estilos de afrontamiento enfocados en la emoción, y c) Otros estilos de afrontamiento o afrontamiento evitativo.

Carver et al. (1989) obtuvieron la validez de constructo del instrumento a través del análisis factorial de las respuestas que fueron obtenidas por un total de 978 personas, consiguiendo, así, 11 factores que concordaron con la asignación de los ítems a las escalas, excepto por los ítems de *Afrontamiento Activo* y de *Planificación*, que aparecieron juntos en un mismo factor. Sin embargo, se consideró pertinente asignarlos como dos factores independientes siguiendo los criterios del modelo teórico. Lo mismo ocurrió con los ítems de *Búsqueda de Soporte social* (instrumental y emocional), procediendo de la misma manera.

La confiabilidad se obtuvo a través del coeficiente de consistencia interna de Alpha de Cronbach para las subescalas, consiguiendo valores que oscilaban entre 0.45 y 0.92. Solo la escala de *Desentendimiento Mental* tuvo un coeficiente menor a 0.60. Además, la fiabilidad test- retest, según un intervalo de seis semanas, osciló entre 0.42 y 0.89, y, respecto a un intervalo de ocho semanas, entre 0.46 y 0.86, demostrando una relativa estabilidad en el tiempo (Carver et al., 1989).

En el Perú, Salazar (1992) y Sánchez (1993) adaptaron y validaron el COPE en su forma disposicional. Para ello, dichos autores sometieron la versión traducida del cuestionario al criterio de cuatro psicólogos con conocimientos de inglés, cuyas observaciones fueron consideradas para la versión final del instrumento. Luego, aplicaron dicho instrumento a 82 estudiantes universitarios de ambos géneros, pertenecientes a dos universidades de Lima (una estatal y la otra privada). Así mismo, se corroboró la validez ítem- test, al haber obtenido que los ítems construidos correlacionaban de forma significativa con sus respectivas escalas con índices superiores a 0.32. En este sentido, tales ítems demostraron ser válidos para medir el constructo que cada escala pretendía medir.

Adicionalmente, Salazar (1992) y Sánchez (1993) establecieron correlaciones entre las escalas, obteniendo resultados que sobrepasaban el valor de 0.42, con excepción de las correlaciones entre las escalas I y II (0.53), V y VI (0.74), y VI y X (0.55). En consecuencia, se consideró que el instrumento era válido y confiable.

Posteriormente, Casuso (1996) hizo un nuevo trabajo de validación y adaptación del instrumento, aplicándolo a 817 estudiantes de una universidad privada y otra pública. Luego, se calculó el coeficiente de Alpha de Cronbach para cada escala, obteniendo valores que fluctuaban entre 0.40 y 0.86, los cuales resultaron ser inferiores a los valores obtenidos en 1989 por los autores originales. En cuanto a la validez que se obtuvo mediante el análisis factorial, se encontró que la estructura

factorial no coincidía con la obtenida originalmente por los autores, motivo por el cual se reagruparon los ítemes, dando lugar al inventario COPE *Reorganizado*.

Por su lado, Chau (1999) aplicó la forma original del COPE a 440 universitarios entre 17 y 35 años con un promedio de edad de 19 años. Es así que un análisis factorial reveló que de las 13 escalas, nueve mantenían su forma original y cuatro se tuvieron que reconstruir, eliminándose un ítem por tener bajas correlaciones ítem- test. Solo la escala de *Postergación del Afrontamiento* no se confirmó factorialmente, pues dos ítems no se validaron, sin embargo, fue conservada para mantener una congruencia teórica. Así mismo, los factores obtenidos por dicho análisis llegaron a explicar un 63% de la varianza total. Los coeficientes alpha para cada escala obtuvieron valores dentro de un rango de 0.44 a 0.89. Incluso, la misma autora desarrolló nuevamente los análisis de confiabilidad en una muestra conformada por 1162 universitarios, encontrando coeficientes alpha que variaban entre 0.50 y 0.90 (Chau, 2004).

Por último, Romero (2009) obtuvo coeficientes alpha para cada una de las 13 escalas. Los valores oscilaban entre 0.61 y 0.91 para 11 de ellas, mientras que en las escalas de *Postergación del Afrontamiento* y *Desentendimiento Mental*, los valores variaban entre 0.35 y 0.37 respectivamente.

### *Procedimiento*

Se presentó una solicitud de permiso, la cual fue dirigida a las autoridades competentes del Hospital Psiquiátrico para su aprobación. Una vez aprobada la solicitud, se estableció contacto con los profesionales encargados de los pacientes con esquizofrenia, con el objetivo de abordar a los cuidadores familiares bajo su orientación y supervisión. Estas intervenciones se realizaron tanto en el ambiente de consulta externa como en el Departamento de Psicodiagnóstico. Además, se tuvo acceso a la historia clínica de cada uno de los pacientes con el propósito de deslindar cualquier duda sobre el diagnóstico y los criterios de inclusión para la muestra.

Al comienzo de la evaluación se explicó al participante los objetivos, los alcances y la relevancia de la investigación. Luego se otorgó el consentimiento informado, absolviendo cualquier duda que tuviese al respecto. Una vez firmado dicho consentimiento, se procedió a recolectar los datos sociodemográficos, e, inmediatamente después, se empezó a aplicar los instrumentos. Las dudas con respecto a los ítems de dichos instrumentos eran aclaradas en el momento. Finalmente, se agradeció por la participación y colaboración con el estudio.

Una vez codificados los cuestionarios, fueron calificados según los criterios particulares de cada uno. Luego los resultados se vaciaron en una base de datos en el programa estadístico SPSS 18.0, con el cual se efectuaron los análisis correspondientes. Inicialmente, se obtuvieron los estadísticos descriptivos de la muestra sobre los constructos en estudio y las variables sociodemográficas. Así mismo, se obtuvieron las medias y desviaciones estándar de los puntajes obtenidos. Luego, se testeó la normalidad de la distribución de los puntajes por medio del estadístico Kolmogorov- Smirnof, encontrando que la mayoría de las distribuciones no era normal, por lo que se dispuso a utilizar los estadísticos de U de Mann- Whitney y Kruskal Wallis para efectuar las comparaciones entre grupos. Por último, se realizaron los análisis de correlación entre grupos mediante el estadístico de Rho de Spearman, dado que se trataba de distribuciones no paramétricas.



## CAPÍTULO I

### Ansiedad y Estilos y Estrategias de Afrontamiento en cuidadores de pacientes con esquizofrenia

#### *Esquizofrenia: Criterios Diagnósticos y Sintomatología*

Una persona diagnosticada con esquizofrenia manifiesta una alteración en las funciones cognoscitivas y emocionales durante un período de tiempo, como mínimo, de seis meses, caracterizado por la presencia de los signos y síntomas (síntomas positivos y negativos) que se encuentran en la fase activa a lo largo de un mes por lo menos, y por la persistencia de los signos y síntomas bajo una forma relativamente leve durante el tiempo restante. Así mismo, los síntomas positivos (ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado) se diferencian de los síntomas negativos (aplanamiento afectivo, abulia y alogia), dado que, mientras los primeros se basan en el exceso o la distorsión de las funciones normales como el pensamiento inferencial, la percepción, el lenguaje y la organización del comportamiento, los segundos consisten en la disminución o pérdida de las funciones normales como la expresión emocional, el comportamiento dirigido hacia un objetivo y la productividad del pensamiento y lenguaje (APA, 2002; Organización Mundial de la Salud, 1992).

Particularmente, los pacientes que padecen de esquizofrenia crónica, son aquellos que se encuentran incluidos dentro de la clasificación de esquizofrenia residual, presentando un estado crónico del curso de la enfermedad, a pesar del cumplimiento de su medicación, durante un período de tiempo de por lo menos un año, donde la intensidad de los síntomas positivos es mínima, mientras que la presencia de los síntomas negativos prevalece (OMS, 1992).

#### *El impacto de la enfermedad en la familia*

La esquizofrenia provoca en muchos de los casos una dificultad en el desempeño de las funciones propias de cada etapa del ciclo vital, incluso, imposibilitando el logro de una vida independiente; por lo que la familia se encuentra en la obligación de ocuparse de la persona enferma, además de las labores cotidianas (Aznar y Berlanga, 2005).

Para Anderson et al. (1986), la persona diagnosticada con esquizofrenia provoca un impacto en todos los miembros de la familia, quienes, a su vez, observan como un ser querido desarrolla ideas y percepciones extrañas, se angustia, adopta

sistemas de creencias insólitos y, a veces, adquiere una conducta extremadamente violenta. Es así que la familia termina encontrándose desorientada o, incluso, desesperada, y en medio de la confusión y el miedo, se plantea múltiples dudas acerca de la enfermedad, la evolución y el tratamiento (Alvarenga, 2008)

A diferencia de otras patologías psiquiátricas, los pacientes esquizofrénicos generan un mayor perjuicio económico e interfieren en mayor grado con las tareas cotidianas, además de existir en el cuidador un intenso temor a posibles conductas agresivas y un fuerte sentimiento de desesperanza (García et al., 1991 citado en Touriño, Inglott, Baena y Fernández, 2007). Así mismo, el cuidado de un paciente esquizofrénico es una tarea ardua y compleja con complicaciones adicionales que otras enfermedades no albergan; a pesar de que el familiar tiene que asumir dolorosamente que el paciente no va a poder proseguir con el proyecto vital que se había planteado, se encuentra en la obligación de cuidar de alguien extremadamente sensible y sin conciencia de enfermedad, añadiendo a esto, la estigmatización y el desconocimiento general sobre la esquizofrenia. En consecuencia, el familiar se sentirá desanimado, triste, enfadado o asustado; y si omite estas emociones, dejando que se sigan exacerbando, posiblemente pasará la mayor parte del día malhumorado, deprimido o desesperanzado (Aznar y Berlanga, 2005).

Kuipers et al. (2004) refieren que los familiares de pacientes con enfermedades crónicas como la esquizofrenia experimentan habitualmente emociones como la pérdida y el duelo, siendo la primera, aquella emoción que se entiende como la pérdida de la persona que solían conocer y la pérdida de los proyectos y aspiraciones que tenían depositados en la misma, y la segunda, a diferencia del duelo experimentado por la muerte de un familiar, consiste en la emoción experimentada por los pacientes que están vivos, pero que parecen extraños y desprovistos de la mayoría de los aspectos familiares. Johannessen, Martindale y Cullberg (2008) mencionan que los miembros de la familia también pueden sentirse culpables o avergonzados: culpables por haber causado la enfermedad y avergonzados por “no ser normales”. Otras emociones son referidas por Anderson et al. (1986) como la angustia, el estigma, la frustración, tristeza e ira.

Así mismo, se han realizado diversas investigaciones con el propósito de evaluar las reacciones emocionales de los familiares de pacientes con esquizofrenia. Por su parte, Jungbauer y Angermeyer (2002) encontraron que los padres y los cónyuges percibían el primer episodio psicótico del paciente esquizofrénico como repentino, abrumador y desconcertante, debido, más que nada, a que sabían muy poco sobre la enfermedad del familiar. Otra investigación reportó que cuando la esquizofrenia aparecía en el paciente a una edad tardía, resultaba ser menos

impactante para el cuidador que cuando dicha enfermedad aparecía a una edad temprana, dado que esta última situación traería consigo mayores desafíos, perjudicando la salud general de la persona a cargo (Gutiérrez- Maldonado, Caqueo-Urizar y Kavanagh, 2005).

En relación a la angustia, Schene, Van Wijngaarden y Koeter (1998) encontraron que el nivel de esta emoción experimentada por los cuidadores se relacionaba moderadamente con la tensión y la preocupación que les provocaba el cuidado del paciente esquizofrénico. Saunders (1999), por su lado, encontró que la angustia psicológica familiar se relacionaba con los problemas de conducta del paciente, siendo la convivencia con los síntomas positivos y negativos, uno de los problemas que generaba más angustia entre los familiares. Este hallazgo también se reportó en la investigación realizada por Karanci e Inandilar (2002), en donde además se observó que el factor cultural permitía explicar la presencia de la angustia en algunas poblaciones, como posteriormente lo corroboraría Ukpong (2006). Adicionalmente, Onwumere et al. (2008) encontraron que las primeras etapas de la enfermedad del paciente se asociaban con altos niveles de angustia entre los cuidadores, por lo que conjeturaron que el tiempo de la enfermedad puede ser determinante para la aparición de ciertos factores que permitan mejorar la autoestima y la autoeficacia entre las personas a cargo, y, de este modo, favorecer una percepción positiva sobre el cuidado.

Otras emociones también fueron evaluadas. La investigación realizada por Barak y Solomon (2005) reportó que los hermanos de pacientes con esquizofrenia, a diferencia de los hermanos de personas saludables, albergaban fuertes sentimientos negativos como la vergüenza, que se producía por la sensación de estigmatización que les generaba la enfermedad del paciente; además constató que los hermanos mantenían poca cercanía con el paciente esquizofrénico, lo cual pudo deberse a que dichos hermanos buscaban consolidar un espacio personal autónomo para desvincularse de la enfermedad del familiar. Por último, Somers (2007) encontró que los hijos de pacientes esquizofrénicos, con una edad promedio de 13 años, experimentaban vergüenza, prefiriendo mantener oculto la enfermedad del padre, y tristeza y pérdida, cuando los padres eran hospitalizados.

#### *Ansiedad en el cuidador*

El familiar frente a la enfermedad crónica del paciente reacciona emocionalmente de forma compleja, albergando afectos positivos y negativos, y experimentando, así mismo, ansiedad, angustia y culpa, que frecuentemente no son expresados, creyendo que su expresión es inadecuada, vergonzosa o resulta

incompatible con la condición de la persona enferma; sin embargo, al no ser expresados, la reacción emocional se intensifica, aumentando la ansiedad (Navarro, 2004).

Kuipers et al. (2004) refieren que la ansiedad, específicamente la ansiedad de separación, se entiende como los miedos casi siempre exagerados de los familiares sobre qué podría ocurrir con la persona enferma si relajasen su vigilancia, y se encuentra implicada en la sobreinvolucración, que consiste en la actitud que toma el cuidador, cuando se siente culpable por lo que le ha acontecido al paciente, buscando hacerse cargo de todo y tratando a la persona enferma como si fuera alguien desprotegido. Por su parte, Aznar y Berlanga (2005) mencionan que el cuidador, cuando se encuentra ansioso, se involucra emocionalmente en demasía y se comporta de manera excesivamente protectora con el paciente.

Adicionalmente, Arribas et al. (1996) refieren que una de las causas que origina la sobreimplicación es el estrés, cuyos niveles de intensidad para el cuidador suelen depender del desarrollo de la psicosis de la persona enferma (Gumley y Schwannauer, 2006). En el caso de los cuidadores latinos, estos son proclives a comprometerse con los pacientes esquizofrénicos y a experimentar sustancial estrés en relación al cuidado (Magaña, Ramírez, Hernández y Cortez, 2007).

Por otro lado, al margen de que se carece de una definición satisfactoria sobre la ansiedad, dado que frecuentemente se la confunde con el término de estrés (Flores, 1999), para los propósitos de la actual investigación se tomará en cuenta la definición que Spielberger y Díaz- Guerrero (1975) postularon sobre la ansiedad <sup>1</sup>.

De esta manera, se han desarrollado diversas investigaciones con los familiares de pacientes con esquizofrenia en relación a la ansiedad como al estrés. Tal es el caso del estudio realizado por Fresán et al. (2001), donde se encontró que la mayoría de los familiares presentaban trastornos y limitaciones como el estrés, la ansiedad, etc. en su vida cotidiana de forma ocasional después del primer episodio psicótico del paciente, siendo los padres, seguidos por las madres, las personas más afectadas, mayormente en su rendimiento laboral.

---

<sup>1</sup> La ansiedad se divide entre Ansiedad- Estado y Ansiedad- Rasgo, siendo la primera, aquel estado emocional transitorio que puede variar en intensidad a través del tiempo, caracterizado por la activación fisiológica (principalmente del sistema nervioso autónomo) y por la presencia de sentimientos de aprensión, temor y tensión, y la segunda, entendida como las características de personalidad o tendencias relativamente estables a reaccionar de forma ansiosa frente a una determinada situación percibida como amenazante; a diferencia del estrés que se refiere al desequilibrio subjetivo suscitado por las demandas del ambiente que recibe el sujeto y que exceden sus propios recursos, como parte de la relación particular que mantiene el individuo con el entorno (Lazarus, 2000, 2007; Lazarus y Folkman, 1986).

Específicamente con respecto a los estudios realizados sobre estrés, Laidlaw, Coverdale, Falloon y Kydd (2002) hallaron que los cuidadores que vivían con el paciente esquizofrénico y que se encargaban de administrar el hogar experimentaban niveles altos de estrés, que, según dichos autores, pudo deberse a que los pacientes, además de presentar los síntomas propios de su enfermedad, se encontraban desinteresados en ayudar con los quehaceres del hogar por su misma condición. Por su lado, Möller- Leimkühler (2006) reportó que, entre los cuidadores de pacientes esquizofrénicos, durante el primer año después del primer internamiento, la reducción del estrés se asoció significativamente con los síntomas residuales de los pacientes, mientras que la emoción expresada y el neuroticismo como dimensión de la personalidad fueron los más importantes predictores del estrés. Luego, para el segundo año, la carga disminuyó significativamente entre los cuidadores, siendo sus mejores predictores: la emoción expresada, el neuroticismo, los estresores diarios y la respuesta negativa al estrés (Möller- Leimkühler y Obermeier, 2008). Wancata et al. (2008), por su parte, hallaron que las madres presentaban mayores niveles de estrés que los padres, entre otros problemas, cuyos desencadenantes fueron identificados como la situación donde ellas vivían sin una pareja, la cantidad de síntomas psiquiátricos del paciente y la corta duración de la enfermedad que no les permitía informarse lo suficiente. Tang, Leung y Lam (2008), encontraron que el más importante predictor del estrés entre las personas a cargo era la funcionalidad del paciente, acarreando dificultades personales y sociales, motivo por el cual, los cuidadores se ocupaban de las responsabilidades de la persona enferma; además, advirtieron que los síntomas positivos provocaban mayores niveles de estrés que los síntomas negativos.

Por último, en cuanto a las investigaciones sobre ansiedad, a pesar de que algunas de estas no obtuvieron resultados significativos entre los cuidadores de pacientes con psicosis (Boye y Malt, 2002) o demencia (Lladó, Antón- Aguirre, Villar, Rami y Molinuevo, 2008; Ulstein, Wyller y Engedal, 2008; Lee, Kim y Kim, 2006), sí se obtuvieron entre los cuidadores de pacientes con cáncer. Así pues, Flores (1999), en nuestro contexto, basándose en una muestra constituida por los padres de pacientes diagnosticados con leucemia, halló que estos manifestaban más ansiedad de estado que ansiedad de rasgo, siendo los padres desocupados y las amas de casa, quienes más lo experimentaban, lo cual pudo deberse a que los padres fueron evaluados a los pocos días de haber sido informados sobre el diagnóstico del hijo. Nakanishi et al. (2002) observaron que la ansiedad de estado que los familiares de pacientes con cáncer experimentaban se exacerbaba cuando el paciente no se encontraba informado sobre su diagnóstico, cuando el cáncer estaba avanzado o era

recurrente y cuando los miembros de la familia contaban con una historia de desórdenes psiquiátricos; conforme al primer motivo, dichos autores conjeturaron que se debía a que los médicos, pertenecientes al lugar donde se desarrolló la investigación, de forma tradicional, evitan informar al paciente sobre su diagnóstico por temor a provocarles síntomas depresivos o intentos suicidas, en cambio, informan al familiar, responsabilizándolo en la toma de decisiones. Houtzager, Grootenhuis, Caron y Last (2004), al evaluar a los hermanos de pacientes pediátricos con cáncer, después de dos años de haber sido diagnosticados, encontraron que un grupo pequeño de dichos hermanos, que tenían entre 11 y 7 años, presentaban altos niveles de ansiedad en comparación con el grupo normativo de la misma edad, lo cual pudo deberse al reconocimiento que hacen ellos sobre la actitud desesperada que adoptan los padres al tratar la enfermedad del familiar. Por su parte, Wijnberg- Williams, Kamps, Klip y Hoekstra- Weebers (2006) hallaron, a través de un estudio longitudinal, que tanto los padres como las madres de pacientes pediátricos con cáncer presentaban una disminución en los niveles de ansiedad de estado a lo largo del tiempo, siendo las madres, quienes mostraban mayores niveles de este tipo de ansiedad que los padres; además, los padres de los pacientes pediátricos que habían recaído reportaban mayores niveles de ansiedad de estado que aquellos que tenían hijos que habían superado la enfermedad o que habían muerto a causa del cáncer.

#### *Afrontamiento del cuidador*

La mayoría de los miembros de la familia tienen sus propios métodos para hacer frente a los síntomas y problemas que la enfermedad del paciente conlleva; estando la elección de dichos métodos bajo la influencia del nivel de estrés y ansiedad que experimentan (Thorsen, Gronnestad y Oxnevad, 2009) o del tipo de enfermedad crónica del paciente (Eiser y Havermans, 1992, citado en Navarro, 2004).

De acuerdo con Aznar y Berlanga (2005), los cuidadores motivados por su ansiedad y desesperación recurren a ciertas estrategias como resistirse a que terceras personas se encarguen del cuidado de su familiar, perder casi todos los contactos sociales que mantenían antes de la enfermedad del paciente, no interesarse por nada y/o excederse con el apoyo y la supervisión que se proporciona a la persona enferma. Anderson et al. (1986) sostienen que los cuidadores, frente al diagnóstico de esquizofrenia que recibe el familiar, buscan inmediatamente la ayuda de los profesionales, dado que necesitan ayuda y socorro inmediatos. Murray (1989), por su parte, observó que los padres de pacientes con esquizofrenia recurrían a la negación,

minimizando los síntomas y la incapacidad del paciente con respecto a la proporción de la dificultad real.

Son distintas las conductas que despliega el cuidador frente a la enfermedad del paciente para poder manejar la situación estresante, estando determinado el uso de una u otra estrategia por la naturaleza del estresor y las circunstancias en la que se produce (Bulbena et al., 2003).

De otro lado, de acuerdo con los fines de la actual investigación, se tomará en cuenta la literatura que considera al afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales realizados con el objetivo de dominar, disminuir o tolerar las demandas internas y/o externas provocadas por el evento estresante que exceden la capacidad del sujeto (Lazarus y Folkman, 1986). Así mismo, el afrontamiento es agrupado en dos dimensiones: el afrontamiento con carácter disposicional y el afrontamiento con carácter situacional. Los primeros hacen referencia a los estilos que se definen como aquellas predisposiciones de la persona para enfrentar diversas situaciones y por tanto, determinan el uso de ciertas estrategias de afrontamiento según el momento y el lugar; mientras que los segundos se refieren a las estrategias como procesos concretos y específicos que varían a través del tiempo y de las circunstancias para manejar las demandas de las situaciones (Carver y Scheier, 1994, 1998; Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Sandín 1995).

Carver et al. (1989) postulan que existen trece estrategias de afrontamiento: el afrontamiento activo, la planificación, supresión del afrontamiento, postergación del afrontamiento, el apoyo social instrumental, apoyo social emocional, la reinterpretación positiva, negación, aceptación, el acudir a la religión, desentendimiento mental, desentendimiento conductual y enfocar y liberar emociones; las cuales, a su vez, se agrupan en tres estilos: el afrontamiento enfocado en el problema, afrontamiento enfocado en la emoción y el afrontamiento evitativo.

Así mismo, se han realizado diversas investigaciones sobre los estilos y estrategias de afrontamiento, entre las cuales, algunas han sido desarrolladas dentro de nuestro contexto. Bernos (1990) encontró que las familias con un hijo diagnosticado con esquizofrenia presentaban como una de sus características el negar la enfermedad del miembro afectado y la existencia de otros problemas en el interior de la familia, dado que posiblemente pretendían dar una imagen de absoluta cohesión como si todo marchara bien; también, observó que otras de las características eran el autoritarismo y el control parental, siendo los padres quienes tomaban las decisiones sin consultar a los hijos. Flores (1999), por su parte, observó que los padres de pacientes diagnosticados con leucemia de sexo masculino y que tenían un mayor nivel de educación utilizaban preferentemente el estilo de afrontamiento enfocado en el

problema, y quienes tenían un menor nivel de educación usaban mayormente las estrategias de afrontamiento evitativas y la búsqueda de apoyo social emocional; y, además, notó que existía una relación directa y significativa entre la ansiedad de estado y ansiedad de rasgo, y entre dichos tipos de ansiedad y el estilo de afrontamiento evitativo y sus estrategias. Otro autor, con una muestra conformada por los cuidadores de ancianos con demencia senil y otras enfermedades crónicas, encontró que el sentido de coherencia presentaba una relación significativa con las estrategias de afrontamiento de manejo del significado, de la situación y de los síntomas del distress, por lo que los cuidadores con un alto sentido de coherencia, manifestaban mayor probabilidad de redefinir la situación y darle un significado aceptable a la circunstancia, como menos probabilidad de adoptar conductas mal adaptativas o potencialmente dañinas (Dejo, 2005). En otra comunidad latina, Seidmann et al. (2004) encontraron que el tamaño de la red de parientes que disponía la madre era mayor que el que disponía la hija en su rol de cuidadoras, lo cual pudo deberse a que el impacto emocional en la familia y su consecuente ayuda dependen de la edad del paciente; también observaron que la satisfacción variaba sobre el apoyo recibido según el tipo de cuidadora (madre o hija), de manera que las madres estuvieron más satisfechas con los apoyos instrumental diario y psicológico que las hijas.

En relación a otros contextos, Magliano, Fadden, Economou, et al. (1998) encontraron que los cuidadores de sexo femenino y aquellos con menos educación acudían mayormente a la religión, mientras que los cuidadores de sexo masculino mantenían con más frecuencia sus intereses sociales; incluso, observaron que el uso de las estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema era más frecuente entre los cuidadores jóvenes y entre los cuidadores de pacientes jóvenes, mientras que las estrategias focalizadas en la emoción eran mayormente utilizadas por los parientes mayores, corroborando que las estrategias de afrontamiento cambian a lo largo del tiempo de lo práctico a lo emocional, como también se demostró en el estudio realizado por Knudson y Coyle (2002). Otros estudios reportaron que las estrategias de acudir a la religión, negación y resolución de problemas eran significativos predictores de bienestar entre los cuidadores, siendo la primera estrategia la más usada (Rammohan, Rao y Subbakrishna, 2002; Shibre et al., 2003). Otras investigaciones hallaron que la búsqueda de apoyo social era una de las estrategias más utilizadas por los cuidadores (Nehra, Chakrabarti, Kulhara y Sharma, 2005; Chadda, Singh y Ganguly, 2007). Por su parte, Huang, Sun, Yen y Fu (2008) observaron que la mayoría de los cuidadores buscaban ayuda tradicional y popular antes de acudir a algún especialista, confirmando que la elección de determinada estrategia de afrontamiento

se encuentra bajo la influencia de la cultura; además, hallaron que el estigma provocado por la vergüenza que genera la enfermedad del paciente es un importante fenómeno cultural que afecta a los cuidadores en sus mecanismos de búsqueda de ayuda.

Finalmente, Fortune, Smith y Garvey (2005) encontraron que las estrategias de búsqueda de soporte emocional, uso de la religión/espiritualidad, afrontamiento activo, aceptación y replanteamiento positivo estaban asociadas con un bajo nivel de angustia entre los cuidadores. Otras investigaciones reportaron que el apoyo práctico y profesional de la red social y la estrategia de búsqueda de apoyo social emocional guardan relación con la carga que experimenta el cuidador (Magliano et al., 2000; Magliano et al., 2002; Chadda et al., 2007). Además, se observó que la evaluación subjetiva que hace el cuidador sobre sus estrategias de afrontamiento influye sobre el nivel de angustia psicológica (Ramírez, Hernández y Dorian, 2009).

#### *Planteamiento del problema*

Conforme a la revisión bibliográfica, los cuidadores son proclives a presentar reacciones negativas como la ansiedad por la demanda y el esfuerzo que supone el cuidado de un paciente esquizofrénico, más aún, cuando la sintomatología del paciente se encuentra activa. Por lo que el cuidador tratará de recurrir a ciertas formas de afrontamiento que determinarán el ajuste a dicha situación; además, la elección de estas formas estará bajo la influencia, entre varios factores, del nivel de ansiedad que experimenta la persona a cargo (Thorsen et al., 2009)

De este modo, se vuelve importante observar, no solo el rol que cumple el cuidador para el paciente, sino también, el efecto que produce en él dicho rol. No obstante, son pocas las investigaciones en nuestro medio que han evaluado la dinámica que se da entre el cuidador y el paciente esquizofrénico, siendo, aún menos, las que se han enfocado en el cuidador.

Por lo tanto, la presente investigación ha planteado el siguiente problema a investigar: ¿Cuál es la relación entre la ansiedad de estado, la ansiedad de rasgo y los estilos/estrategias de afrontamiento en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia?

#### *Objetivo General*

Determinar la relación entre la ansiedad y los estilos/estrategias de afrontamiento, así como las características de estas variables en una muestra de cuidadores de pacientes con esquizofrenia.

### *Objetivos Específicos*

1. Describir la ansiedad en una muestra de cuidadores de pacientes con esquizofrenia según las variables sociodemográficas y clínicas del cuidador y del paciente.
2. Describir el uso de los diversos estilos y estrategias de afrontamiento en una muestra de cuidadores de pacientes con esquizofrenia según las variables sociodemográficas y clínicas del cuidador y del paciente.



## CAPÍTULO IV

### Discusión

#### *Características de la muestra clínica*

De acuerdo con las características más resaltantes de la muestra de estudio, se observa que la mayoría de los cuidadores pertenece al sexo femenino (75,8%), lo conforma las madres (53%), carece de estudios superiores universitarios (69,7%) y cuenta con un trabajo remunerado (57,6%); mientras que la gran parte de los pacientes pertenece al sexo masculino (59,1%), tiene únicamente estudios escolares secundarios (53%) y se encuentra desocupado (75,8%).

De esta manera, se hace manifiesto que son las madres quienes se ocupan de la mayoría de demandas que genera el cuidado del paciente (Gutiérrez- Maldonado et al., 2005), además de trabajar, lo cual es posible dado que la mayoría de las mujeres, en nuestro contexto, reconocen que ambas actividades son importantes, a pesar de sentirse obligadas en realizarlas, en tanto que su nivel educativo podría deberse al problema socioeconómico en el cual estuvieron inmersas, puesto que en el Perú existe un elevado grado de desigualdad social y económica (Álvarez, 2004).

Las características distinguidas sobre los pacientes corresponden a lo acotado por la literatura revisada, en donde se menciona que existe una incidencia ligeramente superior de la esquizofrenia en hombres que en mujeres, entre los cuales la edad de inicio se da alrededor de los 18 y 25 años, ya sea inmediatamente después de haber culminado los estudios escolares secundarios, en pleno ejercicio de las actividades universitarias o al finalizar los estudios universitarios, además, la presencia de esta enfermedad provoca en el paciente disfunción social o laboral (APA, 2002).

Todas aquellas características resultaron ser determinantes en otros estudios para la aparición de la ansiedad (Flores, 1999; Fresán et al., 2001; Imran et al., 2010; Wijnberg-Williams et al., 2006), otras reacciones emocionales (Gutiérrez- Maldonado et al., 2005; Jungbauer y Angermeyer, 2002; Stefani, Seidmann y Acrich, 2000; Stefani, Seidmann, Pano, Acrich y Bail, 2003; Wancata et al., 2008) y los estilos y estrategias de afrontamiento (Knudson y Coyle, 2002; Magliano, Fadden, Economou, et al., 1998; Seidmann et al., 2004).

### *Ansiedad y Afrontamiento*

Con respecto a la ansiedad, los resultados indican que la mayoría de los sujetos (83,3%) presenta ansiedad de rasgo en un nivel medio y superior, respecto a lo cual se plantea que los cuidadores están propensos a evaluar como peligrosa o amenazante la mayor parte de los eventos de la vida, y, por ende, a experimentar incrementos de la ansiedad de estado (Spielberger y Díaz- Guerrero, 1975). Sin embargo, se sugiere que el aumento de este último no solamente es experimentado por aquellos que tienen rasgos de personalidad ansiógenos, sino también por quienes están desprovistos de dichos rasgos, conforme a un dato adicional que indica que los cuidadores de la muestra presentan más ansiedad de estado que de rasgo.

Así mismo, se constata que la ansiedad de estado correlaciona positivamente con la ansiedad de rasgo, siendo esta relación justificada por la literatura revisada (Spielberger y Díaz- Guerrero, 1975), que indica que quienes califican alto en ansiedad de rasgo, exhiben elevaciones de ansiedad de estado con más frecuencia que los individuos que califican bajo en ansiedad de rasgo, ya que los primeros tienden a reaccionar a un mayor número de situaciones como si fueran peligrosas o amenazantes.

En cuanto a las variables sociodemográficas, se aprecia que los cuidadores con estudios superiores universitarios presentan menores índices de ansiedad de rasgo y estado. Esto mismo puede explicarse, por una parte, porque en nuestro país, la educación cobra una capital importancia para las familias de todos los estratos sociales, representando la universidad el símbolo de la culminación exitosa de todo el proceso educativo (Ansión, Lazarte, Matos, Rodríguez y Vega- Centeno, 1998). Por lo tanto, el profesional universitario se percibe así mismo como una persona competente, lo cual influye sobre la evaluación que realiza de la situación como de sus estrategias de afrontamiento (Putwain, Woods y Symes, 2010; Ramírez et al., 2009), permitiendo, de esta manera, un mayor control sobre los malestares que le aqueja y sobre su disposición a percibir ciertos eventos como amenazantes. Resultados similares fueron encontrados en otras investigaciones que indican que existe una correlación negativa entre el éxito personal y la ansiedad (Dorz, Novara, Sica y Sanavio, 2003; Ercan, Irgil, Sigirli, Ozen y Kan, 2008; Yousefi, Talib, Mansor, Juhari y Redzuan, 2010). Por otra parte, el resultado puede entenderse debido a que el sujeto con estudios profesionales universitarios mantiene una mayor destreza de sus funciones ejecutivas como la memoria de trabajo, atención, planificación, estructuración, y el control inhibitorio, que se han venido formando desde la infancia y sirven como base para el afrontamiento y control de la emoción (Compas, 2006, 2009). Esto último es consiste con otros

hallazgos que señalan que la memoria de trabajo en un nivel alto ayuda a regular la ansiedad de estado y los efectos perjudiciales de la ansiedad de rasgo (Johnson y Gronlund, 2009; Yousefi et al., 2009).

Los cuidadores que cuentan con un trabajo remunerado experimentan menores niveles de ansiedad de rasgo, puesto que el empleo brinda diferentes beneficios, incluyendo la independencia económica, una mejor autoestima y mayor facilidad para formar parte de una red social (Ali y Avison, 1997), que posibilitan el manejo de los rasgos ansiógenos de la personalidad, corroborando, de esta manera, lo obtenido por otras investigaciones (Ansseau et al., 2008; Caqueo- Urizar y Gutiérrez- Maldonado, 2006; Möller- Leimkühler y Obermeier, 2008; Waszkowska y Szymczak, 2009). Sin embargo, cabe señalar que si las demandas del trabajo colindan o sobrepasan la capacidad del empleado, es probable que se incrementen los índices de ansiedad (Durdu y Baloğlu, 2006). También es pertinente indicar que el factor cultural interviene en la percepción que mantiene el cuidador sobre el trabajo, como fuente de sus ingresos económicos (Imran et al., 2010).

Otro resultado muestra una correlación negativa entre la edad del cuidador y la ansiedad de rasgo, lo cual se asemeja a lo reportado por otra investigación que señala que los cuidadores son más susceptibles a percibir los acontecimientos vitales negativos que se dan en la familia, mientras son más jóvenes (Moreno, Del Barrio y Mestre, 1995). Las personas con más edad como las madres perciben el cuidado del hijo esquizofrénico como una situación que casi nunca afecta su bienestar físico y psicológico y la economía del hogar, puesto que consideran que dicha situación está prescrita en el desempeño de su rol de madre; en cambio los cuidadores de menor edad como las hijas perciben el cuidado de su progenitor enfermo como una carga, porque principalmente las aparta de sus redes sociales significativas (Stefani et al., 2000). Entre los hermanos adolescentes de pacientes con enfermedad crónica, los que tienen menos edad presentan mayores niveles de ansiedad, en razón de que su vida social se encuentra restringida, dependiendo mayormente de los padres; en cambio, los hermanos mayores son más autosuficientes y capaces de buscar apoyo de los compañeros de manera independiente (Houtzager et al., 2004).

Sorprendentemente, no se aprecian diferencias significativas sobre la ansiedad tanto de rasgo como de estado en función a la relación de parentesco del cuidador con el paciente, como otras investigaciones sí lo reportaron de manera similar (Fresán et al., 2001; Gutiérrez- Maldonado, 2005; Stefani et al., 2003; Wancata et al., 2008). Esto mismo puede deberse a que la mayoría de los familiares presentan índices parecidos de sus reacciones emocionales negativas en función a la asistencia brindada al familiar enfermo, lo cual es concluyente cuando recién se diagnóstica a un miembro de

la familia como paciente esquizofrénico (Jungbauer y Angermeyer, 2002), recayendo inmediatamente toda la responsabilidad sobre la familia, tal como otras culturas lo aseveran (Ukpong, 2006). En nuestro contexto, para cubrir las necesidades familiares es necesaria no solo la participación del jefe del hogar sino también las participaciones de su cónyuge y de sus hijos, que se vuelven apremiantes cuando atraviesan por una crisis económica (Álvarez, 2004).

En relación al afrontamiento, los sujetos de la muestra recurren más al estilo de Afrontamiento Enfocado en el Problema, y entre las estrategias que la componen, utilizan en mayor medida el Afrontamiento Activo y la Planificación, lo cual es sostenible según otras investigaciones (Chadda et al., 2007; De la Huerta, Corona y Méndez, 2006; Magliano et al., 2000). A partir de este resultado, se puede interpretar que los cuidadores tienden a centrar sus esfuerzos en analizar la situación y planear los pasos a seguir con el objetivo de afrontar el estrés proveniente del cuidado del paciente esquizofrénico. Sin embargo, cabe mencionar que la elección de este estilo de afrontamiento puede estar bajo la influencia del soporte profesional (Magliano, Fadden, Economou, et al., 1998). Esto último posiblemente ocurrió en la actual investigación, dado que los cuidadores participaron de la evaluación inmediatamente después de haber recibido orientación por parte del especialista encargado del paciente.

Si bien el estilo más utilizado por los cuidadores es el Afrontamiento Enfocado en el Problema, las estrategias más usadas son la Reinterpretación Positiva y el Acudir a la Religión, que corresponden al Afrontamiento Enfocado en la Emoción. Esta misma preferencia también se puede observar en otros estudios (Herrera, Lee, Nanyonjo, Laufman y Torres- Vigil, 2009; Lagos, Loubat, Muñoz y Vera, 2004; Pargament et al., 1992; Shibre et al., 2003). El resultado obtenido refleja, por un lado, la flexibilidad que los cuidadores tienen para usar diferentes estilos y estrategias de afrontamiento (Sczufca y Kuipers, 1999, citado en Chakrabarti y Gill, 2002), mientras que por otro lado, confirma que nuestro país es básicamente creyente (Marzal, 1996). En este mismo sentido, se interpreta que los cuidadores buscan dar un significado positivo a la experiencia estresante de cuidar a un paciente esquizofrénico, lo cual contiene una dimensión religiosa, que se desarrolla a través de las oraciones y los rituales religiosos. Además, cabe remarcar que el afrontamiento a través de las prácticas religiosas en lugares públicos permite que el cuidador presente menos índices de carga en relación a su rol, puesto que su comunidad religiosa le provee de soporte emocional e instrumental; mientras que quienes ejercen sus ritos religiosos de manera privada, siendo incapaces de poder ser parte de una congregación, reportan peor salud mental (Herrera, Lee, Nanyonjo, Laufman y Torres- Vigil, 2009)

En caso de que la elección del estilo de Afrontamiento Enfocado en el Problema haya sido circunstancial, debido a la influencia del soporte profesional, se puede determinar que los cuidadores de la muestra prefieren utilizar las estrategias de Reinterpretación Positiva y Acudir a la Religión, las cuales están enfocadas en manejar su propia emoción y que habitualmente son usadas frente a situaciones crónicamente estresantes (Magliano et al., 2000; Magliano, Fadden, Madianos, et al., 1998). Otros autores refieren que una vez que las estrategias enfocadas en el problema fracasan en su propósito de mejorar la conducta del familiar enfermo, los cuidadores gradualmente comienzan a centrarse en el manejo de sus propias reacciones emocionales, percatándose que la situación estresante persiste y excede su propio control (Knudson y Coyle, 2002; Pearlin y Schooler, 1978).

Respecto a las variables sociodemográficas, se aprecia que los cuidadores de sexo femenino usan en mayor medida la estrategia de Acudir a la Religión, lo cual es consistente con la literatura revisada sobre la diferencia del género en el afrontamiento (Cassaretto, Chau, Oblitas y Valdez, 2003; Pearlin y Schooler, 1978; Rammohan et al., 2002). Las madres suelen recurrir a la religión cuando sienten que fracasaron en solucionar el problema de su hijo, experimentando culpa e impotencia, o cuando se encuentran menos aisladas emocional y socialmente, teniendo más libertad para fantasear sobre alguna solución mágica. Las hijas, por su lado, recurren a las prácticas religiosas cuando se sienten aisladas socialmente (Stefani et al., 2003).

El familiar a cargo con menor grado de instrucción (escolar secundaria) utiliza más las estrategias evitativas y las que se enfocan en la emoción (la Aceptación y Negación). Una posible interpretación es que el sujeto con un índice bajo de instrucción, entendiéndose como indicador de un nivel socioeconómico bajo, está más expuesto a la privación y a mantener una percepción negativa sobre sus propios recursos personales para afrontar los estresores que derivan de esta privación (Pearlin y Schooler, 1978), además alberga sentimientos de inferioridad y exclusión, de manera que le resulta difícil afrontar activamente la enfermedad del paciente, llegando a desentenderse del problema como si no existiese (Bernos, 1990; Flores, 1999; Murray, 1989; Stefani et al., 2003).

Los cuidadores que viven dentro de una familia extensa (Vásquez, 2009) recurren mayormente a la estrategia de Apoyo Social Emocional e Instrumental. Esto puede estar en relación con los resultados de otras investigaciones que señalan que una red extendida de lazos familiares facilita el incremento de la percepción de soporte social entre sus miembros, siendo los padres la fuente principal (Gold, Treadwell, Weissman y Vichinsky, 2008). Otros estudios enfatizan la diferencia de la relación de parentesco con el paciente con respecto al uso del Apoyo Social Emocional e

Instrumental, constatando que son las madres las personas más sensibles para percibir la cohesión familiar, por lo que estiman en mayor medida el soporte social de su familia extensa como de sus amigos, en tanto que los padres reportan menos soporte social percibido (Altiere y Von Kluge, 2009; Han, Cho y Kim, 2009; Nehra et al., 2005).

Los familiares que cuentan con otro miembro de la familia con esquizofrenia, además del paciente que tienen a su cargo, utilizan en mayor medida la Postergación del Afrontamiento y en menor grado las estrategias de Apoyo Social Emocional y Enfocar y Liberar Emociones. Una alternativa de explicación puede ser que los padres como los hermanos cuidadores tienden a retener sus actos impulsivos, esperando el momento apropiado para afrontar el estrés (Dorz et al., 2003), entre tanto se rehúsan a buscar soporte emocional de sus redes sociales, replegándose en sí mismos, como producto de la vergüenza que sienten por el estigma que lleva la enfermedad del familiar (Kuipers et al., 2004), lo cual puede intensificarse al reconocer que tienen más de un familiar afectado. Además, cabe señalar que la percepción que tiene el cuidador sobre el estigma en relación a la enfermedad del paciente puede estar bajo la influencia de la cultura (Knudson y Coyle, 2002; Huang et al., 2008). Los hijos también suelen experimentar vergüenza, prefiriendo mantener oculto la enfermedad del progenitor, que no necesariamente guarda relación con el estigma (Somers, 2007).

Entre los familiares que tienen a su cargo pacientes con estudios superiores técnicos se utiliza preferentemente el estilo de Afrontamiento Enfocado en el Problema y las estrategias de Reinterpretación Positiva y Apoyo Social Instrumental, que, según la literatura consultada, representan los mecanismos más adaptativos que permiten reducir la carga familiar (Magliano et al., 2000). Además, dichas estrategias guardan relación entre sí, puesto que la adopción de las estrategias enfocadas en el problema es más probable cuando los cuidadores reciben soporte emocional e instrumental de los profesionales (Magliano, Fadden, Economou, et al., 1998). En síntesis, los cuidadores de pacientes con estudios superiores técnicos despliegan un conjunto de estrategias de afrontamiento que les permite reducir de forma efectiva los sentimientos de pérdida y tristeza, que aparecen naturalmente al reconocer que su familiar no volverá a ser el mismo debido a su enfermedad (Anderson et al., 1986) y no alcanzará a cumplir los proyectos y aspiraciones que depositaron en él (Kuipers et al., 2004). En el caso de los cuidadores de pacientes con estudios escolares primarios, intervienen otros elementos como el impacto que les origina el observar que su familiar enfermo no culminó la educación escolar, la cual es altamente estimada, especialmente por los individuos de las zonas rurales, considerándola como un factor de progreso y democratización (Conferencia Anual de Ejecutivos, 2001). Para los cuidadores de

pacientes con estudios superiores universitarios resulta incongruente observar que su familiar que obtuvo el mayor logro educativo, vuelva a depender de sus familiares, incluso resultándole imposible el logro de una vida independiente (Aznar y Berlanga, 2005). Todo ello puede influir sobre estos dos últimos grupos al afrontar la situación estresante.

Por otro lado, se discierne que las estrategias de afrontamiento evitativas y las estrategias enfocadas en la emoción correlacionan de manera positiva con el número de recaídas del paciente, lo cual se puede explicar debido a que los cuidadores mayormente optan por estas estrategias frente a una enfermedad crónica (Magliano, Fadden, Economou et al., 1998), cuyo indicador puede ser el número de recaídas del familiar enfermo (Navarro, 2004).

Otra correlación se reporta, aunque de forma negativa, entre la edad del paciente y el Apoyo Social Instrumental. Esto confirma el resultado conseguido por De la Huerta et al. (2006), quienes señalan que los cuidadores de pacientes crónicos con menor edad tienden a buscar información de los profesionales, cuya intensidad disminuye conforme la edad del paciente avanza. El cuidador, en las etapas tempranas de la esquizofrenia, motivado mayormente por su sentimiento de culpa, desea esclarecer e informarse sobre esta enfermedad, el rol de la medicación y otros asuntos, que resulta más decisivo, si quien padece la enfermedad es un menor de edad (Knudson y Coyle, 2002; Kuipers et al., 2004). En cambio, cuando el diagnóstico de esquizofrenia recae sobre un familiar con mayor edad, más allá del tiempo de convivencia con el paciente, suele ser menos impactante para el cuidador, por lo que experimenta una mayor ligereza en recavar información sobre su cuidado (Gutiérrez-Maldonado et al., 2005).

Entre la edad del cuidador, el Acudir a la Religión y la Reinterpretación Positiva se distinguen correlaciones positivas. Esto mismo es consistente con otros resultados que indican que las estrategias que se enfocan en la emoción son mayormente utilizadas por los cuidadores con más edad, mientras que los cuidadores más jóvenes usan en mayor proporción las estrategias que se enfocan en el problema, reflejando, así mismo, una transición que va desde el uso de estas primeras estrategias hacia las segundas, conforme los sujetos van percibiendo que la enfermedad del paciente sobrepasa su propio control (Pearlin & Schooler, 1978).

Se observa que ambos tipos de ansiedad (ansiedad de estado y rasgo) correlacionan positivamente con la estrategia de Negación y las estrategias evitativas, lo cual es similar a otro hallazgo que afirma que el uso de las estrategias enfocadas en la emoción como las evitativas permiten el incremento de la carga familiar y representan un factor de riesgo asociados con altos niveles de angustia (Magliano,

Fadden, Economou et al., 1998). Por su parte, Sandín y Chorot (2003, citado en Moral y Martínez, 2009) refieren que los sujetos expuestos a altos niveles de estrés tienden a estar menos orientados a definir el problema y a generar menos alternativas de solución, las cuales se asemejan a las estrategias de Desentendimiento Conductual y Mental. De esta manera, se confirma que el uso preferente de las estrategias paliativas como el evitar creer que el estresor existe, centrarse en las consecuencias desagradables y el escape conductual y/o cognitivo provocan un mayor malestar físico (Carver y Scheier, 1994; Lazarus y Lazarus, 2000), que en este caso se refleja en el incremento de su ansiedad de rasgo y de estado.

Por último, las estrategia de Planificación se relaciona de manera inversa con la ansiedad de rasgo, tal como lo confirman de manera similar tanto la literatura como otros estudios (Fortune et al., 2005; Hall y Docherty, 2000; Magliano et al., 2000). Es así que el uso de la Planificación, si bien es la menos confrontadora entre las estrategias enfocadas en el problema (Cassaretto y Paredes, 2006), permite que los cuidadores desarrollen un plan de acción para responder a los cambios y demandas de la enfermedad del paciente, lo cual, además, les favorece en mantener cierto orden y organización, disminuyendo, así mismo, las evaluaciones de amenaza y, por consiguiente, los niveles de ansiedad, que suelen presentarse en aquellos que tienen rasgos de personalidad ansiógenos.

### *Limitaciones*

Ciertas limitaciones de la investigación resultan ser evidentes. La pequeña muestra del estudio parece ser poco representativa para la población, no solo por su tamaño, sino también por incluir a un único Hospital Psiquiátrico, que, además, supone una misma ciudad, aunque, según las entrevistas realizadas, sus participantes eran de distintas partes del país. Esta última variable que hace referencia a la procedencia del cuidador no fue tomada en cuenta, tal como no fue considerada el factor cultural y el nivel socioeconómico, a pesar de que diversas investigaciones han coincidido en la influencia que ejercen sobre la ansiedad y elección de los estilos y estrategias de afrontamiento (Barak y Solomon, 2005; Huang et al., 2008; Karanci e Inandilar, 2002; Kung, 2003; Magliano, Fadden, Madianos, et al., 1998; Nakanishi et al., 2002; Rammohan et al., 2002; Upkong, 2006).

La muestra estuvo constituida mayormente por los padres del paciente (68,2%), entre los cuales, las madres conformaban la mayor parte (53%). Es así que los resultados obtenidos suponen una tendencia hacia lo que acontece a los progenitores, refiriéndose en menor medida sobre lo que sucede con los demás

cuidadores (hermano/a, tío/a, hijo/a, etc.). Este señalamiento además pone de relieve la necesidad de categorizar la población de manera más precisa para obtener resultados fidedignos con respecto al grupo que se pretende estudiar.

El estudio tiene ciertas restricciones al ser un estudio transversal con respecto a su diseño y, por lo tanto, limitado en identificar la causalidad como el efecto. De esta manera, resulta imposible determinar si el uso específico de las estrategias de afrontamiento causa ansiedad o si la ansiedad causa que la gente use algunas estrategias de afrontamiento. Similar limitación también ha sido hallada en otro estudio (Dorz et al., 2003). De igual manera, no se pudo medir la influencia que ha podido ejercer el especialista sobre la adopción de ciertas estrategias de afrontamiento, especialmente aquellas enfocadas en el problema, por parte del cuidador. En conclusión, los estudios transversales proveen información limitada acerca de la influencia que ejercen los factores clínicos y sociales sobre la ansiedad y las estrategias de afrontamiento, sobre la estabilidad de estas variables a lo largo del curso de la enfermedad y referente a los cambios de las mismas debido a diferentes circunstancias (Chadda et al., 2007).

### *Conclusiones*

Al poder identificar la relación entre los estilos de afrontamiento, la ansiedad de estado y la ansiedad de rasgo en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia, se puede explicar cómo ellos se adaptan a la enfermedad del familiar. Así mismo, permite observar los esfuerzos que hacen los mismos cuidadores para disminuir su ansiedad asociado con la amenaza que la enfermedad implica.

El Afrontamiento Enfocado en el Problema es adoptado por los cuidadores con más frecuencia, puesto que tienden a centrar sus acciones en el análisis o la renovación de las demandas provocadas por la enfermedad de su pariente, para entenderlas y comprenderlas. En el caso de la estrategia de Planificación, su uso está estrechamente relacionado con los bajos niveles de ansiedad de rasgo. Otras variables como el grado de instrucción y la ocupación del cuidador están relacionadas con bajos niveles de ansiedad tanto de rasgo como de estado.

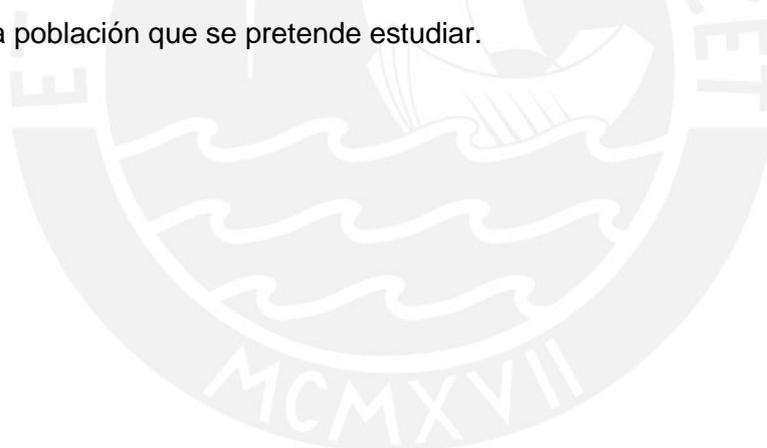
Las estrategias focalizadas en la emoción como la Reinterpretación Positiva y el Acudir a la Religión son utilizadas con más frecuencia por los cuidadores de sexo femenino y por quienes tienen a su cargo familiares que solo han cursado estudios superiores técnicos, centrando sus esfuerzos en dar un significado positivo a la situación de cuidar a un familiar con esquizofrenia, basándose en sus creencias religiosas. Aunque, no se precisa si se da la práctica de los ritos religiosos o si solo

consiste en la convicción que cada uno mantiene sobre sus creencias, a pesar de que en otro estudio esta distinción resulta importante para el análisis de los niveles de carga que experimenta el cuidador familiar (Herrera et al., 2009).

Los cuidadores con estudios escolares secundarios tienden a utilizar las estrategias de afrontamiento evitativas, las cuales guardan relación con los altos índices de ansiedad de rasgo y de estado. De lo cual se puede decir que dichos cuidadores renuncian a buscar soluciones para el problema y prefieren distraerse con otras actividades, experimentando, así mismo, altos niveles de ansiedad, ya sea transitorio como propio de sus características ansiógenas.

Así mismo, no se puede afirmar una causalidad en los datos reportados debido al diseño de la actual investigación que es transversal, considerando que otros eventos han podido intervenir antes como en el momento de la evaluación.

Por lo tanto, se sugiere que las futuras investigaciones consideren los siguientes aspectos: el diseño de una investigación longitudinal que permita observar la causalidad como la consecuencia de la ansiedad y los estilos y estrategias de afrontamiento; la medición de las variables de cultura y nivel socio- económico del cuidador; y la conformación de una muestra con un mayor tamaño que represente cabalmente la población que se pretende estudiar.



### CAPÍTULO III

#### Resultados

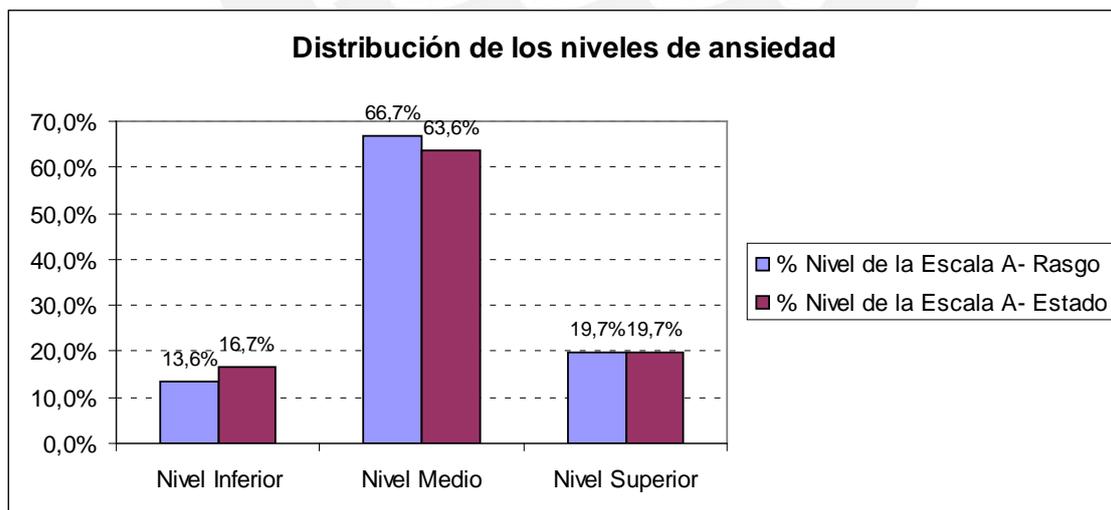
A continuación se procederá a presentar los resultados de los análisis estadísticos llevados a cabo para cumplir con los objetivos de la presente investigación.

#### *Ansiedad de Rasgo y Estado*

De acuerdo con los objetivos definidos, se busca describir la ansiedad de estado y la ansiedad de rasgo entre los cuidadores de pacientes con esquizofrenia, para lo cual, se determinaron los niveles de dichos tipos de ansiedad, apoyándose en los resultados de las medias y las desviaciones estándar según el siguiente criterio:  $X < M - DE$  (nivel inferior),  $M - DE < X < M + DE$  (nivel medio) y  $X > M + DE$  (nivel superior). Adicionalmente, se comparó la ansiedad de estado con la ansiedad de rasgo, utilizando la prueba de Willcoxon como estadístico de comparación, dado que las distribuciones de sus puntajes resultaron ser no paramétricas.

Se encontró que el 19,7% de los cuidadores presenta tanto la ansiedad de rasgo como la ansiedad de estado correspondientes a un nivel superior (Figura 1).

Figura 1



Al comparar los dos tipos de ansiedad, se hallaron diferencias significativas ( $Z = -2,342$ ;  $p = 0,019$ ), distinguiéndose una mayor intensidad de la ansiedad de estado ( $M =$

43,23; DE= 11,15) que de la ansiedad de rasgo ( $M= 41,18$ ;  $DE= 40,50$ ) entre los sujetos que componen la muestra.

Por otra parte, se efectuaron comparaciones entre los tipos de ansiedad en relación a las variables sociodemográficas y clínicas del cuidador como la edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, ocupación, relación de parentesco, tipo de familia y padecimiento de alguna enfermedad; y del paciente como la edad, sexo, grado de instrucción, tipo de tratamiento recibido, duración de la enfermedad y número de recaídas. También se hicieron comparaciones con la variable clínica que hace referencia a la existencia de otro familiar con esquizofrenia.

Así mismo, utilizando la prueba de Kruskal Wallis, se encontraron diferencias significativas sobre la ansiedad de rasgo en relación al grado de instrucción del cuidador ( $H= 7,844$ ;  $p= 0,020$ ). Luego, al aplicar la prueba de U de Mann-Whitney, se encontraron diferencias significativas de acuerdo a las categorías de dicha variable sociodemográfica. De esta manera, se pudo observar que los cuidadores que tienen estudios superiores universitarios presentan menores niveles de ansiedad de rasgo a diferencia tanto de los que tienen estudios superiores técnicos como de los que únicamente culminaron la secundaria escolar. Además, si bien es cierto que la prueba de Kruskal Wallis no indica que existan diferencias significativas sobre la ansiedad de estado, utilizando la prueba de U de Mann-Whitney, se encontró que los cuidadores que tienen estudios superiores universitarios presentan menores niveles de ansiedad de estado que aquellos que únicamente culminaron la secundaria escolar, como se puede observar en la Tabla 7.

**Tabla 7**  
*Ansiedad según el grado de instrucción del cuidador*

	Grado de instrucción del cuidador							U de Mann-Whitney		
	Secundaria <sup>1</sup>		Superior Técnica <sup>2</sup>		Superior Universitaria <sup>3</sup>		$p$	1/2	1/3	2/3
	$M$	$DE$	$M$	$DE$	$M$	$DE$				
Escala A- Estado	45,34	11,59	45,14	12,46	38,5	8,12	0,052	223	<b>189,00*</b>	97
Escala A- Rasgo	<b>42,91</b>	8,93	<b>43,93</b>	10,79	<b>36,5</b>	7,21	<b>0,020*</b>	209,5	<b>178,00**</b>	<b>82,00*</b>

$n = 66$

\* $p < 0,05$

\*\* $p < 0,01$

Igualmente, aplicando la prueba de Kruskal Wallis, se encontraron diferencias significativas sobre la ansiedad de rasgo en relación a la ocupación del cuidador ( $H= 7,270$ ;  $p= 0,026$ ); y al utilizar la prueba de U de Mann-Whitney, se hallaron diferencias

significativas según las categorías de dicha variable sociodemográfica. Es así que se observó que los cuidadores que cuentan con un trabajo remunerado presentan menores niveles de ansiedad de rasgo que aquellos que se encuentran desocupados, como se puede advertir en la Tabla 8.

**Tabla 8**  
*Ansiedad según la ocupación del cuidador*

	Ocupación del cuidador						p	U de Mann-Whitney		
	Trabaja <sup>1</sup>		Desocupado(a) <sup>2</sup>		Amo(a) de casa <sup>3</sup>			1/2	1/3	2/3
	M	DE	M	DE	M	DE				
Escala A- Estado	42,18	11,23	49,4	11,7	43,61	10,93	0,354	61	388	39,5
Escala A- Rasgo	<b>38,95</b>	8,67	<b>50,6</b>	11,74	<b>42,83</b>	8,48	<b>0,026*</b>	<b>40,00*</b>	309,5	30

n= 66

\*p < 0,05

### *Estilos y Estrategias de Afrontamiento*

Conforme con los objetivos planteados, se propuso describir los estilos y estrategias de afrontamiento; se calculó la media y la desviación estándar en base al promedio obtenido entre los puntajes directos y el número total de ítems de cada uno de ellos, de modo, que dichos estilos y estrategias pudieran estar sujetos a comparación. Adicionalmente, se compararon los estilos y estrategias de afrontamiento, utilizando la prueba de Friedman como estadístico de comparación, dado que las distribuciones de los puntajes resultaron ser no paramétricas, obteniendo diferencias significativas ( $X_r^2 = 362,725$ ;  $p = 0,00$ ) entre los mismos. De este modo, se encontró que los cuidadores que conforman la muestra utilizan en mayor grado el estilo de *Afrontamiento Enfocado en el Problema*, seguido por el *Afrontamiento Enfocado en la Emoción*, y por último el *Afrontamiento Evitativo*.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, específicamente las que pertenecen al estilo de *Afrontamiento Enfocado en el Problema* (M= 2,54; DE= 0,51), las más usadas son el *Afrontamiento Activo* (M= 2,73; DE= 0,587) y la *Planificación* (M= 2,72; DE= 0,664), y la menos utilizada es la *Supresión del Afrontamiento* (M= 2,36; DE= 0,678). Sobre las estrategias pertenecientes al estilo de *Afrontamiento Enfocado en la Emoción* (M= 2,50; DE= 0,42), las más utilizadas son el *Acudir a la Religión* (M= 3,05; DE= 0,790) y la *Reinterpretación Positiva* (M= 2,87; DE= 0,559), y la menos usada es la *Negación* (M= 1,72; DE= 0,450). Finalmente sobre aquellas pertenecientes al estilo de *Afrontamiento Evitativo* (M= 1,98; DE= 0,46), la estrategia más utilizada es el *Desentendimiento Mental* (M= 2,10; DE= 0,573), seguido por

*Enfocar y Liberar Emociones* ( $M= 2,08$ ;  $DE= 0,543$ ), y por último el *Desentendimiento Conductual* ( $M= 1,75$ ;  $DE= 0,597$ ). Todo lo cual se puede apreciar en la Tabla 9.

**Tabla 9***Descripción de los Estilos y Estrategias de Afrontamiento*

	M	DE
Afrontamiento enfocado en el problema	2,54	,51
Afrontamiento activo	2,73	,587
Planificación	2,72	,664
Supresión del afrontamiento	2,36	,678
Postergación del afrontamiento	2,43	,599
Apoyo social instrumental	2,46	,733
Afrontamiento enfocado en la emoción	2,50	,42
Apoyo social emocional	2,24	,826
Reinterpretación positiva	2,87	,559
Aceptación	2,63	,639
Acudir a la religión	3,05	,790
Negación	1,72	,450
Afrontamiento evitativo	1,98	,46
Enfocar y liberar emociones	2,08	,543
Desentendimiento conductual	1,75	,597
Desentendimiento mental	2,10	,573

Por otro lado, se efectuaron comparaciones, utilizando la prueba de Kruskal Wallis y/o la prueba de U de Mann-Whitney, entre los estilos y estrategias de afrontamiento en relación a las mismas variables sociodemográficas que se evaluaron en el apartado anterior en función a los tipos de ansiedad.

Con respecto al sexo del cuidador, se encontró que los cuidadores de sexo femenino usan en mayor grado la estrategia de *Acudir a la Religión* ( $M= 3,18$ ;  $DE= 0,69$ ) a diferencia de los cuidadores de sexo masculino ( $M= 2,64$ ;  $DE= 0,97$ ) ( $U= 270,00$ ;  $p= 0,50$ ).

Según el grado de instrucción del cuidador, como se observa en la Tabla 10, se halló que los cuidadores que tienen únicamente secundaria escolar utilizan significativamente en mayor grado las estrategias de *Aceptación*, *Desentendimiento Mental* y *Desentendimiento Conductual* a diferencia de los cuidadores que tienen estudios superiores universitarios. También, se encontró que los cuidadores con estudios superiores técnicos hacen un mayor uso de la estrategia de *Aceptación* en comparación con aquellos que tienen estudios superiores universitarios. Adicionalmente, a pesar de que es cierto que la prueba de Kruskal Wallis no indica que existan diferencias significativas sobre el estilo de *Afrontamiento Evitativo* y la estrategia de *Negación*, se encontró a partir de la prueba de U de Mann-Whitney que

los cuidadores que tienen únicamente secundaria escolar las utilizan en mayor medida a diferencia de aquellos que tienen estudios superiores universitarios.

**Tabla 10**  
*Estilos y Estrategias de Afrontamiento según el grado de instrucción del cuidador*

	Grado de instrucción del cuidador						p	U de Mann-Whitney		
	Secundaria <sup>1</sup>		Superior Técnica <sup>2</sup>		Superior Universitaria <sup>3</sup>			1/2	1/3	2/3
	M	DE	M	DE	M	DE				
Afrontamiento enfocado en el problema	2,5	0,565	2,61	0,432	2,55	0,47	0,808	202,5	292	133
Afrontamiento activo	2,69	0,62	2,73	0,631	2,8	0,53	0,728	212	290	118
Planificación	2,55	0,66	2,91	0,64	2,86	0,66	0,163	163	234	138,5
Supresión del afrontamiento	2,41	0,72	2,41	0,466	2,24	0,74	0,797	209	295	123
Postergación del afrontamiento	2,44	0,68	2,54	0,579	2,34	0,49	0,757	198,5	301	122,5
Apoyo social instrumental	2,44	0,79	2,45	0,833	2,5	0,59	0,950	220	305,5	132,5
Afrontamiento enfocado en la emoción	2,55	0,43	2,57	0,425	2,37	0,39	0,19	219,5	234,5	95
Apoyo social emocional	2,24	0,83	2,2	0,926	2,28	0,79	0,930	211,5	309	131
Reinterpretación positiva	2,82	0,57	3,07	0,532	2,8	0,56	0,249	166	296	96,5
Aceptación	<b>2,73</b>	0,61	<b>2,82</b>	0,696	<b>2,31</b>	0,55	<b>0,021*</b>	222,5	<b>181,00**</b>	<b>81,00*</b>
Acudir a la religión	3,13	0,74	3	0,899	2,95	0,3	0,793	212	283	134,5
Negación	1,83	0,44	1,77	0,454	1,51	0,42	0,052	209,5	<b>196,00*</b>	95
Afrontamiento evitativo	2,09	0,48	1,98	0,472	1,8	0,37	0,111	197,5	<b>208,50*</b>	109
Enfocar y liberar emociones	2,07	0,58	2,18	0,421	2,03	0,58	0,511	193,5	293	106
Desentendimiento conductual	<b>1,95</b>	0,66	<b>1,57</b>	0,454	<b>1,56</b>	0,49	<b>0,049*</b>	150,5	<b>205,00*</b>	133,5
Desentendimiento mental	<b>2,25</b>	0,54	<b>2,18</b>	0,723	<b>1,8</b>	0,39	<b>0,021*</b>	211	<b>172,00**</b>	94

n= 66

\*p< 0,05

\*\*p< 0,01

En relación al tipo de familia del cuidador, se encontró que los cuidadores que pertenecen a una familia extensa utilizan significativamente en mayor grado la estrategia de *Apoyo Social Emocional* en comparación con aquellos que pertenecen a una familia nuclear y con los cuidadores que pertenecen a una familia ensamblada. Además, al margen de que no existan diferencias significativas con respecto a la estrategia de *Apoyo Social Instrumental* según la prueba de Kruskal Wallis, se halló que los cuidadores que pertenecen a una familia extensa la utilizan en mayor grado a diferencia de aquellos que pertenecen a una familia nuclear, según la prueba de U de Mann-Whitney, como se puede apreciar en la Tabla 11.

**Tabla 11**  
*Estilos y Estrategias de Afrontamiento según el tipo de familia del cuidador*

	Tipo de familia						p	U de Mann-Whitney		
	Familia Nuclear <sup>1</sup>		Familia Extensa <sup>2</sup>		Familia Ensamblada <sup>3</sup>			1/2	1/3	2/3
	M	DE	M	DE	M	DE				
Afrontamiento enfocado en el problema	2,49	0,54	2,69	0,35	2,63	0,47	0,415	199	143,5	36,5
Afrontamiento activo	2,69	0,66	2,84	0,32	2,82	0,28	0,537	215	141	36
Planificación	2,64	0,68	2,98	0,68	2,93	0,4	0,319	204,5	123,5	35,5
Supresión del afrontamiento	2,32	0,67	2,45	0,55	2,43	0,95	0,75	226,5	155	37,5
Postergación del afrontamiento	2,42	0,66	2,34	0,38	2,61	0,48	0,54	254	129	26
Apoyo social instrumental	2,39	0,78	2,84	0,46	2,36	0,63	0,115	<b>160,50*</b>	164,5	22
Afrontamiento enfocado en la emoción	2,45	0,45	2,66	0,29	2,57	0,36	0,267	185,5	135	38
Apoyo social emocional	<b>2,09</b>	0,86	<b>2,89</b>	0,48	<b>2,29</b>	0,51	<b>0,008**</b>	<b>113,00**</b>	130	<b>15,50*</b>
Reinterpretación positiva	2,8	0,61	2,95	0,29	3,18	0,45	0,171	217	101,5	26
Aceptación	2,63	0,62	2,48	0,77	2,82	0,59	0,431	221,5	134	25
Acudir a la religión	3,02	0,84	3,11	0,61	3,11	0,76	0,986	261,5	163	36
Negación	1,72	0,44	1,89	0,48	1,46	0,44	0,151	204,5	113,5	19,5
Afrontamiento evitativo	1,98	0,48	2,12	0,43	1,75	0,27	3,19	199	126,5	17
Enfocar y liberar emociones	2,05	0,54	2,25	0,66	2,04	0,3	0,631	216	164,5	31,5
Desentendimiento conductual	1,8	0,63	1,77	0,53	1,43	0,35	0,288	255,5	108,5	23,5
Desentendimiento mental	2,09	0,58	2,34	0,48	1,79	0,55	0,135	184	129	18,5

n= 66

\*p< 0,05

\*\*p< 0,01

Así mismo, como se muestra en la Tabla 12, se encontró que los cuidadores que tienen otro miembro de la familia con esquizofrenia, además del paciente, utilizan en mayor medida la estrategia de *Postergación del Afrontamiento*. En cambio, los cuidadores que no tienen otro miembro de la familia con esquizofrenia hacen un mayor uso de las estrategias de *Apoyo Social Emocional* y *Enfocar y Liberar Emociones*.

Tabla 12

*Estilos y Estrategias de Afrontamiento según la existencia de otro familiar con esquizofrenia*

	Otro familiar con esquizofrenia				p	U
	Si		No			
	M	DE	M	DE		
Afrontamiento enfocado en el problema	2,6	0,468	2,51	0,524	,459	407
Afrontamiento activo	2,9	0,516	2,66	0,606	,162	361
Planificación	2,85	0,741	2,67	0,628	,297	386
Supresión del afrontamiento	2,33	0,674	2,37	0,687	,877	449
Postergación del afrontamiento	<b>2,64</b>	0,559	<b>2,34</b>	0,599	<b>,030*</b>	<b>306,50*</b>
Apoyo social instrumental	2,3	0,667	2,53	0,757	,199	368,5
Afrontamiento enfocado en la emoción	2,41	0,416	2,54	0,422	,152	357,5
Apoyo social emocional	<b>1,86</b>	0,7	<b>2,41</b>	0,829	<b>,013*</b>	<b>282,00*</b>
Reinterpretación positiva	2,94	0,601	2,84	0,543	,606	423,5
Aceptación	2,54	0,598	2,66	0,659	,398	400
Acudir a la religión	2,93	0,87	3,1	0,757	,495	411,5
Negación	1,78	0,451	1,7	0,453	,459	408
Afrontamiento evitativo	1,85	0,395	2,03	0,478	,166	361
Enfocar y liberar emociones	<b>1,89</b>	0,469	<b>2,16</b>	0,556	<b>,034*</b>	<b>310,00*</b>
Desentendimiento conductual	1,66	0,495	1,79	0,637	,582	421
Desentendimiento mental	2	0,526	2,14	0,593	,277	383

n= 66

\*p&lt; 0,05

Finalmente, respecto al grado de instrucción del paciente esquizofrénico, se halló que los cuidadores de pacientes con estudios superiores técnicos utilizan en mayor medida la estrategia de *Reinterpretación Positiva* a diferencia de aquellos que tienen a su cargo pacientes con estudios superiores universitarios y con primaria escolar; y, aunque la prueba de Kruskal Wallis no indica que existan diferencias significativas sobre el estilo de *Afrontamiento Enfocado en el Problema* y sobre la estrategia de *Apoyo Social Instrumental*, según la prueba de U de Mann-Whitney, los cuidadores de pacientes con estudios superiores técnicos las usan en mayor medida a diferencia de los cuidadores de pacientes que tienen únicamente primaria escolar, como se puede distinguir en la Tabla 13.

**Tabla 13**  
*Estilos y Estrategias de Afrontamiento según el grado de instrucción del paciente esquizofrénico*

	Grado de Instrucción del paciente								p	U de Mann-Whitney					
	Primaria <sup>1</sup>		Secundari <sup>2</sup>		Superior técnica <sup>3</sup>		Superior universitaria <sup>4</sup>			1/2	1/3	1/4	2/3	2/4	3/4
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE							
Afrontamiento enfocado en el problema	2,23	0,53	2,56	0,49	2,78	0,5	2,39	0,46	0,106	63	<b>16,00*</b>	26	179,5	163,5	44
Afrontamiento activo	2,46	0,56	2,76	0,61	2,9	0,55	2,58	0,56	0,376	74	24,5	33,5	209	164,5	53,5
Planificación	2,5	0,67	2,71	0,63	3,02	0,56	2,54	0,82	0,402	84,5	23,5	32	173,5	193	54
Supresión del afrontamiento	2	0,82	2,34	0,54	2,65	0,76	2,25	0,83	0,324	69	20	29	181,5	193,5	58,5
Postergación del afrontamiento	2,21	0,46	2,49	0,65	2,56	0,45	2,21	0,62	0,261	71	22,5	35	190	163,5	51
Apoyo social instrumental	2	0,69	2,46	0,75	2,75	0,66	2,35	0,71	0,229	68	<b>15,50*</b>	26,5	180,5	194	54,5
Afrontamiento enfocado en la emoción	2,29	0,46	2,52	0,41	2,65	0,38	2,38	0,45	0,320	76,5	22	32	189	169	51,5
Apoyo social emocional	2,17	0,86	2,25	0,87	2,5	0,73	1,98	0,79	0,425	98,5	26,5	32	188,5	172	46,5
Reinterpretación positiva	<b>2,46</b>	0,58	<b>2,9</b>	0,49	<b>3,23</b>	0,48	<b>2,58</b>	0,6	<b>0,018*</b>	63	<b>13,00*</b>	32	147,5	143	<b>32,50*</b>
Aceptación	2,29	0,86	2,65	0,63	2,71	0,63	2,63	0,6	0,766	78,5	28	29,5	222	196	71,5
Acudir a la religión	2,63	0,8	3,03	0,82	3,19	0,67	3,15	0,84	0,468	69,5	21,5	23,5	210	186	77,5
Negación	1,92	0,61	1,77	0,41	1,63	0,4	1,56	0,51	0,297	86,5	26,5	23,5	179,5	151	66
Afrontamiento evitativo	1,94	0,74	2,01	0,42	1,94	0,48	1,94	0,45	0,802	83,5	32	33,5	194,5	195,5	75,5
Enfocar y liberar emociones	2	0,69	2,08	0,54	2,1	0,45	2,1	0,63	0,906	88	31,5	29,5	217,5	203,5	75
Desentendimiento conductual	1,63	0,96	1,8	0,55	1,71	0,64	1,73	0,54	0,520	70,5	27,5	25,5	191,5	195	71,5
Desentendimiento mental	2,21	0,89	2,15	0,53	2	0,62	2	0,51	0,702	103	33,5	33,5	184,5	172,5	76

n= 66  
\*p< 0,05

*Ansiedad y Afrontamiento en cuidadores de pacientes con esquizofrenia*

En primer lugar, se reportó que la ansiedad de rasgo correlaciona de manera negativa y en un nivel bajo con la edad del cuidador. En el caso de los estilos de afrontamiento, el *Afrontamiento Evitativo* y sus estrategias como el *Enfocar y Liberar Emociones* y *Desentendimiento Mental*, y las estrategias de *Apoyo Social Emocional* y *Reinterpretación Positiva* correlaciona de manera directa y en un nivel inferior con el número de recaídas del paciente. También, se encontraron correlaciones de forma directa y en un nivel bajo entre la edad del cuidador, el *Acudir a la Religión* y la *Reinterpretación Positiva*; y se reportó que el *Apoyo Social Instrumental* correlaciona de forma inversa y en un nivel bajo con la edad del paciente, como se aprecia en la Tabla 14.

Tabla 14

Correlaciones entre las variables de ansiedad, estilos de afrontamiento, edad del cuidador y edad, número de recaídas y tiempo de enfermedad del paciente.

	Edad del cuidador	Edad del paciente	Número de recaídas del paciente	Tiempo de enfermedad del paciente
Escala A- Estado	-,228	-,008	,148	-,012
Escala A- Rasgo	<b>-,247*</b>	-,054	,144	,010
Afrontamiento enfocado en el problema	,160	-,153	0,160	-,018
Afrontamiento activo	,193	-,031	,175	,073
Planificación	,144	,058	,182	,056
Supresión del afrontamiento	,081	-,191	,160	-,059
Postergación del afrontamiento	,079	,021	,016	,072
Apoyo social instrumental	-,003	<b>-,285*</b>	,136	-,100
Afrontamiento enfocado en la emoción	,193	-,065	0,227	-,022
Apoyo social emocional	,040	-,163	<b>,243*</b>	-,110
Reinterpretación positiva	<b>,277*</b>	-,025	<b>,251*</b>	-,001
Aceptación	,004	,112	,098	,124
Acudir a la religión	<b>,268*</b>	,041	,131	,054
Negación	,042	-,063	-,041	-,014
Afrontamiento evitativo	-,152	,005	<b>,293*</b>	,029
Enfocar y liberar emociones	-,218	,052	<b>,270*</b>	,023
Desentendimiento conductual	,014	-,091	,167	-,022
Desentendimiento mental	-,195	,020	<b>,281*</b>	,034

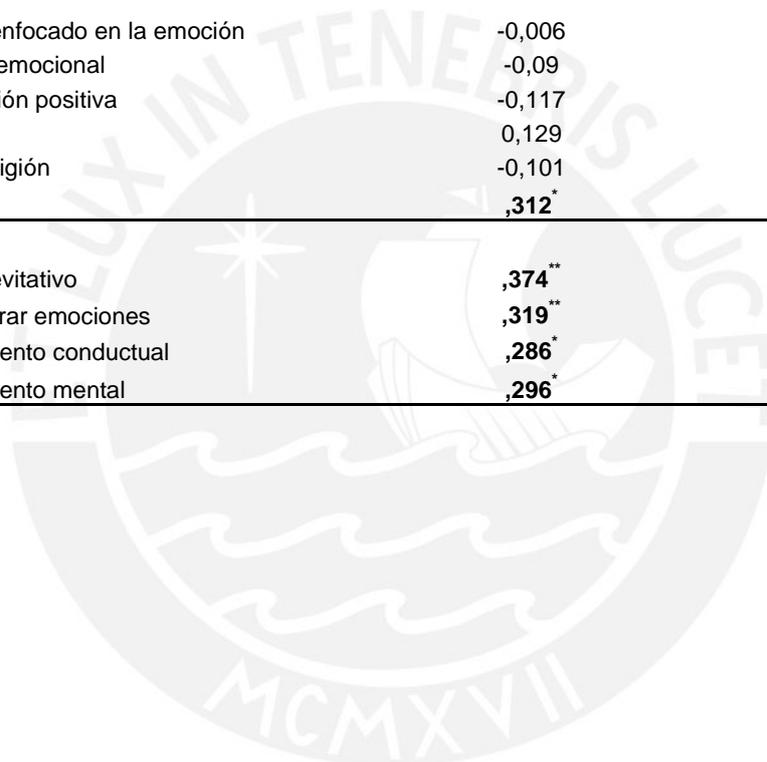
Por último, se encontraron correlaciones significativas y directas entre ambos tipos de ansiedad (ansiedad de rasgo y ansiedad de estado) y la *Negación*. Se reportó que tanto la ansiedad de rasgo como la ansiedad de estado correlacionan significativamente de forma directa y en un nivel mediano y alto con el *Afrontamiento Evitativo* y sus estrategias. Además, se halló que la ansiedad de rasgo correlaciona significativamente de manera inversa con la *Planificación*, como se aprecia en la Tabla 15.

**Tabla 15**

*Correlación entre las variables de ansiedad y los estilos y estrategias de afrontamiento*

	Ansiedad de Estado	Ansiedad de Rasgo
Ansiedad de Estado	0,000	<b>0,727**</b>
Ansiedad de Rasgo	<b>0,727**</b>	0,000
Afrontamiento enfocado en el problema	-0,168	-0,178
Afrontamiento activo	-0,206	-0,197
Planificación	-0,199	<b>-,298*</b>
Supresión del afrontamiento	-0,009	0,078
Postergación del afrontamiento	-0,006	-0,031
Apoyo social instrumental	-0,119	-0,059
Afrontamiento enfocado en la emoción	-0,006	0,013
Apoyo social emocional	-0,09	-0,03
Reinterpretación positiva	-0,117	-0,229
Aceptación	0,129	0,111
Acudir a la religión	-0,101	-0,09
Negación	<b>,312*</b>	<b>,374**</b>
Afrontamiento evitativo	<b>,374**</b>	<b>,517**</b>
Enfocar y liberar emociones	<b>,319**</b>	<b>,321**</b>
Desentendimiento conductual	<b>,286*</b>	<b>,382**</b>
Desentendimiento mental	<b>,296*</b>	<b>,532**</b>

n= 66  
\*p< 0,05  
\*\*p< 0,01



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ali, J. & Avison, W.R. (1997). Employment Transitions and Psychological Distress: The Contrasting Experiences of Single and Married. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(4), 345- 362.
- Altieri, M.J. & Von Kluge, S. (2009). Family Functioning and Coping Behaviors in Parents of Children with Autism. *Journal of Child & Family Studies*, 18, 83- 92.
- Alvarenga, S. (2008). *La esquizofrenia en el hogar: Guía práctica para familiares y amigos*. San Vicente: Club Universitario.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- IV TR)*. Barcelona: Masson.
- Anchante, M. (1993). *Ansiedad Rasgo - Estado y Soporte Social en un grupo de alumnos de Estudios Generales de Ciencias de la Pontificia Universidad Católica del Perú*. Tesis de licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Anderson, C., Reiss, D. & Hogarty, G. (1986) *Esquizofrenia y familia: guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Ansión, J., Lazarte, A., Matos, S., Rodríguez, J. & Vega, P. (1998). *Educación: la mejor herencia, decisiones educativas y expectativas de los padres de familia. Una aproximación empírica*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Anseau, M., Fischler, B., Dierick, M., Albert, A., Leyman, S. & Pharm, A.M. (2008). Socioeconomic correlates of generalized anxiety disorder and major depression in primary care: The GADIS II study (Generalized Anxiety and Depression Impact Survey II). *Depression & Anxiety*, 25(6), 506- 513.
- Álvarez, A. (Ed.). (2004). *Enciclopedia Temática del Perú (Vol. 7)*. Lima: El Comercio.
- Arribas, M.P., Martínez, J.J., Pedrós, A., Tomás, A. & Company, J.V. (1996). *Convivir con la esquizofrenia: una guía de apoyo para familiares*. Valencia: Promolibro.
- Aznar, E. & Berlanga, A. (2005). *Guía Práctica para el manejo de la esquizofrenia: Manual para la familia y el cuidador*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Barak, D. & Solomon, Z. (2005). In the Shadow of Schizophrenia: A study of siblings' Perceptions. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 42(4), 234- 241.
- Bernos, R. (1990). *Esquizofrenia y disfuncionalidad familiar*. Tesis de bachiller no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Boye, B. & Malt, U.F. (2002). Stress response symptoms in relatives of acutely admitted psychotic patients: A pilot study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56, 253-260.
- Bulbena, A., Berrios, G.E. & Fernández, P. (2003). *Medición clínica en psiquiatría y psicología (ed. rev.)*. Barcelona: Masson.

- Caqueo- Urizar, A. & Gutiérrez- Maldonado, J. (2006). Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 15(4), 719- 724.
- Carver, C.S. & Scheier, M. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66 (1), 184-195.
- Carver, C. S. & Scheier. M. (1998). *On the self- regulation of behavior*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Carver, C.S., Scheier, M. & Weintraub, J. (1989). Atesting coping strategies: A theoretical based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267- 283.
- Cassaretto, M. & Paredes, R. (2006). Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 24(1), 109- 142.
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas. & Valdez, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 21(2), 363- 392.
- Casuso, L. (1996). *Adaptación de la prueba COPE sobre estilos de afrontamiento en un grupo de estudiantes universitarios de Lima*. Tesis de licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Chadda, R.K., Singh, T.B. & Ganguly, K.K. (2007). Caregiver burden and coping: A prospective study of relationship between burden and coping in caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42, 923- 930.
- Chakrabarti, S. & Gill, S. (2002). Coping and its correlates among caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study. *Bipolar Disorders*, 4, 50- 60.
- Chau, C. (1999). *Consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios: motivaciones y estilos de afrontamiento*. Tesis de maestría no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Chau, C. (2004). *Determinants of alcohol use among university students. The role of stress, coping and expectancies*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.
- Compas, B.E. (2006). Psychobiological Processes of Stress and Coping. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 226- 234.
- Compas, B.E. (2009). Coping, regulation, and development during childhood and adolescence. En: E.A. Skinner & M.J. Zimmer- Gembeck (Eds.) *Coping and the development of regulation. New Directions for child and Adolescent Development* (pp. 87- 99) San Francisco: Jossey- Bass.
- Conferencia Anual de Ejecutivos. (2001). *Perú: ¿en qué país queremos vivir? La apuesta por la educación y la cultura*. Lima: Instituto Peruano de Acción Empresarial.

- De la Huerta, R., Corona, J. & Méndez, J. (2006). Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 39(1), 46- 51.
- Dejo, M. (2004). Sentido de coherencia, afrontamiento y sobrecarga en cuidadores familiares de ancianos con enfermedad crónica. Tesis de doctorado publicada. Universidad Femenina del Sagrado Corazón. Lima, Perú.
- Dorz, S., Novara, C., Sica, C. & Sanavio, E. (2003). Predicting burnout among HIV/AIDS and oncology health care workers. *Psychology and Health*, 18(5), 677- 684.
- Durdu, M. & Baloğlu, M. (2006). A description and comparison of the levels of anxiety among college administrators. *Social Behavior & Personality: An International Journal*, 34(6), 739- 745.
- Ercan, I., Irgil, E., Sigirli, D., Ozen, N.S. & Kan, I. (2008). Evaluation of anxiety among medical and engineering students by factor analysis. *Studia Psychologica*, 50(3), 267- 275.
- Flores, P. (1999). *Ansiedad y Estilos de Afrontamiento en padres de niños recién diagnosticados con Leucemia o Linfoma No- Hodgkin*. Tesis de licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Fortune, D.G., Smith, J.V. & Garvey, K. (2005). Perceptions of psychosis, coping, appraisals, and psychological distress in the relatives of patients with schizophrenia: An exploration using self- regulation theory. *The British Journal of Clinical Psychology*, 44, 319- 331.
- Fresán, A., Apiquian, R., Ulloa, R.E., Loyzaga, C., García- Anaya, M. & Gutiérrez, D. (2001) Ambiente familiar y psicoeducación en el primer episodio de esquizofrenia: Resultados preliminares. *Salud Mental*. 24 (4), 36- 40.
- Gold, J.I., Treadwell, M., Weissman, L. & Vichinsky, E. (2008). An expanded Transactional Stress and Coping Model for siblings of children with sickle cell disease: family functioning and sibling coping, self- efficacy and perceived social support. *Child: care, health and development*, 34(4), 491- 502.
- Grosman, C. & Martínez, I. (2000). *Familias ensambladas: nuevas uniones después del divorcio*. Buenos Aires: Universidad.
- Gumley, A. & Schwannauer, M. (2008). *Volver a la normalidad después de un trastorno psicótico: un modelo cognitivo- relacional para la recuperación y la prevención de recaídas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gutiérrez- Maldonado, J., Caqueo- Urizar, A., Kavanagh, D.J. (2005). Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40 (11), 899- 904.
- Hall, M.J. & Docherty, N.M. (2000). Parent Coping Styles and Schizophrenic Patient Behavior as Predictors of Expressed Emotion. *Family Process*, 39(4), 435- 444.
- Han, H.R., Cho, E.J. & Kim, J. (2009). The report of coping strategies and psychosocial adjustment in Korean mothers of children with cancer. *Psycho- Oncology*, 18, 956- 964.

- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw- Hill.
- Herrera, A.P., Lee, J.W., Nanyonjo, R.D., Laufman, L.E. & Torres- Vigil, I. (2009). Religious coping and caregiver well- being in Mexican- American families. *Aging & Mental Health*, 13(1), 84- 91.
- Houtzager, B.A., Grootenhuis, M.A., Caron, H.N. & Last, B.F. (2004). Quality of life and psychological adaptation in siblings of paediatric cancer patients, 2 years after diagnosis. *Psycho- Oncology*, 13, 499- 511.
- Huang, X.Y., Sun, F.K., Yen, W.J. & Fu, C.M. (2008). The coping experiences of carers who live with someone who has schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 817- 826.
- Imran, N., Bhatti, M.R., Haider, I.I., Azhar, L., Omar, A. & Sattar, A. (2010). Caring for the caregivers: Mental health, family burden and quality of life of caregivers of patients with mental illness. *Journal of Pakistan Psychiatric Society*, 7(1), 23- 28.
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi” (2002). *Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental: Informe General*. En: *Anales de Salud Mental*, Lima, Perú- 2002- Volumen XVIII, Nos. 1 y 2.
- Johannessen, J.O., Martindale, B.V. & Cullberg, J. (2008). *Evolución de la psicosis: diferentes fases, diferentes tratamientos*. Barcelona: Herder.
- Johnson, D.R. & Gronlund, S.D. (2009). Individuals lower in working memory capacity are particularly vulnerable to anxiety’s disruptive effect on performance. *Anxiety, Stress & Coping*, 22(2), 201- 213.
- Jungbauer, J. & Angermeyer, M.C. (2002). Living with a schizophrenic patient: A comparative study of burden as it affects parents and spouses. *Psychiatry*, 65 (2), 110- 123.
- Karanci, A.N. & Inandilar, H. (2002). Predictors of components of expressed emotion in major caregivers of Turkish patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 80- 88.
- Kerlinger, F.N. & Lee, H.B. (2002). *Investigación del comportamiento* (4a. ed.). México, D.F: Mc Graw- Hill.
- Knudson, B. & Coyle, A. (2002). Parents’ experiences of caring for sons and daughters with schizophrenia: a qualitative analysis of coping. *The European journal of Psychotherapy, Counselling & Health*, 5(2), 169- 183.
- Kuipers, E., Leff, J. & Lam, D. (2004). *Esquizofrenia: Guía práctica de trabajo con las familias*. Barcelona: Paidós.
- Kung, W. (2003). The Illness, Stigma, Culture, or Immigration? Burdens on Chinese American Caregivers of Patients with Schizophrenia. *Families in Society*, 84(4), 547- 557.

- Lagos, E., Loubat, M., Muñoz, E. & Vera, P. (2004). Estrategias de Afrontamiento de Padres de Niños con Secuelas de Quemaduras Visibles. *Revista de Psicología*, 13(2), 51- 62.
- Laidlaw, T.M., Coverdale, J.H., Falloon, I.R.H. & Kydd, R.R (2002). Caregivers' Stresses When Living Together or Apart from Patients with Chronic Schizophrenia. *Community Mental Health Journal*. 38 (4), 303- 310.
- Lazarus, R.S. (2000). Toward Better Research on Stress and Coping. *American Psychologist*, 55(6), 665- 673.
- Lazarus, R.S. (2007). Stress and emotion: A new synthesis. En: A. Monat, R. Lazarus & G. Reevy (Eds.) *The Praeger Handbook on Stress and Coping*. Westport, CT: Praeger.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca S.A.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141- 169.
- Lazarus, R.S. & Lazarus, B.N. (2000). *Pasión y razón: la comprensión de nuestras emociones*. Barcelona: Paidós.
- Lee, H.S., Kim, D.K. & Kim, J.H. (2006). Stress in caregivers of demented people in Korea- a modification of Pearlin and colleagues' stress model. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 784- 791.
- Lladó, A., Antón- Aguirre, S., Villar, A., Rami, L. & Molinuevo, J.L. (2008). Impacto psicológico del diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer. *Neurología*, 23(5), 294- 298.
- Magaña, S.M., Ramírez- García, J.I., Hernández, M.G. & Cortez, R. (2007). Psychological Distress among Latino Family Caregivers of Adults with Schizophrenia: The Roles of Burden and Stigma. *Psychiatric Services*, 58(3), 378- 384.
- Magliano, L., Fadden, G., Madianos, M., Caldas, J.M., Held, T., Guarneri, M., Marasco, C., Tosini, P. & Maj, M. (1998). Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 33, 405- 412.
- Magliano, L., Fadden, G., Economou, M., Held, T., Xavier, M., Guarneri, M., Malangone, C., Marasco, C. & Maj, M. (2000). Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1- year follow- up data from the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 35, 109- 115.
- Magliano, L., Fadden, G., Economou, M., Xavier, M., Held, T., Guarneri, M., Marasco, C., Tosini, P. & Maj, M. (1998). Social and clinical factors influencing the choice of coping strategies in relatives of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33, 413- 419.
- Magliano, L., Marasco, C., Fiorillo, A., Malangone, C., Guameri, M., Maj, M. & the Working Group of the Italian National Study on Families of Persons with Schizophrenia. (2002). The impact of professional and social network support

- on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatr Scand*, 106, 291- 198.
- Möller- Leimkühler, A.M. (2005). Burden of relatives and predictors of burden. Baseline results from the Munich 5- year- follow- up study on relatives of first hospitalized patients with schizophrenia or depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 255, 223- 231.
- Möller- Leimkühler, A.M. & Obermeier, M. (2008). Predicting caregiver burden in first admission psychiatric patients: 2- year follow- up results. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 258, 406- 413.
- Moral, J. & Martínez, J. (2009). Reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo: estrés y afrontamiento. *Psicología y Salud*, 19(2), 189- 196.
- Moreno, C., Del Barrio, V. & Mestre, V. (1995). Ansiedad y acontecimientos vitales en adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27(3), 471- 496.
- Murray, B. (1989). *La terapia familiar en la práctica clínica*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Nakanishi, T., Nukariya, K., Kasahara, H., Ushijima, S., Hirai, K., Akechi, T., Okamura, H. & Uchitomi, Y. (2002). Psychological distress of family members with cancer patients in Japan. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 6, 205- 210.
- Navarro, J. (2004) *Enfermedad y familia: Manual de intervención psicosocial*. Barcelona: Paidós.
- Nehra, R., Chakrabarti, S., Kulhara, P. & Sharma, R. (2005). Caregiver- coping in bipolar disorder and schizophrenia: A re- examination. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40, 329- 336.
- Onwumere, J., Kuipers, E., Bebbington, P., Dunn, G., Fowler, D., Freeman, D., Watson, P. & Garety, P. (2008). Caregiving and Illness Beliefs in the Course of Psychotic Illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(7), 460- 468.
- Organización Mundial de la Salud (1992). Manual de trastornos mentales y del comportamiento (CIE- 10). Madrid: Meditor.
- Pearlin, L.I. & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2- 21.
- Putwain, D.W., Woods, K.A. & Symes, W. (2010). Personal and situational predictors of test anxiety of students in post- compulsory education. *British Journal of Educational Psychology*, 80, 137- 160.
- Ramírez- García, J.I., Hernández, B. & Dorian, M. (2009). Mexican American caregivers' coping efficacy: Associations with caregivers' distress and positivity to their relatives with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 44, 162- 170.
- Rammohan, A., Rao, K. & Subbakrishna, D.K. (2002). Religious coping and psychological wellbeing in carers of relatives with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, 105, 356- 362.

- Rojas, R. (1997). *Ansiedad, cólera y estilos de afrontamiento en portadores de VIH*. Tesis de maestría no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Romero, S. (2009). Niveles de estrés percibido y estilos de afrontamiento en pacientes con bulimia nerviosa. Tesis de licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Salazar, V. (1992). *Estilos de afrontamiento al estrés en relación a las dimensiones de personalidad: Neuroticismo- extroversión. Estudio realizado en un grupo de estudiantes universitarios*. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.
- Sánchez, R. (1993). *Relación entre locus de control interno- externo, modos de afrontamiento ante situaciones estresantes en sujetos universitarios*. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.
- Sandín, B. (1995). El estrés. En: A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.) *Manual de Psicopatología*. Madrid: Mc Graw- Hill.
- Saunders, J.C. (1999). Family functioning in families providing care for a family member with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 20(2), 95- 113.
- Schene, A.H., Van Wijngaarden, B. & Koeter, M.W. (1998) Family caregiving in schizophrenia: Domains and distress. *Schizophrenia Bulletin*, 24(4), 609- 618.
- Seidmann, S., Stefani, D., Pano, C.O., Acrich, L. & Bail, V. (2004). Sentimientos de sobrecarga y apoyo social en cuidadores familiares de enfermos crónicos. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*. 22 (1), 47- 62.
- Shibre, T., Kebede, D., Alem, A., Negash, A., Deyassa, N., Fekadu, A., Fekadu, D., Jacobsson, L. & Kullgren, G. (2003). Schizophrenia: illness impact on family members in a traditional society- rural Ethiopia. *Soc Psychiatry Psychiatry Epidemiol*, 38, 27- 34.
- Somers, V. (2007). Schizophrenia: The Impact of Parental Illness on Children. *British Journal of Social Work*, 37(8), 1319- 1334.
- Spielberger, C. & Díaz- Guerrero. (1975). *Manual del IDARE: Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado*. México: Manual Moderno.
- Stefani, D., Seidmann, S. & Acrich, L. (2000). Estructura de la red social, apoyo social percibido y sentimiento de sobrecarga: un estudio preliminar en cuidadoras de enfermos crónicos. *Interdisciplinaria*, 17(1), 21- 38.
- Stefani, D., Seidmann, S., Pano, C., Acrich, L. & Bail, V. (2003). Los cuidadores familiares de enfermos crónicos: sentimiento de soledad, aislamiento social y estilos de afrontamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 13(1), 55- 65.
- Sueldo, J. (1989). *Niveles de ansiedad: estado y rasgo en pacientes consumidores de pasta básica de cocaína comparado con un grupo no consumidor*. Tesis de bachiller no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.

- Tang, V.W., Leung, S.K. & Lam, L.C. (2008). Clinical correlates of the caregiving experience for Chinese caregivers of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 43, 720- 726.
- Thorsen, G.R., Gronnestad, T. & Oxnevad, A.L. (2009). *Trabajo familiar en las psicosis: una guía para profesionales*. Barcelona: Herder.
- Touriño, R., Inglott, R., Baena, E. & Fernández, J. (2007) *Guía de intervención familiar en la esquizofrenia* (2a. ed.). Barcelona: Glosa.
- Ukpong, D.I. (2006). Demographic factors and clinical correlates of burden and distress in relatives of service users experiencing schizophrenia: A study from south-western Nigeria. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15, 54- 59.
- Ulstein, I., Wyller, T.B. & Engedal, K. (2008). Correlates of intrusion and avoidance as stress response symptoms in family carers of patients suffering from dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 1051- 1057.
- Vásquez, C.F. (2009). *Alexitimia y autolesiones en un grupo de escolares de Lima Metropolitana*. Tesis de licenciatura no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Wancata, J., Freidl, M., Krautgartner, M., Friedrich, F., Matschnig, T., Unger, A., Gössler, R. & Frühwald, S. (2008). Gender aspects of parents' needs of schizophrenia patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 43, 968- 974.
- Waszkowska, M. & Szymczak, W. (2009). Return to work after myocardial infarction: A retrospective study. *International Journal of Occupational Medicine & Environmental Health*, 22(4), 373- 381.
- Wijnberg- Williams, B.J., Kamps, W.A., Klip, E.C., Hoekstra- Weebers, J.E. (2006). Psychological adjustment of parents of pediatric cancer patients revisited: Five years later. *Psycho- Oncology*, 15, 1- 8.
- Yousefi, F., Mansor, M.B., Juhari, R.B., Redzuan, M., Talib, A., Kumar, V. & Naderi, H. (2009). Memory as mediator between Test- Anxiety and Academic Achievement in High School Students. *European Journal of Scientific Research*, 35(2), 274- 280.
- Yousefi, F., Talib, A., Mansor, M.B., Juhari, R.B. & Redzuan, M. (2010). The Relationship between Test- Anxiety and Academic Achievement among Iranian Adolescents. *Asian Social Science*, 6(5), 100- 105.





## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Código del participante (a llenar por el encuestador) \_\_\_\_\_

El alumno de la Especialidad de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú, Javier Eduardo Guardia Canales, se encuentra trabajando en una investigación para realizar su tesis de licenciatura. Por este motivo necesita de su ayuda y colaboración.

Para la siguiente investigación se le solicitará que llene una ficha de datos personales y luego se procederá a la aplicación de dos pruebas psicológicas para poder conocer su reacción frente al problema que presente el familiar. En este sentido, no hay respuesta buena ni mala, lo que importa es lo que usted piensa y siente.

Dadas las características del trabajo, esta información será analizada de manera grupal, por lo que no podemos ofrecer información individualizada sobre lo que se reporte.

Se le agradece de antemano su participación, tiempo y sinceridad, que serán de mucha ayuda para la investigación.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

## Ficha de Datos

### Datos Personales del cuidador

1. Sexo                    Hombre ( )                    Mujer ( )
2. Edad: .....
3. Fecha de nacimiento: .....
4. Lugar de nacimiento: .....
5. Lugar de residencia actual: .....
6. Estado Civil:
- Soltero(a) ( )                    Casado(a) ( )                    Conviviente ( )
- Divorciado(a) ( )                    Viudo(a) ( )
7. Grado de Instrucción:
- No asistí a la escuela ( )                    Primaria ( )                    Secundaria ( )
- Superior Técnica ( )                    Superior Universitaria ( )
8. Personas con quienes vive: .....
- .....
9. ¿Cuántos hijos tiene? (tomando en cuenta al hijo enfermo).....
10. ¿A qué se dedica actualmente?
- Trabaja ( )                    No trabaja ( )                    Ama de casa ( )
11. Si usted trabaja, indique su condición laboral actual
- Estable ( )                    Temporal ( )
12. ¿Pertenece a alguna religión?
- Sí ( )                    ¿Cuál?.....                    ¿Hace cuánto tiempo?.....
- No ( )

13. ¿Qué relación de parentesco tiene usted con la persona diagnosticada con esquizofrenia?

Padre ( )                  Madre ( )                  Abuelo ( )                  Tío(a) ( )

Otro ( ) (especifique).....

14. ¿Hace cuánto tiempo está a cargo de la persona diagnosticada con esquizofrenia?

.....

15. ¿Padece actualmente de alguna enfermedad o problema físico?

Sí ( )                  ¿Cuál?.....

¿Recibe algún tratamiento para esta enfermedad?

Sí ( )                  ¿Cuál?.....

No ( )

No ( )

16. ¿Ha tenido usted algún otro miembro de la familia con esquizofrenia?

Sí ( )                  ¿Qué persona o personas de la familia lo tuvieron?.....

.....

No ( )

*Datos Personales del Paciente esquizofrénico*

1. Sexo:                      Hombre (  )                      Mujer (  )
2. Edad: .....
3. Historia Clínica: .....
4. Fecha de nacimiento: .....
5. Lugar de nacimiento: .....
6. Lugar de residencia actual: .....
7. Estado Civil:
 

Soltero(a) (  )                      Casado(a) (  )                      Conviviente (  )

Divorciado(a) (  )                      Viudo(a) (  )
8. Grado de Instrucción:
 

No asistí a la escuela (  )                      Primaria (  )                      Secundaria (  )

Superior Técnica (  )                      Superior Universitaria (  )
9. Personas con quienes vive: .....
- .....
10. Posición ordinal entre sus hermanos: .....
11. ¿Cuántos hijos tiene y de qué edades?.....
- .....
12. ¿A qué se dedica actualmente?
 

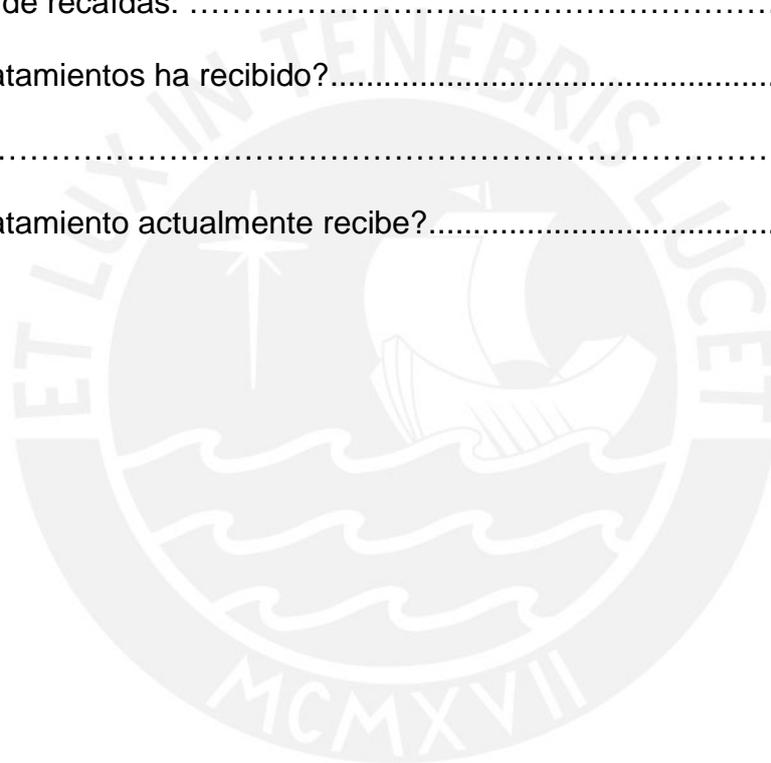
Trabaja (  )                      No trabaja (  )                      Ama de casa (  )
13. Si trabaja, indique su condición laboral actual:
 

Estable (  )                      Temporal (  )
14. ¿Pertenece a alguna religión?
 

Sí (  )                      ¿Cuál?.....                      ¿Hace cuánto tiempo?.....

No (  )

- 15. Centro de salud donde se atiende: .....
- 16. Fecha de Primera evaluación en el actual Centro de Salud: .....
- 17. Diagnóstico:.....
- 18. Otros diagnósticos:  
Sí ( )                    ¿Cuál?.....  
No ( )
- 19. Años de enfermedad: .....
- 20. Número de recaídas: .....
- 21. ¿Qué tratamientos ha recibido?.....  
.....
- 22. ¿Qué tratamiento actualmente recibe?.....



## INVENTARIO DE ANSIEDAD DE RASGO Y ANSIEDAD DE ESTADO (IDARE)

Nombre:.....

Fecha de aplicación:.....

### INSTRUCCIONES

A continuación le presentamos algunas frases que la gente usa para describirse a sí mismo. Lea cada frase y marque con una "X" dentro del casillero que corresponde al número que mejor describa **cómo se siente usted ahora mismo, es decir, en este momento**. No hay respuestas correctas ni incorrectas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa **cómo se siente ahora**.

Los números significan lo siguiente:

1 = No en absoluto

2 = Un poco

3 = Bastante

4 = Mucho

Ejemplo:

Si Ud. Lee la frase "Me siento colérico", deberá elegir y marcar con una "X" dentro del casillero que corresponde al número (1, 2,3 ó 4) que mejor describa cuán colérico se siente usted en este momento.

SXE. ESCALA ANSIEDAD DE ESTADO

FRASES	1 No en absoluto	2 Un poco	3 Bastante	4 Mucho
1. Me siento tranquilo				
2. Me siento seguro				
3. Estoy tenso				
4. Estoy fastidiado (molesto, enojado)				
5. Estoy a gusto				
6. Me siento alterado				
7. Tengo ahora un problema que me preocupa				
8. Me siento aliviado				
9. Me siento intranquilo				
10. Me siento cómodo				
11. Me siento con confianza en mí mismo				
12. Me siento nervioso				
13. Me siento agitado				
14. Me siento "a punto de reventar"				
15. Me siento reposado				
16. Me siento satisfecho				
17. Me siento preocupado				
18. Me siento alterado y muy confundido				
19. Me siento alegre				
20. Me siento bien				

SXR. ESCALA ANSIEDAD DE RASGO

INSTRUCCIONES

A continuación les presentamos algunas frases que la gente usa para describirse a sí mismo. Lea cada frase y marque con una "x" dentro del casillero que corresponda al número que mejor describa **cómo se siente usted generalmente, desde antes del problema de salud del familiar**. No hay respuestas correctas ni incorrectas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente generalmente

Los números significan lo siguiente

1= Nunca            2 = Algunas veces            3 = Frecuentemente            4 = Nunca

FRASES	1 Nunca	2 Algunas veces	3 Frecuente- Mente	4 Siempre
21. Me siento bien				
22. Me canso rápidamente				
23. Siento ganas de llorar				
24. Quisiera ser tan feliz como otras personas				
25. Dejo pasar oportunidades porque no puedo decidir a tiempo				
26. Me siento aliviado				
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"				
28. Siento que mis problemas son muchos y que no puedo superarlos				
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30. Soy feliz				
31. Tomo las cosas muy en serio				
32. Me falta confianza en mí mismo				
33. Me siento seguro				
34. Trato de escapar de los problemas				
35. Me siento triste				
36. Me siento satisfecho				
37. Algunas cosas sin mayor importancia pasan por mi mente y me molestan				
38. Las desilusiones me afectan tanto que no me las puedo quitar de la cabeza				
39. Soy una persona sin mayores cambios de ánimo				
40. Cuando pienso en las cosas que tengo que hacer me pongo tenso y alterado				

## CUESTIONARIO DE ESTIMACIÓN DEL AFRONTAMIENTO (COPE)

Estamos interesados en conocer la forma cómo responden las personas cuando se enfrentan a diferentes tipos de problemas, dificultades o situaciones estresantes en sus vidas.

Hay muchas maneras de manejar esas situaciones. Este cuestionario te pide indicar qué es lo que *tú generalmente* haces o sientes cuando experimentas este tipo de situaciones. Naturalmente, en diferentes situaciones reaccionas en forma diferente, pero piensa qué es lo que habitualmente haces tú.

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones sobre cómo actuar o sentir en esas situaciones. Señala en cada una de ellas si coinciden o no con tu propia forma de actuar o sentir, de acuerdo a lo siguiente:

- 1 = Casi nunca hago esto
- 2 = A veces hago esto
- 3 = Usualmente hago esto
- 4 = Hago esto con mucha frecuencia

**NO IMPORTA LO QUE LA MAYORÍA DIRÍA O HARÍA.  
ELIGE LA RESPUESTA MÁS ADECUADA PARA TI.**

**Qué es lo que *tú generalmente* haces o sientes cuando experimentas situaciones difíciles, estresantes**

Afirmaciones	1 Casi nunca hago esto	2 A veces hago esto	3 Usualmen te hago esto	4 Hago esto con mucha frecuencia
1. Hago actividades adicionales para quitarme de encima el problema				
2. Trato de idear una estrategia sobre lo que debo de hacer				
3. Dejo de lado otras actividades para poder concentrarme en el problema				
4. Me fuerzo a mí mismo (a) a esperar el momento apropiado para hacer algo				
5. Le pregunto a personas que han tenido experiencias similares, qué hicieron				
6. Hablo de mis sentimientos con alguien				
7. Busco el lado bueno en lo que está sucediendo				
8. Aprendo a vivir con el problema				
9. Busco la ayuda de Dios				
10. Me molesto y doy rienda suelta a mis emociones				
11. Me rehusó a creer que eso ha sucedido				
12. Dejo de realizar intentos para conseguir lo que quiero				
13. Me dedico al trabajo o a otras actividades para no pensar en la situación estresante				
14. Concentro mis esfuerzos en hacer algo respecto al problema				
15. Hago un plan de acción				
16. Me concentro en tratar este problema y, si es necesario, dejo de lado otras cosas				
17. No hago nada hasta que la situación lo permita				
18. Trato de conseguir el consejo de alguien sobre qué hacer				
19. Trato de conseguir apoyo de amigos o parientes				
20. Intento ver el problema desde un punto de vista diferente, para hacerlo parecer más positivo				
21. Acepto que el hecho ha ocurrido y que no puede ser cambiado				
22. Pongo mi confianza en Dios				
23. Dejo salir mis sentimientos				

**Qué es lo que *tú generalmente* haces o sientes cuando experimentas situaciones difíciles, estresantes**

Afirmaciones	1 Casi nunca hago esto	2 A veces hago esto	3 Usualmen te hago esto	4 Hago esto con mucha frecuencia
24. Me hago la idea de que nada ha ocurrido				
25. Dejo de intentar alcanzar mi meta				
26. Me voy al cine o veo televisión para pensar menos en eso				
27. Hago paso a paso lo que debe hacerse				
28. Pienso bastante sobre los pasos que debo seguir				
29. No me dejo distraer por otros pensamientos o actividades				
30. Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar demasiado rápido				
31. Hablo con alguien que pueda saber más de la situación				
32. Hablo con alguien sobre cómo me siento				
33. Aprendo algo de la experiencia				
34. Me acostumbro a la idea de que el hecho sucedió				
35. Intento encontrar consuelo en mi religión				
36. Siento que me altero mucho y expreso demasiado todo lo que siento				
37. Actúo como si no hubiese ocurrido				
38. Admito que no puedo lidiar con el problema, y dejo de intentar resolverlo				
39. Sueño despierto (a) con cosas distintas al problema				
40. Realizo acciones dirigidas a enfrentar el problema				
41. Pienso en cómo podría manejar mejor el problema				
42. Trato de evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos para enfrentar la situación				
43. Me controlo para no hacer las cosas apresuradamente				
44. Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto sobre el problema				
45. Busco la simpatía y la comprensión de alguien				

Afirmaciones	1 Casi nunca hago esto	2 A veces hago esto	3 Usualmen te hago esto	4 Hago esto con mucha frecuencia
46. Trato que mi experiencia me haga, o me lleve a madurar				
47. Acepto la realidad de lo sucedido				
48. Rezo más que de costumbre				
49. Me molesto y soy consciente de ello				
50. Me digo a mi mismo (a) "esto no es real"				
51. Reduzco la cantidad de esfuerzo que pongo en solucionar un problema				
52. Duermo más de lo usual				





*Análisis según las variables sociodemográficas del cuidador*

*Ansiedad y Estilos y Estrategias de Afrontamiento según el sexo del cuidador*

	Sexo del cuidador				p	U
	Femenino		Masculino			
	M	DE	M	DE		
Escala A- Estado	43,8	11,091	41,44	11,489	0,472	223
Escala A- Rasgo	41,62	8,894	39,81	10,628	0,326	209,5
Afrontamiento enfocado en el problema	2,58	0,53	2,42	0,39	0,27	327,00
Afrontamiento activo	2,78	0,61	2,58	0,48	0,16	306,50
Planificación	2,78	0,73	2,56	0,39	0,11	293,50
Supresión del afrontamiento	2,38	0,70	2,30	0,63	0,68	373,00
Postergación del afrontamiento	2,43	0,63	2,42	0,50	0,98	398,50
Apoyo social instrumental	2,53	0,77	2,23	0,58	0,17	308,50
Afrontamiento enfocado en la emoción	2,54	0,43	2,37	0,37	0,13	299,50
Apoyo social emocional	2,31	0,87	2,05	0,64	0,35	338,00
Reinterpretación positiva	2,88	0,56	2,84	0,56	0,75	379,00
Aceptación	2,66	0,67	2,53	0,55	0,54	359,00
Acudir a la religión	<b>3,18</b>	0,69	<b>2,64</b>	0,97	<b>,050*</b>	<b>270,00*</b>
Negación	1,71	0,43	1,77	0,52	0,60	366,00
Afrontamiento evitativo	2,01	0,46	1,88	0,45	0,29	330,00
Enfocar y liberar emociones	2,14	0,58	1,89	0,35	0,14	303,50
Desentendimiento conductual	1,75	0,59	1,78	0,64	0,98	398,50
Desentendimiento mental	2,14	0,56	1,97	0,62	0,32	334,00

n= 66

\*p < 0,05

*Ansiedad según la existencia de otro familiar con esquizofrenia*

	Otro familiar con esquizofrenia				p	U
	Si		No			
	M	DE	M	DE		
Escala A- Estado	43,70	11,35	43,02	11,18	,91	451,50
Escala A- Rasgo	39,20	9,94	42,04	8,97	,13	353,00

n=66

*Estilos y Estrategias de Afrontamiento según la ocupación del cuidador*

	Ocupación del cuidador						p	U de Mann-Whitney		
	Trabaja <sup>1</sup>		Desocupado(a) <sup>2</sup>		Amo(a) de casa <sup>3</sup>			1/2	1/3	2/3
	M	DE	M	DE	M	DE				
Afrontamiento enfocado en el problema	2,55	,43	2,27	,256	2,58	,640	,29	56,50	417,50	32,50
Afrontamiento activo	2,75	,54	2,35	2,35	2,78	2,78	,13	42,50	416,50	28,00
Planificación	2,72	,64	2,40	2,40	2,79	2,79	,14	53,50	379,50	25,50
Supresión del afrontamiento	2,31	,62	2,25	2,25	2,46	2,46	,65	92,50	380,50	46,00
Postergación del afrontamiento	2,51	,56	2,40	2,40	2,30	2,30	,46	89,00	354,00	50,00
Apoyo social instrumental	2,47	,66	1,95	1,95	2,54	2,54	,31	57,00	423,00	33,50
Afrontamiento enfocado en la emoción	2,46	,46	2,53	,135	2,56	,407	,59	81,50	373,50	47,50
Apoyo social emocional	2,18	,77	2,00	2,00	2,40	2,40	,57	86,50	380,00	42,00
Reinterpretación positiva	2,89	,60	2,75	2,75	2,85	2,85	,78	79,00	424,50	45,50
Aceptación	2,64	,71	2,65	2,65	2,60	2,60	,98	94,50	423,00	56,50
Acudir a la religión	2,87	,88	3,20	3,20	3,30	3,30	,17	78,00	314,50	49,50
Negación	1,72	,48	2,05	2,05	1,64	1,64	,17	55,50	405,50	24,00
Afrontamiento evitativo	1,90	,44	2,10	,231	2,07	,515	,28	62,00	355,00	49,50
Enfocar y liberar emociones	2,05	,48	2,05	2,05	2,14	2,14	,93	91,00	412,00	55,00
Desentendimiento conductual	1,69	,56	1,95	1,95	1,82	1,82	,57	67,50	404,50	47,00
Desentendimiento mental	1,97	,61	2,30	2,30	2,26	2,26	,06	55,00	297,50	50,50

n=66

*Ansiedad y Estilos y Estrategias de Afrontamiento según el padecimiento de alguna enfermedad por parte del cuidador*

	Padecimiento de alguna enfermedad				p	U
	Si		No			
	M	DE	M	DE		
Escala A- Estado	43,92	9,541	42,78	12,173	,415	458,000
Escala A- Rasgo	42,85	10,252	40,10	8,569	,315	443,500
Afrontamiento enfocado en el problema	2,53	,486	2,54	,524	,665	487,000
Afrontamiento activo	2,76	,541	2,71	,622	,963	516,500
Planificación	2,76	,687	2,70	,656	,806	501,500
Supresión del afrontamiento	2,32	,723	2,38	,655	,348	449,000
Postergación del afrontamiento	2,45	,447	2,41	,685	,595	480,000
Apoyo social instrumental	2,38	,732	2,51	,738	,480	466,500
Afrontamiento enfocado en la emoción	2,56	,426	2,46	,419	,386	454,000
Apoyo social emocional	2,19	,779	2,28	,864	,782	499,000
Reinterpretación positiva	2,93	,527	2,83	,581	,232	430,000
Aceptación	2,65	,641	2,61	,645	,691	490,000
Acudir a la religión	3,19	,813	2,95	,770	,148	410,500
Negación	1,83	,478	1,65	,423	,146	411,500
Afrontamiento evitativo	2,06	,515	1,93	,418	,385	454,000
Enfocar y liberar emociones	2,07	,493	2,09	,579	,989	519,000
Desentendimiento conductual	1,88	,694	1,68	,519	,320	445,000
Desentendimiento mental	2,23	,595	2,01	,549	,193	422,000

n= 66

*Ansiedad según el tipo de familia del cuidador*

	Tipo de familia						p	U de Mann-Whitney		
	Familia Nuclear <sup>1</sup>		Familia Extensa <sup>2</sup>		Familia Ensamblada <sup>3</sup>			1/2	1/3	2/3
	M	DE	M	DE	M	DE				
Escala A- Estado	44,31	11,71	40,73	8,08	39,71	11,29	,32	210,50	120,00	33,00
Escala A- Rasgo	42,33	9,44	40,64	7,02	34,14	9,30	,07	252,00	76,00	20,00

n= 66



*Ansiedad y Estilos de Afrontamiento según el estado civil del cuidador*

	Estado civil del cuidador										p	U de Mann-Whitney									
	Soltero(a) <sup>1</sup>		Casado(a) <sup>2</sup>		Conviviente <sup>3</sup>		Viudo(a) <sup>4</sup>		Divorciado(a) <sup>5</sup>			1/2	1/3	1/4	1/5	2/3	2/4	2/5	3/4	3/5	4/5
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE											
Escala A- Estado	44,21	11,84	41,97	11,17	54,00	11,14	39,00	,00	42,88	9,40	,49	300,00	14,00	8,50	76,00	21,00	17,50	124,00	,00	4,00	2,00
Escala A- Rasgo	42,05	11,01	39,89	8,57	50,33	2,89	42,00	,00	41,25	9,15	,42	307,00	14,00	7,50	75,50	17,00	12,00	129,50	,00	3,00	4,00
Afrontamiento enfocado en el problema	2,42	,52	2,58	,53	2,85	0,33	2,20	,00	2,56	,44	,25	246,00	10,00	6,50	58,50	35,00	6,50	125,00	,00	6,50	1,00
Afrontamiento activo	2,63	,61	2,76	,64	2,92	0,38	3,00	,00	2,75	,40	,74	284,00	17,00	3,5	63,00	44,00	12,00	135,00	1,50	9,00	2,50
Planificación	2,61	,83	2,75	,61	2,83	0,14	2,75	,00	2,84	,65	,92	293,50	23,50	8,5	62,00	46,00	17,50	128,50	1,00	12,00	3,50
Supresión del afrontamiento	2,14	,61	2,44	,72	3,00	0,25	1,75	,00	2,34	,65	,12	243,50	5,00	4,0	66,00	24,50	5,00	121,50	,00	4,50	1,50
Postergación del afrontamiento	2,47	,61	2,42	,65	2,67	0,52	2,00	,00	2,31	,44	,78	319,50	22,00	4,5	67,50	37,50	8,00	129,50	,00	8,00	2,50
Apoyo social instrumental	2,22	,77	2,56	,70	2,83	0,95	1,50	,00	2,56	,62	,19	229,50	17,50	3,0	53,00	37,50	3,50	134,50	,00	10,00	,00
Afrontamiento enfocado en la emoción	2,37	,45	2,54	,42	2,85	0,18	2,25	,00	2,53	,38	,26	256,00	10,50	7,50	55,00	26,50	9,00	136,50	,00	4,50	1,50
Apoyo social emocional	2,12	,90	2,28	,80	2,67	1,01	1,00	,00	2,38	,72	,36	286,50	19,00	1,50	58,50	35,50	1,00	129,00	,00	9,00	,00
Reinterpretación positiva	2,67	,63	2,97	,54	3,00	0,00	2,75	,00	2,84	,53	,31	222,00	16,50	7,00	58,50	45,00	11,00	129,50	,00	10,50	2,50
Aceptación	2,63	,64	2,64	,64	3,25	0,00	2,75	,00	2,31	,66	,24	326,00	7,50	7,50	59,50	21,00	16,00	105,00	,00	,00	2,50
Acudir a la religión	2,80	1,02	3,13	,70	3,25	0,75	3,25	,00	3,16	,58	,90	279,50	22,00	8,50	65,50	49,50	17,00	139,50	1,50	11,00	3,50
Negación	1,64	,52	1,69	,42	2,08	0,52	1,50	,00	1,94	,32	,27	310,50	15,50	8,00	47,00	27,00	13,50	87,00	,50	8,50	1,00
Afrontamiento evitativo	2,10	,45	1,89	,45	2,44	0,72	1,75	,00	1,94	,35	,24	232,50	17,00	5,00	57,50	26,00	15,50	118,50	1,00	6,00	2,00
Enfocar y liberar emociones	2,13	,49	2,04	,54	2,75	0,87	1,75	,00	1,94	,48	,41	277,00	14,50	4,50	57,00	27,50	10,50	127,50	,50	5,00	3,00
Desentendimiento conductual	1,86	,52	1,64	,60	2,17	0,88	1,75	,00	1,84	,68	,43	246,00	21,00	8,50	73,00	29,50	13,50	114,00	1,00	8,50	4,00
Desentendimiento mental	2,32	,64	1,98	,58	2,42	0,52	1,75	,00	2,03	,16	,18	225,00	27,00	4,00	51,00	27,50	12,50	118,00	,00	5,50	,50

n= 66

*Análisis según las variables sociodemográficas del paciente esquizofrénico*

*Ansiedad y Estilos y Estrategias de Afrontamiento según el sexo del paciente*

	Sexo del paciente				p	U
	Femenino		Masculino			
	M	DE	M	DE		
Escala A- Estado	43,48	11,08	43,05	11,33	0,82	509
Escala A- Rasgo	41,15	9,16	41,21	9,5	0,95	522
Afrontamiento enfocado en el problema	2,50	0,54	2,57	0,48	0,50	475
Afrontamiento activo	2,65	0,6	2,79	0,58	0,26	441
Planificación	2,78	0,72	2,69	0,63	0,64	490,5
Supresión del afrontamiento	2,32	0,6	2,38	0,73	0,8	507,5
Postergación del afrontamiento	2,37	0,66	2,47	0,56	0,6	486,5
Apoyo social instrumental	2,36	0,7	2,53	0,76	0,24	437,5
Afrontamiento enfocado en la emoción	2,41	0,45	2,56	0,40	0,16	418,5
Apoyo social emocional	2,05	0,78	2,38	0,84	0,11	403,5
Reinterpretación positiva	2,81	0,58	2,9	0,55	0,61	488
Aceptación	2,67	0,59	2,6	0,68	0,7	497
Acudir a la religión	2,78	0,93	3,23	0,62	0,06	380,5
Negación	1,73	0,42	1,71	0,48	0,75	503
Afrontamiento evitativo	1,95	0,4	2	0,5	0,97	524
Enfocar y liberar emociones	2,05	0,55	2,1	0,55	0,8	507,5
Desentendimiento conductual	1,68	0,5	1,81	0,66	0,51	476
Desentendimiento mental	2,13	0,51	2,08	0,62	0,59	485,5

n= 66

*Ansiedad según el grado de instrucción del paciente esquizofrénico*

	Grado de instrucción del paciente								p	U de Mann- Whitney					
	Primaria <sup>1</sup>		Secundaria <sup>2</sup>		Superior técnica <sup>3</sup>		Superior universitaria <sup>4</sup>			1/2	1/3	1/4	2/3	2/4	3/4
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE							
Escala A- Estado	48,17	14,19	42,60	11,32	39,23	6,97	46,92	12,05	,38	77,50	25,00	33,50	196,00	168,50	50,50
Escala A- Rasgo	45,50	10,95	41,51	9,06	38,00	9,03	41,50	9,51	,49	80,00	23,50	29,00	178,50	207,00	62,00

n= 66

*Ansiedad y Estilos y Estrategias de Afrontamiento según la ocupación del paciente*

	Ocupación del paciente						p	U de Mann-Whitney		
	Trabaja <sup>1</sup>		Desocupado(a) <sup>2</sup>		Amo(a) de casa <sup>3</sup>			1/2	1/3	2/3
	M	DE	M	DE	M	DE				
Escala A- Estado	42,33	7,86	43,12	11,82	62,00	,00	,325	370,50	,00	4,00
Escala A- Rasgo	42,60	9,31	40,30	8,81	64,00	,00	,146	312,00	,00	,00
Afrontamiento enfocado en el problema	2,59	,49	2,53	,51	2,10	,00	,526	368,00	3,00	8,00
Afrontamiento activo	2,78	,60	2,73	,59	2,25	,00	,547	365,50	3,00	9,00
Planificación	2,72	,63	2,74	,68	2,25	,00	,585	372,00	4,00	9,00
Supresión del afrontamiento	2,47	,80	2,33	,65	2,25	,00	,882	343,00	7,00	24,50
Postergación del afrontamiento	2,47	,52	2,42	,63	2,50	,00	,837	343,50	7,00	19,50
Apoyo social instrumental	2,50	,73	2,47	,73	1,25	,00	,285	371,50	,00	2,50
Afrontamiento enfocado en la emoción	2,59	,49	2,47	,40	2,45	,00	,478	298,50	5,00	24,00
Apoyo social emocional	2,35	,86	2,23	,82	1,25	,00	,402	344,50	2,00	6,50
Reinterpretación positiva	2,98	,61	2,84	,55	2,50	,00	,423	317,00	3,50	11,00
Aceptación	2,80	,47	2,57	,68	2,75	,00	,490	300,00	7,00	21,00
Acudir a la religión	3,10	,99	3,02	,74	3,50	,00	,604	321,00	6,50	16,00
Negación	1,73	,48	1,71	,45	2,25	,00	,461	365,00	2,50	7,00
Afrontamiento evitativo	2,17	,56	2,13	,41	2,42	,00	,168	280,00	4,50	6,00
Enfocar y liberar emociones	2,23	,62	2,25	,51	2,75	,00	,246	313,50	3,50	3,50
Desentendimiento conductual	2,03	,71	1,65	,55	1,75	,00	,136	249,50	5,00	20,00
Desentendimiento mental	2,23	,59	2,50	,56	2,75	,00	,310	313,00	4,00	6,50

n= 66

*Ansiedad y Estilos y Estrategias de Afrontamiento según el tipo de tratamiento recibido por el paciente*

	Tipo de tratamiento				p	U
	Ambulatorio		Hospitalización y ambulatorio			
	M	DE	M	DE		
Escala A- Estado	41,97	10,782	44,22	11,473	,48	481,50
Escala A- Rasgo	40,93	10,309	41,38	8,548	,68	504,50
Afrontamiento enfocado en el problema	2,54	,492	2,54	,523	,84	521,00
Afrontamiento activo	2,68	,612	2,77	,572	,26	450,50
Planificación	2,72	,578	2,73	,732	,84	521,50
Supresión del afrontamiento	2,28	,663	2,42	,692	,35	464,50
Postergación del afrontamiento	2,49	,621	2,38	,585	,54	489,50
Apoyo social instrumental	2,55	,736	2,39	,733	,41	472,50
Afrontamiento enfocado en la emoción	2,50	,432	2,50	,418	,98	534,50
Apoyo social emocional	2,32	,889	2,18	,781	,59	495,50
Reinterpretación positiva	2,89	,581	2,85	,548	,77	514,00
Aceptación	2,53	,664	2,70	,618	,32	459,50
Acudir a la religión	3,16	,724	2,95	,837	,31	459,00
Negación	1,61	,446	1,80	,441	,09	410,00
Afrontamiento evitativo	1,91	,435	2,03	,478	,32	459,50
Enfocar y liberar emociones	2,10	,533	2,06	,557	,66	503,00
Desentendimiento conductual	1,64	,541	1,84	,630	,17	431,50
Desentendimiento mental	2,00	,530	2,18	,601	,15	427,50

n= 66

