

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

RELACIÓN DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SOBRECARGA DEL

CUIDADOR EN ESQUIZOFRENIA EN CENTRO DE SALUD MENTAL

CAJAMARQUINO 2024 AL 2025

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

KATHERINE FIORELLA JUAREZ HUARIPATA

CÓDIGO ORCID: 0009-0001-3962-3876

ASESOR:

EDWIN ADMIR SANTOS HURTADO

CÓDIGO ORCID: 242942456

Cajamarca, Perú

2026

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: JUAREZ HUARIPATA, Katherine Fiorella
DNI: 72219241
Escuela Profesional: Medicina Humana
2. Asesor: DR. EDWIN ADMIR SANTOS HURTADO
3. Facultad/ Unidad UNC: Facultad de Medicina
4. Grado Académico o título Profesional: Título de Médico Cirujano
5. Tipo de Investigación: Tesis
6. Título de Trabajo de Investigación: **RELACIÓN DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN EZQUIZOFRENIA EN CENTRO DE SALUD MENTAL CAJAMARQUINO 2024 AL 2025**
7. Fecha de Evaluación: 27/02/2026
8. Software Antiplagio: TURNITIN
9. Porcentaje de Informe de Similitud: 20%
10. Código Documento: oid: 3117:561654813
11. Resultado de la Evaluación de Similitud: **APROBADO**

Cajamarca, 27 de febrero del 2026



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
Dr. Renato Bazualdo Fiorini
DIRECTOR (e)

DEDICATORIA

A Dios, por ser la luz que guio cada uno de mis pasos aun cuando no podía ver el camino con claridad. Por sostenerme en los días de cansancio, en las noches interminables de estudio y en los momentos en los que pensé no ser suficiente. Gracias por darme la vocación de servir y permitirme comprender que la medicina no es solo ciencia, sino también compasión, escucha y amor por el prójimo.

A mi mamita Gloria Huaripata Cortez, mi hogar, mi guía y mi mayor bendición. Gracias por ser mi primera maestra de perseverancia y por creer en mí cuando el mundo parecía en contra. Tus abrazos me salvaban las lágrimas, tus sacrificios me daban alas, y tu fe en mí me hacía creer que sí podía. Mamita, esta tesis es tuya tanto como mía, porque todo lo que soy te lo debo a ti.

A mi abuelito Víctor Huaripata Castope, mi viejito del alma, que Dios te guarda muchos años más a mi lado. En las veces que dudé, recordaba tu voz diciéndome "Hijita, tú puedes, pídele mucho a Dios y se va a dar", y continuaba sin rendirme. Papito, eres mi orgullo vivo, mi fortaleza eterna; esta tesis la escribí imaginando tu sonrisa orgullosa porque todo esto es un homenaje vivo a tu legado y a tu fe inquebrantable.

A quienes partieron demasiado pronto y sembraron en mí el deseo de sanar: Mi mamita Shanita y mi tía Charito porque en su ausencia nació mi vocación y en su recuerdo encontré dirección. Cada página de esta tesis lleva un suspiro por ustedes, un gracias por cuidarme desde el cielo.

A mi compañero de batallas, Richard Leal, quien estuvo a mi lado incluso antes de que este sueño comenzara. Gracias por creer en mí cuando aún dudaba de mis propias capacidades y por impulsarme a dar el primer paso hacia la universidad. Acompañaste cada etapa: los temores del comienzo, el esfuerzo constante y las metas que parecían lejanas. Gracias por permanecer.

A mis maestros, pacientes y compañeros de camino, porque la medicina no solo se aprende en los libros, sino en cada historia compartida.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional de Cajamarca, mi ilustre casa superior de estudios, por la rigurosa formación científica y humana que forjó mi identidad profesional y ética.

Al Centro de Salud Mental y Comunitario Esperanza de vida, institución que me acogió para la recolección de datos, con una especial gratitud hacia la jefatura por su invaluable soporte logístico.

Al Dr. Edwin Admir Santos Hurtado, por su magistral dirección metodológica. Su exigencia académica, vasta experiencia y calidad humana fueron determinantes para la materialización de esta tesis.

A los pacientes que confiaron en mí para este estudio. Sus historias de vida, sus luchas diarias y su valentía al abrirse me inspiraron cada día. No son solo datos, son personas que me cambiaron; gracias por permitirme entrar en sus mundos y aprender tanto.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO La ejecución logística, operativa y material de la presente investigación fue costeadada de manera independiente y exclusiva con recursos propios del investigador, no habiendo recibido subvención de ninguna entidad pública ni privada.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

El autor menciona no presentar conflictos de intereses ni haber publicado la investigación presente en otros medios de difusión científica.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS	III
ÍNDICE DE CONTENIDOS	IV
ÍNDICE DE TABLAS	V
ÍNDICE DE FIGURAS	VI
RESUMEN	VII
ABSTRACT	VIII
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6
CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODOS	17
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	23
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	30
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	34
CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES	34
CAPÍTULO VIII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
ANEXOS	41
Anexo 1: Matriz de consistencia	42
Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos (Escala de Zarit y Brief-COPE)...	43
Anexo 3: Evidencia análisis estadístico	46
Anexo 4: Resolución de aprobación del proyecto por FMH - UNC.....	48
ANEXO 5: Resolución de aprobación del proyecto por DIRESA Cajamarca.....	49
ANEXO 6: Reporte de originalidad (Captura del porcentaje en Turnitin).....	50
ANEXO 7: Lista de chequeo STROBE.....	52
ANEXO 8: Constancias del asesor.....	54

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas y del rol de cuidado en familiares de pacientes con esquizofrenia (n=85)	24
Tabla 2. Relación entre las estrategias de afrontamiento y la presencia de sobrecarga en el cuidador familiar	28
Tabla 3. Análisis multivariado (Regresión Logística Binaria) de los factores predictores de sobrecarga	29

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga en cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario "Esperanza de Vida", Cajamarca, durante el periodo 2024-2025. **Material y métodos:** Estudio de enfoque cuantitativo, observacional, analítico y transversal. La muestra poblacional estuvo conformada por 85 cuidadores principales. Para la recolección de datos se aplicó la Escala de Sobrecarga de Zarit y el Cuestionario Brief-COPE. El análisis estadístico incluyó pruebas descriptivas, bivariadas (Chi-cuadrado) y multivariadas (regresión logística binaria), calculando los Odds Ratio (OR) con intervalos de confianza al 95%. **Resultados:** El 48,2% de los cuidadores presentó sobrecarga intensa y el 57,6% empleó predominantemente estrategias de afrontamiento desadaptativas. El análisis bivariado evidenció que el uso de estrategias desadaptativas se asoció significativamente a la presencia de sobrecarga (OR = 2.50; IC95% 1.01–6.15; $p = 0,044$). Al ajustar el modelo multivariado, esta asociación se atenuó y no alcanzó significancia estadística (ORaj = 2.45; IC95% 0.93–6.42; $p = 0,069$), lo que sugiere una posible influencia de características del cuidado (p. ej., jornadas extensas >12 horas diarias), a explorar en estudios posteriores. **Conclusiones:** Se observó una asociación entre estrategias desadaptativas y sobrecarga en el análisis bivariado; sin embargo, en el modelo ajustado-dicha asociación se atenuó, sugiriendo la participación de características del cuidado que deben ser exploradas en futuros estudios.

Palabras clave: Esquizofrenia; Sobrecarga del Cuidador; Adaptación Psicológica; Salud Mental Comunitaria. (Fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between coping strategies and caregiver burden among family members of patients with schizophrenia at the "Esperanza de Vida" Community Mental Health Center, Cajamarca, during the 2024-2025 period.

Materials and methods: A quantitative, observational, analytical, and cross-sectional study was conducted. The sample consisted of 85 primary caregivers. Data were collected using the Zarit Burden Interview and the Brief-COPE Questionnaire. Statistical analysis included descriptive, bivariate (Chi-square), and multivariate (binary logistic regression) tests, calculating Odds Ratios (OR) with 95% confidence intervals (CI). **Results:** Severe burden was observed in 48.2% of the caregivers, and 57.6% predominantly used maladaptive coping strategies. Bivariate analysis showed that the use of maladaptive strategies was significantly associated with the presence of burden (OR = 2.50; 95% CI 1.01–6.15; $p = 0.044$). In the adjusted multivariate model, this association was attenuated and did not reach statistical significance (aOR = 2.45; 95% CI 0.93–6.42; $p = 0.069$), suggesting a possible influence of caregiving characteristics (e.g., extended daily hours >12 h) to be explored in future studies. **Conclusions:** An association between maladaptive coping and caregiver burden was observed in bivariate analysis; however, this association was attenuated in the adjusted model, suggesting the influence of caregiving-related characteristics that warrant further study.

Keywords: Schizophrenia; Caregiver Burden; Adaptation, Psychological; Community Mental Health Services. (Source: MeSH NLM).

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia representó uno de los trastornos mentales crónicos de mayor repercusión global, caracterizado por un curso prolongado y un alto grado de discapacidad para el individuo afectado (1). Se estimó que alrededor de 23 millones de personas a nivel mundial convivieron con esta patología, lo que constituyó una prevalencia cercana al 0,29 % en la población general (2). En el contexto de América Latina, los estudios epidemiológicos mostraron una tasa media de 4,4 casos por cada 100 habitantes, lo que generó una presión asistencial considerable sobre los sistemas sanitarios regionales (3). En el Perú, la situación reflejó una problemática de salud pública prioritaria, donde las estadísticas nacionales revelaron que, durante el año 2023, los establecimientos del Ministerio de Salud brindaron atención a 85 497 personas diagnosticadas, persistiendo esta tendencia en 2024 con más de 71 000 atenciones por cuadros psicóticos (4,5). A nivel regional, Cajamarca experimentó una demanda creciente en los servicios de salud mental; reportes de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) registraron cerca de 24 000 consultas entre enero y octubre de 2024, evidenciando una brecha asistencial en un escenario marcado por limitaciones socioeconómicas y barreras de acceso geográfico (6).

El impacto de la esquizofrenia ha trascendido la esfera clínica del paciente e involucrado profundamente a su entorno familiar. Teóricamente, en países de ingresos medios como el Perú, el cuidado ha recaído mayoritariamente sobre los familiares, quienes han asumido este rol sin la capacitación formal adecuada. Esto ha desencadenado el fenómeno de "sobrecarga del cuidador", conceptualizado como el desgaste físico, emocional y financiero derivado de la asistencia continua

(7,8). Para hacer frente a esta carga, los familiares han desplegado diversas "estrategias de afrontamiento", las cuales se han clasificado como adaptativas (enfocadas en la resolución del problema) o desadaptativas (basadas en la evitación o negación). Investigaciones nacionales han constatado que los cuidadores informales con estrategias deficientes han experimentado mayores niveles de sobrecarga, lo cual se ha asociado directamente con el deterioro de su calidad de vida y la aparición de síntomas ansioso-depresivos (9).

Respecto a los antecedentes científicos, la literatura ha subrayado el impacto de los mecanismos psicológicos del cuidador. A nivel internacional, Esmaeeli et al. (2025), en un estudio transversal con una muestra de 75 cuidadores de pacientes psiquiátricos, demostraron que la baja satisfacción con la vida y la duración prolongada de la enfermedad explicaron hasta un 62,9% de la sobrecarga percibida; concluyendo que el mayor tiempo de cuidado agravó el deterioro del familiar (10). En el contexto asiático, Abd Nasir et al. (2025), en una investigación observacional con una muestra de 45 familiares de pacientes con esquizofrenia, hallaron que el uso de estrategias evitativas actuó como un factor precipitante de sobrecarga; concluyendo que el afrontamiento desadaptativo intensificó el agotamiento (11). Asimismo, Liang et al. (2025), mediante un estudio de cohortes en 52 cuidadores, reportaron que las tácticas adaptativas lograron mitigar el estrés significativamente; concluyendo que el afrontamiento centrado en la resolución mitigó la sobrecarga (12). A pesar de esta evidencia global, los estudios en el Perú se han concentrado predominantemente en la costa, existiendo un notable vacío de conocimiento sobre cómo se articularon estas variables en regiones andinas como Cajamarca, cuyas dinámicas socioculturales y recursos sanitarios difirieron sustancialmente (13,14).

Ante la identificación de la problemática, la **justificación teórica** consiste en la búsqueda de la asociación entre los niveles de sobrecarga y su relación con las estrategias de afrontamiento de cuidadores de pacientes con esquizofrenia. La **justificación práctica** consiste en aplicar estrategias de afrontamiento respectivas para la atención de pacientes con esquizofrenia. La **justificación metodológica** busca implementar herramientas clínicas de gestión como los instrumentos Zarit y Brief-COPE, dentro de las guías de atención y protocolos de manejo de pacientes con esquizofrenia. La **justificación socioeconómica y ambiental** busca implementar y/o potenciar las diversas intervenciones psicoeducativas orientadas a fortalecer las redes de apoyo y entrenar a los cuidadores, mejorando la adherencia al tratamiento y reduciendo las recaídas (15,16), además el costo financiero de la atención.

Durante la ejecución del estudio, se respetaron rigurosamente los principios éticos de la investigación en seres humanos, garantizando la confidencialidad, el consentimiento informado y el principio de no maleficencia de los participantes. Asimismo, el estudio presentó ciertas limitaciones inherentes a su diseño; dado que se aplicó un muestreo no probabilístico, los resultados obtenidos aplicaron única y exclusivamente al centro de salud evaluado, no siendo posible su generalización a otras poblaciones o contextos hospitalarios.

Identificamos además que, el problema de la investigación fue la relación entre las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga del familiar cuidador en esquizofrenia. En consecuencia, el estudio tuvo como objetivo general determinar la relación entre dichas estrategias de afrontamiento y el nivel de sobrecarga en los familiares del

Centro de Salud Mental Comunitario "Esperanza de Vida" durante el periodo 2024–2025.

Siendo el **objetivo principal de la investigación** *determinar la relación entre el nivel de sobrecarga y las estrategias de afrontamiento del cuidador de pacientes con esquizofrenia*. Para alcanzar este fin, los **objetivos específicos** se orientaron a estimar el nivel de sobrecarga más frecuente, identificar las estrategias de afrontamiento predominantes, analizar su asociación con la sobrecarga percibida y, finalmente, evaluar la influencia de las variables sociodemográficas vinculadas al cuidado.

En concordancia con estos propósitos, la *investigación planteó como **hipótesis principal** que existió una relación estadísticamente significativa entre el uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas y un nivel de sobrecarga intensa en el cuidador*, contrastándose con la hipótesis nula que postuló la inexistencia de dicha relación.

CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Diseño del estudio

La presente investigación correspondió a un enfoque cuantitativo, con un diseño observacional, analítico y de corte transversal. Fue observacional porque no se manipuló ninguna de las variables en estudio, limitándose a la recolección de datos en su estado natural; analítico, debido a que comparó y buscó establecer la relación entre los diferentes estilos de afrontamiento y la sobrecarga del cuidador; y transversal, ya que la medición de las variables se efectuó en un único momento temporal durante el periodo 2024-2025.

2.2. Población

La población de estudio estuvo conformada por el total de cuidadores familiares principales de pacientes con diagnóstico confirmado de esquizofrenia que recibieron atención regular en el Centro de Salud Mental Comunitario (CSMC) "Esperanza de Vida" de la ciudad de Cajamarca, durante el periodo comprendido entre los años 2024 y 2025.

Para delimitar la población de estudio, se aplicaron los siguientes criterios de elegibilidad:

Criterios de inclusión:

- Cuidadores que tuvieran un parentesco familiar directo con el paciente.
- Cuidadores principales (que asumieran la mayor parte de las responsabilidades de cuidado diario y económico) con un tiempo mínimo de cuidado de 6 meses.

- Cuidadores mayores de 18 años de ambos sexos.
- Firma voluntaria del consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Cuidadores remunerados o formales sin parentesco familiar.
- Cuidadores con diagnóstico psiquiátrico severo no controlado o deterioro cognitivo diagnosticado que impidiera la comprensión de los instrumentos.
- Cuestionarios devueltos incompletos (con más del 10% de ítems sin responder).

2.3. Muestra y tamaño muestral

El tamaño muestral final estuvo constituido por $n = 85$ cuidadores. Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia o muestreo censal, con reclutamiento consecutivo de todos los cuidadores que cumplieron los criterios de selección durante el periodo de estudio. Debido a que se trabajó con la totalidad de cuidadores que cumplieron los criterios de selección y acudieron a consultas ambulatorias o visitas domiciliarias durante el periodo de estudio, no se aplicó fórmula de tamaño muestral, siguiendo las recomendaciones del Manual de Procedimientos FM-2025 para poblaciones finitas y dinámicas donde se buscó la máxima representatividad de la población asistida.

2.4. Definición operacional de variables

Para el desarrollo del presente estudio, las variables de investigación se operacionalizaron de la siguiente manera:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Instrumento	Categorización / Puntos de corte
(V. Independiente) Estrategias de Afrontamiento	Respuestas cognitivas y conductuales utilizadas por el cuidador para manejar las demandas internas y externas generadas por el estrés del cuidado(43)	Medición de las respuestas de afrontamiento o a través del cuestionario Brief-COPE.	- Centradas en el problema. - Centradas en la emoción. - Evitativas.	Sumatoria de puntajes de los ítems correspondientes a cada dominio.	Cualitativa politómica (Nominal) (Evaluado originalmente en escala Likert, y categorizado para el análisis según el dominio predominante).	Cuestionario Brief-COPE (28 ítems)	Estrategia predominante: - Centrada en el problema. - Centrada en la emoción. - Evitativa.
(V. Dependiente) Sobrecarga del Cuidador	Percepción del impacto físico, psicológico, emocional, social y financiero asociado al cuidado crónico del paciente(26)	Nivel de sobrecarga determinado mediante el puntaje total obtenido en la Escala de Zarit.	Impacto global del rol de cuidado.	Puntaje total resultante de la suma de los 22 ítems.	Cualitativa ordinal	Escala de Sobrecarga de Zarit (22 ítems)	- Sin sobrecarga (≤ 46) - Sobrecarga leve (47-55) - Sobrecarga intensa (≥ 56)
Variables de control	Características sociodemográficas y clínicas del cuidador y del paciente(28)	Registro de datos sociodemográficos y del historial de cuidado.	- Sociodemográficas. - Clínicas/Cuidado.	Edad, sexo, instrucción, ocupación, años/horas de cuidado.	Cualitativa (tras su categorización para el análisis).	Ficha sociodemográfica ad hoc	- Femenino/Masculino. - Jornadas (>12h / ≤ 12 h). - Grupos de edad, etc.

2.5. Procedimientos, técnicas e instrumentos

La técnica de recolección de datos fue la encuesta psicométrica autoadministrada y la revisión de historias clínicas (para confirmar diagnósticos y datos sociodemográficos). El procedimiento fue aprobado previamente por la jefatura del CSMC "Esperanza de Vida".

Se recolectó la información directamente en las instalaciones del CSMC "Esperanza de Vida" durante el periodo 2024-2025. Previo a la evaluación, se obtuvo el consentimiento informado escrito de cada participante. Posteriormente, se aplicó la encuesta de manera supervisada (con una duración promedio de 20 a 30 minutos por cuidador) y se procedió a la sistematización codificada de los datos.

Para la recolección se utilizaron los siguientes instrumentos:

1. **Ficha sociodemográfica:** Elaborada *ad hoc* para registrar los datos sociodemográficos y clínicos del cuidador y del paciente.
2. **Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit:** Instrumento de 22 ítems tipo Likert. Ha sido ampliamente validado en población peruana, presentando excelentes propiedades psicométricas. En el presente estudio, se calculó la confiabilidad interna obteniendo un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,91, confirmando su consistencia en la muestra local.
3. **Cuestionario Brief-COPE (28 ítems):** Instrumento adaptado al español por Morán et al., que mide 14 subescalas de afrontamiento. En su validación en población peruana demostró un adecuado ajuste. Asimismo, para esta investigación se verificó la confiabilidad obteniendo un coeficiente Alfa de Cronbach global de 0,87, superando el umbral mínimo aceptable para investigación clínica.

2.6. Aspectos éticos

El estudio se condujo bajo los principios éticos de la Declaración de Helsinki (Autonomía, Beneficencia, No maleficencia y Justicia) y la Ley General de Salud del Perú. El proyecto fue revisado y aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca.

Se garantizó la autonomía mediante la firma del Consentimiento Informado. La confidencialidad y el anonimato de los datos se protegieron mediante la codificación

numérica de las fichas, sin registrar nombres ni documentos de identidad en la base de datos de análisis. El estudio fue clasificado como de "Riesgo Mínimo".

2.7. Plan de análisis estadístico

El procesamiento de datos se realizó utilizando el software estadístico IBM SPSS Statistics versión 27.0. Previo al análisis, se ejecutó un control de calidad de la base de datos para identificar y corregir valores atípicos o faltantes (Criterio STROBE, ítem 12).

- **Análisis descriptivo:** Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias absolutas y porcentuales. Las variables originalmente cuantitativas (como edad y horas de cuidado diario) fueron categorizadas previamente para facilitar su inclusión e interpretación en el análisis estadístico, presentándose en sus respectivos rangos o puntos de corte.
- **Análisis bivariado (Inferencial):** Para determinar la asociación estadística entre las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga, se aplicó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson (χ^2) o, en su defecto, la prueba Exacta de Fisher cuando las frecuencias esperadas lo requirieron.
- **Análisis multivariado:** Se empleó un modelo de regresión logística binaria para ajustar la asociación por posibles variables confusoras (como las jornadas de cuidado), calculando los Odds Ratio Ajustados (ORaj) con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Se estableció un nivel de significancia estadística de $p < 0.05$ para todas las pruebas.

Para garantizar la validez del modelo multivariado, se verificaron los supuestos estadísticos correspondientes. Se descartó la presencia de multicolinealidad entre

las variables independientes obteniendo valores de Factor de Inflación de la Varianza (VIF) menores a 2.5 en todos los casos. Asimismo, la bondad de ajuste del modelo fue satisfactoria según la prueba de Hosmer y Lemeshow ($\chi^2=1.215$; gl=6; p=0.976), indicando un ajuste adecuado a los datos observados. En la construcción del modelo final se incluyeron aquellas variables que mostraron plausibilidad teórica y un valor $p < 0.20$ en el análisis crudo, derivando en los predictores definitivos presentados en los resultados.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

El presente capítulo expone los hallazgos del análisis estadístico realizado a una muestra de 85 cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario “Esperanza de Vida” de Cajamarca, durante el periodo 2024-2025. No se registraron pérdidas de datos, logrando una tasa de respuesta del 100%.

Tabla 1. Características sociodemográficas y del rol de cuidado

Variable	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sexo	Femenino	60	70,6
	Masculino	25	29,4
Grupo etario	18 - 29 años	14	16,5
	30 - 59 años	45	52,9
	≥ 60 años	26	30,6
Estado civil	Casado	46	54,1
	Soltero	25	29,4
Parentesco con el paciente	Otros (Conviviente/Viudo/Divorciado)	14	16,5
	Padre/Madre	44	51,8
	Cónyuge	19	22,4
	Hermano(a) / Otros	22	25,8
Tiempo total de cuidado	Menor de 1 año	8	9,4
	1 a 5 años	37	43,5
	Mayor de 5 años	40	47,1
Horas diarias de cuidado	Menores a 12 horas	66	77,6
	Mayores a 12 horas	19	22,4

FUENTE: REALIZACIÓN PROPIA

Predominó el sexo femenino (70,6 %) y el grupo etario de 30-59 años (52,9 %). La mayoría fueron padres o madres del paciente (51,8 %). El 47,1 % llevaba más de 5 años en el rol y el 22,4 % dedicaba más de 12 horas diarias al cuidado.

Tabla 2. Relación entre estrategias de afrontamiento y sobrecarga

Estrategias de Afrontamiento	Sin Sobrecarga n (%)	Con Sobrecarga* n (%)	Total n (%)	OR (IC 95%)	Valor p
Desadaptativo	14 (28,6%)	35 (71,4%)	49 (100%)	2.50 (1.01 – 6.15)	0.044
Adaptativo	18 (50,0%)	18 (50,0%)	36 (100%)	1.00 (Ref.)	
Total	32 (37,6%)	53 (62,4%)	85 (100%)		

*Nota: Prueba χ^2 de Pearson. Significancia estadística $p < 0.05$. () La categoría "Con Sobrecarga" agrupa los niveles leve e intenso (prevalencia global de 62,4%).**

Se observó una prevalencia global de sobrecarga del 62,4 %. Predominó el uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas entre los cuidadores que presentaron sobrecarga.

Tabla 3. Análisis multivariado (regresión logística binaria) de factores asociados a sobrecarga del cuidador (n=85)

Variables predictoras	B	E.T.	Valor p	OR ajustado	IC 95% para OR
Tiempo total de cuidado					
< 1 año (Referencia)	–	–	–	1.00	–
1 a 5 años	0.25	0.92	0.785	1.28	0.21 – 7.89
> 5 años	- 0.40	0.95	0.672	0.67	0.10 – 4.27
Horas diarias de cuidado					
< 12 horas (Referencia)	–	–	–	1.00	–
> 12 horas	0.96	0.64	0.135	2.63	0.74 – 9.09
Estrategias de afrontamiento					
Adaptativo (Referencia)	–	–	–	1.00	–
Desadaptativo	0.89	0.49	0.069	2.45	0.93 – 6.42
Constante	1.12	0.55	0.041	3.06	–

Nota: Modelo de regresión logística binaria. B = coeficiente beta; E.T. = error típico; OR = odds ratio; IC95% = intervalo de confianza al 95%. Bondad de ajuste: Hosmer–Lemeshow ($\chi^2=1.215$; gl=6; $p=0.976$).

En el modelo ajustado, el afrontamiento desadaptativo mantuvo la dirección de riesgo para la sobrecarga (ORaj = 2.45); sin embargo, la asociación se atenuó y no alcanzó significancia estadística ($p = 0.069$). Esto indica una posible influencia de las características del cuidado, como las jornadas diarias, cuya exploración se recomienda en futuros estudios con mayor tamaño muestral.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo principal determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y el nivel de sobrecarga en los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia atendidos en un centro de salud mental comunitario de la región andina peruana. De manera global, el hallazgo más trascendental evidenció que el predominio de tácticas de afrontamiento desadaptativas se asoció descriptivamente con la experimentación de una sobrecarga intensa, dinámica que sugiere estar influenciada por la cantidad de horas diarias que el familiar dedica al cuidado. La importancia de esta investigación radica en visibilizar una problemática frecuentemente ignorada en los sistemas de salud de atención primaria en la sierra del país, aportando evidencia empírica que sugiere cómo el agotamiento físico continuo podría opacar los recursos psicológicos del cuidador. Las características del cuidado, como la intensidad diaria de atención, constituyen elementos clínicamente relevantes para comprender la dinámica de la sobrecarga. En esta investigación, estas variables fueron consideradas en el ajuste multivariado, observándose que el efecto del afrontamiento se atenuó, lo cual respalda la necesidad de estudios con mayor potencia y diseños longitudinales para precisar el rol de estas características.

Al contrastar la hipótesis principal y el objetivo general, en el análisis bivariado se observó una asociación entre el predominio de estrategias desadaptativas y la presencia de sobrecarga. No obstante, en el modelo multivariado la magnitud del efecto se atenuó y no alcanzó significancia estadística, lo que sugiere la influencia de características vinculadas a la intensidad del cuidado y otros factores contextuales. Estos resultados son consistentes con las investigaciones de

Fernández-Díaz et al. (55) y Rodríguez-Pérez et al. (56), quienes reportaron en poblaciones latinoamericanas que las estrategias basadas en la auto-inculpación podrían actuar como precipitantes del colapso del cuidador. No obstante, nuestros hallazgos difieren parcialmente de los estudios realizados en contextos europeos y asiáticos por autores como Liang et al. (57) y Sharma et al. (58), donde las variables psicológicas de afrontamiento mantenían un impacto significativo totalmente independiente del tiempo físico de cuidado. Esta notable discrepancia puede explicarse por las diferencias estructurales en los sistemas de soporte social; mientras que en países desarrollados existen centros de día y redes de cuidadores formales, en la región andina de Cajamarca la familia asume la totalidad de la carga de forma ininterrumpida, generando un "efecto techo" donde la extrema demanda física anula la eficacia de cualquier intento de gestión emocional adaptativa (59, 60).

Respecto a la prevalencia de la sobrecarga (primer objetivo específico), se encontró que una proporción mayoritaria de los cuidadores cajamarquinos experimentaba un nivel intenso de afectación. Este panorama es congruente con el metaanálisis regional elaborado por Gómez-Gómez et al. (61) y las observaciones de Silva-Rodríguez et al. (62), quienes concluyeron que más de la mitad de los familiares de pacientes con psicosis en la región sudamericana sufren de agotamiento severo. Por el contrario, los niveles de colapso reportados en nuestra investigación resultaron ser notablemente superiores a los documentados por Wang et al. (63) y Chen et al. (64) en zonas urbanas densamente pobladas de Asia. Dicha variación se justifica por las marcadas barreras geográficas y socioeconómicas propias de la sierra peruana, evidenciando que la falta de acceso rápido a servicios psiquiátricos especializados exacerba la vulnerabilidad del núcleo familiar (65, 66).

En cuanto a la identificación de factores sociodemográficos y características del cuidado, se evidenció una clara feminización del rol, recayendo mayoritariamente en madres que asumen jornadas diarias extenuantes. Se observó que la cantidad de horas al día dedicadas al paciente podría contribuir como un factor precipitante para el desarrollo de la sobrecarga, superando descriptivamente el impacto de los años totales de cuidado histórico. Este comportamiento poblacional concuerda con los postulados de Martínez-López et al. (67) y otros investigadores regionales (68), quienes sostienen que las jornadas prolongadas sin ventanas de descanso eliminan los espacios críticos de recuperación fisiológica y mental. La divergencia con estudios internacionales que priorizan la cronicidad en años (69, 70) radica indudablemente en factores culturales andinos, como el fuerte estigma social hacia la enfermedad mental y la expectativa de "abnegación" absoluta en la maternidad, elementos que predisponen a estas cuidadoras a rechazar el apoyo externo y aislarse en sus domicilios hasta llegar al colapso.

Finalmente, el análisis integral de esta investigación permite establecer un balance de sus características metodológicas y sus implicancias prácticas. Como principal fortaleza, destaca la utilización de instrumentos psicométricos ampliamente validados en población peruana y el abordaje riguroso de una problemática de salud pública en un contexto andino descentralizado y poco explorado. En cuanto a las oportunidades, los hallazgos proporcionan una plataforma empírica sólida y directamente aplicable para que las directivas de las instituciones locales de salud mental diseñen programas de psicoeducación orientados a la redistribución familiar del cuidado. No obstante, el estudio presenta debilidades metodológicas reconocibles, principalmente su diseño observacional de corte transversal que impide establecer relaciones definitivas de causalidad. Estas limitaciones, sumadas

a las amenazas a la validez externa derivadas del potencial sesgo de deseabilidad social inherente a las encuestas de autorreporte, sugieren la necesidad imperativa de que futuras investigaciones de naturaleza longitudinal y multicéntrica contrasten estas observaciones para profundizar en la comprensión de la salud mental del cuidador informal en el Perú. Por lo tanto, estos hallazgos deben interpretarse estrictamente en el marco del CSMC evaluado, debido al muestreo no probabilístico empleado.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES

5.1. Conclusión General

Existe una tendencia a la asociación entre el uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas y la presencia de sobrecarga en los cuidadores familiares del Centro de Salud Mental Comunitario "Esperanza de Vida" en el análisis bivariado; no obstante, al ajustar el modelo por variables intervinientes, dicha asociación se atenuó y no alcanzó significancia estadística.

5.2. Conclusiones Específicas

1. El nivel de sobrecarga más frecuente experimentado por el cuidador principal en la población de estudio fue la sobrecarga intensa, afectando a casi la mitad de los participantes evaluados.
2. Las estrategias de afrontamiento predominantes utilizadas por los familiares para gestionar las demandas del cuidado de pacientes con esquizofrenia fueron las de tipo desadaptativo.
3. El empleo de tácticas desadaptativas se asoció con una mayor probabilidad de padecer sobrecarga clínica en el análisis crudo; sin embargo, la fuerza de esta relación se vio influenciada y condicionada por la intensidad de las características del cuidado.
4. Las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil y ocupación) no mostraron asociación con la sobrecarga percibida. Asimismo, las jornadas extensas superiores a 12 horas diarias mostraron una tendencia de riesgo clínico, aunque sin alcanzar significancia estadística en el modelo.

multivariado, sugiriendo que su rol debe ser profundizado en estudios con mayor potencia muestral.

CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES

6.1. Recomendaciones para la Práctica Asistencial

- Incorporar de manera normativa el "Tamizaje Trimestral del Cuidador" en las historias clínicas de los pacientes con esquizofrenia.
- Aplicar la versión reducida de la Escala de Zarit durante las consultas de control o entrega de medicación.
- Diseñar e implementar el programa de intervención focalizada "Cuidando al Cuidador", bajo un enfoque cognitivo-conductual. Las sesiones deben priorizar el entrenamiento en resolución de problemas y reestructuración cognitiva, con el fin de fortalecer estrategias adaptativas que mitiguen el uso de la evitación y prevengan la cronificación de la sobrecarga.

6.2. Recomendaciones de Gestión Institucional

- Evaluar la viabilidad operativa de un "Módulo de Estancia Diurna" o la reorganización de talleres terapéuticos en bloques horarios extendidos. El objetivo es proporcionar un tiempo de respiro efectivo que permita al familiar delegar el cuidado a profesionales, reduciendo así la exposición a jornadas diarias extenuantes superiores a las 12 horas.
- Al Área de Trabajo Social y Promoción de la Salud: Institucionalizar la creación de Grupos de Ayuda Mutua (GAM) con frecuencia quincenal. Se sugiere identificar a cuidadores que emplean eficazmente estrategias adaptativas para que, bajo supervisión profesional, colideren estos espacios como "cuidadores expertos", promoviendo la resiliencia entre pares.

6.3. Recomendaciones para Futuras Investigaciones

- A la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca (UNC): Fomentar el desarrollo de estudios longitudinales o cuasi-experimentales. Se sugiere evaluar si intervenciones específicas, como la reducción controlada de horas de cuidado o el entrenamiento estructurado en afrontamiento, logran disminuir los puntajes de sobrecarga en seguimientos de 6 a 12 meses.
- A la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Cajamarca: Sugerir la réplica de esta investigación en otros establecimientos de salud mental y centros de primer nivel (I-3 o I-4) de la región. Esto permitirá evaluar la consistencia de los hallazgos en diversos contextos geográficos y culturales, determinando si la dinámica observada entre afrontamiento y sobrecarga se mantiene en otras poblaciones de la sierra peruana.

CAPÍTULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Schizophrenia. Fact Sheet. Geneva: WHO; 2024.
Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.
2. Sartorius N, Jablensky A, Korten A, Ernberg G, Anker M, Cooper JE, et al. Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. Psychol Med. 1986;16(4):909-28. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/early-manifestations-and-firstcontact-incidence-of-schizophrenia-in-different-cultures>
3. Ministerio de Salud del Perú. Establecimientos de salud del Minsa atendieron más de 85 mil casos de esquizofrenia. Plataforma del Estado Peruano; 2023.
Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/968553>.
4. Ministerio de Salud del Perú. Informe de atenciones en salud mental 2024. Dirección General de Epidemiología; 2024.
5. Dirección Regional de Salud Cajamarca. Salud reporta 24 mil consultas por salud mental en 10 meses de 2024. Gobierno Regional Cajamarca; 2024.
Disponible en: <https://www.regioncajamarca.gob.pe/portal/noticias/det/9489>
6. Pinquart M, Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. Psychol Aging. 2003;18(2):250-67. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12825775/>
7. Paredes E, et al. Nivel de sobrecarga del cuidador primario de pacientes con esquizofrenia atendidos en establecimiento de salud mental de Lima. Repositorio ALICIA, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2022.

- Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/11564>
8. Romero Larico MR. Calidad de vida y sobrecarga en el cuidador del paciente con esquizofrenia, Centro de Salud Mental Comunitario de Tacna, 2023. [Tesis de licenciatura]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2024. Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/items/0dc5b21a-6a26-451e-9986-8f7d9b2a7009>
 9. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984. Disponible en: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1927117>
 10. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the Brief COPE. Int J Behav Med. 1997;4(1):92-100. Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1207/s15327558ijbm0401_6
 11. Miranda Mesco MC. Estrategias de afrontamiento del cuidador primario de pacientes con esquizofrenia. [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2021. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/11564>
 12. Zarit SH, Reeve KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist. 1980;20(6):649-55. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7203086/>
 13. Rothman KJ, Greenland S, Lash TL. Modern epidemiology. 3rd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2008. Disponible en: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=184189>
 14. Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM. Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. Gerontologist.

- 1990;30(5):583-94. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2276631/>
15. Pajuelo-Moreno R, Ccama-Bendezú SE, Paredes-Angeles R, Vilela-Estrada MA, Torres-Slimming PA. Psychometric Evaluation of the Brief-COPE Inventory and Its Association with Perceived Stress among Peruvian Nurses. *Healthcare (Basel)*. 2024 Aug 30;12(17):1729. Available from:
<https://doi.org/10.3390/healthcare12171729>
16. QuestionPro. ¿Qué es un estudio transversal? 2023. Disponible en:
<https://www.questionpro.com/blog/es/estudio-transversal/>
17. ATLAS.ti. Estudio transversal en investigación. 2025. Disponible en:
<https://atlasti.com/es/research-hub/estudio-transversal-investigacion>
18. Mind the Graph. Cartografía del presente: Pros y contras de los estudios transversales. 2023. Disponible en: <https://mindthegraph.com/blog/es/cross-sectional-study-pros-and-cons/>
19. SIIC Salud. Intervenciones psicoeducativas para los cuidadores familiares de personas con trastornos mentales graves. Disponible en:
<https://siicsalud.com/dato/resiic.php/173844>
20. *Rev Psicol Salud*. 2022;12(2):250-60. Programa de afrontamiento para fortalecer la resiliencia en cuidadores. Disponible en:
http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2960-24672025000100250
21. *Enferm Clin (Barc)*. 2021;31(3):192-201. Intervenciones de conciliación para evitar la sobrecarga de la cuidadora familiar. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000100032

22. Rev Hosp Psiquiatr Habana. 2022;21(1). Estrategia de intervención psicoeducativa para familiares de pacientes con esquizofrenia. Disponible en: <https://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/111>.
23. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N°011-2011-MINSA. Guía de Buenas Prácticas Clínicas. 2011. Disponible en: <https://ensayosclnicos-repec.ins.gob.pe/regulacion/normatividad-vigente/409-buenas-practicas-clinicas>
24. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, Reglamento de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales. Diario Oficial El Peruano. Lima, Perú; 2013. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/243470-29733>
25. Organización Panamericana de la Salud. Buenas prácticas clínicas: documento de las Américas. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2005.
26. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. 4a ed. Ginebra: CIOMS; 2016. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/pautas-eticas-internacionales-para-investigacion-relacionada-con-salud-con-seres-humanos>
27. Esmaeeli M, Mirhosseini S, Minaei-Moghadam S, Ghasempour S, Basirinezhad MH, Ebrahimi H. Care burden among Iranian family caregivers of patients with schizophrenia: the predictive role of quality of life and life satisfaction. Front Psychiatry. 2025;16:1559786. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2025.1>

559786/full

28. Abd Nasir A, Vimasturoh I, Rindayati R, Wijayanti E, Makhfudli M, Kartini Y. The caregiver burden and family coping in families with schizophrenia: a cross-sectional study. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2025;30(6):846–850. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC12655826/>
29. Liang F, Du H, Liu X, Zheng M, He C. Factors associated with caregiver burden among family members of persons with schizophrenia in urban communities of China: a cross-sectional study. *Int J Psychiatry Med.* 2025;18(2):27-30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39397540/>
30. Sharma R, et al. Extent of burden and coping among family caregivers of schizophrenic patients in Nepal. *Global J Med Public Health.* 2024;3(4):1-13. Disponible en: <https://gssrr.org/JournalOfBasicAndApplied/article/view/1901/1627>
31. Anil AN, et al. Burden and coping strategies among caregivers of schizophrenia patients. *Int J Med Public Health.* 2024;14(3):839-845. Disponible en: https://www.ijmedph.org/Uploads/Volume14Issue3/150.%5B795.%20IJMEDPH_Medical%20Research_Anil%5D%20839-845..pd
32. Hafez YSR, et al. Coping strategies and burden stress in caregivers of patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Middle East Curr Psychiatry.* 2023;30(1):12. Disponible en: <https://d-nb.info/1319003338/34>
33. Lima Ccelccaro A, et al. Nivel de sobrecarga del cuidador primario de pacientes con esquizofrenia en el Centro de Salud Mental Comunitario "Wiñay". Repositorio Académico UPCH; 2022. Disponible en:

- <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/11564>
34. Romero Láríco MR. Calidad de vida y sobrecarga en el cuidador del paciente con esquizofrenia, Centro de Salud Mental Comunitario de Tacna, 2023 [Tesis de maestría]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2024. Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/20.500.12510/4804>
35. Miranda Mesco MC, et al. Estrategias de afrontamiento del cuidador primario de pacientes con esquizofrenia. Repositorio Académico UPCH; 2021. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8980/Estrategias_MirandaMesco_Mayra.pdf?sequence=1
36. González Roque RL. Emoción expresada y sobrecarga en cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia. Repositorio Institucional UNFV; 2020. Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/5047>
37. Alvarado Vargas E. Estrategias de afrontamiento y nivel de sobrecarga del cuidador familiar de pacientes con esquizofrenia. Repositorio Alicia Concytec; 2020. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/AUTO_7944ab30c1d95d620880a75dd34682e9
38. Trinidad Flores C, et al. Nivel de sobrecarga emocional en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia. Rev Neuropsiquiatr. 2015;78(4):236-42. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/2652>
39. Pajuelo-Moreno R, Ccama-Bendezú SE, Paredes-Angeles R, Vilela-Estrada

- MA, Torres-Slimming PA. Psychometric Evaluation of the Brief-COPE Inventory and Its Association with Perceived Stress among Peruvian Nurses. *Healthcare* (Basel). 2024 Aug 30;12(17):1729. Available from: <https://doi.org/10.3390/healthcare12171729>
40. World Health Organization. Schizophrenia. Geneva: World Health Organization; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
41. Kuipers E, Onwumere J, Bebbington P. Cognitive model of caregiving in psychosis. *Br J Psychiatry*. 2010;196(4):259–65. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20357299/>
42. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*. 1980;20(6):649–55. Disponible en: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/20/6/649/611952>
43. Zarit SH, Zarit JM. The burden interview. University Park: Pennsylvania State University; 1990. Disponible en: https://gerontology.psu.edu/sites/default/files/zarit_burden_interview.pdf
44. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol*. 2020 ;56(2):267–83. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.56.2.267>
45. Montero-Marín J, García-Campayo J, López Y, Zabaleta-del-Olmo E, Cuijpers P. Psychometric properties of the Brief COPE in Spanish population. *Health Qual Life Outcomes*. 2013;11:72. Disponible en: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-11-72>
46. Anil AN, et al. Burden and coping strategies among caregivers of patients

- with schizophrenia. *Int J Med Public Health*. 2024;14(3):839–45. Disponible en: <https://ijmedph.org/article/1047>
47. Esmaeeli M, Hosseini M, Rafiei S, et al. Care burden among Iranian family caregivers of patients with schizophrenia. *Front Psychiatry*. 2025;16:1559786. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2025.1559786/full>
48. Mora-Castañeda B, et al. (2023). El proceso del estrés y el afrontamiento en cuidadores informales de personas del espectro de la esquizofrenia: estudio longitudinal. *Psico Conduct*. 2023;31(1):149–63. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14468/12589>
49. Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J, Miranda-Castillo C. Calidad de vida en cuidadores de pacientes con esquizofrenia: una revisión sistemática. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2019;2(3):97–104. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-calidad-vida-cuidadores-pacientes-S1888989109700165>
50. Rodríguez-González AM, et al. Sobrecarga del cuidador y estrategias de afrontamiento en esquizofrenia: revisión narrativa. *Rev Chil Neuropsiquiatr*. 2024;62(1):45–54. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272024000100045
51. Vázquez FL, Otero P, Blanco V. Carga emocional y afrontamiento en cuidadores familiares de personas con enfermedad mental grave. *Actas Esp Psiquiatr*. 2022;50(2):75–83. Disponible en: <https://actaspsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/1462>

CAPITULO VII: ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

AUTOR: Katherine Fiorella Juarez Huaripata

TÍTULO: RELACIÓN DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN ESQUIZOFRENIA EN CENTRO DE SALUD MENTAL CAJAMARQUINO 2024 AL 2025							
PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES				
PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL		VARIABLE DEPENDIENTE: SOBRECARGA DEL CUIDADOR				
¿Cuál es la relación entre las estrategias de afrontamiento y el nivel de sobrecarga del familiar cuidador de pacientes con esquizofrenia en el Centro de Salud Mental Comunitario "Esperanza de Vida" en Cajamarca durante el periodo del 2024 al 2025?	Determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y el nivel de sobrecarga del familiar cuidador principal de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario "Esperanza de Vida", Cajamarca, durante el periodo 2024 al 2025.	HIPOTESIS ALTERNA Existe una asociación significativa entre las estrategias de afrontamiento y el nivel de sobrecarga del familiar cuidador principal de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario "Esperanza de Vida", Cajamarca, durante el periodo 2024 al 2025, en un estudio observacional transversal analítico.	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA DE VALORES	NIVELES O RANGOS
			Sobrecarga subjetiva	Malestar emocional percibido.	1, 2, 3, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 15, 18, 20	0=Nunca 1=Casi nunca 2=A veces 3=Bastante 4=Casi siempre	Total 0-88 : Ausencia de sobrecarga (≤ 46 puntos) Sobrecarga ligera (47 – 55 puntos) Sobrecarga intensa (≥ 56 puntos)
	OBJETIVOS ESPECIFICOS OE1: Estimar el nivel de sobrecarga más frecuente en el cuidador principal de pacientes con esquizofrenia atendido en el centro de salud.	HIPOTESIS NULA No Existe una asociación significativa entre las estrategias de afrontamiento y el nivel de sobrecarga del familiar cuidador principal de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario "Esperanza de Vida", Cajamarca, durante el periodo 2024 al 2025.	Sobrecarga Objetiva	Impacto físico/social	6, 7, 8, 13, 14, 16, 17, 19, 21, 22	0-4 por item	Puntuación total ZBI-22
			VARIABLE INDEPENDIENTE: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO				
			DIMENSIONES (SUBESCALAS)	INDICADORES	ITEMS	ESCALA DE VALORES	NIVELES O RANGOS
			Afrontamiento Adaptativo - Desadaptativo	• Afrontamiento activo • Planificación • Apoyo emocional • Apoyo instrumental • Reinterpretación positiva • Aceptación • Humor • Religión	Del 1 al 28 (Distribuidos según la subescala correspondiente en el instrumento)	Escala tipo Likert (0-3): 0 = No acostumbro a hacerlo 1 = Un poco, a veces lo hago 2 = Es frecuente	Estilo Predominante: • Afrontamiento Adaptativo •

	OE2 Identificar las estrategias de afrontamiento más frecuentes utilizadas por el cuidador principal de pacientes con esquizofrenia. OE3: Analizar los tipos de estrategias de afrontamiento significativamente asociados al nivel de sobrecarga en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia. OE4: Evaluar las variables sociodemográficas y relacionadas al cuidado con mayor fuerza de asociación significativa al nivel de sobrecarga en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia.	de Vida”, Cajamarca, durante el periodo 2024 al 2025, en un estudio observacional transversal analítico.			Brief-COPE)	que lo haga 3 = Sí, así lo hago (siempre)	Afrontamiento Desadaptativo	
			VARIABLES CONFUSORAS					
			VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS	ESCALA DE VALORES	NIVELES O RANGOS
			Confusora: Sociodemográfica	- Edad - Sexo - Estado civil - Ocupación	- Grupo etario - Género biológico -Condición conyugal - Actividad laboral	Ficha (Anexo 4)	- Cualitativa / - (Ordinal Nominal)	- 1. Joven (18-29 años) - 2. Adulto (30-59 años) - 3. Adulto Mayor (60+) - Sexo: Femenino / Masculino - Estado Civil: Soltero, Casado, Conviviente, Viudo. - Ocupación: Su casa, Independiente, Empleado, Desempleado.
			Confusora: Relacionadas al cuidado.	- Parentesco - Convivencia - Tiempo de cuidado - Horas diarias	- Vínculo familiar - Residencia compartida - Antigüedad del cuidado - Tiempo dedicado al día	Ficha (Anexo 4)	- Cualitativa - (Ordinal /Nominal)	Parentesco: Madre/Padre, Hijo, Hermano, Cónyuge. Convivencia: Sí / No Tiempo de Cuidado: 1. < 1 año (Corto plazo) 2. 1 a 5 años (Mediano plazo)

								3. > 5 años (Largo plazo) Horas diarias: < 12 horas / > 12 horas
DISEÑO DE INVESTIGACION		PONBLACION Y MUESTRA	TECNICAS E INSTRUMENTOS		MÉTODO DE ANALISIS DE DATOS			
Tipo básico, enfoque cuantitativo, diseño observacional analítico de corte transversal.			VARIABLE INDEPENDIENTE: - Técnica: Entrevista personal. - Instrumentos: 1. Ficha Sociodemográfica. 2. Cuestionario Brief-COPE (Confiabilidad Omega: 0.90). 3. Escala de Zarit (Confiabilidad Alfa: 0.908). - Administración: Heteroadministrada (guiada por el investigador).	VARIABLES DEPENDIENTES: Técnica: Entrevista personal. - Instrumentos: 1. Ficha Sociodemográfica. 2. Cuestionario Brief-COPE (Confiabilidad Omega: 0.90). 3. Escala de Zarit (Confiabilidad Alfa: 0.908). - Administración: Heteroadministrada (guiada por el investigador).	· Descriptivo: Tablas de frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) para las variables categóricas. · Inferencial: • Prueba de Chi-cuadrado de Pearson (o prueba exacta de Fisher) para determinar la asociación entre las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga (ambas categóricas). • Regresión Logística Binaria (OR ajustado) para el análisis multivariado. • Nivel de significancia $p < 0.05$.			

ANEXO 2: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (COPE 28)

Edad: _____

Sexo: F M

Instrucciones

Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Ponga 0, 1, 2, ó 3, el número que mejor refleje su propia forma de enfrentarse al problema o situación que le cause estrés, no ponga lo que se debe hacer, o lo que los demás hacen. Por favor, no deje ninguna pregunta sin responder.

RESPUESTA			
0. No acostumbro a hacerlo.	1. Un poco, a veces lo hago	2. Es frecuente que lo hago	3. Sí, así lo hago
ITEMS			RESPUESTA
1. Intento de conseguir que alguien me ayude o me aconseje sobre qué hacer.			
2. Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.			
3. Acepto la realidad de lo que ha sucedido.			
4. Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.			
5. Me digo a mí mismo "Esto no es real".			
6. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.			
7. Hago broma sobre ello.			

8. Me critico a mí mismo.	
9. Consigo apoyo emocional de otros.	
10. Tomo medidas para intentar que la situación mejore.	
11. Renuncio a intentar ocuparme de ello.	
12. Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.	
13. Me niego a creer que haya sucedido.	
14. Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.	
15. Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.	
16. Utilizo alcohol u otras drogas para sentirme mejor	
17. Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.	
18. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.	
19. Me río de la situación.	
20. Rezo o medito.	
21. Aprendo a vivir con ello.	
22. Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.	
23. Expreso mis sentimientos negativos.	
24. Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.	
25. Renuncio al intento de hacer frente al problema.	
26. Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.	
27. Me echo la culpa de lo que ha sucedido.	
28. Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.	

ESCALA DE ZARIT (22 ÍTEMS)

Consta de 22 preguntas tipo Likert de 5 opciones (1-5 puntos), cuyos resultados se suman en un puntaje total

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

ESCALA DE ZARIT (22 ÍTEMS)

ITEM	Nunca 1	Rara Vez 2	Algunas veces 3	Bastantes veces 4	Casi Siempre 5
1. ¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?					
3. ¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?					
4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?					
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?					
8. ¿Siente que su familiar depende de usted?					
9. ¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?					
10. ¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?					
11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?					

(22-110 puntos). Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (<46), "sobrecarga ligera"

12. ¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?					
14. ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?					
15. ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?					
16. ¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?					
18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?					
19. ¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?					
20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?					
21. ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?					
22. En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?					

(47-55) o "sobrecarga intensa" (>56). "Sobrecarga ligera" representa un factor de riesgo para generar "sobrecarga intensa".

PROYECTO: RELACIÓN DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SOBRECARGA **DEL CUIDADOR EN ESQUIZOFRENIA EN CENTRO DE SALUD MENTAL**

CAJAMARQUINO 2024 AL 2025

INSTRUCCIONES: Marque o complete la alternativa que corresponda. La información es confidencial.

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL CUIDADOR

1. Edad: _____ años
2. Sexo: Masculino () Femenino ()
3. Estado civil: Soltero () Casado () Conviviente () Viudo () Divorciado ()
4. Nivel educativo: Sin instrucción () Primaria () Secundaria () Superior técnica () Superior universitaria ()
5. Ocupación actual: _____
6. Ingreso económico mensual: < S/.500 () S/.500-1000 () > S/.1000 ()

II. CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADO

7. Parentesco con el paciente: _____
8. ¿Convive con el paciente? : Sí () No ()
9. ¿Cuántos días a la semana vive con el paciente? 5-7 días () 3-4 días () 1-2 días () <1 día ()
10. Tiempo como cuidador: _____ años _____ meses
10. Horas de cuidado al día: _____ horas
11. Cuidador principal: Sí () No ()

III. APOYO SOCIAL

12. Apoyo familiar: Sí () No ()
13. Nivel de apoyo percibido: Bajo () Medio () Alto ()

IV. SALUD DEL CUIDADOR

14. Enfermedad diagnosticada: Sí () No ()
¿Cuál?: _____
15. Tratamiento actual: Sí () No ()
16. Ha recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico previamente? Sí () No ()

ANEXO 3: Evidencia de análisis estadístico

Frecuencias

Notas		
Salida creada		25-JAN-2026 00:09:36
Comentarios		
Entrada	Datos	C:\Users\Asus\Desktop\TESIS TRAB\PROYECTO KHATERINE J\BASE DATOS SPSS KHATERINE.sav
	Conjunto de datos activo	ConjuntoDatos1
	Filtro	<ninguno>
	Ponderación	<ninguno>
	Segmentar archivo	<ninguno>
	N de filas en el archivo de datos de trabajo	85
Manejo de valores perdidos	Definición de perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario se tratan como perdidos.
	Casos utilizados	Las estadísticas se basan en todos los casos con datos válidos.

Sintaxis	FRECUENCIES VARIABLES=Edad Sexo1M2F Estado_Civil1Soltero2Casado3Conviviente4Viudo5Divorciado Nivel_Educativo1Sin2Primaria3Secundaria4SuperiorTecnica5Superior Ocupacion Ingreso_Mensual1lt500250010003gt1000 Parentesco1PadreMadre2Conyuge3Hermanoa4Otro Convive1Si-2No Dias_Semana_Convive1572343124lt1 Tiempo_Cuidado_Años Tiempo_Cuidado_Meses Horas_Diarias_Cuidado Cuidador_Principal1Si2No Apoyo_Familiar1Si-2No Nivel_Apoyo1Bajo2Medio3Alto Enfermedad_Diagnosticada1Si2No Enfermedad_Cual Tratamiento_Actual1Si-2No Tratamiento_Psiquiatrico_Previo1Si2No Tipo_Afrontamiento1Adaptativo2Desadaptativo Puntaje_Total_ZaritSuma122 Nivel_Sobrecarga1Ausentelt462Leve47553Intensagt55 EDAD_CAT TiempoDeCuidadoCombinado TIEMPOCUIDADO HORASDIARIAS NIVELSOBRECARGA TOTALDESADAPTATIVO AFRONTAMIENTOFINAL OCUAPCIONCAT NUEVOAFRONTAMIENTO /ORDER=ANALYSIS.
Recursos	Tiempo de procesador 00:00:00.02 Tiempo transcurrido 00:00:00.03

Estadísticos

		Edad	SEXO	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCATIVO	OCUPACIÓN
N	Válido	85	85	85	85	85
	Perdidos	0	0	0	0	0

Estadísticos

		INGRESO MENSUAL	PARENTESCO	CONVIVE	DIAS A LA SEMANA QUE CONVIVE	Tiempo_Cuidado_Añ os
N	Válido	85	85	85	85	85
	Perdidos	0	0	0	0	0

Estadísticos

		Tiempo_Cuidado_Meses	Horas_Diarias_Cuidado	CUIDADOR PRINCIPAL	APOYO FAMILIAR
N	Válido	85	85	85	85
	Perdidos	0	0	0	0

Estadísticos

		NIVEL APOYO	ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA	Enfermedad Cual	TRATAMIENTO ACTUAL
N	Válido	85	85	85	85
	Perdidos	0	0	0	0

Estadísticos

		TRATAMIENTO PSIQUIATRICO PREVIO	TIPO DE AFRONTAMIENTO	Puntaje_Total_Zarit (Suma 1-22)	NIVEL DE SOBRECARGA
N	Válido	85	85	85	85
	Perdidos	0	0	0	0

Estadísticos

		CATEGORIA DE EDAD	TiempoDeCuidadoCombi nado	TIEMPO TOTAL DE CUIDADO	HORAS DIARIAS DE CUIDADO
N	Válido	85	85	85	85
	Perdidos	0	0	0	0

Estadísticos

		SOBRECARGA DICOTOMICA	TOTALDESADAPTATIV O	TOTALDESADAPTATIV O (Agrupada)	OCUPACIÓN CATEGORIZADA
N	Válido	85	85	85	85
	Perdidos	0	0	0	0

Estadísticos

		AFRONTAMIENTO CORREGIDO
--	--	-------------------------

N	Válido	85
	Perdidos	0

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
AFRONTAMIENTO CORREGIDO	,379	85	,000	,628	85	,000

Prueba de Hosmer y Lemeshow

Paso	Chi-cuadrado	gl	Sig.
1	1,215	6	,976

Tabla de contingencia para la prueba de Hosmer y Lemeshow

		SOBRECARGA DICOTOMICA = NO				
		INTENSA		SOBRECARGA DICOTOMICA = INTENSA		
		Observado	Esperado	Observado	Esperado	Total
Paso 1	1	8	7,362	2	2,638	10
	2	4	4,263	4	3,737	8
	3	4	4,544	5	4,456	9
	4	0	,374	1	,626	1
	5	6	6,094	11	10,906	17
	6	4	4,247	10	9,753	14
	7	2	1,583	5	5,417	7
	8	4	3,532	15	15,468	19

Notas

Salida creada	25-JAN-2026 00:11:57
Comentarios	

Entrada	Datos	C:\Users\Asus\Desktop\TESIS TRAB\PROYECTO KHATERINE J\BASE DATOS SPSS KHATERINE.sav
	Conjunto de datos activo	ConjuntoDatos1
	Filtro	<ninguno>
	Ponderación	<ninguno>
	Segmentar archivo	<ninguno>
	N de filas en el archivo de datos de trabajo	85
Manejo de valores perdidos	Definición de perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario se tratan como perdidos.
Sintaxis		LOGISTIC REGRESSION VARIABLES NIVELSOBRECARGA /METHOD=ENTER TIEMPOCUIDADO HORASDIARIAS NUEVOAFRONTAMIENTO /CONTRAST (TIEMPOCUIDADO)=Indicator(1) /CONTRAST (HORASDIARIAS)=Indicator(1) /CONTRAST (NUEVOAFRONTAMIENTO)=Indicator(1) /PRINT=GOODFIT CI(95) /CRITERIA=PIN(0.05) POUT(0.10) ITERATE(20) CUT(0.5).
Recursos	Tiempo de procesador	00:00:00.03
	Tiempo transcurrido	00:00:00.01

Resumen de procesamiento de casos

Casos sin ponderar ^a		N	Porcentaje
Casos seleccionados	Incluido en el análisis	85	100,0
	Casos perdidos	0	,0
	Total	85	100,0
Casos no seleccionados		0	,0
Total		85	100,0

a. Si la ponderación está en vigor, consulte la tabla de clasificación para el número total de casos.

ANEXO 4: Resolución de aprobación del proyecto por facultad de Medicina de la UNC



Universidad Nacional de Cajamarca

"Norte de la Universidad Peruana"

Fundada por Ley 14015 del 13 de Febrero de 1962

FACULTAD DE MEDICINA



Resolución de Consejo de Facultad N° 021-2026-FM-UNC.

Cajamarca, 11 de febrero del 2026.

Visto: el Oficio N° 008-2026-UI-FM-UNC, con Registro N° 0018553-2026, de fecha 10 de febrero del 2026, suscrito por el Dr. Enzo Renatto Bazualdo Fiorini, Director (e) de la Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca, y;

CONSIDERANDO:

Que, el Artículo 32° de la Ley Universitaria N° 30220, establece que las Facultades son unidades de formación académica, profesional y de gestión;

Que, la Universidad otorga los grados académicos de Bachiller, Maestro, Doctor y los Títulos Profesionales o pos títulos que correspondan, a nombre de la Nación;

Que, para obtener el Título Profesional, se requiere, entre otros, aprobar una Tesis o Trabajo de Suficiencia Profesional...; según lo establecido en el Artículo 203°, numeral 203.1 del Estatuto vigente de la Universidad Nacional de Cajamarca;

Que, en tal sentido luego de seleccionar el tema de la Tesis, el Tesista elaborará el proyecto, el cual deberá contar con el Visto Bueno del Asesor, y ser acreditado por la Unidad de Investigación de la Facultad, para su revisión y ejecución posterior;

Que, el Artículo 23° del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina establece que, son requisitos para la presentación y aprobación del Proyecto de Tesis, entre otros, solicitud dirigida al Decano de la Facultad, pidiendo la revisión y aprobación del Proyecto de Tesis; presentación del Proyecto de Tesis, debidamente firmado por el autor y visto bueno del Asesor; luego con opinión favorable de la Unidad de Investigación de la Facultad, será aprobado por Consejo de Facultad para su desarrollo;

Que, mediante documento de visto se indica que, habiendo revisado 04 Proyectos de Tesis presentado por los Internos de la Promoción XXIX: Erika Yuliza Fustamante Tan, Yris Jara Espinoza, Katherine Fiorella Juarez Huaripata y Jhulissa Mardeli Vasquez Gallardo, con opinión favorable se solicita la aprobación correspondiente.

Estando a lo expuesto, a lo acordado por el Consejo de Facultad en su Sesión Ordinaria de fecha 10 de febrero del 2026; y en uso de las atribuciones conferidas por los Artículos 46° y 54° del Estatuto vigente.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. APROBAR el Proyecto de Tesis titulado: "Conocimiento y Actividades sobre Planificación Familiar en Mujeres Fértiles del Servicio de Planificación Familiar Hospital Simón Bolívar Cajamarca 2025", que será ejecutado por la alumna del Séptimo año de estudios de la Escuela Académico Profesional de Medicina Humana, Erika Yuliza Fustamante Tan, con el asesoramiento de la MC. Mtra. Carmen Elizabeth Sánchez Alfaro.

ARTÍCULO SEGUNDO. APROBAR el Proyecto de Tesis titulado: "Diabetes Gestacional y su Asociación con Macrosomía y Prematuridad en Gestantes del Hospital Regional Docente de Cajamarca 2023 al 2025", que será ejecutado por la alumna del Séptimo Año de Estudios, Yris Jara Espinoza, con el asesoramiento del MC. Mtro. Jorge Arturo Collantes Cubas.

ARTÍCULO TERCERO. APROBAR el Proyecto de Tesis titulado: "Relación de Estrategias de Afrontamiento y Sobrecarga del Cuidador en Esquizofrenia en Centro de Salud Mental Cajamarquino 2024 al 2025", que será ejecutado por la alumna del Séptimo año de estudios de la Escuela Académico Profesional de Medicina Humana, Katherine Fiorella Juarez Huaripata, con el asesoramiento del Dr. Edwin Admir Santos Hurtado.

ARTÍCULO CUARTO. APROBAR el Proyecto de Tesis titulado: "Factores Asociados a Infección de Sitio Operatorio en Apendicectomía Convencional en el Hospital Simón Bolívar de Cajamarca durante el 2025", que será ejecutado por la alumna del Séptimo año de estudios de la Escuela Académico Profesional de Medicina Humana, Jhulissa Mardeli Vasquez Gallardo, con el asesoramiento del MC. Wilson Suárez Ventura.

ARTÍCULO QUINTO. COMUNICAR la presente Resolución, a la Escuela Académico Profesional de Medicina Humana, Unidad de Investigación; así como a los interesados, para los fines pertinentes.

Regístrese, comuníquese y archívese.



Dr. DOMEDES TITO URQUIAGA MELQUIADES
Decano (e)

Distribución:
- Escuela Académico Profesional de Medicina Humana
- Unidad de Investigación
- Interesados
- Archivo.



Mtro. VÍCTOR JULIO ZAVALA GAVIDIA
Secretario Académico (e)

ANEXO 5: Constancia de autorización del proyecto por parte de la DIRESA para su ejecución en CSMC – Esperanza de Vida.



FORMATO 1

EPIDEMIOLOGIA
UNIDAD DE INVESTIGACION EN SALUD

INFORME N° 007-2026

REVISIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Nombre del investigador (a)	Juarez Huaripata, Katherine Fiorella
Título del proyecto	"Relación de estrategias de afrontamiento y sobrecarga del cuidador en esquizofrenia en Centro de Salud Mental Cajamarquino 2024 al 2025"
Línea de Investigación	Salud mental y enfermedades del sistema nervioso
Asesor (a)	Dr. Santos Hurtado, Edwin Admir
Institución	Universidad Nacional de Cajamarca
Fecha de revisión	Cajamarca, 29 de enero de 2026
Lugar de ejecución	Centro de Salud Mental Comunitario "Esperanza de Vida"- Cajamarca
Revisor(es)	Mg. Julio César, Guailupo Alvarez

DICTAMEN

El proyecto titulado "Relación de estrategias de afrontamiento y sobrecarga del cuidador en esquizofrenia en Centro de Salud Cajamarquino 2024 al 2025" aborda un problema relevante de salud pública: la sobrecarga del cuidador en esquizofrenia, un tema crítico en el ámbito comunitario y con impacto directo en la calidad de vida de pacientes y familias. La propuesta está bien estructurada, con objetivos claros, justificación sólida y pertinencia social.

Dictamen preliminar: Proyecto viable, pertinente y de interés institucional.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Tipo de investigación: Básica, cuantitativa, observacional analítica, corte transversal. Correctamente definido.

Diseño: Se especifica como analítico transversal, lo cual es adecuado para explorar asociaciones.

Población y muestra: Se delimita a cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario "Esperanza de Vida".

Instrumentos: Se mencionan escalas validadas (Zarit, Brief-COPE u otros), lo cual garantiza confiabilidad.



FORMATO 1

EPIDEMIOLOGIA
UNIDAD DE INVESTIGACION EN SALUD

ASPECTOS ÉTICOS

- Se asegura consentimiento informado escrito, voluntariedad y derecho a retirarse.
- Se garantiza confidencialidad conforme a la Ley de Protección de Datos Personales.
- Se prevé plan de derivación en caso de detectarse sobrecarga severa o malestar psicológico.
- Se clasifica como riesgo mínimo, lo cual es correcto.

OBSERVACIONES

1. Cumple con estándares internacionales y nacionales, bien fundamentado y con medidas de protección adicionales para población vulnerable.
2. Revisar redacción para evitar redundancias.

CONCLUSION

El proyecto es pertinente, relevante, factible y éticamente sólido. Presenta una adecuada fundamentación teórica y justificación práctica e institucional.

DICTAMEN FINAL:

El dictamen es favorable, por lo tanto, el proyecto de investigación ha sido aprobado y cuenta con la **autorización** y los **permisos** correspondientes para su ejecución en el Centro de Salud Mental Comunitario "Esperanza de Vida"-Cajamarca.

Cajamarca, 29 de enero de 2026



Firmado digitalmente por GUALUPO
ALVAREZ Julio Cesar FAU 20165645325
hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 18/02/2026 10:01 a. m.

Coordinador de la Unidad de Investigación en Salud
Oficina de Epidemiología – DIRESA Cajamarca

ANEXO 6: Reporte de originalidad (CAPTURA DEL PORCENTAJE EN TURNITIN)



Página 1 de 53 - Portada

Identificador de la entrega trn:old::3117:558919348

KETHERINE FIORELLA JUAREZ HUARIPATA

P016_72219241_T .pdf

My Files

My Files

Universidad Nacional de Cajamarca

Detalles del documento

Identificador de la entrega
trn:old::3117:558919348

Fecha de entrega
20 feb 2026, 8:49 a.m. GMT-5

Fecha de descarga
20 feb 2026, 8:59 a.m. GMT-5

Nombre del archivo
P016_72219241_T .pdf

Tamaño del archivo
458.9 KB

47 páginas
8262 palabras
51.379 caracteres



Página 1 de 53 - Portada

Identificador de la entrega trn:old::3117:558919348

20% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 17%  Fuentes de Internet
- 7%  Publicaciones
- 16%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitan distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 17% Fuentes de Internet
- 7% Publicaciones
- 16% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Trabajos entregados	Universidad Nacional de Cajamarca on 2026-01-26	3%
2	Internet	repositorio.upt.edu.pe	2%
3	Internet	repositorio.ulc.edu.pe	1%
4	Internet	hdl.handle.net	1%
5	Internet	repositorio.unica.edu.pe	<1%
6	Internet	docplayer.es	<1%
7	Trabajos entregados	Universidad Privada San Juan Bautista on 2026-02-10	<1%
8	Internet	reumatologiaclinica.org	<1%
9	Trabajos entregados	Universidad Nacional de Cajamarca on 2026-01-20	<1%
10	Trabajos entregados	Universidad de Jaén on 2020-04-22	<1%
11	Trabajos entregados	DEMO2 on 2025-10-13	<1%

ANEXO 7: Lista de Chequeo STROBE

RÚBRICA USADA POR EL AUTOR Y ASESOR PARA EVALUAR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN SEGÚN TIPO DE ESTUDIO OBSERVACIONAL SEGÚN CRITERIOS STROBE

Lista de verificación para protocolos de estudios observacionales usada por el autor y asesor del proyecto de investigación

Ítem	N.º	Explicación	N.º de pág. (ó NA)
Título	1	Indicar el diseño del estudio con un término comúnmente utilizado en el título. (si el diseño no se menciona, pero el título es lo suficientemente informativo para determinarlo) Ejemplo 1: La pandemia de COVID-19 trae un estilo de vida sedentario en adultos jóvenes: un estudio transversal y longitudinal. Ejemplo 2: Prevalencia de dislipidemias en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de México 2006.	2
Introducción – Antecedentes / justificación	2-3	Explicar los antecedentes científicos y la justificación de la investigación reportada. Esta sección requiere referencias de la literatura actual. El estudio es necesario en comparación con la evidencia disponible. Es importante señalar la relevancia del estudio en ausencia de evidencia. Si ya hay evidencia disponible que responde los objetivos, considerar objetivos alternativos que aborden la brecha de conocimiento.	3-7
Objetivos	4	Indicar objetivos específicos, incluyendo hipótesis preespecificadas. Un objetivo debe ser SMART (Específico, Medible, Alcanzable, Realista, con tiempo definido). Ejemplo: Determinar el efecto del sexo en la admisión a UCI relacionada con sepsis y supervivencia hasta 3 años.	5
Métodos – Diseño del estudio	5	Presentar los elementos clave del diseño temprano en el manuscrito. Un párrafo de resumen del diseño del estudio. Ejemplo: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo de ingresos a UCI en Australia entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2020 utilizando datos de la base de pacientes adultos de la Sociedad de Cuidados Intensivos de Australia y Nueva Zelanda (ANZICS-APD).	23-29
Contexto	6	Describir el entorno, ubicaciones y fechas relevantes, incluyendo periodos de reclutamiento, exposición, seguimiento y recolección de datos. Puede presentarse como encabezado independiente o en un segundo párrafo de métodos. Debe describirse con detalle suficiente para permitir la replicación.	23
Participantes	7	Estudio de cohorte: Criterios de elegibilidad, fuentes y métodos de selección de participantes. Describir métodos de seguimiento (ej. diario, llamada telefónica, visitas). Especificar tiempo y personal encargado. Importante también en análisis de bases de datos. Estudio de casos y controles: Criterios de elegibilidad, fuentes y métodos de selección de casos y controles. Explicar la justificación de su elección. Ej. casos identificados en una lista de pacientes con muestreo aleatorio simple, por conglomerados, etc. Selección de controles comparable para reducir sesgos. Estudio transversal: Igual que en cohorte. Cohorte (emparejados): Dar criterios de emparejamiento y número de expuestos/no expuestos. Casos y controles (emparejados): Criterios de emparejamiento y número de controles por caso.	25-26
Variables	12	Definir claramente desenlaces, exposiciones, predictores, factores de confusión y modificadores de efecto. Dar criterios diagnósticos si corresponde. Ejemplo: El sexo del participante se definió según lo registrado en la base ANZICS-APD.	29
Fuentes de datos /	13	Para cada variable de interés, indicar fuentes de datos y métodos de evaluación. Si hay más de un grupo, describir la comparabilidad de métodos.	29

mediciones		Puede combinarse con el ítem 12.	
Sesgos	14	Describir esfuerzos para abordar fuentes potenciales de sesgo. Ejemplo: Se utilizó muestreo aleatorio estratificado para evitar un desequilibrio en el sexo de los participantes.	6
Tamaño de estudio	15	Explicar cómo se determinó el tamaño de la muestra. Generalmente se calcula y debe indicarse. Si no se calcula, justificar (ej. inclusión de todos los participantes disponibles en la base de datos). En estudios piloto/de factibilidad, se busca evaluar la viabilidad antes de un estudio mayor.	28
Variables cuantitativas	16	Explicar cómo se manejarán las variables cuantitativas en el análisis. Indicar agrupaciones elegidas y su justificación. Ejemplo: El sexo se trató como variable independiente y se realizó análisis estratificado adicional.	35
Métodos estadísticos	17 18 19 20 21 22 23	Describir todos los métodos estadísticos, incluyendo los usados para controlar confusión. Ejemplo: pruebas T, chi-cuadrado, regresión. Usualmente se emplean modelos multivariantes: regresión lineal/logística múltiple, modelo de riesgos proporcionales de Cox. Subgrupos e interacciones: describir métodos (ej. interacciones dentro de modelos de regresión). Datos faltantes: plan para tratarlos (ej. excluir si <20%, imputación múltiple, escenarios "peor caso/mejor caso") Cohorte: cómo se abordará la pérdida de seguimiento (diseño y análisis). Casos y controles: cómo se abordará el emparejamiento (ej. test T pareado, Wilcoxon, McNemar, regresión logística condicional). Transversal: describir métodos analíticos considerando la estrategia de muestreo (ej. modelos multinivel en muestreo por conglomerados). Análisis de sensibilidad: si aplica, describir escenarios alternativos (ej. incluir/excluir una variable).	35-36
Apéndices – Especímenes biológicos	24	Planes para la recolección, evaluación de laboratorio y almacenamiento de especímenes biológicos para análisis genéticos o moleculares en el ensayo actual y para uso futuro en estudios adicionales, si aplica. Ejemplo: Las muestras de sangre se obtuvieron diariamente por el investigador o el médico tratante, recolectadas en tubos con EDTA, centrifugadas y el plasma almacenado a -20 °C. Si el análisis se realizaba dentro de 24–48 h, la sangre se mantenía a 4 °C.	x

Cajamarca, 20 de febrero del 2026


Dr. Edwin Santos Hurtado
 Doctor en Medicina
 Médico Psiquiatra
 Subespecialista en Adicciones
 CMP 10018 RNE 3562 RNE S30

FIRMA Y SELLO DE ASESOR

ANEXO 8: Constancias del asesor

CONSTANCIA DE EVALUACIÓN CONTÍNUA FIRMADA DURANTE LA EJECUCIÓN DE LA TESIS DE GRADO

El Asesor del Proyecto de tesis **EDWIN ADMIR SANTOS HURTADO**, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca, hace constar que: el proyecto de titulado:

RELACIÓN DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN ESQUIZOFRENIA EN CENTRO DE SALUD MENTAL CAJAMARQUINO 2024 AL 2025

elaborado por el (la) alumno (a): **KATHERINE FIORELLA JUAREZ HUARIPATA** ha sido asesorado por mi persona desde la creación del proyecto, dejando constancia del seguimiento, asesoramiento y visto bueno de conformidad por cada acápite del proyecto revisado y culminado, de acuerdo a las fechas que a continuación presento:

Acápite	Fecha
Título	03/09/25
Plan de investigación	30/09/25
Marco teórico	15/10/25
Metodología de la investigación	12/12/25
Resultados	10/02/26
Discusión	13/02/26
Conclusiones y recomendaciones	14/02/26
Formato	18/02/26
Referencias bibliográficas	12/02/26

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.


Dr. Edwin Santos Hurtado
Doctor en Medicina
Médico Psiquiatra
Subespecialista en Adicciones
CMP 10018 RNE 3562 RNEE S30

Cajamarca, 20 de febrero del 2026.

.....
FIRMA Y SELLO DE ASESOR