

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
ESCUELA DE POSGRADO



UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

TESIS:

VIVENCIAS DEL FAMILIAR CUIDADOR DE PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA
DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO RENACER – CHOTA, 2021

Para optar el Grado Académico de
MAESTRO EN CIENCIAS
MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

Presentada por:
SILVIA LLAMO MEDINA

Asesora:
Dra. CARMEN YRENE YUPANQUI VÁSQUEZ

Cajamarca, Perú

2024

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: Silvia Llamo Medina
2. DNI: 45506920
Escuela Profesional/Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud,
Mención: Salud Pública
3. Asesora: Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez
4. Grado académico o título profesional
 Bachiller Título profesional Segunda especialidad
 Maestro Doctor
5. Tipo de Investigación:
 Tesis Trabajo de investigación Trabajo de suficiencia profesional
 Trabajo académico
6. Título de Trabajo de Investigación:
Vivencias del familiar cuidador de paciente con esquizofrenia del Centro de Salud
Mental Comunitario Renacer - Chota, 2021
7. Fecha de evaluación: 09/05/2024
8. Software antiplagio: TURNITIN URKUND (ORIGINAL) (*)
9. Porcentaje de Informe de Similitud: 11%
10. Código Documento: 3117:353617567
11. Resultado de la Evaluación de Similitud:
 APROBADO PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Fecha Emisión: 27/05/2024

*Firma y/o Sello
Emisor Constancia*



Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez
DNI: 26663814

* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

COPYRIGHT © 2024 by
SILVIA LLAMO MEDINA
Todos los derechos reservados



Universidad Nacional de Cajamarca
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-2018-SUNEDU/CD
Escuela de Posgrado
CAJAMARCA - PERU



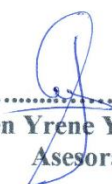
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

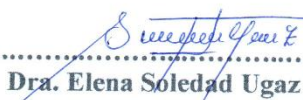
ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS


Siendo las *10*... horas del día 03 de abril de dos mil veinticuatro, reunidos en el Auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. ELENA SOLEDAD UGAZ BURGA, M.Cs. FLOR VIOLETA RAFAEL DE TACULÍ, Dra. LORENA JUDITH BECERRA GOICOCHEA**, y en calidad de Asesora la **Dra. CARMEN YRENE YUPANQUI VÁSQUEZ**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno de la Escuela de Posgrado y la Directiva para la Sustentación de Proyectos de Tesis, Seminarios de Tesis, Sustentación de Tesis y Actualización de Marco Teórico de los Programas de Maestría y Doctorado, se dió inicio a la Sustentación de la Tesis titulada: **VIVENCIAS DEL FAMILIAR CUIDADOR DE PACIENTE CON EZQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO RENACER – CHOTA, 2021**; presentada por la **Bachiller en Enfermería, SILVIA LLAMO MEDINA**.


Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó... *Aprobar*... con la calificación de *dieciocho (18) Excelente*... la mencionada Tesis; en tal virtud, la **Bachiller en Enfermería, SILVIA LLAMO MEDINA**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que la acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**.

Siendo las *11*... horas del mismo día, se dió por concluido el acto.


.....
Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez
Asesora


.....
Dra. Elena Soledad Ugaz Burga
Jurado Evaluador


.....
M.Cs. Flor Violeta Rafael De Taculí
Jurado Evaluador


.....
Dra. Lorena Judith Becerra Goicochea
Jurado Evaluador

DEDICATORIA

A Dios, por la salud y la vida, por darme sabiduría y vocación de servicio en favor de quienes necesitan de mi apoyo profesional.

A mi esposo, hijos (Kiara y Kenny), mis padres y hermanas, quienes son mi mayor apoyo, mi motivo de inspiración y esfuerzo continuo para lograr mis propósitos. Son la fuerza que me impulsa a la superación.

A mis amigas/os, por ser parte del proceso de mi formación, por acompañarme en cada reto.

Silvia

AGRADECIMIENTO

A Dios, como ser supremo, que me dio la vida y la oportunidad de seguir disfrutando de salud, por ser la fuerza divina que me permitió superar las dificultades, en todo momento de mi formación profesional y hacerla llena de aprendizajes y bonitas experiencias.

A mi familia, por ser el mayor soporte, por inspirarme confianza para no tener miedo a los obstáculos, por compartir sus valores y ser una profesional de éxito.

A mi asesora Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez, por brindarme orientación y ser el soporte profesional, por su dedicación y paciencia durante el proceso de desarrollo de esta investigación.

A Los docentes de nuestra alma mater la Universidad Nacional de Cajamarca, Escuela de Posgrado, por sus conocimientos compartidos, que fortalecen mi desempeño en la sociedad.

A los familiares cuidadores, quienes sin temor aceptaron participar durante la investigación, sus relatos son salidos de lo más profundo de su corazón que inspiran valentía, ¡juntos seguiremos buscando la salud!

Silvia

“Si no puedes aliviar, consuela. Y si no puedes consolar, acompaña”

Virginia Henderson

INDICE

Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Epígrafe	vii
Índice de contenidos	viii
Lista de abreviaturas	x
Resumen	xi
Abstract	xii
CAPÍTULO I	1
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Planteamiento del Problema	1
1.2. Pregunta orientadora del estudio	3
1.3. Objeto de estudio	3
1.4. Objetivo de la investigación	3
1.5. Justificación y/o relevancia del estudio	3
1.6. Delimitación de la investigación	5
CAPÍTULO II	6
2. REFERENCIAL TEÓRICO Y EMPÍRICO	6
2.1. Marco Legal	6
2.2. Marco Doctrinal	7
2.3. Antecedentes de a investigación	7
2.4. Marco Conceptual.	9
CAPÍTULO III	18
3. TRAYECTORIA METODOLÓGICA	18
3.1. Escenario de estudio	18
3.2. Abordaje y método de estudio	19
3.3. Población, muestra y unidad de análisis	19
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de información	21
3.5. Proceso de recolección de la información.	22
3.6. Interpretación y análisis información	22

3.7. Consideraciones de rigor científico	23
3.8. Consideraciones de rigor ético	24
CAPÍTULO IV	25
4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	25
4.1. Categoría 01: preocupación y tristeza en la convivencia con el familiar esquizofrénico	25
4.2. Categoría 02: la sociedad y la familia frente al paciente con esquizofrenia	30
CONSIDERACIONES FINALES	38
RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
APÉNDICES	49

LISTA DE ABREVIATURAS

TMG:	Trastorno Mental Grave
CSMC:	Centro de Salud Mental Comunitario
OMS:	Organización Mundial de la Salud
MINSA:	Ministerio de Salud
INSM:	Instituto Nacional de Salud Mental

RESUMEN

La investigación titulada: Vivencias del familiar cuidador de paciente con esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario Renacer – Chota, 2021, cuyo objetivo fue describir y analizar las vivencias del familiar cuidador del paciente con esquizofrenia. La investigación tiene un abordaje cualitativo y método descriptivo; la población estuvo conformada por 9 cuidadores de pacientes con esquizofrenia que cumplieron con los criterios de inclusión; la información fue recolectada a través de la técnica de entrevista en profundidad, la muestra se alcanzó por saturación de la información. Se ha realizado el análisis de contenido de los discursos donde surgieron dos grandes categorías, **categoría 01**; Preocupación y tristeza en la convivencia con el familiar esquizofrénico, con dos subcategorías: Subcategoría 01: Viviendo con tristeza y miedo cada día; identifica sus vivencias de sufrimiento, tristeza, preocupación, desesperación y miedo por la enfermedad. Subcategoría 02: Temor por el futuro del enfermo; las vivencias son de angustia, miedo e incertidumbre por lo que puede pasar en el futuro. **Categoría 02**: la sociedad y la familia frente al paciente con esquizofrenia, con tres subcategorías: Subcategoría 01: Reacción de la familia frente al inicio de la enfermedad; las vivencias fueron de temor, tristeza y la preocupación por el riesgo de ser dañados. Subcategoría 02: Estigmatización del paciente y familia. Las burlas, insultos e indiferencia del entorno social generan que éstos permanezcan solos y aislados. Subcategoría 03: Manteniendo la fe en Dios. La fe en Dios ayuda a superar el sufrimiento, les brinda fortaleza y los acompaña durante el tratamiento.

Palabras claves: vivencias, familiar cuidador y esquizofrenia.

ABSTRACT

The research titled: Experiences of the family caregiver of a patient with schizophrenia at the Renacer Community Mental Health Center - Chota, 2021, whose objective was to describe and analyze the experiences of the family caregiver of the patient with schizophrenia. The research has a qualitative approach and descriptive method; The population was made up of 9 caregivers of patients with schizophrenia who met the inclusion criteria; The information was collected through the in-depth interview technique, the sample was reached due to information saturation. The content analysis of the speeches has been carried out where two large categories emerged, **category 01**; Worry and sadness in living with the schizophrenic family member, with two subcategories: Subcategory 01: Living with sadness and fear every day; identifies their experiences of suffering, sadness, worry, despair and fear due to the disease. Subcategory 02: Fear for the patient's future; The experiences are of anguish, fear and uncertainty about what may happen in the future. **Category 02**: society and the family regarding the patient with schizophrenia, with three subcategories: Subcategory 01: Family reaction to the onset of the disease; The experiences were of fear, sadness and concern about the risk of being harmed. Subcategory 02: Stigmatization of the patient and family. The ridicule, insults and indifference of the social environment cause them to remain alone and isolated. Subcategory 03: Maintaining faith in God. Faith in God helps them overcome suffering, gives them strength and accompanies them during treatment.

Keywords: experiences, family caregiver and schizophrenia.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Presentación del Problema de Investigación

A. Contextualización

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la esquizofrenia es una enfermedad que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, estima que una de cada cuatro familias tiene al menos un miembro afectado por un trastorno mental grave. Donde se caracteriza por una distorsión del pensamiento, percepciones, emociones, lenguaje, conciencia y la conducta. Los pacientes esquizofrénicos suelen sufrir estigmatización, discriminación y la violación de sus derechos humanos (1).

En América Latina y el Caribe, la carga de los trastornos mentales graves (esquizofrenia) y neurológicos representa el 22,2% de la carga total de enfermedad, medida en años de vida ajustados en función de la discapacidad. En relación a todos los trastornos neuropsiquiátricos, los más altos son los trastornos depresivos unipolares (13,2%) y los producidos por el uso excesivo de alcohol (6,9%), En América del Sur, con una variabilidad relevante, el promedio para adquirir una dosis diaria de medicamento antipsicótico equivale al 8% del salario mínimo, siendo Ecuador el país con el porcentaje más alto 20% y Perú con el más bajo 1% (2).

En el Perú las enfermedades neuropsiquiátricas incluido la esquizofrenia alcanzan un 17,5% del total de las enfermedades de la población. En algunos estudios epidemiológicos realizados por el INSM entre los años 2003 al 2014 dan cuenta que, anualmente en promedio es el 20,7% de la población mayor de 12 años de edad que padece de algún tipo TGM, la prevalencia es al menos 1 de cada 7 peruanos tendría algún tipo de discapacidad que dificultaría su desempeño personal, familiar, académico, laboral y/o social. Esta enfermedad se encuentra entre las diez principales causas de discapacidad por enfermedad en el Perú (3).

A nivel local no existe datos estadísticos de pacientes esquizofrénicos, pero nos damos cuenta que hay familias que tienen a sus seres queridos aislados o encerrados, para no sufrir la discriminación por la población y tampoco tienen un acceso adecuado a los servicios de salud.

La esquizofrenia es un trastorno de salud mental que no sólo afecta al paciente sino a la familia cercana, ya que estos se ven impedidos de realizar actividades diarias que les permita sostenerse económicamente; generalmente un miembro de la familia de manera permanente asume el papel de cuidador, a fin de atender la difícil situación dentro del entorno familiar.

El familiar cuidador permite que dichos pacientes se manifiesten críticos y hostiles, aceptando todo lo que hace y dice el paciente. Otros familiares tienden ir al extremo opuesto y son particularmente protectores, llevando consigo mismo todas las responsabilidades del paciente tornándolo como dependiente en sus actividades en la vida diaria.

Dichas vivencias del familiar cuidador se torna en sentimientos de dolor y desesperanza, como angustia por el futuro de la persona afectada. Dichas emociones pueden producir una serie de síntomas físicos y psicológicos, los más característicos son: el insomnio, alteraciones en el apetito, irritabilidad y cansancio, los cuales pueden afectar a las labores habituales y a las capacidades de trabajo (4).

B. Descripción del problema

En la mayoría de las ocasiones el cuidado del paciente con esquizofrenia la asume un miembro de la familia, siendo muchas veces los padres del paciente, el esposo/a o hijo/a, el que atiende las necesidades físicas y emocionales del enfermo. Cuidar de un familiar con esquizofrenia es una tarea bastante difícil. No obstante, en muchas ocasiones lo que se observa es que por atender las múltiples demandas del enfermo se desatienden las necesidades del cuidador, quedando éstas en segundo plano. La carga del cuidador va a depender del estado del paciente, siendo ligera en algunos y demasiado pesada en otros para que sólo una persona haga frente (5).

La esquizofrenia es un trastorno mental grave con tendencia a la cronicidad y pérdida de las capacidades de autocuidado no solamente afecta al individuo que la padece, sino que repercute también de forma muy importante en la familia. Ésta, puede presentar estrés y un malestar emocional que recae en el “cuidador principal” y en los demás miembros de la familia. Dichos cuidadores pueden ser considerados elementos sanitarios de primer orden por su faceta de proveedores de atención y cuidado en las distintas áreas requeridas por la enfermedad. Los cuidadores presentan alteraciones en

su calidad de vida por la carga que muchas veces soportan, alteraciones en los lazos familiares por disfunciones en las dinámicas relacionales y sociales (4).

En la actualidad los problemas de salud mental graves como la esquizofrenia es considerada un problema de salud pública que tiene un impacto social y familiar, asimismo con la nueva reforma de salud mental, los pacientes diagnosticados con trastornos de salud mental grave (esquizofrenia) pasaron a formar parte de la comunidad y empezaron a incluir a sus familiares como parte del tratamiento ambulatorio en su hogar, con la finalidad de la reinserción laboral.

En la provincia de Chota hay un aumento de casos de esquizofrenia sin un adecuado tratamiento, dichos pacientes están en abandono social, familiar, discriminación, no cuentan con integración de redes de apoyo, por lo tanto, ninguna de las instituciones locales se involucra a brindar un acompañamiento de calidad, como consecuencia de esto, su salud física y emocional se van deteriorando con el paso del tiempo, perjudicando las relaciones familiares y la salud de sus cuidadores.

1.2. Pregunta orientadora del estudio

¿Cuáles son las vivencias del familiar cuidador de paciente con esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario Renacer – Chota, 2021?

1.3. Objeto de estudio

Vivencias del familiar cuidador de paciente con esquizofrenia Centro de Salud Mental Comunitario Renacer – Chota, 2021

1.4. Objetivo de la investigación

Describir y analizar las vivencias del familiar cuidador del paciente con esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario Renacer – Chota, 2021

1.5. Justificación y/o relevancia del estudio

Justificación científica

La presente investigación ha permitido conocer de manera científica, las vivencias del cuidador de pacientes con esquizofrenia, en el aspecto emocional; el incremento de la incidencia de la enfermedad mental, en las últimas décadas ha traído como consecuencia, serios cambios en el comportamiento de la familia, debido que el

cuidado implica exigencias de atención, éstas en muchas ocasiones generan vivencias de sobrecarga emocional, tristeza, preocupación, dañan la relación de la dinámica familiar, causando sentimientos de dolor; esto se complica más aún, si tenemos en cuenta que los pacientes con esquizofrenia son dependientes del cuidado de la familia por todo el tiempo de su existencia. El cuidador se convierte en el soporte fundamental para la recuperación del paciente, el tiempo que dedique al cuidado de éste y el monitoreo de su tratamiento influirán de manera directa sobre el logro de su rehabilitación social y laboral.

Las enfermedades mentales constituyen un problema de primera magnitud en la actual sociedad, tanto por su elevada incidencia como por el impacto y la desestructuración que sufren el propio enfermo y su familia, especialmente si se trata de personas que sufren un trastorno mental grave. El término “enfermedad mental grave” indica que se trata de un trastorno crónico, normalmente de naturaleza psicótica, del que resulta un deterioro significativo de una o más áreas del funcionamiento social.

Justificación técnica - práctica

En la actualidad la investigación tuvo un aporte significativo en la relación paciente-familia, puesto que los resultados encontrados servirán a todos los profesionales de la salud del CSMC - Renacer y a los familiares de pacientes con esquizofrenia; para las intervenciones especializadas no solo con el paciente sino también con los familiares. Asimismo, que la sociedad no los estigmatice y sean el soporte durante su tratamiento, manteniendo al paciente estable, evitar las recaídas y disminuir los problemas de salud mental en el cuidador.

Justificación institucional y personal

El interés que despertó el planteamiento de la investigación, fueron las vivencias, sufrimientos, preocupaciones por el tratamiento costoso, violencia, estigmatización y el aislamiento social del enfermo y del familiar. Es necesario conocer a fondo el aspecto emocional y subjetivo del familiar cuidador para brindar una atención integral, que permita la elaboración de guías y protocolos de prevención, tratamiento de dichos trastornos lo cual ayudara en la atención integral de salud mental y disminuir el abandono familiar y el rechazo por la sociedad, asimismo nos da entender la

importancia de un trabajo articulado con las instituciones locales para la reinserción laboral y social de dichos pacientes en su respectiva comunidad con su tratamiento ambulatorio.

Asimismo, en el nivel personal como enfermera del CSMC- Renacer, la presente investigación ayudó a conocer más de cerca sus vivencias del familiar cuidador, incrementando el conocimiento a fin de brindar atención de calidad.

1.6. Delimitación de la investigación

El presente estudio se centró en las vivencias del familiar del paciente con esquizofrenia que fue atendido en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer de Chota, además fue evaluado y diagnosticado e inició su tratamiento en el año 2021.

Dicho trabajo se ubica en la prioridad sanitaria de Salud Mental, en el tema priorizado de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental, incluida la participación social y comunitaria (6).

CAPÍTULO II

2. REFERENCIAL TEÓRICO Y EMPÍRICO

2.1. Marco Legal

Ley N° 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la ley 26842, Ley general de salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental, tiene por objeto garantizar que las personas con problemas de salud mental tengan acceso universal y equitativo a las intervenciones de promoción y protección de la salud, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación psicosocial, con visión integral y enfoque comunitario, de derechos humanos, género e interculturalidad, en los diferentes niveles de atención (7).

Plan nacional de fortalecimiento de servicios de Salud Mental Comunitaria 2018 – 2021. constituyéndose en una prioridad de salud pública siendo los problemas de mayor prevalencia la depresión, el abuso y dependencia del alcohol, los trastornos de ansiedad, las esquizofrenias, la violencia familiar, los trastornos de conducta y de las emociones en los niños y el maltrato infantil (3).

Adicionalmente, las personas con trastornos mentales presentan tasas muy elevadas de discapacidad y tienen una probabilidad de muerte prematura entre un 40% a 60% mayor que la población general, debido a los problemas de salud física, que a menudo no son atendidos y al suicidio, al gran sufrimiento y deterioro de la calidad de vida de personas con problemas mentales y de sus familiares, se agregan las repercusiones económicas y sociales expresadas en gastos de los servicios sanitarios y sociales, baja de la productividad, desempleo, estigmatización y exclusión (3).

Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios N°138-MINSA/2017/DGIESP: Una organización de los servicios teniendo en cuenta las características epidemiológicas y sociológicas de un territorio, de manera que garantice la universalidad, la equidad y la accesibilidad de las prestaciones, desde la prevención y la protección de la salud mental, asimismo la continuidad de los cuidados del paciente y su familia (8).

2.2. Marco Doctrinal

Watson J. propone que el Cuidado Humano se plantea ante la deshumanización de la atención en salud por cambios de estructura, nuevos modelos y tecnologías, es necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, por parte de los profesionales de Enfermería y los familiares, la finalidad es de entregar cuidados de calidad tomando en cuenta sus derechos y situación actual de salud. La filosofía y ciencia del cuidado brinda una base sólida en humanidades para el proceso de cuidado holístico de los pacientes, considera el cuidar como un valor fundamental en la enfermería y a la relación ideal de cuidar enfermera-paciente como un encuentro total. Los pacientes requieren unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida (9).

También se ha tenido en cuenta la Teoría del Autocuidado de Orem O, que explica el concepto de autocuidado es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el auto cuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención del familiar cuidador (10).

2.3. Antecedentes de a investigación

a. Internacional

Chasi S; Loja B (11), en la investigación: Afrontamiento familiar en los pacientes con esquizofrenia paranoide, Guayaquil – Ecuador, 2021, Tiene como objetivo determinar el afrontamiento familiar en los pacientes con esquizofrenia paranoide en la ciudad de Guayaquil. El estudio fue cualitativo, de enfoque fenomenológico y de paradigma interpretativo; los datos se recopilaron mediante entrevistas no estructuradas en profundidad hasta alcanzar el punto de saturación, llegando a la conclusión: que el cuidador principal y los integrantes de su entorno familiar son individuos que han tenido un proceso de transición complejo en el afrontamiento de la enfermedad, su vivencia con la enfermedad les ha dejado un impacto negativo.

Bedoya E (12), en el estudio: Carga familiar y emoción expresada por cuidadores de pacientes con esquizofrenia, Colombia – 2019, cuyo objetivo fue describir la relación

entre carga, emoción expresada y experiencia del cuidador de pacientes esquizofrénicos, es una investigación cuantitativa transversal y correlacional, con un muestreo no probabilístico con 14 familiares de pacientes esquizofrénicos. Se encontró que más de la mitad presentan carga intensa, niveles medios de criticismo y sobre implicación emocional, experiencia del cuidado positiva media alta y negativa media baja, y entre sí se relacionaron consecuencias en la familia con conductas difíciles, problemas con servicios, estigma, necesidad de apoyo, dependencia y pérdida. Llegando a la conclusión que el estrés y afrontamiento de las experiencias son manifestaciones de la carga en cuidadores ya que la situación de cuidar un familiar enfermo es continua y duradera.

Villamar R (13), en la tesis: Síndrome del cuidador en cuidadores de pacientes con esquizofrenia ingresados en el Instituto de Neurociencias, Ecuador en el año 2014, cuyo objetivo fue caracterizar el “síndrome del cuidador” en los cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia del instituto de Neurociencias de Guayaquil, es una investigación cualitativa descriptiva trasversal, con un muestreo no probabilístico con 20 sujetos. Llego a determinar que, el síndrome del cuidador se caracteriza por dolor físico, desesperanza, falta de concentración, irritabilidad, aislamiento, miedo, estrés, inseguridad, entre otras; lo que claramente repercute en la interacción con los miembros de la familia o amigos, así como también en el plano laboral ya que la mayoría de los cuidadores ha tenido que abandonar su trabajo de manera total o parcial para hacerse cargo del paciente.

b. Nacional

Aparicio A (14), en la investigación vivencias de la familia frente al cuidado de una persona con esquizofrenia atendida en el Hospital Herminio Valdizán, Lima, 2010. Tiene como objetivo conocer las vivencias de la familia frente al cuidado de una persona con esquizofrenia. Es un estudio cualitativo (descriptivo-analítico), con enfoque fenomenológico, donde se utilizó como técnica la entrevista a profundidad, Se obtuvieron 8 categorías; Es a partir de sus experiencias y vivencias que se conoce como sentimientos principales al: “duelo” por la pérdida del hijo sano, “dolor” por presenciar su situación lamentable e “Incertidumbre” por el futuro de su hijo, así mismo resaltan el desgaste físico y emocional que origina la convivencia y cuidado de estas personas.

Adriazen M (15), en la investigación: Experiencias del familiar cuidador de una persona que sufre esquizofrenia en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, Chiclayo 2012, cuyo objetivo fue analizar, describir y comprender las experiencias de un familiar cuidador de una persona que sufre esquizofrenia. Es una investigación de tipo cualitativa, con un muestreo no probabilístico. Los resultados fueron las siguientes categorías: sentimientos que surge en el cuidador frente a la enfermedad, asumiendo el desafío de ser cuidador, organizándose para cuidado, manteniendo la fe en Dios. Llegando a concluir que esta situación no solo afecta al enfermo sino también a sus familiares que se ven envueltos en un mundo completamente desconocido y estresante, así como también responden con diferentes actitudes ya que se presentan cambios emocionales y sociales donde persiste la discriminación en la persona con esquizofrenia.

Chappa W (15), en la investigación: Vivencias del familiar cuidador de personas con esquizofrenia Chachapoyas, 2016. En dicha investigación, tiene como objetivo Comprender las vivencias de los familiares cuidadores de personas con esquizofrenia, es una investigación cualitativa con abordaje fenomenológico, llegando a la conclusión que los familiares cuidadores de personas que padecen esquizofrenia tienen vivencias de sentimientos negativos de preocupación, tristeza, angustia y pena, al ver a su familiar enfermo; la difícil situación que le toca afrontar al familiar cuidador le lleva a incrementar su fe en dios, apoyándose en él para seguir con el cuidado de la persona que padece esquizofrenia (4).

c. Local

A nivel local no existen antecedentes sobre la problemática en estudio.

2.4. Marco Conceptual.

1. Vivencias

Minayo M (16), en su estudio cita Dilthey, vivencia es la experiencia viva y humana cuyo contenido está formado por la actuación de la totalidad de las fuerzas psíquicas. Las ciencias comprensivas están fundadas en el nexo entre experiencia, vivencia y comprensión. Pero la vivencia se distingue de la experiencia, pues constituye el criterio individual responsable de la caracterización de lo real. Es accionada por la resistencia ejercida por un mundo exterior sobre los movimientos de nuestro cuerpo y sobre el

impulso de nuestra voluntad y nuestras emociones, respondiendo de este modo al surgimiento de los hechos de la conciencia.

Asimismo, la autora también cita a Gadamer, menciona que la vivencia constituye una objetivación de la experiencia en forma de realidad pensada. O sea, la vivencia se diferencia de la experiencia porque constituye la elaboración del individuo sobre todo lo que experimenta (16).

Las vivencias son fenómenos “interiores” de estos seres vivientes, por eso no son susceptibles de ser miradas en sí mismas desde un punto de observación externo. Ellas miran “hacia dentro” de la misma vida y no más bien “hacia fuera” de ésta. vivencias se consideran “entidades subjetivas”. Esto, sin embargo, no afecta en nada a su estructura precisa y su contenido específico, que hacen de estas vivencias “entidades objetivas”, si bien unidas a estos seres vivientes. Así mismo son “fenómenos psicológicos” porque se distinguen de manera nítida de los procesos vitales en cambio las vivencias, como se ha dicho, son fenómenos subjetivos y hacen referencia al estado consciente de la vida; más aún, revelan esta conciencia de la vida (17).

Vivencia se entiende la función esencial del aparato psíquico: vincularse al mundo (exterior) o a su propio cuerpo. El tema de la experiencia, aunque no sea directamente explorado por Freud, se hizo necesario en su teoría desde la descubierta de la etiología de la histeria al principio de los años 1890 a la luz del método catártico: La vivencia es un tipo de experiencia, pero, no es el único (18).

1.1. Clasificación

- a. Las vivencias intencionales:** se suscitan en el hombre por las distintas relaciones significativas, inteligentes y espirituales que éste establece con los objetos de la realidad. Así mismo de alguna manera exigen, para su surgimiento en el interior de sus sentimientos del hombre, como la alegría o la tristeza. Estos hechos, a su vez, exigen tener como contenido una importancia intrínseca como fundamento de su sentido, en razón del cual no solamente surge la alegría en el interior del hombre sino también se convierte en el motivo razonable por el cual estas vivencias son positivas o negativas en la vida psíquica del hombre (17).

- b. Las vivencias “no-intencionales:** surgen en el hombre por las relaciones significativas que éste establece con los objetos de la realidad, sino que son “causadas”, “provocadas”, “ocasionadas” psíquicamente en él. determinadas circunstancias por las que atraviesa el hombre en algunos momentos de su vida, como el exceso de fatiga, la disminución de los momentos de reposo (en sus formas de sueño o de descanso), padecimientos de salud prolongados, comportamientos cada vez más sedentarios, alimentación inadecuada, abuso de agentes estimulantes (como el café, el tabaco, el alcohol, las drogas). Estas vivencias humanas son, en sentido estricto, inconscientes, no implican la capacidad de comprender de la inteligencia y carecen de índole espiritual, pues más bien son de naturaleza psicofísica (17).

1.2. Tipos de vivencias

- **Afectivas.** Son vivencias inesperadas, se salen del modelo del ser humano construido por reflejo.
- **Deseadas.** Una persona depende de estos sentimientos, pero no puede comprender la naturaleza de ellos por causa de la dependencia de la frecuencia de estas vivencias.
- **Emocionales.** Son vivencias adquiridas a través de la formación y educación condicional e incondicional, en estas vivencias se encuentra el esfuerzo incontrolado.
- **Sensuales.** Son vivencias que dependen de la capacidad del individuo de mantener su naturaleza humana.
- **Temporarios.** Tienen la capacidad de estar mucho tiempo en las mismas sensaciones satisfactorias.
- **Espaciales.** Se definen por la capacidad de expresar la propia existencia a través del esfuerzo controlado.
- **Vivencia de la pulsación.** Esta vivencia se caracteriza por un estado alterado de conciencia.
- **Vivencia del esfuerzo súper consiente.** Esa vivencia está formada por la geometría espacial que determina la conexión del espíritu de la persona con la estructura espacial (19).

2. Familia

La familia es un sistema de interrelación biopsicosocial entre el individuo y la sociedad y se encuentra integrada por un número variable de individuos, unidos por vínculos de consanguinidad, unión, matrimonio o adopción, que están unidas por vínculos de afectividad mutua, mediada por reglas, normas y prácticas de comportamiento, ésta tiene la responsabilidad social de acompañar a todos sus miembros en el proceso de socialización primario para que puedan ingresar con éxito a la socialización secundaria (20).

Al ser la familia la institución social más cercana al individuo, a la cual está ligado por fuertes lazos afectivos y sociales, así como por estrechos intereses de necesidad e incluso de supervivencia, para cualquier humano una crisis personal repercute en su familia y una crisis de la familia pasa a ser probablemente una crisis personal (21).

la familia es una organización única, que constituye la unidad básica de la sociedad, por el hecho de ser la institución o grupo donde los individuos crean, recrean, aprenden y transmiten símbolos, tradiciones, valores y formas de comportamiento, tiene como objetivo primario de guiar a los miembros que la componen, para enfrentarse al entorno en el cual se desenvolverán social y culturalmente, ante aspectos políticos, económicos, religiosos, entre otros (22).

Las situaciones que a afrontar la familia que por su índole o intensidad la ponen en crisis, es decir, la obligan a introducir algún cambio en su funcionamiento para superarlas o adaptarse constructivamente a ellas, son consideradas situaciones críticas y emocionales. Donde se percibe las vivencias de tipo perceptual y emocional, actitudes y comportamientos que asume la familia para enfrentarlas la crisis familiar (21).

2.1 La familia del paciente esquizofrénico

En nuestro entorno, la familia es la fuente principal de cuidados para las personas de cualquier edad que se encuentran en situación de fragilidad o dependencia. Los cuidadores constituyen la tríada terapéutica “equipo de salud- paciente-cuidador primario”. El cuidador principal es la persona del hogar familiar que se encarga habitualmente de cuidar la salud de las personas dependientes, sin recibir retribución económica a cambio (23).

La familia se asegura que el paciente tome la medicación, duerma y no presente alteraciones de la conducta. La estimulación incluye lo relacionado con la motivación del paciente para que se ocupe de su propio autocuidado, alimentación y actividades de la vida diaria y en ocasiones será necesaria la labor de suplencia ante la imposibilidad de conseguir que el paciente asuma estas responsabilidades que dejó de realizar (24).

La familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permiten seguir funcionando, de tal manera que se producen cambios en las interacciones familiares, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar (25).

2.2 Síndrome del familiar cuidador

Es una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son un agotamiento físico y/o psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que ha de realizar. Según Nisebe M. 2005 nos menciona que las áreas más afectadas están: el físico, ya que sufren cansancio, cefaleas y dolores articulares. En lo psíquico: depresión, trastornos del sueño, ansiedad e irritabilidad. En el área social: disminución o pérdida del tiempo libre, soledad y aislamiento. Y en el área laboral: absentismo y desinterés por el trabajo, entre otros (13).

Estas manifestaciones clínicas repercuten en la vida del familiar cuidador, principalmente a nivel físico y emocional, generalmente es un periodo recurrente de tristeza permanente o alguna otra sensación de aflicción relacionada con alguna vivencia de pérdida, que a lo largo del tiempo puede generar complicaciones psicopatológicas, de no ser manejados de forma adecuada el paciente con esquizofrenia tendría más recaídas o llegar a ser abandono, de tal manera que permita pensar en una opción de contar con apoyo psicoterapéutico desde el inicio de la enfermedad para que cuidador no sufra estas complicaciones (26).

2.3 Carga del cuidador o familiar de paciente con esquizofrenia

La carga es la consecuencia física, emocional y económica de proporcionar el cuidado. La carga es un estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente, un estado que amenaza la salud física y mental del cuidador.

La carga se entiende como la dificultad persistente de cuidar y los problemas físicos, psicológicos y emocionales que pueden estar experimentando o ser experimentados por miembros de la familia que cuidan a un familiar con incapacidad o algún tipo de deterioro. La carga es el impacto que el cuidado tiene sobre la salud mental, la salud física, otras relaciones familiares, el trabajo y los problemas financieros del cuidador (5).

2.4 Una visión desde la psicoeducación del cuidador

Gutiérrez, M et al, señala que los pacientes de enfermedades mentales como la esquizofrenia, algunos años atrás, eran hospitalizados bajo la supervisión y el cuidado de profesionales del área, recibían tratamiento y las atenciones según el caso, para la protección de sí mismos y de sus familiares. con la aparición de los antipsicóticos y la desinstitucionalización consigo algunas dificultades, especialmente para los familiares quienes pasaron a ser los principales cuidadores y desconocían las implicaciones de la responsabilidad que estaban asumiendo (27).

Las familias que tienen que cuidar a una persona con esquizofrenia conlleva de entrega, sacrificio, dedicación y la vez va a producir miedo pues no es fácil enfrentarse a esta situación porque él o ella muestran cambios en su personalidad, lo que les hace vivir de una manera diferente, modificar las funciones acostumbradas, tomar decisiones, asumiendo responsabilidades y realizando tareas y acciones de cuidado físico, social, psicológico, religioso (28).

Atender a un paciente con diagnóstico de esquizofrenia es muy difícil, y más cuando no se cuenta con la información mínima sobre la patología, ni existe el apoyo y acompañamiento de otros familiares y/o profesionales de la salud mental. La psicoeducación es una técnica que permite mejorar notablemente esta situación, pues ofrece la información necesaria para poder garantizar los cuidados ideales del paciente y mejorar la calidad de vida tanto de este como de su familia (27).

3. Esquizofrenia

Existen otras definiciones de la esquizofrenia es así que la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) describe como un trastorno que se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan

tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de su misma (5).

Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, pero también suelen presentarse otros trastornos de la percepción: los colores pueden parecer excesivamente vívidos y detalles irrelevantes de hechos cotidianos pueden parecer más importantes que la situación u objeto principal (14).

3.1 Características Clínicas

- a. Síntomas positivos:** En la fase crónica de la enfermedad, siendo una característica esencial, la pérdida del contacto con la realidad, que puede presentarse de manera intermitente, e intensa o en ocasiones es casi imperceptible, dependiendo de que el individuo esté recibiendo o no un tratamiento adecuado.
- ✓ Alucinaciones: donde la persona, escucha ve y siente cosas que nadie más puede ver, escuchar o sentir.
 - ✓ Delirios: que consiste en que los pacientes tienen creencias falsas, que se mantienen firmes en su pensamiento y que forman parte de su vida cotidiana, con el avance de su enfermedad presentar un delirio paranoico, porque cree que los demás intentan hacerle daño
 - ✓ Trastorno del pensamiento: presente cuando la persona adquiere una manera inusual o disfuncional de pensar, desorganización en el pensamiento.
 - ✓ Trastorno del movimiento: caracterizado por movimientos agitados del cuerpo, de manera repetitiva, pudiendo llegar a la catatonía (5).
- b. Síntomas negativos:** Estos síntomas son más difíciles de identificar, debido a que se confunden con los de la depresión u otras condiciones psiquiátricas. Las personas que los sufren necesitan ayuda en la realización de sus tareas diarias y en ocasiones descuidan su higiene personal, haciéndolos parecer como perezosas o pesimistas.
- ✓ Afecto plano: en la cual la persona no mueve el rostro, que se muestra inexpresivo, además de un habla con voz desanimada y monótona
 - ✓ Falta de satisfacción en la vida: el paciente no se encuentra cómodo con su vida cotidiana.

- ✓ Falta de habilidad en sus actividades: el paciente no puede iniciar ni mantener sus actividades diarias, mostrando un desempeño poco pulcro y organizado.
- ✓ Falta de comunicación: la persona no puede interactuar con su entorno, a pesar de verse forzada a hacerlo (5).

3.2 Tipos de esquizofrenia

De acuerdo con el CIE – 10, existen distintos tipos de esquizofrenia, siendo los principales:

- ✓ **Hebefrénica:** “Importantes cambios afectivos, delirios y alucinaciones fugaces y fragmentarias, comportamientos irresponsables e impredecibles, en tanto que son frecuentes los manierismos”. Pronóstico desfavorable por la rápida evolución de síntomas negativos.
- ✓ **Catatónica:** “Importantes perturbaciones psicomotoras, las cuales pueden alternar entre extremos tales como la hipercinesis y el estupor o entre la obediencia automática y el negativismo”.
- ✓ **Paranoide:** “Predominan los delirios relativamente estables, a menudo de tipo paranoide, los cuales se acompañan usualmente de alucinaciones, sobre todo de tipo auditivo, y de perturbaciones de la percepción”. Es el tipo más frecuente.
- ✓ **Indiferenciada:** “Afecciones psicóticas que cumplen con los criterios diagnósticos generales señalados para la esquizofrenia pero que no se ajustan a ninguno de los subtipos descritos”
- ✓ **Residual:** “Este diagnóstico se deberá usar cuando el enfermo ha tenido ya, por lo menos, un episodio anterior de esquizofrenia y al presente no tiene síntomas psicóticos prominentes, pero hay evidencia de una continuación de la enfermedad, por los síntomas negativos o por dos o más síntomas positivos atenuados (29).

4. La persona con esquizofrenia

Las personas que tienen una enfermedad mental tienen afectado su tono afectivo, su conducta y la manera en que se comunican con otras personas. Estamos más preparados para aceptar y comprender el caso de las enfermedades físicas. Otros elementos que tienden a confundir son que estos trastornos no tienen una causa o causas conocidas o fáciles de reconocer, varían de una persona a otra y su tratamiento también es confuso (14).

La persona con esquizofrenia no posee la capacidad de controlar su comportamiento siendo agresivos, violentos y peligrosos puede agravar los síntomas negativos. Ello resulta nocivo a nivel emocional y conductual, repercute en la calidad de vida y autoestima donde se relaciona positivamente con síntomas de depresión y ansiedad. Existen estudios que dan cuenta de que personas con trastorno mental grave vivencian las opiniones y sentimientos públicos de manera contradictoria y generalmente negativa, asimilando estereotipos de peligrosidad, de bajo control sobre sí mismos e incurabilidad. Esta auto estigmatización trae consigo desmoralización y sentimientos de vergüenza; lo cual promueve el aislamiento, el estrés y se constituye como un factor que podría aumentar los riesgos de recaídas e incluso conducir al suicidio (30).

CAPÍTULO III

3. TRAYECTORIA METODOLÓGICA

3.1. Escenario de estudio

El Distrito de Chota está ubicado en la parte central de la provincia, en la región andina norte del Perú, la capital, se encuentra a 2 388 msnm. Limita por el norte con los Distritos de Chiguirip y Conchán, por el oeste con Lajas, por el sur con Bambamarca y por el este con el Distrito de Chalamarca. La extensión del territorio del Distrito de Chota es 261,75 km². Políticamente está dividida en 19 distritos, siendo el distrito con el mismo nombre el que tiene la mayor población de 36,190 habitantes. La Ciudad de Chota está situada en la parte central de la provincia del mismo nombre y en la parte central del Departamento de Cajamarca, en la región septentrional del Perú, sobre un ramal de la cordillera Occidental de los Andes. Está a 2288 metros sobre el nivel del mar (31).

La palabra Chota proviene de la palabra aimara “CHOT” que significa Dios o ídolo. Chota como ciudad tuvo origen español, pero el Dr. José Vara Llanos niega que Chota haya sido fundada como ciudad y alega que nació como pueblo a consecuencia de la ordenanza de reducciones o pueblos para indígenas. Efectivamente las reducciones fueron el fruto del sojuzgamiento para lo cual a los naturales se les obligaba a abandonar sus aldeas primitivas para residir en las nuevamente planificadas para ellos (31).

El escenario de estudio fue en el hogar de cada familiar cuidador de paciente esquizofrénico que vive en el distrito de Chota, que son atendidos el centro de salud mental comunitario Renacer fue creado el 17 de setiembre del 2018, se encuentra ubicado en el departamento de Cajamarca, provincia y distrito de chota, en la urbanización Santa Eulalia. El CSMC es un establecimiento de salud de categoría I-3 especializado contando con un equipo multidisciplinario (médico psiquiatra, médico de familia, psicólogos, enfermeros, técnicos en enfermería, tecnólogos médicos y personal administrativo), donde brindan atención a los trastornos psicosociales, trastornos afectivos, trastornos de consumos de sustancias psicotrópicas y la promoción y prevención de dichos problemas de salud mental en la comunidad. Donde tiene fines y propósitos orientadas a contribuir el bienestar bio-psicosocial de la población en

concordancia con las normas y disposiciones emitidas por el sector público de salud, con acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental de la población local del distrito de Chota.

3.2. Abordaje y método de estudio

El presente trabajo de investigación es un estudio de abordaje cualitativo, porque nos proporciona información que permite comprender y profundizar “la vivencia o experiencia” del familiar cuidador, frente al del paciente con esquizofrenia.

La investigación es abordaje cualitativo, donde tiene el método descriptivo, Este enfoque conduce a la descripción e interpretación de la esencia de las experiencias vividas. Lo primordial es describir las vivencias es parte de un todo significativo y no hay posibilidad de analizarlo sin el aborde holístico en relación con la experiencia, esta radica en permitir y percibir lo que se muestra, tal como se muestra a sí mismo y en cuanto se muestra por sí mismo; en consecuencia, es un fenómeno objetivo, por lo tanto, verdadero y a la vez científico (32).

Este método conduce a conocer las vivencias de los familiares cuidadores, los resultados contribuirán a conocer la relación entre la objetividad y subjetividad, en la relación cuidador familiar – paciente.

3.3. Población, muestra y unidad de análisis

Los sujetos de investigación fueron los familiares cuidadores de los pacientes con esquizofrenia, que llevan tratamiento en el Centro de Salud Mental Comunitario Renacer del distrito de Chota, quienes fueron atendidos, evaluados y diagnosticados con esquizofrenia, e iniciaron tratamiento en el año 2021.

La muestra estuvo conformada por 9 participante cuidadores de paciente con esquizofrenia, se usó el muestreo por conveniencia y el número de familiares alcanzó por saturación de información, lo que permite seleccionar aquellos casos accesibles, el punto en el cual se ha escuchado ya una cierta similitud de ideas y sentimientos en cada discurso de la entrevista teniendo redundancia, a la observación adicional no aparecen ya otros elementos nuevos (33).

Los discursos fueron recopilados a través de la técnica de entrevista en profundidad, durante las visitas domiciliarias, teniendo un contacto directo con el cuidador. Los participantes de la investigación fueron nueve familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia (7 mujeres y 2 varones), la mayor parte se dedican a la agricultura y dos son profesionales técnicos, procedentes de la zona urbana y rural del Distrito de Chota.

Criterios de inclusión

- ✓ Familiar cuidador del paciente con esquizofrenia diagnosticado en el año 2021 y acude al tratamiento al CSMC Renacer
- ✓ Familiar cuidador hombre o mujer mayor de 18 años
- ✓ Familiar cuidador de paciente con esquizofrenia no menor a un año
- ✓ Familiar cuidador que acepte voluntariamente participar en el estudio y firme el consentimiento informado
- ✓ Familiar cuidador sin discapacidad para comunicarse

Criterios de exclusión

- ✓ Familiar cuidador que padece de discapacidad física o retardo mental.
- ✓ Familiar que no convive con el paciente con esquizofrenia.
- ✓ Familiar cuidador menor de 18 años.
- ✓ Familiar cuidador de pacientes con esquizofrenia que son atendidos en el CSMC-Renacer, de otra jurisdicción.

Cuadro 1. Familiar cuidador participante del estudio

Fecha de la Entrevista	Características
11/10/2021	Participante N° 1: mujer, de 46 años, hermana del paciente, ocupación su casa, procedente del Campamento
22/11/2021	Participante N° 2: mujer, de 53 años, tía del paciente, ocupación técnica en enfermería, procedente de Chota
14/12/2021	Participante N° 3: varón, de 30 años, hermano del paciente, técnico en enfermería, procedente de Chaupelanche
25/01/2022	Participante N° 4: varón, de 65 años, padre del paciente, ocupación agricultora, procedente de Tauripampa

14/03/2022	Participante N° 5: mujer, de 55 años, hermana del paciente, ocupación ama de casa, procedente de Chota
21/3/2022	Participante N° 6: mujer, de 50 años, madre del paciente, ocupación ama de casa, procedente de Rojaspampa
11/04/2022	Participante N° 7: mujer, de 43 años, esposa del paciente, ocupación ama de casa, procedente de Iraca Grande
11/05/2022	Participante N° 8: mujer, de 53 años, madre del paciente, ocupación ama de casa, procedente de Colpa
31/05/2022	Participante N° 9: mujer, de 57 años, madre del paciente, ocupación ama de casa, procedente de Chota

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de información

Para recopilar la información se utilizó la técnica de entrevista en profundidad, realizando un diálogo intencionado entre entrevistado y entrevistador, que tienen como finalidad conocer la opinión y la perspectiva que un sujeto tiene respecto de su vida, vivencias o situaciones vividas, la información fue recolectada entre octubre del 2021 y mayo del 2022.

La entrevista en profundidad se da a través de reiterados encuentros cara a cara entre investigador e informante, está dirigido hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, expresadas con sus propias palabras. Siguen el modelo de una conversación entre iguales y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. A través de la entrevista en profundidad, el entrevistador/a quiere conocer las vivencias más importantes y significativas acerca del entrevistado; llegar a comprender como ve, clasifica e interpreta su mundo en general o algún ámbito o tema que interesa para la investigación, en particular (34).

Instrumentos de recolección de datos: se utilizó un cuestionario semi estructurado la cual tiene como propósito a profundizar el recojo de la información más relevante de las vivencias o experiencias del familiar cuidador del paciente con esquizofrenia, donde cuenta con unas preguntas y el entrevistador tendrá la posibilidad de introducir preguntas adicionales, el tiempo de duración fue de 30 minutos por entrevistado (35).

3.5. Proceso de recolección de la información

La recolección de la información se realizó teniendo en cuenta los criterios de inclusión, una vez identificado el familiar cuidador, se le explicó sobre la importancia del estudio, se hizo firmar un consentimiento informado, se aplicó la entrevista con un cuestionario semi-estructurado, fue grabada con una grabadora portátil previa autorización, en una visita domiciliaria en común acuerdo con el familiar cuidador, la entrevista tuvo una duración de 30 minutos aproximadamente, en un lugar cómodo de su vivienda, donde el entrevistado se sintió mejor, para poder relatar las vivencias durante el cuidado que brinda a su familiar con esquizofrenia.

Prueba piloto

Para conocer la validez del estudio descriptivo e interpretar el cuestionario semiestructurado, es decir, si las preguntas planteadas proporcionaron la información que se requería de acuerdo al objeto y objetivo de estudio, se realizó una prueba piloto en el mes de setiembre del 2021 a dos familiares cuidadores, donde no se modificó ninguna pregunta a dicho cuestionario.

3.6. Interpretación y análisis de información

El análisis de contenido se realiza con la finalidad de interpretar y comprender textos y discursos como parte del estudio, de registrar las indagaciones empíricas sobre el contenido de las comunicaciones, teniendo en cuenta el contexto en que se presenta. Los datos científicos deben ser objetivos y reproducibles, susceptibles de medición y cuantificación (36).

El análisis de contenido también denominado análisis de texto o análisis del discurso, es una técnica que nos permite recoger información en base a una lectura científica (metódica, sistemática, objetiva) de un texto escrito, hablado, grabado, pintado, filmado, para luego analizarlo e interpretarlo. Esta técnica de procesamiento de la información contenida en los textos de variada codificación comunicativa ha cobrado importancia con el auge de la tecnología de la información y la comunicación (TIC), medios que hace posible que el flujo de mensajes se distribuye globalmente con la finalidad de producir una serie de efectos en el público receptor (37).

La información fue analizada haciendo uso de la técnica de análisis de contenido, considerando los aportes de la entrevista grabada. En el pre análisis se realizó la transcripción de la información obtenida, de los relatos de los familiares cuidadores tal cual fueron vertidos, luego se procedió a asignar una enumeración como participante, con la finalidad de obtener la codificación, que nos permitió realizar una transformación de los datos originales a los datos útiles, estableciendo así las unidades de significado, para la organización y clasificación de categorías y subcategorías preliminares.

3.7. Consideraciones de rigor científico

Fiabilidad o consistencia: Refiere a la posibilidad de replicar estudios, esto es, que un investigador emplee los mismos métodos o estrategias de recolección de datos que otro, y obtenga resultados similares. Por tanto, se puede recurrir a un investigador externo que dé su opinión sobre todo el proceso seguido, a fin de indicar si este se ha conducido correctamente o no, y si las estrategias utilizadas para la reconstrucción de las categorías analíticas son las apropiadas; por eso se sugiere en los estudios que se llevan a cabo por varios investigadores realicen registros sistematizados y acudan a la discusión del proceso con otros investigadores que estén interesados en líneas de trabajo similares (38).

En este trabajo de investigación se buscó encontrar resultados significativos, aplicables a otros estudios, donde existan personas pasando por vivencias semejantes, donde el lector u otros investigadores puedan tener la posibilidad de trasladar los resultados a contextos similares.

Validez: se relaciona con el modo de recoger los datos, de llegar a captar los sucesos y las experiencias desde distintos puntos de vista, poder analizar e interpretar la realidad, también con del grado de fidelidad con que se muestra el fenómeno investigado y puede obtenerse a través de diferentes métodos, entre los más usuales se encuentran: la triangulación, la saturación y el contraste con otros investigadores (38).

En el presente estudio, la información recolectada a través de la entrevista a los familiares cuidadores, se ha tenido en cuenta el objeto y objetivo de investigación, la interpretación y análisis de los discursos fue a la luz del referencial teórico, sin mediar el animismo como obstáculo epistemológico.

3.8. Consideraciones de rigor ético

El consentimiento informado: responde a una ética kantiana donde los seres humanos deben ser tratados como un fin en sí mismos y nunca como un medio para conseguir algo. Así, los participantes del estudio deben estar de acuerdo con ser informantes y, a su vez, deben conocer tanto sus derechos como sus responsabilidades dentro de la investigación. La finalidad del consentimiento es que los individuos acepten participar en la investigación cuando esta concuerda tanto con sus valores y principios como con el interés que les despierta el aportar su experiencia frente al fenómeno estudiado, sin que esta participación les signifique algún perjuicio moral (38).

Se solicitó al familiar cuidador la participación en la investigación, a través del documento denominado “consentimiento libre e informado”, instrumento que se entregó a cada participante, para registrarse voluntariamente, luego de recibir la información clara sobre el objetivo del estudio, teniendo conocimiento que puede retirarse de la investigación cuando lo crea conveniente.

La confidencialidad: Los códigos de ética hacen énfasis en la seguridad y protección de la identidad de las personas que participan como informantes de la investigación. Se refiere tanto al anonimato en la identidad de las personas participantes en el estudio, como a la privacidad de la información que es revelada por los mismos, por tanto, para mantenerla se asigna un número o un pseudónimo a los entrevistados (38).

El investigador se aseguró que la información brindada por los entrevistados fuera confidencial y anónima, es decir, cuidó que su nombre no sea conocido durante la entrevista grabada, o que se divulgue algún indicio de su identidad, asimismo se mantuvo la información en total privacidad, no compartiéndose con personas ajenas al estudio.

CAPÍTULO IV

4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

La esquizofrenia, es una de las enfermedades mentales más serias que ocasionan una gran perturbación en las relaciones sociales, familiares y laborales de las personas que la sufren; producen un trastorno fundamental de la personalidad y distorsión del pensamiento, que ocasionan alucinaciones, ideas delirantes, y alteraciones de la conducta. Se inicia generalmente en la adolescencia y tienen tendencia a evolucionar hacia la cronicidad, no existiendo para ello un tratamiento curativo en la actualidad, lográndose únicamente controlar los síntomas con el uso de antipsicóticos (15).

Las entrevistas grabadas fueron transcritas, para luego pasar del texto EMIC al ETIC, seguido de la identificación de la unidad de significado, y el proceso de construcción de categorías y sub categorías, a través del análisis de contenido han emergido 02 grandes categorías, donde cada categoría tienen subcategorías, según a continuación:

Categoría 01: preocupación y tristeza en la convivencia con el familiar esquizofrénico

- ✓ Subcategoría 01: Viviendo con tristeza y miedo cada día
- ✓ Subcategoría 02: Temor por el futuro del enfermo...

Categoría 02: la sociedad y la familia frente al paciente con esquizofrenia

- ✓ Subcategoría 01:fue fatal al inicio de la enfermedad
- ✓ Subcategoría 02: Estigmatización del paciente y familia
- ✓ Subcategoría 03: Manteniendo la fe en Dios

4.1. CATEGORÍA 01: PREOCUPACIÓN Y TRISTEZA EN LA CONVIVENCIA CON EL FAMILIAR ESQUIZOFRÉNICO

Los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia tienden a presentar preocupación y tristeza al enterarse del diagnóstico, y ante la noticia se produce inestabilidad familiar como sistema, generando en los miembros sentimientos y emociones cargados de tristeza, angustia, miedo, culpa y preocupación puesto que no saben cómo afrontar de manera apropiada la enfermedad. En este proceso de adaptación la familia suele percibir rechazo y discriminación por parte del entorno social, esto ocasiona en ellos aislamiento de sus relaciones sociales y tensión en la dinámica familiar (39).

Los sentimientos que provocan satisfacción que son adecuados y se acompañan de valores nobles, solidarios y buenos, son llamados sentimientos positivos o también “elevados”, y los sentimientos que nos inducen a observar conductas agresivas y destructivas o nos provocan malestar, se les puede catalogar como vivencias negativas (4).

Subcategoría 01: Viviendo con tristeza y miedo cada día

Los familiares de pacientes con esquizofrenia frente al diagnóstico experimentan sentimientos de tristeza, culpa, desesperación y miedo, debido a los cambios en la dinámica familiar, donde se evidencia la preocupación por saber si su familiar será recuperado en su totalidad. Sin embargo, el apoyo mutuo de sus miembros le permite enfrentarlos adecuadamente y reajustarse, apoyo al paciente en el inicio de tratamiento médico (39).

Cuidar un paciente con esquizofrenia genera en el cuidador numerosos efectos que tienen origen en la sobrecarga, algunas de estas podrían consistir en las preocupaciones sobre la enfermedad en el paciente. en algunos casos los “cuidadores expresan sentirse solos, sentirse tristes o preocupado ya que nunca tendrán ayuda para quedarse un día entero con el paciente, sacarlo o cuidarlo (40).

Al respecto Ribe. J. señala que un 45% de los cuidadores no disfrutaban de la vida y un 64% de forma habitual presentan sentimientos negativos, tales como tristeza, miedo, desesperanza, ansiedad o depresión durante el cuidado del paciente (41).

A continuación, se presentan los discursos relacionados:

Participante 01: _ Nosotros hemos vivido totalmente afligidos angustiados, y es triste la hora de tomar desayuno de almorzar...por más que había algo en la mesa él llega ya se fregaba todo, como le digo era una aflicción total a toda la familia, es como un trauma que nos ha dejado nosotros aparentamos que estamos bien, pero es una preocupación de todos los días.

Participante 02: *_ Nos preocupaba, ya no dormíamos en la noche nada de tanto pensar, a mi esposa casi le dio el derrame cuando él estaba enfermo, se perdía dos tres días, era muy triste.....Verlo a nuestro hijo con esa enfermedad.*

Participante 03: *_ Vivimos preocupados siempre pensando en su enfermedad, es un sufrimiento fatal para la familia, a veces no nos deja ni comer ni dormir, Nos grita, insulta es demasiada tristeza.....Ya.*

Participante 04: *_ Yo vivo siempre con la preocupación, la tristeza, pensando si amanecerá bien o mal, mi vida no tiene tranquilidad desde que se enfermó, tengo miedo que vuelva a salir a la calle y agrede, pero cuando está bien duerme tranquila mi sobrina.*

Participante 05: *_ Lo vivo muy triste porque mi hijo ya no es el mismo de antes, lo veo sufrir, ya no tiene amigos, que pena oiga por nosotros...en sus primeras crisis me dio tanta desesperación y angustia por no saber que hacer.*

Participante 06: *_ Un poco bien otro poco preocupado, así porque a veces no atiende, poco nos acompaña, ¡ay, que vamos hacer!, hay que tener paciencia cuando estaba enfermito uuu es una preocupación grave, lo tenía mucha pena cuando estaba internado allá en Chiclayo.*

Participante 07: *_ Mal, triste... porque se pone mal, nos agrede cuando está mal, yo paso llorando, porque cuándo se enferma no come, no duerme y nos corre de la casa, no podemos acercarnos a la casa, nos da miedo porque nos agrede.*

Los familiares cuidadores relatan sus vivencias, en sus discursos se identifican sufrimiento, tristeza, preocupación, desesperación y miedo, por la enfermedad de su familiar con esquizofrenia, estas emociones se presentan debido a la frecuentemente conducta agresiva del enfermo; el cuidador sabe que el paciente nunca volverá a ser el mismo y para cuidarlo debe renunciar a sus sueños y esperanzas, es un acto particularmente triste para los familiares.

Las vivencias del familiar cuidador están llenas de emociones, que pueden desencadenar sentimientos de antipatía y resentimiento con el enfermo, debido a que esto transforma su vida cotidiana; según sus discursos el problema psiquiátrico ha roto

la armonía familiar e interfiere en su autocuidado personal, creando dificultad para desarrollar una vida independiente, genera una carga familiar difícil de tolerar y causa desgaste emocional y cansancio. Al respecto Delgado G, sustenta que la responsabilidad de cuidar pacientes con esquizofrenia genera en los cuidadores un “periodo recurrente de tristeza y miedo, rabia permanente o alguna otra sensación de aflicción relacionada con algunas vivencias de pérdida”, son algunas de las emociones que generan los comportamientos violentos de los pacientes en los cuidadores, generando distanciamiento físico y emocional, culpando a los demás o permanecer ignorantes ante la situación de la enfermedad (26).

Así mismo Diaz. I. plantea que “el miedo anticipa peligro real e inminente, mientras que la tristeza es una respuesta a un suceso vivido durante el cuidado de otra persona (42).

Según los participantes, la tristeza y miedo están plasmadas en su día a día, ya que las actividades más básicas y cotidianas no son normales por las reacciones violentas del familiar con esquizofrenia, incluso el salir a la calle por un motivo tan casual puede ser motivo de agresión a cualquier desconocido. Adrianzen M, refiere que el temor, la ira y la angustia surgen en todas las personas, pero se evidencian aún más en los familiares cuidadores de pacientes con un diagnóstico de enfermedad mental ya que su presencia continua junto a la persona enferma, esta labor necesita esfuerzo y dedicación en los cuidados, así como con posibilidades reales y disposición para su atención, y poseer una buena relación afectiva con la persona que tiene a su cuidado (15).

Subcategoría 02: Temor por el futuro del enfermo...

Las personas con la enfermedad se enfrentan no sólo a los síntomas y a los efectos secundarios del tratamiento, sino que sufren un deterioro en su funcionalidad, dada la gravedad de la afección y la importancia de las áreas comprometidas. ha hecho necesario el complementar los abordajes farmacológicos con otras formas de intervención psicoterapéuticas y psicosociales que actúen de forma conjunta y coordinada para conseguir la recuperación de los pacientes (43).

A continuación, se presentan los discursos que fundamenta esta subcategoría:

Participante 01: *Me da pena mi hermano que tanta pastilla toma no significa nada bueno, es muy triste ver a un hermano así...pero entiendo que si no toma su tratamiento puede recaer y sería peor.*

Participante 02: *Ahorita me siento tranquilo, me siento bien, duermo tranquilo, el también ahorita trabaja y toma sus pastillas solo, estamos pendiente de las citas.*

Participante 03: *Es decir que no se va sanar jamás, es ya no, es tiene que estar así toda la vida tomando pastillas, algún día me he de morir ahí se quedará a su suerte, porque no hay más quien lo vea.*

Participante 04: *Mi sobrina tendrá que tomar pastillas hasta que se muera, pienso que tener un familiar así es una carga muy pesada que tenemos que soportar, como si fuera una maldición, da tanta rabia cuando no lo hace nada las pastillas, tanto pensar tengo muchos dolores de cabeza y ni sueño me da, al saber que será de su vida cuando yo ya no esté en este mundo.*

Participante 05: *Me he resignado a este sufrimiento, solo le pido a Dios que me preste vida para seguir apoyándolo, no es fácil tener un hijo enfermo, hay que estar todo el día tras de él con sus pastillas, me da miedo cuando algún día ya no tenga con que comprar su alimentación, o estar pendiente de sus citas ya que él no es capaz de hacerlo solo nada, ¡pobre de mi hijo, que sufrimiento!.*

Participante 08: *Pienso cuando se termine su tratamiento que fin será, a veces me siento mal cualquier día me dejara mi hija...así para estar toda su vida con las pastillas tomando, es angustiante, desesperante cuando tenemos un hijo así en esta situación.*

El familiar cuidador vivencia incertidumbre y angustia por el futuro del enfermo querido, los participantes saben que es una enfermedad crónica y deberá seguir el tratamiento a lo largo de su vida, además identifican los efectos secundarios de los medicamentos antipsicóticos y reconocen que el paciente es dependiente de su cuidador. Los discursos dan a conocer la incertidumbre por lo que puede pasar en el futuro, es una situación completamente descocida para poder sobre llevar el cuidado

de dicho paciente con esquizofrenia, donde con el transcurrir del tiempo, su temor cada vez se va incrementando durante el proceso de la enfermedad, de tal manera que experimentan sentimientos de desesperación causada por la impotencia de no poder hallar la solución.

La esquizofrenia es una enfermedad que lleva un tratamiento de por vida, el acceso a los fármacos es limitado, así también los efectos secundarios y la mala adherencia al tratamiento farmacológico, generan efectos secundarios desgastantes para el paciente y el familiar cuidador. El temor que presenta el familiar cuidador se refleja en el miedo a las reacciones que puede presentar en el individuo, siendo esta una emoción caracterizada por un intenso sentimiento habitualmente desagradable ante algo que les asusta o creen que puede hacer daño, y que persiste el peligro real, presente y futuro o incluso pasado que ya lo vivieron (15).

Para el cuidador el temor por el futuro del paciente es una constante preocupación puesto que es difícil que la persona que sufre de esquizofrenia pueda ser independiente y que logre un autocuidado al faltar el cuidador (26).

4.2. CATEGORÍA 02: LA SOCIEDAD Y LA FAMILIA FRENTE AL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA

Los desafíos y las dificultades que va enfrentando la familia con un integrante esquizofrénico son inmensos: atender sus necesidades personales, la dificultad para manejar el dinero, la discriminación social, los hábitos personales inadecuados, los insultos y golpes físicos hacia la familia, así como el miedo por la seguridad del enfermo y de otros miembros de la familia son preocupaciones sinceras y reales. El familiar cuidador suele sentirse sin recursos físicos y psicológicos de tal manera que el cuidado se va tornando en sufrimiento crónico en relación con sus responsabilidades del cuidado (44).

Siendo la familiar en su mayoría el cuidador principal de una persona con esquizofrenia afecta emocional, financiera y físicamente a los cuidadores y provoca algunas restricciones en su rutina diaria, provoca conflictos en las relaciones familiares, presentando a su vez incertidumbre por no contar con información frente al

proceso de enfermedad lo que causa sentimientos de tristeza, enojo, estrés, culpa y cambios en la rutina diaria. (45).

Subcategoría 01:fue fatal al inicio de la enfermedad

La esquizofrenia es una enfermedad crónica que puede atravesar distintas fases, aunque la duración y los patrones de cada una de ellas son variables. Los síntomas de esquizofrenia deterioran típicamente la capacidad de realizar funciones cognitivas y motoras complejas y difíciles; por lo tanto, los síntomas a menudo crean una clara interferencia con el desempeño laboral, las relaciones sociales y el cuidado de sí mismo. El desempleo, el aislamiento y el deterioro de las relaciones y de la calidad de vida son resultados frecuentes en el familiar cuidador (46).

En la primera o segunda crisis dependiendo de la intensidad de la conducta alterada, llega un momento en que la familia no puede soportar este comportamiento y acuden a la medicina tradicional y luego a un centro Psiquiátrico. A medida que transcurre el tiempo la reacción a la enfermedad se hace más conocida, las recaídas son frecuentes y los efectos atemorizantes cesan, las emociones se transforman en un estado de tensión y angustia por contemplar la situación lamentable de la persona, pero el grado de tales reacciones se contempla en una intensidad mucho menor (14).

A continuación, se presentan los discursos relacionados con la subcategoría

***Participante 01:**_ Cuando se enfermó la primera vez es una historia demasiado triste, porque la verdad quien lo controlaba era mi papá, si fuera una enfermedad que está postrada en una cama algo tú lo das o lo llevas, la esquizofrenia es desesperante no sabemos qué hacer.*

***Participante 02:**_ Estaba dos años muy mal, lo he llevado a Lima seis veces a un hospital, yo lo lleve cuando ya no lo podía sujetar, lo encerraba en la casa, lo amarre con soga para que lo lleve a lima, La vida lo que he pasado con mi hijo, a veces me ha hecho sentir, llorar.*

***Participante 03:**_ Me siento con mucha tristeza, es un dolor fuerte, maldigo esta enfermedad, es una tristeza inmensa y fatal.....me siento muy mal, me duele la*

cabeza, mi pecho... digo: ¡ay, Diosito que lo recogiera!, sabemos dónde está, para el sufrimiento que esta él y nosotros.

Participante 04: *_ cuando ella se enfermó nadie sabíamos de qué se trataba, lo llevamos a los brujos, chamanes, pero ella seguía agresiva, nos pegaba, lo teníamos que amarrarlo con una soga de la cintura, las manos lo maneábamos para poder encerrarlo, me daba mucha pena...y me sentía muy mal por no saber que hacer para ayudarlo.*

Participante 06: *_ no sabíamos que tiene primero, patas y manos maneábamos, lo teníamos tres meses internado, era una preocupación grave ya no sabíamos de donde sacar la plata, mi esposo decía se hace, hasta maja le daba, él no se hacía, sino que ha estado con la esquizofrenia.*

Participante 08: *_ como le digo cuando empezó sus primeras crisis, tenía una conducta de escaparse de la casa, me da una pena, sentía que nunca más lo voy a ver a mi hija.*

Participante 09: *_ cuando empezó con su enfermedad o cuando empeora me da miedo, cada vez me pega, me ha dejado una cicatriz grandota, nos fuimos a la selva a un curandero no lo hizo nada, ¡ay, Dios digo porque me toco a mí!, quizás le culpo a su padre por los problemas que hemos tenido.*

El familiar cuidador en sus discursos devela sus vivencias, con un lado oscuro y doloroso de enfrentar junto al paciente, se hace evidente el sufrimiento emocional, el dolor y la tristeza es inevitable, su primera reacción es atarlo, encerrarlo para poder controlar su conducta agresiva hacia otros, situación que impacta en la familia; cuando ven el sufrimiento de su ser querido optan por acudir a la medicina tradicional, y en última instancia, en su angustia e impotencia sostienen que la muerte sería el alivio para el paciente, el familiar debe conformarse, resignarse y sobreponerse ante la realidad, así dar solución al problema que están atravesando.

Las reacciones que las personas muestran hacia el paciente con esquizofrenia repercuten en su autoestima, y los cambios en relaciones en el ámbito familiar y social, aunque muchas veces aún no aceptan la enfermedad ya que tienen escasa

información acerca de ésta sumado al estigma y falsas creencias, sin embargo, cuando el paciente tiene más de dos años de enfermedad incluyendo las recaídas, la actitud de los familiares se modifica, se vuelven intolerantes, despreocupados e indiferentes; algunos optan por abandonarlo de por vida (47).

Al respecto Martínez. M, refiere que los familiares de pacientes con esquizofrenia señalan que frente al primer diagnóstico experimentar sentimientos de culpa, desesperación y miedo, debido a los cambios emocionales que presenta el paciente y ellos son incapaces de controlar dicha situación (39).

La esquizofrenia frecuentemente genera problemas de adaptación en la familia debido a las demandas creadas por la incertidumbre, el desasosiego, la sensación de hundimiento, hasta una baja en la autoestima, estos efectos, no siempre se experimentan con la misma gravedad y de forma idéntica en las familias, pero esto dependerá de los recursos económicos, sociales y de la resiliencia o capacidad para afrontar nuevos sucesos, y sobre todo a canalización de sus emociones para ser un buen soporte en el transcurso de la enfermedad (48).

Subcategoría 02: Estigmatización del paciente y familia

La aparición de la esquizofrenia en uno de los miembros de la familia, puede simbolizar un serio problema en la convivencia de sus miembros y la sociedad, afectar su estructura, funcionamiento, cambio de funciones, roles y aumento de deberes; esta situación altera la armonía familiar y social, e incluso puede llegar a desintegrarla; de tal manera que la sociedad sostiene una imagen llena de estereotipos hacia las personas que padecen dicha enfermedad.

El estigma social es una reacción social negativa que da como resultado un prejuicio hacia un grupo de personas con un rasgo que se considera negativo, intensifica el deseo de las personas con enfermedades mentales de distanciarse socialmente, lo que genera la pérdida de oportunidades de empleo y vivienda, así como la disminución del apoyo social por parte de los familiares y los amigos (44).

Estos son los discursos relacionados a la subcategoría

Participante 01: *_ Asu como le puedo decir en parte nos discriminaban porque decían mira el loco, está loco, nos decían algo malo que lo han hecho, por eso yo no más decía la gente habla por hablar, en esa parte es como me daban una puñalada.*

Participante 02: *_ Fíjese la gente, la misma familia se alegran, así de todas maneras ya no me apoyaban yo solo he luchado, cuando el recae el hospital no nos recibe, nos dicen llévelo a un hospital de locos.*

Participante 03: *_ La sociedad es bien discriminadora en ese sentido, ellos son “locos”, ¿porque no lo ponen a un manicomio?, que vergüenza como gritan, hablan solos, hace cinco meses mi hermano tuvo una crisis y en el hospital no me quisieron aceptar, lo teníamos más de tres horas amarrado y maneado.*

Participante 04: *_ HUUU, ha cambiado mucho nuestra relación familiar, ya no podemos ser los mismos de antes, antes éramos más unidos, podíamos hacer alguna reunión juntos, mejor lo dejamos en casa encerrada, o sino ya no me voy, porque a veces la misma familia nos dice para que lo andas nos avergüenza, mira cómo nos miran la gente, es por eso mejor nos aislamos de la familia y vividos solos para no generar problemas.*

Participante 05: *_ Ya no es lo mismo, los vecinos lo tienen mucho miedo, piensan que se va alocar y les va agredir, yo le digo ya está mejor, ¡ay, pero la gente no nos cree!, dicen que eso no se cura, ya no podemos salir de la casa a las fiestas porque la gente se aleja, murmuran de nosotros..... de nadie recibimos apoyo.*

Participante 06: *_ mi cuñado ha estado hablando que droga le han dado por eso está loco, que lo llevemos encerrarlo a lima a un hospital para locos, a veces lo pegaban la gente, hay diosito me partía el alma por mi hijo no pensaba que se va recuperar.*

Participante 07: *_ Mi familia decía como vas estar con un loco, ¡vótalo! él nunca se va sanar, no recibí apoyo de la gente, ni de la familia, sola tenía que sufrirlo, es vergonzoso esta enfermedad.*

Participante 08: *_ Los vecinos se burlaban decían que ella ya no se sana, deberían encerrarlo o llevarlo a una loquería, nunca me apoyaron la familia, hasta su padre nos dio la espalda, nunca debería nacer está loca decía.....me siento mal.*

Participante 09: *_ Siento que la sociedad no ayuda en la recuperación de mi hija porque me tratan mal, a veces me hacen sentir que yo tengo la culpa para que ella este así, “que habrán hecho antes por eso está loca su hija”.*

Los familiares cuidadores sienten estigmatización y rechazo por parte de la familia, la sociedad y personal de salud, con burlas, insultos, incluso indiferencia, dan un trato despectivo, frío e inhumano. La esquizofrenia es la enfermedad que resulta difícil de escapar del estereotipo, los prejuicios hacia persona que está sufriendo la enfermedad o al familiar cuidador, donde la familia evidencia sentimiento de vergüenza, miedo, aislamiento social, incremento del riesgo de recaídas durante el proceso del tratamiento.

El estigma es un constructo social que incluye actitudes, sentimientos, creencias y comportamiento que está configurado como prejuicio y trae como consecuencias discriminatorias hacia la persona (49). Al respecto Runte A. (50), refiere que el estigma afecta a la vida de las personas de forma amplia y profunda y perturba varios sectores de su vida como las relaciones sociales, familiares, la atención en su salud física y mental, profunda porque dañan extremadamente la autoestima otros aspectos emocionales de estas personas cuidadoras (50).

Subcategoría 03: Manteniendo la fe en Dios

En esta subcategoría tenemos la fe en Dios que cada familiar mantiene por ver la recuperación de sus familiares, son de gran importancia ya que al servir como apoyo emocional para los familiares cuidadores primarios facilita el logro posterior de una reinterpretación positiva y el uso de estrategias más activas de afrontamiento. mantener la confianza y la fe en un ser supremo es fuente de esperanza ya que, partiendo de una doctrina basada en el amor, se cree fielmente que nunca, estarán desprotegidos (51).

A continuación, se presentan los discursos relacionados en dicha subcategoría

Participante 01: *_ Gracias a Dios me alegra que mi hermanito este bien con su tratamiento, ya esté trabajando vendiendo sus helados, es una ayuda para la familia.*

Participante 02: *_ Tenía fe en Dios que mi hijo se va recuperar, he luchado hasta lo último, hasta quería gastarlo todo lo que tenía por ver la salud de mi hijo, pero hoy ya está mejor un poco, ya nos ayuda.*

Participante 03: *_ solo pedir a Dios que nos brinde fortaleza para seguir soportando tanta tristeza.*

Participante 04: *_ Le pido a Dios que me de mucha fuerza para poder soportar la tristeza y desesperación, angustia de que alguien me pueda ayudar, los profesionales del centro me ayudan mucho con su tratamiento.*

Participante 05: *_ Tengo mucha fe en Dios que el algún día nos va ayudar para salir adelante con mi hijo, pero sí está recuperando gracias a Dios.*

Participante 08: *_ Doy gracias a Dios que aquí me están ayudando mucho con su tratamiento, ya no gastamos en los pasajes para ir lejos, hoy ella nos ayuda, ya está mejorando.*

Participante 09: *_ Yo he rogado a diosito que por lo menos se mejore un poquito, aunque no haga nada, pero con la bendición de dios como usted lo ve ella ya está un poco mejor, las dos nos sentamos.*

Con cuidadores relatan sus vivencias a través de sus discursos, se identifica una fuerte creencia en Dios para mejorar la efectividad de los tratamientos, un ser superior les genera esperanza y confianza, expresan gratitud a Dios y se sienten fortalecidos por soportar las vivencias negativas, que han surgido durante el proceso de la enfermedad según la situación que están viviendo, de tal manera que la fe en Dios es una ayuda subjetiva de fortaleza y acompañamiento, que les permite aliviar su sufrimiento emocional y físico a los familiares cuidadores y obtienen una calidad de vida espiritual.

Adrianzen, M. nos revela los familiares cuidadores se aferran a Dios y mantienen la fe en él, es una estrategia de los familiares para hacer frente a una situación como es la enfermedad de un miembro de su familia, al encontrarse en situaciones que le generan dolor, angustia, desesperación mantiene la fe en Dios para que pueda encontrar tranquilidad y enfrentarse más adelante en el futuro que les espera (15). De tal manera se menciona que mantener la fe es el bienestar espiritual es la afirmación de la vida en relación con Dios, consigo mismo, y con los otros. Es la posibilidad de encontrar un significado y un propósito a la vida. Se caracteriza por una armonía interna y sentimientos de satisfacción (51).

Sabemos que el apoyo de los familiares, amigos y comunidades de fe en Dios son una parte muy importante en el tratamiento y recuperación de las personas, al saber que Dios está actuando en nuestras vidas para nuestro mayor bien, tanto de nuestra mente, como de nuestro cuerpo y nuestro espíritu. Esta sensación de paz y plenitud es un don que se recibe de un Dios compasivo (52).

CONSIDERACIONES FINALES:

Luego de la interpretación de los resultados han emergido las siguientes categorías y subcategorías:

La Categoría denominada: Preocupación y tristeza en la convivencia con el familiar esquizofrénico, presentó dos subcategorías: Subcategoría 01: Viviendo con tristeza y miedo cada día; se identifica en sus vivencias sufrimiento, tristeza, preocupación, desesperación y miedo por la enfermedad: Subcategoría 02: Temor por el futuro del enfermo: las vivencias son de angustia, miedo e incertidumbre por lo que puede pasar en el futuro, especialmente en sus crisis visuales o auditivas.

La categoría: La sociedad y la familia frente al paciente con esquizofrenia, emergieron tres subcategorías; la primera Subcategoría se denomina Reacción de la familia frente al inicio de la enfermedad; aquí las vivencias estuvieron relacionadas con el temor, tristeza y la preocupación por el riesgo de ser dañados, la segunda subcategoría: Estigmatización del paciente y familia; Las burlas, insultos e indiferencia del entorno social generan que éstos permanezcan solos y aislados. La tercera subcategoría 03: Manteniendo la fe en Dios; La fe en Dios ayuda a superar el sufrimiento, les brinda fortaleza y los acompaña durante el tratamiento.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

AL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO RENACER CHOTA

- ✓ Conocer y reconocer el impacto de los trastornos mentales en los familiares cuidadores, durante la promoción, prevención y tratamiento que brinda el personal de salud en un CSMC.
- ✓ Promover que todo el personal de salud reciba capacitación permanente que fortalezcan sus conocimientos y habilidades a la vez de su ética en el cuidado que brindan en a las personas con problemas de salud mental.
- ✓ Promover la creación de grupos de ayuda mutua en los usuarios y familiares.

A LA ESCUELA POS GRADO

- ✓ Promover el planteamiento de estudios con diferente abordaje sobre el cuidado de enfermería en trastornos de salud mental haciendo uso del modelo comunitario.
- ✓ Promover la formación de profesionales de la investigación de diferentes áreas de estudio, que inicien el desarrollo de estudios con enfoque mixto, con la participación de los docentes investigadores y estudiantes de maestría.
- ✓ Promover la implementación de programas de especialización en salud mental para a la escuela de enfermería con enfoque comunitario.

A LA DIRECCIÓN SUB REGIONAL DE SALUD CHOTA

- ✓ Promover la implementación de un servicio de hospitalización en el hospital José Soto Cadenillas para la estabilización del paciente con sintomatología psicótica.
- ✓ Gestionar de manera oportuna a través de la DIGEMID, la compra de los principales medicamentos antipsicóticos que no están el petitorio nacional de medicamentos para que no haya desabastecimiento, con la finalidad de no tener recaídas en los usuarios y generar afectaciones en la economía del familiar cuidador.
- ✓ Promover estrategias de mejoramiento de relaciones interpersonales entre el equipo multidisciplinario de salud mental a través de intercambio de conocimiento y experiencias durante el trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Esquizofrenia 2019 (citado el 23 de abril del 2021) disponible en [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia#:~:text=La%20esquizofrenia%20afecta%20a%20m%C3%A1s,en%20mujeres%20\(9%20millones\).](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia#:~:text=La%20esquizofrenia%20afecta%20a%20m%C3%A1s,en%20mujeres%20(9%20millones).)
2. Organización Panamericana de Salud. Los Sistemas de Salud Mental en América Latina y Caribe .2013, (citado 26 de agosto del 2021). disponible en URL [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/SPA-WHOAIMSREG-\(For-Web-Apr-2013\).pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/SPA-WHOAIMSREG-(For-Web-Apr-2013).pdf)
3. MINSA. Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental comunitaria Lima 2018 - 2021. (citado 1 de abril del 2021) disponible en <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>.
4. Chappa W. Vivencias del familiar cuidador de personas con esquizofrenia en la ciudad de Chachapoyas 2016. tesis para optar el título de profesional de Licenciada en Enfermería, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas; 2017 (citado el 22 de abril del 2021) disponible desde <https://repositorio.untrm.edu.pe/handle/20.500.14077/1249>
5. Perez L, Quispe E. Carga del Cuidador y Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Esquizofrenia Atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018. tesis para optar el título de profesional de Licenciada en Enfermería, Universidad Nacional de Huancavelica. Departamento de salud mental, 2028 (citado el 15 de mayo del 2021) disponible en <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/dd41de2f-4ef8-4059-94c5-a256ae0f3875/content>
6. MINSA. Prioridades Nacionales de Investigación en Salud en Perú 2019 – 2023. Lima. (citado en mayo del 2021) disponible en <https://www.gob.pe/institucion/ins/informes-publicaciones/4218401-salud-mental>.

7. MINSA. Reglamento de la ley N° 29889, ley que modifica el artículo 11 de la ley N° 26842, ley general de salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental. Lima 2015 (citado en 20 de abril 2021) disponible en : <https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/1296283-1>
8. MINSA. Norma tecnica de salud mental: Centros de salud mental comunitarios Lima 2017. (citado el 26 de agosto 2021) disponible en <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4499.pdf>.
9. Guerrero R, et al. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima- Callao. 2015 Enfermeria Herediana. 2016 ed. rev.,vol 9. (citado 2 de abril del 2021) isponible en <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/3017/2967>.
10. Lozano L. Cuidados de Enfermería en el Paciente con Esquizofrenia Paranoide no Adherido al Tratamiento Médico -Lima; 2017. Tesis para optar el titulo de especialista en enfermería en salud mental y psiquiatría en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2018 (citado en mayo del 2021) disponible en http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2685/seg.espec_luz%20estefany%20lozano%20cuadros.pdf?sequence=2&isallowed=y
11. Chasi S, Loja. B. Afrontamiento familiar en los pacientes con esquizofrenia paranoide, Guayaquil – Ecuador - septiembre 2021. Tesis para optar el titulo de licenciatura en enfermería, Universidad de Guayaquil facultad de ciencias médicas carrera de enfermería, (citado 28 de noviembre 2023), disponible en <https://repositorio.ug.edu.ec/server/api/core/bitstreams/79e07811-9b07-40af-b113-151c5c80cc8e/content>
12. Bedoya E. Carga familiar y emoción expresada por cuidadores de pacientes con esquizofrenia, Colombia – 2019. Apuntes de psicología, vol. 37 en la Universidad Cooperativa de Colombia, Bucaramanga, (citado en 16 de noviembre del 2023) disponible en <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/111876/carga%20familiar%20y%20emoci%20c3%b3n.pdf?sequence=1&isallowed=y>

13. Villamar R. Presencia del “síndrome del cuidador” en cuidadores de pacientes con esquizofrenia ingresados en el Instituto de Neurociencias de la JBG. Tesis para optar al grado académico de psicólogo (a) clínica en la Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Psicológicas. Guayaquil – Ecuador 2014. (citado el 20 de mayo del 2021) disponible en <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/6283/1/tesis%20sindrome%20del%20cuidador.pdf>
14. Aparicio A. Vivencias de la familia frente al cuidado de una persona con esquizofrenia, atendida en el Hospital Hermilio Valdizán Lima - 2010.. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. en Universidad Nacional Mayor de San Marcos (citado 21 mayo 2021) disponible en https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/476/Aparicio_da.pdf?sequence=1&isAllowed=y
15. Adrianzen M. Experiencias del familiar cuidador de una persona que sufre esquizofrenia - Hospital Almanzor Aguinada Asenjo. . Lambayeque; 2012, Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. en la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo (citado 16 de abril del 2021) disponible http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/394/1/TL_Adrianzen_Quevedo_Maricarmen.pdf
16. Minayo M. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa.. artículo Salud Colectiva setiembre – diciembre del 2010, Universidad Nacional de Lanús - Buenos Aires Argentina vol 6. Ed 3º: p. 254. (citado 26 de agosto del 2021) disponible URL: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73115348002>
17. Diaz R. El hombre y sus “vivencias”. [Online]; 2007 (citado diciembre 2020) disponible en : <https://diazolguin.wordpress.com/2008/07/17/el-hombre-y-sus-vivencias/>.

18. Fernandez J. El concepto de vivencia en la obra de Freud y su crítica a la luz de la fenomenología de Husserl. San Pablo Brasil, Articulo Library collection. vol. 21, n°1, enero-marzo, 2010 pág. 47-78. (citado enero del 2021) disponible en: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/kCKHHGLm9ZvrGcCBgsHh6tg/abstract/?lang=e>
19. Cherne O. 12 Tipos de vivencias. 2011. Online (citado el 14 de enero de 2021) . disponible en <https://www.olegcherne.ru/post-es/98-12-vivencias>.
20. Gallego A. Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. Revista virtual Universidad Católica del Norte. No. 35, febrero - mayo 2012 - Colombia. (citado en noviembre del 2020) disponible en: <https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/364/679>
21. Mendoza L, Saucedo A. Vivencias del familiar con paciente hospitalizado en el servicio de emergencia - Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Chiclayo 2017. Tesis Para Obtener el Título de segunda especialidad profesional enfermería en cuidados críticos y emergencia, en la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Lambayeque - 2018.. (citado 14 diciembre del 2020) disponible en: <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/3442>
22. Gutiérrez R et al. El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica Ciencia, revista Ergo Sum, vol. 23, núm. 3, 2016, Universidad Autónoma del Estado de México. (citado 20 de diciembre 2023) disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/104/10448076002/10448076002.pdf>
23. Algora G. El cuidador del enfermo esquizofrénico: sobrecarga y estado de salud, revista asociación nacional de enfermería de salud mental España 2014, (citado 15 marzo 2022) disponible en: <https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/06/1-El-cuidador-del-enfermo-esquizofrenicosobrecarga-y-estado-de-salud.pdf>

24. Espinoza D. Nivel de repercusión familiar en hogares con pacientes esquizofrénicos según opinión de los cuidadores que asisten a un servicio del seguro social de salud. Lima - 2017 Tesis Para optar el título profesional de licenciada en Enfermería, en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (citado 2 de abril del 2021) disponible en URL http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/6888/Tupac_yed.pdf?sequence=2&isAllowed=y
25. Fernández M. El impacto de la enfermedad en la familia, Rev. Fac Med UNAM México Vol.47 No.6 noviembre-diciembre, 2004, Universidad Nacional Autónoma de México, (citado 10 de diciembre 2023) disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un046f.pdf>
26. Delgado G. Retos en el cuidado de un paciente con esquizofrenia, experiencias de las familias. proyecto de investigación de la Universidad del Rosario, escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Bogotá 2018. (citado el 28 agosto del 2023) disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/134d165f-e122-483e-b6a3-e88cb79e7bfa/content>
27. Guerrero E et al. Fundamentos teóricos sobre la esquizofrenia: una visión desde la psicoeducación del cuidador. Prohominum, Rev. de Cs. Soc. y Hum. Vol. 2, Nro. 1 | Enero - Marzo 2020, Universidad Estatal de Milagro - Ecuador. (citado 2 abril del 2021) disponible en: <https://acvenisproh.com/revistas/index.php/prohominum/article/view/68/534>
28. Ayesta M, Constantino F. El cuidado a la persona con esquizofrenia desde la perspectiva del familiar cuidador, Artículo de investigación ACC CIETNA Vol. 3. N° 1, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo–Chiclayo-2016, (citado 20 junio 2022) disponible en: <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/54/540>
29. Burgos L. Factores asociados a niveles y componentes de emoción expresada en familiares de pacientes esquizofrénicos, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima - 2019. Tesis para optar por el título profesional de médico cirujano, en la universidad Ricardo Palma – Lima 2019. (citado 2 de abril del 2021) disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1733>

30. Loubat M et al. Estigmatización de la persona con esquizofrenia y consecuencias para el proceso de rehabilitación: un estudio en profesionales de la salud mental. Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología. santiago - vol. 12, núm. 39, 2017 , Universidad de Tarapacá Arica, Chile (citado 16 abril del 2021) disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/836/83652501002.pdf>
31. Berrios J. Monografía Histórica de Chota. Sin. Editorial. 2da Ed. Cajamarca: Perú, 1985.
32. Fuster D. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. propósitos y representaciones, artículo monográfico: avances en investigación cualitativa en educación, en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima - 2019 Vol. 7, N° 1 (citado 16 de abril del 2021) disponible en : <http://www.scielo.org.pe/pdf/pyr/v7n1/a10v7n1.pdf>
33. Martínez C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias, artículo Ciência & Saúde Coletiva, vol. 17, núm. 3, marzo, 2012, Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, México. (gcitado 16 abril 2021) disponible en : <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63023334008>
34. Correa J, Vasquez N. La cotidianidad de las enfermeras asistenciales en la supervisión de las internas(os) de enfermería en el área hospitalaria, Hospital Regional Docente de Trujillo - 2013.pag 71, 72, tesis para obtener el título de licenciada en enfermería en la Universidad Nacional de trujillo 2014, (citado en 27 agosto del 2021) disponible en: <https://1library.co/document/nq7vpjrq-cotidianidad-enfermeras-asistenciales-supervision-internas-enfermeria-hospitalaria-trujillo.html>
35. Hernández R et al. Metodología de la investigación. 6th ed. Mexico - 2014: mcgraw-hill / interamericana editores, S.A, (citado el 16 abril 2021) disponible en:<https://www.esup.edu.pe/wpcontent/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20BaptistaMetodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>

36. Sánchez M et al. Técnicas e instrumentos de recolección de información: análisis y procesamiento realizado por el investigador cualitativo. Revista Científica Uisrael. Quito - Ecuador enero – abril 2021 vol 8 n°1. pag 11,(citado el 17 de abril del 2021) disponible en: <https://revista.uisrael.edu.ec/index.php/rcui/article/view/400/197>
37. Bernardo C et al. Metodología de la investigación. manual del estudiante , desarrollado en la Universidad de San Martín de Porres; Lima - 2019. pag 96. (citado 17 de agosto del 2021) disponible en: <https://es.slideshare.net/JoseFrancisco437264/manual-metodologia-de-la-investigacion-250458288>
38. Noreña A et al. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. Red de Rev. Científicas de América Latina, Aquichan. vol. 12, n° 3- diciembre 2012, Universidad de la Sabana Colombia. (citado 17 abril del 2021) disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/741/74124948006.pdf>
39. Martínez M et al. Relaciones de familias con pacientes con esquizofrenia. Rev. AFT Archivos Venezolanos de farmacología y terapéutica., vol 39; Universidad Santiago de Cali - Colombia - 2020. (citado 8 de julio del 2022) disponible en: https://www.revistaavft.com/images/revistas/2020/avft_5_2020/20_relaciones.pdf
40. Cogollo Z, Hernández L. Cuidador familiar de personas con esquizofrenia: sobrecarga y calidad de vida en instituciones psiquiátricas. Universidad de Cartagena, Colombia – 2021, revista ciencias e innovación en salud, (citado 11 de diciembre 2023), disponible en: <https://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/view/4330/5250>
41. Ribé J. El cuidador principal del paciente con esquizofrenia, Barcelona – España 2014, tesis para optar el grado de doctor, en la universidad Ramon Llull Facultad de Psicología, Ciències de l’Educació i l’Esport Blanquerna, (citado el 11 diciembre del 2023) disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/146134/tesis%20doctorado%20ribe.pdf>

42. Diaz I. Las emociones de ira, alegría, miedo y tristeza en niños de 4 a 5 años del i.e.d. San Cayetano de Bogotá - 2019. tesis para obtener el grado de maestría en infancia y cultura, en la Universidad Distrital Francisco José de Caldas, (citado el 29 agosto del 2023) disponible en: https://repository.udistrital.edu.co/bitstream/handle/11349/22190/Diazingri2019_compressed.pdf?sequence=1
43. Viacava D. Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos el Centro de Salud Mental Moisés Heresi. Arequipa 2017. pag 38, tesis para obtener el grado de licenciada en enfermería, en la Universidad Católica de Santa María 2018, (citado 19 julio del 2022) disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/63148d96-557d-4491-8f1d-d0cbf82083b8/content>
44. Rodrigues S. Familiarización con el estigma. Boletín informativo de psiquiatría, vol 11, ed, 4; Facultad de Medicina, el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Massachusetts. publicado en 2014. (citado el 10 julio del 2022) disponible en: https://repository.escholarship.umassmed.edu/bitstream/handle/20.500.14038/44209/2/familiarizaci%25C3%25B3n_con_el_estigma___una_breve_int.pdf?sequence=4&isAllowed=y
45. Von Kardorff E. et al, carga del cuidador familiar en enfermedades mentales: el caso de los trastornos afectivos y la esquizofrenia. Rev. Pubmed 2015 - Estados Unidos. (citado el 31 agosto del 2023) disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26524243/>
46. Taminga C. Esquizofrenia manual msd. [online].; 2020. (citado el 10 julio 2022) disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-psiqui%c3%a1tricos/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/esquizofrenia>
47. Gusman B. Actitud del familiar hacia el paciente con esquizofrenia en un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana. lima; 2018. tesis para obtener el titulo de Licenciada en Enfermería, en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima 2018 (citado 31 de agosto del 2023) disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/9310/Guzman_mb.pdf?sequence=3&isAllowed=y#:~:text=Conclusiones%3A%20La%20actitud%20del%20fa

48. Mitzi J. La familia y la esquizofrenia. [Online]; 2023. (citado 31 de agosto del 2023) disponible en: <https://itsmitzis.com/2023/03/23/la-familia-y-la-esquizofrenia/>.
49. Chang V et al. Influencia del estigma social en la rehabilitación y reinserción social de personas esquizofrénicas. Rev. Habanera de Ciencias Médicas vol.17 no.5 set.-oct. 2018. (citado el 10 de julio del 2022) disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000500705
50. Runte A. Estigma y esquizofrenia: que piensan las personas afectadas y sus cuidadores. tesis de doctorado. Granada - 2005, tesis para obtener el grado de doctorado, Universidad de Granada Facultad de Medicina, Departamento de Medicina legal, toxicología y psiquiatría. pag 301;(citado 19 de julio del 2022) disponible en: <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/766/15750784.pdf;sequence=1>
51. Huaman M , Yarleque E. Afrontamiento del familiar cuidador primario frente al proceso de hospitalización de personas con cáncer en un hospital del MINSA. Lambayeque; 2018. Tesis optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería, Universidad nacional Pedro Ruíz Gallo facultad de enfermería Lambayeque 2019 (citado 29 de julio del 2022) disponible en <https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/5467/BC-4053%20huaman%20rachumi-yarleque%20cordovaa.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
52. Gregg S. La Enfermedad Mental y las Familias de Fe. Diversas formas en las que las Congregaciones Pueden Responder - 2010. Rev. Mental Health Ministries [Online];(citado el 29 de junio del 2023) disponible en : <https://www.faihealthtransformation.org/wp-content/uploads/2015/12/La-Enfermedad-Mental-y-las-Familias-de-Fe.pdf>

APÉNDICE

CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO

TITULO DE LA INVESTIGACION:

“Vivencias del familiar cuidador de paciente con esquizofrenia del centro de salud mental comunitario Renacer – Chota, 2021”.

OBJETIVO GENERAL:

Describir y analizar las vivencias del familiar cuidador del paciente con esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario Renacer – Chota, 2021

YO.....

Con domicilio ende nacionalidad peruana, con DNI.....; mediante la información brindada de la lic. Enf. Silvia Llamo Medina, acepto voluntariamente participar en dicha investigación y en la entrevista grabada, aceptando sus criterios de inclusión, con la seguridad de la reserva de su diagnóstico de mi familiar y la información brindada será confidencial, identidad no será revelada, donde tendré la libertad de participar o retirarme en cualquier fase de dicha investigación.

Chotade.....2021

.....

ENTREVISTA

Vivencias del familiar cuidador de paciente con esquizofrenia del centro de salud mental comunitario Renacer – Chota, 2021.

Objetivos de la investigación

✓ **Objetivo general**

Describir y analizar las vivencias del familiar cuidador del paciente con esquizofrenia del centro de salud mental comunitario Renacer – Chota, 2021

CUESTIONARIO SEMI ESTRUCTURADO

I. IDENTIFICACION:

Familiar participante.....
Edad.....
Sexo.....
Procedencia.....Horario de trabajo.....
Ocupación.....
Religión.....
Grado de instrucción.....

II. SENSIBILIZACION:

Siéntate cómodamente, cierra tus ojos, concéntrate en tu respiración lenta y profunda. Ahora imagínate que tienes un álbum de fotografías en tu mano, donde están los recuerdos de tu familiar de toda su vida, en el puedes decirme los momentos más felices que has pasado con dicho familiar, así mismo cuéntame ¿Qué significa para usted tener un familiar con esquizofrenia y tener un tratamiento de por vida? ¿Qué emoción sentiste?, respira profundo, despacio, imagínate el lugar más hermoso y abre los ojos lentamente.

III. PREGUNTAS GENERADORAS DEL DEBATE:

1. ¿Para usted que significa tener un familiar con esquizofrenia y tener un tratamiento de por vida?
2. ¿Como vive usted su día a día con su familiar con esquizofrenia?
3. ¿ha cambiado la relación familiar y social desde que tiene esquizofrenia su familiar?