



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA

“Actitudes de los Familiares de Pacientes con Esquizofrenia y
Nivel de Conocimiento sobre la Enfermedad,
Hospital Hermilio Valdizán - 2010”

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciatura en Enfermería

Marilú Elsa Llanos Moreno.

Lima-Perú

2010

Agradecimientos y Dedicatoria:

A Dios,

Por ser la fuerza espiritual que me acompañó y acompañará siempre.

A mis padres Juan Carlos Llanos y Marilú Moreno,

Por su incondicional apoyo, confianza, esfuerzo y amor.

A mis hermanos, Abuelos, familiares y amigos,

Por darme ánimo y fuerza en las buenas y malas.

A mi asesora Kattia Ochoa,

Por su paciencia, apoyo y confianza.

A mis docentes,

Quienes me brindaron sus conocimientos y confiaron en mi capacidad para asumir
retos.

A mi alma mater,

Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, por su excelente formación profesional.

A los familiares de los pacientes psiquiátricos,

Quienes participaron en la investigación.

Al Hospital Hermilio Valdizán,

Por su apertura y confianza.

Y a todas aquellas personas que sin conocerme me brindaron su apoyo.

Pensamiento:

“La recompensa de una buena obra,

¡Está en haberla hecho!”

INDICE

RESUMEN	7
SUMARY	8
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
1.1 Planteamiento y Delimitación del Problema.....	9
1.2 Formulación y Delimitación del Problema.....	12
1.3 Delimitación de los Objetivos.....	12
1.3.1 Objetivo General	12
1.3.2 Objetivos Específicos	12
1.4 Importancia y Justificación	12
CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL.....	14
2.1 Investigaciones Relacionadas con el Tema.....	14
2.2 Estructura Teórica y Científica que Sustenta la Investigación	15
2.2.1 La Esquizofrenia	15
2.2.2 La Familia	20
2.2.3 Las Actitudes.....	26
2.2.4 El Conocimiento.....	28
2.2.5 La Enfermería en Psiquiatría.....	29
2.3 Definición de Términos	30
2.4 Hipótesis	32
2.4.1 Hipótesis General	32
2.4.2 Hipótesis Específicas.....	32
2.5. Variables	32
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE ESTUDIO	33
3.1 Tipo y Metodología de Investigación	33
3.2 Área de Estudio.....	33
3.3 Población y Muestra de Estudio	33

3.4 Diseño Muestral	34
3.5 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	34
3.6 Validez y Confiabilidad de los Instrumentos	35
3.7 Procedimiento para la Recolección de Datos	36
3.8 Análisis de los Datos	36
3.9 Aspectos Éticos	36
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	37
4.1 Resultados	37
4.2 Discusión	46
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	52
5.1 Conclusiones	52
5.2 Recomendaciones	53
REFERENCIAS	55
Grupo Océano. (2007) <i>Enciclopedia de Psicología</i> . Barcelona: Océano.	55
Rocamora, A. (2000). <i>Un Enfermo en la Familia</i> . (1ª ed.) Madrid: San Pablo.	55
Revistas y Artículos:	56
Tesis:	56
Páginas Webs:	57
□ Palabras clave: minsa, hospital Hermilio Valdizán	57
ANEXOS	59
(Anexo 01) Operacionalización de las Variables	60
(Anexo 02) CUESTIONARIO	65
(Anexo 03) Validez de Expertos	72
(Anexo 04) CONFIABILIDAD DE LA PRUEBA PILOTO	74
(Anexo 05)	76
(Anexo N° 06)	79

RESUMEN

Introducción: actualmente, los trastornos mentales representan el 12% del total de la carga global de enfermedades, con gran repercusión social, psicológica y económica por su mayor impacto en el adulto joven, etapa de mayor producción en la población; estimándose que de no hacerse nada esta proporción se elevará al 15% para el 2020. De las 10 principales causas de discapacidad en el mundo, cinco corresponden a enfermedades mentales, siendo que unos 45 millones de personas ≥ 15 años de edad sufren de esquizofrenia en algún momento de sus vidas, situación que hace relevante conocer en qué medida la familia está preparada para dar soporte al miembro afectado.

Objetivo: determinar la relación existente entre actitudes de los familiares de pacientes con esquizofrenia y el nivel de conocimiento sobre la enfermedad. **Material y Método:** estudio de diseño correlacional y corte transversal, cuya población fue no probabilística de tipo intencional, conformada por 50 familiares; utilizando como instrumento un cuestionario constituido de tres partes: datos generales del paciente y familiar, de conocimientos y de actitudes. La recolección de los datos se realizó en las instalaciones del Hospital Hermilio Valdizán entre noviembre-diciembre/2009 y marzo/2010, considerando un tiempo de 30-45 minutos para cada entrevista. El análisis de datos fue realizado con el Coeficiente de Correlación r de Spearman y prueba χ^2 considerando un $\alpha=0,05$ mediante paquete estadístico SPSS versión 12.0. Se resalta que el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética del referido hospital. **Resultados:** del total de familiares el 54% (27) posee un nivel de conocimiento intermedio sobre la esquizofrenia al igual que una actitud indiferente; con respecto a la relación conocimiento y actitud, del total de familiares con conocimiento alto, 20% (10) presentó una de actitud indiferente a favorable, mientras que del total con conocimiento bajo, 24% (12) presentó una actitud de indiferente a desfavorable; la correlación de variables muestra que existe una correlación directa moderada ($p=0,000$). **Conclusiones:** existe necesidad de orientar, educar e involucrar a los familiares en el tratamiento y cuidado de los pacientes con esquizofrenia; responsabilidad que debe ser asumida por el profesional de enfermería en los diversos niveles de atención.

Palabras clave: esquizofrenia, actitudes, nivel de conocimiento, familia, enfermería.

SUMMARY

Introduction: Mental disorders now account for 12% of the total global disease burden, with enormous socially, psychologically and economically repercussion due to the greatest impact on young adults, the most productive sector of the population; estimating that if nothing is done about, this proportion will rise to 15% by 2020. Five of the ten leading causes of around the world of disability are mental illness. About 45 million people over age 15 suffer from schizophrenia at some point in their lives, a situation that becomes relevant to know how the family is prepared to give support the affected relative. **Objectives:** to determine the relationship between attitudes of relatives of patients with schizophrenia and level of knowledge about the disease. **Material and Method:** Cross-sectional co-relational design, the studied population was non-probabilistic intentional type, made up of 50 relatives, a questionnaire was used as an instrument constitute of three parts: general data of the patient and family about, knowledge and attitudes. The data collection was made by the premises of Hermilio Valdizán Hospital between November-December 2009 and March 2010, considering a time of 30-45 minutes per interview. Correlation coefficient r of Spearman, and Chi Square test with $\alpha = 0.05$, by using the statistics program SPSS version 12.0; were used about to co-relate the knowledge and attitudes variables. It is observed that the project was approved by the Ethics Committee of that hospital. **Results:** show that the total of relatives 54% (27) has an intermediate knowledge level about the disease and also an attitude of indifference, regarding to the relationship of knowledge and attitude from the total of relatives with a high knowledge, 20% (10) showed an indifferent attitude to favorable, whereas with a poor knowledge of the total, 24% (12) presented an indifferent attitude to unfavorable, to determine the co-relation, we found that there is a moderate direct co-relation between the two variables ($p = 0.000$). **Conclusions:** that is necessary guiding, educating and by part of the treatment and care to the relatives of patients with schizophrenia, this responsibility can be hand led for nurses on the different levels of attention.

Keywords: schizophrenia, attitudes, knowledge level, family, nursing.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento y Delimitación del Problema

Las enfermedades mentales son consecuencia de un conglomerado de factores biológicos, psicológicos y sociales, que afectan a cada persona de forma distinta. En la aparición de un trastorno mental, influyen e intervienen múltiples factores y causas (predisponentes, determinantes o desencadenantes); un trastorno mental es el resultado de circunstancias internas y externas que alteran el proceso de desarrollo personal y la conducta, lo cual hace difícil para el enfermo mental la convivencia e interacción con la sociedad.

Para la Organización Mundial de la Salud – OMS (2003), los trastornos mentales o neurológicos, en la actualidad representan aproximadamente el 12% del total de la carga global de las enfermedades, que provocan una enorme repercusión social, psicológica y económica, ya que el impacto de los trastornos mentales es mayor en el adulto joven, siendo éste el sector más productivo de la población. Estimándose que de no hacerse nada, esta proporción se elevará hasta un 15% para el 2020.

Entre los trastornos mentales o neurológicos, la esquizofrenia es una enfermedad o un grupo de trastornos que se caracteriza por alteraciones de tipo cognoscitivo, afectivo y del comportamiento, que afecta el lenguaje, el pensamiento, la percepción y el sentido de la propia identidad. Hoy en día, se calcula que el riesgo de padecer esquizofrenia, es de 1% en la vida y que afecta por igual a hombres y mujeres. (Toro, 2006)

La percepción social de la enfermedad mental está inclinada por el desconocimiento y la desinformación, la que influye en el aislamiento de las personas que la padecen. Es debido a esta situación vivida por la gran mayoría de pacientes psiquiátricos, su dificultad para reinsertarse a la sociedad.

La OMS (2001), refiere que en todo el mundo, unos 45 millones de personas mayores de 15 años sufren de esquizofrenia en algún momento de su vida; el número de personas con esquizofrenia en Pacífico Occidental es de 12.7 millones, Asia Sudoriental

es de 11.9 millones, Europa es de 6.5 millones, África 4.5 millones, Mediterráneo Oriental 3.5 millones y en América es de 5.9 millones de personas aproximadamente.

Considerando esta magnitud global, es importante conocer en qué medida la familia está preparada para dar soporte al miembro afectado. Pues se conoce que la familia actúa como un sistema, en el que todos los miembros están involucrados uno con el otro.

Entonces, reconociendo que la familia constituye un sistema de interacciones y proyectos que tienen una fuerte conexión con las decisiones particulares y con los diferentes estados de ánimo de sus miembros (alegría, sufrimiento, esperanza, entre otros), cualquier cambio en el sistema queda impregnado de la angustia o la desesperanza del sujeto enfermo. Además, la familia es donde se produce la enfermedad, pero es también donde se pueden articular acciones que favorezcan o entorpezcan la curación. (Rocamora, 2000)

Puede ser difícil tener a alguien en la familia con una enfermedad física o crónica, pero puede ser aun mucho peor tener a un familiar afectado por una enfermedad mental. Aunque las enfermedades mentales cada vez se están haciendo más comunes, aun siguen siendo mal entendidas, generando en la mayoría de los casos estigmas sociales que poco ayudan a resolver el problema del afectado y de su familia.

Del Rosal (2002), en su artículo “Los enfermos mentales y sus familias: un colectivo socialmente olvidado”, refiere que el padecimiento de una enfermedad mental es un proceso largo y doloroso, tanto para el paciente como para su familia, no solo por la gravedad de la patología, sino también por la imagen negativa que tiene la sociedad de las personas con enfermedades mentales. Parte del sufrimiento que padecen estas personas tiene su origen en el rechazo, la marginación y el desprecio social que tienen que soportar.

Gracias al avance de la ciencia, el tratamiento para los trastornos mentales ha dado un gran paso, dejando de lado aquellos tratamientos inhumanos que se realizaron durante siglos. Pero, no basta con atender solo a la persona que sufre la

enfermedad mental; la familia que es la principal fuente de apoyo necesita también ser involucrada en el abordaje y tratamiento de la enfermedad.

Cada miembro de la familia es potencialmente el eje de muchas influencias, lo importante no es evitar esas influencias sino encauzarlas para mantener la armonía del hogar. Por tal motivo, se puede deducir entonces que tener un enfermo en la familia, no separa la condición de salud de sus demás integrantes, sino que todos están enfermos como antes todos estaban sanos. Es a partir de esta posición de enfermedad, desde donde se pueden establecer las estrategias de ayuda y aprender a vivir con el paciente. (Rocamora, 2000)

La posibilidad de éxito y de conseguir la recuperación es mayor si la familia recibe pronto la ayuda desde su entorno y, sobre todo, por personas que tengan credibilidad. Es ahí donde el equipo de salud y principalmente la enfermera haciendo uso de sus habilidades y destrezas cumple un rol importante, siendo ella líder en el cuidado del ser humano desde un enfoque holístico, incluyendo a la familia.

Desde esta perspectiva y entendiendo, la importancia de la participación familiar en el cuidado y soporte del paciente con enfermedad mental y, las interacciones observadas en la práctica clínica como parte del curso de enfermería en psiquiatría, se formulan las siguientes interrogantes:

¿Cómo influye el nivel de conocimiento en la actitud que toma el familiar y la participación en la rehabilitación del paciente con esquizofrenia?

¿Qué actitudes presentan los familiares de un paciente con esquizofrenia en relación a su nivel de conocimiento?

¿De qué manera podrían repercutir estas actitudes en el paciente?

¿Será verdad que cuanto mayor sea el nivel de conocimiento sobre la enfermedad mental, mayor disposición de la familia?

1.2 Formulación y Delimitación del Problema

¿Cuáles son las actitudes que adoptan los familiares de pacientes con esquizofrenia con relación a su nivel de conocimiento sobre la enfermedad - Hospital Hermilio Valdizán, 2010?

1.3 Delimitación de los Objetivos

1.3.1 Objetivo General

- Determinar la relación que existe entre las actitudes de los familiares de pacientes con esquizofrenia y el nivel de conocimiento sobre la enfermedad.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar el grado de instrucción de los familiares del paciente con esquizofrenia.
- Identificar al familiar más próximo del paciente con esquizofrenia.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre la esquizofrenia en los familiares de pacientes con esquizofrenia.
- Identificar las actitudes adoptadas por los familiares de pacientes con esquizofrenia.

1.4 Importancia y Justificación

Tomando en cuenta que actualmente las enfermedades mentales tienen como principales afectados a la población adulto joven, quienes son el sector o grupo etáreo económicamente activo y más productivo de la sociedad. Estimándose que a la fecha son aproximadamente un 12% de personas afectadas del total de la carga global de las enfermedades; y que en América son 5.9 millones de personas que tiene esquizofrenia. (OMS, 2001)

La presente investigación tiene como finalidad determinar en qué medida las actitudes que adoptan los familiares de un paciente con esquizofrenia, se relacionan con el nivel de conocimiento de la enfermedad mental, siendo datos claves que servirán para diseñar estrategias educativas que favorezcan la capacitación de la familia, brindado por la enfermera, quien es el profesional que comparte más tiempo con el paciente y la familia. De acuerdo con Toro (1988), el conocimiento y el abordaje de un individuo sano o enfermo, debe partir del estudio de su familia, ya que es su contexto más próximo.

La competencia en esta área reforzará la necesidad de evaluación del personal de enfermería, de las necesidades individuales del paciente como de su familia, también permitirá evaluar los recursos con los que se cuenta; potenciará la capacidad para seleccionar las intervenciones necesarias para promover el funcionamiento adaptado y facilitará el uso de estrategias positivas para afrontar los problemas. (Stuart & Laraia, 2006) Pero, sobre todo, existe gran interés por profundizar este tema de investigación en el campo de la salud y enfermedad mental, para favorecer la calidad de vida de los pacientes psiquiátricos, a quienes durante las prácticas clínicas se les observó carentes de apoyo y de afecto.

CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL

2.1 Investigaciones Relacionadas con el Tema

García Correa, R. (2006) “Actitud de la enfermera(o) hacia el cuidado integral del paciente con esquizofrenia del Hospital Nacional Hermilio Valdizán Enero-2006”. El método utilizado fue el descriptivo trasversal, la población de estudio estuvo conformada por 22 enfermeras y la técnica para la recolección de datos fue la entrevista y el instrumento un cuestionario con la aplicación de la escala de Likert modificada. La autora concluyó, que la mayoría de las enfermeras presentan actitudes entre indefinidas y desfavorables hacia el cuidado integral del paciente con esquizofrenia, los cuales van a tener repercusiones negativas en el cuidado de estos pacientes si no se modifican estas actitudes hacia una dirección favorable, cabe mencionar que es en el área psicoemocional donde se evidenció un mayor porcentaje.

Álvarez Estrada, G. (1995) “Influencia del conocimiento de las estudiantes del III y IX ciclo de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza (EEPLT), en las actitudes hacia el enfermo mental”. Estudio descriptivo, comparativo, exploratorio y de tipo trasversal, en donde se aplicó un cuestionario de conocimiento y un test de actitudes. Los resultados comprobaron la hipótesis de que con el grupo de alumnas de menor nivel había mayor número de estudiantes con actitudes desfavorables y pocos conocimientos en relación al tema de salud mental, y en el caso contrario que la mayor parte de las alumnas con un mayor nivel, tenían actitudes favorables hacia los enfermos mentales y además buenos conocimientos sobre el tema.

Guanilo Mesías, J. y Seclen Ubillús, Y. (1993) “Relación que existe entre el nivel de conocimiento acerca de la enfermedad mental y el nivel de emoción expresada en familiares de pacientes esquizofrénicos de consultorios externo Hospital Honorio Delgado”. El diseño metodológico fue descriptivo correlacional, la población escogida fueron los familiares de pacientes con esquizofrenia, la muestra la conformaron 50 familiares seleccionados según criterios de inclusión. Los resultados mostraron que la mayoría de familiares de los pacientes con esquizofrenia presentan un nivel regular de conocimiento sobre la enfermedad mental, con un alto nivel de emoción expresada como son para las autoras, la crítica, sobreprotección y hostilidad del familiar hacia el

paciente con esquizofrenia, por último se evidencia una relación inversa entre el nivel de conocimientos y nivel de emoción expresada.

2.2 Estructura Teórica y Científica que Sustenta la Investigación

2.2.1 La Esquizofrenia

- **Generalidades y Concepto**

Ramos (2007), en su artículo “Esquizofrenia, Neurociencias - Neurodesarrollo hacia una Nueva Nosología”, refiere que el término esquizofrenia fue creado por el psiquiatra suizo Eugen Bleuler, para designar un grupo de enfermedades mentales que se caracterizan por la división o dislocamiento del Yo. Bleuler utilizó el término en forma plural en su monografía << Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias >>, terminada de escribir en 1908 y publicada en 1911, pero en el prefacio de este texto hace alusión al psiquiatra alemán Emil Kraepelin y expresa su reconocimiento por haber concebido la idea original de la “Demencia Precoz” como una entidad clínica independiente.

Definir la esquizofrenia es un tanto complejo, debido a que cada autor tiene su propia definición. Así, por esquizofrenia (del griego *skhizein*, *hender*, separar, y *phren*, *phrenos*, mente) se entiende el grupo de estados psicóticos caracterizados por disociación del yo, despersonalización, trastorno del curso de pensamiento, trastornos de la afectividad, ambivalencia, alteraciones psicomotrices, alucinaciones, ideas delirantes, autismo y ruptura del contacto con el ambiente. (Larousse, 1999)

El DSM-IV (1994), reconoce la esquizofrenia como un grupo de trastornos que implican síntomas característicos de múltiples procesos psicológicos, tales como: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y síntomas negativos (aplanamiento afectivo, alogia o abulia); de los cuales tienen que presentar dos o más.

Para el CIE-10 (1992), la esquizofrenia es denominada F20, trastorno caracterizado por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del 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 cognoscitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma.

- **Etiología**

Las causas de la esquizofrenia siguen siendo desconocidas, y se suponen factores múltiples en su formación (genéticos, somáticos, endocrinos, bioquímicos, psíquicos y ambientales).

La edad de aparición está comprendida entre los 15 y los 45 años, siendo más precoz en varones que en mujeres, aunque suelen comenzar al final de la adolescencia, también hay casos de aparición en la infancia, que suelen enmascarse con problemas escolares o mal comportamiento. (Toro, 2006)

- ✓ **Factores Genéticos**

El riesgo a desarrollar esquizofrenia está directamente asociado al grado de parentesco o de carga biológica compartida, esto es, los familiares de primer grado de un paciente con esquizofrenia presentan mayor riesgo de sufrir un trastorno del espectro esquizofrénico que la población general y que los familiares de segundo grado. A la par, es mayor el riesgo para los gemelos monocigóticos que para los dicigóticos. (Toro, 2006)

Por otro lado, cuando los hijos de individuos con esquizofrenia son adoptados, este riesgo sigue manteniéndose más elevado que el de la población general. Además se ha observado una mayor presencia del trastorno en la descendencia de gemelos discordantes para la esquizofrenia, independientemente de si el padre era el afectado o no. (Toro, 2006)

Sin embargo, aparecen grandes dificultades e incongruencias cuando los investigadores intentan replicar los resultados en otros estudios. Este fenómeno puede ser debido a la complejidad genética y fenotípica de la esquizofrenia que conlleva la existencia de diversos subtipos producidos por distintos defectos moleculares. (Obiols & Vicens, 2003)

Se puede concluir que para que se manifieste la expresión clínica de la enfermedad no es suficiente el riesgo o predisposición genética.

✓ **Factores Ambientales**

Dado que la herencia genética no puede explicar por sí sola la esquizofrenia, se han tenido en cuenta factores ambientales en el origen de la enfermedad.

Así, los modelos etiológicos actuales de la esquizofrenia proponen efectos aditivos y/o interactivos entre múltiples genes y factores ambientales. Por ejemplo, Kraepelin ya había observado que se podían detectar signos premórbidos en edades muy tempranas y Bleuler noto que muchos individuos que desarrollaban esquizofrenia presentaban, en etapas más tempranas de su vida, “una tendencia a la reclusión, timidez, así como moderados o severos grados de irritabilidad”. (Obiols & Vicens, 2003)

• **Tipos**

Los principales que existen, según Toro (2006), Vidal y Alarcón (1988):

- ✓ **Esquizofrenia Simple:** es esquizofrenia sin síntomas psicóticos graves caracterizada por el retraimiento social y el apragmatismo.
- ✓ **Esquizofrenia Hebefrénica:** (del griego hebe, juventud), aparece en la adolescencia, generalmente sin ideas delirantes ni alucinaciones en el estadio inicial, y se distingue por el comportamiento afectado, tonto, pueril e irresponsable, por el ánimo superficial e inadecuado, por la tendencia melancólica y por el pensamiento desorganizado.
- ✓ **Esquizofrenia Catatónica:** alteración notable de la psicomotricidad que comprende estupor, negativismo, rigidez y excitación.
- ✓ **Esquizofrenia Paranoide:** psicosis dominada por ideas delirantes (delirio de persecución, de grandeza, de celos, misticismo, erotomanía).

Entre otros tipos: Esquizofrenia mixta, Esquizofrenia latente, Esquizofrenia residual, Esquizofrenia pseudoneurótica y Esquizofrenia infantil.

• **Manifestaciones Clínicas**

Las características conductuales, afectivas y cognitivas de la esquizofrenia pueden dividirse en dos grupos de síntomas, los síntomas positivos y los síntomas negativos. (Cook & Fontaine, 1993)

Los **síntomas positivos** incluyen las conductas que son diferentes de los patrones habituales de la mayoría de las personas; se ven más típicamente durante la

fase aguda de los trastornos esquizofrénicos; a seguir se describen de acuerdo a Cook y Fontaine, (1993):

- ✓ **Excitación catatónica:** conducta hiperactiva, aumento exagerado de la actividad motora, puede hacerse tan grande que amenace la seguridad del paciente o de los que lo rodean.
- ✓ **Esteretotipos:** repetición de movimiento sin ningún objetivo, las muecas son tipo tic.
- ✓ **Ecopraxia:** repite los movimientos que observan en una persona.
- ✓ **Ecolalia:** repite las mismas palabras que escucha.
- ✓ **Verbigeración:** repetición sinsentido de la misma palabra o frase que puede continuar durante días.
- ✓ **Efecto inadecuado:** el tono emocional de la persona no está relacionado con las circunstancias inmediatas.
- ✓ **Excitabilidad afectiva:** reacción exagerada ante pequeños estímulos.
- ✓ **Delirios:** ideas o creencias falsas y fijas del paciente que no pueden ser corregidas por el razonamiento.
- ✓ **Alucinaciones:** percepción de un objeto inexistente, pueden ser visuales, auditivas, táctiles, gustativas y olfativas.
- ✓ **Disgregación de asociaciones:** no hay relación aparente entre sus ideas.

Los **síntomas negativos** se describen como la ausencia de conductas habituales e importantes de la mayoría de las personas; tienden a ser problemas crónicos; a seguir se describen de acuerdo a Cook y Fontaine (1993):

- ✓ **Estupor catatónico:** es la pérdida de toda capacidad de acción.
- ✓ **Manierismo o posturas extravagantes:** mantiene posturas raras o incómodas durante mucho tiempo.
- ✓ **Mínimo autocuidado:** hay que recordarles que se hagan su aseo propio.
- ✓ **Retraimiento social:** no se desenvuelven con las demás personas, no participan en actividades sociales.
- ✓ **Lenguaje ampuloso:** uso de lenguaje formal y pintoresco en situaciones sociales.
- ✓ **Pobreza de discurso:** dicen poco por propia iniciativa o en respuesta a preguntas de los demás, pueden estar mudos durante varias horas o varios días.

- ✓ **Efecto embotado:** respuesta emocional apagada a una situación.
- ✓ **Afecto desinflado:** ausencia de signos visibles de los sentimientos de la persona, también llamado apatía.
- ✓ **Anhedonia:** incapacidad de experimentar placer.
- ✓ **Pensamiento concreto:** se centra en hechos y detalles, incapacidad de generalizar o pensar abstractamente.
- ✓ **Simbolismo:** preocupación por la brujería, religión y las fuerzas invisibles.
- ✓ **Bloqueo:** los pensamientos se paran rápidamente y no siguen durante un periodo de tiempo.

- **Pronóstico**

Su evolución puede ser de forma crónica, degenerativa, detenerse, reactivarse, conducir a la demencia o lograr importantes remisiones. Con los psicofármacos, el tratamiento psicológico y los apoyos sociales (sobre todo de la familia), el pronóstico de la enfermedad ha mejorado considerablemente, siendo posible en una cantidad regular de casos la rehabilitación social del paciente. (Toro, 2006; Vidal & Alarcón, 1988)

- **Tratamiento**

El tratamiento de la esquizofrenia se basa fundamentalmente en fármacos llamados antipsicóticos, para controlar los síntomas activos, siendo necesario también el tratamiento psicosocial (psicológico, ocupacional y social), a fin de que la persona deje de alucinar y delirar, además de recuperar sus hábitos de vida, manteniéndose ocupado todo el día relacionándose con amigos, favoreciendo su integración social y normalización. (Toro, 2006)

- ✓ **Medicación Antipsicótica**

El tratamiento farmacológico de la esquizofrenia se efectúa mediante unos fármacos llamados al principio neurolepticos por sus efectos catalépticos y más modernamente hay un cierto consenso en llamarlos antipsicóticos. Desde la introducción del antipsicótico *clorpromazina* en 1954, las medicaciones psicotrópicas se han convertido en el pilar del tratamiento para la esquizofrenia y otras enfermedades psiquiátricas. (Toro, 2006)

✓ **Terapia Electro Convulsiva**

Ideado por Cerletti y Bini en 1938, consiste en hacer pasar corriente eléctrica alterna entre dos electrodos colocados en ambas sienes. El resultado es un típico acceso epiléptico y una corta apnea residual. (Vidal & Alarcón, 1988)

Técnica terapéutica que consiste en aplicar un paso de corriente entre ambas regiones frontotemporales del cráneo, que da pie a un episodio convulsivo generalizado. La anestesia, ventilación con oxígeno y relajación muscular se practican actualmente antes del tratamiento. Los efectos adversos más frecuentes son la pérdida de la memoria. (Grupo Océano, 2007)

✓ **Rehabilitación Psicosocial**

El tratamiento psicofarmacológico es esencial en el tratamiento de la esquizofrenia y demás psicosis, pero es necesario un buen soporte terapéutico para la buena evolución de la enfermedad, este soporte es la rehabilitación psicosocial; ya que de nada sirve que el paciente tome su tratamiento si su única actividad es estar todo el día en la cama, o que tenga prescrita una medicación y por falta de conciencia de enfermedad y de control no se la tome, estos son algunos casos de los muchos que vemos lo que trabajamos en rehabilitación de estos enfermos que tienen un diagnóstico y no saben qué les pasa y porque su vida no puede ser igual que antes. (Toro, 2006).

2.2.2 La Familia

• **Generalidades y Concepto**

De acuerdo al diccionario Océano (2007), la familia es el conjunto de relaciones de interdependencia entre personas en cuanto a la vida en sí misma y a sus ámbitos temporal y espacial.

El término tiene origen en el latín *familiam*, que significa conjunto de miembros de una persona; conjunto de personas que provienen de una misma sangre, de un mismo linaje, de una misma casa, especialmente el padre, la madre y los hijos. (Larousse, 1999)

En biología, se denomina familia, a la vida común de los sujetos de sexo opuesto para la reproducción y conservación de la especie; en psicología se valora a la familia como una institución social que permite un correcto desarrollo personal; en sociología se trata de una comunidad interhumana con un mínimo de tres miembros.

- **La Familia como un Sistema**

Para la Dra. Oyarzún (2007), el funcionamiento del sistema está regido por tres leyes principales: la ley de la totalidad (el sistema es más que la suma de sus partes), de la circularidad (las relaciones entre elementos del sistema nunca son unilaterales), y de la equifinalidad (el sistema del sistema puede generar diferentes productos a partir de los mismos insumos, o los mismos productos a partir de insumos diferentes). Aplicando la teoría sistémica, se entiende que la familia como algo más que la suma de sus partes. La familia está organizada por estructuras proceso interpersonales que la habilitan para mantener su estabilidad y su capacidad de adaptación a un tiempo. El trabajar desde una perspectiva familiar significa pensar en ella como un sistema que tiene las siguientes características, de acuerdo con el autor citado:

- ✓ Es un sistema formado por seres vivos.
- ✓ Es más que la suma de ellos como individuos.
- ✓ Tienen un proceso de desarrollo que permite su crecimiento y complejización de su organización.
- ✓ Diferentes influencias pueden producir efectos similares.
- ✓ El vivir en familia es una experiencia multigeneracional.

- **La Familia y la Enfermedad**

La enfermedad en un miembro de la familia tiene impacto en todos los familiares. Si el enfermo es quien los mantiene, existe preocupación natural sobre la pérdida de capacidad para conservar la responsabilidad financiera de la familia; es posible que tanto el paciente como los familiares se preocupen por saber el tiempo que no podrá trabajar y sobre el tiempo de la incapacidad.

Cuando enferma la madre se altera la vida del hogar, y otros miembros deben hacer los quehaceres del hogar. Cuando enferma uno de los hijos, los padres suelen sufrir una gran ansiedad; pueden sentirse culpables de ser responsables en cierta forma de la enfermedad del hijo. (Du Gas, 2000)

Con la aparición de la enfermedad, la crisis se presenta cuando ese mecanismo de termostato falla y es incapaz de restablecer la armonía anterior. El factor esencial, pues que determina la aparición de la crisis familiar ante la enfermedad es el desequilibrio existente entre los recursos (biológicos, psicológicos, sociales y creencias)

del propio sistema y la vivencia de la enfermedad. Lo contraproducente o decisivo no está en la gravedad objetiva sino en lo que la familia vive y siente con respecto al diagnóstico y sus propios medios para nivelar la aparición del conflicto. (Rocamora, 2000)

Las relaciones familiares pasadas y presentes afectan al autoconcepto del paciente, su conducta, expectativas, valores y creencias. El conocimiento de los principios de la dinámica familiar y sus actuaciones es importante, por que ayudan al personal de enfermería a hacer observaciones más precisas del paciente a nivel individual así como de su familia. (Stuart & Laraia, 2006)

- **Consecuencias de la Enfermedad Mental para la Familia**

Los efectos del enfermo mental sobre la familia se presentan de diversas formas. Hay consecuencias en cierto modo tangible, apreciable desde afuera, que además provocan un impacto subjetivo en los familiares. (Gradillas, 1998)

A seguir se describen algunas repercusiones en la familia a nivel interno y externo de acuerdo con Gradillas (1998), quien nombra a las repercusiones objetivas, reacciones emocionales y sentimientos dolorosos.

- ✓ **Repercusiones Objetivas**, dentro de estas repercusiones se encuentran el aislamiento social, la desorganización del hogar y alteración de la economía.
 - a. Aislamiento social.-** La vida social de los miembros de una familia se reduce cuando en su seno familiar se manifiesta una enfermedad mental. El aislamiento, se produce en doble sentido; por un lado los familiares reducen sus entrenamientos con amigos y asisten menos a lugares públicos de recreo, y por otro lado, cambia negativamente la actitud de quienes les rodean.
 - b. Desorganización del hogar.-** La rutina diaria se altera generalmente ante cualquier enfermedad. En la familia suele existir una más o menos explícita división de las faenas del hogar y al dejar de realizar las suyas el sujeto afectado, han de ser hechas por otros miembros que conviven con él. También puede ocurrir el deterioro de los artículos del hogar cuando hay un enfermo mental que esta agresivo. La tolerancia de los familiares no siempre es la misma, y surgen

desavenencias internas. En muchas ocasiones el clima psicológico de hogar se vuelve tenso y difícilmente aceptable.

- c. **La economía.-** Ya que la psicopatología afecta la actividad productiva de uno u otro modo, si la persona que mantenía el hogar se enferma, afecta gravemente la economía del hogar. Por otra parte la enfermedad ocasiona gastos.
- ✓ **Reacciones Emocionales,** dentro de las reacciones Gradillas (1998) describe a:
 - a. **Tristeza.-** Si la persona enferma sufre intensamente, entonces el sentimiento de pena lo adquiere el familiar.
 - b. **Vergüenza.-** Ciertos síntomas psicopatológicos se manifiestan a través del comportamiento que causan bochorno a quienes tienen alguna relación con la persona enferma mental.
 - c. **Miedo.-** La violencia intrafamiliar provocada por un enfermo mental resulta insostenible para los que conviven con él. Sin duda el comportamiento agresivo es el más difícil de sobrellevar.
 - d. **Irritabilidad.-** Existen varias manifestaciones de la enfermedad mental que provocan fastidio en los familiares, y pueden llegar a producirles exasperación y cólera en casos extremos.

En este estudio se describen las principales consecuencias en los familiares de acuerdo con Gradillas (1998) quien destaca los sentimientos dolorosos:

- a. **Culpabilidad.-** Cuando sucede una desgracia, la persona busca enseguida la causa. Así ante la aparición de un enfermo mental, el familiar se pregunta sobre las razones de tal infortunio. Entre las diversas explicaciones posibles que pasan por su mente no descarta su propia participación.

La madre se reprocha haber descuidado su embarazo y la atención al niño en sus primeros meses; el padre de haberle producido a la madre algún disgusto. En la forma de educarlos el haber sido muy rígidos o por el contrario muy permisivos. Ante la posible causa hereditaria, los padres se preguntan si no hubiera sido mejor no haberse casado o procreado. Y también el hecho de no haber mantenido el matrimonio y haber llegado al divorcio o separación.

- b. **Sentimiento de Pérdida.-** En las afecciones psiquiátricas graves, la capacidad intelectual y la propia personalidad distan mucho de ser las mismas que antes de enfermar. Por esa razón el familiar siente un gran pesar al darse cuenta de la

diferencia que existe en su ser querido antes y después de padecer la enfermedad mental.

- c. Preocupación por el Futuro.-** El porvenir a veces se presenta a los familiares lleno de incertidumbre y zozobra, especialmente en los enfermos de evolución crónica. Cuando se observa tendencia hacia un permanente empeoramiento, el temor de la familia se centra en que el peso que habrá de sostener sea aun mayor.

Todas estas consecuencias y repercusiones ya descritas, llevan a entender cuán difícil resulta tener un enfermo mental en la familia, situación que altera por completo la interacción y el cotidiano de la familia. Desde cierto punto de vista tales actitudes o repercusiones que muestran los familiares pueden ser comprendidas, pero es necesario que cada miembro de la familia se sobreponga y mejore su reacción o actitud frente a esta situación.

Otros comportamientos de los familiares es la manera de afrontar la enfermedad mental: (Gradillas, 1998)

- ✓ **Elusión de problemas.-** Junto a familiares que soportan la carga del enfermo de un modo más directo, hay otros que siguen una táctica de alejamiento, esquivando el contacto con él y sus problemas. Organizan sus vidas de tal modo que evitan lo más posible implicarse en todo cuanto esté relacionado con su familiar enfermo.
- ✓ **Contemporización.-** En esta respuesta el familiar consiente, y a veces incluso apoya el comportamiento patológico inaceptable. Por ejemplo: el familiar llega a tolerar la bebida de un familiar alcohólico, y le evita los problemas que el consumo le origina, excusándolo en su trabajo y dándole dinero. El proteccionismo que describiremos más adelante, se asemeja en algunos aspectos a esta actitud contemporizadora.
- ✓ **Sumisión.-** Esta aparece cuando el familiar cede ante todas las exigencias del enfermo. Esta respuesta se produce cuando el paciente presenta agresividad. Sin saber que la actitud de sumisión refuerza aun más la agresividad que se intenta eludir.
- ✓ **Actitud impositiva.-** Cuando se pretende resolver por la fuerza las dificultades que crea el enfermo. A este se le obliga a seguir un determinado camino recurriendo a los más diversos medios, tales como la violencia física, amenazas, ironía o imposiciones continuas de un comportamiento. A veces esta actitud imperativa la

requiere la situación clínica por ejemplo en la toma de medicamentos, donde casi siempre se les tiene que obligar a hacerlo.

- ✓ **Abandono.-** Tras haber intentado controlar las manifestaciones patológicas del familiar enfermo, los familiares desisten de seguir haciéndolo. Se da mayormente cuando el familiar trata de hacerle entender algunos puntos o razones que simplemente el paciente no comprende.
- ✓ **Desconcierto.-** Cuando el familiar se siente impotente, desolado y desesperado, sus respuestas ante el estrés que le produce el comportamiento anómalo del enfermo suelen ser caóticas, embrolladas e intenta varias de ellas en corto espacio de tiempo, sin que una de estas respuestas sea dominante. Estos cambios bruscos de actuación suelen crear confusión en cualquier persona al no saber a qué atenerse.
- ✓ **Negación.-** Todos estamos un poco ciegos a la hora de percibir correctamente una realidad concreta en la que tenemos una gran inversión afectiva. Este fenómeno psicológico se observa con frecuencia en los familiares. En casos extremos, los familiares siguen creyendo que no hay nada importante en su familiar enfermo a pesar de lo que digan los profesionales de la salud. Esta deformación de la realidad conlleva generalmente para los familiares uno más de los problemas. A largo plazo la fuerza de los hechos se impondrá, y la reacción será muy fuerte.
- ✓ **Proteccionismo.-** La enfermedad mental implica generalmente una pérdida de autonomía del sujeto que la sufre, especialmente en sus fases agudas. Hecho que conlleva a la iniciativa, mantener un criterio para seguir las acciones más idóneas para él. La protección toma en otras ocasiones un carácter defensivo, ya que esta persona podría ser objeto de menosprecio o bromas por parte de quienes le rodean, o ser víctima de otros que se aprovechen de su ingenuidad y le engañen con el dinero. Algunos familiares con la mejor voluntad del mundo, exageran esta actitud o la mantienen una vez que la recuperación va apareciendo yendo ellos con retraso respecto a la mejoría del enfermo. Asimismo, los familiares hiperprotectores piensan que solo ellos pueden atender con el debido decoro al enfermo y que otros no tendrán en cuenta sus carencias e imperfecciones.

2.2.3 Las Actitudes

- **Generalidades y Concepto**

Puede considerarse a la actitud como el vínculo existente entre el conocimiento adquirido por un individuo y el sentimiento que provoca en él, con la acción que realizará en el presente y en el futuro. La actitud proviene esencialmente de la información que llevamos grabada en nuestra mente. De ahí que nuestra actitud cambiará si también lo hacen nuestras opiniones y nuestras creencias.

Según Larousse (1999), la actitud es la disposición de ánimo manifestado exteriormente. Así también para el Grupo Océano (2007) la actitud es una ciencia o sentimientos de una persona que determina los objetos y sujetos que la rodean y que, por lo tanto, influye en su comportamiento. La integran las opiniones, creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí. Las actitudes orientan los actos, si las influencias externas sobre lo que se dice o se hace tienen una mínima incidencia. También los orientan si la actitud tiene una relación específica con la conducta, a pesar de la cual la incidencia confirma que, a veces, el proceso acostumbra a ser inverso y son las actitudes las que siguen a la conducta. Si los pensamientos y los actos no se corresponden, se experimenta una tensión a la que se denomina disonancia cognitiva.

- **Componentes de las Actitudes**

La actitud de un sujeto se haya integrado en su personalidad global y son condicionadas por ella. Para el Grupo Océano (2007) en la actitud se hallan tres componentes fundamentales:

- ✓ **Componente Cognoscitivo.-** Para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto. Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto.
- ✓ **Componente Afectivo.-** Es el componente más característico e importante de las actitudes, que se va formando por las vivencias o contactos que se van produciendo entre la categoría cognoscitiva y las circunstancias que pueden ser favorables o desfavorables, pues a través de él se manifiestan sentimientos positivos o negativos, a favor o en contra de un objeto actitudinal. Este componente imprime el grado de intensidad a la actitud.

- ✓ **Componente Conductual.-** Es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera, es el componente activo de la actitud. Es la predisposición del sujeto a actuar con respecto al objeto de la actitud, es decir si un individuo mantiene una actitud favorable hacia un objeto se sentirá dispuesto a mantenerlo, ayudándolo y aceptándolo, pero si es negativa dicha actitud, tendrá más bien a destruirlo o a rechazarlo.

- **Clasificación de las Actitudes**

Para el estudio se utilizará esta clasificación de actitudes:

- ✓ **Aceptación.-** Acción y efecto de aceptar, aprobación de algo. Aceptar: recibir uno voluntariamente lo que se le da; aprobar, dar por bueno, admitir mostrando conformidad con algo.
- ✓ **Rechazo.-** No aceptación, no admisión o resistencia a algo: siente un rechazo natural hacia las personas mezquinas.
- ✓ **Indiferencia.-** Calidad de indiferente. Actitud indiferente: que no presenta en si ningún motivo de preferencia. Persona que no experimenta ningún sentimiento, de poco interés o no lo manifiesta.

Para Gradillas (1998), las actitudes generalmente positivas que deben adoptar los familiares de un paciente enfermo mental son:

- ✓ **Aceptar.-** Algunos familiares asumen la situación del enfermo tal cual es, en cuanto al presente y al futuro. En los casos de enfermos graves, aceptar significa no entusiasmarse con expectativas que implican más el deseo que la verdadera posibilidad. Darse cuenta de la patética realidad y admitirla, constituye una actitud necesaria para afrontarla del mejor modo.
- ✓ **Tranquilizar.-** Ante los miedos desproporcionados, las inquietudes y la tensión interior, algunos familiares reaccionan con serenidad, pese a reconocer la importancia de los trastornos.
- ✓ **Animar.-** Ante los síntomas que significan una disminución de la iniciativa, la espontaneidad del estado de ánimo, el familiar responde alentando e impulsando al enfermo a la acción, o animándole a elevar su estado de ánimo.
- ✓ **Apoyar.-** El familiar sin llegar a una tutela excesiva, demuestra con palabras y hechos al enfermo que su fortaleza y cariño están con él, que comprenden las limitaciones de su estado, pero que no le faltara todo el apoyo posible.

- ✓ **Poner Límites.-** Marcar una línea clara entre las acciones u omisiones del enfermo, que le son aceptadas y las que no lo son, suele ser esclarecedor pues él conoce de antemano los aspectos de su comportamiento que se le permiten llevar a cabo y los que debe abandonar. Dentro de esta claridad los familiares han de ser flexibles, quizás ante pequeñas manifestaciones que no son muy molestas; ha de hacerse de la vista gorda y centrarse solo en aspectos importantes.

2.2.4 El Conocimiento

- **Generalidades y Concepto**

Acción y efecto de conocer; entendimiento, razón natural. Conocimiento de la propia existencia; según la teoría del conocimiento filosófico, sistema que explica las relaciones entre el pensamiento y los objetos, y entre el hombre y el mundo. (Larousse, 1999)

En ciencia se denomina conocimiento a la representación verdadera de la realidad, esta representación es conceptual, es decir se vale de signos, símbolos, esquemas, convenciones; mediante los cuales se puede describir entidades, relaciones entre entidades, propiedades entre otros. En el modo de conocer se puede diferenciar de dos tipos de conocimientos:

- **Tipos o Niveles de Conocimiento**

Según el conocimiento humano, para alcanzar el saber teológico revalorizado por la filosofía moderna desde Merleau-Ponty:

- ✓ **1º Nivel: El Conocimiento Pre-reflexivo.-** Llamado también por algunos “saber vulgar”, vinculado a nuestros impulsos más primarios y elementales, tiende a dar solución a los problemas que la existencia nos plantea. Es el saber de las cosas ordinarias, adquirido sin orden riguroso, sin sistema; se conserva y se emplea. No se revisa ni se selecciona, se adquiere simple y espontáneamente. No disponemos tampoco de un método estricto para probarlo, ni de un criterio rigurosamente establecido para discernir en él lo verdadero de lo falso.

- ✓ **2º Nivel: El Conocimiento Científico-Objetivo.-** Es el nivel de los conocimientos no adquiridos espontáneamente, sino después de haber adoptado una actitud que demanda esfuerzo y preparación especial. El conocimiento científico es selectivo: se distinguen en la realidad diferentes dominios y se los conoce separadamente.

Es metódico y sistemático: los conocimientos que componen una ciencia se establecen usando métodos precisos; no son el resultado del azar. No se agregan simplemente unos a otros sin orden, ni se oponen entre si, por el contrario, cada uno ocupa su lugar y guarda una relación de fundamentación con el resto de conocimientos que forman una determinada ciencia. El conocimiento científico es explicativo, racional, riguroso: no se admite sin una garantía de veracidad, sin razones, pruebas o experiencias que sustenten su verdad.

Es objetivo: trata de aprehender el mundo, los hechos, cosas y fenómenos (realidad) tal como son. La objetividad es distancia de imparcialidad establecida entre el sujeto y el objeto. De ahí que, en última instancia, deba apoyarse en la experimentación y tener por objeto aquello de la realidad que pueda ser observado directamente, sometido a experimentación.

Para Martínez y Céspedes (2008), lo que separa un saber del otro, no es lo cualitativo, la diferencia no está dada por la sustancia o el objeto sino por la forma o procedimiento del conocer.

2.2.5 La Enfermería en Psiquiatría

La enfermería, aunque en una forma precientífica se ha desarrollado paralela a la historia de la psiquiatría, existen pocos testimonios de las personas que cuidaban a los enfermos mentales, todo ello debido a la falta de identidad de la enfermedad mental en sí y a la ubicación del cuidado en manos de carceleros. Los antecesores serian, pues los primeros guardianes que, con la política de no *restreint* en Inglaterra y la reforma de Pinel, aparecen en el cuidado de los enfermos mentales. Al liberarles de las cadenas, se contempla la existencia de personas que estén a su cuidado, que no respondan a las agresiones, que traten a estos enfermos de forma humanitaria y que sean capaces de

poner límites a las situaciones que lo requieran. Estos guardianes suelen ser de baja extracción social y su poder retributivo es precario, contemplándose en algún momento la necesidad de adiestramiento en lo que sería hoy la relación terapéutica. A lo largo de la historia se ha citado que las instituciones estaban en manos de la Iglesia, por lo que más exactamente serían personas del clero, los enfermeros, aquellos que cuidaban de los enfermos mentales. (Rigol & Ugalde, 1991)

La primera escuela de enfermeras psiquiátricas aparece a finales del siglo XIX en Alemania, fundada por Theodor y Friederike Fliedner, en 1836. De este rango de guardianas o prestadoras de cuidados físicos, de una forma un tanto arbitraria, la configuración como profesión, está sin duda influida por la aparición de las primeras teóricas de la enfermería, V. Henderson y H. Peplau, esta última enfermera psiquiátrica. (Rigol & Ugalde, 1991)

Actualmente todo lo mencionado cambió, ya que ahora enfermería se convirtió en una profesión importante, que tiene como objetivo universal el cuidado integral del ser humano. Siendo que su rol principal es acompañar a la persona en el proceso salud-enfermedad previniendo, educando o cuidando en todas aquellas situaciones en las que la persona, familia o comunidad no sean capaces de hacerlo por sí mismas o precisen para ello de un apoyo. (Bernabeu, 2006)

La enfermera, al involucrarse con el paciente, la familia y la comunidad; constituye una pieza fundamental para el éxito en el manejo de diversas enfermedades, especialmente aquellas más prolongadas o crónicas. (Sinco Editores, 2006)

2.3 Definición de Términos

- **Actitudes.-** Son tipos de comportamientos que adoptan los familiares, influidos por su medio cultural, social, experiencias y su nivel de conocimiento acerca de la enfermedad de su paciente con esquizofrenia.
- **Componente afectivo.-** Es el sentimiento en favor o en contra del familiar hacia el paciente con esquizofrenia.

- **Componente cognoscitivo.-** Son todos aquellos conocimientos, ideas, percepciones, creencias, valores y, estereotipos que tienen los familiares hacia su paciente con esquizofrenia.
- **Componente conductual.-** Es la tendencia a reaccionar de los familiares de una determinada manera, frente al paciente con esquizofrenia, es el componente activo de la actitud.
- **Conocimiento.-** Es la información esencial que se tiene el familiar acerca de la enfermedad de su paciente con esquizofrenia, se puede tener poco o mucho conocimiento sobre el mismo, depende de la información que haya recibido.
- **Educación a la Familia.-** Conjunto de información, apoyo y orientación brindada de una manera integral a los familiares de los pacientes con esquizofrenia, con el fin de concientizar y de involucrarlos en el tratamiento del paciente enfermo.
- **Enfermera(o).-** Aquel profesional de salud que brinda una atención holística al paciente, familia y comunidad.
- **Familia.-** Conjunto de personas que provienen de una misma sangre, cada uno con particulares formas de relacionarse, constituye el núcleo principal de toda sociedad. Constituyen los parientes más próximos al paciente con esquizofrenia.
- **Paciente con esquizofrenia.-** Aquella persona que padece de una enfermedad mental, específicamente Esquizofrenia caracterizada por la alteración de la personalidad, forma de comportarse, dificultad para reconocer la realidad entre otros.
- **SopORTE familiar.-** Aquella acción brindada por los integrantes más próximos al paciente con esquizofrenia, cuando este se encuentra mal o necesita de su apoyo.
- **Tratamiento.-** Conjunto de medios de cualquier clase, higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas, cuando se ha llegado a un diagnóstico.

2.4 Hipótesis

2.4.1 Hipótesis General

- A mayor conocimiento sobre la enfermedad mental en la familia mayor actitud favorable hacia los pacientes con esquizofrenia.

2.4.2 Hipótesis Específicas

- El nivel de conocimiento de los familiares de pacientes con esquizofrenia varía en relación a su grado de instrucción.
- Las actitudes desfavorables e indiferentes son las que mayormente adoptan los familiares de pacientes con esquizofrenia.

2.5. Variables

- **Variable Independiente**

Conocimiento de la enfermedad.

- **Variable Dependiente**

Actitudes de los familiares de pacientes con esquizofrenia.

2.5.1 Operacionalización de las Variables

(Anexo N°01)

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE ESTUDIO

3.1 Tipo y Metodología de Investigación

Estudio Cuantitativo, diseño Descriptivo Correlacional de Corte Transversal a través del cual se evaluar la relación que existe entre la variable Conocimiento de la enfermedad (variable 1) y la variable Actitudes de los familiares de pacientes con esquizofrenia (variable 2).

3.2 Área de Estudio

El área de estudio se encuentra situada en las instalaciones del Hospital Psiquiátrico Hermilio Valdizán, ubicado en la Carretera Central Km.3.5 Nro. S/n - Santa Anita.

Tal institución está conformada por tres servicios: El Servicio de Consulta Externa, que brinda atención psiquiátrica ambulatoria a los pacientes con trastorno de su salud mental agudos y crónicos en reagudización. El Servicio de Hospitalización, que brinda asistencia psiquiátrica integral para internados en el hospital, cuenta con 160 camas, divididos en sectores por género. Y el Servicio de Emergencia, presta atención médico psiquiátrica permanente durante las veinticuatro horas del día a las urgencias e interurrencias extrahospitalarias que acuden al hospital o se presentan intrahospitalariamente. Dispone de una Sala de Observación, donde se cuenta con cuatro camas.

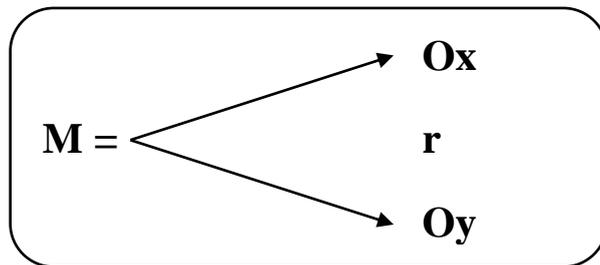
3.3 Población y Muestra de Estudio

La población de estudio fue no probabilística de tipo intencional, conformada por los familiares de pacientes con el diagnóstico de Esquizofrenia, internados en el Hospital Hermilio Valdizán.

Se destaca que los pacientes internados con el diagnóstico de Esquizofrenia en el cuarto trimestre de 2009 fueron 80 aproximadamente, considerando ambos sexos, de los cuales se determinó un aproximado de 1 a 2 familiares por cada paciente; se entrevistaron a 50 familiares, quienes desearon participar del estudio y que cumplieron con los criterios de inclusión, por lo que se consideró como una población relativamente pequeña.

- **Criterios de Inclusión**
- ✓ Mayor de edad (18 años).
- ✓ Con raciocinio y juicio conservado.
- ✓ Que conviva con el paciente.
- ✓ Participe voluntariamente en el estudio.

3.4 Diseño Muestral



Donde:

M: población de estudio (Familiares de pacientes con esquizofrenia).

O: instrumento (Cuestionario).

x: variable 1 (Conocimiento).

y: variable 2 (Actitud).

r: relación.

3.5 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Para la recolección de la información se usó la técnica de la Entrevista, mediante la cual se realizó un diálogo didáctico con el sujeto de estudio, para aplicar el cuestionario, el cual fue elaborado por la investigadora a partir de la revisión de la literatura. (**Anexo N°02**)

Dicho instrumento consta de tres partes; en la primera parte se especifican los datos generales del familiar y datos generales y clínicos del paciente.

En la segunda parte se mide el nivel de conocimientos que tiene el familiar con respecto a la enfermedad, que consta de 17 preguntas sencillas con el contenido básico

que debe conocer, cada pregunta tiene 5 alternativas, siendo 4 de ellas verdaderas y la última en caso de no saber la respuesta. (Modalidad de preguntas con múltiples respuestas, haciendo un puntaje total máximo de 34 puntos y mínimo de 0 (cero) puntos.

En la tercera parte se miden las actitudes que adoptan los familiares frente a las afirmaciones que se presentan, consta de 20 ítems, cada ítem tiene cinco alternativas para marcar (según la Escala de Likert) de la siguiente manera: Definitivamente sí, Probablemente sí, Indeciso, Probablemente no, Definitivamente no; variando de 1 a 5 puntos por cada pregunta, haciendo un puntaje total máximo de 100 puntos y un mínimo de 20 puntos.

3.6 Validez y Confiabilidad de los Instrumentos

El instrumento fue sometido a juicio de expertos, el cual estuvo constituido por seis especialistas en el campo de la Salud Mental y Psiquiatría (un médico psiquiatra, dos enfermeras con especialidad en psiquiatría y dos psicólogos).

Las apreciaciones, en su mayoría fueron dirigidas a que las preguntas del cuestionario sean adaptadas al lenguaje de la población de estudio y también a que se destaque las características de la Esquizofrenia Paranoide como la más frecuente.

En general el instrumento fue evaluado por los expertos como apropiado; según el resultado del Test Binomial obtenemos un coeficiente de validez del 87%, lo cual nos confirma que el instrumento mide las variables que pretende estudiar el investigador. **(Anexo N°03)**

Posteriormente, el instrumento fue sometido a prueba piloto considerando la participación de 10 familiares, los que acudieron a consultorio externo del Hospital Hermilio Valdizán. Para la confiabilidad del instrumento se utilizó la prueba de Ecuación de Spearman-Brown, donde tanto para la primera parte del cuestionario como para la segunda, se obtuvo una alta confiabilidad del 0.77 **(Anexo N°04)**

3.7 Procedimiento para la Recolección de Datos

Obtenida la Autorización del Hospital Hermilio Valdizán, la autora de la investigación procedió a la recolección de datos, los días de visita establecidos por el referido Hospital, los sábados para los pacientes varones y los domingos para las pacientes damas, seguidamente se procedió a la recolección de datos en el periodo correspondiente a los meses de noviembre-diciembre 2009 y marzo 2010; se tuvo contacto con los familiares de los pacientes con esquizofrenia, donde a través de la entrevista, se le informó del estudio para despertar su interés, resolver sus dudas y hacerle firmar el consentimiento informado. (**Anexo N°05**)

Asimismo, una vez que se hizo la introducción, la investigadora y el familiar se dirigieron a una de las bancas que tiene el mencionado hospital, con el objetivo de acondicionar un ambiente propicio para la aplicación del instrumento el cual tomo un tiempo de 30 a 45 minutos aproximadamente por cada familiar.

3.8 Análisis de los Datos

Los datos recogidos fueron digitados y procesados en una base de datos en el programa Excel 2003, utilizando códigos para cada sujeto participante de la investigación y, posteriormente, procesados en el paquete SPSS versión 12, mediante la estadística descriptiva (porcentajes, frecuencia absoluta, media, desviación estándar) y para correlacionar las variables conocimiento y actitudes, se utilizó el Coeficiente de Correlación r de Spearman, además de la prueba Chi Cuadrado, con un $\alpha = 0,05$.

3.9 Aspectos Éticos

- El estudio fue evaluado por el Comité Ético del Hospital Hermilio Valdizán y aprobado con la Carta Nro. 132-DG/HHV-2009. (**Anexo N°06**)
- Se resalta que los datos recolectados en el estudio serán utilizados sólo para el objetivo del estudio y publicados en el evento científico reservando el anonimato de los sujetos participantes.
- Los datos recolectados serán manejados por el investigador de forma codificada para conservar el anonimato.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

Con respecto a algunos datos sociodemográficos obtenidos de los familiares, el 70,0% (35) tenía de 26 a 64 años de edad, mientras que el 12,0% (6) era mayor de 64 años, con una edad $\bar{x} = 43,7 \pm 14,9$ años de desviación estándar. Siendo que el 56,0% (28) procedía de Lima y el 44,0% (22) de provincia.

En relación a los pacientes, se destaca que el 52,0% (26) tenía de 18 a 25 años de edad, mientras que el 48,0% (24) entre 26 a 64 años; con una edad $\bar{x} = 30,2 \pm 12,2$ años de desviación estándar. Asimismo, que el 82,0% (41) tuvo los primeros signos y síntomas de la enfermedad entre los 18 y 25 años (adulto joven), mientras que el restante en la edad del adulto maduro, en ambos sexos.

Cuadro 1. Grado de Instrucción de los Familiares de Pacientes con Esquizofrenia según su Sexo - Hospital Hermilio Valdizán, 2010.

Grado de instrucción	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		N	%
	N	%	N	%		
Primaria	9	18,0	2	4,0	11	22,0
Secundaria	17	34,0	13	26,0	30	60,0
Superior	6	12,0	3	6,0	9	18,0
Total	32	64,0	18	36,0	50	100,0

En el Cuadro 1, se destaca que del total de los familiares el 60,0% (30) presentó una instrucción de nivel secundaria tanto los varones 26,0% (13) como las damas 34% (17), mientras que sólo el 18% (9) tiene un nivel superior de instrucción.

Cuadro 2. Grado de Parentesco de los Familiares de Pacientes con Esquizofrenia según su Sexo - Hospital Hermilio Valdizán, 2010.

Parentesco	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		N	%
	N	%	N	%		
*1er Grado	17	34,0	9	18,0	26	52,0
*2do Grado	9	18,0	5	10,0	14	28,0
*3er Grado	6	12,0	4	8,0	10	20,0
Total	32	64,0	18	36,0	50	100,0

*1° Progenitores; 2° hermanos, abuelos; 3° tíos, sobrinos, parejas.

En el Cuadro 2, se destaca que del total de los familiares el 52,0% (26) es de primer grado de parentesco, es decir los progenitores, de los cuales el 34% (17) era la madre mientras que el 18% (9) correspondía al padre.

También se aprecia que del total de familiares según su grado de parentesco sólo el 20,0% (10) es de tercer grado es decir tíos, sobrinos y parejas.

Cuadro 3. Nivel de Conocimiento sobre Esquizofrenia según Grado de Instrucción del Familiar - Hospital Hermilio Valdizán, 2010.

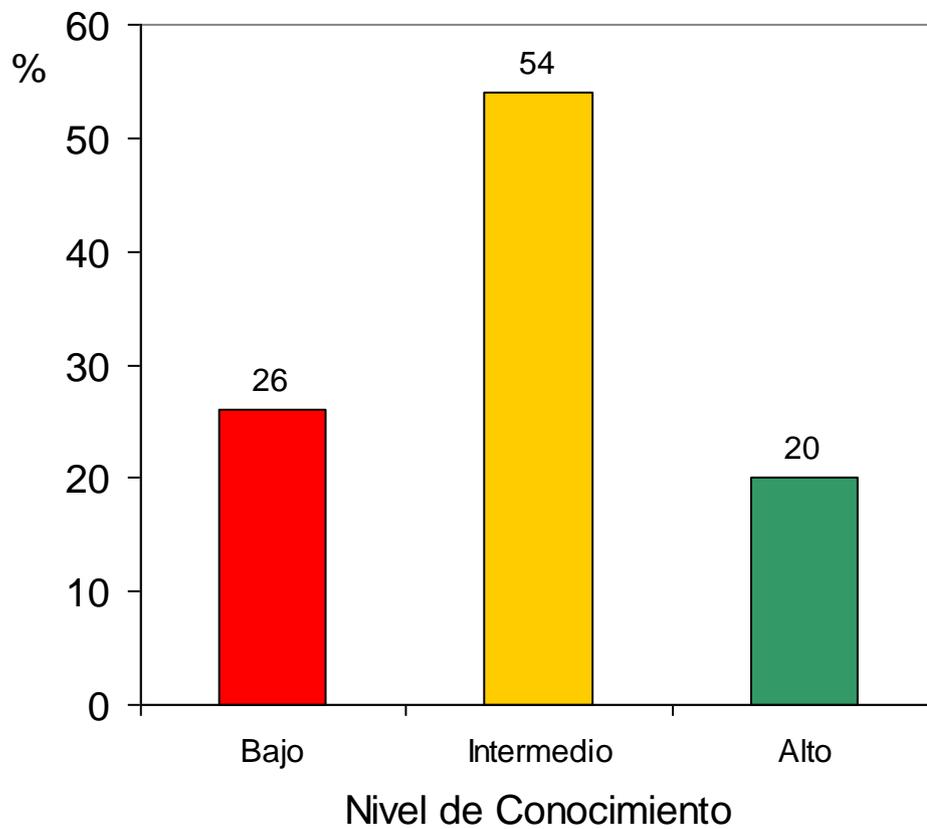
Grado de Instrucción*	Conocimiento						Total*	
	Bajo		Intermedio		Alto		N	%
	n	%	n	%	n	%		
Primaria	5	10,0	5	10,0	1	2,0	11	22,0
Secundaria	8	16,0	17	34,0	5	10,0	30	60,0
Superior	-	-	5	10,0	4	8,0	9	18,0
Total	13	26,0	27	54,0	10	20,0	50	100,0

* $\chi^2 = 7.6$ $p = 0,105$

En el Cuadro 3, se resalta que del total de familiares con grado de instrucción superior el 18,0% (9) presentó un nivel de conocimiento intermedio a alto. Asimismo, del total de familiares con grado de instrucción primaria el 20,0% (10) presentó un conocimiento intermedio a bajo.

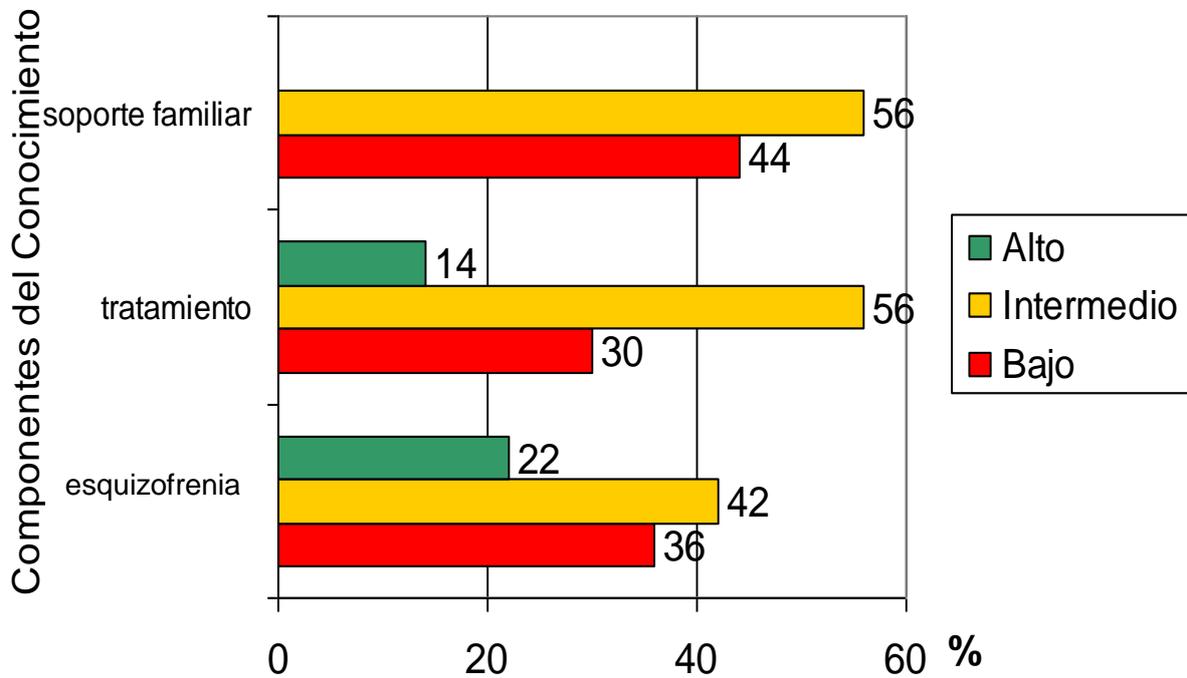
Al determinar la asociación entre el grado de instrucción y el conocimiento, mediante la prueba Chi Cuadrado, se encontró que no existe asociación estadística ($p = 0,105$).

Gráfico 1. Nivel de Conocimiento de los Familiares de Pacientes con Esquizofrenia sobre la enfermedad - Hospital Hermilio Valdizán, 2010.



En el Gráfico 1, se aprecia que del total de familiares el 54,0% (27) presentó un nivel de conocimiento intermedio, mientras que el 20,0% (10) presentó un alto nivel de conocimiento. Observando una tendencia que el nivel de conocimiento de los familiares es de intermedio a bajo, es decir, que no conocen lo suficiente sobre la Esquizofrenia.

Gráfico 2. Nivel de Conocimiento de los Familiares de Pacientes con Esquizofrenia según sus Dimensiones: Etiopatogenia, Tratamiento y Soporte Familiar - Hospital Hermilio Valdizán, 2010.



En el Gráfico 2, apreciamos que del total de familiares el 44,0% (22); presentó un nivel bajo en conocimientos sobre como brindar un adecuado soporte familiar; asimismo, el 56,0% (28) presentó un nivel de conocimiento intermedio en relación tanto al tratamiento como al soporte familiar frente a la enfermedad, mientras que el 22,0% (11) presentó un nivel de conocimiento alto sobre la esquizofrenia.

Cuadro 4. Actitud frente a la Esquizofrenia según Parentesco del Familiar - Hospital Hermilio Valdizán, 2010.

Parentesco*	Actitud	Total*
-------------	---------	--------

	Desfavorable		Indiferente		Favorable		n	%
	N	%	N	%	N	%		
^1er Grado	6	12,0	14	28,0	6	12,0	26	52,0
^2do Grado	3	6,0	9	18,0	2	4,0	14	28,0
^3er Grado	4	8,0	4	8,0	2	4,0	10	20,0
Total	13	26,0	27	54,0	10	20,0	50	100,0

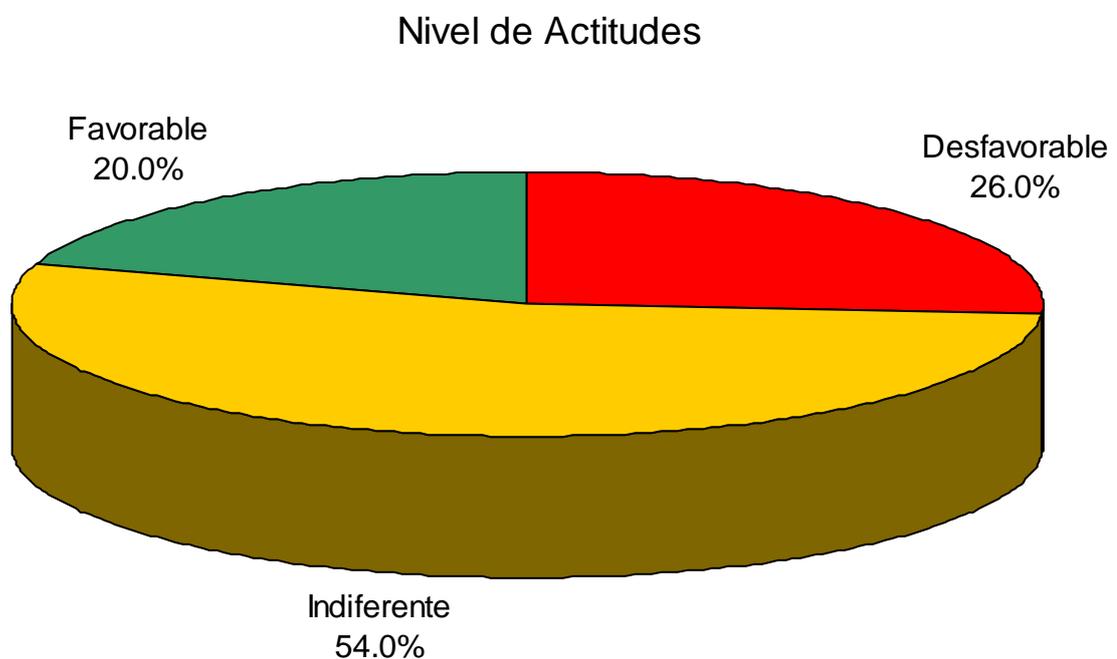
^1° Progenitores; 2° hermanos, abuelos; 3°tios, sobrinos, parejas.

* $X^2 = 1.94$ $p = 0,75$.

En el Cuadro 4, se resalta que los familiares de primer grado de parentesco, es decir tanto la madre como el padre, presentaron un mayor porcentaje de actitud favorable frente a la enfermedad 12,0% (6). Mientras que los familiares de tercer grado de parentesco presentaron el mayor porcentaje de actitud desfavorable 8,0% (4).

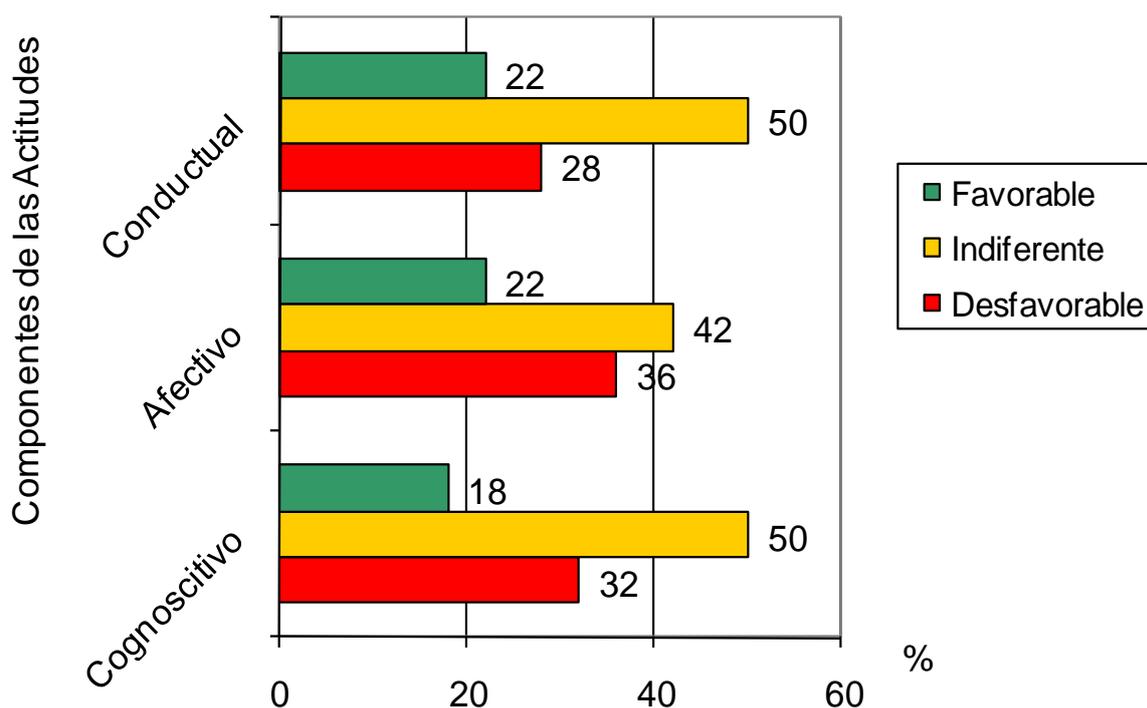
Al determinar la asociación entre la actitud frente a la esquizofrenia y parentesco, mediante la prueba Chi Cuadrado, se encontró que no existe asociación estadística ($p = 0,75$).

Gráfico 4. Actitudes que adoptan los Familiares de Pacientes con Esquizofrenia - Hospital Hermilio Valdizán, 2010.



En el gráfico 4, se aprecia que del total de familiares, el 54,0% (27) presentó una actitud indiferente, mientras que el 26,0% (13) presentó una actitud desfavorable y que sólo el 20,0% (10) presentó una actitud favorable. Lo cual refleja claramente que pocos de los pacientes con esquizofrenia son los que reciben un soporte familiar adecuado.

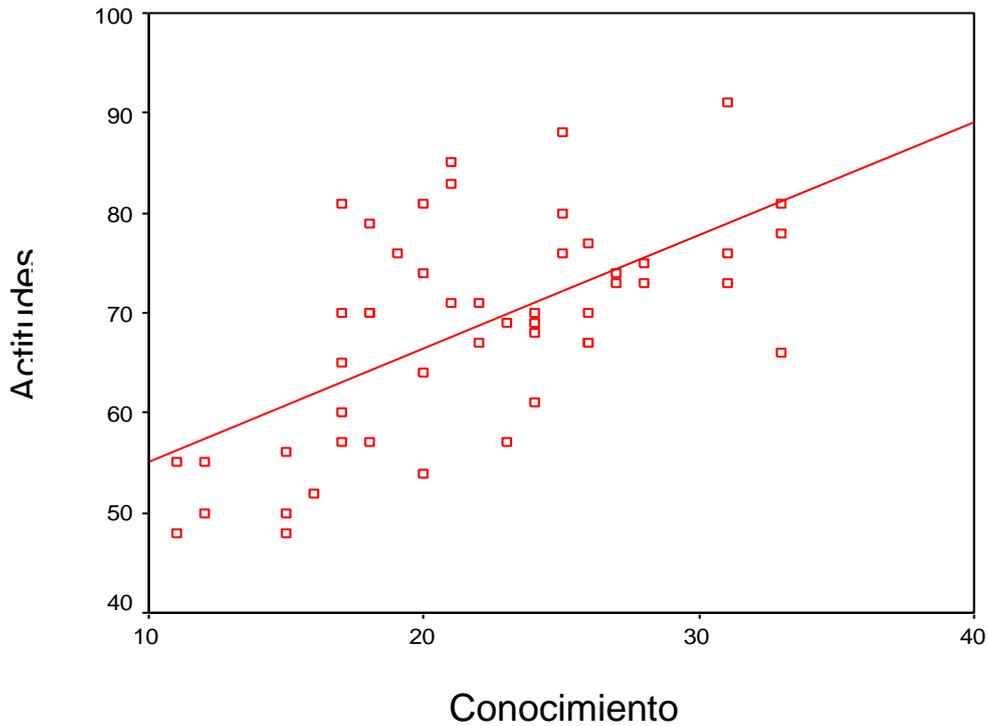
Gráfico 5. Actitudes según componente Cognoscitivo, Afectivo y Conductual que adoptan los Familiares de Pacientes con Esquizofrenia - Hospital Hermilio Valdizán, 2010.



El Gráfico 5, nos muestra que del total de familiares el 36,0% (18) presentó una actitud desfavorable en el componente afectivo que corresponde a el rechazo, tristeza, temor y comprensión; mientras que en el componente cognoscitivo 50,0% (25) y conductual 50,0% (25), presentó una actitud indiferente en lo que refiere al apoyo,

soporte, vergüenza, negación y abandono. Además que para los componentes afectivo, conductual y cognoscitivo, sólo 22,0% (11), 22,0% (11) y 18,0% (9) presentó una actitud favorable respectivamente.

Gráfico 6. Correlación entre Actitudes de los Familiares de Pacientes con Esquizofrenia y Nivel de Conocimiento sobre la Enfermedad - Hospital Hermilio Valdizán, 2010.



$$r_s = 0,58$$

$$p = 0,000$$

En el Gráfico 6, se destaca que del total de familiares con un alto conocimiento el 20,0% (10) presentó una actitud indiferente a favorable. Asimismo del total, con bajo conocimiento el 24,0% (12) presentó una actitud indiferente a desfavorable.

Al determinar la correlación entre los puntajes de actitud y conocimiento, mediante el Coeficiente de Correlación r de Spearman, se encontró que existe una correlación directa moderada entre las dos variables ($p = 0,000$).

4.2 Discusión

Las enfermedades mentales, por la gravedad de sus síntomas y su larga duración, son altamente discapacitantes, ya que a pesar de la medicación existente, se sabe que esta misma sólo puede reducir y minimizar los síntomas, por ello es imprescindible contar con el soporte familiar.

Estos trastornos mentales, que aparentemente pasan desapercibidos, ocultos por la vergüenza y los falsos prejuicios de la sociedad, incluyendo a veces a la familia misma, afectan a un gran número de personas en el mundo. En tal sentido, no pueden ser dejados de lado, asumiendo actualmente la importancia que su magnitud de afectación amerita.

Antes, como en estos últimos años, se han caracterizado por un continuo interés acerca de las influencias familiares sobre el individuo. Desde esta perspectiva, las características del individuo se consideran como moldeadas por sus relaciones interpersonales y, debido a ello, las pautas de interacción entre los sujetos pasan a ser objeto primordial de estudio (Merino & Pereira, 1990)

En nuestra sociedad, no es difícil cruzarse con alguna persona que deambula por la calle, mal vestido, desaseado, el cual creemos confundido, algunas veces agresivo o alterado, al cual se le ha denominado como “loco”, término que engloba todas las características mencionadas y entre otras, que no son más que el reflejo de la percepción que tienen muchas personas acerca de aquellos enfermos mentales, los cuales por su condición, muchas veces sufren la discriminación, exclusión y falta de apoyo de las mismas y a veces hasta de sus propios familiares, que pueden sentirse avergonzados, culpables o simplemente desorientados frente a este gran mal que ha afectado a un miembro de su familia.

En el presente estudio de investigación, desde el primer contacto con los familiares de los pacientes con esquizofrenia, se pudo percibir aquella angustia, desconocimiento y confusión, ya que muchas de las personas encuestadas, por no decir la mayoría, eran de bajos recursos económicos, situación que se suma a la enfermedad del familiar; con gran necesidad de recibir la información y ayuda del profesional de salud.

Datos presentados en el Cuadro 3, donde el nivel de conocimiento sobre la esquizofrenia según el grado de instrucción del familiar, muestran que no existe una asociación estadísticamente significativa ($p = 0,105$). A lo que podemos decir, que es evidente que el nivel de conocimiento en los familiares sobre la esquizofrenia varía independientemente del grado de instrucción que los mismos hayan recibido; ya que no necesariamente quien posee un grado mayor de instrucción posee un mejor nivel de conocimiento sobre la esquizofrenia. (**Anexo N° 07**)

Muela y Godoy (2001), en una revisión de los programas de intervención familiar en esquizofrenia realizados desde principios de la década de los 80 y que se basan en la teoría de la vulnerabilidad a la esquizofrenia y casi todos en el constructo de Emoción Expresada (crítica, sobreprotección y hostilidad). Concluyen que es necesario asistir a pacientes y familiares en el período que sigue a la hospitalización, ya que es el momento en el que se produce un gran porcentaje de recaídas; por lo que objetivo de la terapia es que la familia y el paciente sepan manejar los acontecimientos estresantes y generar un clima familiar adecuado; para lo cual es importante que el equipo de salud y principalmente el enfermero(a) cuente con la colaboración de la familia haciéndole ver la importancia de su participación, aumentar el conocimiento familiar sobre la enfermedad y su relación con el estrés, dotar a las familias de habilidades y recursos de afrontamiento de estrés, que la familia detecte signos de recaída para poder intervenir tempranamente y el mantenimiento de la medicación.

Sin embargo, datos mostrados en el gráfico 1, muestran que el 54,0% de los familiares presentó un nivel de conocimiento intermedio sobre la esquizofrenia, mientras que sólo el 20,0% presentó un nivel alto. Lo que nos traduce que la tendencia del nivel de conocimiento de los familiares es de intermedio a bajo, es decir, que no conocen lo suficiente sobre la esquizofrenia.

Entretanto, resaltamos la necesidad de que, si la familia no recibe información y entrenamiento adecuado sobre la esquizofrenia y todo lo concerniente a su tratamiento y cuidado, el enfermo puede enfermarlos a todos, y sólo la familia unida e informada puede aliviar al afectado (Leff, 1997)

El paciente necesita apoyo de un gran número de personas en diferentes roles, entre ellas están los familiares, los profesionales, amigos, entre otros. Ya que a menudo el paciente se resiste a recibir tratamiento, cree que no necesita tratamiento psiquiátrico y que los delirios o alucinaciones son reales, siendo muy importante asegurar que el enfermo continúe con su tratamiento después de la hospitalización, ya que puede dejar de tomar sus medicamentos o dejar de ir a sus consultas medicas de control, lo que generalmente lleva a un empeoramiento de los síntomas psicóticos (National Institute of Mental health, 2003).

Los resultados del cuadro 3, muestran que del total de los familiares el 52% es de primer grado de parentesco, es decir los progenitores, de los cuales el 34% era la madre mientras que sólo el 20% es de tercer grado de parentesco es decir tío, sobrino y pareja. Lo cual resalta al miembro que se encuentra más próximo al paciente con esquizofrenia, el cual viene a su principal soporte, y sobre todo una vez que éste sea dado de alta.

Con frecuencia los pacientes son dados de alta del hospital y quedan al cuidado de sus familias, por esa razón es importante que los familiares aprendan todo lo que puedan acerca de los desafíos y problemas asociados a la enfermedad, así también es útil que aprendan maneras de minimizar las recaídas, como son las estrategias para asegurar el cumplimiento del tratamiento. El educar a la familia en todos los aspectos de la enfermedad y técnicas de solución se llama “psico-educación familiar” que incluye aprender estrategias para manejar la enfermedad y técnicas de solución de problemas. Estos conocimientos son útiles para poder relacionarse mejor con el enfermo y así lograr que el paciente se mantenga en el mejor estado posible (National Institute of Mental health, 2003)

En el gráfico, los datos obtenidos, destacan que del total de familiares el 54% presentó una actitud indiferente, mientras que el 26% presentó una actitud desfavorable y que sólo el 20% presentó una actitud favorable, coincidiendo con la hipótesis específica; lo cual refleja claramente que pocos de los pacientes con esquizofrenia son los que reciben un soporte familiar adecuado. Actitudes que pueden deberse no sólo al desconocimiento de la esquizofrenia como enfermedad, sino también a las creencias, experiencias entre otros, que el familiar posea.

En muchas familias, el manejo del estigma social hacia la esquizofrenia se refuerza por la falta de información y de comprensión del problema. Cuando la familia se siente estigmatizada, se aísla porque se siente señalada, no pide orientación, a veces sólo lo hace cuando la situación se vuelve intolerante (Leff, 1997)

En una investigación que estudió la “Relación que existe entre el nivel de conocimiento acerca de la enfermedad mental y el nivel de emoción expresada en familiares de pacientes esquizofrénicos de consultorio externo Hospital Honorio Delgado”. Se concluyó que la mayoría de familiares de los pacientes con esquizofrenia, presentó un nivel regular de conocimiento sobre la enfermedad mental, con un alto nivel de emoción expresada, por último se evidencia una relación inversa entre el nivel de conocimientos y nivel de emoción expresada. (Guanilo & Seclen, 1993)

Lo cual refleja que la familia con un conocimiento bajo a regular de la enfermedad, no reacciona de la mejor manera, creando un ambiente inapropiado para el paciente con esquizofrenia, lo cual se sabe, contribuye al reingreso hospitalario del mismo.

La perspectiva para el futuro de las personas con esquizofrenia ha mejorado en los últimos veinticinco años. Aunque todavía no se ha descubierto una terapia totalmente efectiva, es importante recordar que muchos pacientes mejoran lo suficiente como para mantener una vida independiente y satisfactoria. En la medida que aprendamos más acerca de las causas y de los tratamientos, podremos ayudar a que más pacientes obtengan logros positivos. (National Institute of Mental health, 2003)

Es así, que la familia constituye el más importante apoyo terapéutico de los pacientes con esquizofrenia, por eso en cuanto mayor sea el nivel de conocimiento de los familiares sobre la enfermedad de su paciente, mejor será su actitud de apoyo para la recuperación del mismo.

También se destaca en el gráfico 6, que sí existe una correlación directa moderada entre las variables actitud y conocimiento mediante el Coeficiente de Correlación r de Spearman ($p = 0,000$), ya que del total de familiares con un alto conocimiento, el 20 % presentó una actitud indiferente a favorable. Asimismo del total,

con bajo conocimiento, el 24% presentó una actitud indiferente a desfavorable. Lo que confirma la hipótesis planteada; dato importante que nos muestra la gran necesidad de que el profesional de enfermería haciendo uso de sus habilidades y conocimientos, conjuntamente con el equipo de salud, brinde de manera constante la educación básica necesaria sobre la esquizofrenia a los familiares de los pacientes que padecen de ésta enfermedad, ya que son ellos tiene el rol principal de ser soporte y apoyo. (**Anexo N° 07**)

Coincidiendo con el estudio “Influencia del conocimiento de las estudiantes del III y IX ciclo de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, en las actitudes hacia el enfermo mental”. Según sus resultados comprobaron la que existe una relación estrecha entre el conocimiento y las actitudes de las alumnas, ya que el mayor porcentaje de alumnas con actitud desfavorable no tienen conocimiento sobre el tema, mientras que la otra buena parte de alumnas tiene conocimientos, muestra una actitud favorable, frente a los pacientes con Esquizofrenia. (Álvarez, 1995)

La aparición de la enfermedad mental en el ambiente familiar, puede significar un cambio en la vida cotidiana y en las relaciones familiares. Saber aceptarla, adaptarse a la situación que la enfermedad de un miembro de la familia presenta, es un reto difícil al que no todos saben responder adecuadamente. (Rocamora, 2000)

Los profesionales de la salud y principalmente las(os) enfermeras(os), desempeñan una función importante en la promoción y prevención de la salud mental, ya que tienen una función de formación de las personas y de eliminación del estigma social.

Además, se busca integrar en el tratamiento y rehabilitación de los pacientes con esquizofrenia, a la familia como principal apoyo del equipo de salud y sobre todo para el paciente mismo.

Los beneficios de este conocimiento, deben llegar a todas las personas que tienen problemas de salud mental, familiar y especialmente a las personas vulnerables.

Finalmente se reconocen algunas limitaciones en el estudio, tales como el tamaño reducido de la población, lo que puede haber afectado la variable nivel de conocimiento según el grado de instrucción, siendo necesario ahondar más en este aspecto y aumentar en lo posible el tamaño de la muestra.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- ✓ Se destacó, que del total de los familiares el 60% (30) presentó una instrucción de nivel secundaria tanto los varones 26% (13) como las damas 34% (17), mientras que sólo el 18% (9) tiene un nivel superior de instrucción.
- ✓ Se mostró, que del total de los familiares el 52% (26) es de primer grado de parentesco, es decir los progenitores, de los cuales el 34% (17) era la madre mientras que el 18% (9) correspondía al padre. También se aprecia que del total de familiares según su grado de parentesco sólo el 20% (10) es de tercer grado es decir tíos, sobrino y pareja.
- ✓ Se destacó, que del total de familiares, el 54% (27) presentó un nivel de conocimiento intermedio, mientras que el 20% (10) presentó un alto nivel de conocimiento. Lo que nos traduce que la tendencia del nivel de conocimiento de los familiares es de intermedio a bajo, es decir, no conocen lo suficiente sobre la enfermedad de Esquizofrenia.
- ✓ Se encontró, que del total de familiares con grado de instrucción superior el 18% (9) presentó un nivel de conocimiento intermedio a alto. Asimismo, del total de familiares con grado de instrucción primaria el 20% (10) presentó un conocimiento intermedio a bajo. Al determinar la asociación entre el grado de instrucción y el conocimiento, mediante la prueba Chi Cuadrado, se encontró que no existe asociación estadística ($p = 0,105$).
- ✓ Se destacó, que del total de familiares, el 54% (27) presentó una actitud indiferente, mientras que el 26% (13) presentó una actitud desfavorable y que sólo el 20% (10) presentó una actitud favorable. Lo cual refleja claramente que pocos de los pacientes con esquizofrenia son los que reciben un soporte familiar adecuado.
- ✓ Se resaltó, que del total de familiares con un alto conocimiento, el 20% (10) presentó una actitud indiferente a favorable. Así mismo del total, con bajo conocimiento el 24% (12) presentó una actitud indiferente a desfavorable. Al

determinar la correlación entre los puntajes de actitud y conocimiento, mediante el Coeficiente de Correlación r de Spearman, se encontró que existe una correlación directa moderada entre las dos variables ($p = 0,000$).

5.2 Recomendaciones

Para la investigación, se recomienda un estudio en el que:

- ✓ Se establezca la diferencia entre los familiares que recién tienen a su paciente con el primer brote esquizofrénico (por primera vez internados) y a los familiares que ya en otras oportunidades han tenido internado a su familiar con esquizofrenia, para determinar de manera más exacta si existe alguna diferencia de las actitudes hacia estos pacientes.

- ✓ Se aplique una intervención a los familiares y/o pacientes.

Para la Institución HHV u otro nosocomio:

- ✓ Hacer partícipes de los cursos, charlas, entre otras actividades educativas e informativas; a los familiares de los pacientes que estén interesados.

- ✓ Que las familias conozcan mejor las alternativas de ayuda que ofrece el mencionado hospital u otro nosocomio.

Para la profesión Enfermería:

- ✓ Desarrollar sesiones educativas que permitan que la familia del paciente con esquizofrenia, conozca acerca de la enfermedad que sufre su paciente, como es que ellos podrían colaborar e involucrarse en el tratamiento y cuidado, para lograr una mejor evolución y mayor soporte familiar adecuado.

- ✓ Elaborar y brindar sesiones educativas según las patologías más frecuentes en la población, que sean dadas de manera continua y dinámica.

- ✓ Convocar reuniones con los familiares de los pacientes para que se informen y para que expresen sus dudas, temores y cualquier inquietud.

- ✓ Realizar visitas domiciliarias, luego de que el paciente es dado de alta, ya que es en casa donde se continúa con el cuidado y donde se puede evitar otra crisis.

Para Docencia:

- ✓ Incluir con mayor contenido educativo e informativo temas sobre las enfermedades mentales, ya que actualmente en la educación que se recibe tanto primaria como secundaria, es mínima o nula. Sin embargo es necesaria su difusión.

En General, se recomienda orientar, educar e involucrar en el tratamiento y cuidado a los familiares de los pacientes con esquizofrenia, actividad que principalmente desempeña el profesional de enfermería.

REFERENCIAS

- Alarco, C. (1999). *Diccionario de Psicología Individual*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Bernobeu, D. (2006) *Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental*. (2ª ed.) Barcelona: Instituto Monsa Ediciones, SA.
- Cook, S. y Fontaine, K. (1993). *Fundamentos Esenciales de Enfermería en Salud Mental*. Madrid: Mc Graw Hill e Interamericana de España.
- DuGas W., Beverly (2000) *Tratado de Enfermería: práctica*. (4ª ed.) México: Mc Graw Hill.
- Gradillas, V. (1998). *La Familia del Enfermo Mental: la Otra Cara de la Psiquiatría*. (1ª ed.) España: Díaz de Santos.
- Grupo Océano. (2007) *Enciclopedia de Psicología*. Barcelona: Océano.
- Hernández, R., Fernández, C. y Bautista, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Larousse (1999), *Diccionario Enciclopédico*. (5ª ed.) Columbia: Printer Colombiano S.A.
- Martínez, B. y Céspedes, N. (2008). *Metodología de la Investigación: Estrategias para Investigar*. (1ª ed.) San Isidro-Perú: Editorial Sánchez S.R.L.
- Polit, D. y Hungler, B. (1997), *Investigación Científica: en ciencias de la Salud*. (5ª ed.) México: Mc Graw Hill.
- Rigol C., Assumpta y Ugalde, M. (1991). *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica*. (1ª ed.) Barcelona- España: Salvat S.A.
- Rocamora, A. (2000). *Un Enfermo en la Familia*. (1ª ed.) Madrid: San Pablo.
- Stuar, G. y Laraira, T. (2006) *Enfermería Psiquiátrica: Principios y Práctica*. (8ª ed.) Madrid- España: El Servier.
- Toro, R. y Yepes, L. (1988) *Fundamentos de medicina: psiquiatría*. (2º ed.) Medellín-Colombia: editorial CIB.
- Toro, R. y Yepes, L. (2006) *Fundamentos de medicina: psiquiatría*. (4º ed.) Medellín-Colombia: editorial CIB.
- Vidal, G. y Alarcón, R. (1988). *Psiquiatría*. (1ª ed.) Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A.

Revistas y Artículos:

Del Rosal Blasco, Bernardo. (2002). Diario El País: los Enfermos Mentales y sus Familiares. Edición de la comunidad Valenciana.

Graber M., Martha. (2003). Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Universidad de Chile. Apuntes de docencia.

Leff., Julian (1997). Trabajando con Familias de Pacientes Esquizofrénicos-artículos online “Perspectivas Sistémicas”.nº45. Año 9, marzo-abril.

Merino, H. y Pereira, M. (1990). Familia y Esquizofrenia: Una visión desde el punto de vista de la interacción familiar “Anales de Psicología”

Muela, J., Godoy, J. (2001). Psicothema. Vol. 13 nº 1, pp.1-6. Universidad de Jaén-España

Obiolos, Jordi E. y Vicens-Vilanova, Jordi. (2003), International Journal of Psychology and Psychological Therapy. Etiología y Signos y Síntomas de Riesgo en la Esquizofrenia. Barcelona: España: vol.3, Nº2, pp. 235-250.

Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías (2001). Suiza

Organización Mundial de la Salud. Mental Health Context. (2003). Austria-España: Edimsa.

Oyarzún, N., Elena. PDF: [www.med.uchile.cl/apunta/archivos/2007/ medicina/familia](http://www.med.uchile.cl/apunta/archivos/2007/medicina/familia). Universidad de Chile.

Ramos, S., Marco. (2007). Revista de psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán. Vol. VIII Nº1 Enero-junio, pp. 21-28. Lima-Perú

Sinco Editores (2006) *Guía de Enfermería SES en TB-MDR y Dots Plus*. Lima – Perú

Tesis:

Álvarez Estrada, G. (1995) “Influencia del conocimiento de las estudiantes del III y IX ciclo de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza (EEPLT), en las actitudes hacia el enfermo mental”.

García Correa, R. I. (2006) “Actitud de la enfermera(o) hacia el cuidado integral del paciente con esquizofrenia del Hospital Nacional Hermilio Valdizán Enero-2006”.

Guanilo Mesías, J. y Seclen Ubillús, Y. (1993) “Relación que existe entre el nivel de conocimiento acerca de la enfermedad mental y el nivel de emoción expresada en familiares de pacientes esquizofrénicos de consultorios externo Hospital Honorio Delgado”.

Páginas Webs:

- Palabras clave: minsa, hospital Hermilio Valdizán
Web: <http://www.minsa.gob.pe/hhv/estadisticas.htm>
Fecha: 26/01/09
- Palabras clave: enfermedades mentales, definición.
Web: <http://www.arfes.org/enfermedad/Zeroprincipal.htm>
Fecha: 21/01/09
- Palabras clave: Esquizofrenia. Etiología.
Web: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol20/biblio2/brevis2.html>
Fecha: 2/02/09
- Palabras clave: historia de la esquizofrenia.
Web: http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol33_2_04/mil08204.htm
Fecha: 30/01/09
- Palabras clave: actitudes de familiares de enfermos mentales.
Web: <http://www.convega.com/primavera/conclu.htm>
Fecha: 24/01/09
- Palabras clave: la familia y teoría de sistemas.
Web: http://www.geocities.com/tomaustin_cl/sis/sist.htm
Fecha: 2/02/09
- Palabras clave: enfermedades mentales.
Web: <http://www.sexovida.com/psiquiatria/oms.htm>
Fecha: 25/01/09
- Palabra clave: actitud.
Web: <http://www.monografias.com/trabajos5/psicoso/psicoso.shtml>
Fecha: 24/01/09
- Palabra clave: actitud.
Web: <http://es.wikipedia.org/wiki/Actitud>
Fecha: 24/01/09

- Palabra clave: actitud.

Web: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/esther/esquizofrenia1/index.shtml>

Fecha: 06/02/09

- Palabras clave: nivel de conocimiento.

Web: http://www.webdianoia.com/moderna/locke/locke_fil_conoc.htm

Fecha: 27/01/09

- Palabras clave: nivel de conocimiento.

Web: <http://www.parroquiafatima.org/fe/Niveles.doc>

Fecha: 27/01/09

ANEXOS

(Anexo 01) Operacionalización de las Variables

Variables	Definición de conceptos	Dimensiones	Definición operacional	Indicadores
Actitud de los familiares de pacientes con esquizofrenia	La actitud es una predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable ante un objeto o sus símbolos	<ul style="list-style-type: none">• Componente cognoscitivo	Son todos aquellos conocimientos, ideas, percepciones, creencias, valores y, estereotipos que tienen la persona hacia un objeto.	<ul style="list-style-type: none">• Acepta la enfermedad de su familiar como cualquier otra.• No considera a su familiar como una carga para él.• Es consciente que su familiar con esquizofrenia no tiene culpa alguna de tener esa enfermedad.• Sabe que la enfermedad de su familiar es incurable, pero que puede sobrellevarse.• Sabe que su familiar no tiene conciencia de su enfermedad.• Tiene en cuenta lo

				que su familiar siente y piensa.
		<ul style="list-style-type: none"> • Componente afectivo 	Es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones que se caracterizan por su componente cognoscitivo.	<ul style="list-style-type: none"> • No le incomoda que su familiar con esquizofrenia viva en su casa. • Sabe que su participación en el tratamiento es fundamental para que su familiar mejore. • No se deprime por el hecho de saber la enfermedad de su familiar. • No siente miedo de la conducta que puede tener su familiar enfermo.
		<ul style="list-style-type: none"> • Componente conductual 	Es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera, es el componente activo	<ul style="list-style-type: none"> • No abandona a su familiar. • No se avergüenza de su familiar frente a los demás.

			de la actitud, orientada hacia el objeto actitudinal que se observa a través del comportamiento.	<ul style="list-style-type: none"> • No niega tener un familiar con esquizofrenia. • No se deja manejar por su familiar enfermo. • Colabora con el cumplimiento del tratamiento de su familiar enfermo. • Permite que su familiar enfermo se desenvuelva con otras personas.
Conocimiento sobre la enfermedad mental	El conocimiento es la acción y efecto de conocer; entendimiento, razón natural.	<ul style="list-style-type: none"> • Etiopatogenia 	Término formado a su vez por otros dos. Etiología, que hace referencia a la causa o causas de una enfermedad además de factores propios del paciente que la favorecerían y factores propios	<ul style="list-style-type: none"> • Definición • Etiología o causa <ul style="list-style-type: none"> ✓ Predisposición genética ✓ Factor ambiental • Tipos

			<p>de la enfermedad. La Patogenia serían los mecanismos por los cuales se desencadena la enfermedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Esquizofrenia Simple ✓ Esquizofrenia Hebefrénica ✓ Esquizofrenia Catatónica ✓ Esquizofrenia Paranoide • Manifestaciones o signos y síntomas <ul style="list-style-type: none"> ✓ Los síntomas positivos ✓ Los síntomas negativo • Pronóstico
		<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento 	<p>Conjunto de medios de cualquier clase, higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos cuya finalidad es la curación o el alivio (paliación) de las</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicación antipsicótica • Terapia Electro Convulsiva • Rehabilitación Psicosocial

			enfermedades o síntomas, cuando se ha llegado a un diagnóstico.	
		<ul style="list-style-type: none"> • Soporte familiar 	<p>Constituido por un especialista en psicología, un grupo de familiares y uno de participantes. La tarea principal de este departamento será reforzar constantemente la autoestima y la motivación de los participantes para que los objetivos trazados sean alcanzados de forma eficiente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos de ayuda (extra hospitalario). • Terapia familiar (intra hospitalario).

(Anexo 02) CUESTIONARIO

Un saludo cordial para Ud. Estimado(a) señor(a), joven:

Mi nombre es Marilú Llanos Moreno, soy estudiante de enfermería de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza – Universidad Ricardo Palma. Estoy realizando un trabajo de investigación que tiene como objetivo identificar cuáles son las actitudes que adoptan los familiares de pacientes con esquizofrenia considerando el nivel de conocimiento que posee sobre la enfermedad, con el propósito de ayudar a mejorar la calidad de vida del paciente con Esquizofrenia. Motivo por el cual solicito su colaboración siendo de suma importancia para el logro del objetivo propuesto.

Este cuestionario es anónimo y confidencial, por lo que le solicito conteste las siguientes preguntas con la mayor sinceridad posible. ¡Muchas gracias!

Instrucciones parte 1:

Lea detenidamente las preguntas, complete los espacios en blanco y marque con una (X) la respuesta que Ud. prefiera.

Datos Sociodemográficos del Familiar:

- Edad: _____ años cumplidos. Sexo: Masculino () Femenino ()
- Grado de Instrucción: _____ Completa () Incompleta ()
- Parentesco con el paciente:
Padre o Madre () Esposo(a) () Sobrino(a) () Nieto(a) ()
Hermano(a) () Tío(a) () Otros () _____
- Procedencia _____

Datos Sociodemográficos y Clínicos del Paciente:

- Edad: _____ años cumplidos. Sexo: Masculino () Femenino ()
- Tipo de Esquizofrenia: _____
- Tiempo de enfermedad: _____ meses () años ()

Instrucciones parte 2:

Lea detenidamente las preguntas y marque con una (X) todas las afirmaciones que Ud. considere verdaderas. (Puede ser **más de una** respuesta)

Por ejemplo:

- ✓ **La Leche:**
- a. Es un lácteo.
 - ~~✗~~ b. Tiene calcio.
 - ~~✗~~ c. Fortalece los huesos.
 - ~~✗~~ d. Ayuda al crecimiento y desarrollo.
 - e. No sabe.

Conocimientos:

1. ¿Qué son las enfermedades mentales?

- a. Es la alteración del pensamiento.
- b. Es la alteración de las emociones, sentimientos.
- c. Es la dificultad de reconocer la realidad.
- d. Es la alteración de la forma de comportarse.
- e. No sabe.

2. La esquizofrenia es:

- a. Una enfermedad mental.
- b. La alteración de la personalidad, forma de actuar.
- c. La incapacidad para reconocer la realidad.
- d. Escuchar voces, ver cosas que no existen.
- e. No sabe.

3. ¿Cuáles son las causas de la esquizofrenia?

- a. Tiene varias causas la esquizofrenia.
- b. Por predisposición genética (hereditario, transmitido de padres a hijos).
- c. Por demasiados problemas (estrés frecuente).
- d. Por una situación que pone en shock a la persona (crisis, por ejm. una muerte).
- e. No sabe.

4. ¿Cuántos tipos de esquizofrenia existen?

- a. Existen varios tipos de esquizofrenia.
- b. La más frecuente es la esquizofrenia paranoide.
- c. La esquizofrenia catatónica.
- d. La esquizofrenia hebefrenia.
- e. No sabe.

5. ¿Cuáles son los signos y síntomas de la esquizofrenia?

- a. Escuchar voces, que le insultan, que le ordenan, que lo molestan.
- b. Ver cosas que no existen, que lo asustan, que lo persiguen.
- c. No tener ganas de hacer nada, aislarse.

- d. Conducta caracterizada por demasiada actividad (inquieto); muecas, movimientos repetitivos.
 - e. No sabe.
- 6. Los síntomas positivos más frecuentes son:**
- a. El aumento exagerado de la actividad física.
 - b. La repetición de movimientos que ven en otra persona.
 - c. Las ideas o creencias falsas y fijas hacia algo o alguien.
 - d. Es ver objetos o personas que no existen.
 - e. No sabe.
- 7. Los síntomas negativos más frecuentes son:**
- a. El aislarse de las personas.
 - b. El no sentir placer con lo que hace.
 - c. El estar triste, sin ganas de hacer nada.
 - d. El tener posiciones raras.
 - e. No sabe.
- 8. ¿Cuál es el tratamiento?**
- a. Basado en los fármacos (pastillas).
 - b. Terapia ocupacional (trabajos manuales).
 - c. Terapia psicológica, apoyo familiar.
 - d. Terapia electroshock (electricidad cerebral).
 - e. No sabe.
- 9. ¿Cuáles son los efectos adversos de los psicofármacos (pastillas)?**
- a. Los movimientos involuntarios.
 - b. La lentitud para hacer las cosas, caminar.
 - c. La salivación; sueño.
 - d. La dificultad para pronunciar las palabras.
 - e. No sabe.
- 10. ¿Qué es la rehabilitación psicosocial?**
- a. Es una terapia de ayuda para la mejor evolución de la enfermedad.
 - b. Es el tratamiento que va de la mano con los psicofármacos (pastillas).
 - c. Es la terapia que favorece las relaciones afectivas con las demás personas.
 - d. Es la que disminuye la discriminación (rechazo) hacia el paciente con esquizofrenia.
 - e. No sabe.
- 11. ¿Sabe Ud. cuál es el pronóstico de la enfermedad (esquizofrenia)?**
- a. La esquizofrenia es una enfermedad crónica (larga, por bastante tiempo).

- b. La esquizofrenia es una enfermedad degenerativa (deterioro de la salud de la persona).
- c. La esquizofrenia es una enfermedad que no tiene cura.
- d. Sin tratamiento psicosocial y farmacológico (pastillas) tiene mal pronóstico.
- e. No sabe.

12. ¿Sabe Ud. qué es la terapia de electroshock y en qué consiste?

- a. Es una técnica terapéutica para la esquizofrenia
- b. Se aplica un paso de corriente entre ambas sienes (cabeza).
- c. Puede producir convulsiones.
- d. Es usada cuando no hay mejora con los psicofármacos (pastillas).
- e. No sabe.

13. La familia es:

- a. Un conjunto de personas que proviene de una misma sangre.
- b. Una institución social que permite el correcto desarrollo personal de cada miembro.
- c. Es un sistema familiar con particulares formas de interactuar entre sus integrantes.
- d. Es el núcleo principal de toda sociedad.
- e. No sabe.

14. ¿Cómo podría ayudar a una persona que tiene esquizofrenia?

- a. Informándome sobre que es su enfermedad.
- b. Participando en su tratamiento.
- c. Teniendo paciencia y comprensión.
- d. Evitando situaciones que lo estresen o molesten.
- e. No sabe.

15. La esquizofrenia:

- a. No es contagiosa.
- b. Puede ser hereditaria.
- c. Se puede controlar.
- d. No tiene cura.
- e. No sabe.

16. ¿Quiénes son los más vulnerables de desarrollar una enfermedad mental?

- a. Personas con antecedentes familiares de alguna enfermedad mental.
- b. Personas que viven en un ambiente familiar de violencia física, psicológica, etc.
- c. Personas que consumen drogas.
- d. Personas que tienen experiencias de situaciones de crisis o estresantes.

e. No sabe.

17. Considerando que la Esquizofrenia Paranoide es la más frecuente en la población; las características que Usted observa en los pacientes son:

- a. Escuchan voces, creen que la gente habla de ellos.
- b. Sienten que alguien o algo los persigue, que los amenazan.
- c. Creen que sus pensamientos son manipulados, controlados por otras personas.
- d. Pueden agredir a alguien diciendo que los mandan a que lo hagan.
- e. No sabe.

✍ Instrucciones parte 3:

Lea detenidamente las afirmaciones y marque con una (X) la respuesta que Ud. prefiera.

Por ejemplo:

Afirmaciones	Definitiva-mente Si	Probable-mente Si	Indeciso	Probable-mente No	Definitiva-mente No
✓ Si me alimento bien me enfermare menos.	X				

Actitudes:

Afirmaciones	Definitiva-mente Si	Probable-mente Si	Indeciso	Probable-mente No	Definitiva-mente No
1. Si me entero que un familiar mío tiene esquizofrenia no tengo ningún inconveniente porque es una enfermedad como cualquiera.					
2. Considero que tener un familiar con esquizofrenia es una carga para mí y mi familia.					
3. Me desagrada e incomoda tener en casa a mi familiar con esquizofrenia.					
4. Considero que la enfermedad de mi familiar no es culpa de nadie ni mía.					
5. He pensado en abandonar a mi familiar con esquizofrenia.					

6. Siento que yo no puedo ayudar a que mi familiar con esquizofrenia se mejore.					
7. Sé que mi familiar con esquizofrenia nunca se curará y que siempre estará mal.					
8. Ante la negativa de mi familiar con esquizofrenia para aceptar su tratamiento es importante que yo le apoye en todo momento.					
9. Siento vergüenza cuando me ven con mi familiar que tiene esquizofrenia.					
10. Cuando me preguntan si yo tengo un familiar con esquizofrenia yo lo niego.					
11. Me da mucha tristeza saber que mi familiar tiene esquizofrenia.					
12. Cuando estoy cerca de mi familiar me da miedo de que sea agresivo conmigo.					
13. Sé que mi familiar con esquizofrenia no tiene conciencia de lo que hace y no puedo culparlo por eso.					
14. Me mantengo firme en el cumplimiento de su tratamiento.					
15. Tengo en cuenta que es lo que mi familiar siente y piensa.					
16. No permito que nada ni nadie intente acercarse a mi familiar con esquizofrenia porque no quiero que le hagan daño.					
17. Si me invitan a una terapia familiar yo participaría.					

18. Estoy interesado(a) por conocer sobre la enfermedad que sufre mi familiar.					
19. Visito con frecuencia (seguido) a mi familiar que está hospitalizado.					
20. Estoy dispuesto(a) a participar y apoyar en el tratamiento y recuperación de mi familiar con esquizofrenia.					

(Anexo 03) Validez de Expertos

Otro tipo de validez de un instrumento de medición que algunos autores consideran es la validez de expertos o *face validity*, la cual se refiere al grado en que aparentemente un instrumento de medición mide la variable en cuestión, de acuerdo con “voces calificadas”. Se encuentra vinculada a la validez de contenido y de hecho, se consideró por muchos años como parte de esta. Hoy se concibe como un tipo de evidencia distinta (Bostwick y Kyte, 2005). Regularmente se establece mediante la evaluación del instrumento ante expertos (Hernández, Fernández y Baptista; 2006, *Metodología de la investigación científica* pág. 284)

Si el coeficiente de validez supera el 0.75 es aceptable (Hernández, Fernández y Baptista; 2006). Para calcular la validez usaremos la probabilidad de aprobación para cada ítem mediante la distribución binomial y luego promediaremos los resultados y así obtendremos la validez total

Para ello se considero que si puntuaba de 75% a más estaba de acuerdo con el ítem y se codifica con 1 y cero en caso contrario. En la siguiente tabla se puede ver las probabilidades de éxito.

Nº	Criterio	Experto					k	p	1-p	$P(X=k) = \binom{n}{k} p^k q^{n-k}$
		A	B	C	D	E				
1	En qué porcentaje estima usted que con esta prueba se logrará el objetivo propuesto.	0	0	1	1	1	3	0,60	0,40	0,91
2	En qué porcentaje considera que los ítems están referidas a la evaluación de las características de las relaciones que establece la familia	1	1	1	1	1	5	1	0	1
3	Qué porcentaje de los ítems formulados son suficientes para lograr el objetivo.	1	1	1	1	1	5	1	0	1
4	En qué porcentaje, las preguntas de la prueba son de fácil comprensión.	1	0	1	1	1	4	0,80	0,20	0,99
5	Qué porcentaje de los ítems referidos al paciente con F.20 siguen una secuencia lógica.	0	0	0	1	1	2	0,40	0,60	0,32
6	En qué porcentaje valora Usted que con esta guía se obtendrá datos similares en otras muestras.	1	0	1	1	1	4	0,80	0,20	0,99

1=Aprueba, 0=Desaprueba, k=número de éxitos, p=proporción de aciertos, $P(X=k)$: Probabilidad de k aciertos, se busca en la tabla

Tabla 1: Función de distribución de la variable Binomial(n, p)

		<i>p</i>										
		0.05	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	0.95
$n = 1$	0	0.9500	0.9000	0.8000	0.7000	0.6000	0.5000	0.4000	0.3000	0.2000	0.1000	0.0500
	1	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000
$n = 2$	0	0.9025	0.8100	0.6400	0.4900	0.3600	0.2500	0.1600	0.0900	0.0400	0.0100	0.0025
	1	0.9975	0.9900	0.9600	0.9100	0.8400	0.7500	0.6400	0.5100	0.3600	0.1900	0.0975
	2	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000
$n = 3$	0	0.8574	0.7290	0.5120	0.3430	0.2160	0.1250	0.0640	0.0270	0.0080	0.0010	0.0001
	1	0.9928	0.9720	0.8960	0.7840	0.6480	0.5000	0.3520	0.2160	0.1040	0.0280	0.0073
	2	0.9999	0.9990	0.9920	0.9730	0.9360	0.8750	0.7840	0.6570	0.4880	0.2710	0.1426
	3	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000
$n = 4$	0	0.8145	0.6561	0.4096	0.2401	0.1296	0.0625	0.0256	0.0081	0.0016	0.0001	0.0000
	1	0.9860	0.9477	0.8192	0.6517	0.4752	0.3125	0.1792	0.0837	0.0272	0.0037	0.0005
	2	0.9995	0.9963	0.9728	0.9163	0.8208	0.6875	0.5248	0.3483	0.1808	0.0523	0.0140
	3	1.0000	0.9999	0.9984	0.9919	0.9744	0.9375	0.8704	0.7599	0.5904	0.3439	0.1855
	4	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000
$n = 5$	0	0.7738	0.5905	0.3277	0.1681	0.0778	0.0313	0.0102	0.0024	0.0003	0.0000	0.0000
	1	0.9774	0.9185	0.7373	0.5282	0.3370	0.1875	0.0870	0.0308	0.0067	0.0005	0.0000
	2	0.9988	0.9914	0.9421	0.8369	0.6826	0.5000	0.3174	0.1631	0.0579	0.0086	0.0012
	3	1.0000	0.9995	0.9933	0.9692	0.9130	0.8125	0.6630	0.4718	0.2627	0.0815	0.0226
	4	1.0000	1.0000	0.9997	0.9976	0.9898	0.9688	0.9222	0.8319	0.6723	0.4095	0.2262
	5	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000
$n = 6$	0	0.7351	0.5314	0.2621	0.1176	0.0467	0.0156	0.0041	0.0007	0.0001	0.0000	0.0000
	1	0.9672	0.8857	0.6554	0.4202	0.2333	0.1094	0.0410	0.0109	0.0016	0.0001	0.0000
	2	0.9978	0.9841	0.9011	0.7443	0.5443	0.3437	0.1792	0.0705	0.0170	0.0013	0.0001
	3	0.9999	0.9987	0.9830	0.9295	0.8208	0.6563	0.4557	0.2557	0.0989	0.0158	0.0022
	4	1.0000	0.9999	0.9984	0.9891	0.9590	0.8906	0.7667	0.5798	0.3446	0.1143	0.0328
	5	1.0000	1.0000	0.9999	0.9993	0.9959	0.9844	0.9533	0.8824	0.7379	0.4686	0.2649
	6	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000

Luego de obtener las probabilidades de éxito de cada ítem los promediamos y obtenemos un coeficiente de validez del 87%, lo cual nos confirma que el instrumento mide las variables que pretende estudiar el investigador.

(Anexo 04) CONFIABILIDAD DE LA PRUEBA PILOTO

Método de Mitades Partidas.

Se calcula por medio de un coeficiente de correlación entre las puntuaciones de las mitades del instrumento (se correlacionan los resultados de una mitad del instrumento con los resultados de la otra mitad, aparentemente equivalente).

El coeficiente que elijamos para determinar la confiabilidad debe ser apropiado al nivel de medición de la escala de nuestra variable (por ejemplo, si la escala de mi variable es por intervalos, puedo utilizar el coeficiente de correlación de Pearson; pero si es ordinal podré utilizar el coeficiente de Spearman o de Kendall; y si es nominal, otros coeficientes). Alfa trabaja con variables de intervalos o de razón y KR -20 y KR-21 con ítems dicotómicos (Hernandez, Fernandez y Baptista; 2006).

Primer Cuestionario (Conocimientos)

Se calcula el índice de correlación (Pearson):

$$r = \frac{n(\sum AB) - (\sum A)(\sum B)}{\sqrt{[n(\sum A^2) - (\sum A)^2][n(\sum B^2) - (\sum B)^2]}}$$

Resultando el coeficiente de equivalencia entre las dos mitades de la encuesta:

$$r = \frac{10(1667) - (145)(113)}{\sqrt{[10(2151) - (145)^2][10(1319) - (113)^2]}} = 0.631$$

Tratándose de ítems en escala ordinal aplicamos la corrección de la ecuación de Spearman – Brown:

$$R = \frac{2r}{1+r}$$

Resultando el estimador del coeficiente de fiabilidad de la prueba completa, el cual representa una alta confiabilidad:

$$R = \frac{2(0.631)}{1+0.631} = 0.774$$

Kappa, Landis y Koch (1977) han argumentado que, en la mayor parte de los contextos, valores del coeficiente de confiabilidad por encima de 0.75 suelen reflejar un acuerdo excelente; valores entre 0.40 y 0.75, un buen acuerdo; y valores por debajo de 0.40, un acuerdo más bien pobre

Si el coeficiente de confiabilidad supera el 0.75 es aceptable (Hernandez, Fernandez & Baptista; 2006)

Segundo cuestionario

Se calcula el índice de correlación (pearson):

$$r = \frac{n(\sum AB) - (\sum A)(\sum B)}{\sqrt{[n(\sum A^2) - (\sum A)^2][n(\sum B^2) - (\sum B)^2]}}$$

Resultando el coeficiente de equivalencia entre las dos mitades de la encuesta:

$$r = \frac{10(12777) - (338)(375)}{\sqrt{[10(11558) - (338)^2][10(14265) - (375)^2]}} = 0.62$$

Tratándose de ítems en escala ordinal aplicamos la corrección de la ecuación de Spearman – Brown:

$$R = \frac{2r}{1+r}$$

Resultando el estimador del coeficiente de fiabilidad de la prueba completa,

el cual representa una alta confiabilidad: $R = \frac{2(0.62)}{1+0.62} = 0.77$



(Anexo 05)

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA



Consentimiento Informado para Participar en un Trabajo de Investigación

Titulo del trabajo: “ACTITUDES DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA CON RELACIÓN AL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD”

Responsable: Marilú Elsa Llanos Moreno.

Local de estudio: Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza afiliada a la Universidad Ricardo Palma.

Teléfono: 4342770.

Propósito y Descripción de la Investigación

El propósito del presente estudio es de determinar la relación que existe entre las actitudes de los familiares de pacientes con esquizofrenia y el nivel de conocimiento sobre la enfermedad que ellos tienen. De este modo, se podrá determinar si a mayor nivel de conocimiento de la enfermedad mejor será la actitud de los familiares hacia su paciente con esquizofrenia.

Procedimientos

Si Usted acepta participar de este estudio de investigación, la investigadora (estudiante de enfermería) coordinará con Usted una cita dentro de las instalaciones del Hospital, la cual será en la fecha y hora que a Usted prefiera, donde se le aplicará un cuestionario que incluye preguntas relacionadas a la esquizofrenia y a las actitudes frente a esta, se le pedirá la participación de uno o dos familiares más, a los cuales también se les pedirá su colaboración para que realicen el cuestionario, para el logro de los objetivos propuestos a favor del cuidado del paciente con esquizofrenia.

Participación Voluntaria

La participación en este estudio es voluntaria. Usted podrá retirarse de la investigación en cualquier momento. También podrá decidir que no desea participar ahora o podrá decidir que desea participar y cambiar de opción más adelante, teniendo en todo momento plena libertad de decisión. Si Usted decide no participar o retirarse luego de comenzar el estudio, Usted no tendrá que dar un motivo y su decisión no dará lugar a cambios en la forma de atención que viene recibiendo su familiar, ni se tomará ningún tipo de represalias o sanciones en contra de su persona o familiar.

Beneficios

A partir de su participación, buscamos tener un panorama amplio de cómo el nivel de conocimiento sobre la esquizofrenia, podría influenciar en las actitudes que tienen los familiares hacia su paciente con esquizofrenia. En base a ello, se podrán crear nuevas estrategias educativas para todos los familiares de los pacientes con esquizofrenia, que a larga favorecerán la convivencia con el paciente y su mejor calidad de vida.

Riesgos y Molestias

No existen riesgos físicos, ya que su participación en la investigación sólo consiste en rellenar un cuestionario de preguntas simples, referentes a los que Usted sabe sobre la esquizofrenia y las actitudes frente a esta.

Privacidad

A fin de proteger su privacidad, su información y datos obtenidos serán rotulados con un número de sujeto de estudio y no con su nombre, ni con sus iniciales; conservando así su información y su consentimiento en un archivo seguro que no forma parte de los registros médicos. Su nombre no figurará en ninguna publicación o informe sobre esta investigación, trabajándose los datos apenas para los fines establecidos en este consentimiento.

Remuneración

Usted no recibirá ninguna remuneración por participar en este estudio, ni la investigadora, ya que es un estudio con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia.

¿Desea participar en el presente estudio?

Confirmando que he leído las declaraciones consignadas en este consentimiento informado.

Confirmando que la señorita autora de la investigación me ha explicado la información y los procedimientos que incluye. Confirmando que he leído la posibilidad de formular preguntas sobre este estudio y estoy satisfecho con las respuestas y las explicaciones referidas, tuve tiempo y la posibilidad de leer la información cuidadosamente, y decidir si deseo participar o no en el presente estudio.

Datos de la Investigadora

Si tiene alguna duda sobre el estudio puede comunicarse con la Señorita Marilú Elsa Llanos Moreno, al número celular 993476513 o al teléfono fijo 7828213.

Se agradece su importantísima participación de antemano.

Se le hará entrega de una copia de este formulario, por favor llenar los espacios con letra imprenta y legible, gracias.

Consentimiento

Nombre del sujeto participante:.....

Firma del sujeto:.....
fecha:...../...../.....

Persona que obtuvo el consentimiento del sujeto: Marilú Elsa Llanos Moreno.

Firma de la investigadora:.....
fecha:...../...../.....

(Anexo 06)

Gráfico 6. Correlación entre Actitudes de los Familiares de Pacientes con Esquizofrenia y Nivel de Conocimiento sobre la Enfermedad - Hospital Hermilio Valdizán, 2010.

Planteamiento de Hipótesis

H₀: No existe una correlación estadísticamente significativa entre los puntajes de Actitudes de los Familiares de Pacientes con Esquizofrenia y Nivel de Conocimiento sobre la Enfermedad.

H₁: Existe una correlación estadísticamente significativa entre los puntajes de Actitudes de los Familiares de Pacientes con Esquizofrenia y Nivel de Conocimiento sobre la Enfermedad

Nivel de significación: $\alpha = 0,05$

Cálculo de coeficiente de correlación de Spearman y valor de p:

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum D_i^2}{n(n^2 - 1)} = 0,58$$

$$p = 0,000$$

Decisión:

Siendo $p < 0,05$, se rechaza H₀.

Conclusión:

Existe una correlación estadísticamente significativa entre los puntajes de Actitudes de los Familiares de Pacientes con Esquizofrenia y Nivel de Conocimiento sobre la Enfermedad.

Cuadro 3. Nivel de Conocimiento sobre Esquizofrenia según Grado de Instrucción del Familiar - Hospital Hermilio Valdizán, 2010

Planteamiento de Hipótesis

H₀: No existe relación entre el grado de instrucción de los familiares de pacientes con esquizofrenia con relación a su nivel de conocimiento sobre la enfermedad.

H₁: Existe relación entre el grado de instrucción de los familiares de pacientes con esquizofrenia con relación a su nivel de conocimiento sobre la enfermedad.

Nivel de significación: $\alpha = 0,05$

Grados de libertad: $(f - 1)(c - 1) = (3-1)(3-1) = 4$

Cálculo de chi cuadrado y valor de p:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} = 7.6$$

$p = 0,105$

Decisión:

Siendo $p > 0,05$, no se rechaza H₀.

Conclusión:

No existe relación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y nivel de conocimiento de los familiares sobre la enfermedad.

Cuadro 4. Actitud frente a la Esquizofrenia según Parentesco del Familiar - Hospital Hermilio Valdizán, 2010.

Planteamiento de Hipótesis

H₀: No existe relación entre el parentesco de los familiares de paciente con esquizofrenia y la actitud frente a la enfermedad.

H₁: Existe relación entre el parentesco de los familiares de paciente con esquizofrenia y la actitud frente a la enfermedad.

Nivel de significación: $\alpha = 0,05$

Grados de libertad: $(f - 1)(c - 1) = (3-1)(3-1) = 4$

Cálculo de chi cuadrado y valor de p:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} = 1,94$$

$p = 0,75$

Decisión:

Siendo $p > 0,05$, no se rechaza H₀.

Conclusión:

No existe relación estadísticamente significativa entre el parentesco del familiar de paciente esquizofrénico y la actitud frente a la enfermedad.