

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**“CREENCIAS PERSONALES DEL CUIDADOR EN
PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE
SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA. 2015”**

Tesis presentada por la bachiller:

Mary Ysabel Huayna Ramírez

Para optar el Título Profesional de:

Licenciada en Enfermería

AREQUIPA – PERÚ

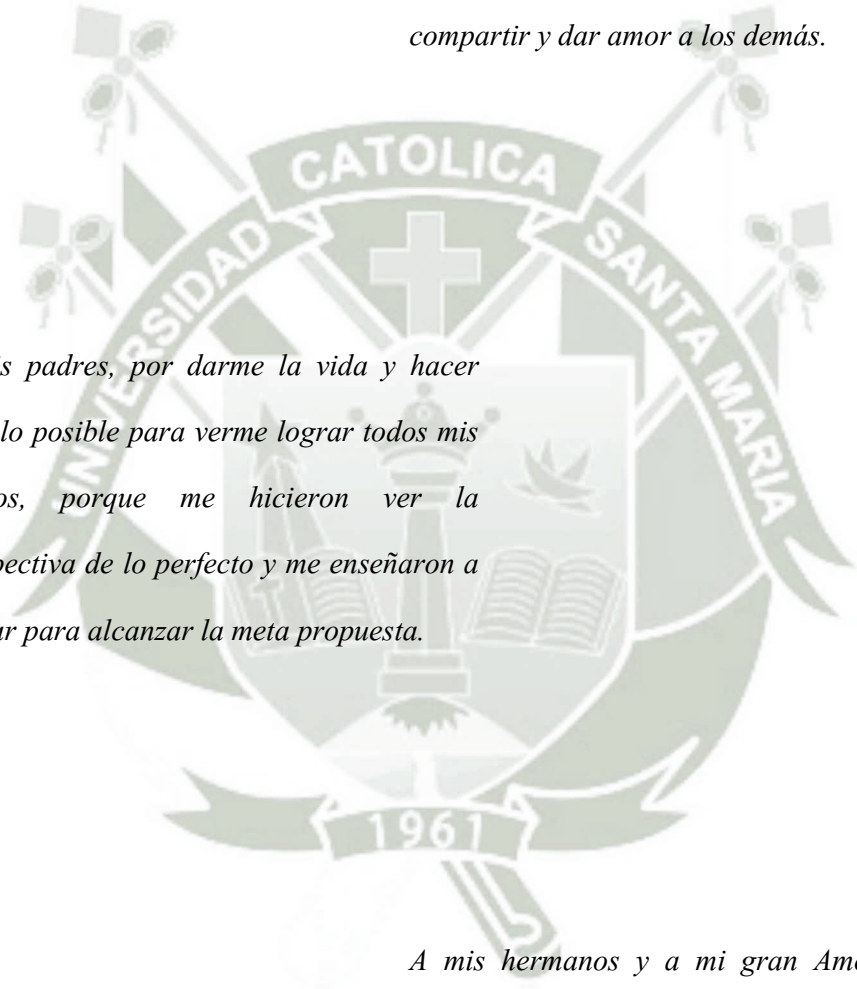
2015

AGRADECIMIENTO ESPECIAL

Al Centro de Salud Mental Moisés Heresi, a la Universidad Católica de Santa María y a la Facultad de Enfermería que han contribuido para lograr el título profesional de Licenciada en Enfermería.

Me siento orgullosa de haber tenido excelentes docentes en mi formación profesional, por su absoluta dedicación y entrega en ampliar mi aprendizaje, por compartir su sabiduría y por impulsarme a ser mejor cada día; motivo por el cual espero que ustedes se sientan orgullosos por el logro que he tenido este día y decirles que nos los defraudaré y seguiré aplicando todo lo que me enseñaron durante mi trayectoria universitaria.

A nuestro Señor Jesucristo y a nuestra Madre la Virgen María quienes me ayudaron a encontrarle sentido a mi vida, por intermedio de hermosas casualidades que se presentaron en el día a día y me enseñaron lo bello que es cuidar, compartir y dar amor a los demás.



A mis padres, por darme la vida y hacer todo lo posible para verme lograr todos mis sueños, porque me hicieron ver la perspectiva de lo perfecto y me enseñaron a luchar para alcanzar la meta propuesta.

A mis hermanos y a mi gran Amor, por los magníficos ejemplos de superación, perseverancia, humildad y como debe de ser “uno para todos y todos para uno” hasta el final.

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

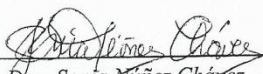
*A : Doctora Sonia Núñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería. U.C.S.M.*


DE : Jurado Dictaminador


*ASUNTO : Dictamen de Borrador de Tesis Titulado:
"CREENCIAS PERSONALES DEL CUIDADOR EN PACIENTES CON
ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI,
AREQUIPA. 2015" de la bachiller Mary Ysabel Huayna Ramírez*

FECHA : Arequipa 23 de Octubre, 2015

*Subsanadas las observaciones hechas por los miembros del Jurado Dictaminador, el trabajo de
investigación pasa a la fase de sustentación.*


Dra. Sonia Núñez Chávez
Presidenta Jurado Dictaminador


Dra. Teresa Chocano Rosas
Miembro Jurado Dictaminador


Dra. Gloria Núñez de Pinto
Secretaria Jurado Dictaminador



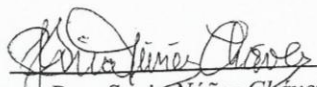
DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

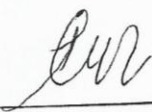
A : Doctora Sonia Núñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería. U.C.S.M.
DE : Jurado Dictaminador
ASUNTO : Dictamen de Borrador de Tesis Titulado:
"CREENCIAS PERSONALES DEL CUIDADOR EN PACIENTES CON
ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI,
AREQUIPA. 2015" de la bachiller Mary Ysabel Huayna Ramírez
FECHA : Arequipa 21 de Octubre, 2015

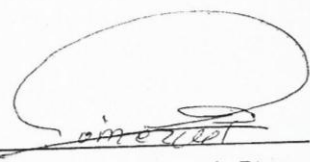
Reunidos los miembros del Jurado Dictaminador hace llegar las siguientes observaciones:

1. **Índice, resumen y Abstract:** Revisar letra y paginas.
2. **Introducción:** Revisar citas al pie de página.
3. Retirar datos socio demográficos están en indicadores de variables.
4. **Justificación:** Revisar e incluir aspectos del cuidador.
5. **Marco teórico:** en la pagina 8 cambiar termino locura o retirarlo, cambiar en la etiología teoría por influencia, enfocar el rol de la enfermera a los cuidadores.
6. **Antecedentes Investigativos:** Incluir objetivos y el año de investigación.
7. **Hipótesis:** Reformular de acuerdo al problema.
8. **Planteamiento operacional:** Especificar titulo de la escala, aplicación del consentimiento informado.
9. **Tablas:** Mejorar títulos e interpretaciones de acuerdo a las correcciones de los ejemplares.
 - **Tabla 9 al 13:** Sacar promedios (Media Aritmética) para su interpretación.
 - **Tabla 7:** Completar interpretación orientada al cuidador.
 - **Tabla 8:** Precisar que es lo correcto y que es lo incorrecto.
10. **Bibliografía:** Rehacerla
11. **Cuestionario:** Falta fuente de información y puntaje para valorar indicadores.

Después de cumplir con las observaciones realizadas el documento volverá a ser dictaminado en cumplimiento al reglamento de grados y títulos de la Facultad de Enfermería.


Dra. Sonia Núñez Chávez
Presidenta Jurado Dictaminador


Dra. Teresa Chocano Rosas
Miembro Jurado Dictaminador


Dra. Gloria Núñez de Pinto
Secretaria Jurado Dictaminador

INFORME DE ASESORIA DE TESIS

A : **Dra. Sonia Núñez Chávez**
Decana de la Facultad de Enfermería

DE : **Lic. Yeny Valdivia de Ibarra**
Asesora de la Tesis Titulada:
CREENCIAS PERSONALES DEL CUIDADOR EN
PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO
DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA
2015.

INVESTIGADORA : MARY YSABEL HUAYNA RAMIREZ

ANTECEDENTES:

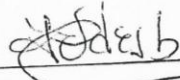
Aprobado el Proyecto de Tesis se inicia la asesoría del mismo para la ejecución entre los meses de junio a setiembre, se va asesorando el avance del trabajo con la finalidad de hacer los reajustes necesarios.

Se revisa el vaciamiento de datos, análisis e interpretación de resultados, para llegar a conclusiones y recomendaciones del mismo.

APRECIACIÓN PERSONAL: La investigación cumple con los requisitos del método científico.

La autora demostró dedicación, esfuerzo y responsabilidad durante la ejecución del trabajo.

Arequipa, 10 de Setiembre del 2015



Lic. Yeny Valdivia de Ibarra

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

ASUNTO : Decreto N° 046 – FENF – 2015 / Expediente N° 15014677

DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Doctora Sonia Núñez Chávez
Decana (E) de la Facultad de Enfermería


DE : Jurado Dictaminador

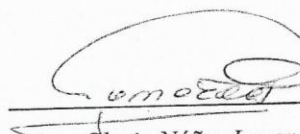
ASUNTO : Dictamen de Proyecto de Tesis Titulado:

“CREENCIAS PERSONALES DEL CUIDADOR EN PACIENTES CON
ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI,
AREQUIPA, 2015”

FECHA : 10 de Junio, 2015

Subsanadas las observaciones hechas por los miembros del Jurado Dictaminador, el proyecto queda apto para su ejecución.


Dra. Teresa Chocano Rosas


Dra. Gloria Núñez Lovon

ÍNDICE

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	viii

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO

	Pág.
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA	1
1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
1.2.1 Campo, Área, Línea	1
1.2.2 Nivel de Investigación	2
1.2.3 Tipo de investigación	2
1.2.4 Variables	2
1.2.5 Interrogantes de investigación	4
1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	4
2. OBJETIVOS	6
3. MARCO TEÓRICO	6
4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	31
5. HIPÓTESIS	33

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

	Pág.
1. TÉCNICA E INSTRUMENTO	34
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	35
2.1 Ubicación Espacial	35
2.2 Ubicación Temporal	35
2.3 Unidades de Estudio	36
2.4 Criterios de Selección	36
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	36

CAPÍTULO III

RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

	Pág.
1. RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	38
2. CONCLUSIONES	60
3. RECOMENDACIONES	61
4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
5. REFERENCIAS – INFOGRAFÍA VIRTUAL	64
6. ANEXOS	69
Anexo 1: Cédula de Entrevista	70
Anexo 2: Cuestionario sobre Creencias Personales	72
Anexo 3: Consentimiento Informado	74

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Tabla N°	Pág.
1. Distribución según grupo etario	39
2. Distribución según sexo	40
3. Distribución según diagnóstico clínico	41
4. Distribución del cuidador responsable	42
5. Distribución según procedencia	43
6. Distribución según grado de instrucción	44
7. Distribución según tiempo de enfermedad	45
8. Distribución según creencias personales	46
9. Distribución según la dimensión de control sobre la enfermedad	47
10. Distribución según la dimensión de conocimiento de la enfermedad	49
11. Distribución según la dimensión de expectativas	51
12. Distribución según la dimensión de estigma	53
13. Distribución según la dimensión de contención social	55
14. Distribución según grupo etario y creencias personales	57
15. Distribución según tiempo de enfermedad y creencias personales	58
16. Distribución según cuidador responsable y creencias personales	59

RESUMEN

CREENCIAS PERSONALES DEL CUIDADOR EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA 2015. Objetivos: Identificar cuáles son las creencias personales del cuidador de pacientes esquizofrénicos del Centro de Salud mental Moisés Heresi. Precisar cuál es la creencia personal que más prevalece en el cuidador de pacientes esquizofrénicos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi. Metodología: Las unidades de estudio están constituidas por 50 cuidadores de pacientes psiquiátricos atendidos en consultorio externo en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi. La técnica utilizada fue la entrevista. El instrumento: Cédula de Entrevista: Cuestionario sobre Creencias Personales. Resultados: Más de la mitad de los cuidadores tienen creencias personales incorrectas acerca de la enfermedad; más de la cuarta parte de los cuidadores tienen temor a la enfermedad de su familiar, más de la cuarta parte de los cuidadores tienen desconocimiento de la causa de su enfermedad de su familiar; más de la cuarta parte de los cuidadores se avergüenzan de la enfermedad de sus familiares, más de la cuarta parte de los cuidadores piensan que la sociedad necesita mantener apartados a las personas esquizofrénicas. Conclusiones: En la población de estudio las creencias personales del cuidador de pacientes esquizofrénicos son en su mayoría creencias personales incorrectas, siendo el cuidador responsable la madre de 50 a 61 años de edad que proceden de Arequipa, es así, que las creencias personales predominantes son: Temor a la enfermedad, la enfermedad es discapacitante, el estigma sobre la enfermedad.

Palabras Clave: Creencias Personales, Cuidador, Salud Mental.

Autora:

Srta. MARY YSABEL HUAYNA RAMÍREZ, Urb. Santa Rita de Casia B –
52 Mariano Melgar. Telf. 946666092

ABSTRACT

CAREGIVER PERSONAL BELIEFS IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA OF MOSES HERESI, AREQUIPA 2015 MENTAL HEALTH CENTER. Objectives: To identify what are the personal beliefs of the schizophrenic patients from the center of mental health Moisés Heresi. Specify what is the personal belief prevailing more in caregiver of schizophrenic patients from the center of Mental Health Moses Heresi. Methodology: Study units are constituted by 50 caregivers of psychiatric patients treated in external office in the Centre of Mental Health Moses Heresi. The technique used was the interview. Instrument: certificate of interview: questionnaire on personal beliefs. Results: More than half of the caregivers have incorrect personal beliefs about the disease; more than a quarter of caregivers have fear of disease from their family, more than a quarter of caregivers have ignorance of the cause of her illness from her family; more than a quarter of caregivers are ashamed of the disease from relatives, more than a quarter of caregivers think that society needs to keep people sections schizophrenic. Conclusions: The study population in the personal beliefs of the caretaker of schizophrenic patients are mostly incorrect personal beliefs, being the responsible caregiver mother of 50-61 years of age who come from Arequipa, as well, is that the predominant personal belief are: fear of the disease, the disease is disabling, the stigma about the disease.

Keywords: Personal Beliefs, Caretaker, Mental Health.

Author:

Miss. MARY YSABEL HUAYNA RAMIREZ, Urb. Santa Rita de Casia B -.
52 Mariano Melgar. Tel. 946666092

INTRODUCCIÓN

Desde la creación de la humanidad hasta la actualidad las personas han experimentado cambios biológicos, físicos y psicológicos; en la antigüedad se consideraba a las enfermedades mentales como un fenómeno misterioso (castigo divino o presión demoniaca) o bien se trataba al enfermo mental como un ser peligroso o criminal.

Es así, que a partir del siglo XX hasta la actualidad prevalece el enfoque médico, teniendo como sus máximas figuras a Emil Kraepelin considerado padre de la psiquiatría biológica moderna que clasificó las enfermedades mentales de una forma muy parecida a la que usamos actualmente, distinguió entre enfermedades mentales episódicas o de buen pronóstico y enfermedades mentales crónicas o deteriorantes. Y Bleuler quien creó el término esquizofrenia para este último tipo de enfermedades mentales crónicas y graves. En esta época también se estableció la moderna distinción entre psicosis y neurosis, además del descubrimiento de los psicofármacos que permitieron el tratamiento de trastornos considerados incurables hasta entonces¹.

Por lo tanto al entrevistar al cuidador de un paciente que sufre de esquizofrenia es para brindarle una atención primaria (promoción y prevención), rehabilitación, para la conservación de la salud, ya que no todo trastorno mental incurable es incapacitante y así mejorar de esta forma su calidad de vida del cuidador y la del paciente.

El presente trabajo de investigación busca conocer las opiniones y creencias del cuidador de los pacientes con esquizofrenia, con la finalidad de brindarles una adecuada atención, ya que como personal de salud debemos de brindar educación para la salud, apoyo psicoterapéutico y mejorando así sus conocimientos y creencias que puedan presentar los cuidadores de dichos pacientes psicóticos.

¹ Borja Ruiz Mateo. Jaime Campos Pavón. Aida Suarez Barrientos. Manual AMIR Enfermería: Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental. 3° ed. Madrid: Marbán. 2013. Pág. 546.



CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. EL PROBLEMA O TEMA

1.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Creencias personales del cuidador en pacientes con Esquizofrenia del Centro de Salud Mental Moisés Heresi, Arequipa 2015

1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 Campo, Área y Línea de Investigación

- **Campo:** Ciencias de la Salud
- **Área:** Enfermería en Salud Mental
- **Línea:** Creencias personales del cuidador

1.2.2 Nivel del Problema

Problema Descriptivo – Explicativo

1.2.3 Tipo de Investigación

De Campo

1.2.4 Variables

El estudio de investigación tiene una sola variable

- **Operacionalización de las variables**

	Indicadores	Subindicadores
Creencias personales del cuidador en pacientes esquizofrénicos.	- Edad	- 25 a 30 años - 31 a 40 años - 41 a 50 años - 51 a 60 años - Más de 60 años
	- Sexo	- Femenino - Masculino
	- Diagnóstico clínico	- Esquizofrenia Paranoide - Esquizofrenia Hebefrénica - Esquizofrenia Catatónica - Esquizofrenia Residual
	- Cuidador responsable	- Padre - Madre - Hermanos - Tíos - Personal de salud
	- Lugar de procedencia	- Arequipa - Puno - Cusco - Tacna - Otros

Creencias personales del cuidador en pacientes esquizofrénicos.	- Grado de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> - Superior universitario - Superior técnico - Secundaria - Primaria - Ilustrado
	- Tiempo al cuidado de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> - 1 a 3 años - 4 a 6 años - 7 a 9 años - Más de 10 años
	- Tipos de creencias	<ul style="list-style-type: none"> - Correctas - Incorrectas
	- Control sobre la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> - Muy de acuerdo - De acuerdo - En desacuerdo - Muy en desacuerdo
	- Conocimiento de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> - Muy de acuerdo - De acuerdo - En desacuerdo - Muy en desacuerdo
	- Expectativas laborales	<ul style="list-style-type: none"> - Muy de acuerdo - De acuerdo - En desacuerdo - Muy en desacuerdo
	- Estigma de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> - Muy de acuerdo - De acuerdo - En desacuerdo - Muy en desacuerdo
	- Contención social	<ul style="list-style-type: none"> - Muy de acuerdo - De acuerdo - En desacuerdo - Muy en desacuerdo

1.2.5 Interrogantes Básicas

- a. ¿Cuáles son las creencias personales del cuidador de pacientes esquizofrénicos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi?
- b. ¿Cuál es la creencia personal que más prevalece en el cuidador de pacientes esquizofrénicos del Centro de Salud mental Moisés Heresi?

1.3 JUSTIFICACION

Según el reconocido psiquiatra Enrique Galli, reveló que el 30% de peruanos padece de alguna enfermedad mental y no recibe la atención necesaria por parte del Estado.²

La esquizofrenia y el trastorno bipolar son enfermedades mentales que, junto con la depresión, están catalogadas entre los 20 padecimientos que más contribuyen a la carga global de años vividos con discapacidad.³

En los establecimientos del MINSA entre Enero y Noviembre del 2012 se atendieron 17 mil 758 casos a nivel nacional, siendo la más recurrente el tipo paranoide. De ello, puede notarse que las regiones con más casos diagnosticados y con tratamiento son: Lima, La Libertad, Callao y Apurímac; señaló la directora ejecutiva de Salud Mental del Minsa, Gloria Cueva.⁴

La presente investigación cuenta con relevancia científica porque aportará nuevos conocimientos sobre las creencias personales del

² RPP Noticias – salud. El 30% de peruanos padece de alguna enfermedad mental. (sede Web). Perú.2012 (actualizada Lunes, 30 de enero 2012). Disponible en: http://www.rpp.com.pe/2012-01-30-el-30-de-peruanos-padece-de-alguna-enfermedad-mental-afirman-noticia_445874.html

³ Boletín Epidemiológico (Lima). MINSA.(sede Web). 2013. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletines/2013/40.pdf>.

⁴ MINSA. Esquizofrenia es uno de los trastornos mentales menos frecuentes pero de mayor impacto en el funcionamiento de la persona. (sede Web). Perú.2012 (actualizada Lunes, 11 de mayo 2015). Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/notas_auxiliar.asp?nota=12133

cuidador de pacientes esquizofrénicos y así dar una visión al personal de salud que le permita planear acciones eficaces para diseñar y/o modificar programas de promoción de la salud, y así brindar una adecuada atención a los cuidadores de pacientes esquizofrénicos, ya que estos van a presentar una sobrecarga psicológica, además del estrés que ocasionan los síntomas psicóticos, las crisis y las hospitalizaciones, aislamiento social, privación económica, etc.

Siendo la esquizofrenia uno de los trastornos mentales con mayor frecuencia y de mayor impacto en el funcionamiento de las persona es así, que este problema se viene dando desde hace muchos años y en la actualidad va en aumento.

La presente investigación es original debido a que no se ha encontrado registros investigativos iguales, solo se encontró registros similares, publicaciones relacionadas al presente trabajo de investigación y se busca aportar aspectos novedosos. Dicho trabajo de investigación es viable porque reúne las características y condiciones para conocer cuáles son las creencias personales del cuidador de pacientes esquizofrénicos y se llevó a cabo en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi.

Siendo futuras Enfermeras es de responsabilidad el manejo continuo y permanente de la promoción de la salud tanto física como mental mejorando su calidad de vida del paciente, cuidador, familia y comunidad. Es de interés y motivación el desarrollo del siguiente trabajo de investigación para optar el grado profesional de Licenciada en Enfermería.

2. OBJETIVOS

- Identificar las creencias personales del cuidador de pacientes esquizofrénicos del Centro de Salud mental Moisés Heresi.
- Precisar cuál es la creencia personal que más prevalece en el cuidador de pacientes esquizofrénicos del Centro de Salud mental Moisés Heresi.

3. MARCO TEORICO

3.1 Conceptos Básicos

Definición Enfermedad

Alteración del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por diferentes causas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos predecible.⁵

Definición de Salud

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.⁶

Definición de Creencias

La creencia es la idea que se considera verdadera y a la que se da completo crédito como cierta. La conformación de una creencia nace desde el interior de una persona (se desarrolla a partir de las propias convicciones y los valores morales), aunque también es

⁵ Blog de salud. Conceptos de Enfermedad y definición de Salud según la OMS (sede Web). OMS; 2014- (actualizada 29 de mayo 2014). Pág. 1. Disponible en: <http://www.elblogdelasalud.es/concepto-definicion-enfermedad-salud-oms/>.

⁶ Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Invertir en Salud Mental (sede Web). Ginebra: OMS; 2005. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf

influenciada por factores externos y el entorno social. La presión familiar, los grupos dominantes, etc.).⁷

Una creencia es aquello en lo que creemos fielmente o también puede ser la opinión que alguien dispone en relación algo o alguien. Estos son los dos usos que le atribuimos a este concepto en nuestra lengua; surge de la experiencia adquirida en la vida o por la influencia que se recibe de un modelo cercano.⁸

Definición de Salud Mental

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.⁹

Definición de Enfermedad Mental

Un trastorno sustancial del pensamiento, percepción, orientación o memoria, que afecta gravemente la conducta, el juicio, la capacidad para reconocer la realidad o la capacidad de una persona de enfrentar las exigencias de la vida.¹⁰

Enfermedades del cerebro que producen alteraciones en el pensamiento, la percepción, las emociones y la conducta. Al enfermar el cerebro se alteran sus funciones y los síntomas se expresan por un cambio en: El afecto, la conducta, el lenguaje, la

⁷ Definición. DE. Definición de Creencia (sede Web). 2008 – 2015. Pág. 1. Disponible en: <http://definicion.de/creencia/>

⁸ Definición ABC. Definición de Creencia (sede Web). 2007 – 2015. Pág. 8. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/general/creencia.php>

⁹ Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Invertir en Salud Mental (sede web). Ginebra: OMS; 2005. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf

¹⁰ Ley de Salud Mental de 1997, Jamaica

comunicación y las relaciones, las ideas y la forma de pensar y percibir el mundo.¹¹

Definición de Paciente Psiquiátrico

Es una persona, un individuo que está enfermo, en dificultades, solo y temeroso. Con frecuencia se convierte en un ser ajeno, una carga, un extraño en su propio mundo. Está enfermo con una extraña y temida enfermedad mental sobre la cual ejerce poco o ningún control.¹²

Definición de cuidador

Son las personas que se hacen cargo de las personas con algún grado de dependencia. Son por tanto padres, madres, hijos/as, familiares, personal contratado o voluntario.¹³

3.2 Historia de las enfermedades mentales

Las enfermedades mentales son definidas en cada época histórica y en cada cultura de manera particular, de acuerdo a las ideas predominantes de cada época, pasando a ser un dato histórico y social.

En las culturas preliterarias o etnopsiquiatría no existen diferencias entre enfermedades mentales y enfermedades orgánicas, los métodos de diagnóstico y pronóstico se basaban en la adivinación, astrología, interpretación de los sueños, etc.

-
- ¹¹ FEAFES Valladolid “El Puente”- Curso de Formación en Salud Mental. (sede web). Pág. 1. Disponible en: http://www.archiburgos.org/penitenciaria/documentos/ponencias/enfermedades_mentales.pdf
- ¹² Lic. Alexander León Puello. Aspectos Generales de la Enfermería Psiquiátrica. (sede Web). 2014. Disponible en: <http://www.authorstream.com/Presentation/alejoenfermo-1602183-aspectos-generales-de-la-enfermer-psi-qui-trica/>
- ¹³ Discapnet – El Cuidador: concepto y perfil (sede Web). Disponible en: http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/cuidados_del_cuidador_rol_femenino/Paginas/Cuidador_concepto_perfil.aspx

Aquí aparece el chamán, persona que tiene los conocimientos y el poder para curar las enfermedades. Los tratamientos se basaban por medio de talismanes, amuletos, olores desagradables, hechizos, encantamientos, sacrificios, etc. (1).

En la Antigüedad

Los antiguos creían que las enfermedades mentales eran obra de los dioses o demonios y estas eran enviadas como venganza o castigo, las personas que padecían de estas enfermedades no eran culpabilizadas por la sociedad sino eran consideradas como personas inocentes que no tenían control alguno sobre ellas.

Edad Media

Con la aparición del cristianismo se cree que las enfermedades mentales estaban relacionadas con la posesión diabólica o como efecto de la brujería, usándose el exorcismo como tratamiento(2). Los clérigos se hacen cargo de los cuidados de los enfermos y los tratamientos eran inhumanos sometiéndolos a fuertes torturas, a la hoguera con el fin de su curación y salvación de su alma(3). Donde una oposición a esto se ve en Tomas de Aquino quien dice que el alma es de origen no terrenal por tanto no puede enfermar y atribuye a la enfermedad mental a algún trastorno del cuerpo (4).

También surge aquí el enfoque médico, donde se creía que las personas enfermas tenían en la cabeza la piedra de la locura el cual es causante de su enfermedad, siendo el tratamiento las operaciones quirúrgicas para poder extraer dicha piedra(5).

En la cultura árabe en el año 792 en Bagdad se da la creación de la primera institución accesible para los locos, así como otros Cairo (873), Damasco (800), Alepo (1270) y Granada (1365).

Algunos médicos representativos de islam medieval como Avicena menciona en su Canon de Medicina a algunas enfermedades mentales y las semeja a probables alteraciones orgánicas en su canon de medicina.

Renacimiento

La enfermedad mental es considerada una enfermedad orgánica considerando al hombre como un ser individual de cuerpo y mente. Dado como terminada la etapa de los exorcismos y trepanaciones craneanas.

En esta época destacan algunos personajes como Paracelso autor de la obra “Sobre las enfermedades que privan de la razón” (1493 - 1541), donde menciona que las enfermedades mentales no tienen causas divinas sino se debe a causas naturales y divide a los locos en cinco tipos: Lunáticos, insanos, vesánicos, melancólicos y obsesos.

También se destaca a San Juan de Dios (1495 - 1550) quien vivió de manera cercana la violencia de los locos en el Hospital Real de Granada, la cual inspiro a la creación de instituciones asistenciales donde se brindaba atención humanizada.

En 1567 un soldado retirado de nombre Bernardino Álvarez inaugura el primer centro de alojamiento para locos en América y México.

Aquí hacemos mención a William Shakespeare quien menciona en su obra literaria algunos prototipos psicológicos; Otelo con sus celos patológicos; el hidalgo Don Quijote de la Mancha (el loco idealista) y Sancho Panza (representa un tipo de locura relacionada con la necesidad).¹⁴

¹⁴ Wikipedia, Enciclopedia Libre. Historia de la Psiquiatría. (sede Web) publicado el 05 de Febrero de 2015. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Historia_de_la_psiquiatria%C3%ADa#La_Edad_Media

Edad Moderna

Es el comienzo de los encierros en asilos y hospitales generales, donde se clasifican a los enfermos mentales como: furiosos, los deprimidos y los tranquilos. A los furiosos se les tranquilizaba con ayunos, palos, duchas frías o se les amarraba a la pared con unacadena. En Afganistán se cree que 40 días de encadenamiento y una dieta restringida en el santuario de Ali Baba Mía pueden curar a un enfermo mental o a las personas poseídas por espíritus.

Los deprimidos recibían atención en su domicilio y se les aislaba de los demás familiares. En la actualidad existen en Japón personas deprimidas llamados Hikikomori quienes se aíslan, se sienten incapaces de cumplir con las exigencias de la sociedad. Finalmente los enfermos tranquilos son aquellos que no constituyen un peligro para la familia y la sociedad(6).

Siglo XVII y la Ilustración

Aparecen nuevas perspectivas para la ciencia como los precursores de la moderna neurología quienes describen las estructuras anatómicas y funciones del cerebro dando a conocer el origen del comportamiento humano y sus trastornos.

En plena ilustración europea destaca George Ernst Stahl (1659 - 1734) quien divide las enfermedades psiquiátricas en dos grupos: Sinápticas (existía daño en algún órgano) y patéticas (existía una lesión orgánica subyacente). William Cullen (1710 – 1790) primero en utilizar el término néurosis). Etienne Esquirol (1782 – 1840) primero en emplear el término alucinación.¹⁵

¹⁵ Wikipedia, Enciclopedia Libre. Historia de la Psiquiatría. (sede Web) publicado el 05 de Febrero de 2015. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Historia_de_la_psiquiatria%C3%ADa#La_Edad_Media

Siglo XIX

En este siglo se va descubriendo secretos del sistema nervioso central. Siendo las figuras representativas Francois Magendie quien describe la diferencia entre fibras nerviosas motoras y las sensitivas. Claude Bernard considerado padre de la fisiología moderna en 1858 publica el primer tratado de científico de fisiología moderna. Camilo Golgi quien desarrollo técnicas de tinción que permitió el estudio histológico del cerebro y en 1906 Santiago Ramón y Cajal recibió el premio Nobel de Medicina quien describió a la neurona como unidad básica del cerebro(7).

En 1880 surge la primera escuela de enfermería Psiquiátrica en América y años más tarde 90 enfermeras fueron graduadas. Y a finales de este siglo el personal de enfermería en varios hospitales mentales se encargaba de la administración y supervisión del uso de medicamentos, la hidroterapia, cuidados físicos y nutricionales.¹⁶

Siglo XX

En esta época se define a la enfermedad mental bajo dos concepciones:Una concepción biológica, según Kraepelin, Bleuler consideran que las enfermedades mentales son causadas por trastornos biológicos y/o genéticos.

Una concepción Psicológica, según Jaspers, Freud consideran a las enfermedades mentales como trastornos psíquicos, desequilibrios que deben de ser tratados por psicoterapeutas aun si tienen una base biológica, donde se busca escuchar al enfermo y buscar el sentido de los síntomas(8).

¹⁶ Lic. Carmen Amaya. Historia de la Psiquiatría y enfermedades mentales. (sede Web) publicado el 08 de Mayo de 2011. Disponible en: <http://es.slideshare.net/carmenamaya/historia-de-la-psiquiatra-y-enfermedades-mentales-7887892?related=1>

3.3 Creencias más comunes

A. Susto

Definición

Una afección muy extendida en Sudamérica y explicada como el resultado del abandono que el alma hace del cuerpo del enfermo, aunque éste siga con vida. Se le conoce también como pasmo, espanto, jamí o mal de aire. Entraña síntomas como una gran crisis o ataque de ansiedad, donde el “yo” pierde el gobierno de la conciencia y la voluntad, arrollado por una tormenta vegetativa.

De allí la percepción popular de que el alma abandone el cuerpo y lo deje exhausto y sin energías, sufriendo progresivamente de anorexia, trastornos gastrointestinales, pérdida de peso, malestar que lo puede llevar a la locura hasta la muerte, especialmente si el espanto llega al corazón.¹⁷

Según la tradición oral andina, a la pérdida del alma o ánima de la persona, como consecuencia de una fuerte impresión recibida y la imposibilidad de retenerla. El alma alejada, huida o apartada vagará hasta que el curandero pueda devolverla al cuerpo.¹⁸

Etiología:

- Por alguna impresión fuerte.
- Ruidos fuertes
- Caídas bruscas
- Encuentros sorpresivos con animales u objetos extraños
- Mala suerte, mala hora, mal sitio

¹⁷ Dr. Carlos Berganza. Dr. Sergio Javier Villaseñor Barayro. Asociación Psiquiátrica de América Latina - Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico. Latinoamérica: ISBN. 2004. (sede Web). Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/13_gladp2004.pdf

¹⁸ Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. Mancharisqa (susto, espanto). (sede Web). Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/portal/jerarquia/7/408/mancharisqa-susto-espanto/jer.408>

Diagnostico

- Mediante la observación y dialogo paciente – especialista
- A través de las hojas de coca
- A través del cuy
- Con la frotación y pasada del huevo.¹⁹

Síntomas

- Pérdida de apetito
- Decaimiento general
- Escalofrío, fiebre, cefalea
- Náuseas y vómitos y diarreas
- Desordenes nerviosos (sueño sobresaltado, alucinaciones y delirios de persecución)

Tratamiento

Si no se cura a tiempo cualquier tipo de espanto, puede ocasionar múltiples enfermedades y, finalmente, la muerte. Es necesario, urgente, una limpia a la persona espantada. Mediante limpias o barridas, durante nueve días, del cuerpo de la persona afectada.

Se cura a la persona espantada, frente a un altar de santos, rociando con aguardiente y hierbas (albahaca y ruda) de la cabeza a los pies, luego se pasa por todo el cuerpo un huevo de gallina y se reza un padre nuestro y un credo.

Finalmente, se quiebra el huevo y se deposita tanto la clara como la yema en un vaso medio lleno de agua. Con unas tijeras se corta la yema de huevo en cuatro partes y se tira al drenaje; y las hojas son

¹⁹ Por: Efraín Cáceres Chalco. Susto o Mancharisqa en el Sistema Médico Indígena Andino. UNSAAC - Cusco – Perú. (sede Web). Disponible en: http://iecta.uta.cl/revistas/volvere_43/articulos.htm

tiradas a media calle, en una esquina, en donde las calles formaban una cruz, para que el mal de espanto sea dispersado por el viento.

Aquí principia el proceso de curación de la persona espantada. Después de las nueve curaciones, el espantado recupera su alma o espíritu y, por lo tanto, su salud física.²⁰

B. Brujería o daño

Definición

El conjunto de actos de carácter supersticioso o mágico realizadas tanto por hombres como mujeres. Cuando la persona presenta crisis en su interior, ya sea que oyen voces y hablan solas se debe a la presencia de fuerzas demoníacas, las personas llegan a tener un periodo de calma, siempre trastornada pero en forma pasiva, hasta cuando los demonios deciden alterar a la persona, o por una causa externa.

Especialmente cuando oyen la Palabra de Dios, alabanzas, entran a un lugar donde está la presencia de Dios o saben que Jesucristo liberará a esa persona a través de un ministro de liberación.²¹

Etiología

- Pérdida del alma
- Violación de normas morales
- Intención malévola de otra persona
- Conducta controlada por los espíritus²²

²⁰ Jose Luis Castro A. el heraldo de Chiapas. Comunidad y Cultura local. El susto o espanto: Síntomas y curación. (sede Web). Disponible en: <http://www.oem.com.mx/elheraldodechiapas/notas/n3355893.htm>

²¹ Daniel Guido Chevez. Ana María Alguera. La locura o esquizofrenia por brujería. Cap. XV. (sede Web). Disponible en: <http://ministeriomisionerodepoderenjesus.blogspot.com/2010/06/locura-o-esquizofrenia-por-brujeria.html>

²² Sistemas Folklóricos de ayuda. Etiología. Web CT Home. (sede Web). Disponible en: <http://www.uprm.edu/socialsciences/sfaenlinea/id70.htm>

Diagnostico

La fase del diagnóstico es muy importante, pues se puede establecer el tratamiento a seguir con base en el origen maléfico o "natural" de la enfermedad. Se registran dos tipos de métodos: el más frecuente consiste en someter al enfermo a un interrogatorio en el que el especialista lo cuestiona acerca de lo que ha comido en los últimos días, la persona que ha preparado sus alimentos, los enemigos que tiene, las experiencias vividas recientemente.

El segundo de los métodos empleados es en casos mucho menos frecuentes en que se utilizan otras técnicas específicas. Por ejemplo, el terapeuta toca la lengua del paciente con un fragmento de asta calcinada de venado: si éste se adhiere, el mal es por hechicería; si se desliza, la enfermedad es "buena" y se descarta la brujería; también se recurre a la lectura de los naipes.²³

Síntomas

- Color grisáceo de la piel
- Demasiado cansancio físico y mental
- Temblor en las manos
- Olvido de las cosas
- Aislamiento social
- Personalidad desequilibrada²⁴

²³ Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana. (sede Web). Disponible en: <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=brujer%C3%ADa>

²⁴ Síntomas de Brujería o Hechizo. (sede Web). Disponible en: <http://www.cienciaarcano.com/detalleblog.php?id=8>

Tratamiento

Especialista de la medicina tradicional dedicado a la atención de las enfermedades causadas por efecto de la hechicería, y cuyos métodos de contra-brujería se dirigen generalmente a la extracción del mal.

La actuación terapéutica del especialista se inicia para contrarrestar los efectos nocivos de la brujería e, inclusive, para volver la fuerza mágica en contra del agresor. Algunas veces el tratamiento es un ritual una limpieza profunda del cuerpo de la víctima con plantas o huevos de aves, o bien se ejecutan ceremonias acompañadas de rezos. De esta manera, permite un éxito en el tratamiento y conducen al restablecimiento del equilibrio entre el individuo y su medio.

Los especialistas acuden a la casa del enfermo llevando consigo monedas antiguas y algunos muñecos y animales de barro. Cerca del doliente, extiende en el piso una manta y coloca sobre ella las figuras de barro, flores y una botella de aguardiente. Utilizan diversos tratamientos de acuerdo con los trastornos que presenta el afectado. Por lo general, dan masajes con grasa de animales; otras veces, soplan la parte enferma del cuerpo, o proporcionan vomitivos o purgantes preparados con hierbas cocidas.

También limpian el cuerpo con sahumeros de copal y otras plantas silvestres. Así, cuando el mal se aloja en el estómago, dan masajes al paciente con diversos untos y le aplican cataplasmas hechas con tomate verde, grasa de zorrillo y armadillo. Administran también potentes purgantes de aceite y hierbas cocidas hasta que el paciente expulsa la sustancia nociva, que debe ser enterrada en un hoyo de medio metro de profundidad.²⁵

²⁵ Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana. (sede Web). Disponible en: <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?!=1&t=brujer%C3%ADa>

El chamán considera que la enfermedad puede ser transferida del paciente a objetos animados o inanimados, tales como animales, piedras y vegetales. Para el chamán, el propósito de la práctica de la sanación no es evitar la muerte ni el dolor sino ayudar al individuo a conectarse con su alma y encontrarle significado a la vida. Desde esta perspectiva, la enfermedad tiene su origen y significado en el mundo espiritual. Tener salud significa estar en armonía con las diferentes dimensiones de la vida (Meadows, 1991).²⁶

C. Posesión satánica

Definición

En la Biblia también llamada como posesión demoníaca a causas naturales, especialmente a diversas enfermedades físicas y nerviosas, tales como epilepsia y locura. Es causada por fuerzas sobrenaturales y poderes mágicos y sobrehumanos, siendo la única cura el exorcismo.²⁷

Etiología

- El pecado
- Esoterismo
- Ocultismo
- Inestabilidad emocional (violación, embarazo por adulterio, muerte de seres queridos, etc.)
- Movimiento pseudocientífico religioso de la nueva era (planificación familiar, música con los géneros de rock, pop, metálica, reggaetón, etc.)
- Desesperación (ataques de ira, rabia, celos, incapacidad de perdonar, violencia, etc.)

²⁶ Sistemas Folklóricos de ayuda. Web CT Home. (sede Web). Disponible en: <http://www.uprm.edu/socialsciences/sfaenlinea/id70.htm>

²⁷ Juan Ignacio Fernández Blanco. La locura a través de los siglos. (sede Web). Disponible en: <http://www.contactapsicologos.es/recursos/articulos-e-informacion/articulos-psicologia-adultos/la-locura-a-traves-de-los-siglos-i>

- El pacto voluntario y consciente (prácticas de abortos, cirugías por vanidad, pacto de sangre entre amigos)²⁸.

Diagnóstico

- Sensación de fastidio hasta el horror
- Blasfemias o insultos dirigidos a objetos religiosos
- Pérdida de conciencia
- Doble personalidad
- Las personas sufren de alucinaciones sensoriales²⁹

Síntomas

- Profunda tristeza en el alma
- Perdida de fe en Dios
- Soledad ante la vida
- Oyen voces extrañas
- Alucinaciones
- Aparición súbita de seres angelicales
- Romper objetos sin lógica alguna
- Agresividad y aislamiento
- Hablar en muchas lenguas desconocidas
- Demostrar fuerza más de lo normal³⁰

²⁸ Rubén Dario Salazar. Guía espiritual. Causas de una presión o posesión satánica. (sede Web). Disponible en: <http://rubendsalazarguiaespiritual.blogspot.com/2013/03/i-causas-de-una-presion-o-posesion.html>

²⁹ Biblioteca católica Digital. Criterios Diagnósticos de la Posesión. (sede Web). Disponible en: http://www.mercaba.org/FICHAS/Satan/criterios_01.htm

³⁰ Josep Riera de Santantoni. El templo de la luz interior. Sensaciones y síntomas que son evidencias de posibles casos de posesión originados por un mal espíritu. (sede Web). Disponible en: <http://eltemplodelaluzinterior.com/2011/07/13/sensaciones-y-sintomas-que-son-evidencias-de-posibles-casos-de-posesion-originados-por-un-mal-espiritu-o-ente-desencarnado/comment-page-1/>

Tratamiento

Un exorcismo se realiza únicamente cuando existen pruebas que indican posesión e incluyen estudios fisiológicos, psicológicos y psiquiátricos. Cuando existe sospecha de posesión, se debe llamar a la diócesis correspondiente, si ellos no cuentan con un exorcista, lo remitirán al más cercano. "El demonio es un ser espiritual sin forma puede tomar diversas formas para engañar".³¹

El exorcismo es una antigua y particular forma de oración que hace un ministro ordenado de la iglesia, en nombre de Jesucristo y por el poder de Jesucristo ha otorgado a su iglesia para liberar del poder de Satanás, demonio. Por lo tanto no es oración personal sino de la iglesia. Hay dos tipos de exorcismos los simples donde se reza los ritos del bautismo y los solemnes es un sacramental que solo puede ser válidamente celebrado por un sacerdote con el permiso de un ordinario (obispo del lugar). Hacen uso de los evangelios de la biblia, la señal de la cruz, la imposición de manos, soplar, y la aspersión con agua bendita.³²

3.4 Esquizofrenia

Concepto:

La esquizofrenia es una enfermedad psicótica de efecto devastador en la vida de las personas que la padecen, llegando a distorsionar el área de la percepción (alucinaciones), el pensamiento (delirios), el habla y el movimiento (9).

³¹ David García Escamilla. Da el Vaticano cátedra sobre el satanismo. La Pontificia Universidad Regina Apostolorum. (sede Web). Disponible en: <http://www.rcadena.com/ensayos/elNorte/cursos-exorcismo.htm>

³² Siervas de los corazones traspasados de Jesús y María. Exorcismo. (sede Web). Disponible en: <http://www.corazones.org/diccionario/exorcismo.htm>

Etiología

a. Teoría del Desarrollo

Se desconoce la causa de la enfermedad, ya que esta puede ocasionarse por una lesión del cerebro en una etapa temprana del desarrollo, dicha lesión puede estar latente hasta etapas avanzadas del desarrollo. La compensación del daño va a depender de tiempo de inicio de la enfermedad (10).

b. Teoría genética

La combinación de muchos genes es la responsable de esta enfermedad ya que no hay un gen específico accionante de la esquizofrenia.

Es así que en el caso de los gemelos fraternos que comparten el 100% del entorno y el 50% de genes sufrirán solo en un 50% en comparación a los gemelos idénticos que comparten el 100% de genes y el 100% de entorno (12).

c. Teoría neurobiológica

Dopamina: Se debe al incremento de la liberación o producción de dopamina, este neurotransmisor se encuentra incrementado en las personas con esquizofrenia (13).

Pronostico

Sigue la regla de los tercios:

Un tercio de los esquizofrénicos se adaptara a la vida cercana de las demás personas, el otro tercio continuara sintomatología negativa, y el otro tercio presentara sintomatología positiva o negativa que tendrá un deterioro marcado en el área personal, laboral y social.

Factores de mal pronóstico:

- Inicio precoz o insidioso de la enfermedad
- Predominio de síntomas negativos
- Historia familiar de esquizofrenia
- Escaso apoyo social (solteros, divorciados)
- Aislamiento social³³

Fases

Siendo la esquizofrenia un trastorno complejo y multifacético, un síntoma notorio con una duración de al menos de 6 meses es importante para diagnosticar a la persona. Durante este periodo de seis meses existe:

- **Fase prodrómica:** El individuo muestra un deterioro progresivo en el comportamiento social e interpersonal. Esta fase se caracteriza por diversas conductas desadaptadas, como aislamiento social, incapacidad para realizar un trabajo productivo, excentricidad, poco arreglo personal, emociones inapropiadas, pensamiento y lenguaje peculiares, creencias poco usuales, experiencias perceptuales extrañas y disminución de la energía y la iniciativa.
- **Fase activa:** Esta fase se caracteriza por delirios, alucinaciones, lenguaje desorganizado, conducta perturbada y signos negativos (mutismo o falta de iniciativa).
- **Fase residual:** Existen continuos indicadores de perturbación, similares a las conductas similares a la fase prodrómica. Durante la presencia de la perturbación las personas con esquizofrenia

³³ Jaime Campos Pavon. Borja Ruiz Mateos. Ada Suarez Barrientos. Viviana Arreo del Val. AMIR – Enfermería Psiquiátrica y salud Mental. 4º ed. España: Marban. 2013. Pág. 550.

experimentan serios problemas en el trabajo, las relaciones y el autocuidado.³⁴

Cuadro clínico

Síntomas Positivos:

- ✓ **Delirios:** Son representaciones falsas de la realidad estas pueden ser temporales o fijas, las personas esquizofrénicas actúan como personajes importantes (Napoleón o Jesucristo), pensar que los demás conspiran en contra suya y que los persiguen. También hay otros delirios como el síndrome de Capgras, la persona cree que alguien conocido ha sido remplazado por un doble; el síndrome de Cotard, la persona cree que una parte de su cuerpo ha cambiado en una forma imposible(14).
- ✓ **Alucinaciones:** Las personas oyen, perciben cosas no reales y que no están presentes(15). Estas alucinaciones son espontaneas e involuntarias a pesar de los intentos que hace la persona por dominarlas(16).

Síntomas Negativos: Las personas presentan un comportamiento anormal, apatía, aislamiento social, con una pobreza del habla y del pensamiento.

- ✓ **Abulia:** Es la incapacidad y poco interés de iniciar una actividad, apatía y desarreglo personal.
- ✓ **Alogia:** Es la ausencia del habla, dan respuestas cortas dando la impresión de desinterés del tema.
- ✓ **Anhedonia:** Es la ausencia de experimentar placer a actividades como comer, interacción social y relaciones sexuales.

³⁴ Richard P. Halgin. Susana Krauss Whitbourne. Psicología de la Anormalidad – Perspectivas clínicas sobre desordenes psicológicos. 4° ed. Mexico: Mc Graw Hill. 2004. Pág. 351.

- ✓ **Afecto plano:** Es la ausencia de emociones, con un habla inexpresiva, voz monótona y apagada, mirada perdida.

Síntomas Desorganizados:

Incluyen conductas erróneas como habla desorganizada donde saltan de un tema a otro y hablan de manera ilógica, tienen un afecto inapropiado ríen y lloran en momentos inadecuados, también tienen una conducta desorganizada con una alteración catatónica manifestado por estupor, rigidez y excitación (17).

Tipos

- Esquizofrenia Paranoide:** Se caracteriza por presentar delirios y alucinaciones de grandeza o persecución, tiene un mejor pronóstico y conservan casi intactas sus áreas cognitivas y afectivas (18).
- Esquizofrenia catatónico:** Se caracteriza por inmovilidad motora, actividad motora excesiva, imitación del movimiento de otras personas (19).
- Esquizofrenia Desorganizada:** Conocida antiguamente como esquizofrenia Hefebrenico, se caracteriza porque las personas presentan habla y conducta desorganizada y aplanamiento afectivo (20).
- Esquizofrenia Residual:** Se les diagnostica a aquellas personas que han experimentado como mínimo un episodio de esquizofrenia y que ya no experimentan los síntomas principales, pero aun presentan pensamientos extraños o aislamiento social (21).

Epidemiología

Los hombres tienen mayores probabilidades de desarrollar el trastorno entre los 18 y los 25 años de edad, mientras que las mujeres las desarrollan entre los 25 años y mitad de los treinta. Aproximadamente

de 3 a 10 por ciento de las mujeres que desarrollan el trastorno presentan los primeros síntomas después de los 40 años. Incluso el tipo de síntomas difiere de acuerdo al género, las mujeres suelen tener delirios paranoides, alucinaciones e intensos síntomas afectivos; mientras que los hombres tienen mayores posibilidades de experimentar síntomas negativos, como el aplanamiento afectivo, aislamiento social; el pronóstico es mejor para las mujeres que para los hombres.³⁵

Tratamiento

➤ **Medicamentos:**

- El tratamiento fundamental son los antipsicóticos, tanto en el episodio agudo como en el mantenimiento.
- El consumo de medicamentos neurolépticos pueden ayudar a las personas con esquizofrenia a: Pensar y percibir claramente la realidad y atenuar las alucinaciones y los delirios.
- El tratamiento con medicamentos debe de ser constante para que sea eficaz, ya que una dosis inconstante puede agravar los síntomas ya existentes o generar nuevos síntomas.

➤ **Intervenciones de Enfermería**

- Brindar educación para la salud sobre estilos de vida saludable, factores protectores (el soporte social y los estilos de afrontamiento)
- Brindar apoyo emocional al paciente y familia
- Ayuda al paciente, cuidador y familia a conocer la enfermedad y los desencadenadores de los síntomas.

³⁵ Richard P. Halgin. Susana Krauss Whitbourne. Psicología de la Anormalidad – Perspectivas clínicas sobre desordenes psicológicos. 4° ed. México: Mc Graw Hill. Pág. 360.

- Enseñar a las familias destrezas de comunicación (establecer una relación basada en la confianza, respeto, simpatía y calidez)
- Ofrecer recursos para enfrentar los retos emocionales (habilidades sociales y de cuidado personal).³⁶

3.5 Rol de la Enfermera en la Promoción de la Salud Mental:

La Enfermería en salud mental es un área que emplea teorías del comportamiento, para prevenir y corregir los trastornos mentales y sus secuelas, y para fomentar una salud mental óptima en el individuo, familia y comunidad. Reconociendo al ser humano como un ser único, integral con potencialidades para desarrollarse, para cambiar y adaptarse a diferentes circunstancias, un ser influenciado en su comportamiento por múltiples factores provenientes de su entorno familiar y social. La finalidad de la práctica asistencial es la salud mental, la cual se busca a través de acciones a nivel de prevención primaria, secundaria y terciaria. La salud mental es algo inherente a todos y cada uno de nosotros, y debe de estar presente en cada una de nuestras intervenciones.³⁷

También cabe destacar el rol que cumple el cuidador que brinda cuidados adecuados, seguridad, motivación y vigilancia del tratamiento, realizando el seguimiento del paciente llevando un registro de los síntomas que van apareciendo, de los medicamentos que toma (incluida las dosis) y los efectos que han tenido los diferentes tratamientos.³⁸

³⁶ Jaime Campos Pavón. Borja Ruiz Mateos. Ada Suarez Barrientos. Viviana Arreo del Val. AMIR – Enfermería Psiquiátrica y salud Mental. 4º ed. España: Marban. 2013. Pág. 551.

³⁷ Mg. Irene Esguerra de Cárdenas. Avances en Enfermería vol. IX. Rol del profesional de enfermería en salud mental y psiquiatría. (sede Web). Colombia 1991. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/20575/1/16731-52397-1-PB.pdf>

³⁸ Erick Buisan. El papel de la familia: como ayudar a un paciente con trastorno esquizofrénico. Última modificación 19-10-2011. (sede Web). Disponible en: <http://www.forumclinic.org/es/esquizofrenia/noticias/el-papel-de-la-familia-como-ayudar-un-paciente-con-trastorno-esquizofrenico>

Sumándose a estos los factores como la estimación de la enfermedad mental, la ignorancia sobre los problemas de salud mental, la dificultad para hacer conciencia sobre estos problemas, el desarrollo lento o rápido de esta enfermedad, la condición de cronicidad, el continuo deterioro de la personalidad y el comportamiento del enfermo, han llevado a muchos cuidadores a sufrir un estrés intenso, aislamiento social, alteraciones de la rutina diaria, deterioro de la economía y a incrementar la carga afectiva que indudablemente afecta la dinámica familiar y a su vez perjudica al mismo enfermo.³⁹

a. PREVENCIÓN PRIMARIA:

Dirigida a los grupos vulnerables en una comunidad quienes no han sido catalogados enfermos psiquiátricos; se basa en las intervenciones biológicas, psicológicas y sociales encaminadas a promover el soporte emocional del cuidador y prevenir la incidencia de enfermedades mentales evitando problemas emocionales y/o mejorando su nivel de salud mental positivo mediante el control de agentes causales y factores de riesgo. Sus acciones deben de ir dirigidas especialmente a los grupos de alto riesgo, como son los niños, los adolescentes, las embarazadas y los ancianos. En el grupo de niños y adolescentes las actividades se inician desde la etapa prenatal, tratando de evitar cualquier situación que ponga en peligro el producto de la concepción, originando daños cerebrales; la educación de la pareja que espera un hijo es indispensable para que ellos sepan adoptar actitudes en relación a su responsabilidad como padres hacia el hijo concebido, ya que el desarrollo adecuado de este depende de la capacidad de sus progenitores para satisfacer sus necesidades.

³⁹ Lic. Ana María Torres P. Lic. Maribel Pinilla A. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. Vol. 5 Enfermera especialista en Salud Mental y psiquiatría. Facultad de Enfermería – Pontificia Universidad Javeriana. (sede Web). Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Enfermeria/revista1/files/43.pdf>

Un programa de prevención primaria en salud mental, debe de conformar un equipo multidisciplinario de salud, así como dirigentes laborales, comunales y especialmente a la familia.⁴⁰

Objetivos de intervención:

- Promover y mantener la salud mental del cuidador y de su familia a través del asesoramiento
- Promover la salud mental en los centros sociales
- Promover la salud mental en padres, niños y adolescentes
- Disminuir la incidencia de un trastorno mental en la familia y comunidad actuando contra los factores sociales que pueden originar problemas de salud mental, mediante una acción efectiva y oportuna en la promoción y protección específica de la misma.

Intervenciones de Enfermería:

- Identificar los factores de riesgo para el cuidador

Situaciones estresantes:

- La vulnerabilidad del cuidador o factores predisponentes
 - Los acontecimientos, las circunstancias o factores precipitantes
 - Los factores perpetuantes que contribuyen a mantener el trastorno
- Asesoramiento a escuelas y centros de la comunidad: clubes sociales como club del adulto mayor, club de la mujer, club del adolescente.
 - Formación de grupos de cuidadores con crisis situacionales.
 - Consultas de salud mental y de cuidados al cuidador, la familia y comunidad.

⁴⁰ Actividades UNEFA. Niveles de prevención en psiquiatría. (sede Web). 2009. Disponible en: <http://nivelesdeprevencionenpsiquiatria.blogspot.pe/>

- Educación de salud mental al cuidador, familia y comunidad a través de charlas, enseñando: estilos de vida saludable, habilidades sociales y grupos de autoevaluación.
- Participar en la elaboración de programas y en la política sanitaria referente a la salud mental.
- Consulta y asesoramiento sobre aspectos de salud mental a otros enfermeros para lograr una mayor educación en materia de salud mental⁴¹

b. PREVENCIÓN SECUNDARIA

Su función es acortar el curso de la enfermedad mediante la identificación temprana y la intervención rápida. Implica disminuir la prevalencia de un trastorno mental disminuyendo el número de casos existentes mediante el diagnóstico precoz, la detección sistemática y el tratamiento eficaz inmediato; durante la niñez y adolescencia se presentan varios factores que originan alteraciones crónicas del sueño, la alimentación, y posteriormente pueden ocasionar síntomas fóbicos, obsesivos compulsivos, así como el aislamiento social, resultantes del manejo inadecuado del niño por parte de los padres o maestros⁴².

Objetivos de intervención:

- Reducir la prevalencia de la enfermedad
- Atender, limitar y controlar la enfermedad
- Evitar la muerte

Intervenciones de Enfermería:

- En este nivel enfermería trata situaciones potenciales del cuidador para disminuir los efectos negativos de su familiar.

⁴¹ Casa de Salud Mental. Salud Mental Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria. (sede Web). 2012. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/125796056/Salud-Mental-Prevencion-Primaria-Secundaria-Terciaria>.

⁴² Actividades UNEFA. Niveles de prevención en psiquiatría. (sede Web). 2009. Disponible en: <http://nivelesdeprevencionenpsiquiatria.blogspot.pe/>

- Proveer actividades terapéuticas al cuidador, familia y comunidad.
- Prevención del suicidio y el asesoramiento en situaciones de crisis
- Asesoramientos a cuidadores víctimas de violencia
- Formar grupos de cuidadores para la reducción de estrés
- Proveer servicios de emergencia de salud mental en la comunidad en centros intermedios de atención primaria⁴³

c. PREVENCIÓN TERCIARIA

La meta de la prevención terciaria es la reducción de los efectos residuales que se presentan después que los trastornos de salud mental han sido controlados. Se entiende por efecto residual a la reducción en la capacidad del individuo para contribuir a la vida social y ocupacional de la comunidad. En esta definición está implícito el papel de los servicios de rehabilitación, los cuales permiten al individuo funcionar a su máxima capacidad después de ser dados de alta. La atención de estos individuos para evitar recaídas y nuevos internamientos, debe realizarse en los servicios de consulta externa, en talleres y en centros comunitarios especialmente programados para permitir la vigilancia del mismo, en todas las actividades que se realizan en la comunidad.⁴⁴

Objetivos

- Evitar el deterioro producido tras las fases activas de la enfermedad del familiar
- Prevenir recaídas
- Reducir las incapacidades sociales producidas por la enfermedad del familiar

⁴³ Casa de Salud Mental. Salud Mental Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria. (sede Web). 2012. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/125796056/Salud-Mental-Prevencion-Primaria-Secundaria-Terciaria>.

⁴⁴ Actividades UNEFA. Niveles de prevención en psiquiatría. (sede Web). 2009. Disponible en: <http://nivelesdeprevencionenpsiquiatria.blogspot.pe/>

- Promover los mecanismos de adaptación del paciente, cuidador y familia a la comunidad.

Rol de enfermería:

- Planificar los cuidados de salud para los cuidadores de pacientes esquizofrénicos que salen del hospital.
- Hacer un seguimiento para evitar reagudización de conflictos
- Coordinar con los cuidadores los cuidados a realizar en el hogar
- Realizar grupos de pacientes y cuidadores
- Asesorar a los cuidadores de remitir a los pacientes a grupos que faciliten su sociabilización y reinserción
- Realizar programas de intervención en salud mental⁴⁵

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Gallegos Sevillanos, María de los Ángeles Milagros; Rada Zúñiga, Gabriel Eduardo.

Mitos o creencias de enfermedades mentales en los pobladores de la urbanización “EL CARMEN” del cercado y pueblo tradicional de Tingo grande Arequipa 2009.

Conclusión: Observamos que el Pueblo Tradicional de Tingo Grande como en la Urb. “El Carmen” existe una diferencia muy marcada ya que en el que el Pueblo Tradicional de Tingo Grande todavía existen los mitos y creencias de que las enfermedades mentales son causadas masturbación excesiva, consumo excesivo de alcohol, exceso de estudio o trabajo, por brujería o por daño y posesión satánica a diferencia de la Urb. “El Carmen” que no comparte este tipo de mitos o creencias. Pero a su vez en ambas poblaciones creen

⁴⁵ Casa de Salud Mental. Salud Mental Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria. (sede Web). 2012. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/125796056/Salud-Mental-Prevencion-Primaria-Secundaria-Terciaria>.

aunque el exceso de problemas y penas y el consumo de drogas son causas para desarrollar una enfermedad mental.

Pedro Castro Cuba Torres, Raquel Segura Carrillo, Grecia Tordoya Lizárraga, Martín Arévalo Flores, Johann Vega Dienstmaier.

Conocimientos y estigmas sobre salud mental en familiares de pacientes que acuden a consultorio externo del Hospital Nacional Cayetano Heredia Lima 2013.

Conclusión: Un alto porcentaje recomendaría que pacientes con sintomatología de esquizofrenia o depresión sean tratados por un psicólogo. Por otro lado, se considera con frecuencia, que pacientes con trastorno de pánico tienen una enfermedad física que no ha podido ser diagnosticada y deben ser tratados por un médico no psiquiatra.

Sarah Garcia – Silberman. Dra. en Psiquiatría – Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente México.

Un modelo explicativo de la conducta hacia la enfermedad mental México 2008.

Conclusión: Los resultados constituyen una base para comprender las actitudes de temor y vergüenza en relación con las enfermedades mentales, planear acciones eficaces para su modificación y diseñar programas de promoción de la salud.

Miguel Ángel Ruiz, José Manuel Montes, Javier Correas Lauffer, Cristina Álvarez, Jorge Mauriño, Consuelo de Dios Perrino - Departamento de Psicología Social y Metodología, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

Opiniones y creencias sobre las enfermedades mentales graves (Esquizofrenia y trastorno bipolar) en la sociedad española 2012.

Conclusión: Existe desconocimiento sobre la sintomatología, la mayoría desconoce síntomas específicos y resalta los negativos. Se atribuye mayor eficacia al tratamiento conjunto psicológico – farmacológico. Preocupan la estigmatización y la sobrecarga familiar y personal.

5. HIPÓTESIS

Dado que las creencias se desarrollan a partir de convicciones personales, las mismas que están influenciadas por el entorno social, y éstas a su vez influyen sobre los conocimientos de las personas al cuidado de pacientes psicóticos.

Es probable que las creencias personales de los cuidadores de pacientes esquizofrénicos acerca del origen de la enfermedad en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi sean incorrectas.



CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA, INSTRUMENTO Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1 Técnica

En la presente investigación para la variable: Creencias personales del cuidador en pacientes con Esquizofrenia se utilizó como técnica: La Entrevista.

1.2 Instrumento

Es la “Cédula de Entrevista” – Escala sobre Creencias Personales.

- **Elaboración:** Birchwood, Mason, MacMillan&Healy J.
- **Contenido:** Está formado por 18 ítems con una escala de respuesta de 4 puntos. El cuestionario PBIQ valora las creencias personales del cuidador en pacientes con

esquizofrenia en 5 dominios: control sobre la enfermedad, conocimiento de la enfermedad, expectativas, estigma y contención social.

- **Objetivos:** Sirve para cuantificar y evaluar la opinión de las creencias personales del cuidador en pacientes con Esquizofrenia.
- **Duración:** El tiempo de duración de la cédula de preguntas es de 5 – 10 minutos
- **Evaluación:** La fiabilidad y validez de la escala han demostrado ser adecuadas en población con esquizofrenia. Recientemente, ha sido publicada una revisión del instrumento: La depresión, la desmoralización y el control de la enfermedad psicótica: una comparación de los pacientes deprimidos y no deprimidos con una psicosis crónica.

2. CAMPOS DE VERIFICACIÓN

2.1 Ubicación Espacial

Centro de Salud mental Moisés Heresi se inauguró el 20 de abril del año 1968, ubicado en la Av. Pumacahua s/n Cerro Colorado, desde entonces fueron construyéndose los ambientes de hospitalización (cuidados intensivos y cuidados intermedios), satisfaciendo en gran medida la demanda de la comunidad por mejores servicios especializados en salud mental. Tiene como misión la promoción y prevención de la salud mental, además del diagnóstico, el tratamiento y rehabilitación de las personas y niños con trastornos mentales.

2.2 Ubicación Temporal

La presente investigación se realizó los meses de Junio – Setiembre 2015.

2.3 Unidades de Estudio

Las unidades de estudio son los cuidadores de los pacientes psiquiátricos atendidos en consultorio externo en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi que consta un total de 50 cuidadores de pacientes psiquiátricos que constituyen el universo total de estudio.

2.4 Criterios de Selección

➤ Criterios de Inclusión

- Todos los cuidadores responsables de los pacientes esquizofrénicos.
- Los cuidadores responsables de los pacientes esquizofrénicos que acepten participar en la investigación.

➤ Criterios de Exclusión

- Cuidadores de pacientes con otras patologías
- Cuidadores de pacientes esquizofrénicos que no acepten participar en la investigación.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1 Recursos Humanos

- Coordinación con la Facultad de Enfermería
- Coordinación con la Gerente General de la Beneficencia Pública.
- Coordinación con el jefe del Centro de Salud mental Moisés Heresi
- Coordinación con el personal que labora en el Centro de Salud mental Moisés Heresi

- Captación de los cuidadores en la sala de espera de consultorio externo.
- Aplicación del Consentimiento Informado a los cuidadores de los pacientes esquizofrénicos
- Aplicación de la Cédula de Entrevista – Cuestionario de Creencias Personales
- Horario de trabajo de lunes a viernes de 6:45 am. – 10:45 am.
- Se elaboró matriz de datos y se sintetizó en tablas estadísticas para su posterior interpretación

3.2 Recursos Económicos

- Financiado por 01 Investigadora





TABLA N° 1

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPO ETARIO DEL CUIDADOR DE
PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL
MOISÉS HERESI, AREQUIPA. 2015**

EDAD	Fr.	%
25 – 30	5	10
31 – 40	5	10
41 – 50	12	24
51 – 60	13	26
61 a más	15	30
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2015

En la tabla N°1 observamos que en relación a la edad, el mayor porcentaje de 30% se encuentra entre las edades de 61 años a más, seguido por un 26% entre las edades de 51 a 60 años de edad, con un 24% entre las edades de 41 a 50 años de edad, y un acumulado de 20 % en las edades de 25 a 40 años.

De lo que deducimos que más de la cuarta parte de los cuidadores tienen entre 61 años a más, sin embargo predominan también los cuidadores adultos de 25 a 60 años de edad.

TABLA N° 2

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO DEL CUIDADOR DE PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS
HERESI, AREQUIPA. 2015**

SEXO	Fr.	%
Femenino	38	76
Masculino	12	24
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2015

En la tabla N°2 observamos que en relación con el sexo, el mayor porcentaje corresponde a 76% que se encuentra en el sexo femenino, y el menor porcentaje corresponde a 24% al sexo masculino.

De lo que deducimos que más de las tres cuartas partes de los cuidadores son de sexo femenino.

TABLA N° 3

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS
HERESI, AREQUIPA. 2015**

DIAGNOSTICO CLÍNICO	Fr.	%
Esquizofrenia Paranoide	43	86
Esquizofrenia Catatónica	5	10
Esquizofrenia Hebefrénica	1	2
Esquizofrenia Residual	1	2
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2015

En la tabla N°3 observamos que el mayor porcentaje el 86% presentan diagnóstico clínico de esquizofrenia paranoide, seguido de un 10% con diagnóstico clínico de esquizofrenia Catatónica, y un acumulado de un 4% presentala esquizofrenia Hebefrénica y esquizofrenia Residual.

De lo que deducimos que más de las tres cuartas partes de los pacientes a cargo de un cuidador tienen esquizofrenia paranoide.

TABLA N° 4

**DISTRIBUCIÓN DEL CUIDADOR RESPONSABLE DE PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS
HERESI, AREQUIPA. 2015**

TIPO DE CUIDADOR	Fr.	%
Padre	10	20
Madre	25	50
Hermanos	12	24
Personal de salud	3	6
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2015

En la tabla N°4 observamos que el mayor porcentaje corresponde al 50% como cuidador responsable a la madre, seguido de un 24% son los hermanos, con un 20% el padre, y con un 6% son el personal de salud cuidadores responsables.

De lo que deducimos que la mitad de los cuidadores responsables son las madres de los mismos pacientes esquizofrénicos, sin embargo existen cuidadores como los hermanos, el padre y el personal de salud.

TABLA N° 5

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN PROCEDENCIA DEL CUIDADOR DE
PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL
MOISÉS HERESI, AREQUIPA. 2015**

LUGAR DE PROCEDENCIA	Fr.	%
Arequipa	18	36
Puno	16	32
Cusco	10	20
Tacna	4	8
Otros	2	4
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2015

En la tabla N°5 observamos que el mayor porcentaje el 36% de las unidades de estudio son de Arequipa, seguido de un 32% de Puno, con un 20% de Cusco, con un 8% de Tacna, y un mínimo porcentaje el 4% que pertenecen a otros lugares de procedencia.

De lo que deducimos que más de la cuarta parte de los cuidadores son de procedencia Arequipeña, sin embargo tenemos cuidadores de otros lugares.

TABLA N° 6

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL CUIDADOR
DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS DEL CENTRO DE SALUD
MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA. 2015**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Fr.	%
Universitario	3	6
Técnico superior	10	20
Secundaria	15	30
Primaria	11	22
Iletrado	11	22
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2015

En la tabla N°6 observamos que el mayor porcentaje el 30% de cuidadores tienen el grado de instrucción secundaria, seguido de un 22% con el grado de instrucción primaria, con un 22% sin grado de instrucción, con un 20% el grado de técnico superior y un mínimo porcentaje el 6% con el grado de universitario.

De lo que deducimos que más de la cuarta parte de los cuidadores tienen el grado de instrucción secundaria, no dejando de lado cuidadores con otros grados de instrucción.

TABLA N° 7

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD AL
CUIDADO DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS DEL CENTRO
DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA. 2015**

TIEMPO DE ENFERMEDAD	Fr.	%
1 – 3 años	27	54
4 – 6 años	10	20
7 – 9 años	10	20
10 a más años	3	6
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2015

En la tabla N° 7 observamos que el mayor porcentaje el 54 % se encuentra entre 1 a 3 años al cuidado de pacientes, seguido de un acumulado de 40% entre los 4 y 9 años al cuidado de pacientes, y un mínimo porcentaje el 6% de 10 a más años al cuidado de dichos pacientes.

De lo que deducimos que más de la mitad tienen entre 1 a 3 años al cuidado de pacientes esquizofrénicos, por lo tanto la mayoría son pacientes crónicos.

TABLA N° 8

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN CREENCIAS PERSONALES DEL CUIDADOR
DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS DEL CENTRO DE SALUD
MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA. 2015**

CREENCIAS PERSONALES	Fr.	%
Creencias personales correctas (20 – 50puntos)	13	26
Creencias personales incorrectas (41 – 70 puntos)	37	74
TOTAL	50	100

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora (Cuestionario sobre Creencias Personales PBIQ - Birchwood, Mason, MacMillan & Healy. 1993)

En la tabla N° 8 observamos que el mayor porcentaje el 74% de los cuidadores tienen creencias personales incorrectas en las dimensiones de control de la enfermedad, conocimiento de la enfermedad, expectativas, estigma y contención social, mientras que el 26% tienen creencias personales correctas en dichos dominios.

De lo que deducimos que más de la mitad de los cuidadores tienen creencias personales incorrectas acerca de la enfermedad.

TABLA Nº 9

**DISTRIBUCIÓN DEL CUIDADOR SEGÚN LA DIMENSIÓN DE
CONTROL SOBRE LA ENFERMEDAD DE PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS
HERESI, AREQUIPA. 2015**

CONTROL SOBRE LA ENFERMEDAD	De acuerdo		En desacuerdo		TOTAL	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
- Me asusta la enfermedad de mi familiar.	45	90	5	10	50	100
- Se me hace difícil enfrentar sus síntomas.	35	70	15	30	50	100
- Soy incapaz de influir o de controlar su enfermedad.	30	60	20	40	50	100
- Si tiene una recaída, no puedo hacer nada para evitarlo.	30	60	20	40	50	100
PROMEDIO	70		30		100	

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora (Cuestionario sobre Creencias Personales PBIQ - Birchwood, Mason, MacMillan & Healy. 1993)

En la tabla N°9 observamos que los cuidadores que están de acuerdo en la dimensión del control sobre la enfermedad el síntoma del cuidador que tienen el mayor porcentaje el 90% es el miedo a la enfermedad, seguido de un 70% la dificultad para enfrentar los síntomas, con un 60% la incapacidad de influir o controlar la enfermedad, y con un 60% no pueden hacer nada para evitar la recaída. Y los cuidadores que están en desacuerdo en esta dimensión el síntoma del cuidador que tienen el

menor porcentaje el 10% es el miedo a la enfermedad, seguido de un 30% la dificultad para enfrentar los síntomas, con un 40% la incapacidad de influir o controlar la enfermedad, y con un 40% no pueden hacer nada para evitar la recaída.

De lo que deducimos que más de las tres cuartas partes de los cuidadores tienen temor a la enfermedad de su familiar.

En cuanto al promedio de esta dimensión, hay cuidadores en un 70% que no tienen el control adecuado sobre la enfermedad de su familiar, y un 30% con mejores condiciones para enfrentar la enfermedad de su familiar.



TABLA N° 10

**DISTRIBUCIÓN DEL CUIDADOR SEGÚN LA DIMENSIÓN DE
CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS
HERESI, AREQUIPA. 2015**

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD	De acuerdo		En desacuerdo		TOTAL	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
- Siempre ha debido hacer algo mal en su persona.	40	80	10	20	50	100
- Él (ella) es esencialmente normal.	5	10	45	90	50	100
- Hay algo raro en su personalidad que causa su enfermedad.	35	70	15	30	50	100
- Hay algo raro en él (ella) que es responsable de su enfermedad.	45	90	5	10	50	100
PROMEDIO	63		37		100	

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora (Cuestionario sobre Creencias Personales PBIQ - Birchwood, Mason, MacMillan & Healy. 1993)

En la tabla N°10 observamos que los cuidadores que están de acuerdo en la dimensión de conocimiento de la enfermedad el síntoma del cuidador que tienen el mayor porcentaje el 90% es el desconocimiento de la causa de la enfermedad de su familiar, seguido de un 80% como culpabilidad del pacientes, con un 70% algo en la personalidad de su familiar causa la enfermedad, y el mínimo porcentaje el 10% de los cuidadores creen que la enfermedad de su familiar es normal. Y los cuidadores que están en desacuerdo en esta dimensión el síntoma del cuidador que tienen el menor porcentaje el 10% es el desconocimiento de la causa de la enfermedad de su familiar, seguido de un 20% como culpabilidad del pacientes, con un 30% algo en la personalidad de su familiar causa la

enfermedad, y el máximo porcentaje el 90% de los cuidadores creen que la enfermedad de su familiar es normal.

De lo que deducimos que más de las tres cuartas partes de los cuidadores tienen desconocimiento de la causa de su enfermedad de su familiar.

En cuanto al promedio de esta dimensión, hay cuidadores en un 63% que no tienen el conocimiento adecuado sobre la enfermedad de su familiar, y un 37% con mejores conocimientos de la enfermedad de su familiar.



TABLA N° 11

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA DIMENSIÓN DE EXPECTATIVAS DEL
CUIDADOR HACIA PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS DEL CENTRO
DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA. 2015**

EXPECTATIVAS	De acuerdo		En desacuerdo		TOTAL	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
- Siempre necesitara los cuidados de un equipo de profesionales.	35	70	15	30	50	100
- Es capaz de muy pocas cosas como consecuencia de su enfermedad.	47	94	3	6	50	100
- Su enfermedad es demasiado delicada para que él (ella) como para trabajar.	35	70	15	30	50	100
PROMEDIO	78		22		100	

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora (Cuestionario sobre Creencias Personales PBIQ - Birchwood, Mason, MacMillan & Healy. 1993)

En la tabla N°11 observamos que los cuidadores que están de acuerdo en la dimensión de expectativas el síntoma del cuidador que tiene el mayor porcentaje el 94% considera a su familiar como discapacitado, seguido de un 70% considera la enfermedad de su familiar delicada como para trabajar, y un 70% consideran que su familiar necesitará siempre de los cuidados de profesionales. Y los cuidadores que están en desacuerdo en esta dimensión el síntoma del cuidador que tiene el mínimo porcentaje el 6% considera a su familiar como discapacitado, seguido de un 30% considera la enfermedad de su familiar delicada como para trabajar, y un

30% consideran que su familiar necesitará siempre de los cuidados de profesionales.

De lo que deducimos que más de las tres cuartas partes de los cuidadores consideran a sus familiares discapacitados a consecuencia de su enfermedad.

En cuanto al promedio de esta dimensión, hay cuidadores en un 78% que no tienen expectativas favorables sobre la enfermedad de su familiar, y un 22% con mejores expectativas de la enfermedad de su familiar.



TABLA N° 12

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA DIMENSIÓN DE ESTIGMA DEL CUIDADOR
DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS DEL CENTRO DE SALUD
MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA. 2015**

ESTIGMA	De acuerdo		En desacuerdo		TOTAL	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
- Me avergüenzo de su enfermedad.	35	70	15	30	50	100
- Su enfermedad es un prejuicio para mí.	26	52	24	48	50	100
- Yo puedo hablar a la mayoría de la gente sobre su enfermedad.	20	40	30	60	50	100
PROMEDIO	54		23		100	

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora (Cuestionario sobre Creencias Personales PBIQ - Birchwood, Mason, MacMillan & Healy. 1993)

En la tabla N°12 observamos que los cuidadores que están de acuerdo en la dimensión de estigma el síntoma del cuidador que tiene el mayor porcentaje el 70% de cuidadores se avergüenzan de la enfermedad de sus familiares, seguido de un 52% tienen prejuicios a la enfermedad de su familiar, y un mínimo porcentaje el 40% de cuidadores no pueden hablar de la enfermedad de su familiar con las demás personas. Y los cuidadores que están en desacuerdo en esta dimensión el síntoma del cuidador que tiene el mínimo porcentaje el 30% de cuidadores se avergüenzan de la enfermedad de sus familiares, seguido de un 48% tienen prejuicios a la enfermedad de su familiar, y un máximo porcentaje el 60% de cuidadores

no pueden hablar de la enfermedad de su familiar con las demás personas.

De lo que deducimos que más de la mitad de los cuidadores se avergüenzan de la enfermedad de sus familiares.

En cuanto al promedio de esta dimensión, hay cuidadores en un 54% que tienen sentimientos de vergüenza, y un 22% con mejores condiciones de sobrellevar y afrontar la enfermedad de su familiar.



TABLA N° 13

**DISTRIBUCIÓN DEL CUIDADOR SEGÚN LA DIMENSIÓN DE
CONTENCIÓN SOCIAL DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS DEL
CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA. 2015**

CONTENCIÓN SOCIAL	De acuerdo		En desacuerdo		TOTAL	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
- La sociedad necesita mantener a la gente que tiene esta enfermedad, apartada de todos los demás.	48	96	2	4	50	100
- La gente como ellos debe de ser controlada por servicios psiquiátricos.	30	60	20	40	50	100
- Él (ella) siempre ha estado mentalmente bien.	2	4	48	96	50	100
- Él (ella) siempre ha tenido una enfermedad mental.	1	2	49	98	50	100
PROMEDIO	40		60		100	

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora (Cuestionario sobre Creencias Personales PBIQ - Birchwood, Mason, MacMillan & Healy. 1993)

En la tabla N°13 observamos que los cuidadores que están de acuerdo en la dimensión de contención social el síntoma del cuidador que tiene el mayor porcentaje el 96% considera que la sociedad necesita mantener aislada a la personas que tienen esta enfermedad, seguido de un 60% considera que las personas enfermas deben de ser controlados por los

psiquiatras, con un 4% considera que su familiar siempre han estado mentalmente bien, y un mínimo porcentaje el 2% considera que su familiar siempre han tenido una enfermedad mental. Y los cuidadores que están en desacuerdo en esta dimensión el síntoma del cuidador que tiene el mínimo porcentaje el 4% considera que la sociedad necesita mantener aislada a la personas que tienen esta enfermedad, seguido de un 40% considera que las personas enfermas deben de ser controlados por los psiquiatras, con un 96% considera que su familiar siempre han estado mentalmente bien, y un máximo porcentaje el 98% considera que su familiar siempre han tenido una enfermedad mental.

De lo que deducimos que más de las tres cuartas partes de los cuidadores consideran que sus familiares deben de ser aislados de la sociedad.

En cuanto al promedio de esta dimensión, hay cuidadores en un 60% que no tienen un apoyo social adecuado, y un 40% mejores condiciones de apoyo hacia sus familiares enfermos.

TABLA N° 14

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y LAS CREENCIAS PERSONALES DEL
CUIDADOR DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS DEL CENTRO DE
SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA. 2015**

EDAD	CREENCIAS PERSONALES			
	Correctas		Incorrectas	
	Fr.	%	Fr.	%
25 – 30 años	1	8	4	11
31 – 40 años	4	31	1	3
41 – 50 años	3	23	9	24
51 – 60 años	3	23	10	27
60 años a más	2	15	13	35
TOTAL	13	100	37	100

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora (Cuestionario sobre Creencias Personales PBIQ - Birchwood, Mason, MacMillan & Healy. 1993)

En la tabla N°14 observamos que el mayor porcentaje el 35% corresponde a los cuidadores mayores de 60 años y que presentan creencias personales incorrectas y un 31% entre las edades de 31 a 40 años de edad tienen creencias correctas.

De lo que deducimos que más de la cuarta parte de los cuidadores de 60 años a más tienen creencias personales incorrectas.

TABLA N° 15

DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD Y CREENCIAS PERSONALES DEL CUIDADOR DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA.2015

TIEMPO DE ENFERMEDAD	CREENCIAS PERSONALES			
	Correctas		Incorrectas	
	Fr.	%	Fr.	%
1 – 3 años	1	8	27	73
4 – 6 años	3	23	7	19
7 – 9 años	4	31	2	5
10 años a más	5	38	1	3
TOTAL	13	100	37	100

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora (Cuestionario sobre Creencias Personales PBIQ - Birchwood, Mason, MacMillan & Healy. 1993)

En la tabla N°15 observamos que el mayor porcentaje el 73% con creencias personales incorrectas tienen un tiempo de enfermedad de 1 a 3 años al cuidado de pacientes con esquizofrenia, y un 38% de 10 a más años al cuidado de dichos pacientes tienen creencias personales correctas.

De lo que deducimos que más de la mitad tienen creencias personales incorrectas tienen un tiempo de enfermedad de 1 a 3 años al cuidado de pacientes esquizofrénicos.

TABLA N° 16

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN CUIDADOR RESPONSABLE Y LAS
CREENCIAS PERSONALES DEL CUIDADOR DE PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS
HERESI, AREQUIPA. 2015**

CUIDADOR RESPONSABLE	CREENCIAS PERSONALES			
	Correctas		Incorrectas	
	Fr.	%	Fr.	%
Padre	1	8	9	25
Madre	6	46	19	51
Hermanos	3	23	9	24
Personal de Salud	3	23	0	0
TOTAL	13	100	37	100

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora (Cuestionario sobre Creencias Personales PBIQ - Birchwood, Mason, MacMillan & Healy. 1993)

En la tabla N°16 observamos que el mayor porcentaje el 51% el cuidador es la madre con creencias personales incorrectas y un 25% que es el padre el cuidador también presenta creencias personales incorrectas.

De lo que deducimos que más de la mitad de las madres tienen creencias personales hacia la enfermedad incorrectas, así mismo con un 25% que los cuidadores son los padres presentan el mismo desconocimiento hacia la enfermedad.

CONCLUSIONES

Primera.-Los resultados muestran que la población de estudio en su mayoría es de sexo femenino entre 50 a 61 años, procedentes de Arequipa, tienen a su cuidado un familiar como diagnóstico clínico de esquizofrenia paranoide y el cuidador responsable es la madre.

Segunda.-Los resultados muestran que en la población de estudio las creencias personales del cuidador de pacientes esquizofrénicos son en su mayoría creencias personales incorrectas, sin embargo hay una pequeña parte de la población de estudio que presentan creencias personales correctas.

Tercera.-La creencia personal predominante en el cuidador es: Temor a la enfermedad, la enfermedad como discapacidad, el estigma sobre la enfermedad de su familiar.

RECOMENDACIONES

Primera.-Al director del Centro de Salud Mental Moisés Heresi para que en coordinación con el programa de Salud Pública se realicen programas de visitas domiciliarias para brindar educación para la salud individual y grupal a este tipo de cuidadores.

Segunda.-Al director del Centro de Salud Mental Moisés Heresi para que en coordinación con el programa de Salud Pública se planeen acciones eficaces y diseñar programas de promoción de la salud, y así brindar una adecuada atención a los cuidadores de pacientes esquizofrénicos.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Ruiz Mateo. Jaime Campos Pavón. Aida Suarez Barrientos. Manual AMIR Enfermería: Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental. 3° ed. Madrid: Marbán; 2013.
2. Jaime Campos Pavon. Borja Ruiz Mateos. Ada Suarez Barrientos. Viviana Arreo del Val. AMIR – Enfermería Psiquiátrica y salud Mental. 4° ed. España: Marban. 2013. Pág. 550.
3. Jaime Campos Pavón. Borja Ruiz Mateos. Ada Suarez Barrientos. Viviana Arreo del Val. AMIR – Enfermería Psiquiátrica y salud Mental. 4° ed. España: Marban. 2013. Pág. 551.
4. Richard P. Halgin. Susana Krauss Whitbourne. Psicología de la Anormalidad – Perspectivas clínicas sobre desordenes psicológicos. 4° ed. Mexico: Mc Graw Hill. 2004. Pág. 351.
5. Richard P. Halgin. Susana Krauss Whitbourne. Psicología de la Anormalidad – Perspectivas clínicas sobre desordenes psicológicos. 4° ed. México: Mc Graw Hill. Pág. 360.
6. (1, 3, 8) Lic. Carmen Amaya. Historia de la Psiquiatría y enfermedades mentales. (Sede web) publicado el 08 de Mayo de 2011. Disponible en: <http://es.slideshare.net/carmenamaya/historia-de-la-psiquiatra-y-enfermedades-mentales-7887892?related=1>
7. (2, 5, 6) Departamento de Ciencias Sociales IES Alexander Galí. Breve Historia de la locura. (Sede web) publicado el 27 de Diciembre de 2010. Disponible en <http://es.slideshare.net/alinslide/breve-historia-de-la-locura-6382435>
8. (4) Wikipedia, Enciclopedia Libre. Historia de la Psiquiatría. (Sede web) publicado el 05 de Febrero de 2015. Disponible en:

https://es.wikipedia.org/wiki/Historia_de_la_psiquiatria#La_Edad_Media

9. (9, 10, 10) V. Mark Durand. David H. Barlow. Psicopatología – Un enfoque integral de la psicología anormal. 4° ed. México: International Thomson Editores, S.A de C.V. 2007. Pág. 471.
10. (12, 13) V. Mark Durand. David H. Barlow. Psicopatología – Un enfoque integral de la psicología anormal. 4° ed. México: International Thomson Editores, S.A de C.V. 2007. Pág. 471
11. (14, 15) V. Mark Durand. David H. Barlow. Psicopatología – Un enfoque integral de la psicología anormal. 4° ed. México: International Thomson Editores, S.A de C.V. 2007. Pág. 474 – 475 – 477.
12. (16, 17) Richard P. Halgin. Susana Krauss Whitbourne. Psicología de la Anormalidad – Perspectivas clínicas sobre desordenes psicológicos. 4° ed. México: Mc Graw Hill. Pág. 353 – 354.
13. (18, 19, 20, 21) V. Mark Durand. David H. Barlow. Psicopatología – Un enfoque integral de la psicología anormal. 4° ed. México: International Thomson Editores, S.A de C.V. 2007. Pág. 358.

REFERENCIAS – INFOGRAFÍA

1. Actividades UNEFA. Niveles de prevención en psiquiatría. (sede Web). 2009. Disponible en: <http://nivelesdeprevencionenpsiquiatria.blogspot.pe/>
2. Biblioteca católica Digital. Criterios Diagnósticos de la Posesión. (sede Web). Disponible en: http://www.mercaba.org/FICHAS/Satan/criterios_01.htm
3. Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana. (sede Web). Disponible en: <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?l=1&t=bruje%C3%ADa>
4. Blog de salud. Conceptos de Enfermedad y definición de Salud según la OMS (sede Web). OMS; 2014- (actualizada 29 de mayo 2014). Pág. 1. Disponible en: <http://www.elblogdelasalud.es/concepto-definicion-enfermedad-salud-oms/>.
5. Boletín Epidemiológico (Lima). MINSA. (sede Web). 2013. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletines/2013/40.pdf>.
6. Casa de Salud Mental. Salud Mental Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria. (sede Web). 2012. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/125796056/Salud-Mental-Prevencion-Primaria-Secundaria-Terciaria>.
7. Cibersam. Banco de instrumentos y metodologías en salud mental. (sede Web). Disponible en: <http://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=PBIQ.pdf>

8. Daniel Guido Chevez. Ana María Alguera. La locura o esquizofrenia por brujería. Cap. XV. (sede Web). Disponible en: <http://ministeriomisionerodepoderenjesus.blogspot.com/2010/06/locura-o-esquizofrenia-por-brujeria.html>
9. David García Escamilla. Da el Vaticano cátedra sobre el satanismo. La Pontificia Universidad Regina Apostolorum. (sede Web). Disponible en: <http://www.rcadena.com/ensayos/elNorte/cursos-exorcismo.htm>
10. Definición ABC. Definición de Creencia (sede Web). 2007 – 2015. Pág. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/general/creencia.php>
11. Definición. DE. Definición de Creencia (sede Web). 2008 – 2015. Pág. 1. Disponible en: <http://definicion.de/creencia/>
12. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Invertir en Salud Mental (sede Web). Ginebra: OMS; 2005. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
13. Discapnet – El Cuidador: concepto y perfil (sede Web). Disponible en: http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/cuidados_del_cuidador_rol_femenino/Paginas/Cuidador_concepto_perfil.aspx
14. Dr. Carlos Berganza. Dr. Sergio Javier Villaseñor Barayro. Asociación Psiquiátrica de América Latina - Guía Latinoamericana de Diagnostico Psiquiátrico. Latinoamérica: ISBN. 2004. (sede Web). Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/13_gladp2004.pdf
15. Erick Buisan. El papel de la familia: como ayudar a un paciente con trastorno esquizofrénico. Última modificación 19-10-2011. (sede Web). Disponible en: <http://www.forumclinic.org/es/esquizofrenia/noticias/el-papel-de-la-familia-como-ayudar-un-paciente-con-trastorno-esquizofrenico>

16. Jose Luis Castro A. el heraldo de Chiapas. Comunidad y Cultura local. El susto o espanto: Síntomas y curación. (sede Web). Disponible en: <http://www.oem.com.mx/elheraldodechiapas/notas/n3355893.htm>
17. Josep Riera de Santantoni. El templo de la luz interior. Sensaciones y síntomas que son evidencias de posibles casos de posesión originados por un mal espíritu. (sede Web). Disponible en: <http://eltemplodelaluzinterior.com/2011/07/13/sensaciones-y-sintomas-que-son-evidencias-de-posibles-casos-de-posesion-originados-por-un-mal-espiritu-o-ente-desencarnado/comment-page-1/>
18. Juan Ignacio Fernández Blanco. La locura a través de los siglos. (sede Web). Disponible en: <http://www.contactapsicologos.es/recursos/articulos-e-informacion/articulos-psicologia-adultos/la-locura-a-traves-de-los-siglos-i>
19. Lic. Alexander León Puello. Aspectos Generales de la Enfermería Psiquiátrica. (sede Web). 2014. Disponible en: <http://www.authorstream.com/Presentation/alejoenfermo-1602183-aspectos-generales-de-la-enfermer-psiqui-trica/>
20. Lic. Ana María Torres P. Lic. Maribel Pinilla A. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. Vol. 5 Enfermera especialista en Salud Mental y psiquiatría. Facultad de Enfermería – Pontificia Universidad Javeriana. (sede Web). Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Enfermeria/revista1/files/43.pdf>
21. Lic. Carmen Amaya. Historia de la Psiquiatría y enfermedades mentales. (sede Web) publicado el 08 de Mayo de 2011. Disponible en: <http://es.slideshare.net/carmenamaya/historia-de-la-psiquiatra-y-enfermedades-mentales-7887892?related=1>

22. Mg. Irene Esguerra de Cárdenas. Avances en Enfermería vol. IX. Rol del profesional de enfermería en salud mental y psiquiatría. (sede Web). Colombia 1991. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/20575/1/16731-52397-1-PB.pdf>
23. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. Mancharisqa (susto, espanto). (sede Web). Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/portal/jerarquia/7/408/mancharisqa-susto-espanto/jer.408>
24. MINSA. Esquizofrenia es uno de los trastornos mentales menos frecuentes pero de mayor impacto en el funcionamiento de la persona. (sede Web). Perú.2012 (actualizada Lunes, 11 de mayo 2015). Disponible en:
25. Por: Efraín Cáceres Chalco. Susto o Mancharisqa en el Sistema Médico Indígena Andino. UNSAAC - Cusco – Perú. (sede Web). Disponible en: http://iecta.uta.cl/revistas/volvere_43/articulos.htm
26. RPP Noticias – salud. El 30% de peruanos padece de alguna enfermedad mental. (sede Web). Perú.2012 (actualizada Lunes, 30 de enero 2012). Disponible en: http://www.rpp.com.pe/2012-01-30-el-30-de-peruanos-padece-de-alguna-enfermedad-mental-afirman-noticia_445874.html
27. Rubén Dario Salazar. Guía espiritual. Causas de una presión o posesión satánica. (sede Web). Disponible en: <http://rubendsalazarguiaespiritual.blogspot.com/2013/03/i-causas-de-una-presion-o-posesion.html>
28. Siervas de los corazones traspasados de Jesús y María. Exorcismo. (sede Web). Disponible en: <http://www.corazones.org/diccionario/exorcismo.htm>

29. Síntomas de Brujería o Hechizo. (sede Web). Disponible en:
<http://www.cienciaarcana.com/detalleblog.php?id=8>
30. Sistemas Folklóricos de ayuda. Web CT Home. (sede Web).
Disponible en:
<http://www.uprm.edu/socialsciences/sfaenlinea/id70.htm>
31. Wikipedia, Enciclopedia Libre. Historia de la Psiquiatría. (sede Web)
publicado el 05 de Febrero de 2015. Disponible en:
https://es.wikipedia.org/wiki/Historia_de_la_psiquiatria#La_Edad_Media





Anexo 1:

CÉDULA DE ENTREVISTA

DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS:

Nombre.....Fecha.....

Edad:

- 25 - 30 ()
- 31 - 40 ()
- 41 - 50 ()
- 51 - 60 ()
- Más de 60 ()

Sexo

- Femenino ()
- Masculino ()

Tipo de Esquizofrenia:

- Esquizofrenia Paranoide ()
- Esquizofrenia Hebefrenica ()
- Esquizofrenia Catatónica ()
- Esquizofrenia Residual ()

Cuidador responsable:

- Padre ()
- Madre ()
- Hermanos ()
- Tíos ()
- Personal de salud ()

Lugar de procedencia:

- Arequipa ()
- Puno ()
- Cusco ()
- Tacna ()
- Otro (especificar) ()

Grado de instrucción

- Superior universitario ()
- Superior técnico ()
- Secundaria ()
- Primaria ()
- Ilustrado ()

Tiempo de enfermedad al cuidado

- 1 a 3 años ()
- 4 a 6 años ()
- 7 a 9 años ()
- Más de 10 años ()

Anexo 2:

**CUESTIONARIO SOBRE CREENCIAS PERSONALES (PBIQ)
(Birchwood, Mason, MacMillan & Healy. 1993).**

	Muy de acuerdo (4)	De acuerdo (3)	En desacuerdo (2)	Muy en desacuerdo (1)
1. Me asusta la enfermedad de mi familiar.				
2. Se me hace difícil enfrentar sus síntomas.				
3. Soy incapaz de influir o de controlar su enfermedad.				
4. Si tiene una recaída, no puedo hacer nada para evitarlo.				
5. Siempre ha debido hacer algo mal en su persona (que causado la enfermedad).				
6. Él (ella) es esencialmente normal.				
7. Hay algo raro en su personalidad que causa su enfermedad.				
8. Hay algo raro en el (ella) que es lo responsable de su enfermedad.				
9. Siempre necesitará los cuidados de un equipo de profesionales.				
10. Es capaz de muy pocas cosas como consecuencia de su enfermedad.				
11. Su enfermedad es demasiado frágil o delicada para el (ella) como para trabajar o mantener un trabajo.				
12. Me avergüenzo de su enfermedad.				
13. Su enfermedad es un prejuicio para mí.				
14. Yo puedo hablar a la mayoría de la gente sobre su enfermedad.				

15. La sociedad necesita mantener a la gente, que como él (ella) tiene esta enfermedad, apartada de todos los demás.				
16. La gente como ellos debe de ser controlada por servicios psiquiátricos.				
17. El (ella) siempre ha estado mentalmente bien.				
18. El (ella) siempre ha tenido una enfermedad mental.				

Cibersam. Banco de instrumentos y metodologías en salud mental. (sede Web). Disponible en: <http://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=PBIQ.pdf>

PUNTAJE:

Por dominios individuales:

- Creencias correctas: 1 a 8 puntos
- Creencias incorrectas: 9 a 16 puntos

Por dominios totales:

- Creencias correctas: 20 a 50 puntos
- Creencias incorrectas: 51 a 72 puntos

Anexo 3:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

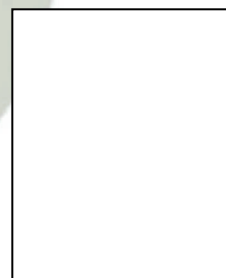
Yo

.....con

DNI cuidador de paciente esquizofrénico del Centro de Salud Mental Moisés Heresi mediante este documento admito haber sido informado (a) sobre el estudio de investigación “CREENCIAS PERSONALES DEL CUIDADOR EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA 2015.” Y acepto participar de forma voluntaria y responsable brindando información real para los fines correspondientes.

Admito que la información que se provea es estrictamente confidencial y no será usada por algún otro propósito fuera de este estudio sin mi consentimiento.

Firma:.....



Arequipa,.....Junio del 2015

Huella índice derecho

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

ASUNTO : Decreto N° 046 – FENF – 2015 / Expediente N° 15014677

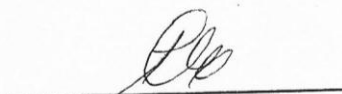
DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Doctora Sonia Núñez Chávez
Decana (E) de la Facultad de Enfermería
DE : Jurado Dictaminador
ASUNTO : Dictamen de Proyecto de Tesis Titulado:
“CREENCIAS PERSONALES DE LAS ENFERMEDADES MENTALES EN
PACIENTES PSIQUIATRICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES
HERESI, AREQUIPA, 2015”
FECHA : 09 de Junio, 2015


Reunidos los miembros del Jurado Dictaminador, y revisado el proyecto de tesis presentado por la señorita: **MARY YSABEL, HUAYNA RAMIREZ**; se exponen las observaciones siguientes:

1. **Título:** Se sugiere cambiar la variable pacientes psiquiátricos por cuidador de pacientes psiquiátricos.
2. **Introducción:** Mejorar redacción e incluir pie de página.
3. **Indicadores y Subindicadores:** Rehacer de acuerdo al enunciado.
4. **Justificación:** Colocar cita a pie de página e incluir aspectos sobre el problema investigado en forma precisa.
5. **Antecedentes Investigativos:** Incluir estudios de investigación a nivel nacional y regional.
6. **Hipótesis:** Modificar el principio.
7. **Bibliografía:** Modelo Vancouver.
8. **Instrumento:** Incluir escala de valoración
9. **El título queda:** “CREENCIAS PERSONALES DEL CUIDADOR EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI, AREQUIPA 2015”

Una vez levantadas las presentes observaciones, se revisara nuevamente el proyecto, para su aprobación final.



Dra. Teresa Chocano Rosas



Dra. Gloria Núñez Lovon



Universidad Católica de Santa María

(51 54) 251210 Fax:(51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

INFORME N° 0417 -CB- 2015

A : Doctora DELIA NUÑEZ DE ALVAREZ
DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

De : COORDINACIÓN DE BIBLIOTECAS. SECCIÓN PROCESOS TÉCNICOS

Asunto : Evaluación de la Producción Intelectual

Expediente : 2015-0417

Fecha : 9 de septiembre de 2015

De acuerdo a lo dispuesto, informo a usted que la tesis:

CREENCIAS PERSONALES DEL CUIDADOR EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI, AREQUIPA.2015

Autor(es):

HUAYNA RAMIREZ MARY YSABEL

Ha sido sometida a la plataforma de originalidad Turnitin obteniendo **28 %** en el sumario de coincidencias en el marco teórico pero las citas y referencias, se han hecho correctamente

Es cuanto informo para conocimiento y fines consiguientes

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA



Américo Herrera Vera
PROF. AMÉRICO HERRERA VERA

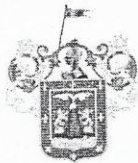
Coordinación de Bibliotecas, Hemeroteca y Videoteca

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
Escuela Profesional de Enfermería

SECCIÓN

19 SEP 2015

SOCIEDAD DE BENEFICENCIA PÚBLICA DE AREQUIPA



DE LA CARIDAD AL BIENESTAR

CONSTANCIA

EL MEDICO DEL CENTRO DE SALUD MENTAL "MOISES HERESI" QUE
SUSCRIBE.

HACE CONTAR QUE :

La señorita MARY YSABEL HUAYNA RAMIREZ, Bachiller de Enfermería de la Universidad Católica Santa María ha efectuado la aplicación del Instrumento para la elaboración de su tesis denominado "CREENCIAS PERSONALES DEL CUIDADOR EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL "MOISES HERESI" los días 15,16,17,18,19 y 22 de junio de 6.45 am. a 10.45 am.

Se expide la presente, a solicitud de la interesada par los fines que considere convenientes.

Arequipa, 2015 JULIO 07.

Sociedad de Beneficencia Pública de Arequipa

DR. JOSE ALVARADO ACO
R-25005