REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

"ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA 2012."

PRESENTADO POR LAS BACHILLERES:

RAMOS LOZADA, SHARLEY LILIANA
VILLANUEVA ZEGARRA, DIANA CAROLINA

PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADAS EN ENFERMERÍA

AREQUIPA – PERÚ

2012

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

Un profundo agradecimiento:

A Nuestro Señor Jesús y la Virgen María, quienes nos acompañaron en el camino que elegimos a seguir.

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María, por brindarnos la oportunidad de hacer realidad nuestra profesión.

A las docentes, quienes nos brindaron una formación académica humana y de calidad.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

A Dios por darme la vida.
A mis queridos padres DIONEL Y LILIANA, mi eterna gratitud, ya que con su esfuerzo, sacrificio y constante apoyo ayudaron a lograr la culminación de mi carrera profesional.

Con todo cariño y afecto a mis queridos hermanos EDWARD Y ARNALDO, por estar conmigo en los buenos y malos momentos.

SHARLEY

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

Gracias a DIOS, el amigo que nunca falla, por guiarme y ayudarme siempre.

A mis queridos padres BASILIO y LUZ ELENA, porque creyeron en mí, me sacaron adelante; va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y lo que han hecho de mí.

A mi querido hermano YOEL, por brindarme su apoyo, alegría y fortaleza necesaria para seguir adelante.

DIANA

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

PRESENTACIÓN

SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA.

De conformidad con lo establecido en la Facultad de Enfermería que Usted dignamente dirige, presentamos a su consideración y a las señoras miembros del jurado del presente trabajo de investigación:

"ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA 2012".

Requisito indispensable para optar el Título Profesional de Licenciadas en Enfermería.

Esperamos que el presente trabajo sea de conformidad y que cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Abril del 2013

Sharley Liliana Ramos Lozada

Diana Carolina Villanueva Zegarra

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD ENFERMERÍA

INFORME DE ASESORIA DE TESIS

A: *Magister.Ruth Romero de Rodriguez*

Decana de la Facultad de Enfermería

DE: *Doctora. Susana Díaz de Bellido*

Asesora de Tesis Titulada:

"ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI AREQUIPA 2012."

BACHILLERES:

Ramos Lozada Sharley Liliana

Villanueva Zegarra Diana Carolina

ANTECEDENTES:

El estudio tiene como antecedentes la preocupación de las autoras por intervenir profesionalmente en las acciones terapéuticas que puedan dar soporte emocional a los familiares de pacientes con enfermedad mental.

Este estudio se realizó, teniendo tres sesiones de asesoría , en las cuales se oriento respecto al contenido del planteamiento teórico y operacional , en una segunda sesión se oriento respecto al trabajo estadístico y en una tercera oportunidad se hizo una revisión total del estudio en mención.

APRECIACION PERSONAL:

Este estudio se realizó por las señoritas Bachilleres, con gran espíritu de aprendizaje, responsabilidad y entusiasmo.

Es todo cuanto la suscrita informa a usted.

Arequipa, 18 de enero del 2013.

Doctora. Susana Diaz de Bellido

Código: 0658

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A	:	Mgter. Ruth Romero de Rodríguez Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.
De	:	Jurado Dictaminador
Asunto	:	Dictamen de Borrador de Tesis: **"ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA 2012".**
Bachilleres	:	SHARLEY LILIANA, RAMOS LOZADA DIANA CAROLINA, VILLANUEVA ZEGARRA
Fecha	:	Arequipa, 26 de Marzo del 2013

Habiendo subsanado las observaciones dadas por el Jurado Dictaminador, el trabajo de investigación queda en condiciones de pasar a la fase de sustentación de tesis, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María.

Atentamente,

Dra. Teresa Chocano Rosas
Presidenta

Lic. Yeny Valdivia de Ibarra
Secretaria

Dra. Delta Ocola Villanueva
Miembro del Jurado

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : Mgter. Ruth Romero de Rodríguez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Jurado Dictaminador

Asunto : Dictamen de Borrador de Tesis:
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI AREQUIPA 2012

Bachiller : SHARLEY LILIANA RAMOS LOZADA
DIANA CAROLINA VILLANUEVA ZEGARRA

Fecha : Arequipa, 11 de Marzo del 2013

Reunidos el Jurado dictaminador hacen llegar las siguientes observaciones:

1. En resumen: considerar técnica.
2. Introducción: párrafo 3 considerar cita a pie de página
3. Interrogantes básicas. Mejorar redacción y reformular la segunda interrogante.
4. Objetivos: Modificar el segundo objetivo de acuerdo a la segunda interrogante.
5. Marco Teórico: Iniciar con variables: ordenar, actualizar cronograma.
6. Técnica e instrumento: describir la técnica.
7. Resultados: Mejorar análisis e interpretación de todas las tablas y títulos teniendo en cuenta los indicadores.
8. Conclusiones y Recomendaciones: formular de acuerdo a los objetivos.

Luego de absolver las correcciones hechas, vuelva a presentar el trabajo al jurado dictaminador.

Atentamente,

Dra. Teresa Chocano Rosas
Presidenta

Lic. Yeny Valdivia de Ibarra
Secretaria

Dra. Delta Ocola Villanueva
Miembro del Jurado

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERIA

DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Mgter. Ruth Romero de Rodríguez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Jurado Dictaminador

Asunto : Dictamen de Proyecto de Tesis
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI AREQUIPA – 2012.

Alumnas: ***RAMOS LOZADA, Sharley Liliana***
VILLANUEVA ZEGARRA, Diana Carolina

Fecha : Arequipa, 20 de agosto del 2012

Subsanadas las correcciones el Proyecto queda apto para su ejecución.

Dra. Teresa Chocano Rosas
Jurado Dictaminador

Lic. Yeny Valdivia de Ibarra
Jurado Dictaminador

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Mgter. Ruth Romero de Rodríguez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Jurado Dictaminador

Asunto : Dictamen de Proyecto de Tesis:
ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI. AREQUIPA – 2012

Alumnas: *RAMOS LOZADA, Sharley Liliana*
VILLANUEVA ZEGARRA, Diana Carolina

Fecha : Arequipa, 11 de Julio del 2012

Reunidos el Jurado dictaminador hacer llegar las siguientes observaciones:

Planteamiento Teórico

1. **Variables:**
   - En datos sociodemográficos agregar parentesco con el paciente y tiempo de enfermedad.
   - En estilos de afrontamiento en subindicadores colocar resultados.

2. **Justificación:** Mejorar y agregar datos estadísticos. ✓
3. **Marco Teórico:** Rol de la Enfermera en la Promoción de la Salud Mental.
4. **Antecedentes investigativos:** Título, autor y conclusiones. ✓
5. **Hipótesis:** Mejorar principio ✓

Planteamiento Operacional:

6. **Técnica e Instrumento:** Completar
7. **Unidades de Estudio:** Especificarlas
8. **Estrategia de Recolección de datos:** Mejorar

Bibliografía: Actualizar, aumentar, ordenar alfabéticamente según normas.

Luego de absolver las correcciones hechas, vuelva a presentar el trabajo al jurado dictaminador.

Dra. Teresa Chocano Rosas
Jurado Dictaminador

Lic. Yeny Valdivia de Ibarra
Jurado Dictaminador

MIMDES
Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social

SOCIEDAD DE BENEFICENCIA PUBLICA DE AREQUIPA

nabif

SOCIEDAD DE BENEFICENCIA PUBLICA DE AREQUIPA

CONSTANCIA

El que suscribe Doctor José Alvarado Acco Jefe del "Centro de Salud Mental Moisés Heresi" de Arequipa.

HACE CONSTAR:

Que las Señoritas Sharley Liliana Ramos Lozada y Diana Carolina Villanueva Zegarra, han realizado en Consultorio Externo el Proyecto de Tesis sobre "Estrategias de Afrontamiento en Familiares de Pacientes con Enfermedad Mental Centro de Salud Mental Moisés Heresi Arequipa 2012", desde el mes de Agosto al mes de Diciembre del 2012.

Se expide la presente a solicitud de las interesadas y para los fines que crea por conveniente, no teniendo valor oficial judicial contra el Estado.

Arequipa, 26 de Diciembre del 2012

Sociedad Beneficencia Pública Arequipa
C.S.M. "Moisés Heresi"
Dr. JOSE ALVARADO ACCO
MEDICO JEFE
C.M.P. 14051 R-E 9805

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA
ÍNDICE DE TABLAS
RESUMEN
ABSTRACT
INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 01
   1.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA 01
   1.2 TIPO DE PROBLEMA 01
   1.3 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA 01
      1.3.1 Análisis de la variable 02
      1.3.2 Interrogantes básicas 03
   1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA 03
2. OBJETIVOS 04
3. MARCO TEÓRICO 05
   3.1 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO 05
      3.1.1 Componentes del afrontamiento 06
      3.1.2 Funciones del afrontamiento 06
      3.1.3 Recursos del afrontamiento 06
      3.1.4 Determinantes en la respuesta de afrontamiento 07
   3.2 ESTILOS DE AFRONTAMIENTO 08
      3.2.1 Definición de estilos de afrontamiento 08
      3.2.2 Clasificación de los estilos de afrontamiento 09
   3.3 FAMILIA 12
      3.3.1 Tipos de familia 13
      3.3.2 Funciones de familia 14
      3.3.3 Capacidad de la familia para presentar la situación del paciente Psiquiátrico. 18

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

3.4 ALGUNAS ENFERMEDADES MENTALES 20
3.4.1 Esquizofrenia 20
3.4.2 Depresión 31
3.5 ESTRATEGAS DE AFRONTAMIENTO Y SALUD MENTAL EN LA FAMILIA DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO 36
3.6 ROL DE LA ENFERMERA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL 38
4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS 39
5. HIPÓTESIS 43

CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO 44
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN 46
2.1 UBICACIÓN ESPACIAL 46
2.2 UBICACIÓN TEMPORAL 46
2.3 UNIDADES DE ESTUDIO 46
2.4 CRITERIO DE INCLUSIÓN 46
2.5 CRITERIO DE EXCLUSIÓN 46
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS 46
4. CRONOGRAMA 47

CAPÍTULO III: RESULTADOS

CONCLUSIONES
RECOMENDACIONES
BIBLIOGRAFÍA
ANEXOS

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

1. POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EDAD, EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA 2012 49

2. POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN SEXO, EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI, AREQUIPA 2012..... 50

3. POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA, EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA 2012 51

4. POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN, EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA 2012..... 52

5. POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EL ESTADO MARITAL, EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA 2012 53

6. POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN FAMILIAR RESPONSABLE, EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA 52012 54

7. POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD, EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI, AREQUIPA 2012 55

8. POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ÁREA ENFOCADO AL PROBLEMA ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA 2012 56

9. POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ÁREA ENFOCADO A LA EMOCIÓN ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA 2012 57

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

10. POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ÁREA ENFOCADO A LA PERCEPCIÓN ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA 2012 58

11. POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ÁREAS DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN LOS FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA 2012 59

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

RESUMEN

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA 2012, presentada por las Bachilleres en Enfermería: SHARLEY LILIANA RAMOS LOZADA Y DIANA CAROLINA VILLANUEVA ZEGARRA, para obtener el Título Profesional de LICENCIADAS EN ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, ubicada en la Urbanización San José S/N Umacollo. Teléfono 251210, Fax 054-219283, Aparato Postal 1350, Arequipa –Perú.

OBJETIVOS

- Precisar las estrategias de afrontamiento que utilizan los familiares de pacientes con enfermedad mental en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi.
- Identificar cual de las áreas de las estrategias de afrontamiento según el enfoque es la de mayor deficiencia en los familiares de pacientes con enfermedad mental del Centro de Salud Mental Moisés Heresi.

HIPÓTESIS

Dado que las estrategias de afrontamiento son los esfuerzos realizados por la persona para mejorar el cuidado del paciente psiquiátrico, manejar, tolerar o reducir los factores relacionados a la enfermedad mental.

Es probable que los familiares de los pacientes con estas patologías no tengan adecuadas estrategias de afrontamiento.

METODOLOGÍA

Se utilizó como Técnica la Entrevista y como Instrumento la Cédula de Entrevista ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO (ESCALA DE COPE), el cual fue aplicado a 40 familiares que asistieron al consultorio externo del Centro de Salud Mental Moises Heresi.

CONCLUSIONES

- Según los resultados en relación a características sociodemográficas la población de estudio corresponde en su mayor porcentaje a la edad de 43 a más años, sexo femenino; procedencia Arequipa; grado de instrucción secundaria; estado civil casados; el familiar responsable la madre y el tiempo de enfermedad es de uno a cuatro años.
- Según los resultados las estrategias de afrontamiento presentes en los familiares de pacientes del Centro de Salud Mental Moisés Heresi son el área enfocado a la emoción, área enfocado al problema y no presentan en el área enfocada a la percepción y de acuerdo a la escala de estimación de afrontamiento de COPE se dan eventualmente.
- Según los resultados muestran que las áreas de las estrategias de afrontamiento de mayor deficiencia es el área enfocada a la percepción, siguiendo el área enfocado al problema y área enfocado a la emoción.

RECOMENDACIONES

- Según los resultados, se recomienda al Médico Jefe del Centro de Salud Mental Moisés Heresi coordinar con la Enfermera Jefe de consultorios externos para la ejecución de los programas educativos de Salud Mental y Estrategias de Afrontamiento a los familiares de los pacientes con enfermedad mental.
- Según los resultados, se recomienda coordinar con la Enfermera Responsable de consultorios externos para programar actividades educativas, tendientes a mejorar los diferentes tipos de estrategias de afrontamiento de los familiares de los pacientes de la Institución.

SHARLEY LILIANA RAMOS LOZADA, Urb. Álvarez Thomas MZA-11 Congata. Uchumayo
Telf. 411318

DIANA CAROLINA VILLANUEVA ZEGARRA, Av. Arancota 113 Sachaca. Telf. 241089

Arequipa-Perú
2012

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ABSTRACT

Coping strategies in relatives of patients with mental illness Centro de Salud Moses Heresi Arequipa 2012. It's submitted by Sharley Liliana Ramos Lozada and Diana Carolina Villanueva Zegarra, bachelors of nursing. To get the professional degree of graduates in nursing of the University Catolica Santa Maria located in Urbanization s/n San José Umacollo phone 251210, fax 05421928 postal office box 1350 Arequipa – Peru.

OBJECTIVES

- Specify the coping strategies used by family members of patients with mental illness in the Mental Health Center Heresi Moses.
- Identify which of the areas of coping strategies according to the approach is the most deficient in relatives of patients with mental illness Mental Health Center Heresi Moses.

HYPOTHESIS

- Since coping strategies are efforts by the individual to improve the care of psychiatric patients, manage, tolerate or reduce factors related to mental illness.
- It is likely that the relatives of patients with these diseases do not have adequate coping strategies.

METHODOLOGY

- Was used as interview technique and as the Certificate of Interview Instrument coping strategy (SCALE COPE), which was applied to 40 relatives who attended the outpatient Mental Health Center Moises Heresi.

CONCLUSIONS

- The results show that the predominant age of 43 more years, female; origin Arequipa complete secondary education level, most are married, the mother and responsible family sick time is from one to four years.
- The results show that coping strategies in the study population in different areas: they are in a casual, which have no following coping strategies.
- The results showed that areas of the coping strategies of greatest deficiency is the area focused on perception, following the area problem and emotion focused.

RECOMMENDATIONS

- It is recommended to address Mental Health Center Moses Heresi continue promoting programs to promote mental health in the families of psychiatric patients Mental Health Center Heresi Moses.
- The Directorate of Mental Health Center Moses Heresi, coordinate with the nurse in charge of outpatient continue with public health programs and regular meetings with the family of a psychiatric patient.

SHARLEY LILIANA RAMOS LOZADA, Urb. Álvarez Thomas Congata, Mz. 2A-11 Uchumayo. Phone 411318

DIANA CAROLINA VILLANUEVA ZEGARRA, Arancota Ave. 113 - Sachaca. Phone 241089

Arequipa - Perú

2012

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

INTRODUCCIÓN

La salud mental es el núcleo de un desarrollo equilibrado de toda la vida, más que a la ausencia de enfermedades mentales, se refiere a la capacidad de adaptarse al cambio, hacer frente a la crisis establecer relaciones satisfactorias con otros miembros de la comunidad y encontrar un sentido a la vida. Los trastornos mentales son una de las causas principales de sufrimiento e incapacidad en el mundo. Son afecciones de diversos orígenes que tiene una base física en el cerebro y que afectan a millones de personas. Generalmente son transtornos crónicos, con episodios o crisis cada cierto tiempo, que son controladas a través de los servicios de psiquiatría.

En los servicios de psiquiatría se dispone de los medios necesarios para brindar atención y cuidados a los pacientes con transtornos mentales, pero cuando el paciente es dado de alta la familia será la encargada de brindar dichos cuidados y se enfrentara a diversas situaciones agobiantes y estresantes, lo cual puede conllevar a la aparición de problemas tanto físicos como mentales.

Lazarus define el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que desarrollan para manejar las demandas especificas externas y/o internas.[1]

Cada persona tiene diferentes estrategias de afrontamiento que domina en una situación de emergencia.

En nuestro estudio pretendemos incidir educativa y preventivamente en las familias que se encuentran desarrollando su vida normalmente, pero que están en riesgo por diferentes situaciones como problemas mentales, presentando inadecuadas estrategias de afrontamiento que repercuten en el cuidado de sus familiares.

1 Lazaruz, R., Folkman, S Estrés y Procesos Cognitivos. Editorial. Martínez de Roca, Barcelona.2004.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

En la actualidad la familia cumple un gran rol como cuidador, desempeñando un papel muy importante en la evolución y recuperación del familiar enfermo o incapacitado haciéndose cargo de sus necesidades básicas y psicosociales de forma cotidiana, pero por lo general es solo un individuo de ese grupo familiar quien se encargara en brindar los cuidados a quien se le denominara como familiar responsable.

El familiar responsable al hacerse cargo de los cuidados del paciente psiquiátrico, experimentara situaciones estresantes originadas por las circunstancias en las que se desarrolla el cuidado. El cuidado puede prolongarse a lo largo de un pedido de varios años, por lo que la cronicidad del estresor hace que el cuidado sea especialmente estresante.

Las consideraciones expuestas motivan la realización del presente investigación que pretende establecer las estrategias de afrontamiento en el familiar responsable del paciente psiquiátrico del Centro de Salud Mental Moisés Heresi Arequipa ,esperando que los resultados permitan tener una visión mas amplia de la Salud Mental del Ser Humano en el rol del cuidador.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

"Estrategias de afrontamiento en familiares de pacientes con enfermedad mental Centro de Salud Mental Moisés Heresi Arequipa 2012."

1.2 TIPO DE PROBLEMA

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo.

1.3 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Campo : Enfermería
Área : Salud Mental
Línea : Estrategias de afrontamiento

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

1.3.1 Análisis de la variable

Variable: Estrategias de afrontamientos

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
	1. Datos sociodemográficos:	
	- Edad.	25-30 años 31-36 años 37-42 años 43- años a mas
	- Sexo.	- Masculino - Femenino
	- Lugar de nacimiento.	- Arequipa - Puno - Juliaca - Cuzco - Ayacucho - Otros
	- Grado de instrucción.	- Primaria - Secundaria - Estudios superiores - Iletrados
	- Estado marital.	-Soltero -Casado -Viudo -Divorciado -Conviviente
	- Familiar responsable.	- Padre - Madre - Ambos padres - Otros familiares
	- Tiempo de enfermedad del paciente.	- Menos de un año - 1 a 4 años - 5 a10 años - 10 años a mas
Estrategias de afrontamiento	- Estrategias de afrontamiento enfocado al problema - Estrategias de afrontamiento enfocado al área de la emoción - Estrategias de afrontamiento enfocado al área de la percepción.	- No presenta estrategias de afrontamiento. - Presenta eventualmente estrategias de afrontamiento. - Presenta estrategias de afrontamiento.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

1.3.2 Interrogantes básicas

a) ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento en los familiares de pacientes con enfermedad mental del Centro de Salud Mental Moisés Heresi?

b) ¿Cuál de las áreas de las estrategias de afrontamiento según el enfoque es la de mayor deficiencia en los familiares de pacientes con enfermedad mental Centro de Salud Mental Moisés Heresi?

1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La preocupación por la salud y la enfermedad ha sido una constante para el hombre, pues son cualidades inherentes a la naturaleza del ser humano y a su supervivencia, es por lo que esta investigación tiene como propósito describir las estrategias de afrontamiento en los familiares de los pacientes con enfermedad mental del Centro de Salud Mental Moisés Heresi.

Para Salud Mental representa un aporte, ya que se realizará un estudio relacionando con una variable médica, donde los resultados permitirán obtener datos para ser considerados en el curso de las enfermedades mentales. Específicamente es útil identificar las estrategias de afrontamiento ante una enfermedad en particular, debido a que muestra la capacidad por parte del sujeto para realizar de forma inmediata innovaciones psicológicas para sus fines o de resolver problemas mediante la creatividad y cambio de paradigma.

En el aspecto social, para la sensibilización de las familias, como un llamado a integrarse de forma activa con el paciente psiquiátrico, al igual de aquel que está en condición de alta, para ser reinsertado en el grupo familiar y sociedad, en la búsqueda de un mayor nivel de autonomía y mayor bienestar psicológico.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

El afrontamiento que utilizan la familia frente a la crisis podrían jugar un rol en el curso de la enfermedad, de allí el centrarse en ellas. La manera como las personas reaccionan ante una situación estresante recibe el nombre de “estilos de afrontamiento”, la cual es definida por la Lazarus y Folkman como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas especificas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de la cultura del individuo.

Los estudios epidemiológicos realizados en los últimos años indican que la prevalencia de vida de cualquier trastorno mental en el Perú es de 37.9% con pequeñas diferencias entre las poblaciones de costa, sierra, y selva.

La prevalencia actual de cualquier trastorno mental en Lima Metropolitana es de 23.5% (2002), en Sierra 16.2% (2003) y en Selva 15.4% (2004). La información nacional e internacional señala que de cada 1000 personas con problemas de salud mental, 40 llegan a los servicios de salud.

Las cifras de estudios del banco mundial y de la organización mundial de la salud- OMS señalan que dentro de las diez primeras causas de discapacidad entre los 15 y 44 años de edad, el 50% se relaciona con problemas de salud mental, entre los que se encuentran la depresión, la esquizofrenia.[2]

2. OBJETIVOS

- Precisar las estrategias de afrontamiento que utilizan los familiares de pacientes con enfermedad mental en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi.

[2] MINSA. DATOS ESTADÍSTICOS 2002-2004.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

- Identificar cual de las áreas de las estrategias de afrontamiento según el enfoque es la de mayor deficiencia en los familiares de pacientes con enfermedad mental del Centro de Salud Mental Moisés Heresi.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Arcos y Flores citan a Lazarus y Folkman, quienes lo definen como "Los esfuerzos realizados por las personas para manejar, dominar, tolerar, reducir, o minimizar las demandas ambientales y los conflictos que exceden los recursos del sujeto."

Arcos y Flores citan a Everly quien lo define como "Un esfuerzo para reducir o mitigar los efectos aversivos al estrés, estos esfuerzos pueden ser psicológicos o conductuales".

Carpio y Chua refieren que "El afrontamiento se identifica con el comportamiento amplio de las personas ante la diversidad de situaciones y experiencias a las que han de enfrentarse cotidianamente, independientemente de la importancia o significación que pudiera tener objetiva o subjetivamente".

Juárez considera que el afrontamiento "Es un conjunto de procesos cognitivos y conductuales en las que se ponen en juego recursos internos y externos de las personas para dar solución directa o indirecta a un problema que aflige y encontrar su equilibrio".

Arcos y Flores consideran que "Afrontar un problema depende de la naturaleza del mismo así, como de los recursos mentales, emocionales, físicos y sociales que posee la persona".[3]

[3] Arcos y Flores. Definición del Afrontamiento y sobrecarga subjetiva de los cuidadores de pacientes psiquiátricos. Arequipa - Perú 2004

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

3.1.1 Componentes del afrontamiento

Carpio y Chua consideran los siguientes:

- **Rasgo**: Son las características de la persona, es decir, los rasgos de la personalidad los cuales son estables y que actúan como predisponentes para afrontar de una u otra forma los acontecimientos de la vida.

- **Conducta adaptativa:** Es aquel comportamiento que se traduce en respuestas, es decir, que no están controladas conscientemente y que no exigen ningún esfuerzo. La mayoría de las conductas de afrontamiento se convierten en automáticas cuando son aprendidas, por tanto no pueden ser consideradas como respuestas propias del afrontamiento.

- **Resultado o éxito adaptativo:** El afrontamiento en si mismo no garantiza el éxito de una conducta adaptativa ya que la forma de la estrategia empleada puede ser la más adecuada o no.

3.1.2 Funciones del afrontamiento

Carpio y Chua consideran que el afrontamiento debe cumplir con tres funciones fundamentales:

- Hacer frente a las demandas del entorno.
- Crear un grado de motivación para hacer frente a las demandas.
- Mantener un estado de equilibrio psicológico para dirigir los recursos hacia las demandas externas.

3.1.3 Recursos del afrontamiento

Jáureguizar y Espina citan a Marín quien clasifica los recursos de afrontamiento, indicando que cada persona

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

cuenta con más o menos recursos, de los cuales unos serán más efectivo que otros en función a la situación vivida, estas son:

Recursos físicos/ biológicos: Incluye los elementos físicos de la propia persona que contribuyen a un afrontamiento más adecuado: Entorno físico (clima, condiciones de la vivienda, etc.), la salud física, la energía de la persona, fuerza, resistencia, etc.

Recursos psicológicos/ psicosociales: Son las cualidades psicológicas que son importantes en el afrontamiento de una situación estresante, como la capacidad intelectual, autoestima, sentido de control, creencias, capacidad de solución de problemas, autocontrol, etc.

Recursos culturales: Son los recursos relacionados con los valores y los aprendidos por la cultura y sociedad de la que el sujeto forma parte: Normas, creencias, perjuicios, estereotipos, costumbres, etc.

Recursos sociales: Incluye el apoyo social, es un recurso crucial para hacer frente a los estresores.

3.1.4 Determinantes en la respuesta de afrontamiento

Jaureguizar y Espina citan a Marin quien describe una serie de determinantes en la selección de unas u otras respuestas de afrontamiento, estas son:[4]

- La gravedad percibida del estresor: Cuando más grave sea una situación estresante mayor variedad de respuesta de afrontamiento se evocara.

[4] LIPOWSKI. Enfermedad Psicológica y Proceso de Afrontamiento. Psiquiatría Médica. Editorial MC Graw Hill. México 1996.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

- La mutabilidad percibida del estresor: Cuando mayor sea la posibilidad de cambiar la situación percibida, mas respuestas comportamentales se emitirán, si la situación se percibe como inalterable las respuestas de afrontamiento serán de tipo cognitivas (minimizar la situación, reestructuración cognitiva, etc.)

- La remediabilidad percibida: Si se percibe que la situación es remediable se adoptara estrategias de afrontamiento más activas (búsqueda de apoyo, solución de problemas, etc.)

- La dificultad o costo de la respuesta de afrontamiento: Dado que algunas estrategias de afrontamiento requieren más esfuerzo que otras, frente a similares consecuencias, las personas tendrán a elegir aquellas que menor esfuerzo requieran.

3.2 ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

Arcos y Flores refieren que los estilos de afrontamiento se definen como “Formas de tipo personal, en relación con las situaciones como con la frecuencia de uso, para abordar las situaciones, siendo difícilmente modificables”, así mismo, consideran que los estilos de afrontamiento son “Predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de una o más estrategias de afrontamiento”.

3.2.1 Definición de estilos de afrontamiento

“Los estilos de afrontamiento se refieren a predisposición personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Mientras que las

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes.

Entonces los estilos de afrontamiento vienen hacer las inclinaciones de la persona con enfermedad mental ante una determinada situación y la elección de las estrategias reflejan estas inclinaciones. La elección de las estrategias permitirá que la persona con enfermedad mental afronte los múltiples problemas teniendo como resultado final una adaptación o inadaptación.

No puede decirse que una u otra estrategia de un estilo sea mejor o peor que otra, esto depende en definitiva del contexto y del momento en que la misma sea empleada; sin embargo a la hora de evaluar es importante ver si ha cumplido con los objetivos fundamentales.

3.2.2 Clasificación de los estilos de afrontamiento

Estilos de afrontamiento enfocados el área del problema: La persona se centra de hacer frente a la situación y hay una búsqueda deliberada de solución, de recomposición del equilibrio roto por la presencia de la situación estresante. Este tipo de estrategias son:

- Afrontamiento activo: Se refiere a todos los pasos activos para tratar de cambiar las circunstancias estresoras o aminorar sus efectos. Incluyen iniciar la acción directa incrementado los esfuerzos personales.

- La planificación: Conlleva pensar acerca de cómo afrontar el estresor, incluye pensar en todas las estrategias y pasos posibles para obtener una mejor

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

aproximación al problema. Es una actividad focalizada sobre el problema, pero es conceptualmente diferente a ejecutar directamente la acción.

- La supresión de actividades competentes: Implica dejar otros proyectos de lado para evitar llegar a distanciarse con eventos que impidan tratar con el estresor.
- La postergación del afrontamiento: se ha considerado como una respuesta necesaria y funcional al estrés .Conlleva a esperar hasta la oportunidad apropiada para actuar y no de forma prematura.
- La búsqueda de apoyo social por razones instrumentales: Es la búsqueda de consejo, asistencia o información relacionada con el estresor.

Estilos de afrontamiento enfocados al área de la emoción: La persona busca la regulación de las consecuencias emocionales activadas por la presencia de la situación estresante .Si no funcionan o son insuficientes el primer tipo de estrategias, se pretende aminorar el impacto sobre el individuo .Las estrategias son:

- **La búsqueda de apoyo social por razones emocionales:** Es la búsqueda de soporte moral, simpatía y comprensión. Los autores señalan que aun cuando conceptualmente la búsqueda de apoyo social instrumental y emocional es diferente, en la práctica suelen darse simultáneamente.

- **La interpretación positiva y crecimiento:** Su objetivo es el de manejar el distres emocional más que tratar con el estresor. No obstante, el valor de esa tendencia no se limita a la reducción del estrés, mediante ella se puede construir una transacción menos estresante que debería

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

llevar a la persona a intentar acciones de afrontamiento mas centradas en el problema.

- **La aceptación:** Es una respuesta funcional de afrontamiento. Ocurre en una primera aproximación en aquella persona que tiende a aceptar la realidad de la situación estresante e intenta afrontar o tratar la situación.

- **Acudir a la religión:** Puede ser visto como una estrategia ya que puede servir como apoyo emocional para muchas personas .Es el vehículo para algunas personas en el logro posterior de una reinterpretación positiva y el uso de estrategias más activas de afrontamiento.

- **La negación:** Implica ignorar el estresor. Puede en ocasiones, reducir el estrés y favorecer el afrontamiento. Suele surgir de una primera aproximación al evento estresor y puede ser útil en un periodo de transición, pero de mantenerse, impide una aproximación activa.

Estilos de afrontamiento enfocados al área de percepción: Cuando se valora a la percepción como forma básica del afrontamiento. Sus estrategias son:

- **Enfocar y liberar emociones:** Es la tendencia a centrarse en todas las experiencias negativas y exteriorizar esos sentimientos. Este comportamiento puede resultar funcional en un momento específico de mucha tensión, pero centrarse en esas emociones por largos periodos de tiempo pueden impedir la adecuada adaptación o ajuste, pues distrae a los individuos de los esfuerzos de afrontamiento activo.[5]

[5] Caver, Shiere y Weintraub. Cuestionario de Estimación del Afrontamiento de COPE) Estados Unidos de Norteamérica. 1989.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

- **Desentendimiento conductual:** Implica disminuir el esfuerzo para alcanzar los objetivos en los cuales el estresor interfiere.

- **Desentendimiento mental:** Generalmente ocurre previo a la liberación conductual. Consiste en hacer un conjunto de actividades para distraerse y evitar pensar en la dimensión conductual o en la meta con la cual el estresor interfiere.

3.3 FAMILIA

No podemos dar una definición exacta de familia puesto que cada tipo de familia requiere su propia definición. Aunque si conocemos una definición histórica aplicable a todas las familias. Según la enciclopedia Larousse una familia es "un conjunto de personas de la misma sangre, del mismo linaje, de la misma casa".

La familia constituye un elemento fundamental de la persona como tal, puesto que nos formamos en una identidad desde el seno de una familia, lo vivido en el seno de un ambiente familiar ejerce su influencia para la identidad personal de los componentes de ella.

Tenemos que destacar que la familia es un importante instrumento educativo ya que ejerce una gran influencia en la formación del ser, así el hombre puede alcanzar su completo desarrollo intelectual, psicológico y físico.

En la creación del individuo y su búsqueda del "yo" la familia ejercerá un fuerte impacto.

Es el conjunto de individuos que están relacionados entre sí, que interactúan tienen una historia común y han formado una unidad diferenciándose de su entorno creando su propio contexto.

Esta biológicamente, legalmente o es una red social con lazos e ideologías personalmente construidos.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

Además es la institución social básica a partir de la cual se han desarrollado otras instituciones, conforme a la creciente complejidad cultural los ha hecho necesarios.

3.3.1 Tipos de familia

Hoy en día en la sociedad nos podemos encontrar con distintos tipos de familia, para hacer una clasificación nos basaremos en la definición de que una familia es un conjunto de personas pariente o no que viven en una misma casa:

a) **La familia nuclear o elemental**: es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.

b) **La familia extensa o consanguínea**: se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.

c) **La familia monoparental**: es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre; por un embarazo precoz donde se configura otro tipo de familia dentro de la mencionada, la familia de madre

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

soltera; por último da origen a una familia monoparental el fallecimiento de uno de los cónyuges.

d) **La familia de madre soltera**: Familia en la que la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos/as. Generalmente, es la mujer quien la mayoría de las veces asume este rol, pues el hombre se distancia y no reconoce su paternidad por diversos motivos. En este tipo de familia se debe tener presente que hay distinciones pues no es lo mismo ser madre soltera adolescente, joven o adulta.

e) **La familia de padres separados**: Familia en la que los padres se encuentran separados. Se niegan a vivir juntos; no son pareja pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes que estos se encuentren. Por el bien de los hijos/as se niegan a la relación de pareja pero no a la paternidad y maternidad.[6]

3.3.2 Funciones de familia

La familia y su función socializadora

La familia es el principal agente o factor de la Educación, incluso podemos decir que es el factor fundamental del ser humano.

Su función educadora y socializadora está en base a que como institución, supone un conjunto de personas que aceptan, defienden y transmiten una serie de valores y normas interrelacionados a fin de satisfacer diversos objetivos y propósitos.

[6] http://www.monografias.com/trabajos26/tipos-familia/tipos-familia.shtml

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

La meta de la familia es socializar al individuo. En los primeros años de vida el niño está todo el tiempo en contacto con la familia, y se van poniendo los cimientos de su personalidad antes de recibir cualquier otra influencia. Los padres en este proceso de socialización actúan como modelos que los hijos imitan.

Tras los primeros años de influencia familiar, viene la Educación institucional escolar, que cobra gran importancia.

Hay un abandono de la educación familiar en la cultura urbana, esto se debe a aspectos como el trabajo de ambos cónyuges, las distancias, los horarios y el pluriempleo, etc. Y va siendo reemplazada en la faceta educativa por la escuela, las amistades, etc.

El aprendizaje es, junto a la interiorización del otro uno de los dos grandes mecanismos de socialización. El aprendizaje consiste en la adquisición de reflejos, de hábitos, de actitudes, que se fijan en la persona y dirigen su comportamiento. Los procedimientos que se utilizan ahora son: imitación, ensayos y errores, y aplicación de recompensas y castigos a las pulsiones del sujeto.

El proceso de socialización consiste en el hecho de que el individuo aprende por el contacto con la sociedad. El proceso de aprendizaje social se desenvuelve con la gente y entre la gente y por consiguiente, implica siempre relaciones sociales. Se halla el proceso condicionado, por la comunicación de índole interpersonal. Los agentes de socialización están representados por la familia, la escuela, los grupos de edad, los medios de comunicación social, las asociaciones y los grupos. Unos y otros, van dejando su huella en el individuo, en mayor o menor grado, según las

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

circunstancias espacio - temporales en que se efectúe la inserción de las relaciones entre los hombres.

La socialización es un proceso que dura toda la vida e implica una influencia recíproca entre una persona y sus semejantes. La aceptación de las pautas de comportamiento social tiene importancia en el plano objetivo, por la socialización transmite la sociedad su cultura de generación en generación; y en el plano subjetivo nos encontramos ante un proceso que tiene lugar en la persona.

El agente de socialización primero en el orden temporal, y de gran importancia es la familia. En nuestra sociedad, las agrupaciones familiares desempeñan un papel casi insignificante en la vida social del individuo. Los padres ya no aparecen exclusivamente responsables de la Educación de sus hijos; esta función debe ser compartida con el Estado.

De la familia extensa se ha pasado a la familia nuclear. Se habla de una situación de crisis, pero lo cierto es que aun con todos estos cambios, la familia sigue siendo un apreciable agente de socialización ya que a lo largo de su vida, el hombre va compartiendo valores con los miembros de su grupo.

La escuela es uno de los agentes socializadores más eficaces, porque el niño se ve juzgado por patrones diferentes a los del hogar.

La familia y su función educadora

La familia educa múltiples facetas de la personalidad, a distintos niveles. Lo más superficiales de estos niveles (Educación intelectual, Educación cívica, Educación estética,

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

etc.) son los que pueden confiarse a otras instituciones sociales, como a la escuela. Los más fundamentales, en cambio, como la intimidad y el calor familiar, son casi imposibles de ser trasferidos.

Lo que de un modo más insustituible ha de dar la familia a un niño, es la relación afectiva visto esto en mayor medida cuanto más pequeño sea el hijo. En los primeros años de su vida esa corriente afectiva es para él, una verdadera necesidad biológica, como base de la posterior actividad fisiológica y psíquica. Se le inducen actitudes y habilidades necesarias (andar, hablar, respuesta afectiva a la sonrisa, etc.), que, si no se educan en el momento oportuno, luego ya no es posible imprimirlas en el niño.

A medida que el niño va creciendo, cuenta menos el papel condicionante del afecto materno y el familiar para dar creciente entrada a factores externos a la familia, aunque la primera situación nunca llega a romperse del todo.

El papel de la familia consiste en formar los sentimientos, asume este papel no enseñando, sino contentándose con existir, es decir, amando; y la acción educadora se extiende a los padres tanto como a los hijos. Esta formación de los sentimientos abarca: Educación estética, Educación moral y Educación de la sensibilidad. Si en estas cosas falla la familia, es dudoso que alguien más pueda sustituirla. También compete a los padres el educar la voluntad de sus hijos su capacidad de esfuerzo, de entrega y de sacrificio, su espíritu de cooperación y su capacidad para el amor.

Función de definición de status: Al pertenecer a una familia se adquiere un status por edad, sexo, etc. y a través

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

de la familia se adquiere un nivel social, una religión, una clase, una posición en la sociedad, etc.

Función de Protección: La familia es por excelencia la unidad que proporciona a sus miembros protección física, económica y psicológica.[7]

Función Económica: La familia es una unidad económica básica, la cual va a satisfacer las necesidades de los miembros de la familia.

3.3.3 Capacidad de la familia para presentar la situación del paciente Psiquiátrico.

Quispe y Revilla indican que la familia se ve comprometida en la interacción con los problemas del paciente psiquiátrico, esta situación provoca un impacto en todos los miembros de la familia, es por tal motivo que se considera a toda la familia enferma, no obstante, el rol de la familia se enfoca principalmente en la atención del paciente psiquiátrico y con mayor énfasis en las necesidades emocionales del mismo.

Quispe y Revilla citan a Lidz et al. quienes consideran que el entorno familiar presenta las siguientes características:

- Los pacientes psiquiátricos provienen de familias con serios problemas emocionales.

- Los padres se identifican mas con la familia de origen que con su familia, presentan limites sexuales y generacionales poco claros, y a menudo actúan como niños o de forma seductora con sus hijos e invierten a veces sus roles sexuales.

[7] PONCE A. Y COLABORADORES. Hogar y Familia en el Perú. Editorial S.A.G. S.A. Lima 1995.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

- La madre del paciente psiquiátrico suelen ser: Intrusiva, sin una verdadera preocupación por las necesidades con la de sus hijos, da mensajes verbales y empáticos conflictivos, tienen dificultades para reconocer los límites de su yo, trata de vivir su vida atreves de sus hijos, y es restrictiva y poco firme.

  Quispe y Revilla consideran que “Es la respuesta de la familia a la aparición de una sintomatología psiquiátrica en un miembro de esta, lo que produce un desequilibrio familiar”.

  Al comienzo responden con angustia y miedo ya que temen a los desconocido sintiendo sentimiento de culpa (por su responsabilidad en la enfermedad), duelo (por las expectativas y los sueños con respecto al paciente); pasado algún tiempo responden de manera diferente; algunos se acercan más a los pacientes en un intento de protegerlos contra sensaciones de culpabilidad que afectan sus relaciones mutuas, otros se preocupan por el tratamiento del paciente en caso más extremo la familia abandona al familiar afectado.

  El grado de participación de una familia será mayor o menor según sea la capacidad de la familia y las exigencias de la situación, por ello; el apoyo emocional del resto de la familia y de los amigos es un factor positivo, cuando demuestran preocupación por este; lo que origina que el familiar afectado no se sienta abandonado, poco querido, ni tampoco excesivamente protegido; es importante que la familia reconozca los signos de una recaída, entre ellos la disminución de la concentración, la atención, el interés y la motivación; actitud depresiva, problemas de sueño y ansiedad ; no

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

obstante pueden disminuirse durante esta situación sensaciones de culpabilidad.[8]

3.4 ALGUNAS ENFERMEDADES MENTALES

3.4.1 Esquizofrenia

CONCEPTO

Es una de las enfermedades mentales más serias que existen y que ocasionan una gran perturbación en las relaciones sociales, familiares y labores de las personas que la sufren .Suele iniciarse generalmente en la adolescencia, tiene tendencia a hacerse crónica y, hoy en día, no existe un tratamiento curativo, pero es posible alcanzar una remisión efectiva de los síntomas. Es una enfermedad crónica e inhabilitante, que requiere una atención constante. No obstante es tratable con psifármacos, psicoterapia, rehabilitación social y laboral y psicoeducación al paciente y su familia.

Es importante combatir falsas creencias y concienciarse de que si es posible modificar el curso negativo de la enfermedad si esta es afrontada de forma activa y coordinada por parte del paciente, su familia y el equipo terapéutico responsable.

El comienzo de la enfermedad puede ser agudo, es decir, puede comenzar de un momento para otro con una crisis delirante, un estado maniaco, o un cuadro depresivo con contenidos spicóticos.

[8] Quispe y Revilla. Entorno familiar del paciente psiquiátrico. Arequipa - Perú 2004.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

También puede surgir de manera insidiosa o progresiva .La edad de aparición estaba comprometida entre los 15 y los 45 años, aunque suelen comenzar al final de la adolescencia No obstante puede aparecer antes o después, aunque es poco frecuente que surge antes de los 10 años o después de los 50 años.

Es muy importante no olvidar que la persona que tiene esquizofrenia no puede explicar lo que le está sucediendo, tiene miedo de hacerlo o de creer que está enfermo y por lo tanto no pedirá ayuda ni se quejara en la mayoría de los casos de lo que le suceda. Por todo esto la mayor parte de ellos y sobre todo al comienzo de la enfermedad no aceptan tomar medicación ni acudir al especialista.

FORMAS CLÍNICAS DE LA ESQUIZOFRENIA

Se pueden señalar varios tipos de esquizofrenias, las cuales pueden ser de difícil clasificación. También se pueden observar variaciones de tipo a lo largo de la enfermedad según transcurra el tiempo.

A. **Esquizofrenia Paranoide.-** Se caracteriza por el predominio de ideas delirantes y alucinaciones, sobre todo auditivas. Los delirios y las alucinaciones a veces constituyen una unidad. Es la más frecuente, suele iniciarse entre los 20 y 30 años.

B. **Esquizofrenia Catatónica.-** Predominan los trastornos motores," estupor catatónico "es un estado en el que a pesar de tener la conciencia despierta, el enfermo no reacciona a los intentos de entrar en contacto con el.

   Su rostro permanece inmóvil e inexpresivo, no se percibe ningún movimiento interior e incluso fuertes estímulos de

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

dolor pueden no provocar reacción alguna. Se manifiestan en una aceleración del pulso. El pronóstico para este tipo de esquizofrenia suele ser malo.

C. **Esquizofrenia Desorganizada o Hebefrenia.- Predomina** un afecto absurdo, no apropiado, las conductas suelen ser infantiles, el estado de humor es absurdo, existe desinhibición en los sentimientos.

Suelen tener comportamientos extraños, como reír sin motivo aparente y realizar muecas. Suele comenzar en edades tempranas como es la pubertad, por eso reciben el nombre de esquizofrenias juveniles e incluso hay casos en los que la enfermedad viene de la infancia (psicosis infantil). El pronóstico suele ser desfavorable en comparación con las otras esquizofrenias, debido a la personalidad inmadura del enfermo.

CAUSAS DE LA ESQUIZOFRENIA

Actualmente se piensa que la esquizofrenia está producida por una combinación de influencias genéticas y ambientales. Hay muchos genes implicados en el código genético de la estructura y la función del encéfalo. Estudios recientes muestran que algunos genes comienzan a funcionar de forma normal, aunque se pueden hacer anormales en situaciones de estrés.

1. **La enfermedad es familiar.** La esquizofrenia “se da en familias”. Es más probable que haya una recurrencia en una familia que ya tiene un miembro con esquizofrenia, aunque no es un trastorno puramente genético. Los gemelos idénticos no siempre son concordantes (iguales) en relación con la esquizofrenia. Si fuera puramente

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

genética, los gemelos idénticos siempre tendrían o no tendrían los dos la enfermedad y esto no es cierto .Los hermanos de una persona con el transtorno tienen una probabilidad nueve veces mayor de tener esquizofrenia que la población general. Hay un componente genético, aunque la genética no es lo único que influye.

2. **Cambios neuroquímicos.** Es casi seguro que hay diferencias neuroquímicas en los encéfalos de personas con esquizofrenia, especialmente en el hipocampo y el lóbulo frontal. Las principales sustancias neuroquímicas que se han estudiado son los neurotransmisores y sus receptores, especialmente dopamina, noradrenalina, serotonina, GABA (acido – aminobutirico) y glutamato. Es probable que la eficacia de los fármacos antipsicoticos se deba al hecho de que afectan a la función y la disponibilidad de los neurotransmisores.[9]

3. **Cambios de la estructura y la función del encéfalo.** De forma repetida se han encontrado en estudios de imagen cambios estructurales en el encéfalo de pacientes con esquizofrenia. Las alteraciones estructurales incluyen dilatación de los ventrículos cerebrales, disminución del tamaño del sistema límbico y cambio de la estructura celular del hipocampo, la amígdala.

4. **Deterioros cognitivos.** La esquizofrenia afecta a cuatro tipos de función cognitiva (pensamiento): atención, función ejecutiva (pensamiento abstracto y resolución de

[9] Ordaz, B, Terapia ocupacional para la rehabilitación psiquiátrica: Combinado del libro Alfredo Alvares López, La Habana, Cuba – 1996.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

problemas), conciencia de la enfermedad (introspección) y memoria a corto plazo.

Estos deterioros del pensamiento forman parte de la esquizofrenia. Aparecen incluso en personas que no han tomado fármacos, por lo que se deben a efectos colaterales de los fármacos. Es importante señalar que aunque la enfermedad afecta a algunos aspectos de pensamiento, otros aspectos del pensamiento están intactos, como las habilidades del lenguaje, el conocimiento de la información y las capacidades visuales y espaciales.

5. **Alteraciones neurológicas.** La enfermedad puede producir reflejos anormales (como el reflejo de prensión que se encuentra normalmente solo en lactantes) Puede producir confusión entre la derecha y la izquierda e imposibilidad de percibir dos estímulos táctiles simultáneos en el cuerpo. La enfermedad se ha asociado a movimientos oculares anormales (movimiento ocular rápido y parpadeo con una frecuencia excesiva o insuficiente). También es importante señalar que los movimientos corporales anormales pueden estar producidos tanto por la propia enfermedad como por los fármacos que se utilizan para tratarla.

6. **Alteraciones eléctricas del encéfalo.** En el electroencefalograma (EEG) se ha observado que los pacientes con esquizofrenia tienen mayor probabilidad de tener actividad eléctrica anormal en el encéfalo.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

SINTOMATOLOGÍA

Síntomas positivos

Los síntomas positivos (o psicóticos) parecen ser un exceso o una distorsión de las funciones normales. Los síntomas positivos (también llamados psicóticos) incluyen alucinaciones, ideas delirantes y pensamiento desorganizado).

- Las alucinaciones son percepciones sensitivas que parecen reales pero que se producen sin un estímulo externo. El paciente puede no darse cuenta de que no son experiencias sensitivas reales. Las alucinaciones auditivas son el tipo más frecuente en la esquizofrenia, y el paciente con frecuencia las percibe como voces.

  Aproximadamente el 75% de los pacientes con esquizofrenia oye voces en algún momento de la enfermedad. Las alucinaciones visuales son las siguientes en frecuencia. Las alucinaciones también puede ser táctiles (tacto), gustativas (gusto), olfatorias (olfato) o somáticas (referidas a sensaciones corporales, como electricidad).

- Las ideas delirantes son creencias falsas fijas. Estas creencias persisten a pesar de los datos que indican que no son verdaderas. Una creencia delirante no es aceptada habitualmente.

Síntomas negativos

Los síntomas negativos de la esquizofrenia representa otra fuente importante de discapacidad para los pacientes. Al contrario de los síntomas positivos, los síntomas negativos

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

suponen un déficit o una disminución de las funciones normales.

Los síntomas negativos incluyen los siguientes:

- Afecto plano. El afecto es la expresión no verbal de la emoción. La persona que tiene esquizofrenia puede tener disminución de la expresión emocional no verbal (embotamiento) o ausencia de la misma.

  La ausencia de la expresión emocional se denomina afecto plano. Esta persona no tiene ninguna expresión facial ni ningún otro lenguaje corporal que indique sentimientos.

- Alogia. La alogia es la disminución de la cantidad y la riqueza del lenguaje. También se denomina pobreza del lenguaje.se piensa que esta reducción del lenguaje refleja una reducción del pensamiento.

  Una persona con alogia tiene respuestas verbales breves, con poca expresión emocional.

  El lenguaje también puede ser concreto, lo que significa que se limita a objetos prácticos y acontecimientos, careciendo de ideas abstractas.

- Anhedonia. Significa ausencia de la capacidad de sentir placer.[10]

[10] Linda Eby Nancy J. Brown. Cuidados de enfermería en salud mental. 2da edición

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

El tratamiento de la esquizofrenia se basa fundamentalmente en fármacos llamados antipsicóticos, los cuales controlan los síntomas activos, pero es necesario y a la vez complementario que el enfermo reciba un tratamiento psicosocial (psicológico, ocupacional y social), es fundamental que la persona deje de alucinar, de delirar, pero también lo es que recupere sus hábitos de vida, que este durante todo el día ocupado, que tenga su grupo de amigos, es decir, la integración en la sociedad, la normalización.

Medicación antipsicótica: El tratamiento farmacológico de la esquizofrenia se efectúa mediante antipsicóticos.

La esquizofrenia va acompañada de una alteración del metabolismo cerebral, se trata de un funcionamiento excesivo de la dopamina. Los antipsicóticos bloquean el efecto excesivo de la dopamina y restablecen el equilibrio en el metabolismo cerebral.

El efecto de los antipsicóticos se describe como tranquilizador para casos de inquietud motora, conductas agresivas y tensiones interiores. Las alucinaciones, delirios y trastornos esquizofrénicos de la percepción prácticamente desaparecen con los fármacos.

Se distingue dos grandes grupos de antipsicóticos : los llamados clásicos o típicos que se caracterizan por bloquear los receptores dopaminérgicos d2, son muy eficaces en los síntomas positivos, pero provocan bastantes efectos secundarios y los atípicos que actúan sobre receptores serotoninérgicos, produciendo menos efectos secundarios y siendo más eficaces en los síntomas negativos.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

Una innovación importante son los inyectables de depósito, que se aplica via IM y actúan a lo largo de muchos días. Su ventaja se halla en el hecho de garantizar la liberación de la sustancia, posibilidad de reducir la dosis a administrar, nivel de fármaco en plasma predecible y constante, se puede tratar a los pacientes que presentan dificultades de absorción con la medicación oral.

Del mismo modo que los afectados pueden reaccionar en cada caso de manera muy diferente a situaciones de la vida, también varían mucho las reacciones a los antipsicoticos. Los enfermos responden de maneras muy diversas al tratamiento y en ocasiones se pueden producir efectos secundarios más leves o más fuertes.

La mayoría de los efectos secundarios aparecen en las primeras semanas del tratamiento. Hay que mencionar especialmente el cansancio, la sequedad de boca, los mareos y el aturdimiento, los trastornos circulatorios y de la vista, estreñimiento y dificultades para orinar.

Algunos otros efectos secundarios pueden mantenerse por un tiempo más largo o incluso comenzar más tarde. Todos los efectos secundarios están descritos en los papeles de instrucción incluidos en las cajetillas de los medicamentos. A menudo, estas descripciones causan una profunda inseguridad a los afectados y sus familiares, por lo que es muy importante darles informaciones precisas.

Otros efectos secundarios que pueden aparecer son: espasmos musculares, síndrome de parkinson producido por la medicación, Acatisia, los antipsicoticos aumentan la sensibilidad a la luz solar, aumento de peso. Aumento de peso, Limitaciones en el ámbito sexual: a ellas pertenece la

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

pérdida de excitabilidad normal. Pero algunos medicamentos también pueden provocar lo contrario, es decir una excitación constante. Para las mujeres es especialmente tener en cuenta que la toma de antipsicoticos lleva a irregularidades en la menstruación o incluso a amenorreas.

Hay que mencionar que existen contrarestantes para radicar los efectos secundarios, además la terapia farmacológica, para el tratamiento de la esquizofrenia no se basa únicamente en antipsicóticos, estos suelen ir acompañados de antidepresivos, ansioliticos, estabilizadores del humor.

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

Padecer un trastorno psicótico no puede ser el obstáculo que impida el desarrollo de roles sociales valiosos, como el trabajo o al menos una ocupación, vivienda, relaciones interpesonales y afectivas, consideración social y utilización de recursos comunitarios. La rehabilitación se entiende hoy como la proporción de la ayuda que requiere la persona para el desempeño psicosocial.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

Los centros de rehabilitación psicosocial se enmarcan dentro del modelo comunitario, se trabaja con el enfermo en su contexto familiar y no en una institución.

Se va a tratar de disminuir o eliminar el déficit o deterioro en las distintas áreas que impiden una integración normal del paciente en su medio, entrenando las habilidades que le permitan una mayor autonomía e integración social, mejorando la calidad de vida del enfermo y de su entorno social y familiar.

Para cada paciente se realiza un plan individualizado de rehabilitación diferente dependiendo de su enfermedad, estado, deterioro, conductas problemas y situación social y laboral.

Se trabajan las siguientes áreas:

Psicoeducación del paciente y de la familia: Proveer de una información actualizada y comprensible acerca de la enfermedad mental, enseñando a discriminar los síntomas, prodrómos, importancia de la medicación antipsicótica, tomar conciencia de enfermedad, aceptándola y aprendiendo a vivir con ella.

Habilidades sociales: trabajar mediante actividades en grupo técnicas gratificantes y educativas del trato social. Su escalonamiento progresivo va desde la configuración de pequeños grupos para jugar o realizar tareas cooperativas hasta el entrenamiento en habilidades sociales específicas, como pedir favores, aceptar críticas, habilidades conversacionales.

Educación para la salud: fomentar la salud como un bien que se puede obtener activamente, se trabaja mediante

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

módulos, los cuales son: Sexualidad, alimentación, sueño, prevención de la ansiedad, autoestima, autoimagen y capacidades cognitivas.

Orientación y tutoría: orientar y aconsejar acerca de cualquier duda problema que presente el usuario y no pueda ser tratado desde los programas elaborados en el ámbito grupal, evaluar la consecución de los objetivos previamente marcados para el usuario.

Actividades de la vida diaria: la intervención se refiere a provocar la adquisición y mantenimiento de una amplia gama de habilidades necesarias para la vida cotidiana, esto se realiza mediante programas como cuidado personal, actividades domésticas y orientación cultural.

Desenvolvimiento personal: desenvolvimiento del paciente en su ambiente comunitario: realizar trámites de la vida diaria, favorecer su orientación a la realidad social, cultural, deportiva, política y enseñar recursos para buscar empleo.

Actividades deportivas: estimular físicamente al usuario mediante técnicas deportivas al mismo tiempo que se trabajan técnicas de coordinación, trabajo en grupo, aseo e higiene.[11]

3.4.2 Depresión

Se trata de un trastorno emocional que hace que la persona se sienta triste y desganada, experimentando un malestar interior y dificultando sus interacciones con el entorno.

[11] http://www.psicolog-online.com/colaboradores/esther/esquizofrenia1/index.shtml

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

Causas

Las causas de la depresión son variadas, pero la bioquímica puede ayudar a explicar algunos casos. Las personas deprimidas muestran niveles muy altos de cortisol (una hormona) y de varios agentes químicos que actúan en el cerebro, como los neurotransmisores serotonina, dopamina y noradrenalina. Estos niveles pueden estar elevados por motivos hereditarios. Explicaciones dadas al origen familiar de la depresión son que los niños reciban una visión triste del mundo por el comportamiento de sus padres, o crecer en un ambiente que no es totalmente enriquecedor.

Respecto a la depresión que no está causada por motivos familiares, las pérdidas emocionales muy profundas pueden causar cambios bioquímicos que impulsen la depresión. Estos cambios pueden provocar la enfermedad no de una forma inmediata, sino más adelante. Otros factores pueden ser la pérdida de un trabajo, o la falta de capacidad de adaptación a determinados cambios. A pesar de que no se sabe exactamente qué provoca la depresión existen diversos factores identificados como los desequilibrios de los neurotransmisores del cerebro. Los fármacos antidepresivos pueden ayudar a solucionar este problema.

Síntomas de Depresión

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

- Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o enlentecimiento psicomotores.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Prevención

- Tener pensamientos positivos.
- Cuidar la salud física.
- Mantener un calendario diario uniforme.
- Reanudar las responsabilidades forma lenta y gradual.
- Aceptarse a uno mismo. No compararse con otras personas que considera favorecidas.
- Expresar las emociones.
- Seguir en todo momento y hasta el final el tratamiento impuesto.
- Reunirse periódicamente con el terapeuta.
- Comer una dieta equilibrada.
- Hacer ejercicio físico.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

Tipos de Depresión

- La depresión mayor se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren en la capacidad de las personas para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que, en circunstancias normales, deberían resultar placenteras. La depresión suele ocurrir una vez, pero es una enfermedad que suele provocar recaídas a lo largo de la vida.

- La distimia es un tipo de depresión menos grave. Los síntomas se mantienen a largo plazo, pero no evitan la actividad de las personas. También puede ser recurrente, es decir aparecer más de una vez en la vida.

Diagnósticos

La indagación en la historia del paciente es un arma fundamental para que el profesional pueda diagnosticar un caso de depresión. Se debe incluir una historia médica completa, donde se vea cuándo empezaron los síntomas, su duración y también hay que hacer preguntas sobre el uso de drogas, alcohol o si el paciente ha pensado en el suicidio o la muerte. Una evaluación diagnóstica debe incluir un examen del estado mental para determinar si los patrones de habla, pensamiento o memoria se han afectado. Para diagnosticar un trastorno depresivo, se deben de dar en el periodo de dos semanas alguno de los síntomas antes tratados. Uno de ellos debe ser el cambio en el estado de ánimo, pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Tratamiento

El ambiente que rodea a una persona que sufre depresión es fundamental para lograr su rehabilitación. La comprensión

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

y el cariño de los familiares y allegados es importante, como lo es la paciencia, puesto que la falta de ganas y motivación de los enfermos puede provocar la desesperación. Sugerir y no ordenar actividades, proponer y no imponer conversaciones son apoyos básicos a la terapia impuesta por los profesionales. Uno de los problemas más importantes que presenta este grupo es el abandono de las terapias, por lo que es fundamental inducirle a seguir el tratamiento hasta el final.

El tratamiento contra la depresión es de dos tipos: farmacológico y psicoterapia. Dependiendo del problema puede ser necesario uno u otro, o una combinación de los dos. Cuando los casos son graves existe otro tipo: la terapia electroconvulsiva o electroshock. En general, el tratamiento farmacológico es necesario. En una primera fase se medica de forma intensa al enfermo para conseguir que los síntomas desaparezcan y se pueda iniciar la recuperación del enfermo. En una segunda fase se suministran fármacos para impedir la manifestación de la enfermedad.

- **Tratamiento farmacológico con antidepresivos:** Los antidepresivos se utilizan para corregir desequilibrios en los niveles de las sustancias químicas del cerebro, especialmente la serotonina, un químico cerebral que transmite mensajes en el área del cerebro que controla las emociones, la temperatura corporal, el apetito, los niveles hormonales el sueño y la presión sanguínea. Los antidepresivos actúan incrementando los niveles de serotonina en las células del cerebro. Cada clase de antidepresivos lo hace de una forma distinta. No suelen provocar dependencia. Normalmente tienen efecto entre tres y seis semanas después de iniciar el tratamiento. Si

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

no se han producido avances en este tiempo, el médico suele optar por cambiar el tratamiento, añadiendo más dosis u optando por otro antidepresivo. Entre sus efectos secundarios más comunes se encuentran el insomnio, nerviosismo, disfunción sexual, nauseas, mareos y aumento de peso.

- **Psicoterapia:** Su fin es ayudar al paciente a conocerse mejor y cambiar sus malas formas de pensar, sentir y actuar.

- **Terapia electroconvulsiva:** Se utiliza cuando el paciente no puede tomar medicación o no mejora con ella; cuando el riesgo de cometer el suicidio es alto o si existe debilitamiento por otra enfermedad física. [12]

3.5 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SALUD MENTAL EN LA FAMILIA DEL PACIENTE PSIQUIATRICO

La cercanía y el diálogo entre padres e hijos, así como mantener en lo posible una armonía en el hogar, son fundamentales para el desarrollo de la salud mental de los integrantes de una familia. La violencia a la que en ocasiones son expuestos los hijos u otros miembros del hogar puede ocasionar serios trastornos que dejan huella por el resto de la vida. Por ello, hoy en día cobra mayor auge la terapia familiar, ya que mediante esta se puede tratar el problema desde el entorno y así mejorar la calidad de vida no sólo del paciente, sino del núcleo familiar.

La buena salud mental familiar permite que sus miembros se desarrollen adecuadamente y se sientan bien. Si bien la familia es la que brinda a sus integrantes protección, afecto y pertenencia, también puede ser donde nacen muchas de las inseguridades y

12 http://www.dmedicina.com/enfermedades/psiquiatricas/depresion-1

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

problemas. Dadas las circunstancias de la sociedad actual en cuanto al tema de la familia, se debe tomar en cuenta que con la migración, la separación, el divorcio y la conformación de nuevos hogares se ha dado paso a otro modelo familiar que es igualmente válido.[13]

Sin embargo, el hecho de que en el último tiempo se hable más de un incremento de enfermedades mentales en niños, adolescentes y adultos debería llevarnos a reflexionar sobre la importancia de desarrollar un núcleo familiar sano, basado en la comunicación y el respeto y en el que sus integrantes puedan crecer con alta autoestima y seguridad en sí mismos.

“Cuando hablamos de salud mental nos referimos al hecho de mantener el bienestar psicosocial de las personas que viven bajo un mismo techo. El concepto de familia ha variado a lo largo de los últimos años, pero por más que se diga que la familia está en crisis, continúa siendo el contexto donde los miembros adquieren pertenencia, apoyo, protección social y afecto. Es el lugar donde se ama y se es muy feliz, pero también es cierto que puede ser el lugar donde existe mucho dolor e infelicidad”, dice Teresa Maldonado, psicóloga y especialista en terapia familiar.

Hoy en día no se puede encuadrar a la familia en el mismo modelo de familia nuclear que consistía en papá, mamá e hijos. Actualmente es común que existan familias monoparentales, por ejemplo, donde sólo está la mamá o el papá con los hijos; o por la migración ahora se presenta otro modelo en que los niños están a cargo de abuelos, tíos, padrinos, etc. Otro tipo muy vigente en nuestro país es la familia reconstituida, llamada también ensamblada o mixta, en la que se unen parejas que se separaron o divorciaron

[13] MCCLOSKEY Y BULECHECK. Clasificación y Intervención de Enfermería. San Luis – Nueva York. Edición 1996

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

formando otro sistema familiar donde conviven con los hijos de ambos y de sus anteriores relaciones.

“Cualquiera que sea el caso, todas se enmarcan en el concepto de familia ya que de alguna manera hay un lazo afectivo que une a sus miembros y existe una interrelación y dependencia ya que todos viven bajo un mismo techo”, explica la especialista.

Si bien lo ideal es que los miembros de una familia se encuentren en un ambiente de protección, afecto y amor donde eventualmente puede haber problemas, lamentablemente existen familias perturbadas o conflictivas en las que las expresiones de enojo, tristeza, indiferencia o daño son pan de cada día. Los problemas familiares que afectan a personas de todos los países y estratos sociales, pueden traer consecuencias negativas en uno, varios o inclusive en todos sus integrantes. Por ello es que se debe prestar mucha atención y evaluar la relación familiar. Si alguno de sus integrantes está manifestando ciertos síntomas, puede ser que éstos sean un llamado de atención a conflictos en la familia. Lo ideal es buscar ayuda para todo el sistema familiar y no sólo para el miembro que presenta el conflicto o síntoma.

3.6 ROL DE LA ENFERMERA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

PREVENCIÓN:

Prevención Primaria: comienza con la persona sana e impide que esté afectada por un transtorno .Un ejemplo es la educación sobre el abuso de drogas en niños .Aprenden a evitar al consumo de drogas antes de que hayan tenido cualquier problema.

Prevención Secundaria: Incluyen a personas que ya están afectadas por un transtorno. Se las identifica y trata precozmente para prevenir los resultados negativos del transtorno. Un ejemplo es

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

el cribado de la depresión cuando se estudia a las personas y se identifican precozmente los casos de depresión, antes de que la persona haya tenido perdida de trabajo, desesperanza o incluso intento de suicidio.

Prevención terciaria: se dirige a las personas que ya tienen una afectación grave por un transtorno mental .El objetivo es ayudarlas a recuperarse y a prevenir una discapacidad posterior. Un ejemplo de prevención terciaria es una consulta ambulatoria comunitaria a la que pueden acudir los pacientes con esquizofrenia para aprender habilidades de socialización, vida independiente y manejo de la medicación que les ayudaran a permanecer fuera de las instituciones y en sus domicilios.

TRATAMIENTO: En la fase aguda de la enfermedad.

REHABILITACIÓN: De los pacientes, después de que se hayan recuperado de la fase aguda de la enfermedad.[14]

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

TÍTULO: "Sobrecarga del cuidador y calidad de vida en pacientes con Parkinson del Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray – EsSalud"

AUTOR: BELTRAN, A Y LEON R (2009) Trujillo – Perú**.**

CONCLUSIÓN: llevaron a cabo un estudio descriptivo de diseño correlacional, teniendo como resultados que no existe relación significativa entre la sobrecarga del cuidador y la calidad de vida; y que el mayor porcentaje de cuidadores de pacientes con Parkinson presentaron sobrecarga intensa.

[14] Linda Eby Nancy J. Brown. Cuidados de enfermería en salud mental. 2da edición

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

TÍTULO: "Grado de sobrecarga del cuidador principal y nivel de dependencia de personas con alzheimer en la Asociación Peruana de enfermedad de Alzheimer y otras demencias FILIAL – AREQUIPA".

AUTOR: ESCOBEDO, E, GAMARRA, E.Y QUISPE, M (2009) Arequipa – Perú.

CONCLUSIÓN: llevaron a cabo un estudio descriptivo de diseño correlacional, teniendo como resultados que existen relación entre el grado de sobrecarga del cuidador principal y el nivel de dependencia de la persona con Alzheimer, así mismo los cuidadores principales presentaron una sobrecarga intensa en un 80,77%.

TÍTULO: "Nivel de sobrecarga del cuidador principal relacionado con el grado de capacidad funcional del adulto mayor en la jurisdicción del Centro de Salud Mariscal Castilla"

AUTOR: CALISAYA, E. Y LEYVA, E. (2007) Arequipa – Perú.

CONCLUSIÓN: llevaron a cabo un estudio descriptivo de diseño correlacional, teniendo como resultados que existe relación entre el nivel de sobrecarga y el grado de capacidad funcional del adulto mayor, así mismo los cuidadores principales presentaron una sobrecarga intensa en un 74.8% y una sobrecarga leve en un 12.2%

TÍTULO: "Estrés y estrategias de afrontamiento en el familiar del paciente oncológico del Servicio de Oncohematologia HNCASE – EsSalud"

AUTOR: JUAREZ, E. (2006) Arequipa – Perú

CONCLUSIÓN: llevo a cabo un estudio descriptivo de diseño correlacional, teniendo como resultados que existe una relación directa y significativa entre el grado de estrés y las estrategias de afrontamiento del familiar del paciente oncológico, así mismo 95.5% de los familiares de pacientes, presentaron estrés moderado en un 43,9%,seguido de estrés grave en un 41,7%,por otro lado la estrategia de afrontamiento que los

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

familiares mas usaron fue la enfocada al área de la emoción ,negación en un 7O,6%.

TÍTULO: "Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa Alois".

AUTOR: ALONSO, A. y COL (2004) ESPAÑA

CONCLUSIÓN: llevaron a cabo un estudio descriptivo de intervención no controlado, teniendo como resultados que el 72.5%presento sobrecarga al inicio de la intervención, la cual era más elevada cuanto mayor era la edad del cuidador y el 83%de los que presentaban sobrecarga eran mujeres.

TÍTULO: "Niveles de sobrecarga y estilos de afrontamiento en cuidadores de familiares con discapacidad física por lesión neurológica en la Asociación de Limitados Físicos y Mentales (ALFIME) de la ciudad de Envigado- Colombia"

AUTOR: RAMIREZ, G. y RIOS, A. (2004) Medellin – Colombia

CONCLUSIÓN: llevaron a cabo un estudio descriptivo de diseño correlacional, teniendo como resultados que el 91,7% del total de cuidadores evaluados presentaron un nivel de sobrecarga intensa y que utilizaron con mayor frecuencia la estrategia de afrontamiento de la espiritualidad.

TÍTULO : "Afrontamiento y sobrecarga subjetiva de los cuidadores de pacientes con diagnósticos de demencia" en la Asociación Peruana de alzheimer y otras demencias Filial Arequipa ,Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) de EsSalud del Metropolitano, Yanahuara y Edmundo Escomel

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

AUTOR: ARCOS,M y FLORES,G.(2004) Arequipa - Peru

CONCLUSIÓN: llevaron a cabo un estudio descriptivo de diseño correlacional, teniendo como resultado que existe relación entre el afrontamiento y la sobrecarga subjetiva de los cuidadores de pacientes con demencia.

TÍTULO: "Programa de educación sanitaria para familias con hijos adolescentes diagnosticados con Esquizofrenia Paranoide –Centro de Salud de Rehabilitación Mental Moisés Heresi, Arequipa – 2007".

AUTOR: Lc Shaila Herrero Díaz, para optar el titulo de especialidad en Salud Mental.

CONCLUSIÓN: Las familias son las que padecen más de cerca los efectos de la enfermedad de un familiar, esto es especialmente evidente si hablamos de enfermedades mentales. Por eso, desde enfermería se debe considerar el trabajo con la familia como uno de los puntos centrales. La familia es el colaborador natural, nos ayuda a saber como se encuentra el paciente y también es un apoyo en el seguimiento del tratamiento, más aun cuando el paciente a tratar es un adolescente y la comunicación puede resultar difícil.

TÍTULO: "Programa actuales de intervención familiar en Esquizofrenia Jaen – 2001".

AUTOR: Lc Jose A. Muñoz y Lc. Juan F. Gordillo-

CONCLUSIÓN: Se presenta una revisión de los programas de intervención familiar en esquizofrenia realizados desde principios de la década de los 80 y se basan en la teoría de la vulnerabilidad a la esquizofrenia de Zubin y Sring (1977) y en el constructor de Emoción Expresada. El objetivo de todos ellos es la reducción del estrés familiar (concretamente de la Emoción Expresada, en la mayoría de ellos) para así tratar de evitar la recaída.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

TÍTULO: “Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana, Tarapaca – Chile 2004”

AUTOR: Mg. Alejandra Caqueo Urizar y Mg. Serafin Lemos Giradles.

CONCLUSIÓN: En los niveles de calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia, participaron 49 pacientes y 70 familiares de pacientes atendidos por los Servicios de Salud Mental de Tarapaca, Chile.

5. HIPÓTESIS

Dado que las estrategias de afrontamiento son los esfuerzos realizados por la persona para mejorar el cuidado del paciente psiquiátrico, manejar, tolerar o reducir los factores relacionados a la enfermedad mental.

Es probable que los familiares de los pacientes con estas patologías no tengan adecuadas estrategias de afrontamiento.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
MARÍA

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO

- La técnica a utilizar es la entrevista y como instrumento: cédula de entrevista ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO (ESCALA DE COPE).

  Con la escala de estimación de afrontamiento de COPE, se evaluará las diferentes estrategias de afrontamiento que las personas utilizan frente a situaciones estresantes, la calificación de las respuestas se realizara con el puntaje obtenido en la estrategia de acuerdo a las áreas que consta el cuestionario.

  Estrategia enfocado al problema:

	Ítems	**Puntaje**
Afrontamiento activo	(1,14,27,40)	4 – 16 puntos
La planificación	(2,15,28,41)	4 – 16 puntos
La supresión de actividades competentes	(3,16,29,42)	4 - 16 puntos
La postergación del afrontamiento	(4,17,30,43)	4 - 16 puntos
La búsqueda de apoyo social por razones instrumentales	(5,18,31,44)	4 - 16 puntos

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

Estrategia de afrontamientos enfocado al Área de la Emoción:

	Ítems	Puntaje
La búsqueda de apoyo social por razones emocionales	(6,19,32,45)	4 – 16 puntos
La reinterpretación positiva y crecimiento.	(7,20,33,46)	4 – 16 puntos
La aceptación	(8,21,34,47)	4 – 16 puntos
Acudir a la religión	(9,22,35,48)	4 – 16 puntos
La negación	(11,24,37,50)	4 – 16 puntos

Estrategia de afrontamiento enfocado al Área de Percepción:

	Ítems	Puntaje
Enfocar y liberara emociones	(10,23,36,49)	4 – 16puntos
Desentendimiento conductual	(12,25,38,51)	4 – 16 puntos
Desentendimiento mental	(13,26,39,52)	4 – 16 puntos

	Puntaje Mínimo	Puntaje Máximo
No presentan estrategias de afrontamiento.	0	40
Presentan estrategias de afrontamiento eventualmente.	41	70
Presentan estrategias de afrontamiento.	71	80

Criterio de evaluación:

Cada una de las preguntas tiene considerado un puntaje de 1 a 4 donde se clasifican en:

Nunca : 1
A veces : 2
Generalmente : 3
Siempre : 4

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 UBICACIÓN ESPACIAL

El presente trabajo se realizó en consultorio externo y programa de seguimiento del Centro de Salud Mental Moisés Heresi ubicado en AV. Pumacahua s/n Cerro Colorado.

2.2 UBICACIÓN TEMPORAL

La investigación se llevó a cabo del mes de setiembre del 2012 hasta el mes de febrero del 2013.

2.3 UNIDADES DE ESTUDIO

Los 40 familiares que asistieron al centro de salud mental Moisés Heresi en el mes de setiembre 2012 a febrero del 2013.

2.4 CRITERIO DE INCLUSIÓN

Familiares responsables del paciente.

Familiares que deseen participar en el estudio

2.5 CRITERIO DE EXCLUSIÓN

Familiares menores de edad

Familiares de edad senil

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Coordinación con el Director del Centro de Salud Mental Moisés Heresi.
- Coordinación con la Enfermera responsable del Centro de Salud Mental Moisés Heresi
- La recolección de datos se realizó en horario de mañana en el Consultorio Externo del Centro de Salud Mental Moises Heresi.
- El manejo de resultados.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

4. CRONOGRAMA

TIEMPO / ACTIVIDADES	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO
1. Elaboración del proyecto	X					
2. Aprobación del proyecto		X				
3. Planteamiento teórico			X			
4. Recolección de datos				X		
5. Estructuración de resultados					X	
6. Informe final						X

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

TABLA Nº 1

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EDAD, EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA 2012

EDAD	FR	%
25 a 30	04	10 %
31 a 36	09	22.5 %
37 a 42	10	25 %
43 a mas	17	42.5 %
TOTAL	**40**	**100%**

Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras

En la presente tabla se observa que el mayor porcentaje que corresponde al 42.5% se encuentra en el grupo etareo de 43 a más años, el menor porcentaje es de 10% que corresponde a grupo etareo de 25 a 30 años.

De lo que deducimos que casi la mitad de la población de estudio corresponde al grupo etareo de 43 años a más, lo que resulta positivo para el cuidado de los pacientes.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

TABLA Nº 2

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN SEXO, EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA 2012

SEXO	FR	%
Masculino	13	32.5%
Femenino	27	67.5%
TOTAL	**40**	**100%**

Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras

En la presente tabla se observa que el mayor porcentaje es de 67.5% que corresponde al sexo femenino y el menor porcentaje es de 32.5% que corresponde al sexo masculino.

De lo que deducimos que más de la mitad de la población de estudio corresponde al sexo femenino.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

TABLA Nº 3

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA, EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA 2012

LUGAR DE PROCEDENCIA	FR	%
AREQUIPA	28	70%
PUNO	05	12.5 %
JULIACA	01	2.5 %
CUZCO	04	10 %
AYACUCHO	00	0%
OTROS	02	5 %
TOTAL	**40**	**100%**

Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras

En la presente tabla se observa que el mayor porcentaje corresponde al 70% que procede de Arequipa y en un menor porcentaje de 2.5% proceden de Juliaca.

De lo que deducimos que más de la mitad de la población de estudio son de Arequipa, lo que es favorable en la atención de los familiares.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

TABLA Nº 4

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN, EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA 2012

GRADO DE INSTRUCCIÓN	FR	%
Primaria	06	15 %
Secundaria	17	42.5%
Estudios superiores	16	40%
Iletrados	01	2.5%
TOTAL	**40**	**100%**

Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras

En la presente tabla se observa que el mayor porcentaje es el 42.5% que corresponde al grado de instrucción de secundaria y 2.5% es el menor porcentaje que corresponde a iletrados.

De lo que deducimos que casi la mitad de la población de estudio tienen un grado de instrucción de nivel secundaria.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

TABLA Nº 5

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EL ESTADO MARITAL, EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA 2012

ESTADO MARITAL	FR	%
Soltero	11	27.5 %
Casado	14	35 %
Conviviente	09	22.5 %
Divorciado	02	5%
Viudo	04	10 %
TOTAL	**40**	**100%**

Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras

En la presente tabla se observa que el mayor porcentaje es el 35% que corresponde al estado marital casado y en un menor porcentaje de 5% que corresponde a las personas que son divorciadas.

De lo que deducimos que más de la cuarta parte de la población de estudio tienen estado marital casado.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

TABLA Nº 6

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN FAMILIAR RESPONSABLE, EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA 2012

FAMILIAR RESPONSABLE	FR	%
Padre	07	17.5 %
Madre	17	42.5 %
Ambos padres	01	2.5 %
Otros familiares	15	37.5 %
TOTAL	**40**	**100%**

Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras

En la presente tabla se observa que el mayor porcentaje es de 42.5% que corresponde a la Madre y un menor porcentaje de 2.5 % ambos padres.

De lo que deducimos que casi la mitad de la población de estudio, el familiar responsable es la madre ya que es la persona que está más tiempo con el paciente.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

TABLA Nº 7

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD, EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA 2012

TIEMPO DE ENFERMEDAD	FR	%
Menos de un año	11	27.5 %
1 a 4 años	15	37.5 %
5 a 10 años	05	12.5 %
10 años a mas	09	22.5 %
TOTAL	**40**	**100%**

Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras

En la presente tabla se observa que el mayor porcentaje es de 37.5 % corresponde al tiempo de enfermedad de 1 a 4 años y el 12.5 % que es el menor porcentaje corresponde al tiempo de enfermedad de 5 a 10 años.

De lo que deducimos que más de la cuarta parte de la población de estudio tienen un tiempo de enfermedad de 1 a 4 años es por eso, que los resultados muestran que la mayoría de los pacientes son crónicos.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

TABLA Nº 8

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ÁREA ENFOCADO AL PROBLEMA ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA 2012

AREA ENFOCADO AL PROBLEMA	FR	%
No presenta estrategias de afrontamiento	11	27.5%
Presenta estrategias de afrontamiento eventualmente.	24	60%
Presentan estrategias de afrontamiento.	05	12.5%
TOTAL	**40**	**100%**

Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras

En la presente tabla se observa que no presentan estrategias de afrontamiento el 27.5%, eventualmente el 60% presenta estrategias de afrontamiento y el 12.5% tienen o practican estrategias de afrontamiento

De lo que deducimos que más de la mitad de la población de estudio presentan estrategias de afrontamiento eventualmente, no presentan estrategias de afrontamiento más de la cuarta parte de la población de estudio.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

TABLA Nº 9

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ÁREA ENFOCADO A LA EMOCIÓN ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA 2012

AREA ENFOCADO A LA EMOCION	FR	%
No presenta estrategias de afrontamiento	09	22.5%
Presenta estrategias de afrontamiento eventualmente	29	72.5%
Presentan estrategias de afrontamiento	02	5%
TOTAL	**40**	**100%**

Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras

En la presente tabla se observa que el 22.5% no presentan estrategias de afrontamiento, eventualmente el 72.5% presentan estrategias de afrontamiento y el 5% tienen o practican estrategias de afrontamiento.

De lo que deducimos que casi las tres cuartas partes de la población de estudio presentan estrategias de afrontamiento eventualmente y casi la cuarta parte de la población de estudio no presentan estrategias de afrontamiento.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

TABLA Nº 10

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ÁREA ENFOCADO A LA PERCEPCIÓN ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA 2012

AREA ENFOCADO A LA PERCEPCION	FR	%
No presenta estrategias de afrontamiento	16	40%
Presenta estrategias de afrontamiento eventualmente	18	45%
Presentan estrategias de afrontamiento	06	15%
	40	**100%**

Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras

En la presente tabla se observa que el 40% no presentan estrategias de afrontamiento, eventualmente el 45% presentan estrategias de afrontamiento, y un 15% tienen o practican estrategias de afrontamiento.

De lo que deducimos que casi a la mitad de la población de estudio presentan estrategias de afrontamiento eventualmente y más de la cuarta parte de la población de estudio no presentan estrategias de afrontamiento.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

TABLA Nº 11

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ÁREAS DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN LOS FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA 2012

Estrategias de afrontamiento	Área del problema		Área de la emoción		Área de la percepción	
	F	%	F	%	F	%
No presenta estrategias de afrontamiento.	11	27.5%	09	22.5%	16	40%
Presenta estrategias de afrontamiento eventualmente.	24	60%	29	72.5%	18	45%
Presenta estrategias de afrontamiento	05	12.5%	02	0.5%	06	15%
	40	**100%**	**40**	**100%**	**40**	**100%**

Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras

En la presente tabla se observa que en el área del problema el 60%, el área de la emoción el 72.5% y el área de la percepción el 45% presentan estrategias de afrontamiento eventualmente, sin embargo en el área del problema el 27.5%, el área de la emoción el 22.5% y el área de la percepción el 40% no presentan estrategias de afrontamiento.

De lo que deducimos que más de la mitad de la población de estudio de las áreas enfocadas al problema, emoción y percepción presentan estrategias de afrontamiento eventualmente y más de la cuarta parte de la población de estudio no presentan estrategias de afrontamiento.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

CONCLUSIONES

PRIMERA: Según los resultados en relación a características sociodemográficas la población de estudio corresponde en su mayor porcentaje a la edad de 43 a más años, sexo femenino; procedencia Arequipa; grado de instrucción secundaria; estado civil casados; el familiar responsable la madre y el tiempo de enfermedad es de uno a cuatro años.

SEGUNDA: Según los resultados las estrategias de afrontamiento presentes en los familiares de pacientes del Centro de Salud Mental Moisés Heresi son el área enfocado a la emoción, área enfocado al problema y no presentan en el área enfocada a la percepción y de acuerdo a la escala de estimación de afrontamiento de COPE se dan eventualmente.

TERCERA: Según los resultados muestran que las áreas de las estrategias de afrontamiento de mayor deficiencia es el área enfocada a la percepción, siguiendo el área enfocado al problema y área enfocado a la emoción.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Según los resultados, se recomienda al Médico Jefe del Centro de Salud Mental Moisés Heresi coordinar con la Enfermera Jefe de consultorios externos para la ejecución de los programas educativos de Salud Mental y Estrategias de Afrontamiento a los familiares de los pacientes con enfermedad mental.

SEGUNDA: Según los resultados, se recomienda coordinar con la Enfermera Responsable de consultorios externos para programar actividades educativas, tendientes a mejorar los diferentes tipos de estrategias de afrontamiento de los familiares de los pacientes de la Institución.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso, B.O. Actualidad y perspectivas de la rehabilitación psicosocial-cuidado enfermo, Taller Internacional de Reorientación de la Psiquiatría hacia la atención primaria. (Memorias), Editorial Ciencias Medicas, Cuba. 2006.

2. Álvarez, R Salud Publica, Medicina Preventiva, Editorial Manual Moderno, Mexico.2007.

3. COOK Y FONTAINE. Enfermería Psiquiátrica II. Ed. Interamericana. España 1993.

4. COOK, Sue Fontain. Enfermeira psiquiátrica. Editorial Interamericana. Madrid. 2006.

5. Facultad de Enfermería. Revista Salud Progreso y Desarrollo. Volumen 5. 2011.

6. Herrero Díaz Shaila “Programa de educación sanitaria para familias con hijos adolescentes diagnosticados con Esquizofrenia Paranoide- Centro de Rehabilitación Mental Moisés Heresi, Arequipa”.2007.

7. LAZARAUS R. S. Emoción y Adaptación. Nueva Cork. Editorial de la Universidad de Oxford. 1991.

8. Lazaruz, R., Folkman, S Estrés y Procesos Cognitivos. Editorial. Martínez de Roca, Barcelona.2004.

9. LIPOWSKI. Enfermedad Psicológica y Proceso de Afrontamiento. Psiquiatría Médica. Editorial MC Graw Hill. México 1996.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

10. MCCLOSKEY Y BULECHECK. Clasificación e Intervención de Enfermería. San Luis – Nueva York. Edición 1996.

11. MEGIAS, Serrano. Enfermería en psiquiatría y salud mental ediciones DAE grupo Paradigma. España .2002.

12. MINSA.DATOS ESTADÍSTICOS 2002-2003.

13. O'BRIEN, Kennedy. Enfermería psiquiátrica. Editorial Mc Graw Hill. México. 2002.

14. Perez, G., Villalobos, B. Relación entre emoción expresada, estilo afectivo de los familiares y estilo de afrontamiento de pacientes esquizofrénicos, Chile.2000.

15. PONCE A. Y COLABORADORES. Hogar y Familia en el Perú. Editorial S.A.G. S.A. Lima 1995.

16. TORO, Ricardo. Psiquiatría. Editorial. Carvajal. Colombia. 2002.

INTERNET

1. http://www.google.com.pe/

2. www.monografias.com

3. http://es.scribd.com/doc/48705298/Tesis-Olga-Completa

4. http://www.portalesmedicos.com/noticias/estudio_estigma_enfermedad_mental_0604006.htm

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

ANEXOS

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ENTREVISTA

DATOS DE LAS UNIDADES DE ESTUDIO

Edad del cuidador
- 25 - 30 años ( )
- 31 - 36 años ( )
- 37 - 42 años ( )
- 43 - años a mas ( )

- Sexo : ( ) Masculino ( ) Femenino

- Lugar de procedencia :
  - Arequipa ( )
  - Puno ( )
  - Juliaca ( )
  - Cuzco ( )
  - Ayacucho ( )
  - Otros ( )

  Especificar: _____

- Grado de instrucción :
  - ( ) Primaria
  - ( ) Secundaria
  - ( ) Estudios superiores
  - ( ) Iletrados

- Estado marital :
  - ( ) Soltero ( ) Casado
  - ( ) Viudo ( ) Divorciado
  - ( ) Conviviente

- Familiar responsable : Padre ( )
  - Madre ( )
  - Ambos padres ( )
  - Otros familiares ( )

- Tiempo de enfermedad del paciente: Menos de un Año ( )
  - 1 a 4 años ( )
  - 5 a 10 años ( )
  - 10 años a mas ( )

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE COPE FORMA DISPOSICIONAL (CARVER, ET AL)

A continuación se presenta una lista de frases que refleja cómo se sienten algunas personas cuando cuidan a otra persona.

Después de leer cada frase, indique con qué frecuencia se siente usted de esa manera.

	FRASES	Nunca	A veces	General-mente	Siempre
1.	Hago mucho esfuerzo con tal de superar este problema.	1	2	3	4
2.	Trato de encontrar cuales son los pasos que tengo que dar para solucionar este problema.	1	2	3	4
3.	Dejo todo de lado para dedicarme al problema.	1	2	3	4
4.	Me esfuerzo a esperar el momento adecuado para encontrarle una solución a esto que estoy viviendo.	1	2	3	4
5.	Le pregunto a aquellas personas que han pasado por experiencias parecidas “que cosas hicieron”	1	2	3	4
6.	Le cuento a alguien como me siento.	1	2	3	4
7.	Trato de encontrar el lado bueno de lo que estoy viviendo.	1	2	3	4
8.	Aprendo a vivir con este problema.	1	2	3	4
9.	Le pido a Dios que me ayude.	1	2	3	4
10.	Me molesto y expreso todo lo que siento.	1	2	3	4
11.	Me resisto a creer que todo esto haya pasado.	1	2	3	4
12.	Ya no hago ningún esfuerzo para conseguir lo que quiero.	1	2	3	4
13.	Me pongo a trabajar o hacer cualquier cosa para no pensar en el problema.	1	2	3	4
14.	Dedico todas mis fuerzas para hacer algo en relación al problema.	1	2	3	4
15.	Frente a los problemas pienso bien en las cosas que tengo que hacer para solucionarla.	1	2	3	4

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

FRASES		Nunca	A veces	General-mente	Siempre
16.	Me dedico totalmente a este asunto y si hace falta dejo de lado otras cosas.	1	2	3	4
17.	No hago nada hasta que la situación me lo permita	1	2	3	4
18.	Busco a alguien que me aconseje que es lo que tengo que hacer.	1	2	3	4
19.	Busco amigos o parientes que me comprendan.	1	2	3	4
20.	Busco otras formas de entender el problema para que se vea más favorable.	1	2	3	4
21.	Acepto lo que paso y que no puedo cambiarlo.	1	2	3	4
22.	Pongo mi confianza en Dios.	1	2	3	4
23.	Dejo salir todo lo que siento.	1	2	3	4
24.	Me hago la idea que nada ha pasado.	1	2	3	4
25.	Dejo de insistir en lograr lo que quería.	1	2	3	4
26.	Voy a pasear y veo televisión para no pensar tanto en el problema.	1	2	3	4
27.	Hago paso a paso lo que tiene que hacerse para solucionar el problema.	1	2	3	4
28.	Pienso bien que cosas tengo que hacer para solucionar el problema.	1	2	3	4
29.	Trato de no distraerme con otros pensamientos o actividades.	1	2	3	4
30.	Me aseguro de empeorar las cosas por actuar precipitadamente.	1	2	3	4
31.	Hablo con quien pueda darme más información sobre la situación que estoy viviendo.	1	2	3	4
32.	Le cuento a alguien como me siento.	1	2	3	4
33.	Saco algún provecho lo que me está pasando.	1	2	3	4
34.	Me hago a la idea de que el problema ya sucedió.	1	2	3	4
35.	Rato de encontrar consuelo en mi religión.	1	2	3	4
36.	Siento que me altero mucho y que expreso demasiado todo lo que siento.	1	2	3	4

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FRASES		Nunca	A veces	General-mente	Siempre
37.	Hago como si nada hubiera pasado.	1	2	3	4
38.	Reconozco que no puedo con el problema y ya no trato de resolverlo.	1	2	3	4
39.	Sueño despierto sobre todas las cosas diferentes al problema.	1	2	3	4
40.	Hago lo que tengo que hacer para solucionar el problema.	1	2	3	4
41.	Pienso como puedo manejar el problema.	1	2	3	4
42.	Trato de evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos para poder arreglar el problema.	1	2	3	4
43.	Me controlo para no hacer cosas apresuradamente	1	2	3	4
44.	Hablo con quien puede hacer algo preciso sobre el problema.	1	2	3	4
45.	Voy donde alguien que me acepte y me comprenda	1	2	3	4
46.	Trato de que esta experiencia me sirva para cambiar.	1	2	3	4
47.	Acepto la realidad de lo que sucedió.	1	2	3	4
48.	Rezo más que de costumbre.	1	2	3	4
49.	Pierdo el control y me doy cuenta de ello	1	2	3	4
50.	Me digo “no puedo creer que esto me este pasando”	1	2	3	4
51.	Reduzco los esfuerzos que dedico a la solución del problema	1	2	3	4
52.	Duermo más de lo acostumbrado.	1	2	3	4

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI

Consultorios externo del Centro de Salud Mental Moisés Heresi

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

Familiar de un paciente psiquiátrico

Director del Centro de Salud Mental Moisés Heresi, Enfermera responsable
e Investigadoras.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis