Revista Electrónica de Psicología Iztacala

Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 22 No. 2 **Junio de 2019**

ESTRÉS Y MANEJO DEL AFRONTAMIENTO EN CUIDADORES DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS

Laura Amelia Almaguer Mederos[1], Carmen Terea Barroso Pérez[2]
Alexis Lorenzo Ruíz[3], Armando José Amaro Blanco[4] y Yadira Gamboa[5]
Hospital General Docente "Comandante Pinares"
Policlínico de San Cruz de las Pinos
Facultad de Psicología de la Habana
Policlínico Universitario "Camilo Cienfuegos"
Cuba

RESUMEN

Se realizó un estudio con el objetivo de analizar la relación entre el estrés asociado a la tarea de cuidar y el manejo del afrontamiento en cuidadores familiares principales de enfermos esquizofrénicos. La investigación responde a un método cuantitativo de tipo no experimental, transversal, con alcance descriptivo-correlacional y posee un diseño de tipo anidado concurrente. Los resultados muestran mayoría de sujetos con niveles de estrés medio y alto. Las estrategias más empleadas son la expresión emocional y la resolución de problemas. Las estrategias indicativas de un manejo inadecuado del afrontamiento poseen una relación directa y fuerte con el estrés alto; ocurriendo de manera inversa con la mayoría de las estrategias que implican un manejo adecuado, resultando más

[1] Hospital General Docente "Comandante Pinares", San Cristóbal, Artemisa. Lic. en Psicología de la Salud. MsC en Psicología Clínica. Correo Electrónico: lvinent@infomed.sld.cu
[2] Policlínico de San Cruz de Los Pinos, San Cristóbal, Artemisa. Lic. en Psicología. MsC en Psicología Clínica. Correo Electrónico: lvinent@infomed.sld.cu
[3] Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana. Dr. en Ciencias Psicológicas. Jefe de la Disciplina de Psicología Clínica y de la Salud. Correo Electrónico : alexis.lorenzo@psico.uh.cu
[4] Policlínico Universitario "Camilo Cienfuegos", San Cristóbal, Artemisa. Lic. en Psicología. MsC. en Sexualidad. Jefe del Departamento de Salud Mental y Adicciones. Correo Electrónico: armandoja@infomed.sld.cu
[5] Filial de Ciencias Médicas "Manuel Fajardo", San Cristóbal, Artemisa. Lic. en Estadística. Jefa del Departamento de Estadística. Correo Electrónico: lvinent@infomed.sld.cu

fuerte y significativa en cuanto al apoyo social. Estos hallazgos revelan estrategias que pueden constituir factores protectores o de riesgo para el desarrollo de estrés en estos cuidadores. Palabras clave: esquizofrenia, cuidador familiar principal, estrés asociado a la tarea de cuidar, manejo del afrontamiento.

STRESS AND COPPING MANAGEMENT IN CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

ABSTRACT

The study was done with the purpose of analizing relationship between stress associated with the task of caring and management of copping strategies in main family caregivers of schizophrenic patients. It response an a quantitative method, non experimental, transverse, descriptive-correlational, with design of type nested concurrent. Results show majority of subjects with medium and high stress levels. The strategies more used are *emotional expression* and *problems resolution.* The strategies indicative of inadequate management of copping have direct and strong relation with high stress' levels; and it happened in the opposite way with the majority of the strategies of an adequate management of copping, being stronger and significant with social support. This finds reveals strategies that could be protector or risk factors to the development of stress. **Key words:** schizophrenic patients, main family caregiver, stress associated with the task of caring, management of copping.

El acelerado envejecimiento poblacional en muchos países del mundo y el incremento de las enfermedades crónicas potencialmente discapacitantes, han fomentado el desarrollo de investigaciones en torno al proceso de cuidado y al cuidador como individuo afectado en disímiles formas por las demandas de su rol. Estos estudios se realizan frecuentemente en el campo de la geriatría, siendo escasos respecto a patologías de índole psiquiátrica como la esquizofrenia.

La esquizofrenia constituye un trastorno mental grave caracterizado por la presencia de manifestaciones psicóticas, y afecta las diferentes esferas de la personalidad del individuo con una tendencia a evolucionar hacia la cronicidad, implicando diferentes niveles de discapacidad para quien la padece.

Este trastorno psiquiátrico se impone como un gran reto social debido a su incidencia, potencial de cronicidad y severidad, y las importantes consecuencias

que implica para la familia y la sociedad en general por afectar a las personas en la etapa más productiva de la vida, siendo considerado un problema prioritario de la salud mental a nivel mundial (Mesa, 2010).

Los pacientes con esquizofrenia tienen dificultad para dar razón o cuenta de sus propias acciones, algunos van siendo incapaces, e incluso incompetentes, para cuidar de sí mismos, adoptar sus propias decisiones, y puede llegar el momento de tener que declarar legalmente su incompetencia, de modo que sean puestos bajo el cuidado de una persona (Montero, Faure, Fleites y Rodríguez, 2010).

En Cuba, las personas con trastornos psiquiátricos –entre ellos los psicóticos – están institucionalizadas períodos cortos en que transitan por crisis. La atención a estos enfermos se realiza básicamente en los Servicios Comunitarios de Salud Mental, que tienen entre sus funciones asistenciales priorizadas la atención a pacientes psicóticos de larga evolución, de modo que estos permanecen la mayor parte del tiempo en su grupo familiar.

A quien asume la tarea de cuidar se le llama cuidador. Existen múltiples clasificaciones y conceptos de cuidadores, mas en la presente investigación se asume el concepto de cuidador familiar principal ofrecido por Izquierdo (citada por Cruz-Rivas y Ostiguín, 2011), quien lo define como *aquel cuidador familiar principal reconocido como primordial agente que da asistencia básica a los pacientes en su condición de enfermedad crónica. Es el apoyo continuo que lo asiste en lo cotidiano y quien asume las principales decisiones sobre su cuidado.*

Está ampliamente constatado que cuidar es una experiencia estresante, lo que ha llevado a que se considere como uno de los paradigmas fundamentales en el estudio del estrés crónico (Crespo y López, 2007). Se ha encontrado que los niveles de distrés psicológico de los miembros de una familia al cuidado de un esquizofrénico son dos veces más altos que el esperado para la población general (Montaño, 2005).

La evaluación y el estudio del estrés en los cuidadores se ha articulado abundantemente a través de los modelos transaccionales, que suponen que el estrés es un proceso dinámico de interacción entre una persona y su medio

(Pérez, 2008). En este sentido, el Modelo Transaccional de Lazarus y Folkman ajustado a la situación de cuidado resulta completo y factible para la evaluación del proceso de estrés en el cuidador, e incluye en su cuerpo conceptual un conjunto de variables mediadoras del impacto del cuidado, definidas como:

> … *aquellas terceras variables que influyen en la relación entre una variable independiente y otra dependiente, aumentando o disminuyendo los efectos de una sobre otra. Son, en gran medida, las responsables de que los cuidadores, a pesar de encontrarse unos y otros en situaciones parecidas, se vean afectados de manera diferente ante situaciones estresantes aparentemente similares*. (Losada et al., 2005)

Entre dichas variables se destaca el afrontamiento, una de las categorías básicas del modelo transaccional. Los afrontamientos son *esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo* (Lazarus y Folkman, 1986).

Los estilos y las estrategias de afrontamiento han sido los conceptos más empleados para hacer referencia a la forma en que las personas manejan los estresores; estos responden a las dos posturas fundamentales en el abordaje metodológico del fenómeno: enfoque disposicional, y el enfoque de proceso (Lazarus y Folkman, 1986).

Según Pelechano (citado por Cano, Rodríguez y García, 2007), los estilos y las estrategias de afrontamiento no son conceptos contrapuestos, sino complementarios, representando el primero formas estables y consistentes de afrontar el estrés, mientras que el segundo se refiere a acciones más específicas. Sin embargo, la noción de estrategia presenta ventajas con respecto a la de estilo, como su modificabilidad y mayor capacidad predictiva, que la han convertido en más atractiva en el ámbito investigativo, enfoque desde el que es abordado el fenómeno en el presente estudio.

La actual investigación se adscribe al criterio de Lazarus y Folkman de que ninguna estrategia es mejor o peor que otra, pues las consideraciones sobre su adaptatividad deben hacerse de acuerdo al contexto en que se dan (Lazarus y

Folkman, 1986), no obstante se considera que las mismas pueden ser adecuada o inadecuadamente manejadas, visión determinante del abordaje metodológico del fenómeno en el presente estudio.

Considerando lo expuesto, el presente trabajo pretende analizar la relación entre el estrés asociado a la tarea de cuidar y el manejo de afrontamiento que realizan los cuidadores familiares principales de enfermos esquizofrénicos, variables escasamente abordadas en esta población de cuidadores, contribuyendo a la viabilidad de futuros diseños de intervención efectivos para el manejo del fenómeno en la práctica asistencial.

Método

Tipo de estudio:

La investigación responde al método cuantitativo, de tipo no experimental, transversal, con un alcance descriptivo-correlacional y posee un diseño de tipo anidado concurrente.

Participantes:

Del total de enfermos esquizofrénicos del municipio San Cristóbal, correspondiente a 188 (fuente: estadísticas del Centro Comunitario de Salud Mental, año 2016), se seleccionó una muestra no probabilística de 35 sujetos, caracterizada por un predominio de cuidadoras mujeres, desempleadas, adultas mayores, con parentesco de primer grado de consanguinidad – generalmente madres-, que cuidan a enfermos por lo general hombres en la edad media de la vida (Anexo 1).

Materiales e instrumentos.

Entrevista estructurada para la evaluación del estrés asociado a la tarea de cuidar.

Breve guía de entrevista diseñada por Almaguer y Barroso (2012), con el objetivo de explorar el nivel de estrés asociado a la tarea de cuidar. Posee 5 preguntas que exploran: a) nociones sobre el estrés que poseen los cuidadores, b) existencia de vivencia de estrés al menos durante el último mes, c) percepción de los cuidadores de una relación de atribución entre la tarea de cuidar y la vivencia de estrés, d) valoración del sujeto del grado de intensidad de su vivencia de estrés

(estrés alto, medio o bajo) y e) causas a las que atribuyen el grado de intensidad de estrés reconocido.

Inventario de Manifestaciones de Estrés en el Cuidador (IMEC).

Es un instrumento diseñado por Almaguer y Barroso (2012), con el objetivo de explorar manifestaciones de estrés asociadas a la tarea de cuidar al paciente esquizofrénico. Posee una estructura cerrada y un total de 22 ítems. A cada ítem le corresponde opciones positivas o negativas que el sujeto debe seleccionar en dependencia de si atribuye a la tarea de cuidar la causa del malestar reflejado en el ítem específico. Este instrumento no posee una clave de calificación, pues su propósito es obtener una relación de manifestaciones de estrés para complementar el diagnóstico de la entrevista.

Los aspectos explorados son: alteraciones psíquicas y emocionales, somatizaciones físicas del estrés, dificultades en los hábitos de vida y en las relaciones interpersonales.

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CIS).

Elaborado originalmente por Tobin et al. (1989), y adaptado al español por Cano et al. (2007). Este inventario presenta un apartado inicial en el que la persona describe la situación estresante, y 40 ítems con escala tipo Likert de cinco puntos que hace referencia a la frecuencia con que la persona pone en práctica determinada estrategia de afrontamiento. Además incluye un ítem adicional acerca de la autoeficacia percibida del afrontamiento. Las estrategias de afrontamiento son agrupadas jerárquicamente en 8 escalas primarias, 4 secundarias y dos terciarias, que facilitan clasificar el manejo del afrontamiento como adecuado o inadecuado.

Es necesario esclarecer que la consiga del instrumento fue modificada para ajustarla a la situación de cuidado.

Procedimientos.

El proceso de investigación fue efectuado en tres etapas que abarcaron el período de mayo-julio de 2017. La primera etapa correspondió a la recolección de información, realizada en dos sesiones: una para el diagnóstico del estrés asociado a la tarea de cuidar mediante la aplicación de la entrevista y el inventario

IMEC, y otra destinada a la exploración del manejo del afrontamiento a través del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CIS).

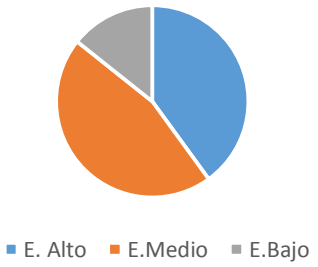
La segunda etapa se destinó al análisis de los datos empleando procedimientos de la estadística descriptiva e inferencial, mediante el paquete estadístico SPSS, y la tercera a la elaboración del informe.

En la realización del estudio se siguieron los principios éticos propios para la investigación con seres humanos. Toda información reflejada en el presente trabajo es completamente verídica.

Resultados.

Los datos muestran mayoría de pacientes con estrés alto y medio, revelando una tendencia al aumento, pues las cifras de estrés medio y alto se están volviendo aproximadas entre sí y distantes cada vez más de las cifras de estrés bajo, comparadas con los resultados obtenidos por Almaguer et al. (2012).

Gráfico 1. Comportamiento del estrés asociado a la tarea de cuidar en cuidadores familiares principales de enfermos esquizofrénicos. San Cristóbal, Artemisa, 2016.



El análisis de la entrevista (Anexo 2) mostró que la mayoría de los cuidadores (85,7%) manifestó nociones adecuadas sobre el estrés, describiéndolo como un fenómeno afectivo en el que intervienen factores objetivos y subjetivos de manera interactiva. El 14,3% que no identifica dicha interacción hace referencia de manera aislada a uno u otro de los factores involucrados en el origen de la vivencia de estrés. El reconocimiento exclusivo de cuestiones objetivas fue expresado únicamente por un sujeto.

Aquellos cuidadores que reconocieron el estrés basándose solo en factores subjetivos (11,4%), exhibieron discursos colmados de detalles, refiriendo estados

emocionales negativos u otro tipo de manifestaciones. Todos presentaron niveles altos de estrés.

Las atribuciones que los sujetos realizan sobre la causalidad de la vivencia de estrés varían en función del grado en que este se expresa.

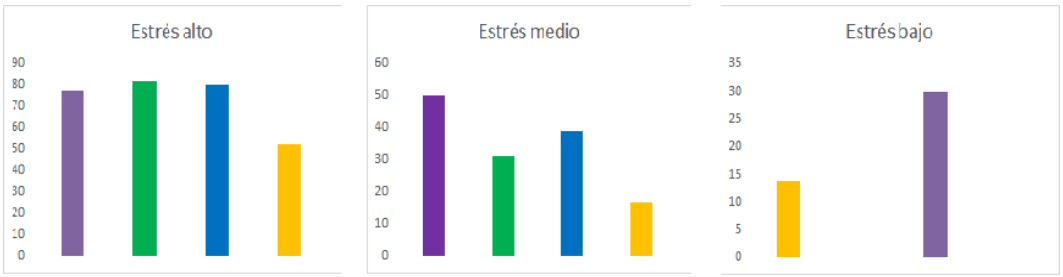
Los sujetos que presentaron estrés alto lo atribuyeron a: las propias responsabilidades como cuidador (78,6%), poca percepción de apoyo social (71,4%), la magnitud e impredictibilidad de las alteraciones de conducta del enfermo (64,3%), temores respecto al enfermo (57,1%), pensamientos predisponentes al estrés (35,7%) y problemas económicos que tienen influencia directa sobre el ejercicio de la tarea de cuidar (28,6%).

Los sujetos con estrés medio lo atribuyeron a las responsabilidades propias como cuidador (75,0%), problemas de conducta del enfermo (68,8%), fuerte vínculo con el paciente (62,5%), consumo de psicofármacos y otras sustancias relajantes (50,0%), percepción de apoyo socio-familiar (43,8%) y habilidades para el autocontrol emocional (37,5%).

Las atribuciones de sujetos con estrés bajo son relativas a sentimientos de resignación (100%), fuerte vínculo afectivo con el paciente (80,0%), tiempo de ejercicio del rol de cuidador vivenciado como aprendizaje (80,0%), poca percepción de alteraciones de conducta del enfermo (60,0%), percepción de apoyo socio-familiar (60,0%) y la fe religiosa (40,0%).

En cuanto a las manifestaciones de estrés se observó variaciones en las dimensiones exploradas según niveles de estrés.

Gráfico 2. Comportamiento de las manifestaciones de estrés según niveles en los que se expresa el fenómeno en cuidadores familiares principales de enfermos esquizofrénicos.



Leyenda: alteraciones psicoemocionales somatizaciones alteraciones en los hábitos de vida dificultades en la relaciones interpersonales.

Los sujetos con estrés alto realizaron mayor cantidad de selecciones en todas las dimensiones del inventario, observándose más en este grupo las somatizaciones (82,1%), seguidas por las alteraciones en los hábitos de vida (80,3%), las alteraciones psicoemocionales (77,5%), y dificultades en las relaciones interpersonales ubicadas en última instancia (52,4%).

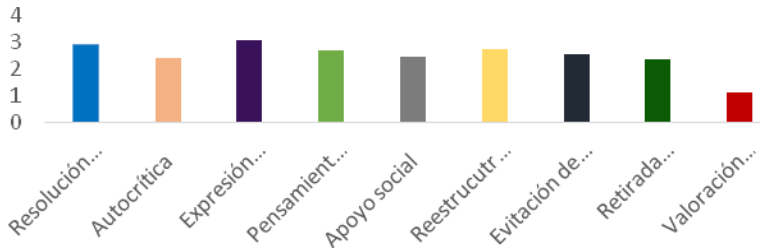
En los sujetos con estrés medio resultaron más frecuentes las alteraciones psicoemocionales (50,0%) y las alteraciones en los hábitos de vida (39,1%), desplazando a un tercer lugar las somatizaciones (31,9%), siendo menos representativas las dificultades en las relaciones interpersonales (16,7%). Mientras que los sujetos con estrés bajo solo hacen referencia a las alteraciones psicoemocionales (30,0%) y a las dificultades en las relaciones interpersonales (13,8%).

En la descripción de la situación a afrontar (Anexo 3) se constató que los sujetos con estrés alto hacen más referencia a las responsabilidades del cuidado (64,3%) - con un matiz afectivo de saturación-, mientras que los que reportan estrés medio aluden más al manejo de síntomas y comportamientos problemáticos o sus consecuencias (43,7%) y aquellos con estrés bajo refieren fundamentalmente situaciones conflictivas que comprometen la función de cuidado (40,0%).

El análisis del manejo del afrontamiento mostró que la mayoría de las estrategias exploradas se expresaron en valores que oscilan entre 2 y 3 puntos, indicando un uso de las estrategias de afrontamiento entre *bastante* y *mucho*. Las estrategias que más se estacan son la *expresión emocional* ($m_{=}$ 3,1) y la

resolución de problemas ($m_{=}$ 2,93), que constituyen formas de manejo adecuado centradas en la emoción y en el problema. La valoración de capacidad de afrontamiento presentó una media de 1,14, indicativa de la poca capacidad para el manejo de la situación estresante percibida por los sujetos.

Gráfico 3. Comportamiento de las estrategias de afrontamiento en los cuidadores principales familiares de enfermos esquizofrénicos del municipio San Cristóbal, Artemisa, 2016.



La prueba de correlación Rho de Spearman muestra que todas las estrategias indicativas de un manejo inadecuado del afrontamiento, poseen una relación directa y fuerte con el estrés alto; ocurriendo de manera inversa con la mayoría de las estrategias que implican un manejo adecuado – con excepción de la *resolución de problemas* -, resultando más fuerte y significativa en cuanto al *apoyo social*.

Las correlaciones en el caso de los sujetos con estrés medio no resultan esclarecedoras, pues poseen una relación inversa y débil con casi todas las estrategias independientemente de su adecuación, exceptuando el *apoyo social* en la que la relación es directa.

En los sujetos con estrés bajo se observa una correlación inversa, significativa y fuerte con todas las estrategias indicativas de un manejo inadecuado, resultando de manera opuesta en cuanto a las estrategias de manejo adecuado, pues la mayoría, exceptuando la *resolución de problemas*, poseen una relación directa y fuerte con el estrés bajo, siendo la *reestructuración cognitiva* la más significativa, secundada por la *búsqueda de apoyo social*.

Tabla 19. Resultados de la prueba de correlación Rho de Spearman.

Estrategias de afrontamiento	Estrés Alto	Estrés Medio	Estrés Bajo
Resolución de Problemas	,531**	-,169**	-,502**
Autocrítica	,858**	-,413**	-,613**
Expresión Emocional	-,024	-,195	,311
Pensamiento Desiderativo	,858**	-,413**	-,613**
Apoyo Social	-,856**	,413**	,612**
Reestructuración Cognitiva	-,430**	-,015**	,623**
Evitación de Problemas	,784**	-,343**	-,610**
Retirada Social	,817**	-,373**	-,613**

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Comentarios.

Los resultados del actual estudio reflejan que el estrés asociado a la tarea de cuidar que presentan los cuidadores principales de enfermos esquizofrénicos es considerable. Estos hallazgos son consistentes con los observados en investigaciones realizadas por autores como Castilla et. al., 1998; Caqueo, 2008; Almaguer et al, 2012; Flores, Rivas y Seguel, 2012; Algora, 2014 y Carretero, Garcés y Ródenas (sin año).

Los cuidadores con estrés alto realizaron atribuciones sobre el grado de la vivencia de estrés similares a las detectadas por Conde (2013), ratificándose las

responsabilidades del cuidado como principal generador de estrés, mientras que las alteraciones de conducta del enfermo fue desplazada a un tercer lugar en la jerarquía, antecedida por la poca percepción de apoyo social.

Peñaranda (2008) reconoce que la gravedad de la carga o estrés del cuidador se relaciona con la intensidad de los síntomas y problemas de conducta del enfermo, sin embargo, los hallazgos de este estudio no concuerdan con estos planteamientos. El hecho de que haya sido superada esta causa por las responsabilidades propias del cuidado y la poca percepción de apoyo social puede estar indicando que los sujetos suelen estar más sobrecargados por las exigencias de lidiar cotidianamente con una tarea ante en la que son o creen ser poco apoyados, que por las alteraciones de conducta del enfermo, que aunque intensas, resultan esporádicas.

Los pensamientos irracionales y la tendencia a adelantarse a los acontecimientos obtuvieron mayor porcentaje en comparación a los resultados de Almaguer et al. (2012) – aunque desplazados en el orden jerárquico-, lo que sugiere que los cuidadores están más centrados en las cuestiones objetivas de la tarea de cuidar y el estrés asociado a ello que en la propia subjetividad.

La vivencia de temores se reitera, ocupando el cuarto lugar en la jerarquía de atribuciones. Estos están frecuentemente relacionados al futuro del enfermo cuando el cuidador no esté o no pueda desempeñar el rol, resultados compatibles con los obtenidos por Guzmán y Guzmán (2014), quienes afirman que el 67% de los cuidadores poseen temores por el futuro del enfermo con una alta frecuencia. Según Montaño (2005), la preocupación común de la mayoría de los cuidadores familiares – fundamentalmente padres- es qué le pasará al paciente cuando ellos estén demasiado viejos o enfermos para atenderlo o cuando mueran.

También se destaca la identificación de problemas económicos, con un porcentaje superior a los obtenidos en investigaciones efectuadas por Almaguer et al. (2012) y Conde (2013). Algora Gayán (sin año), refiere la reforma psiquiátrica exige cada vez más a la familia el papel de cuidadora y esto repercute en la economía familiar, y según Correa, Romero y Camargo (2011), el malestar emocional de los cuidadores a menudo se relaciona con problemas económicos.

Se observa en las atribuciones que realizan los sujetos con estrés medio imbricación de factores negativos y positivos, lo que es coherente con una vivencia moderada de estrés, no obstante, los aspectos negativos asumen los primeros lugares de la organización jerárquica, apreciándose incremento en el consumo de psicofármacos y otras sustancias con un porcentaje indicativo de que la mitad de los cuidadores las consumen para lidiar con las consecuencias del estrés. Guzmán y Guzmán (2014), reconocen entre los principales riesgos para la salud de los cuidadores el consumo abusivo de sustancias, en primera instancia de fármacos (ansiolíticos y antidepresivos), llegando a ser vulnerables al consumo de otras como el alcohol.

La organización jerárquica de atribuciones en sujetos con estrés bajo fue similar a la obtenida por Almaguer et al. (2012), con la diferencia de que en el actual estudio se aprecia un ligero incremento de la percepción de apoyo socio-familiar, y son estos los que más buscan el mismo como estrategia de afrontamiento al estrés. La fe religiosa, fue desplazada a último lugar de la jerarquía, lo que dista de hallazgos como los alanzados por Torres y Pinilla (2003), que refieren que el 100% de los cuidadores practica alguna religión, siendo la católica la más frecuente. La diferencia puede ser explicada por las diferencias culturales en cuanto a religiosidad en diferentes contextos.

Los sentimientos de resignación se expresan exclusivamente en cuidadores con bajo estrés, sugerente de que en estos sujetos han desaparecido los sentimientos de impotencia típicos de luchar contra una situación que se halla fuera del control del individuo.

El vínculo afectivo también se encuentra entre las principales causas a las que los cuidadores atribuyeron su bajo estrés. Estos resultados se alejaron de los referidos por Pérez (2008), quien reconoce que los vínculos afectivos entre el cuidador y el receptor del cuidado se relacionan con la alta intensidad de la carga o estrés del cuidador. La ausencia de esta atribución en sujetos con estrés alto sugiere que estos están tan centrados en los aspectos negativos de la experiencia que olvidan los afectos.

Sumarizando este aspecto, puede afirmarse que los sujetos con estrés alto realizan atribuciones completamente negativas, los que presentan estrés medio imbrican en sus discursos aspectos negativos y positivos, mientras que aquellos con bajo estrés solo refieren elementos positivos. Las responsabilidades propias del ejercicio del rol de cuidador parecen ser las más vinculadas a la vivencia de estrés alto y moderado, mientras que los sentimientos de resignación podrían explicar, parcialmente, la baja percepción de estrés en estos cuidadores.

Los resultados obtenidos en las manifestaciones de estrés revela que las alteraciones psicoemocionales y las dificultades en las relaciones interpersonales pueden estar presentes en mayor o menor medida en los sujetos estresados independientemente del grado de la vivencia de estrés; sin embargo, las somatizaciones y las alteraciones en los hábitos de vida son típicas de los niveles de estrés alto y moderado.

Respecto a las somatizaciones, los hallazgos obtenidos son similares a los alcanzados por Guzmán y Guzmán (2014), quienes constataron en sus resultados las somatizaciones como manifestaciones típicas del estrés, expresándose en más de la mitad de los sujetos estudiados. Esto resulta comprensible, pues las somatizaciones son respuestas del organismo que suelen expresarse a modo de síntomas como consecuencia de un sobre-esfuerzo para lidiar con determinada situación estresante que por sus características o duración ha desbordado los recursos del individuo, como ocurre en la fase de agotamiento del Síndrome General de Adaptación planteado por Selye (Grau et al., 2005).

De manera general, los resultados obtenidos reafirman una vez más a la situación de cuidado como una situación de estrés crónico. Labrador (citado por Grau et al., 2005) incluye la duración entre las características que suelen contribuir al carácter estresante de una determinada situación, alegando que mientras más duradera sea esta mayores serán las consecuencias para el individuo; sin embargo, Grau et al. (2005), defiende que la repetitividad causa habituación y por lo tanto disminuye el carácter estresante de una situación.

Los hallazgos de esta investigación se alejan de esta segunda idea, lo cual puede estar explicado por las particularidades del cuidado de un enfermo

esquizofrénico, en la que se distinguen varios de los factores situacionales referidos por Lazarus (1986), que ejercen influencia en la evaluación que realiza el individuo, tales como:

- Novedad de la situación: incluso si el diagnóstico es el mismo y las características de la patología describan un cuadro relativamente estable, el enfermo puede mostrar modificaciones en los síntomas y el cuidador está en espera de ello.
- Predictibilidad e incertidumbre del acontecimiento: por lo general el cuidador no sabe qué esperar del enfermo, cómo puede empeorar o mejorar o qué tipo de cambios presentará en las manifestaciones de sus síntomas y cómo manejarlos.
- Factores temporales: tales como la duración de la situación (generalmente crónica, pues la enfermedad que la determina también lo es), e incertidumbre temporal (en qué momento pueden cambiar las cosas).

La habituación al estrés – y su consecuente disminución- no es un resultado directo de la duración de la situación sino según criterios de Lazarus (1999), puede ser también una consecuencia del afrontamiento, especialmente del afrontamiento cognitivo, tipo de afrontamiento que en el presente estudio correlacionó de forma directa y significativa solo con el estrés bajo, lo que es coherente con lo anteriormente expuesto y pudiera explicar parcialmente que en los sujetos con estrés medio y alto no haya habituación y por tanto disminución del estrés.

El análisis del afrontamiento mostró la *expresión emocional* como la estrategia de afrontamiento más empleada por los cuidadores independientemente del nivel de estrés vivenciado. Si bien es aceptado que la expresión de las emociones constituye un manejo adecuado centrado en las emociones, cabe cuestionarse el tono afectivo con que esta expresión emocional tiene lugar, que en caso de ser negativo puede incrementar la vivencia de estrés mediante un mecanismo de retroalimentación. Desatender la información extraverbal entre otros aspectos de importancia implica riesgo de confundir *expresión emocional* con *emoción expresada (EE),* actitud dañina ampliamente estudiada en familiares de enfermos

esquizofrénicos por su potencial psicopatogénico, predictor de recaídas y estimulante del estrés tanto en el paciente como en el cuidador.

El *pensamiento desiderativo* y la *autocrítica*, estrategias más relacionadas con el estrés alto, indican que estos sujetos no han aceptado completamente la situación o algunos componentes de ella y que están insatisfechos con el desempeño del rol de cuidador.

El pensamiento desiderativo puede ser considerado un mecanismo inmaduro -y por tanto poco eficaz-, según criterios de McCrae (citado por Lazarus, 1986) cuando hace referencia a las "fantasía de evasión", esta estrategia puede estar asociada al empleo de otras la evitación, o funcionar como un mecanismo de defensa a la frustración que pueden presentar los cuidadores como consecuencia de la amenaza a un compromiso, según sugieren Barker, Dembo y Lewin (citados por Lazarus, 1986). Por otra parte, la autocrítica puede estar relacionada con expectativas poco realistas sobre la autoeficacia en el desempeño del rol de cuidador.

Los sujetos con estrés alto suelen ser los más confrontadores, pues hacen mayor uso de la estrategia *resolución de problemas*, indicativa de un manejo adecuado del afrontamiento centrado en el problema. Autores como Haley et al. y Vitaliano et al. (citados por Pérez, 2008), han sugerido que el afrontamiento orientado al problema es más efectivo que el centrado en la emoción, mas si bien es cierto que la no actuación ante un problema puede perpetuarlo y contribuir a la cronicidad del estrés, la resolución de problemas puede resultar no tan adecuada para todos los sujetos, pues en el amplio espectro de circunstancias que conforman la situación de cuidado, es probable que la conducta más protectora para la salud no sea la confrontación constante de los problemas.

El proceso de afrontamiento incluye un continuo ir y venir desde la con-frontación o esfuerzo a la retirada, que según criterios de Klinger (citado por Lazarus, 1986) representa un importante recurso natural para prevenir el desmoronamiento. El hecho de que esta estrategia sea menos empleada por aquellos con bajo estrés puede ser explicado por la realización de este balance

confrontación-retirada, y también por los sentimientos de resignación encontrados en las atribuciones previamente analizadas.

La estrategia menos usada por sujetos con estrés alto fue la *búsqueda de apoyo social*, lo que resulta coherente con las atribuciones de estrés que realizan estos sujetos. También ha de considerarse que las dificultades en las relaciones interpersonales observadas en las manifestaciones de estrés pueden influir negativamente en la implementación de esta estrategia.

En aquellos con bajo estrés se destaca como más representativa la *reestructuración cognitiva*, lo cual resulta comprensible, pues el proceso de estrés está determinado por valoraciones cognitivas. Es esperable que sujetos con la capacidad de reevaluar y hacer modificaciones en sus pensamientos sobre la situación problemática manifiesten menos vivencia de estrés que aquellos que no la poseen. Boowala y Schütz (citados por Pérez, 2008), han identificado que las estrategias de afrontamiento de tipo cognitivo son las que han logrado reducir el impacto de las demandas del cuidado en el cuidador.

Estos cuidadores son los que mayor uso hacen de la *búsqueda de apoyo social*, lo que es coherente con lo debatido en las atribuciones de estrés que realizan los mismos. El afrontamiento y la actitud ante la búsqueda del apoyo social están relacionados. Que un sujeto utilice o no de una manera efectiva el apoyo social durante un *life event*, va a deberse tanto de la disponibilidad del apoyo como de las competencias personales para emplear ese apoyo, así también como de los patrones de afrontamiento desarrollados previamente (García, 2009).

En el estudio efectuado no fue posible establecer las escalas secundarias y terciarias propuestas por el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CIS), pues los sujetos estudiados no realizaron manejos completamente adecuados o inadecuados; sin embargo, se constató que aquellas estrategias indicativas de un manejo inadecuado correlacionaron de manera fuerte y significativa con el estrés alto, mientras que las estrategias de manejo adecuado lo hicieron con el estrés bajo.

Sumarizando, los resultados obtenidos sugieren que el *pensamiento desiderativo* y la *autocrítica* constituyen manejos inadecuados que predisponen al

estrés alto, mientras que la *reestructuración cognitiva* y la *búsqueda de apoyo* social parecen resultar factores protectores, resultando la *resolución de problemas* y la *expresión emocional* debatibles en función del grado de estrés que presente el individuo y de la adecuación en la comunicación de los estados afectivos.

Referencias Bibliográficas.

Algora Gayán, J. (2014). El cuidador del enfermo esquizofrénico: obrecarga y estado de salud. Recuperado de: www.anesm.org/.../1-El-cuidador-del-enfermo-esquizofrenicosobrecarga...

Almaguer Mederos, L., Barroso Pérez, C., y Lorenzo Ruiz, A. (2012). *Habilidades para el cuidado y estrés asociado a la tarea de cuidar en cuidadores principales de enfermos esquizofrénicos.* Artemisa.

Cano García, J., Rodríguez Franco, L., y García Martínez, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas de la Epecialidad de Psiquiatría*, 29-39. Recuperado de: www.researchgate.net/...Garcia-Martinez/...Inventario_de_Estrategias_de...

Caqueo Urízar, A. (2008). Calidad de vida y funcionamiento famliar de pacientes con esquizofrenia de una comunidad latinoamericana. *Revista Psicothema*. Recuperado de: http://www.psicothema.com

Carretero Gómez, S., Garcés Ferrer, J., y Ródenas Rigla, F. (sin año). *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial* . Recuperado de: *envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/polibienestar-sobrecarga-01.pdf*

Castilla, A. e. (1998). Carga familiar en una muestra de pacientes con tratamiento ambulatorio. *Revista Española de Neuropsiquiatría*. Recuperado de: http://es.scribd.com/ommalagon/d/36133731-La-Carga-Familiar-en-La-Esquizofrenia

Conde Borrego, C., Barroso Pérez, C.T., Almaguer Mederos, L.A. (2013). Afrontamiento, apoyo social y estrés en cuidadores principales de enfermos esquizofrénicos. Tesis para optar por el título de Licenciatura en Psicología de la Salud. Archivo de la Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa.

Correa Uribe, M., Romero Guevara, S., y Cmargo Ramírez, M. (2011). Caracteríticas y percepciones de las cuidadoras de familiares con enfermedad crónica. *Revista UIS Humanidades*, 135-151. Recuperado de: *revistas.uis.edu.co › Inicio › Vol. 39, núm. 1 (2011)*

Crespo López, M., y López Martínez, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener s bienestar".* Madrid.Recuperado de: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/apoyocuidadores.pdf

Cruz Rivas Herrera, J. (2011). Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico? *Revista Medicina Universitaria ENEO-UNAM*.Recuperado de: www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741838007

Flores, E., Rivas, E., y Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol de cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería*, 29-41. Recuperado de: *www.scielo.cl/pdf/cienf/v18n1/art_04.pdf*

García Losa, E. (2009). Apoyo social: estructura, función y repercusión en el espectro esquizofrénico. *Psiquiatría.Com*. Recuperado de: https://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/download/.../483

Grau Abalo, J., Hernández Meléndez, E., y Villarroel, V. (2005). Estrés, salutogénesis y vulnerabilidad. En J. Grau Abalo, & E. Hernández Meléndez, *Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones.* Guadalajara.

Guzmán López, E., y Guzmán Rojas, A. (Ibague). *Manifestaciones del síndrome del cuidador en familiares de pacientes con enfermedades crónicas discapacitantes vinculados a COOMEVA EPS SECCIONAL IBAGUE.* 2014. Recuperado de: *repository.unad.edu.co/handle/10596/2623*

Lazarus, R. (1999). *Estrés y Emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud. .* Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

Lazarus, R., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos.* Barcelona, España.

Mesa Castillo, S. (2010). Aspectos biopsicosociales de la esquizofrenia. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*. Recuperado de: *http://*www.revistahph.sld.cu/hph0110/hph10110.html.

Montaño Ferrufino, E. (2005). Esquizofrenia: problema en la familia. *Consenso Internacional de Esquizofrenia.* Santa Cruz de la Sierra. Recuperado de: www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php/articulos.php?method...id*...*

Montero Gutiérrez, M., Faure Vidal, A., Fleites Mesa, N., y Rodríguez Cerero, I. (2010). Caracterización de los pacientes con esquizofrenia. *Revista del Hospital Psquiátrico de La Habana*. Recuperado de: http://www.revistahph.sld.cu./hph0310/hph01310.html.

Pérez Peñaranda, A. (2008). *Dependencia, cuidado informal y función familiar. Análisis a través del modelo sociocultural de estrés y afrontamiento.* Salamanca. Recuperado de. http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/tesis-perezdependencia.pdf

Torres, A., y Pinilla, M. (2003). El perfil de los cuidadores de enfermos mentales. *Investigación en Enfermería: Imágen y Desarrollo*, 11-17. Recuperado de: *www.redalyc.org/pdf/1452/145226758006.pdf*

Anexo 1.

Tabla 1. Distribución de pacientes esquizofrénicos según género. San Cristóbal 2016.

Género	**No**	**%**
Femenino	14	40,0
Masculino	21	60,0
Total	**35**	**100,0**

Tabla 2. Distribución de pacientes esquizofrénicos según edad. San Cristóbal 2016.

Rangos etáreos	**No**	**%**
20-39	7	20,0
40-59	20	57,1
60 y más	8	22,9
Total	**35**	**100,0**

Tabla 3. Distribución de los cuidadores según género. San Cristóbal 2016.

Género	**No**	**%**
Femenino	32	91,4
Masculino	3	8,6
Total	**35**	**100,0**

Tabla 4. Distribución de los cuidadores de pacientes esquizofrénicos según edad. San Cristóbal 2016.

Rangos etáreos	**No**	**%**
20-39	8	22,9
40-59	12	34,3

60 y más	15	42,8
Total	**31**	**100,0**

Tabla 5. Distribución de los cuidadores de enfermos esquizofrénicos según el tiempo de ejercicio del rol de cuidador principal. San Cristóbal 2016.

Tiempo de ejercicio	**No**	**%**
1-5 años	3	9,7
6-10 años	8	25,8
11-15 años	6	12,9
16-20 años	8	22,6
20 y más	10	29,0
Total	**35**	**100,0**

Tabla 6. Distribución de cuidadores de enfermos esquizofrénicos según nivel de instrucción. San Cristóbal 2016.

Nivel de instrucción	**N°**	**%**
Primario	10	28,5
Secundario	8	22,9
Preuniversitario o técnico	10	28,5
Universitario	7	20,0
Total	**35**	**100,0**

Tabla 7. 2016. Distribución de los cuidadores de pacientes esquizofrénicos según situación laboral. San Cristóbal.

Situación laboral	**No**	**%**
Trabajador	12	34,3

No trabajador	23	65,7
Total	**35**	**100,0**

Tabla 8. Distribución de los cuidadores de pacientes esquizofrénicos según relación de parentesco con el receptor del cuidado. San Cristóbal 2016.

Relación de parentesco	**N°**	**%**
Madre	11	31,4
Hija (o)	9	25,7
Hermana (o)	8	22,6
Abuela	1	2,9
Tía	1	2,9
Sobrina	1	2,9
Esposa	1	2,9
Nuera	3	8,6
Total	**35**	**100,0**

Anexo 2.

Análisis de la información derivada de la entrevista para el diagnóstico del estrés asociado a la tarea de cuidar.

Tabla 1. Nociones sobre estrés que poseen los cuidadores principales de enfermos esquizofrénicos.

Nociones	**N°**	**%**
Reconocimientos del estrés como proceso que imbrica factores objetivos y subjetivos	30	85,7%
Reconocimiento exclusivo de los factores subjetivos	4	11,4%
Reconocimiento exclusivo de los factores objetivos	1	2,9%

Tabla 2. Reconocimiento de vivencia de estrés en el último mes y su vinculación con la tarea de cuidar.

Sujetos	**Reconocimiento de la vivencia de estrés**		**Vinculación a la tarea de cuidar**	
	Si	No	Si	No
No	35		35	
%	100%		100%	

Tabla 3. Valoración de la intensidad de la vivencia de estrés que realizan los cuidadores principales de enfermos esquizofrénicos.

Valoración de la vivencia de estrés	**N°**	**%**
Intensa	14	40,0%
Moderada	16	45,7%
Escasa	5	14,3%

Tabla 4. Atribuciones que realizan los cuidadores que manifiestan niveles altos de estrés.

Atribuciones	**%**
Las propias responsabilidades como cuidador	(78,6%)
Poca percepción de apoyo social	(71,4%)
La magnitud e impredictibilidad de las alteraciones de conducta del enfermo	(64,3%)
Vivencia de temores por diversos motivos (altercados de violencia familiar o en el contexto de la comunidad, vagabundeo, problemas legales y de la conducta sexual del enfermo)	(57,1%)
Reconocimiento de pensamientos predisponentes al estrés, generalmente negativos y de carácter anticipatorio	(35,7%)
Problemas económicos que tienen influencia directa sobre el ejercicio de la tarea de cuidar	(28,6%)

Tabla 5. Atribuciones que realizan los cuidadores que manifiestan niveles medios de estrés.

Atribuciones	**%**
Responsabilidades propias como cuidador	(75,0%)
Problemas de conducta del enfermo	(68,8%)
Fuerte vínculo afectivo con el paciente	(62,5%)
Consumo de psicofármacos y otras sustancias relajantes	(50,0%)
Percepción de apoyo socio-familiar	(43,8%)
Habilidades para el autocontrol emocional	(37,5%)

Tabla 6. Atribuciones que realizan los cuidadores que manifiestan niveles de estrés bajo.

Atribuciones	**%**
Sentimientos de resignación	(100,0%)
Fuerte vínculo afectivo con el paciente	(80,0%)
Tiempo de ejercicio del rol de cuidador vivenciado como aprendizaje	(80,0%)
Poca percepción de alteraciones de conducta del enfermo	(60,0%)
Percepción de apoyo socio-familiar	(60,0%)
La fe religiosa	(40,0%)

Anexo 3.

Tabla 18. Análisis de las situaciones descritas como estresantes por los cuidadores en el CIS.

Tipo de situación	**Estrés Alto**		**Estrés Medio**		**Estrés Bajo**	
	Nº	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**
Situaciones relacionadas con las responsabilidades del cuidado	9	64,3%	5	31,3%	1	20,0%
Situaciones relativas al manejo de síntomas y comportamientos problemáticos del enfermo o sus consecuencias.	5	35,7%	7	43,7%	2	40,0%
Situaciones conflictivas que comprometen el cuidado.	0	0%	4	25,0%	2	40,0%
Total	14	100%	16	100%	**5**	**100%**