



Vol. 16 No. 2

Junio de 2013

HABILIDADES PARA EL CUIDADO Y ESTRÉS ASOCIADO A LA TAREA DE CUIDAR QUE POSEEN LOS CUIDADORES DE ENFERMOS ESQUIZOFRÉNICOS

Laura Amelia Almaguer Mederos¹, Carmen Teresa Barroso Pérez², Armando José Amaro Blanco³, Alexis Lorenzo Ruiz⁴, Yadira Gamboa Díaz⁵

Facultada de Psicología
Universidad de La Habana
Cuba

RESUMEN

Se realizó un estudio no experimental, descriptivo-correlacional y transversal con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de desarrollo de las habilidades para el cuidado y el nivel de estrés asociado a la tarea de cuidar que presentan los cuidadores de enfermos esquizofrénicos del municipio San Cristóbal, provincia de Artemisa, Cuba, en el período de marzo a mayo del 2012. Para la realización de la investigación se correlacionaron los resultados de las mediciones ejecutadas en dos momentos distintos, de las habilidades para el cuidado efectuadas mediante los cuestionarios Conocimientos sobre la Enfermedad y la Tarea de Cuidar al Enfermo Esquizofrénico (CETCE), Habilidades

¹ Licenciada en Psicología de la Salud. Correo electrónico: imary@fcsh.edu.cu

² Master en Psicología Clínica. Profesora auxiliar de la Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa. Policlínico comunitario de Santa Cruz de los Pinos, San Cristóbal. Provincia de Artemisa, Cuba.

³ Master en Sexualidad. Profesor auxiliar de la Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa. Filial Universitaria Municipal "Manuel Piti Fajardo", San Cristóbal. Provincia de Artemisa, Cuba. Correo electrónico: arandom@infomed.sld.cu

⁴ Doctor en Psicología. Profesor titular de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana, Cuba. Correo electrónico: alexis.lorenzo@psico.uh.cu

⁵ Profesora asistente del Departamento de Estadística de Filial Universitaria Municipal "Manuel Piti Fajardo", San Cristóbal, Artemisa. Provincia de Artemisa, Cuba.

Emocionales para el Cuidado del Enfermo Esquizofrénico (HECE) y Habilidades Conductuales para el Cuidado del Enfermo Esquizofrénico (HCCE), y de los niveles de estrés asociado a la tarea de cuidar mediante la aplicación de una entrevista semi-estructurada y el Inventario de Manifestaciones de Estrés Asociado al Cuidado (IMEC), a una muestra de 31 cuidadores de enfermos esquizofrénicos. Los resultados obtenidos mostraron predominio de niveles de desarrollo insuficiente y medio de las habilidades para el cuidado y niveles alto y medio de estrés, y la relación entre ambas variables fue inversa, es decir, que menores niveles de desarrollo de las habilidades para el cuidado se relacionaron con mayores niveles de estrés asociado a la tarea de cuidar, aunque es preciso aclarar que esta relación no fue estadísticamente significativa para este grupo de estudio.

Palabras clave: habilidades para el cuidado, estrés asociado a la tarea de cuidar, cuidadores principales, enfermos esquizofrénicos.

ABILITIES FOR THE CARE AND ASSOCIATED STRESS TO THE TASK OF TAKING CARE THAT SCHIZOPHRENIC PATIENTS'S CARE TAKERS HAVE

ABSTRACT

A non-experimental, descriptive co relational and transversal experimental study was carried out to determine the level of development of the skills for patient care; the main schizophrenic patients care takers of the San Cristobal municipality in the province of Artemisa, Cuba, have, in the period from January to march 2012. For the realization of this investigation the results of the measurements executed in two different moments of the abilities for the care made by means of questionnaire for the knowledge about illness and tasks of taking care of the schizophrenic patient (CETCE in Spanish), emotional abilities for the care of schizophrenic patients (HECE) and Behavioral abilities for the care of the schizophrenic patients (HCCE) and of the stress levels associated to the task of taking care by means of the application of a semi structured interview and the inventory of manifestations of stress associated to the patient care (IMEC) were correlated To the sample of 31 caretakers of schizophrenic patients. The obtained results showed a prevalence of insufficient levels of development of the abilities for the care and high and half levels of stress associated to the tasks of taking care and the relationship among both variables was inversed. It is to say, that smaller levels of development of the abilities of the care were

related to high of stress associated to the task of taking care, although it is necessary to clarify that this relationship was not satisfactorily significant for this study group.

Key words: Abilities for the care, stress associate to the task of taking care, main caretakers, and schizophrenic patients.

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a millones de personas en todo el mundo. De acuerdo con una revisión de un centenar de investigaciones epidemiológicas, este trastorno acontece en todas las poblaciones, con una prevalencia en un rango de 0,2 a 2% y una incidencia anual de aproximadamente 1 por 1000 (Caqueo y Lemos, 2008). El trastorno parece tener una distribución uniforme en todo el mundo, aunque pueden existir algunas bolsas de prevalencia elevada o baja (Guía práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia, 2003).

Este tipo de trastorno psiquiátrico se impone como un gran reto social debido a su incidencia, su 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 – en el 75% de los casos los primeros síntomas enfermedad aparecen entre los 16 y 25 años de edad- limitando sus estudios, el trabajo y la vida social plena, por lo que es considerada una de las enfermedades más invalidantes de los seres humanos (Mesa, 2010).

Los pacientes con esta enfermedad tienen dificultad para dar razón o cuenta de sus propias acciones, algunos van siendo incapaces, e incluso incompetentes para cuidar de sí mismos, para 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, los enfermos con trastornos psiquiátricos – fundamentalmente psicóticos- solo están institucionalizados por períodos relativamente cortos en que transitan por crisis. La atención a estos pacientes se realiza fundamentalmente en los Centros Comunitarios de Salud Mental (CCSM), de modo que permanecen la mayor parte del tiempo insertados en su grupo familiar y comunitario.

Aunque en la literatura sobre el tema se reconoce la modalidad de atención comunitaria como más efectiva, también se ha señalado la sobrecarga que para la familia supone el mantenimiento del paciente psicótico en la comunidad (Castilla, López, Chavarra, Sanjun, Canut, Martínez, y Cáceres, 1998). En la mayoría de los casos este cambio – la desinstitucionalización- no ha sido acompañado de intervenciones para la instrucción de los familiares sobre la enfermedad y las estrategias de afrontamiento necesarias para optimizar el desempeño del rol de cuidador (Reinare, Vieta, Colom, Martínez-Arán, Torrent, Comes, Sánchez-Moreno, Goikolea y Benabarre, 2004).

El cuidador es *aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de las actividades vitales o de sus relaciones sociales* ⁽⁶⁾. Aprender a ser cuidador no surge de forma automática y en ocasiones no resulta nada sencillo, pues esta tarea no siempre es fácil y en numerosas ocasiones supone una notable fuente de estrés.

Una mirada a los estudios sobre estrés en cuidadores muestra abundancia en el abordaje del cuidado en relación con la demencia y los adultos mayores dependientes de manera general, una tendencia a enfocar el estrés desde la perspectiva de *carga*, y a evaluar aspectos como las variables contextuales de la situación de cuidado, las manifestaciones psicoemocionales del estrés y el apoyo social con que cuentan estos cuidadores. La esquizofrenia y las habilidades para el cuidado resultan temas escasamente desarrollados en este ámbito investigativo, más aún la relación entre ambos.

En América Latina los principales trabajos investigativos sobre las habilidades para el cuidado han sido llevados a cabo en Colombia, específicamente por la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional. Barrera, Blanco de Camargo, Figueroa, Pinto y Sánchez (2006), realizan una aproximación a la definición de las habilidades para el cuidado, describiéndolas como *el potencial de cuidado que tiene una persona adulta que asume el rol de cuidador principal de un familiar o persona significativa que se encuentra en situación de enfermedad crónica discapacitante* (Barrera y cols., 2006). En nuestra

investigación nos acogemos a este concepto pero establecemos subvariables distintas, y entendemos las habilidades para el cuidado como un tipo de habilidades específicas, estrechamente vinculadas al tipo de enfermedad discapacitante de que se trate.

La situación de cuidado demanda la puesta en práctica de funciones de las diferentes esferas de la personalidad (cognitiva, afectiva y conductual) del sujeto que asume el rol de cuidador; en este sentido, hacemos la propuesta de incluir dentro de las habilidades para el cuidado los *conocimientos sobre la enfermedad y la tarea de cuidar*, contemplándolos como una subvariable definida como *la información sobre la enfermedad y la tarea de cuidar que posee la persona que desempeña el rol de cuidador*; las *habilidades emocionales para el cuidado*, entendidas como *recursos de carácter afectivo que el cuidador posee y pone en práctica en el afrontamiento de las demandas y presiones que implica la situación de cuidado*; y las habilidades conductuales para el cuidado concebidas como *los recursos de carácter conductual y comunicacional que el cuidador posee y de los cuales se vale para un mejor manejo del enfermo*.

Cuidar a una persona dependiente supone tener que hacer frente a una gran cantidad de tareas que desbordan con frecuencia las posibilidades reales del cuidador. 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, ya que por lo general tiende a ser una situación continua y de larga duración (Crespo y López, 2006).

Algunos estudios demuestran que las familias de los esquizofrénicos están sobrecargadas, tanto por el malestar subjetivo que les ocasiona la conducta del enfermo y la ausencia de un desempeño adecuado de sus papeles sociales, como por los problemas que los pacientes crean en la vida habitual de las mismas, lo que las coloca en una situación de estrés crónico (Castilla y cols., 1998).

En la presente investigación nos acogemos al concepto de estrés propuesto por los autores cubanos Zaldívar y cols. (1996) quienes lo definen como un *estado vivencial displacentero sostenido en el tiempo, acompañado en mayor o menor medida de trastornos psicofisiológicos, que surgen en un individuo como*

consecuencia de la alteración de sus relaciones con el ambiente que imponen al sujeto demandas o exigencias las cuales objetiva o subjetivamente resultan amenazantes y sobre las cuales tiene o cree tener poco o ningún control (Zaldívar, Guevara y Roca, 1996).

La atención integral a los enfermos esquizofrénicos y sus cuidadores ha sido reconocida como una necesidad y constituye uno de los lineamientos de trabajo que se ha propuesto en sus proyecciones de desarrollo la salud pública cubana hasta el 2015 (Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el año 2015).

A tal objetivo responde el presente estudio, proponiéndose como *objetivo de investigación*: Determinar la relación entre el nivel de desarrollo de las habilidades para el cuidado y el nivel de estrés asociado a la tarea de cuidar que presentan los cuidadores principales de enfermos esquizofrénicos del municipio de San Cristóbal, en la provincia de Artemisa.

La hipótesis de investigación planteada fue: A menor nivel de desarrollo de las habilidades para el cuidado, mayor nivel de estrés vinculado a la tarea de cuidar.

MÉTODO

Se trata de un estudio no experimental, cuanti-cualitativo, transversal y descriptivo-correlacional. Del total de cuidadores de pacientes esquizofrénico del municipio San Cristóbal, correspondiente a 186 sujetos (fuente: estadísticas del Centro Comunitario de Salud Mental), se seleccionó una muestra no probabilística, intencional de sujetos tipo de 31 cuidadores de esquizofrénicos atendiendo a los siguientes criterios muestrales:

Criterios de inclusión:

Relativos al cuidador:

- Reconocerse como el cuidador informal principal del enfermo esquizofrénico.
- Llevar más de un año en el desempeño del rol de cuidador del enfermo esquizofrénico.

- Residir en zonas urbanas del municipio.
- Tener disposición a participar en la investigación.

Relativos al receptor del cuidado:

• Funcionar bajo niveles de discapacidad seria o muy seria – según las pautas de valoración psiquiátrica de discapacidades establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las áreas específicas de funcionamiento que abarca - que fundamenten la necesidad de un cuidador.

Criterios de exclusión:

- Relativos al cuidador:

- Presencia de algún trastorno mental o discapacidad.
- Ser responsable del cuidado de otra persona discapacitada.

- Relativos al receptor del cuidado:

- Presentar además otro tipo de discapacidad.
- Que esté transitando por una crisis en los momentos de la aplicación del estudio.

La comprobación del cumplimiento de dichos criterios se llevó a cabo mediante la realización de una breve entrevista semi-estructurada, y apoyándonos en criterios de la trabajadora social del Centro Comunitario de Salud Mental, los médicos y enfermeras de la familia y líderes formales e informales de la comunidad.

La muestra estuvo constituida por cuidadores de pacientes con esquizofrenia paranoide por ser esta la tipología más frecuente en la población; pacientes con otras tipologías no fueron suficientes para la selección de una muestra homogénea, además de no cumplir con los criterios muestrales establecidos.

Entre las características fundamentales del grupo de estudio se pudo apreciar un predominio del sexo femenino, representado fundamentalmente por madres e hijas cuidadoras en su mayoría con más de 20 años de experiencia en la tarea de cuidar y con edad comprendidas entre la edad media y la tercera edad con mayor número de adultas mayores, los niveles de instrucción más frecuentes

fueron el primario y secundario, y la mayoría de los cuidadores no poseían vínculo laboral.

Técnicas y procedimientos seguidos con los pacientes.

En el presente estudio se siguieron los principios éticos propios para la investigación con seres humanos. Los sujetos ofrecieron su consentimiento para la participación. Fueron informados sobre los objetivos del trabajo, sus derechos como participantes y de las garantías de confidencialidad y manejo de la información solo por personal autorizado con fines propiamente investigativos.

La evaluación de las habilidades para el cuidado se efectuó mediante la integración de la información obtenida de los cuestionarios orientados a la exploración de las subvariables que la componen (CETCE, HECE y HCCE).

Materiales:

El cuestionario CETCE está compuesto por 11 preguntas que abordan los 11 indicadores que constituyen la subvariable:

- Características generales de la esquizofrenia.
- Causalidad de la enfermedad.
- Tipología de enfermedad que posee el paciente y sus características esenciales.
- Síntomas de la enfermedad.
- Aspectos que determinan la evolución negativa de la enfermedad.
- Crisis y los factores que las determinan.
- Recursos asistenciales que pueden ser empleados en el tratamiento del enfermo esquizofrénico.
- Aspectos relativos a la medicación del enfermo (los nombres de los medicamentos que consume el paciente, las medidas a tener en cuenta para su administración, los posibles efectos secundarios y la conducta a seguir ante los mismos)
- Peculiaridades de los hábitos de vida de los enfermos esquizofrénicos.

- Peculiaridades del desempeño personal y social del enfermo esquizofrénico.

- El propósito fundamental de la tarea de cuidar.

- Las tareas y responsabilidades que debe cumplir el cuidador de un enfermo esquizofrénico.

Sus resultados se expresan en:

- Conocimientos suficientes: entre 17 y 22 puntos.

- Conocimientos medianamente suficientes: entre 11 y 16 puntos.

- Conocimientos insuficientes: puntuación inferior a 11 puntos.

El cuestionario HECE está compuesto por 6 preguntas que abordan los 5 indicadores que componen la subvariable:

Dimensión intrapersonal: relativa a las propias emociones y sentimientos del cuidador. Incluye los siguientes indicadores:

- Reconocer las emociones y sentimientos que le generan los síntomas y comportamientos problemáticos del paciente y las exigencias propias de la tarea de cuidar.

- Identificar la frecuencia e intensidad de tales emociones y sentimientos.

- Controlar tales emociones y sentimientos.

Dimensión interpersonal: relativa a la conducta del cuidador respecto a las emociones y sentimientos del enfermo esquizofrénico. Incluye los siguientes indicadores:

- Reconocer las emociones y sentimientos del paciente.

- Emitir conductas ajustadas ante dichas emociones y sentimientos.

Sus resultados se expresan en:

- Desarrollo suficiente de habilidades emocionales para el cuidado: Cuando el sujeto posee desarrollo de las habilidades intrapersonales y las interpersonales

- Desarrollo insuficiente de habilidades emocionales para el cuidado: Cuando el sujeto posee solo una de las habilidades emocionales o ninguna de estas.

El cuestionario HCCE está compuesto por 4 preguntas que abordan los 4 indicadores que constituyen la subvariable:

- Conducta habitual del cuidador en la relación con el paciente esquizofrénico.
- Habilidades conductuales del cuidador para el manejo de los síntomas y comportamientos problemáticos del paciente esquizofrénico.
- Habilidades conductuales del cuidador para el manejo de situaciones más cotidianas de la tarea de cuidar al paciente esquizofrénico.
- Habilidades comunicativas que posee el cuidador y pone en práctica en el manejo del paciente esquizofrénico.

El instrumento se expresa en:

- Desarrollo suficiente de las habilidades conductuales para el cuidado: entre 6 y 8 puntos.
- Desarrollo medio de las habilidades conductuales para el cuidado: entre 4 y 5 puntos.
- Desarrollo insuficiente de las habilidades conductuales para el cuidado: puntuación inferior a 4 puntos.

Como las subvariables se expresan en diferentes niveles de desarrollo, para arribar a la expresión final de la variable se estableció el siguiente procedimiento:

Cada calificación de *Desarrollo suficiente* obtenida en cada uno de los cuestionarios es equivalente a 2 puntos.

Cada calificación de *Desarrollo medio* obtenida en cada uno de los cuestionarios es equivalente a 1 punto.

Cada calificación de *Desarrollo insuficiente* obtenida en los cuestionarios es equivalente a 0 puntos.

En el caso del Cuestionario para la exploración de Habilidades Emocionales para el Cuidado del enfermo Esquizofrénico (HECE), que explora las habilidades emocionales de los cuidadores, no existe una calificación de *Desarrollo medio*, por

tanto solo se toman en cuenta las calificaciones de *Desarrollo suficiente* y *Desarrollo insuficiente*

Los puntos obtenidos son sumados para llegar a la expresión final de la variable *habilidades para el cuidado*:

- Desarrollo suficiente de habilidades para el cuidado: entre 5 y 6 puntos.
- Desarrollo medio de habilidades para el cuidado: entre 3 y 4 puntos.
- Desarrollo insuficiente de habilidades para el cuidado: puntuación inferior a los 3 puntos.

La evaluación del estrés asociado a la tarea de cuidar se efectuó mediante la integración de la información obtenida por medio de una entrevista estructurada para la evaluación del estrés vinculado a la tarea de cuidar (Anexo 1) y el Inventario de Manifestaciones de Estrés vinculado a la tarea de Cuidar IMEC (Anexo 2).

La entrevista posee 5 preguntas que exploran los siguientes aspectos:

- Representación que los cuidadores poseen del estrés.
- Existencia de vivencia de estrés desde el último mes.
- Existencia de una relación de atribución entre la tarea de cuidar y la vivencia de estrés.
- Valoración del sujeto del grado de severidad de su vivencia de estrés (estrés alto, medio o bajo)
- Causas que determinan el grado de severidad de estrés reconocido.

El Inventario de Manifestaciones de Estrés vinculado a la tarea de Cuidar (IMEC) es un instrumento diseñado 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 19 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, con el

objetivo de establecer una relación clara entre las manifestaciones de estrés y la tarea de cuidar.

Los aspectos explorados son:

- Alteraciones psíquicas y emocionales: g, j, k, l, m, ñ, r, s, t, u, n, p y q
- Somatizaciones físicas del estrés: b y f
- Dificultades en los hábitos de vida: a, d, e, i
- Dificultades en las relaciones interpersonales: c, h y o

Este instrumento no posee una clave de calificación, pues su propósito es obtener una relación de manifestaciones de estrés para complementar el diagnóstico de nivel de estrés de los cuidadores de pacientes esquizofrénicos obtenido en la entrevista.

Los resultados del estrés asociado a la tarea de cuidar se expresan en los siguientes niveles:

- Estrés alto: Cuando los sujetos refieren en la entrevista la vivencia estrés asociado a la tarea de cuidar y la valoran como grave o fuerte, y realizan selecciones de manifestaciones de estrés atribuibles a la tarea de cuidar en el inventario que así lo confirme.

- Estrés medio: Cuando los sujetos refieren en la entrevista la vivencia de estrés asociado a la tarea de cuidar y la valoran como media o regular, y realizan selecciones de manifestaciones de estrés atribuibles a la tarea de cuidar en el inventario que así lo confirme.

- Estrés bajo: Cuando los sujetos no refieren en la entrevista vivencia de estrés asociado al cuidado o la valoran como escasa, y realizan pocas o nulas selecciones de manifestaciones de estrés atribuibles a la tarea de cuidar en el inventario.

Es importante precisar que el criterio clave para la clasificación del nivel del estrés que posee el cuidador fue el que el mismo sujeto refirió en la entrevista, independientemente del número de selecciones de manifestaciones realizadas en

el inventario. Los sujetos que no refirieron vivencia de estrés o una vivencia escasa y realizaron abundantes selecciones de estrés atribuibles a la tarea de cuidar en el inventario fueron excluidos, así como aquellos que refirieron una vivencia de estrés alto o fuerte y no realizaron selecciones de manifestaciones de estrés atribuibles a la tarea de cuidar.

Para el procesamiento de los datos se apeló a los supuestos de la estadística descriptiva e inferencial, realizando análisis porcentuales y una prueba de correlación de Spearman para variables no paramétricas empleando el paquete estadístico SPSS (Anexo 3).

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

De manera general en las habilidades para el cuidado hubo un predominio de los niveles de desarrollo insuficiente y medianamente suficiente, siendo escasos los cuidadores con los niveles de desarrollo suficiente, como se puede apreciar en el siguiente gráfico.

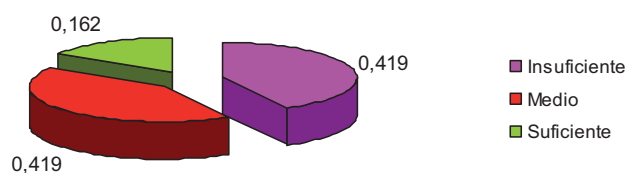


Gráfico 1. Distribución de los cuidadores de enfermos esquizofrénicos según niveles de desarrollo de habilidades para el cuidado. San Cristóbal 2012.

Las subvariables que más tributaron a que el comportamiento de las habilidades para el cuidado siguiera tal tendencia, fueron las habilidades conductuales y las habilidades emocionales, con un 54,8 % y 51,6 % de insuficiencia, respectivamente, mientras que los conocimientos contribuyeron menos a que las habilidades para el cuidado se comporten de tal manera, como se puede apreciar en el siguiente gráfico.

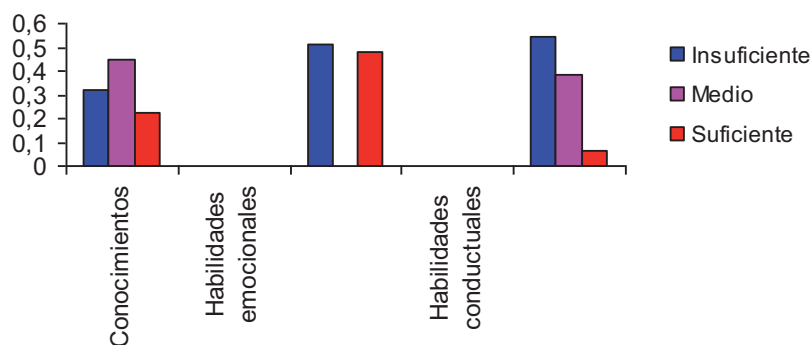


Gráfico 2. Distribución de los conocimientos y habilidades en emociones conductuales para el cuidado que poseen los cuidadores de enfermos esquizofrénicos según niveles de desarrollo. San Cristóbal 2012.

En cuanto al estrés asociado a la tarea de cuidar, hubo mayor número de cuidadores entre niveles de estrés alto y medio que en niveles de estrés bajo, como es posible observar en el siguiente gráfico.

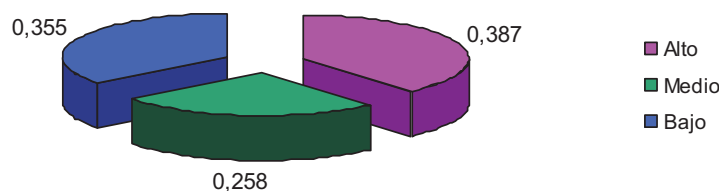


Gráfico 3. Comportamiento del estrés asociado a la tarea de cuidar en cuidadores de pacientes esquizofrénicos. San Cristóbal 2012.

Como se constata el estrés en nuestra muestra se comportó con una distribución aleatoria. Un análisis de los resultados de la entrevista mostró que del total de cuidadores ($N = 31$), el 93,5 % (29) manifestó representaciones adecuadas del estrés. De ellos el 37,9 % (11) describió el estrés como un fenómeno en el que intervienen factores objetivos (ocurrencia de problemas, hechos concretos) y subjetivos (tanto de carácter cognitivo como afectivo).

Sujeto 18: "Creo que estrés es como uno se siente cuando los problemas son tan grandes que te aplasta, cuando te esfuerzas por resolverlos, no lo consigues y te sientes mal."

Sujeto 21: "Es como uno se siente cuando tiene muchos problemas o un problema importante y no tiene las soluciones a su alcance."

El 62,1% (18) de los cuidadores identifica el estrés sobre la base de sus manifestaciones.

Sujeto 15: "Estrés es preocupación constante, nerviosismo, tristeza."

Sujeto 30: "Es la sensación de no poder más, ganas de olvidarse de todo."

Sujeto 8: "Estrés es tensión, no poder comer, no poder dormir."

Los sujetos que presentaron estrés alto (N=12) lo atribuyeron a:

- La magnitud de las alteraciones de conducta del enfermo (75,0 %)
- Pensamientos irracionales propios y la tendencia a adelantarse a los acontecimientos (66,7 %)
- Vivencia de temores (50,0 %)
- Tiempo de ejercicio del rol de cuidador asociado a vivencia de desgaste (41,7 %)
- Las propias responsabilidades como cuidador (33,3%)
- Percepción de poco apoyo socio-familiar (33,3%)

Los sujetos que presentaron niveles de estrés medio (N=8) lo atribuyeron a:

- El tiempo de ejercicio del rol de cuidador, vivenciado como aprendizaje y costumbre (75,0 %)
- Sentimientos de resignación o aceptación de la situación (62,5 %)
- Habilidades para el auto-control emocional (37,5 %)
- Percepción de apoyo socio-familiar (37,5 %)
- Poca percepción de alteraciones de conducta del enfermo (25,0 %)
- Fuerte vínculo afectivo (25,0 %)
- Consumo de psicofármacos y otras sustancias relajantes (25,0 %)

Los sujetos que refirieron niveles de estrés bajo (N=11) lo atribuyeron a:

- Sentimientos de resignación o aceptación de la situación (63,6 %)
- Fuerte vínculo afectivo (45,5 %)
- Tiempo en el ejercicio del rol de cuidador vivenciado como aprendizaje y costumbre (45,5 %)
- Poca percepción de alteraciones de conducta del enfermo (36,4%)
- La fe religiosa (27,3 %)
- Percepción de apoyo socio-familiar (18,2 %)

Las atribuciones que realizaron los sujetos a sus niveles de estrés variaron en dependencia a dichos niveles; pudiéndose apreciar que los sujetos que manifestaron estrés bajo expresaron en sus reflexiones sobre causalidad mayor número de aspectos positivos que resultan compensatorios del estrés (fuerte vínculo afectivo, la fe religiosa, adecuada percepción de apoyo), los cuidadores con estrés medio también expresaron aspectos que resultan protectores de estrés, aunque distintos (habilidades para el autocontrol emocional, consumo de psicofármacos y otras sustancias relajantes), mientras que aquellos con estrés alto hicieron referencia exclusivamente a aspectos negativos generadores de estrés (alteraciones de conducta del enfermo, poca percepción de apoyo, pensamientos irracionales).

Los resultados del inventario de manifestaciones de estrés asociado a la tarea de cuidar, reflejaron que en el grupo de estudio las manifestaciones de estrés se comportaron directamente proporcional en relación a los niveles de estrés, es decir, que a medida que el estrés asciende o desciende estas siguen la misma tendencia.

Las manifestaciones más frecuentes de estrés fueron las relativas a: alteraciones psicoemocionales (53,6%) con mayores manifestaciones de ansiedad, alteraciones de los hábitos de vida (24,4%) expresadas por alteraciones del sueño fundamentalmente, somatizaciones (11,9%) y dificultades en las relaciones interpersonales (10,1%).

Un análisis más profundo del fenómeno mostró que las manifestaciones tienden a variar en dependencia del nivel en que se esté expresando el estrés.

Ante el nivel de estrés alto las manifestaciones son las relativas a: alteraciones psicoemocionales (56,0 %), alteraciones en los hábitos de vida (22,4%), dificultades en las relaciones interpersonales (11,2 %) y somatizaciones (10,4 %).

Ante el nivel de estrés medio, las manifestaciones fueron las relativas a: alteraciones psicoemocionales (45,2 %), dificultades en los hábitos de vida (32,3%), somatizaciones (19,4 %) y dificultades en las relaciones interpersonales (3,2 %).

Ante el nivel de estrés bajo las manifestaciones se comportaron con una distribución homogénea de porcentajes iguales exceptuando las somatizaciones pues no fueron referidas.

En cuanto a la relación entre el nivel de desarrollo de las habilidades para el cuidado y el nivel de estrés asociado a la tarea de cuidar se pudo apreciar que los niveles de desarrollo de las habilidades para el cuidado manifestaron una tendencia al decrecimiento en el nivel alto de estrés, un predominio de desarrollo medio en estrés medio y una distribución aleatoria en el estrés bajo, como se puede apreciar en el siguiente gráfico.

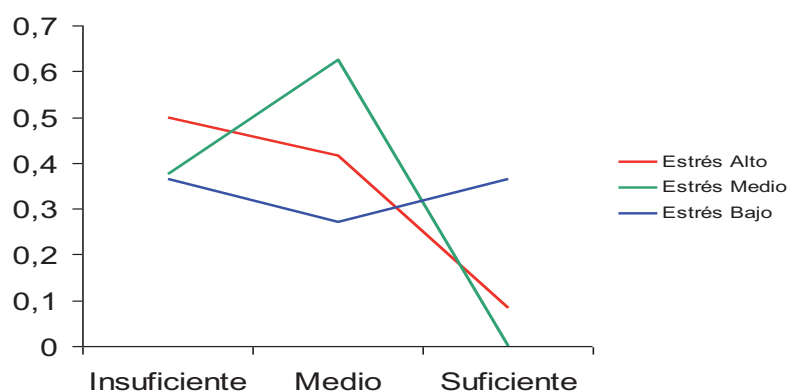


Gráfico 4. Comportamiento del estrés asociado a la tarea de cuidar según niveles de desarrollo de las habilidades para el cuidado que poseen los cuidadores de enfermos esquizofrénicos. San Cristóbal 2012.

Un análisis particularizado de las subvariables que integran la categoría *habilidades para el cuidado* en relación con los niveles de estrés vinculado a la

tarea de cuidar que presentan los cuidadores de enfermos esquizofrénicos, pudiera aportar a la comprensión de este fenómeno.

La interpretación del siguiente gráfico demuestra que el estrés alto asume sus mayores valores ante niveles insuficientes de desarrollo de los *conocimientos sobre la enfermedad y la tarea de cuidar* y va decreciendo a medida que aumentan los niveles de desarrollo, los mayores valores de estrés medio se expresaron en el nivel medio de desarrollo de los *conocimientos*, mientras que la relación entre el estrés bajo y los niveles de desarrollo de los conocimientos sobre la enfermedad y la tarea de cuidar es un tanto imprecisa.

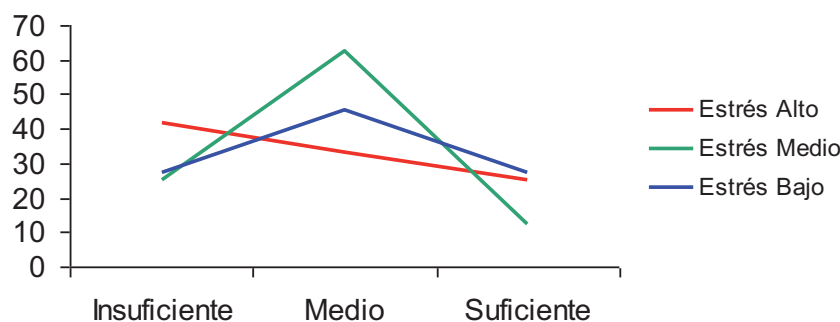


Gráfico 5. Comportamiento del estrés asociado a la tarea de cuidar según nivel de desarrollo de los conocimientos sobre la enfermedad y la tarea de cuidar que poseen los cuidadores de enfermos esquizofrénicos. San Cristóbal 2012.

Por otra parte, los niveles de estrés asociado a la tarea de cuidar asumieron sus mayores valores ante niveles insuficientes de habilidades emocionales para el cuidado y tienden a disminuir a medida que aumentan las habilidades emocionales; este fenómeno ocurre a la inversa en el caso de los niveles de estrés bajo, mientras que los niveles de medio de estrés asumen un comportamiento estable con independencia de los niveles de desarrollo de las habilidades emocionales para el cuidado, como es posible observar en el siguiente gráfico.

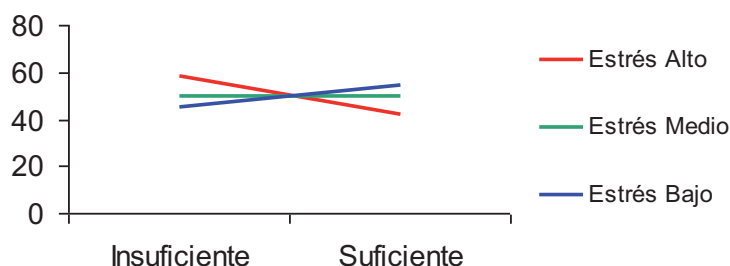


Gráfico 6. Comportamiento del estrés asociado a la tarea de cuidar según nivel de desarrollo de las habilidades emocionales para el cuidado que poseen los cuidadores de enfermos esquizofrénicos. San Cristóbal 2012.

En cuanto a la relación del estrés asociado a la tarea de cuidar y las *habilidades conductuales para el cuidado* se pudo apreciar que los mayores valores de estrés alto y medio se expresaron en niveles insuficiente de desarrollo de las habilidades conductuales y van decreciendo a medida que estas habilidades aumentan, mientras que el estrés bajo sigue un comportamiento que parece estar poco relacionado con los niveles de desarrollo de las habilidades conductuales para el cuidado.

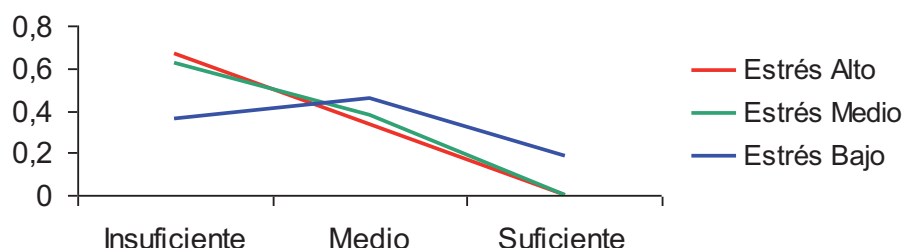


Gráfico 7. Comportamiento del estrés asociado a la tarea de cuidar según niveles de desarrollo de las habilidades conductuales para el cuidado que poseen los cuidadores de enfermos esquizofrénicos. San Cristóbal 2012.

La estadística descriptiva nos mostró estas posibilidades de relación entre el nivel de desarrollo de habilidades para el cuidado y el nivel de estrés vinculado a la tarea de cuidar; mientras que el empleo de la estadística inferencial –coeficiente de correlación (Anexo 3) –confirmó la existencia de una relación inversamente proporcional entre ambos fenómenos de estudio, es decir, que a medida que aumentan las habilidades para el cuidado que poseen los cuidadores de enfermos

esquizofrénicos disminuye el nivel de estrés asociado a la tarea de cuidar y viceversa; pero esta relación no fue estadísticamente significativa para el presente grupo de estudio.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Algunos estudios demuestran que las familias de los esquizofrénicos viven en una situación de estrés crónico (Castilla y cols., 1998).

Un estudio español sobre carga familiar en una muestra de pacientes con tratamiento ambulatorio (Castilla y cols., 1998), concluyó que el 98,4% de los cuidadores referían encontrarse sobrecargados y cerca de un tercio de ellos presentaba un estrés catalogado como severo; mientras que otro estudio sobre carga en familiares de pacientes con esquizofrenia (Caqueo y Lemos, 2008), arrojó entre sus conclusiones que el 100 % de los cuidadores presentaban sobrecarga.

Los resultados de nuestro estudio reflejaron un predominio de sujetos con niveles de estrés alto y medio, lo cual se corresponde con los hallazgos de investigaciones realizadas sobre el tema, aunque no en nuestro contexto.

Se 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 (Lago y Debén, 2001), este aspecto se ha reiterado en las atribuciones realizadas por los sujetos en los distintos niveles de estrés, fundamentalmente en los sujetos con estrés alto.

También resulta interesante que los sujetos con estrés alto refieran entre sus atribuciones el reconocimiento de pensamientos distorsionados y vivencia de temores, argumentos que no se reiteran en el resto de los cuidadores con otros niveles de estrés, lo que pudiera estar indicando que estos elementos constituyen factores de riesgo o predisponentes al estrés asociado a la tarea de cuidar.

El estudio de la relación entre los pensamientos distorsionados y el estrés del cuidador ha sido escasamente abordado hasta la fecha, aunque sí se destaca que una percepción ajustada de la realidad es crítica para un adecuado funcionamiento y ajuste a las situaciones cotidianas (Leal, Sales, Ibáñez, Giner y Leal, 2008).

Por otra parte, los sujetos con estrés bajo exponen en sus atribuciones sobre la valoración de estrés realizados argumentos como la resignación o aceptación de la situación, una buena percepción de apoyo sociofamiliar y la fe religiosa. La aceptación y la religión han sido reconocidas en la literatura como una de las estrategias de afrontamiento frecuentemente usadas por los cuidadores, mientras que una adecuada percepción de apoyo social también resulta un factor protector para los mismos. El afrontamiento y el apoyo social se incluyen entre las variables mediadoras del impacto del cuidado más frecuentemente estudiadas (Pérez, 2008).

La reiteración del tiempo de ejercicio del rol en las atribuciones realizadas independientemente del nivel de estrés que se tratara, pudiera estar asociada al sentido personal que sustenta estas valoraciones. Los sujetos con estrés alto valoran el tiempo de ejercicio del rol de cuidador como un elemento generador de estrés y vivenciado como desgastante, mientras que los sujetos con niveles de estrés medio y bajo consideran el tiempo de ejercicio del rol de cuidador como un elemento protector del estrés y lo asocian a procesos de aprendizaje y acostumbamiento a la tarea.

En lo tocante a las manifestaciones de estrés más frecuentes en los cuidadores carecemos de investigaciones que nos permitan realizar una discusión de los hallazgos de nuestro estudio; aunque sí está constatado en la bibliografía consultada que los cuidadores resultan vulnerables a alteraciones emocionales como la ansiedad y la depresión, así como a múltiples malestares físicos.

Se ha resaltado la importancia del abordaje de las habilidades para el cuidado y su posible relación con el estrés asociado a la tarea de cuidar. Barrera y cols. (2006), establecen una relación entre las habilidades para el cuidado y el estrés de los cuidadores, afirmando que las discapacidades mentales exigen habilidades especiales por parte de los cuidadores y hace alusión a la necesidad de crear programas para desarrollar las habilidades para el cuidado en términos de incrementar su capacidad de afrontamiento de manera tal que satisfaga las necesidades de la persona enferma, responda a las problemáticas familiares, mantenga su propia salud y fomente una buena relación con la persona que cuida,

reconociendo y estableciendo apoyos formales e informales, manejando sentimientos de inadecuación o culpa y planeando su propio futuro y el de su grupo familiar (Barrera y cols., 2006).

La autora reconoce que las habilidades para el cuidado forman parte de los recursos para enfrentar la situación de cuidado de manera tal que se proteja el bienestar de la persona que desempeña el rol de cuidador y que la tarea de cuidar sea más efectiva. Afirma que un cuidador con habilidades para el cuidado experimenta una sensación de pertenencia y es estable y resiliente al estrés (Barrera y cols., 2006).

En el presente estudio realizamos la propuesta de subvariables distintas, mas apoyamos la defensa de las ideas anteriormente expuestas, que confirman parte de los resultados obtenidos en los que se refleja una relación inversa entre las habilidades para el cuidado y el estrés asociado a la tarea de cuidar, es decir, la disminución de habilidades para el cuidado se corresponde con el aumento del nivel de estrés asociado a la tarea de cuidar.

En los resultados obtenidos se apreció un predominio de habilidades para el cuidado en niveles insuficientes y medianamente insuficientes de desarrollo y que las mismas manifestaron una tendencia al decrecimiento en el nivel alto de estrés. Las subvariables que más tributaron a tal comportamiento fueron las habilidades conductuales y las emocionales.

La literatura plantea que se ha comprobado que los problemas conductuales y emocionales de la persona cuidada ocasiona subjetivamente mayor distrés al cuidador (Yaguas, Leturia y Leturia, 2000). Partiendo de esto no es de extrañar que el comportamiento de las habilidades conductuales y emocionales tengan mayor influencia en el comportamiento del estrés, como se pudo apreciar en nuestros resultados.

También se destaca entre los hallazgos obtenidos que los niveles de estrés altos se correspondieron con niveles insuficientes de desarrollo de conocimientos sobre la enfermedad y la tarea de cuidar; hallazgos que se asemejan a los obtenidos en un estudio realizado en el Hospital Psiquiátrico Nacional "Cdte. Dr. Eduardo Bernabé Ordaz Ducugé" en 2008, que destacó la importancia de los

conocimientos para el desempeño del rol de cuidador y demostró que la mayoría de los cuidadores de pacientes esquizofrénicos poseen escasos conocimientos sobre la enfermedad y los cuidados a brindar al enfermo (Montero y cols., 2010).

Un estudio desarrollado por la Universidad de Valencia en el Hospital Psiquiátrico (Leal y cols., 2008), concluyó que los cuidadores de pacientes esquizofrénicos que se vinculan a programas psicoeducativos donde se les brinda información sobre la enfermedad presentan niveles inferiores de carga en relación con los cuidadores que no están vinculados a este tipo de programas; lo que demuestra la existencia de una relación entre los conocimientos y el estrés.

Se ha reconocido que la búsqueda de información es una estrategia básica de afrontamiento en los cuidadores (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología). Desde nuestra visión de las habilidades para el cuidado, inferimos que mientras más conoce una persona sobre aquello que constituye un estresor, más recursos posee para el afrontamiento.

En lo relativo a las habilidades emocionales se hizo notable su decrecimiento en los niveles de estrés alto y su aumento en los niveles bajos, lo que resulta coherente con planteamientos teóricos sobre el tema.

Los efectos del estrés pueden ser disminuidos empleando adecuadamente las competencias emocionales; pues mediante estas podemos objetivizar la influencia de los factores que determinan el estrés, relativizándolos, modificando nuestra percepción y adecuando nuestro comportamiento a unos patrones de estrés positivo (Inteligencia Emocional y Estrés).

Un estudio sobre la relación entre la inteligencia emocional y las estrategias de afrontamiento ante el estrés, concluyó que la inteligencia emocional juega un papel importante en la capacidad adaptativa del individuo para afrontar situaciones estresantes, y niveles altos de inteligencia emocional se relacionan con estrategias de afrontamiento basadas en la reflexión y en la resolución de problemas, mientras que los niveles bajos se relacionan con estrategias basadas en la evitación, la rumiación y la superstición (Martínez, Piqueras e Inglés, s/f).

Por otra parte, el manual "Cómo afrontar la esquizofrenia, una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas" (Rebolledo y Lobato, s/f) también

rescata el autocontrol emocional y el empleo de otras habilidades emocionales para un mejor desempeño del rol de cuidador del paciente esquizofrénico destacando que es necesario que los cuidadores aprendan a: reconocer los sentimientos negativos que acompañan los síntomas del enfermo esquizofrénico, responder más al sentimiento que al contenido que encierra las problemáticas del paciente, demostrar afecto al enfermo para un adecuado manejo de sus síntomas, ser pacientes y tolerantes y ayudar al enfermo a desarrollar el autocontrol emocional; los cuidadores deben aprender a reconocer y analizar sus propios sentimientos de temor, y vergüenza, entre otros, para evitar caer en una crisis emocional; aprender a controlar sus estados emocionales para evitar crear un clima emocional de tensión de alto riesgo para el paciente esquizofrénico.

En lo tocante a las habilidades conductuales para el cuidado también se hizo notable su influencia en el comportamiento de la relación entre las habilidades para el cuidado y el nivel de estrés asociado a la tarea de cuidar que poseen los cuidadores de enfermos esquizofrénicos, resultando la subvariable más afectada.

No contamos con antecedentes en la literatura, ni con aproximaciones que nos valgan para argumentar una relación positiva. No obstante, partiendo de la conceptualización de afrontamiento ofrecida por Lazarus y Folkman (1984), en la que lo definen como *el esfuerzo cognitivo y conductual que debe hacer un individuo para manejar las demandas externas (ambientales, estresores) o internas (estado emocional) y que son evaluadas como algo que excede los recursos de la persona* (Martínez, Piqueras e Inglés, s/f); consideramos que las habilidades conductuales, en calidad de destrezas para el manejo del paciente esquizofrénico en diferentes situaciones, pueden ser entendidas como recursos que permitan un adecuado afrontamiento a la situación de cuidado centrado en el problema.

Las revisiones realizadas nos devuelven un tema de habilidades para el cuidado todavía en desarrollo, poco abordaje del estrés de los cuidadores de enfermos esquizofrénicos y no existen referencias de investigaciones sobre la relación entre ambos aspectos. El camino para profundizar en la situación de cuidado del enfermo esquizofrénico, el estrés del cuidador, sus habilidades para el

cuidado y el diseño de instrumentos para su evaluación y de programas de intervención para fomentarlas, está abierto para nuestra ciencia. La presente investigación representa nuestros primeros pasos en este camino.

CONCLUSIONES.

- Las habilidades para el cuidado presentaron una tendencia a niveles de desarrollo insuficiente y medio, con escasa representación de habilidades suficientemente desarrolladas. Las subvariables que más influyeron en esta tendencia fueron las habilidades conductuales y emocionales para el cuidado.

- Se apreció que la mayoría de los cuidadores reportaron niveles alto y medio de estrés.

- Se pudo constatar la existencia de una relación inversamente proporcional y débil entre el nivel de desarrollo de las habilidades para el cuidado y el nivel de estrés asociado a la tarea de cuidar que poseen los cuidadores de enfermos esquizofrénicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Barrera, L., Blanco de Camargo, L., Figueroa, Ingrid., Pinto, N. y Sánchez, B. (2006). **Habilidades de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Mirada internacional**. Recuperado de (4 de agosto de 2011): www.redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=74160104.

Castilla, A., López, M., Chavarra, V., Sanjun, M., Canut, P., Martínez, M. y Cáceres, J.M. (1998). **Carga familiar en una muestra de pacientes esquizofrénicos con tratamiento ambulatorio**. Recuperado de (21 de agosto de 2011): <http://es.scribd.com/ommalagon/d/36133731-La-Carga-Familiar-en-La-Esquizofrenia>

Caqueo, A. y Lemos, S. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. Universidad de Oviedo, España. **Psicothema**, 20 (4), 577-582.

Caqueo, A. y Gutiérrez, J. (2011). **Sobrecarga en familiares de pacientes con esquizofrenia**. Recuperado de (25 de agosto de 2011) de: http://ub.edu/personal/jgutierrez/Comunicacion_Sobrecarga.pdf.

- Crespo, M. y López, J. (2006). El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar. Desarrollo del programa: **Como mantener su bienestar**. Recuperado de (21 de agosto 2011): <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/apoyocuidadores.pdf>.
- De los Reyes, M. (2001). **Construyendo el concepto de cuidador de ancianos**. Recuperado de (4 de julio de 2011) de: www.redadultosmayores.com.ar/.../06CuidadoresdeAncianos.pdf
- Guía práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia. Barcelona, Noviembre, 2003. Recuperado de (20 de agosto de 2011): www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/gp0301esex.pdf
- Inteligencia emocional y estrés. Recuperado de (septiembre 2011): www.buenastareas.com/.
- Lago, S. y Debén, M. (2001). **Cuidados del cuidador del paciente con demencia**. Recuperado de (25 de agosto de 2011): <http://fisterra.com/guias2/cuidador.asp>
- Leal, M., Sales, R., Ibáñez, E., Giner, J. y Leal, C. (2008). Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativo. Universidad de Valencia. Recuperado de: www.clinica.divisionescolpsic.org/.../sobrecarga_familiares_esquizofr
- Losada, A., Montorio, I., Fernández de Tróconis, M. y Márquez, M. (2005). Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales. Editado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERO). España. Recuperado de: www.imserosomayores.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.html
- Martínez, A., Piqueras, J. e Inglés, C. (s/f). **Relaciones entre inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento ante el estrés**. Recuperado de: www.reme.uji.es/articulos/numero37/article6/article6/pdf
- Mesa, S. (2010). Aspectos biopsicosociales de la esquizofrenia. **Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana, 7** (1). Recuperado de: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0110/hph10110.html>
- Montero, M., Faure, A., Fleites, N. y Rodríguez, I. (2010). Caracterización de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia. **Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana, 7** (3). Recuperado de: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0310/hph01310.html>

Pérez, A. (2008). **Dependencia, cuidado informal y función familiar. Análisis a través del modelo sociocultural de estrés y afrontamiento**. Recuperado de: <http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/tesis-perez-dependencia.pdf>

Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el año 2015 (2010). Material editado por el Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba.

Rebolledo, S. y Lobato, M. (s/f). **Cómo afrontar la esquizofrenia, una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas**. Recuperado de: https://www.pfizer.es/salud/servicios/publicaciones/afrontaresquizauna_guia_familiares_cuidadores_personas_afectadas.html

Reinares, M., Vieta, E., Colom, F., Martínez-Arán, A., Torrent, C., Comes, M., Sánchez-Moreno, J., Goikolea, J. y Benabarre, A. (2004). Evaluación de la carga familiar. Una propuesta de escala autoaplicada derivada de la escala de desempeño psicosocial. **Revista de Psiquiatría de la Facultad Médica de Barcelona**, 31 (1), 7-13. Recuperado de: http://www.nexusediciones.com/pdf/psiqui2004_1/ps_3-1-002.pdf

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Las fases de adaptación a la situación de cuidado. Recuperado de: <http://www.imersomayores.csic.es/documentacion/especiales/cuidadores/yr/preparacion.html>

Yaguas, J., Leturia, F. y Leturia, M. (2000). Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes. Recuperado de: www.imersomayores.csic.es/documentos/.../yaguas-apoyo-02.pdf

Zaldívar, D.F., Guevara, J. y Roca, M.A. (1996). **Conocimiento y dominio del estrés**. La Habana: Científico-Técnica.

ANEXO 1

Entrevista estructurada para la exploración del estrés asociado a la tarea de cuidar que poseen los cuidadores de enfermos esquizofrénicos.

1-¿Qué entiende usted por estrés?

2- ¿Se ha sentido estresado en el período del último mes?

3- ¿Cree usted que su estrés está relacionado con la tarea de cuidar al enfermo esquizofrénico? ¿En qué medida?

4- Valore la intensidad de su estrés: fuerte, regular, o escaso.

5- Refiérase a las razones por las cuales usted valora la intensidad de su estrés de tal manera.

ANEXO 2

IMEC

A continuación se ofrecen una serie de manifestaciones del estrés. Usted debe seleccionar marcando con una X aquellas que ha presentado en el último mes, y seleccionar entre las opciones de Sí o No que se presentan posteriormente, para determinar si esas manifestaciones guardan relación con la tarea de cuidar al enfermo esquizofrénico.

a) ___ Problemas de sueño (despertar de madrugada, dificultad para conciliar el sueño, demasiado sueño, etc.)

Guarda relación con la tarea de cuidar: ___ Sí ___ No

b) ___ Pérdida de energía, fatiga, sensación de cansancio continuo, etc.

Guarda relación con la tarea de cuidar: ___ Sí ___ No

c) ___ Falta de deseos de relacionarse con las demás personas.

Guarda relación con la tarea de cuidar: ___ Sí ___ No

d) ___ Aumento en el consumo de sustancias como café, alcohol o tabaco.

Guarda relación con la tarea de cuidar: ___ Sí ___ No

e) ___ Consumo de pastillas para dormir u otros medicamentos relajantes.

Guarda relación con la tarea de cuidar: ___ Sí ___ No

f) ___ Problemas físicos: dolor de cabeza, opresión en el pecho, sensación de falta de aire, palpitaciones, temblor de manos, molestias digestivas.

Guarda relación con la tarea de cuidar: ___ Sí ___ No

g) ___ Problemas de memoria y dificultad para concentrarse

Guarda relación con la tarea de cuidar: ___ Sí ___ No

h) ___ Menor interés por actividades y personas que anteriormente resultaban atrayentes y estimulantes.

Guarda relación con la tarea de cuidar: ___ Sí ___ No

i) ___ Aumento o disminución del apetito

Guarda relación con la tarea de cuidar: ___ Sí ___ No

j) ___ Dificultad para “desconectarse” de los problemas.

Guarda relación con la tarea de cuidar: ____ Sí ____ No

k) ____ Molestarse fácilmente.

Guarda relación con la tarea de cuidar: ____ Sí ____ No

l) ____ Dar demasiada importancia a pequeños detalles

Guarda relación con la tarea de cuidar: ____ Sí ____ No

m) ____ Cambios frecuentes de humor o de estado de ánimo (está alegre y de pronto se pone triste).

Guarda relación con la tarea de cuidar: ____ Sí ____ No

n) ____ Comete errores o sufre accidentes con facilidad.

Guarda relación con la tarea de cuidar: ____ Sí ____ No

ñ) ____ Dificultad para superar sentimientos tristeza o nerviosismo

Guarda relación con la tarea de cuidar: ____ Sí ____ No

o) ____ Tratar a otras personas de la familia de forma menos considerada que habitualmente.

Guarda relación con la tarea de cuidar: ____ Sí ____ No

p) ____ Deseos de estar en otro lugar, de ser otra persona, de olvidarlo todo.

Guarda relación con la tarea de cuidar: ____ Sí ____ No

q) ____ Sentimientos de que el tiempo no es suficiente para todas las actividades que necesita realizar.

Guarda relación con la tarea de cuidar: ____ Sí ____ No

r) ____ Dificultades para relajarse

Guarda relación con la tarea de cuidar: ____ Sí ____ No

s) ____ Sentimientos de tristeza y deseos de llorar frecuentes.

Guarda relación con la tarea de cuidar: ____ Sí ____ No

t) ____ Sentimiento de nerviosismo e inseguridad.

Guarda relación con la tarea de cuidar: ____ Sí ____ No

u) ____ Sensación de estar a la espera de que algo suceda sin tener certeza qué.

Guarda relación con la tarea de cuidar: ____ Sí ____ No

ANEXO 3

Coefficiente de correlación de Spearman.

			ES- TRÉS	Habilida- des	Conoci- miento	Emocio- nales	Conduc- tuales
Rho de Spearman	ES- TRÉS	Coeficiente de correlación	1,000	-,222	-,101	-,111	-,305
		Sig. (bilateral)	.	,230	,588	,550	,095
		N	31	31	31	31	31
	Habili- dades	Coeficiente de correlación	-,222	1,000	,505(**)	,822(**)	,536(**)
		Sig. (bilateral)	,230		,004	,000	,002
		N	31	31	31	31	31
	Cono- cimiento	Coeficiente de correlación	-,101	,505(**)	1,000	,233	,192
		Sig. (bilateral)	,588	,004	.	,207	,300
		N	31	31	31	31	31
	Emocio- nales	Coeficiente de correlación	-,111	,822(**)	,233	1,000	,323
		Sig. (bilateral)	,550	,000	,207		,076
		N	31	31	31	31	31
	Conduc- tuales	Coeficiente de correlación	-,305	,536(**)	,192	,323	1,000
		Sig. (bilateral)	,095	,002	,300	,076	.
		N	31	31	31	31	31