

Conocimientos sobre la enfermedad y la tarea de cuidar en cuidadores de enfermos esquizofrénicos / Knowledge on the illness and the task of taking care in caretakers of schizophrenic patients

Lic. Laura Almaguer Mederos,I MSc. Carmen Barroso Pérez,II MSc. Armando Amaro Blanco,III

Dr. C. Alexis Lorenzo RuizIV

I Licenciada en Psicología de la Salud. Policlínico "Camilo Cienfuegos" San Cristóbal. San Cristóbal. Artemisa, Cuba.

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

III Máster en Sexualidad. Profesor auxiliar de la Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa. Filial Universitaria Municipal "Manuel Pitti Fajardo", San Cristóbal. Artemisa, Cuba.

IV Doctor en ciencias psicológicas. Profesor titular de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana. Facultad de Psicología. Universidad de la Habana. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Objetivo: determinar el nivel de desarrollo de los conocimientos sobre la enfermedad y la tarea de cuidar en cuidadores principales de enfermos esquizofrénicos.

Métodos: estudio no experimental, descriptivo y transversal, desarrollado en el municipio San Cristóbal, Artemisa, en el período de enero a marzo de 2012. Para la recolección de información se aplicó el cuestionario **Conocimientos sobre la Enfermedad y la Tarea de Cuidar al enfermo Esquizofrénico (CETCE)** a una muestra de 31 cuidadores de pacientes con esquizofrenia paranoide.

Resultados: Los conocimientos se centran en niveles de desarrollo medio e insuficiente (45.2 % y 32.2 %, respectivamente). El 100 % de los cuidadores reconocieron la esquizofrenia como una enfermedad que transita por períodos de crisis y compensación, el 74.2 % como una enfermedad mental grave que afecta de manera general el comportamiento de quien la padece y el 71 % que provoca discapacidad y dependencia para la persona que la presenta. El 61.3 % reconoce problemas genéticos y el estrés como las principales causas de la enfermedad. El 54.8 % declaró el tipo de esquizofrenia que presenta el enfermo, sin embargo, el 82.4 % de ellos no logró reconocer las características esenciales de la tipología.

Conclusiones: tendencia hacia niveles de desarrollo medio e insuficiente de los conocimientos, siendo los indicadores: causalidad y forma de evolución de la enfermedad los más deficientes,

mientras que los más satisfactorios fueron: recursos asistenciales que pueden ser empleados en el tratamiento de los enfermos esquizofrénicos, características de la enfermedad y aspectos relativos a la tarea de cuidar.

Palabras clave: cuidadores principales, enfermos esquizofrénicos, conocimientos sobre la enfermedad y la tarea de cuidar.

ABSTRACT

Objective: to determine the level of knowledge 's development on the illness and the task of taking care in main caretakers of schizophrenic patients.

Methods: this concern a non-experimental, descriptive and traverse study, developed in San Cristóbal municipality, Artemisa, in the period of January to March of 2012. For the gathering of information was applied the Questionnaire for the knowledge about illness and task of taking care of the schizophrenic patient (CETCE in Spanish) to a sample of 31 caretakers of patient with paranoid schizophrenia.

Results: knowledge's are centered in levels of medium and insufficient development (45.2 % and 32.2 %, respectively). 100 % of the caretakers recognized schizophrenia like an illness that goes through periods of crisis and compensation, 74.2 % like a severe mental illness that affects in a general way behavior of whom suffers it and 71 % that causes disability and dependence for the person. The 61.3 % recognizes genetic problems and stress like main causes of the illness. The 54.8% reported schizophrenia type the patient had, however, 82.4 % of them was not able to recognize the essential characteristics of the diagnosis category.

Conclusion: tendency toward medium and insufficient development of the knowledge, being like indicators: cause and form of evolution of the illness the most insufficient, while the most satisfactory were: assistance resources that can be used in the treatment of the schizophrenic patient, characteristic of the illness and relative aspects to the task of taking care.

Key words: main caretakers, schizophrenic patient, knowledge on the illness and the task of taking care.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es, junto a la demencia un problema prioritario de la salud mental a nivel mundial.¹ Se estima que aproximadamente el 1 % de la población global la desarrolla en algún momento de la vida.² 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.³

El cuidador es, según Flores Lozano y cols.,⁴ 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*.

Los estudios sobre cuidadores se han realizado más en relación con la demencia y muy escasamente asociados a la esquizofrenia. Poseemos pocos referentes de investigaciones previas sobre el tema; en Cuba se destaca una caracterización sobre cuidadores de pacientes con esquizofrenia desarrollada en el Hospital Psiquiátrico de La Habana Cdte. Dr. Eduardo Bernabé Ordaz Ducungé en el 2008, que hace énfasis en la necesidad de conocimientos para el cuidado de enfermos con criterio de alta médica mejorado.³

En el estudio anteriormente citado se plantea que los cuidadores deben conocer sobre: la definición de la esquizofrenia, los síntomas de la enfermedad, el papel de los cuidadores en la administración de medicamentos, consecuencias del uso de sustancias tóxicas, relaciones sexuales en los pacientes esquizofrénicos, ayuda a recibir por el equipo de salud en la comunidad, definición del cuidador, convivencia con el enfermo esquizofrénico en el hogar, requisitos para el descanso y el sueño del enfermo esquizofrénico, la alimentación del enfermo, actividades a realizar por el enfermo en la comunidad, y la forma de evitar o combatir el estrés en el cuidador.

Estos aspectos, lo referido en el manual "Cómo afrontar la esquizofrenia, una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas"² y las necesidades de información de los cuidadores descritas por estudios de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología,⁵ constituyen los presupuestos que sustentan la propuesta teórica de esta variable.

Se definen los conocimientos sobre la enfermedad y la tarea de cuidar como *toda la información sobre la enfermedad y la tarea de cuidar que posee la persona que desempeña el rol de cuidador*. Esta variable incluye los siguientes indicadores:

- Conocimientos sobre la enfermedad, relativos a: características generales de la esquizofrenia; causalidad de la enfermedad, tipología de enfermedad que posee el paciente y sus características esenciales, síntomas de la enfermedad, factores que determinan su evolución negativa, crisis y los factores que las determinan, recursos asistenciales que pueden ser empleados en el tratamiento del enfermo esquizofrénico, aspectos concernientes 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 y las particularidades del desempeño personal y social del enfermo esquizofrénico.
- Conocimientos sobre a la tarea de cuidar, relativos a: el propósito fundamental de la tarea de cuidar y las tareas y responsabilidades que debe cumplir el cuidador de un

enfermo esquizofrénico.

Una revisión de la literatura sobre el tema permite apreciar que la mayoría de las estrategias interventivas en cuidadores son de corte psicoeducativo, con el propósito de satisfacer sus necesidades de información sobre la enfermedad en particular de que se trate.

Se reconoce la importancia de este accionar, pues la búsqueda de información es una estrategia básica de afrontamiento en los cuidadores.⁵ Un estudio desarrollado por la Universidad de Valencia en el Hospital Psiquiátrico,⁶ concluyó que los cuidadores de pacientes esquizofrénicos que se vinculan a programas psicoeducativos que les ofrecen información, 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. El sistema de salud cubano ha legitimado la importancia de la atención integral a los enfermos esquizofrénicos y sus cuidadores, estableciéndose este tema como uno de los linamientos de investigación y trabajo para la Psicología de la Salud hasta el año 2015.⁷ A tal interés responde el presente estudio que posee como objetivo general: Describir el nivel de desarrollo de los conocimientos sobre la enfermedad y la tarea de cuidar en cuidadores principales de enfermos esquizofrénicos del municipio San Cristóbal, Artemisa.

MATERIALES Y MÉTODO

Se trata de un estudio no experimental, cuantitativo, descriptivo y transversal.

Población y muestra

Del total de cuidadores de pacientes esquizofrénicos del municipio San Cristóbal, correspondiente a 186 sujetos - según 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:

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.

Para la inclusión del cuidador se hizo necesario que el enfermo cumpliese una serie de criterios, tales como: 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. Ser mayor de 20 años de edad.

Criterios de exclusión

Relativos al cuidador: Presentar algún trastorno mental o discapacidad, ser responsable del cuidado de otra persona discapacitada.

Igualmente se tuvo en cuenta determinadas características del enfermo que se cuida tales como: presentar además otro tipo de discapacidad, que transitara 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 semiestructurada, y apoyándose en información ofrecida por la trabajadora social del Centro Comunitario de Salud Mental (CCSM), 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.

Técnicas y procedimientos utilizados 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 en el trabajo y fueron informados sobre los objetivos del mismo, sus derechos como participantes y de las garantías de confidencialidad y manejo de la información solo por personal autorizado con fines propiamente investigativos.

Para la recolección de información se aplicó el Cuestionario Conocimientos sobre la Enfermedad y la Tarea de Cuidar al Enfermo Esquizofrénico (CETCE) (Anexo 1). Administrado de forma heteroaplicada.

Este instrumento, diseñado por los autores de la investigación, fue sometido al criterio valorativo de reconocidos especialistas cubanos en Psicología y Psiquiatría, aunque no reunían los requisitos para ser considerados expertos en el tema.

La recolección de los criterios de los especialistas se realizó mediante un cuestionario confeccionado partiendo de los siguientes criterios:

Razonable y Comprensible: relativo a la comprensión de los diferentes ítems a evaluar, en relación con la categoría que pretende medirse con cada uno de ellos. *Suposiciones Básicas Justificadas e Intuitivamente Razonables*: cuando existe justificación para la presencia de cada uno de los ítems que se incluyen en el instrumento, lo cuales a su vez responde a determinadas categorías. *Componentes Claramente Definidos*: si cada ítem responde claramente a una categoría. *Derivable de Datos Factibles a Obtener*: se refiere a la consideración del experto de la posibilidad de obtener información del fenómeno de estudio a partir de la respuesta al instrumento. *Calificación e Interpretación adecuada del instrumento*.

Se obtuvieron buenas valoraciones de los especialistas y sobre la base de las sugerencias

recibidas se realizaron modificaciones al instrumento para su versión actual. Posteriormente se efectuó una aplicación a 10 sujetos que cumplieran con las características de la muestra, verificando que el cuestionario es comprensible, su aplicación dura aproximadamente 20 minutos; los sujetos expresaron valoraciones positivas respecto al mismo. Es necesario reconocer que el instrumento no ha sido sometido a un proceso exhaustivo de validación, lo que constituye una limitación.

Descripción del instrumento (CETCE).

El cuestionario está compuesto por 11 preguntas que abordan cada uno de los indicadores que constituyen la variable y está diseñado para cuidadores de esquizofrénicos con cualquier tipología de la enfermedad.

Conocimientos relativos a la enfermedad, explorados en las preguntas de la 1 a la 10 que incluyen los indicadores siguientes:

- Características generales de la esquizofrenia: explorado en la pregunta 1. La pregunta tiene una estructura cerrada y un total de 8 ítems.
- Causalidad de la enfermedad: explorado en la pregunta 2. Está compuesta por una primera parte que posee una estructura cerrada y un total de 10 ítems; y un inciso (2.1) que posee una estructura abierta, en el que se da al sujeto la posibilidad de expresar otros aspectos que considera determinan la causalidad de la enfermedad.
- Tipología de enfermedad que posee el paciente y sus características esenciales: explorado en la pregunta 3. Está compuesta por una primera parte y un inciso (3.1), ambos tienen una estructura abierta.
- Síntomas de la enfermedad: explorado en la pregunta 4; que posee una estructura abierta.
- Aspectos que determinan la evolución negativa de la enfermedad: explorado en la pregunta 5. Posee una estructura cerrada y un total de 5 ítems.
- Crisis y los factores que las determinan: explorado en la pregunta 6. Está compuesta por una primera parte y dos incisos. En la primera se ofrecen al sujeto dos opciones (una positiva y otra negativa) para que seleccione si conoce lo que es una crisis. El inciso 6.1 tiene una estructura abierta y explora los argumentos del sujeto sobre lo que es una crisis. El inciso 6.2 posee una estructura cerrada, un total de 8 ítems, y explora los conocimientos que el cuidador posee sobre los factores precipitantes de las crisis.
- Recursos asistenciales que pueden ser empleados en el tratamiento del paciente esquizofrénico: explorado en la pregunta 7. Posee una estructura cerrada y un total de 4 ítems.
- Medicación: explorado en la pregunta 8. Tiene un espacio en blanco para que el sujeto exprese el nombre de los medicamentos consumidos por el paciente y 3 incisos. El inciso 8.1 explora los conocimientos del cuidador sobre la manera de asumir la medicación del enfermo; tiene una estructura cerrada y un total de 11 ítems. El inciso 8.2 explora los conocimientos sobre

los efectos secundarios de los medicamentos que consume el paciente esquizofrénico; tiene una estructura cerrada y un total de 12 ítems. El inciso 8.3 explora los conocimientos sobre las conductas a seguir ante los efectos secundarios de los medicamentos; tiene una estructura cerrada y un total de 5 ítems.

- Peculiaridades de los hábitos de vida de los enfermos esquizofrénicos: explorado en la pregunta 9, de estructura cerrada y un total de 6 ítems.
- Peculiaridades del desempeño personal y social del paciente esquizofrénico: explorado en la pregunta 10. Tiene una estructura cerrada y un total de 9 ítems.

Conocimientos relativos a la tarea de cuidar, explorados en la pregunta 11, incluye los indicadores relativos a:

- Los propósitos fundamentales de la tarea de cuidar, explorado en la primera parte de la pregunta que posee una estructura abierta.
- Las tareas que debe cumplir como cuidador de un paciente esquizofrénico, explorado en los incisos 11.1 y 11.2; el primero tiene una estructura cerrada y un total de 10 ítems, mientras que el segundo tiene una estructura abierta en la que se le da la posibilidad al sujeto de adicionar información.

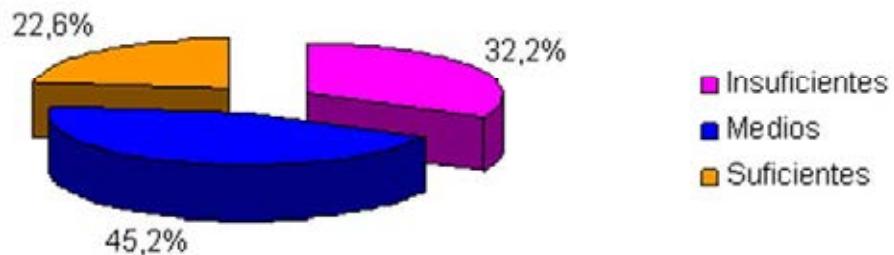
Cada pregunta del cuestionario se califica de manera independiente, y sobre la base de esa calificación se llegará a la interpretación final del instrumento.

Para el análisis de los resultados se apeló a la estadística descriptiva, específicamente a procedimientos porcentuales. 5.

RESULTADOS

Los conocimientos mostraron una tendencia hacia niveles de desarrollo medio e insuficiente (45.2 % y 32.2 %, respectivamente), con muy pocas expresiones en el nivel suficiente, como se puede apreciar en el siguiente gráfico.

Gráfico I. Distribución de los conocimientos sobre la enfermedad y la tarea de cuidar que poseen los cuidadores de enfermos esquizofrénicos, según niveles de desarrollo. San Cristóbal 2012



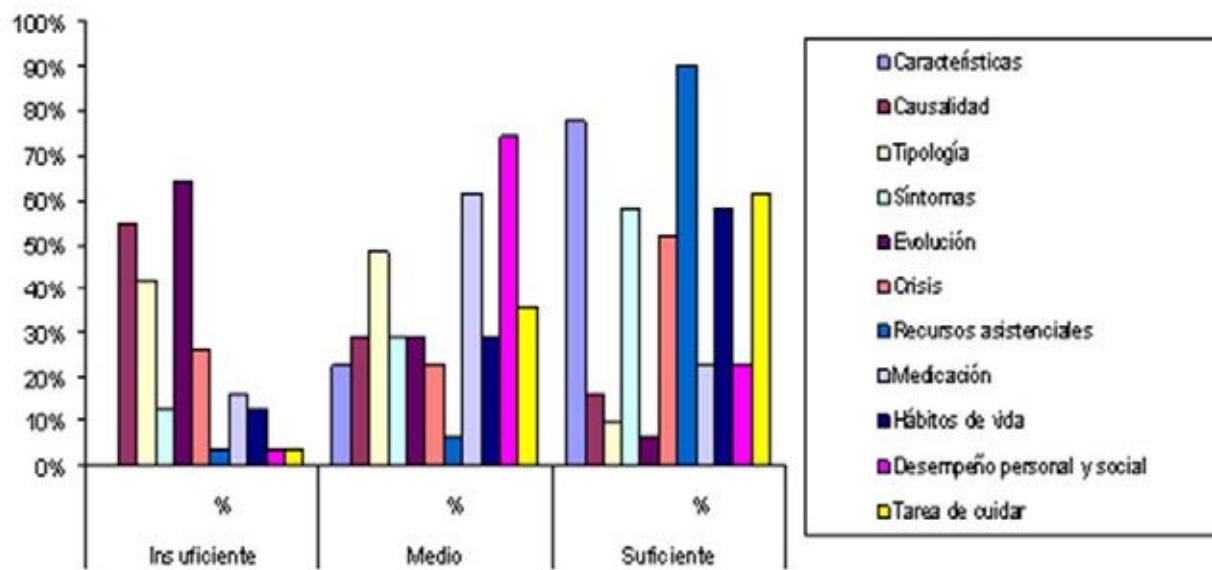
Como se puede apreciar en el gráfico siguiente, los indicadores sobre los cuales lo sujetos mostraron mayor conocimiento fueron:

- Recursos asistenciales que pueden ser empleados en el tratamiento del enfermo esquizofrénico.
- Características generales de la esquizofrenia.
- Las tareas que debe cumplir como cuidador de un enfermo esquizofrénico.
- Síntomas de la enfermedad.
- Peculiaridades de los hábitos de vida de los enfermos esquizofrénicos.
- Crisis y los factores que las determinan.

Mientras que los indicadores sobre los que menos conocimientos mostraron los cuidadores fueron los relativos a:

- Causalidad de la enfermedad.
- Aspectos que determinan la evolución negativa de la enfermedad.

Gráfico II. Comportamiento de los indicadores de los conocimientos sobre la enfermedad y la tarea de cuidar que poseen los cuidadores principales de enfermos esquizofrénicos. San Cristóbal, 2012.



Un análisis a lo interno del cuestionario nos ofrece una información más amplia sobre las particularidades de cada uno de los indicadores.

En el indicador *características generales de la esquizofrenia*, los cuidadores reconocieron más la esquizofrenia como una enfermedad que transita por períodos de crisis y compensación (100 %), una enfermedad mental grave que afecta de manera general el comportamiento de quien la padece (74.2 %) y que provoca discapacidad y dependencia para la persona que la presenta (71.0 %); mientras que el reconocimiento de la esquizofrenia como una enfermedad crónica se mostró en el último lugar de la jerarquía con un 61.3 % de selecciones, apreciándose manifestaciones de total desconocimiento y creencias irrationales asociadas a la religiosidad fundamentalmente.

En la *causalidad de la enfermedad*, los sujetos tendieron a seleccionar los problemas genéticos y el estrés como las principales causas de la enfermedad (61.3 %); mientras que hubo mayor desconocimiento en lo relativo a: dificultades de salud durante el embarazo (93.5 %), problemas neuroendocrinos (77.7 %), daño neuroanatómico en el sistema nervioso (71.0 %), dificultades peri y post-natales y en las relaciones afectivas y de comunicación durante la infancia (67.5 %).

En cuanto al indicador *tipología de la enfermedad que presenta el paciente y sus características esenciales*, el 54.8 % de los sujetos declaró el tipo de esquizofrenia que presenta el enfermo, sin embargo el 82.4 % de ellos no logró reconocer las características esenciales de la tipología, mientras que un 45.2 % no reconocen ninguno de ambos aspectos.

Estos resultados demuestran que los sujetos funcionan con etiquetas vacías de contenido, saben que su familiar presenta una esquizofrenia de tipo paranoide –en este caso la que prevalece–

pero desconocen el significado de esta palabra y las peculiaridades de este tipo de esquizofrenia.

En lo relativo al indicador *síntomas de la enfermedad*, el 16.1 % de los sujetos no identificó síntomas. De los sujetos que sí reconocieron, el 42.3 % identificó las manifestaciones de la enfermedad como una mezcla de síntomas positivos y negativos, el 50.0 % hizo mención solo los síntomas positivos y el 7.7 % los síntomas negativos exclusivamente.

Es necesario aclarar que el 100.0 % de los sujetos que no enunciaron síntomas fueron cuidadores –fundamentalmente madres– que niegan la enfermedad de sus hijos, poseen mecanismos defensivos, necesidad de proteger la imagen del enfermo y en sus discursos son frecuentes expresiones como las siguientes:

Sujeto 13. “El hizo una sola crisis hace muchos años y desde entonces está normal, como usted y yo, a veces se pone un poco nervioso pero eso le sucede a cualquiera, a veces pienso que los médicos se deben haber equivocado en el diagnóstico”.

Sujeto 15. “Mi hija está muy bien, si yo no le digo que tiene problemas usted no se da ni cuenta, esa es mi niña, mi nena hace mucho que no se enferma, tiene sus cosas pero eso es que ella es así”. En este caso la “nena” a la que se refiere la cuidadora es una mujer de 30 años que enfermó en la adolescencia.

También resulta significativa la ausencia de interpretaciones erróneas de los síntomas positivos, mientras que el 29,0 % de los cuidadores sí las presentó en relación a los síntomas negativos. (Ej. hipobulia entendida como vagancia, ser acomodado; aplanamiento afectivo interpretada como ser serio; poca comunicación, tendencia al aislamiento y retramiento como ser tímido). Es importante decir que la mayoría de las interpretaciones erróneas de los síntomas negativos las ofrecieron las personas que no reconocieron síntomas y algunos de los sujetos que solo identificaron los positivos como manifestaciones de la enfermedad. Los síntomas negativos que más registran los sujetos son los relativos al deterioro de los hábitos de vida.

En el indicador *aspectos que determinan la evolución negativa de la enfermedad* se pudo apreciar que el 38.7 % no realizó selecciones refiriendo no conocer nada al respecto. De los sujetos que sí realizaron selecciones, el aspecto mejor conservado fue el relativo al inicio de la enfermedad en etapas tempranas de la vida (63.2 %), el 47,4 % de los sujetos identificó como un indicador de mala evolución las recidivas e ingresos frecuentes, mientras que solo 21.1 % reconoce la instauración de la enfermedad de forma lenta y paulatina como un aspecto determinante de la mala evolución. Es importante resaltar que el 47.4 % de los sujetos poseen la creencia inadecuada de que el comienzo de la enfermedad de forma brusca y repentina es un indicador de mala evolución de la misma.

Respecto al indicador crisis y los factores que la determinan se pudo constatar que el 96,8 % definió las crisis; y de ellos el 76.7 % poseen representaciones adecuadas, mientras que el 23.3 % refirió representaciones inadecuadas asociadas a dificultades con la duración de la crisis

fundamentalmente, pues asumen que estas pueden extenderse a unos pocos minutos, luego de los cuales los sujetos vuelven a su estado habitual, de modo que llegan a confundir las crisis con dificultades del humor y reacciones imprevisibles de los enfermos.

En cuanto al reconocimiento de los factores que pueden precipitar la ocurrencia de las crisis se pudo comprobar que los aspectos que más reconocieron los sujetos fueron los relativos a: el abandono del tratamiento médico (80.0 %), acontecimientos vitales importantes (70.0 %), la disfuncionalidad familiar (66.7 %), y la burla y humillaciones hacia el paciente (63.3 %).

Los aspectos que menos reconocieron fueron los relativos a: las adicciones y la indiferencia de la familia hacia el enfermo (43.3 %), la sobreprotección (36.7 %), y la sobre-exigencia (30.0 %).

En cuanto a los *recursos asistenciales que pueden ser empleados en el tratamiento del enfermo esquizofrénico* su pudo apreciar que el 100 % de los sujetos reconoció la ayuda médica y farmacológica, el 80.6% consideró válida la ayuda psicológica y un poco menos (58.1 %) reconoce como válida la ayuda para la rehabilitación socio-laboral del enfermo esquizofrénico.

Esto puede estar relacionado con las representaciones que los sujetos poseen sobre la enfermedad y las posibilidades de este tipo de pacientes y con la experiencia que tienen sobre el tipo de ayuda recibida.

Respecto al conocimiento sobre la medicación del enfermo, se pudo apreciar que el 89.3 % de los cuidadores dominaba el nombre de los medicamentos que consumía el enfermo, aunque el 100 % lo reconoció como una necesidad y un deber del cuidador. Solo el 60.7 % de ellos conocía las posibles reacciones adversas de tales medicamentos, aunque el 92.8 % lo reconoció como necesario. El 85.5 % expresó que ante cambios en el enfermo asociados a posibles efectos secundarios de los medicamentos la conducta más adecuada a seguir era de suspensión del medicamento y la consulta al especialista.

En cuanto al modo de administración de los medicamentos, los cuidadores poseían mayor dominio sobre: las precauciones que deben tomarse con los envases de los medicamentos (96.4 %), la necesidad de declarar la enfermedad del paciente ante cualquier otro especialista y consultar al psiquiatra la inclusión de otros medicamentos orientados por este (89.3 %), y que los medicamentos deben ser preferiblemente ingeridos en horarios cercanos a los alimentos (60.7 %).

Es importante considerar que solo el 50.0 % de los sujetos reconoció que la conducta más correcta ante el olvido de varias dosis del medicamento es acudir al médico, mientras que el 25.0 % consideró que la solución a este olvido era reiniciar el tratamiento desde el inicio y con la misma dosis anterior y otro 25.0 % afirmó que si el paciente está mejor o prácticamente bien podía reducirse la dosis o dejar el medicamento por propia iniciativa. Resulta también importante que el 21.4 % de los cuidadores afirmó que el consumo de los medicamentos debía ser una responsabilidad del enfermo.

En lo relativo al indicador *peculiaridades de los hábitos de vida de los enfermos esquizofrénicos*, los sujetos reconocieron: el beneficio de la actividad física para este tipo de enfermos (70.9 %), y la vulnerabilidad de los esquizofrénicos a presentar adicciones (61.3 %). Los aspectos que resultaron menos seleccionados fueron: el reconocimiento de que los enfermos esquizofrénicos deben llevar una dieta baja en grasas y consumir frutas y vegetales preferiblemente (35.5 %), y que este tipo de enfermos son vulnerables a presentar obesidad (38.7 %). Además es importante decir que el 45.2 % de los sujetos expresó la creencia inadecuada de que estos pacientes deben dormir más de lo que duermen las personas sanas, mientras que el 16.1 % consideró que el enfermo no necesita bañarse todos los días mientras está en crisis.

En el indicador *peculiaridades del desempeño personal y social del enfermo esquizofrénico*, los sujetos reconocían más: la posibilidad del enfermo a participar en tareas del hogar (80.6 %), establecer relaciones de amistad con las demás personas (77.4 %), participar en actividades comunitarias (67.7 %), velar por su cuidado personal con supervisión (61.3 %), trabajar en lugares donde las condiciones lo permitan y manejar cantidades moderadas de dinero (51.6 %). El aspecto que resultó menos conservado fue la posibilidad de estos enfermos a hacer uso de servicios públicos con guía o asesoramiento con un 45.2 %.

Es importante decir que el 51.6 % de los cuidadores refirió que estos pacientes pueden satisfacer sus necesidades de seguridad personal, higiene y aspecto personal de forma totalmente independiente sin necesidad de asesoramiento; mientras que el 22.6 % considera que los esquizofrénicos pueden hacerse responsables del cuidado de niños y personas enfermas.

En el indicador *propósito fundamental de la tarea de cuidar*, la mayoría de los sujetos identificó la tarea de cuidar exclusivamente desde el componente práctico de la misma (67.7 %), el 25.8 % reconoció la tarea de cuidar como la imbricación del componente práctico y afectivo, mientras que el 6.5 % lo hizo basándose únicamente en el componente afectivo. Las siguientes expresiones ilustran estos resultados:

Sujeto 25: "Cuidar es estar atento a todo lo que necesita el enfermo, sus medicamentos, su higiene, que no se haga daño."

Sujeto 23: "Cuidar es mucho sacrificio, es intentar dar lo mejor de uno, es estar pendiente de todo lo que necesite el enfermo, tratar de entenderlo y apoyarlo siempre."

Sujeto 3: "Cuidar es una responsabilidad enorme y requiere de mucha paciencia y mucho amor hacia el enfermo, demostrarle siempre mucho amor."

En cuanto a las *tareas o funciones del cuidador de un paciente esquizofrénico*, se constató que el 100 % de los cuidadores reconoció como parte de la tarea de cuidar proporcionar bienestar emocional al enfermo y la supervisión del tratamiento médico. El 96.8 % identificó como un deber del cuidador escuchar los problemas y preocupaciones del enfermo y velar por su

seguridad personal; el 93.5 % consideró como tarea del cuidador velar por la higiene y la alimentación del enfermo, garantizar su bienestar físico y acompañar al enfermo a sus visitas al médico e ingresos; el 87.1 % incluyó la supervisión del comportamiento social del enfermo como parte de sus funciones; mientras que el 77.4 % afirmó que el cuidador principal posee responsabilidades legales en relación con el enfermo esquizofrénico.

DISCUSIÓN

Gallardo J.,⁸ al referirse al trabajo educativo en familias de pacientes esquizofrénicos, afirma que en la realidad local el trabajo con los familiares de estos pacientes se mantiene en un nivel informativo con respecto al diagnóstico que tiene su familiar, a través de conversaciones de pasillo entre los miembros del equipo encargado y algunos familiares (generalmente padres) que se acercan a consultar dudas, como por ejemplo la administración de los fármacos, solicitud de hora para el siguiente control, sobre conductas que interfieren en la dinámica familiar.

En las conclusiones ofrecidas por esta autora se visualiza la necesidad de labor psicoeducativa que estas familias presentan, por la escasa información que poseen respecto a la enfermedad, como por ejemplo, su sintomatología, el efecto de los fármacos en el paciente y algunas herramientas que pudieran colaborar a que éste se desarrolle de una forma más autónoma, frente a su propia enfermedad y a las repercusiones de ella en el contexto. Sobre la base de estas ideas hipotetiza que la falta de información también repercute en la forma de relacionarse el resto de la familia con el paciente, como por ejemplo el hecho de atribuir al mismo la voluntad de las conductas consideradas por ellos como inadecuada.⁸

Los planteamientos anteriores están descritos en términos generales de familia, mas también resultan válidos para aquel miembro del grupo familiar que desempeñe el rol de cuidador principal. La esencia de lo expresado por la autora consiste en que es necesario mayor nivel de información, lo que también se confirma en los resultados mostrados por el presente estudio; sin embargo, los elementos a potenciar resultan diferentes, y en última instancia se trata no se debe perder de vista las diferencias contextuales.

En nuestro ámbito existen escasas investigaciones sobre el tema que permitan realizar una discusión de los resultados alcanzados. Los hallazgos aquí reflejados se diferencian de los obtenidos en el estudio desarrollado en el Hospital Psiquiátrico de La Habana,³ en el que se concluye la existencia de un predominio de cuidadores que desconocen sobre la enfermedad y el manejo y cuidado del enfermo esquizofrénico; mientras que este estudio se constató mayoría de cuidadores con desarrollo medio de conocimientos sobre la enfermedad y la tarea de cuidar.

La investigación anteriormente citada reflejó elevados porcentajes de desconocimiento en todos los indicadores contemplados. En el presente trabajo no todos los indicadores se comportaron

con predominio de insuficiencia, hubo varios que se expresaron entre niveles medios y suficientes, entre los que sobresalieron: recursos asistenciales que pueden ser empleados en el tratamiento de los enfermos esquizofrénicos, características de la enfermedad y aspectos relativos a la tarea de cuidar. Esto significa que los cuidadores no solo poseen debilidades en sus saberes, sino también fortalezas.

En la bibliografía consultada no encontramos estudios que permitieran una discusión más exhaustiva del comportamiento de cada uno de los indicadores propuestos de la forma en que se muestra en la presente investigación. Aún así existen materiales que en los que se declara el impacto en la familia de este diagnóstico, generando sentimientos de miedo, vergüenza y culpabilidad, basados en falsas percepciones del problema que se derivan de una información insuficiente;⁹ en este sentido podrían adquirir importancia los conocimientos sobre la causalidad de la enfermedad, el indicador que se mostró más afectado.

También es abordada teóricamente⁹ la necesidad de conocer sobre la evolución de la enfermedad, sobre todo en relación a las crisis o brotes, lo que resultó el segundo indicador con resultados menos satisfactorios en el estudio realizado.

Es importante señalar que los indicadores mejor expresados lo hicieron sobre la base de por cientos adecuados pero aún pueden ser potenciados.

La revisión bibliográfica realizada muestra abundante información para cuidadores sobre todos los elementos implícitos en la construcción de los indicadores de la variable propuestos en este estudio; sin embargo son materiales diseñados para cuidadores de otros contextos. La ciencia tiene criterios de lo que los cuidadores de enfermos esquizofrénicos deben conocer, pero no existen a nuestro alcance estudios que establezcan la distancia entre lo que deben saber y lo que realmente saben para sobre esta base implementar intervenciones psicoeducativas. En este sentido los resultados de esta investigación pueden facilitar este tipo de trabajo.

ANEXO 1

CETCE

El presente cuestionario tiene como objetivo obtener una estimación de la información que como cuidador principal del enfermo esquizofrénico posee sobre esta enfermedad y la tarea de cuidar. La información que ofrezca será confidencial. Lea con atención, responda las preguntas en el orden en que aparecen y sea lo más sincero posible en sus respuestas. Agradecemos de antemano su colaboración en esta investigación.

Nombre del paciente bajo su cuidado: _____

- 1) A continuación aparecen una serie de características entre las que debe marcar con una X aquellas que se correspondan con la esquizofrenia.

- a) ___ Es una enfermedad del cerebro que atiende el neurólogo
- b) ___ Es una enfermedad mental grave que afecta de manera general el comportamiento de quien la padece.
- c) ___ Es una enfermedad que tiene cura.
- d) ___ Es una enfermedad que no limita el desempeño personal y social de quien la padece.
- e) ___ Es una enfermedad que no tiene cura y se padece toda la vida
- f) ___ Es una enfermedad en la cual el paciente se encuentra siempre en el mismo estado.
- g) ___ Es una enfermedad que provoca discapacidad y dependencia para la persona que la padece.
- h) ___ Es una enfermedad que transita por distintas etapas de compensación (equilibrio) y de crisis.

2) Marque con una X las posibles causas de la enfermedad que usted reconozca.

- a) ___ Problemas genéticos (que existan antecedentes de la enfermedad en la familia)
- b) ___ Desequilibrios en hormonas y/o sustancias que intervienen en el funcionamiento del cerebro.
- c) ___ Algunas partes del cerebro están dañadas y no funcionan bien.
- d) ___ Que la madre del niño tenga problemas de salud durante el embarazo (estados virales que no sean bien atendidos)
- e) ___ Problemas en el momento del parto que afecten al niño (necesidad de usar fórceps u otros instrumentos que tengan consecuencias en el cuerpo del niño, fundamentalmente en la cabeza; que el niño nazca con dificultades respiratorias, entre otras complicaciones)
- f) ___ Dificultades en las relaciones afectivas (cariño, comunicación...) con los familiares más cercanos durante los primeros años de vida del niño.
- g) ___ El estrés y las tensiones pueden hacer que personas con predisposición desarrollen la enfermedad.
- h) ___ Haber estado en estado de coma prolongado en cualquier momento de la vida después del nacimiento y los tres primeros años de vida.

2.1- Cite alguna otra posible causa de la enfermedad que usted conozca y no aparezca mencionada entre las anteriores._____

3) Mencione el tipo de esquizofrenia que presenta la persona que usted cuida.

3.1 Diga la característica o las características fundamentales de ese tipo de esquizofrenia._____

4) Escriba aquellos comportamientos del enfermo que usted reconoce como manifestaciones de su enfermedad. Intente mencionar el mayor número posible._____

5) A continuación aparecen una serie de aspectos que pueden determinar que el curso de la enfermedad no sea bueno, seleccione marcando con una X aquellos que usted considere correctos.

- a) Inicio de la enfermedad de forma brusca y repentina.
- b) Comienzo de la enfermedad de forma lenta y paulatina.
- c) Inicio de la enfermedad en edades tempranas de la vida, entre la adolescencia y la juventud.
- d) Inicio de la enfermedad en la adultez (aproximadamente a los 30 años).
- e) Que el enfermo sufra recaídas e ingresos muy frecuentes.

6) ¿Reconoce cuándo el paciente que cuida está en crisis?

Si No

6.1) En caso de que su respuesta sea afirmativa explique brevemente en el espacio en blanco que se le ofrece lo que entiende por una crisis:

6.2) A continuación se presentan una serie factores que pueden determinar la ocurrencia de crisis en el paciente. Seleccione con una X aquellos que usted considere.

- a) Sucesos que impliquen cambios en la vida del enfermo como la pérdida de la ocupación, el divorcio, cambios bruscos del ambiente en el que el enfermo se desenvuelve (Ej. una mudanza), pérdida de familiares queridos, o cualquier otro acontecimiento que produzca tensión al enfermo.
- b) Exigir constantemente al paciente que se comporte como una persona normal.
- c) Dificultades (discusiones frecuentes, agresividad...) en el hogar del enfermo.
- d) Que el paciente sea víctima de burlas, críticas o humillaciones en su familia, comunidad,

y lugares que más frecuente.

- e) Consumo de sustancias tóxicas como, alcohol, cigarro, café u otras drogas.
- f) Indiferencia de la familia hacia el paciente, que se comporten como si este no existiera.
- g) Abandono del tratamiento médico.
- h) Que los familiares y otras personas cercanas estén constantemente pendientes del paciente, intentando regular su comportamiento y protegiéndolo todo el tiempo.

7) Marque con una X los tipos de ayuda que usted considere pueden recibir los enfermos esquizofrénicos.

- a) Ayuda médica, incluyendo la atención brindada por el psiquiatra u otros especialistas, tanto en períodos de crisis como de compensación, con el objetivo de mejorar la salud del enfermo.
- b) Ayuda con fármacos, es decir, el uso de medicamentos orientados por el psiquiatra para el tratamiento de los síntomas del enfermo.
- c) Ayuda psicológica, es decir, que el enfermo se atienda periódicamente con un especialista (ya sea psicólogo o psiquiatra) con el objetivo de mejorar algunos aspectos de su enfermedad.
- d) Ayuda para su incorporación laboral y social.

8) Diga el nombre de los medicamentos que consume su paciente.

8.1- Mencione las reacciones adversas que conozca de cada una de esos medicamentos.

Medicamento1: _____

Medicamento2: _____

Medicamento3: _____

Medicamento4: _____

8.2- A continuación aparecen aspectos relativos a la medicación del paciente, marque con una X aquellos que usted considere.

- a) El familiar que cuida al paciente esquizofrénico debe conocer los nombres de los medicamentos que toma el paciente.
- b) Tomar los medicamento debe ser una responsabilidad del enfermo.

- c) Si el paciente está mejor y prácticamente bien puede reducirse la dosis o dejar el medicamento.
- d) Si se olvida una toma lo mejor es dársela doble en la próxima toma.
- e) Si se olvidan varias tomas se debe comenzar el tratamiento desde el mismo momento que nos percatamos y con la misma dosis anterior.
- f) Si se olvidan varias tomas se debe acudir al médico.
- g) Los medicamentos deben ser ingeridos preferiblemente con alimentos o después de ellos.
- h) Los envases de los medicamentos deben permanecer bien cerrados.
- i) Se debe tener conocimiento de los efectos secundarios de la medicación.
- j) Especificar la enfermedad del paciente ante cualquier especialista que se consulte en caso de ser necesario un tratamiento médico.
- k) Consultar al psiquiatra que trata al paciente sobre la inclusión de otro medicamento en caso que sea orientado por otro especialista.

8.3) Seleccione aquellas opciones que usted considere deban realizarse ante los efectos secundarios.

- a) Suspender el medicamento.
- b) Rebajar la cantidad de medicamentos.
- c) Sustituir el medicamento por otro que consideremos mejor.
- d) Agregar otro medicamento que consideremos que puede reducir estos efectos.
- e) Suspender el medicamento y consultar al médico (preferiblemente al que lo indicó).

9- A continuación se presentan aspectos relativos al modo de llevar los hábitos de vida del enfermo esquizofrénico. Seleccione con un a X aquellos que usted considere.

- a) Los esquizofrénicos deben dormir más de lo que duermen las personas sanas.
- b) Los esquizofrénicos deben llevar una dieta baja en grasas, y consumir pescado, frutas y vegetales preferentemente.
- c) Los esquizofrénicos son propensos a presentar obesidad.
- d) Los esquizofrénicos tienen más riesgo de presentar dependencia de cualquier sustancia tóxica como el tabaco, el alcohol u otras drogas.
- e) El enfermo no necesita bañarse todos los días cuando está en crisis.
- f) Hacer ejercicios físicos es recomendable para este tipo de pacientes.

10- A continuación se presentan actividades de vida cotidiana; marque con una X aquellas que

usted considere puede realizar un paciente esquizofrénico.

- a) Satisfacer sus necesidades personales (higiene, cuidado de su aspecto y seguridad personal...) de forma totalmente independiente.
- b) Hacer uso de los servicios públicos (medios de transporte, centros gastronómicos, recreativos y médicos entre otros) con guía y asesoramiento
- c) Establecer relaciones de amistad con las demás personas.
- d) Velar de su cuidado personal con supervisión.
- e) Participar en algunas tareas del hogar.
- f) Asistir a reuniones de la comunidad y sus distintas organizaciones (CDR, FMC).
- g) Puede trabajar en lugares que las condiciones lo permitan (donde no existan amenazas para él y quienes lo rodean) y con supervisión.
- h) Hacer compras y administrar pequeñas cantidades de dinero.
- i) Tener a su cargo el cuidado de otras personas (hijos, otros enfermos...)

11- ¿Qué entiende por "la tarea de cuidar" a un paciente esquizofrénico?

11.1- Marque con una X aquellas opciones que considere se corresponden con funciones de un cuidador de un paciente esquizofrénico.

- a) Estar atento por su higiene personal.
- b) Velar por su alimentación.
- c) Escuchar sus problemas y preocupaciones.
- d) Garantizar su bienestar físico
- e) Velar por su seguridad personal (cuidado ante peligros provenientes del medio o derivados del propio comportamiento del enfermo).
- f) Proporcionarle bienestar emocional (procurar su satisfacción felicidad, apoyarlo cuando presenta estados emocionales negativos como tristeza y nerviosismo).
- g) Supervisar su comportamiento en la sociedad.
- h) Acompañar a la persona en sus visitas al médico e ingresos.
- i) Supervisar el seguimiento de la medicación.
- j) Responder ante la instituciones legales (Ej. policía) por el comportamiento de la persona que se cuida.

11.2- Escriba otras funciones que considere.

Guía para la calificación del cuestionario sobre conocimientos del cuidador.

Pregunta 1: Compuesta por 8 ítems con el valor de un punto que se otorga tanto cuando el sujeto realiza marcas en opciones correctas u omite en las incorrectas. Las opciones correctas son: b, e, g y h. Interpretación: Conocimientos suficientes: entre 6 y 8 puntos. Conocimientos medianamente suficientes: entre 4 y 5 puntos. Conocimientos insuficientes: puntuación inferior a 4 puntos.

Pregunta 2: Compuesta por 8 ítems con el valor de un punto que se otorga tanto cuando el sujeto realiza marcas en opciones correctas u omite en las incorrectas. Las opciones correctas se corresponden a los ítems del a al g. En el inciso 2.1 se otorgan puntos por cada argumento correcto (aunque la mayoría están expuestos en la pregunta anterior), y se restan tantos puntos como errores cometida. Interpretación: Conocimientos suficientes: entre 6 y 8 puntos.

Conocimientos medianamente suficientes: entre 4 y 5 puntos. Conocimientos insuficientes: puntuación inferior a 4 puntos.

Pregunta 3: Cuando consigue precisar el tipo de esquizofrenia que tiene el enfermo que cuida se le otorga un punto, y se le suma un punto más si sabe describir las características esenciales de dicha tipología en el inciso 3.1. Solo se otorgan los puntos si las respuestas del sujeto están en correspondencia con la información que aparece en la historia clínica. Interpretación: Conocimientos suficientes: si obtiene los dos puntos. Conocimientos medianamente suficientes: si obtiene un punto (en este caso correspondiente a las características de la tipología). Conocimientos insuficientes: si el sujeto no obtiene puntuación alguna.

Pregunta 4: Se tiene en cuenta si la información del sujeto se corresponde con la historia clínica del paciente. Interpretación: Conocimientos suficientes: Si el sujeto reconoce síntomas que aparecen en la historia clínica del paciente o que constituyen pautas diagnósticas para este tipo de trastorno en la CIE-10, y no atribuye carácter de síntoma a manifestaciones que no lo constituyan. Conocimientos insuficientes: Cuando el sujeto no reconoce síntomas, o cuando mezcla síntomas con manifestaciones que no lo constituyan.

Pregunta 5: Compuesta por 5 ítems con el valor de un punto que se otorga tanto cuando el sujeto realiza marcas en opciones correctas u omite en las incorrectas. Las opciones correctas son las correspondientes a los ítems: b, c y e.

Interpretación: Conocimientos suficientes: entre 4 y 5 puntos. Conocimientos medianamente suficientes: si el sujeto obtiene 3 puntos. Conocimientos insuficientes: puntuación inferior a 3 puntos.

Pregunta 6: Esta pregunta tiene un total de 13 puntos. Se otorgan 5 puntos si el sujeto marca la opción afirmativa y ofrece argumentos correctos de lo que es una crisis en el inciso 6.1. Si marca la opción afirmativa pero sus argumentos no son considerados válidos se descalifica esta

parte de la pregunta.

Para la calificación del inciso 6.2 cada ítem tendrá el valor de un punto de manera que la puntuación máxima para este inciso es de 8 puntos. Todas las opciones son correctas.

Interpretación: Conocimientos suficientes entre 10 y 13 puntos. Conocimientos medianamente suficientes: entre 7 y 9 puntos. Conocimientos insuficientes: puntuación inferior a 7 puntos.

Pregunta 7: Cada una de los ítems tiene un valor de un punto, no hay opciones incorrectas y el máximo de puntuación a alcanzar por los sujetos es de 4 puntos.

Interpretación: Conocimientos suficientes: si el sujeto obtiene entre 3 y 4 puntos. Conocimientos medianamente suficientes: si el sujeto obtiene dos puntos. Conocimientos insuficientes: si el sujeto obtiene puntuación inferior a 2 puntos.

Pregunta 8: Tiene una puntuación máxima de 29 puntos que se distribuyen entre los diferentes incisos. En la primera parte de la pregunta se le otorgan 5 puntos si el sujeto sabe mencionar correctamente la medicación del enfermo, si el sujeto fracasa en este inciso no se le otorga puntuación. En el inciso 8.1 se otorgarán 2 puntos por cada medicamento en el que el sujeto logre reconocer entre el 70 y el 100% de los efectos adversos, 1 punto si solo logre reconocer entre el 50 y el 70% de los efectos adversos, y no se otorgará puntuación si reconoce menos del 50% de los efectos adversos. Los efectos adversos de los medicamentos serán evaluados a partir de la información que ofrecen los prospectos de los medicamentos que consuma el paciente. El inciso 8.2 está compuesto por 11 ítems. Cada ítem tiene el valor de un punto que se otorga tanto cuando el sujeto realiza marcas en las opciones correctas como por la omisión de las incorrectas, de modo que la puntuación máxima a alcanzar es 11 puntos. Los ítems correctos son: a, f, g, h, i, j, y k.

El inciso 8.3 está compuesto por 5 ítems. Cada ítem tiene el valor de un punto que se otorga si el sujeto realiza marcas en las opciones correctas como por omitir las incorrectas. La única opción correcta es ítem e.

Interpretación: Conocimientos suficientes: entre 29 y 21 puntos. Conocimientos medianamente suficientes: entre 20 y 15 puntos. Conocimientos insuficientes: puntuación inferior a 15 puntos.

Pregunta 9: Compuesta por 6 ítems. Cada ítem tiene un valor de un punto que se otorga tanto cuando el sujeto realiza marcas en opciones correctas u omite en las incorrectas, de modo que la puntuación máxima es 6 puntos. Los ítems correctos son: b, c, d y f.

Interpretación: Conocimientos suficientes: entre 6 y 5 puntos. Conocimientos medianamente suficientes: entre 4 y 3 puntos. Conocimientos insuficientes: puntuación inferior a 3 puntos.

Pregunta 10: La pregunta tiene un total de 9 ítems. Cada ítem tiene el valor de un punto que se otorga tanto cuando el sujeto realiza marcas en opciones correctas u omite en las incorrectas, de manera que la puntuación máxima a alcanzar es de 10 puntos. Los ítems correctos son: b, c, d, e, f, y h.

Interpretación: Conocimientos suficientes: entre 7 y 9 puntos. Conocimientos medianamente suficientes: entre 6 y 5 puntos. Conocimientos insuficientes: puntuación inferior a 5 puntos.

Pregunta 11: La puntuación máxima a alcanzar en la pregunta es de 16 puntos. Esta puntuación se distribuye entre todos los incisos. En la primera parte de la pregunta se otorgarán 6 puntos en caso de que el sujeto emita respuestas correctas que incluya en sus argumentos que cuidar es satisfacer las necesidades de cuidado y desarrollo personal que el paciente no pueda satisfacer por sí solo y brindar soporte emocional; si el sujeto solo hace referencia a uno de estos aspectos se le otorga la mitad de los puntos de ese inciso.

El inciso 11.1 tiene un valor de 10 puntos, todos los ítems son correctos.

En el caso del inciso 11.2 se sumarán o se restarán puntos en dependencia de si el sujeto expresa tareas correctas (aunque la mayoría ha sido comprendida en el cuestionario) o incorrectas.

Interpretación: Conocimientos suficientes: entre 12 y 16 puntos. Conocimientos medianamente suficientes: entre 8 y 11 puntos. Conocimientos insuficientes: puntuación inferior a 8 puntos.

Interpretación final del instrumento: Por cada calificación de *conocimiento suficiente* alcanzado se otorgan 2 puntos al sujeto, por cada calificación de *conocimiento medianamente suficiente* 1 punto, y en caso de las calificaciones de *conocimientos insuficientes* se otorga 0. Para la interpretación final se sumarán los puntos totales obtenidos y se ubicará al sujeto en dependencia del rango de puntuación obtenida.

- Conocimientos suficientes: entre 17 y 22 puntos
- Conocimientos medianamente suficientes: entre 11 y 16 puntos.
- Conocimientos insuficientes: Si el sujeto obtiene menos de 11 puntos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mesa S. Aspectos biopsicosociales de la esquizofrenia [Internet]. 2010 [citado el 23 Jun 2011]; 7 (1): [aprox. 6 pp.]. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0110/hph10110.html>.
2. Rebolledo S, Lobato M. Cómo afrontar la esquizofrenia, una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas. 3ra ed. Madrid: Aula Médica; 2005.
3. Montero M, Faure A, Fleites N, Rodríguez I. Caracterización de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia [Internet]. 2010 [citado el 23 Jun 2011]; [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu./hph0310/hph01310.html>.

4. De los Reyes, M. Construyendo el concepto de cuidador de ancianos [Internet]. 2001 [citado el 4 Jul 2011]; [aprox. 13 pp.]. Disponible en: www.redadultosmayores.com.ar/.../06CuidadoresdeAncianos.pdf
5. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Las fases de adaptación a la situación de cuidado [Internet]. 2009 [consultado el 15 Jun 2011]. [aprox. 2 pp.] Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/especiales/cuidadores/pyr/preparacion.html>. Consultado en junio, 2011.
6. Leal M, Sales R, Ibáñez E, Giner J, Leal C. Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativo [Internet]. 2008 [citado el 15 Jun 2011]; 36(2): [aprox. 6 pp.]. Disponible en: www.clinica.divisionescolpsic.org/.../sobrecarga_familiares_esquizofr .
7. VI Conferencia Internacional de Psicología de la Salud (2011) [CD-ROM]. Cuba: ISBN: 978-959-306-115-5.
8. Gallardo J. Trabajo educativo en familias de pacientes con esquizofrenia, consultorio Dr. Luis Herrera. Chañarral 2005 [Internet]. 2005 [citado el 4 Ago 2011]; [aprox. 9 pp.]. Disponible en: <http://medicina,uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/4/La>
9. Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES). De la incertidumbre a la esperanza. "La esquizofrenia en la familia" [Internet]. Disponible en: http://psicologia.topespana.com/psicosis_libros.htm

Recibido: 02 de septiembre de 2013

Aceptado: 24 de julio de 2013

Alexis Lorenzo Ruiz. Calle San Rafael 1168 entre Mazón y Basarrate. Vedado. Municipio de Plaza de la Revolución. CP: 10400. La Habana, Cuba. Teléfonos: (53-7) 870 4617.

Correo electrónico: alexis.lorenzo@psico.uh.cu