



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Psicología

Escuela Profesional de Psicología

**Evitación experiencial, apoyo social percibido y
habilidades sociales como predictores de la
sintomatología clínica en cuidadores principales de
pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de
salud mental**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Psicólogo

AUTOR

Bill Kevin EGÚSQUIZA VÁSQUEZ

ASESOR

Ana Esther DELGADO VÁSQUEZ

Lima, Perú

2018



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Egúsquiza, B. (2018). *Evitación experiencial, apoyo social percibido y habilidades sociales como predictores de la sintomatología clínica en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Psicología, Escuela Profesional de Psicología]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.

156 P. A.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad Del Perú, DECANA DE AMERICA)
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Escuela Profesional de Psicología

ACTA

Siendo las 11:30 horas del día 27 de agosto del 2018, se dieron cita en el Auditorio del Pabellón de la Facultad de Psicología, bajo la presidencia del Mg. CARLOS VELASQUEZ CENTENO, los catedráticos Miembros del Jurado que suscriben la presente Acta y el postulante al Título Profesional de Psicólogo, Bachiller EGÚSQUIZA VÁSQUEZ, BILL KEVIN quien a invitación del Presidente expuso y sustentó su trabajo de tesis titulado: "EVITACIÓN EXPERIENCIAL, APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y HABILIDADES SOCIALES COMO PREDICTORES DE LA SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA EN CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DE UN INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL", al concluir con la sustentación absolvió las preguntas pertinentes.

Finalizando el examen, el Presidente del Jurado invitó al postulante y asistentes a retirarse del recinto para dar inicio a la deliberación evaluativa; a su término cada Miembro del Jurado hizo entrega el Presidente en sobre cerrado sus respectivas calificaciones, habiendo obtenido el postulante al Título Profesional de Psicólogo el promedio de:

20 (VEINTE)

SOBRESALIENTE CON MENCIÓN

Seguidamente, el Presidente del Jurado invitó al salón de grados, tanto al postulante como a los asistentes a fin de comunicarle el resultado obtenido en el presente proceso.

El Jurado dispuso que se extendiera la presente acta como constancia del Examen de Titulación por la modalidad de Presentación y Sustentación de Tesis.


MG. CARLOS VELASQUEZ CENTENO
PRESIDENTE


DRA. ANA ESTHER DELGADO VASQUEZ
ASESORA


MG. MIGUEL ESCURRA MAYAUTE
MIEMBRO


PSIC. RENATO SANTIVÁÑEZ OLULO
MIEMBRO

Todos llevamos ocultos, en el interior, secretos dolorosos. Nos esforzamos en mostrar caras radiantes, felices, simulando que todo va bien y que nuestra vida es inmejorable. Pero no es así y no puede ser así.

Steven Hayes

*A mi hermana Britany,
mi valiente, por acoger
cada experiencia difícil
y convertirla en un acto
de amor.*

AGRADECIMIENTOS

A mi asesora, la Dra. Ana Delgado Vásquez, por su apoyo, paciencia y confianza; pues cuando le presenté el tema de mi investigación durante la etapa de pregrado pude notar que ella no dudaba en que yo podría llevarlo a cabo. Recuerdo muy bien el momento en que, con la sonrisa que la caracteriza, me dijo: "Está bien, Kevin. Puedes trabajar con tus cuidadores". Ese día fue muy especial.

A la Ps. María del Carmen Lissón, coordinadora del área de Psicología en el Departamento de Rehabilitación del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", por su infinita confianza y alegría para con mis paulatinos progresos, más agradecido aún por aquellos espacios de validación emocional que con mucho cariño supo brindarme. Sin su apoyo esta investigación no hubiese sido posible.

A mis profesores, el Mg. Miguel Escurra, por su gentileza y gran sentido del humor al resolver mis dudas, el Mg. Renato Santivañez, por su entusiasmo y sus comentarios durante el internado que nutrieron esta investigación, el Ps. Emir Valencia y el Mg. Carlos Velásquez, por las facilidades brindadas en favor de la viabilidad del presente estudio. A los docentes que desde muy pequeño fueron parte esencial de mi formación académica, llevo con gran estima todas las enseñanzas que me brindaron en su calidad como profesionales y, más importante aún, como seres humanos.

Al INSM "HD-HN" por acogerme en mis etapas de practicante, de interno de psicología y, finalmente, de investigador externo. A la familia del Departamento de Rehabilitación que, bajo la dirección del Méd. Psiq. José Urdániga, supo acompañarme con calidez y celebrar cada pequeño logro desde mis primeras visitas. A la familia de la DEIDAE de Adultos y Adultos Mayores que me recibió gentil y gustosamente en sus servicios de consulta externa y hospitalización. A la oficina de comunicaciones que difundió mis aportes al campo científico a través de sus medios de prensa, lo cual devino en una mayor apertura por parte de sus colaboradores hacia mis posteriores labores de investigación. Al personal administrativo de la oficina de investigación que guiaron con entusiasmo y palabras de aliento los procesos que requería atravesar mi proyecto.

A los organizadores y al público de los eventos académicos donde presenté y compartí mis primeras luces sobre el tema que ahora desarrollo. Al comité organizador del CONAGIEP, quienes a través del premio "Reynaldo Alarcón" dieron reconocimiento a

un estudio piloto que presenté en torno a la realidad que viven los cuidadores en el Perú, este hecho renovó mi compromiso con la investigación en este campo.

Al Vicerrectorado de Investigación y Posgrado (VRIP-UNMSM) por haberme concedido el financiamiento necesario para desarrollar esta investigación mediante el concurso del programa de promoción de tesis.

A mis amigos, Pablo, Jefferson, Marianne, Geraldin y Natalia por las distintas formas en las que cada uno de ellos me ofreció su valioso apoyo durante este proceso. A Angélica, por su generosidad y toda la confianza que depositó en mí. A Rubí y Carlos, por su amabilidad, entusiasmo y disposición. A mis alumnos de las ayudantías de cátedra en el pregrado por su curiosidad y su admiración expresa hacia mí y hacia lo que hago. A otras tantas personas especiales que supieron entender mis ajustados tiempos.

A los más importantes, mi familia: a mi madre, Karin Vásquez, por su entrega desmedida en cada momento de mi vida, gran parte de mi constante esfuerzo solo busca hacerla sentir orgullosa de haber tomado las decisiones que desde joven asumí con gran dedicación; a mi pequeña hermana, Britany Egúsquiza Vásquez, mi más grande orgullo, por cambiarme la vida en todo sentido y hacerme sentir su amorosa e incondicional presencia en este arduo y último tramo; a mi abuelo, mi *papá tuco*, o mi *vicio*, Segundo Vásquez, quien durante mucho tiempo fue el único familiar que solía preguntarme por el tema de investigación que desarrollaba, desde hace algún tiempo siempre lo llevo conmigo; a mi abuela, o mi *tatita*, Irma Saldaña, quien estuvo muy presente desde mis primeros años entre cartillas y declamaciones; a mi madrina, Haydee Cancino, por hacer posible muchos de mis anhelos personales y académicos; a mi lorito, Pico, quien de manera curiosa me hiciera notar más claramente algunas de las variables de este estudio.

Finalmente, agradezco a todos los cuidadores participantes de este estudio que voluntariamente me brindaron parte de su valioso tiempo. Mención especial a todos los que me desearon muchos éxitos y me expresaron sus palabras de apoyo por hacer visible su realidad; así como a aquellos con quienes tuve la oportunidad de dialogar un poco más tras la aplicación de los protocolos sobre sus experiencias como cuidadores, permitiéndome contactarme con ellos a un nivel más profundo y más humano. Les agradezco la confianza depositada en mí, sé que no es fácil expresar algunas vivencias.

ÍNDICE

Introducción	10
Capítulo I: El problema de investigación	13
1.1 Planteamiento del problema	13
1.2 Justificación	17
1.3 Objetivos	18
1.3.1 Objetivos generales	18
1.3.2 Objetivos específicos	18
1.4 Limitaciones	20
Capítulo II: Marco teórico	22
2.1 Antecedentes	22
2.1.1 Antecedentes internacionales	22
2.1.2 Antecedentes nacionales	25
2.2 Bases teóricas del estudio	28
2.1.1 El cuidador principal	28
2.1.2 Evitación experiencial	33
2.1.3 Apoyo social percibido	38
2.1.4 Habilidades sociales	40
2.1.5 Sintomatología clínica	44
2.3 Definición de términos básicos	47
2.4 Hipótesis	48
2.4.1 Hipótesis generales	48
2.4.2 Hipótesis específicas	49
2.5 Variables	53
2.5.1 Variables predictoras	53
2.5.2 Variable criterio	53
2.5.3 Variables de comparación	53
Capítulo III: Método	54

3.1	Tipo y diseño de investigación	54
3.1.1	Tipo de investigación	54
3.1.2	Diseño de investigación	54
3.2	Población y muestra	55
3.2.1	Población de estudio	55
3.2.2	Muestra de estudio	55
3.3	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	58
3.3.1	Ficha de datos	58
3.3.2	Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II)	58
3.3.3	Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS)	61
3.3.4	Escala de Habilidades Sociales (EHS)	63
3.3.5	Inventario de 90 Síntomas (SCL-90R)	65
3.4	Procedimiento de recolección de datos	68
3.5	Técnicas de procesamiento y análisis de datos	69
	Capítulo IV: Resultados	72
4.1	Análisis psicométrico de los instrumentos	72
4.1.1	Cuestionario de Aceptación y Acción	72
4.1.1.1	Análisis de ítems y confiabilidad	72
4.1.1.2	Validez	72
4.1.2	Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido	73
4.1.2.1	Análisis de ítems y confiabilidad	73
4.1.2.2	Validez	73
4.1.3	Escala de Habilidades Sociales	74
4.1.3.1	Análisis de ítems y confiabilidad	74
4.1.3.1	Validez	74
4.1.4	Inventario de 90 Síntomas	75
4.1.4.1	Análisis de ítems y confiabilidad	75
4.1.4.2	Validez	75
4.2	Análisis Descriptivo	76
4.3	Contrastación de Hipótesis	82

Capítulo V: Discusión	109
Conclusiones	119
Recomendaciones	121
Referencias	122
Anexos	132
Anexo 1. Consentimiento informado y protocolos de los instrumentos	133
Anexo 2. Confiabilidad y validez del Cuestionario de Aceptación y Acción	144
Anexo 3. Confiabilidad y validez de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido	147
Anexo 4. Confiabilidad y validez de la Escala de Habilidades Sociales	150
Anexo 5. Confiabilidad y validez del Inventario de 90 Síntomas	153

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Caracterización de la muestra	57
Tabla 2. Análisis de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov para la evitación experiencial	76
Tabla 3. Análisis de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov para el apoyo social percibido y sus dimensiones	76
Tabla 4. Análisis de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov para las habilidades sociales y sus dimensiones	77
Tabla 5. Análisis de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov para la sintomatología clínica y sus dimensiones	78
Tabla 6. Análisis de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov para las variables principales del estudio según el sexo y la edad	78
Tabla 7. Análisis de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov para las variables principales del estudio según el grado de instrucción	79
Tabla 8. Análisis de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov para las variables principales del estudio según el parentesco	80
Tabla 9. Análisis de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov para las variables principales del estudio según el tiempo de cuidado	81
Tabla 10. Análisis de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov para las variables principales del estudio según el servicio de atención	82
Tabla 11. Análisis de regresión jerárquica que predice la sintomatología clínica desde la evitación experiencial, el apoyo social percibido y las habilidades sociales	84
Tabla 12. Análisis de la correlación de Pearson entre la evitación experiencial y el apoyo social percibido	85
Tabla 13. Análisis de la correlación de Spearman entre la evitación experiencial y las dimensiones del apoyo social percibido	85
Tabla 14. Análisis de la correlación de Pearson entre la evitación experiencial y las habilidades sociales	86
Tabla 15. Análisis de la correlación de Pearson entre la evitación experiencial y las dimensiones de las habilidades sociales	86
Tabla 16. Análisis de la correlación de Pearson entre la evitación experiencial y la sintomatología clínica	87

Tabla 17. Análisis de la correlación de Spearman entre la evitación experiencial y las dimensiones de la sintomatología clínica	87
Tabla 18. Análisis de la correlación de Pearson entre el apoyo social percibido y las habilidades sociales	88
Tabla 19. Análisis de la correlación de Spearman entre las dimensiones del apoyo social percibido y las dimensiones de las habilidades sociales	88
Tabla 20. Análisis de la correlación de Pearson entre el apoyo social percibido y la sintomatología clínica	89
Tabla 21. Análisis de la correlación de Spearman entre las dimensiones del apoyo social percibido y las dimensiones de la sintomatología clínica	89
Tabla 22. Análisis de la correlación de Pearson entre las habilidades sociales y la sintomatología clínica	90
Tabla 23. Análisis de la correlación de Spearman entre las dimensiones de las habilidades sociales y las dimensiones de la sintomatología clínica	90
Tabla 24. Descripción de la media, desviación estándar y error estándar en la evitación experiencial según el sexo	92
Tabla 25. Análisis de la prueba t de Student en la evitación experiencial según el sexo	92
Tabla 26. Descripción de la media, desviación estándar y error estándar en el apoyo social percibido según el sexo	92
Tabla 27. Análisis de la prueba t de Student en el apoyo social percibido según el sexo	93
Tabla 28. Descripción de la media, desviación estándar y error estándar en las habilidades sociales según el sexo	93
Tabla 29. Análisis de la prueba t de Student en las habilidades sociales según el sexo	93
Tabla 30. Descripción de la media, desviación estándar y error estándar en la sintomatología clínica según el sexo	94
Tabla 31. Análisis de la prueba t de Student en la sintomatología clínica según el sexo	94

Tabla 32. Descripción de la media, desviación estándar y error estándar en la evitación experiencial según la edad	95
Tabla 33. Análisis de la prueba t de Student en la evitación experiencial según la edad	95
Tabla 34. Descripción de la media, desviación estándar y error estándar en el apoyo social percibido según la edad	96
Tabla 35. Análisis de la prueba t de Student en el apoyo social percibido según la edad	96
Tabla 36. Descripción de la media, desviación estándar y error estándar en las habilidades sociales según la edad	97
Tabla 37. Análisis de la prueba t de Student en las habilidades sociales según la edad	97
Tabla 38. Análisis de los rangos y la prueba U de Mann-Whitney en la sintomatología clínica según la edad	97
Tabla 39. Análisis de varianza en la evitación experiencial según el grado de instrucción	98
Tabla 40. Análisis de los rangos y la prueba de Kruskal-Wallis en el apoyo social percibido según el grado de instrucción	99
Tabla 41. Análisis de varianza en la evitación experiencial según el grado de instrucción	99
Tabla 42. Análisis de varianza en la sintomatología clínica según el grado de instrucción	100
Tabla 43. Análisis de varianza en la evitación experiencial según el parentesco	101
Tabla 44. Análisis de varianza en el apoyo social percibido según el parentesco	101
Tabla 45. Análisis de varianza en las habilidades sociales según el parentesco	102
Tabla 46. Análisis de varianza en la sintomatología clínica según el parentesco	102
Tabla 47. Análisis de varianza en la evitación experiencial según el tiempo de cuidado	103
Tabla 48. Análisis de varianza en el apoyo social percibido según el tiempo de cuidado	103

Tabla 49. Análisis de varianza en las habilidades sociales según el tiempo de cuidado	104
Tabla 50. Análisis de los rangos y la prueba de Kruskal-Wallis en la sintomatología clínica según el tiempo de cuidado	105
Tabla 51. Análisis de varianza en las habilidades sociales según el servicio de atención	105
Tabla 52. Análisis de varianza en las habilidades sociales según el servicio de atención	106
Tabla 53. Análisis de varianza en las habilidades sociales según el servicio de atención	107
Tabla 54. Análisis de la prueba HSD de Tukey en las habilidades sociales según el servicio de atención	107
Tabla 55. Análisis de varianza en la sintomatología clínica según el servicio de atención	108
Tabla 56. Análisis de la prueba de Tamhane en la sintomatología clínica según el servicio de atención	108
Tabla 57. Estimación de la confiabilidad del Cuestionario de Aceptación y Acción	145
Tabla 58. Evidencia de validez del Cuestionario de Aceptación y Acción	146
Tabla 59. Estimación de la confiabilidad de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido	148
Tabla 60. Evidencia de validez de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido	149
Tabla 61. Estimación de la confiabilidad de la Escala de Habilidades Sociales	151
Tabla 62. Evidencia de validez de la Escala de Habilidades Sociales	152
Tabla 63. Estimación de la confiabilidad del Inventario de 90 Síntomas	154
Tabla 64. Evidencia de validez del Inventario de 90 Síntomas	155

RESUMEN

El objetivo del estudio fue analizar el potencial predictivo de la evitación experiencial, el apoyo social percibido y las habilidades sociales sobre la sintomatología clínica en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental. Asimismo, se buscó comparar las variables principales del estudio de acuerdo con el sexo, la edad, el grado de instrucción, el parentesco, el tiempo de cuidado y el servicio de atención. La muestra estuvo constituida por 150 cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia, a quienes se les administró el Cuestionario de Aceptación y Acción, la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, la Escala de Habilidades Sociales y el Inventario de 90 Síntomas. El análisis de regresión jerárquica encontró que sólo la evitación experiencial y las habilidades sociales se constituyeron como predictores significativos de la sintomatología clínica en el modelo logrando explicar un 45% de la varianza, siendo la evitación experiencial la que mejor predice los síntomas clínicos de los cuidadores ($p < .001$, $\Delta R^2 = .34$). Además, se encontraron diferencias significativas en las habilidades sociales en los cuidadores según la edad y el servicio de atención, así como también en la sintomatología clínica experimentada por ellos de acuerdo con el servicio al que acudían los pacientes.

Palabras clave: Evitación experiencial, apoyo social percibido, habilidades sociales, sintomatología clínica, cuidador principal

ABSTRACT

The aim of the study was to analyze the predictive potential of experiential avoidance, perceived social support and social skills on clinical symptomatology in primary caregivers of patients with schizophrenia from a national institute of mental health. Moreover, the main variables of the study were compared according to sex, age, educational level, kinship, time of care and service. The sample included 150 primary caregivers of patients with schizophrenia, who were assessed by the Acceptance and Action Questionnaire, the Multidimensional Scale of Perceived Social Support, the Social Skills Scale and the Symptom Checklist 90 Revised. The hierarchical regression analysis found that only experiential avoidance and social skills were significant predictors of clinical symptomatology which explained 45% of variance in the model, the experiential avoidance was the best predicting the clinical symptoms of caregivers ($p < .001$, $\Delta R^2 = .34$). Furthermore, significant differences were found in the social skills of the caregivers according to the age and the service, as well as in the clinical symptoms experienced by caregivers according to the service in which the patients were attended.

Keywords: experiential avoidance, perceived social support, social skills, clinical symptomatology, primary caregivers.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el creciente desarrollo de los tratamientos terapéuticos (Caqueo-Urizar, Gutiérrez-Maldonado, Ferrer-García y Darrigrande-Molina, 2012) y las nuevas políticas públicas sobre “salud mental” en el Perú (Ministerio de Salud, 2016) está propiciando un mayor involucramiento de la familia con miras a brindar mejores condiciones de vida para aquellas personas que presentan una condición clínica. En este punto, se hace aún más visible la situación de aquel familiar que asume las tareas vinculadas al cuidado informal (Caqueo-Urizar, Rus-Calafell et al., 2017), la cual había sido descuidada durante mucho tiempo por un sistema de salud que centraba todos sus esfuerzos en el paciente.

Diversos estudios han abordado la problemática que viven los cuidadores de los pacientes con condiciones clínicas graves (Magliano et al., 2005), entre ellas resalta la esquizofrenia, considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) como una de las condiciones clínicas con mayor grado de discapacidad a nivel mundial. En este contexto, el familiar al cuidado se ve expuesto a dificultades en múltiples niveles, entre los que destacan los problemas psicológicos que devienen de dicha experiencia. Así, por ejemplo, se ha reportado la presencia de distrés, ansiedad, depresión y hostilidad en los cuidadores familiares (Cerdeira, Díaz, Leija y Díaz, 2009).

Frente a ello, se han desplegado durante buen tiempo una serie de programas dirigidos a cuidadores basados en el incremento de habilidades de comunicación e interacción con el paciente y otros miembros del grupo familiar, así como en el fortalecimiento del apoyo social que los cuidadores puedan percibir de sus agentes sociales más cercanos (Jagannathan, Hamza, Thirthalli, Nagendra y Gangadhar, 2011). A ello se suman aquellas intervenciones que tienen como eje clave a la sobrecarga emocional bajo la idea de que a través de ella se puede entender y dar solución al malestar experimentado (Girón

et al., 2010); no obstante, otros investigadores han advertido ciertas inconsistencias teóricas y metodológicas en la concepción de este constructo y su inclusión en los programas dirigidos a cuidadores (Montorio, Fernández, López y Sánchez, 1998), por lo que se hace necesario explorar otras vías de intervención.

Recientemente, los últimos avances terapéuticos de orientación conductual-contextual han propuesto nuevas alternativas para comprender la génesis de los problemas psicológicos y psicopatológicos. Entre ellas destaca el modelo de flexibilidad psicológica desarrollado desde la terapia de aceptación y compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 2014). En ese marco cobra importancia la evitación experiencial, entendida como una medida capaz de valorar y predecir el malestar clínico que las personas presentan al interactuar con sus experiencias, y la cual podría contribuir a una mejor comprensión de la situación que atraviesa el cuidador principal.

Por ello se ha planteado un estudio de carácter predictivo que valore la capacidad de la evitación experiencial, el apoyo social percibido y las habilidades sociales para predecir la sintomatología clínica en los cuidadores de los pacientes con esquizofrenia.

A fin de estudiar lo señalado, esta investigación se encuentra organizada en cinco capítulos. En el primer capítulo se expone el problema de investigación, su planteamiento y formulación, así como su justificación, sus objetivos y sus limitaciones.

El segundo capítulo desarrolla el marco teórico, en este apartado se reseñan los antecedentes de investigación, las bases teóricas, la definición de términos básicos, las hipótesis del estudio y las variables propuestas.

Los aspectos metodológicos son abordados en el tercer capítulo, donde se revisa el tipo y diseño de investigación, la población y muestra del estudio, las técnicas e instrumentos

de recolección de datos, el procedimiento de recolección de estos y, por último, las técnicas de procesamiento y análisis de datos.

En el capítulo cuatro se presentan los resultados del estudio, este apartado contiene el análisis psicométrico de los instrumentos utilizados, el análisis de tipo descriptivo y los análisis correspondientes para la contrastación de hipótesis.

Finalmente, el capítulo cinco versa en torno a la discusión de los hallazgos de la investigación. Asimismo, se muestran las conclusiones del estudio y se señalan algunas recomendaciones a considerar.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

Durante las últimas décadas se ha realizado un intenso trabajo por mejorar las condiciones de vida de los pacientes que padecen de algún trastorno psicológico, esfuerzos que van desde la implementación de nuevos parámetros en la búsqueda de un diagnóstico más apropiado hasta la optimización de un tratamiento psicoterapéutico que sea más coherente con sus problemáticas (Caqueo-Urizar, Gutiérrez-Maldonado, Ferrer-García y Darrigrande-Molina, 2012); sin embargo, ajena a esta realidad, se puede encontrar que en el Perú y, más ampliamente, en Latinoamérica existe muy poco interés por comprender las dificultades que el cuidador principal pueda experimentar durante el proceso del cuidado así como su importancia en la mejoría de los pacientes (Caqueo-Urizar y Lemos-Giráldez, 2008; Chen, Liu, Zhang y Lu, 2016).

A partir de la convivencia con el paciente con esquizofrenia y pese a los esfuerzos que realiza el cuidador por mantenerse saludable, tanto física como psicológicamente, se configura un ambiente altamente estresante que repercute en diversas áreas de la vida de la persona encargada del cuidado (Almaguer, Barroso, Amaro, Lorenzo y Gamboa, 2013). Algunos estudios han reportado que, a medida que esta situación se prolonga, existe un incremento de la sobrecarga del cuidador que repercute en varios niveles, entre ellos destaca el físico y el psicológico (Platt, 1985). En este punto se aprecia que los cuidadores de personas que padecen algún trastorno psicológico

poseen una mayor probabilidad de generar reacciones sintomáticas en comparación con la población normal (Barrowclough y Parle, 1997; Gutiérrez-Rojas, Martínez-Ortega y Rodríguez-Martín, 2013).

El estudio del malestar que experimenta el cuidador se ha centrado, como se ha mencionado en líneas previas, en torno a la sobrecarga emocional generada tras la convivencia con el paciente (Gutiérrez-Maldonado, Caqueo-Urizar y Kavanagh, 2005; Jagannathan, Thirhalli, Hamza, Nagendra y Gangadhar, 2014; Zhou et al., 2016); no obstante, algunos autores ya han señalado las dificultades que existen al momento de elaborar programas de intervención en torno a este constructo (Martín-Carrasco et al., 2016). Frente a ello, otras propuestas sugieren evaluar en cambio la sintomatología que los cuidadores puedan mostrar (Cerdeira, Díaz, Leija y Díaz, 2009). Una revisión acerca de los síntomas clínicos reportados por los cuidadores de pacientes con esquizofrenia pone en manifiesto que los más comunes son la ansiedad, la depresión, el estrés, el pesimismo y la hostilidad (Cabral, Duarte, Ferreira y Dos Santos, 2014; Magliano et al., 2003; Weisman de Mamani, 2010).

Entre las variables sintomáticas de mayor incidencia se encuentra la ansiedad, en la que se ha encontrado niveles moderados y altos en cuidadores de pacientes con esquizofrenia (Sellwood, Tarrier, Quinn y Barrowclough, 2003). Struening, Stueve, Vine, Kreisman, Link y Herman (1995) sugieren que los cuidadores están expuestos a generar depresión dependiendo, en gran parte, de factores como la duración y severidad del trastorno que posee el familiar que cuidan. Ahora bien, otros autores sugieren evaluar con mayor ahínco los problemas específicos del comportamiento, más allá de las reacciones sintomáticas que parezcan experimentar (Mueser, Webb, Pfeiffer, Gladis y Levinson, 1996). En consonancia con este último punto, las

recientes corrientes conductuales de tercera generación, específicamente la terapia de aceptación y compromiso (ACT), a través de la evitación experiencial, han brindado una aproximación funcional a los problemas clínicos que atraviesan las personas -en este caso, los cuidadores- poniendo énfasis en cómo el evitar entrar en contacto con pensamientos, recuerdos u otras experiencias privadas aversivas paulatinamente provoca más dolor y sufrimiento (Jansen et al., 2017).

Por otro lado, algunos estudios han sugerido la importancia del trabajo con las redes de apoyo social de los cuidadores con la finalidad de contrarrestar los sentimientos de soledad, tristeza y ansiedad (Bademli y Duman, 2016; Kate, Grover, Kulhara y Nehra, 2013; Lee et al., 2006) bajo la idea de que otros familiares y amigos podrían generar un espacio de escucha activa y de soporte emocional (Gutiérrez-Maldonado, Caqueo-Úrizar, Ferrer-García y Fernández-Dávila, 2012). En ese sentido, se ha encontrado que niveles bajos de apoyo social percibido se relacionan con indicadores de malestar emocional (Awad y Voruganti, 2008).

En esa línea, la gran cantidad de tiempo que el cuidador principal invierte en atender a las demandas que exige la condición del trastorno, su vida social se ve sustancialmente afectada al no relacionarse con otros agentes sociales como solía hacerlo (Fadden, Bebbington, y Kupiers, 1987). Dentro de estos aspectos psicosociales, cabe resaltar la importancia que poseen las habilidades sociales, entendidas por Gismero (1996) como el conjunto de respuestas verbales y no verbales, situacionalmente específicas, a través de las cuales un individuo expresa sus necesidades, sentimientos, preferencias y opiniones en un contexto interpersonal -sin ansiedad excesiva y de manera no aversiva- respetando, a su vez, todo ello en los demás; que además trae como consecuencia el auto-reforzamiento y el aumento de la

probabilidad de conseguir un refuerzo externo. En esa línea, existen investigaciones que sostienen que el entrenamiento en habilidades de carácter interpersonal, también llamado entrenamiento en habilidades sociales, llevado a cabo a través de una modalidad psicoeducativa podría mejorar la relación que el cuidador mantiene con su familiar y otros agentes sociales al expresar de manera adecuada sus opiniones y dolencias (Jagannathan et al., 2011; McWilliams et al., 2012).

Frente a ello es importante señalar que en el Perú y en Latinoamérica los programas de intervención que apuntan a los familiares que ejercen el rol del cuidado de pacientes con esquizofrenia mantienen aún un panorama confuso en torno al conocimiento de las variables que intervienen en el desarrollo del malestar y la sintomatología que los cuidadores experimenten (Gutiérrez-Maldonado, Caqueo-Úrizar y Ferrer-García, 2009). Se hace necesario entonces detectar qué variables son capaces de predecir dicho malestar, al margen del posible impacto que tenga el abordaje de sus dificultades en la problemática del paciente, pues el cuidador, en su sola condición de ser humano, también sufre (Kuipers, 2010).

A partir de lo expuesto anteriormente resulta de suma importancia dar respuesta a las siguientes interrogantes de investigación:

- ¿En qué medida la evitación experiencial, el apoyo social percibido y las habilidades sociales predicen la sintomatología clínica en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental?
- ¿Difiere la evitación experiencial, el apoyo social percibido, las habilidades sociales y la sintomatología clínica entre los cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental según el sexo, la edad, el grado de instrucción, el tiempo del cuidado y el servicio de atención?

1.2 Justificación

La importancia de esta investigación radica fundamentalmente en los siguientes niveles:

A nivel teórico, este estudio buscará contribuir a una mejor comprensión de cuatro constructos: la evitación experiencial, el apoyo social percibido, las habilidades sociales y la sintomatología clínica; siendo éstos relevantes para entender la realidad de los cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia. Asimismo, brindará un acercamiento hacia un modelo clínico psicológico, desde una perspectiva funcional, al incorporar a la evitación experiencial como una dimensión transdiagnóstica capaz de predecir síntomas clínicos.

A nivel metodológico, proporcionará información relevante y oportuna acerca de las estimaciones de confiabilidad y evidencias de validez de novedosos instrumentos psicológicos para la evaluación, el diagnóstico, la promoción y la prevención de la salud mental en nuestro medio.

A nivel práctico, esta investigación pretenderá ser materia útil sobre la cual diseñar e implementar programas destinados a los cuidadores principales del INSM; además, se espera que dicha experiencia logre replicarse en otras regiones dada la responsabilidad que tiene dicha institución de elaborar y difundir protocolos de intervención a otros establecimientos de salud a nivel nacional. A su vez, aspirará a ser un antecedente importante en favor de cambios en las políticas de salud pública que involucren a los familiares de las personas con alguna condición de salud mental.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivos generales

- Analizar el potencial predictivo de la evitación experiencial, el apoyo social percibido y las habilidades sociales sobre la sintomatología clínica en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental.
- Comparar la evitación experiencial, el apoyo social percibido, las habilidades sociales y la sintomatología clínica en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental según el sexo, la edad, el grado de instrucción, el parentesco, el tiempo de cuidado y el servicio de atención.

1.3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar la evitación experiencial en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental.
- Caracterizar el apoyo social percibido en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental.
- Caracterizar las habilidades sociales en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental.
- Caracterizar la sintomatología clínica en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental.
- Establecer la relación entre la evitación experiencial y el apoyo social percibido en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental.

- Establecer la relación entre la evitación experiencial y las habilidades sociales en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental.
- Establecer la relación entre la evitación experiencial y la sintomatología clínica en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental.
- Establecer la relación entre el apoyo social percibido y las habilidades sociales en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental.
- Establecer la relación entre el apoyo social percibido y la sintomatología clínica en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia un instituto nacional de salud mental.
- Establecer la relación entre las habilidades sociales y la sintomatología clínica en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental.
- Comparar la evitación experiencial, el apoyo social percibido, las habilidades sociales y la sintomatología clínica en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental según el sexo.
- Comparar la evitación experiencial, el apoyo social percibido, las habilidades sociales y la sintomatología clínica en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental según la edad.
- Comparar la evitación experiencial, el apoyo social percibido, las habilidades sociales y la sintomatología clínica en cuidadores principales

de pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental según el grado de instrucción.

- Comparar la evitación experiencial, el apoyo social percibido, las habilidades sociales y la sintomatología clínica en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental según el parentesco.
- Comparar la evitación experiencial, el apoyo social percibido, las habilidades sociales y la sintomatología clínica en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental según el tiempo de cuidado.
- Comparar la evitación experiencial, el apoyo social percibido, las habilidades sociales y la sintomatología clínica en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental según el servicio de atención.

1.4 Limitaciones

Se observó relativa ausencia de investigaciones nacionales que registren hallazgos respecto a la evitación experiencial, el apoyo social percibido, las habilidades sociales y la sintomatología clínica en los cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia.

Asimismo, se halló información limitada en torno a las problemáticas que viven los cuidadores principales de los pacientes de salud mental en el contexto peruano y latinoamericano.

Por otro lado, las características metodológicas que guiarán este estudio conllevarán a una disminución en la capacidad de generalización de los resultados pues se encuentran enmarcadas en un instituto nacional de salud mental.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes internacionales

Cerda et al. (2009) realizaron una investigación que tuvo por objetivo determinar el grado de psicopatología y su relación con la calidad de vida en 48 cuidadores informales primarios de pacientes con esquizofrenia hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (México). Para ello se utilizaron dos instrumentos: el SCL-90, que valora y detecta una amplia gama de síntomas psicopatológicos, y el SF-36, que evalúa el nivel de calidad de vida. Entre los principales resultados obtenidos se observó que todas las dimensiones de síntomas psicopatológicos del SCL-90, con excepción de la dimensión “hostilidad”, mostraron relaciones inversas y estadísticamente significativas con la calidad de vida de los cuidadores; asimismo, se apreció que las madres cuidadoras obtuvieron una mayor puntuación en todas las dimensiones clínicas, con una calificación global que corresponde a la categoría “riesgo para trastorno mental”.

Años más tarde, Kate et al. (2013) llevaron a cabo un estudio cuyos objetivos fueron: 1) Evaluar la carga del cuidador y su relación con las estrategias de afrontamiento, el apoyo social, la morbilidad psicológica y la calidad de vida, y 2) evaluar la carga del cuidador y su relación con variables

sociodemográficas y variables clínicas del paciente. De esta manera, la investigación incluyó a 100 pacientes con esquizofrenia y sus respectivos cuidadores principales que fueron reclutados mediante un muestreo aleatorio intencional. Dentro de los resultados más relevantes se encontró que la dimensión “tensión” del instrumento que valoró la carga del cuidador fue aquella que obtuvo más asociaciones significativas con las demás variables del estudio. Se registró que la tensión mantenía una relación estadísticamente significativa con el estado civil de soltero, el tiempo dedicado al cuidado, y al uso de la evitación, la colusión y la coacción como estrategias de afrontamiento. A su vez, se evidenciaron relaciones inversas y estadísticamente significativas entre la tensión y todas las dimensiones de la calidad de vida, así como relaciones directas y estadísticamente significativas entre la tensión y la morbilidad psicológica. También se observó que la dimensión “preocupación emergente-II” se asoció con un mayor nivel de síntomas positivos, un menor nivel de funcionamiento del paciente, una menor edad del cuidador, el estado civil soltero y un mayor uso de estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema y de búsqueda de apoyo social.

Posteriormente, Koutra, Simos, Triliva, Lionis y Vgontzas (2016) realizaron una investigación que tuvo como objetivo evaluar un modelo de análisis de camino (path analysis model) para el distrés psicológico experimentado por cuidadores que tenga en cuenta la adaptación y cohesión familiar, la emoción expresada y la carga del cuidador. Para dicho fin se evaluaron a 50 pacientes con un primer episodio y 50 pacientes crónicos, en ambos casos diagnosticados con esquizofrenia o trastorno bipolar, y sus respectivos cuidadores principales. Los resultados mostraron que ni la adaptabilidad ni la

cohesión tienen efectos directos sobre el estrés de los cuidadores, en cambio, se halló que el efecto de la adaptabilidad estaba mediado por la crítica de los cuidadores y la carga que estos experimentaban. Finalmente, se resalta que dichos hallazgos corresponderían tanto para cuidadores de pacientes con un primer episodio como para aquellos cuidadores de pacientes con una condición clínica crónica.

Domínguez-Martínez, Medina-Pradas, Kwapil y Barrantes-Vidal (2017) llevaron a cabo un estudio que buscó examinar diferencias existentes en las relaciones entre la emoción expresada, el estrés psicológico y las atribuciones de enfermedad en 78 cuidadores familiares de pacientes con un “estado mental en riesgo” (ARMS) y pacientes con un “primer episodio de psicosis” (FEP). Cabe señalar que los autores estimaron una medida del estrés emocional a partir de la valoración de las dimensiones de “ansiedad” y “depresión” del Inventario de 90 Síntomas (SCL-90-R). Dentro de los resultados principales se encontró que la crítica y la sobre implicación emocional se asociaron con el estrés psicológico y con muchas atribuciones de enfermedad en ambos grupos. Por otro lado, se encontraron asociaciones más fuertes entre ansiedad y la crítica en los cuidadores de ARMS frente a los de FEP; además, sólo se encontró asociaciones entre la ansiedad y la sobre implicación emocional en los cuidadores del grupo de ARMS. Por otra parte, no se observaron diferencias al momento de comparar las asociaciones entre la emoción expresada y la depresión o las atribuciones en función al grupo. Por último, se observó que tanto el estrés psicológico como las atribuciones de culpa hacia los pacientes predijeron la crítica reportada por los cuidadores.

Por su parte, Jansen et al. (2017) realizaron un estudio que tuvo como finalidad examinar el impacto de la flexibilidad psicológica sobre el distrés psicológico en los cuidadores durante las primeras fases de la psicosis, mientras se controlaban también los predictores más frecuentes del distrés del cuidador. Los participantes de esta investigación fueron 101 cuidadores de 38 personas con un primer episodio de psicosis. Es importante señalar que la medición de flexibilidad psicológica se realizó a través del Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II), el cual valora a la evitación experiencial como una forma de inflexibilidad psicológica. A través de un análisis de modelo lineal mixto se encontró que, después de controlar los factores sociodemográficos del cuidador, los síntomas del usuario del servicio, el uso de fármacos y el funcionamiento global, la flexibilidad psicológica fue un predictor significativo de la angustia del cuidador. Es decir, frente a niveles más elevados de evitación experiencial (inflexibilidad psicológica), mayores fueron los niveles de distrés psicológico, de ahí la importancia clínica de las terapias que facilitan el proceso de aceptación.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Guardia (2010) realizó un estudio que tuvo como objetivo evaluar la relación entre la ansiedad y el afrontamiento en 66 cuidadores de pacientes con esquizofrenia hospitalizados en un centro de salud de Lima Metropolitana. Para esto se utilizó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y el Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE). Entre los resultados más resaltantes se encontró que la ansiedad más experimentada por los cuidadores fue la ansiedad de estado, dentro de la cual se reportaron

diferencias según el grado de instrucción y la ocupación del cuidador. Asimismo, se halló que el estilo enfocado en el problema fue el más empleado por los cuidadores. Por último, se reportaron relaciones estadísticamente significativas entre la ansiedad -como rasgo y estado- y las estrategias evitativas.

Un par de años más tarde, Hidalgo (2013) llevó a cabo una investigación en la cual se estudió el nivel de sobrecarga del cuidador y las estrategias de afrontamiento en 36 familiares de pacientes con esquizofrenia en proceso de rehabilitación en una institución de salud mental de Lima. Para dicho fin, se utilizaron dos instrumentos: la escala del Sobrecarga del Cuidador de Zarit y el Cuestionario de Estimación de Afrontamiento. Se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre la sobrecarga y las siguientes estrategias de afrontamiento: “supresión de actividades competentes”, “tener que acudir a la religión”, “focalizar y liberar emociones”, “desentendimiento mental” y “desentendimiento conductual”. Por otro lado, se observaron diferencias estadísticamente significativas según el sexo del cuidador, en donde se apreció que las mujeres usan más “búsqueda de apoyo social” y “acudir a la religión”; el tiempo de cuidado, especialmente en las estrategias de “apoyo social instrumental”, “reinterpretación positiva” y “desentendimiento mental”; y la fase de rehabilitación, en donde el pertenecer a las fases I, II y III se relacionaban con la subescala de “sobrecarga” y las estrategias de “búsqueda de apoyo social instrumental” y “búsqueda de apoyo social emocional”.

Años más tarde, Egúsqüiza-Vásquez (2015) desarrolló el primer estudio peruano que empleó una medida de evitación experiencial. Su estudio versó sobre un abordaje terapéutico desde la terapia de aceptación y compromiso en el que conceptualizó a la conducta inapetente de una niña y los patrones de comportamiento de la madre cuidadora como formas de evitación experiencial. Se utilizó el Cuestionario Parental de Aceptación y Acción (PAAQ) y un registro conductual. Entre los resultados más resalantes se halló que la terapia de aceptación y compromiso lograba reducir la evitación experiencial en la madre cuidadora y en la niña en un tiempo relativamente breve. Estos datos se suman a múltiples intervenciones que colocan a la evitación experiencial y la flexibilidad psicológica como puntos a trabajar en una gran variedad de problemas y condiciones clínicas.

Recientemente, Velásquez, Grajeda, Montero, Montgomery y Egúsqüiza (2018) realizaron un estudio que tuvo por objetivo establecer la relación entre la evitación experiencial, la rumiación y la impulsividad de acuerdo con el sexo, la edad y el área profesional en 2859 estudiantes universitarios. Los instrumentos empleados fueron el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II), la Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11) y la Escala de Respuestas Rumiativas (RRS). Los resultados encontraron relaciones directas, significativas y mayoritariamente moderadas entre las variables de evitación experiencial, rumiación e impulsividad, lo cual hace reflexionar acerca de la capacidad que tiene la evitación experiencial para evaluar algún tipo de caracterización clínica relevante.

2.2 Bases teóricas del estudio

2.2.1 El cuidador principal

2.2.1.1 Aproximación conceptual

A lo largo de los años se han propuesto varias definiciones sobre el cuidador principal o cuidador primario; sin embargo, existen algunas de ellas que reflejan de manera más precisa su rol como cuidador. Una de las aproximaciones mejor formuladas la brinda Wilson (1989), quien señala que el cuidador principal es aquel individuo procedente del sistema de apoyo informal que comprende las siguientes características: asume las principales tareas de cuidado, es percibido por el resto de la familia como el responsable del cuidado, no recibe una retribución económica y debe haber brindado sus cuidados por lo menos 6 semanas.

Por su parte, Pollack y Perlick (1991) lo definen como aquella persona que mantiene un lazo afectivo intenso con el paciente -por lo que es posible que un amigo puede ser considerado como cuidador- y que además debe cumplir con al menos tres criterios de los que siguen a continuación: tener mayor contacto con el paciente, solventar económicamente al paciente, verificar la ingesta de la medicación, servir de vínculo y contacto con los establecimientos de salud, y por último, ser su pareja, cónyuge o progenitor.

Si bien las definiciones propuestas indican la presencia de un alto nivel de responsabilidad, subyace en ellas una intensa implicación emocional derivada de la convivencia, la cual insta desde ya a considerar al cuidador como una persona que requiere de asistencia y soporte profesional; más aún cuando el cuidador influye de forma sustancial durante el desarrollo del proceso terapéutico, partiendo desde la mejoría del paciente hasta la adherencia que tenga este último al tratamiento (Perlick et al., 2004).

2.2.1.2 Modelo explicativo

La situación del cuidador ha sido examinada dentro de un rango de modelos sociales, cognitivos y conductuales. Uno de los modelos más difundidos y aceptados es la teoría basada en el estrés a través de la cual se explica que los comportamientos clínicos y las dificultades para hacer frente al curso de la esquizofrenia cumplen la función de estresores ambientales en los cuidadores principales de los pacientes. Gutiérrez-Maldonado, Caqueo-Urizar y Kavanagh (2005) apuntan que cuando los cuidadores valoran las demandas objetivas como superiores a sus habilidades de afrontamiento, entonces experimentan una sobrecarga subjetiva y distrés emocional. Además, resaltan que el distrés y la insatisfacción también pueden producirse por las pérdidas percibidas tanto en su propia vida como a través de la interacción con el paciente.

2.2.1.3 Caracterización del cuidador principal

La revisión de la literatura sobre los cuidadores principales de pacientes diagnosticadas con esquizofrenia pone en manifiesto una serie de características que pueden ser de mucha utilidad, pues al tener una comprensión más cabal del contexto en el que se desenvuelve el rol del cuidado, es posible desplegar acciones más coherentes, sea al momento de la elaboración de programas o en el establecimiento de políticas públicas.

Uno de los puntos más interesantes es el referido al sexo del cuidador, dado que algunos estudios sostienen que son las mujeres quienes, por lo general, asumen las tareas vinculadas al cuidado y quienes también logran asimilar mucho mejor los contenidos trabajados en las intervenciones psicoeducativas (McWilliams, Hill, Mannion, Kinsella y O'Callaghan, 2007; Reichart et al., 2010). No obstante, la presencia de las mujeres como agentes cuidadores parece estar más vinculada a factores socioeconómicos y culturales ya que existen regiones en las que este fenómeno se expresa de diferente manera.

Por ejemplo, en China se ha reportado que no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo, es más, tras la conformación de algunos subgrupos se muestra una ligera ventaja a favor de los varones (Yu et al., 2018; Zhou et al., 2016). Por otra parte, las investigaciones realizadas en países europeos (Alemania, España, Francia, Italia, e Inglaterra) dan cuenta que el porcentaje de mujeres cuidadoras oscila entre 60% y 72% (Blanthorn-Hazell, Gracia,

Roberts, Boldeanu y Judge, 2018; Gupta, Isherwood, Jones y Van Impe, 2015). Ahora bien, los estudios llevados a cabo en Latinoamérica señalan que son principalmente las mujeres quienes ejercen las tareas relacionadas con el cuidado, ascendiendo en presencia a 68% o 75% (Caqueo-Urizar, Alessandrini, Urzúa, Zendjidjian, Boyer y Williams, 2017; Caqueo-Urizar y Gutiérrez-Maldonado, 2006).

Otro aspecto que está íntimamente ligado al punto anterior es la relación de parentesco que el cuidador principal mantiene con el paciente. Al respecto no existe un consenso total en la comunidad científica en torno a la idea de que el cuidador sea únicamente un familiar y no, por citar un ejemplo, un amigo del paciente; es más, algunos estudios han hallado que los cuidadores no biológicos han experimentado un mayor impacto en su salud física y mental en comparación de los cuidadores que mantienen un lazo consanguíneo con el paciente (Goldstein, Miklowitz y Richards, 2002).

Más allá de dicha delimitación conceptual, lo cierto es que la gran mayoría de los estudios han encontrado que son los familiares de los pacientes quienes asumen este rol (Caqueo-Urizar, Alessandrini et al., 2017). En esa línea, numerosos estudios han reportado una marcada presencia de participantes progenitores frente a otros tipos de familiares (Gutiérrez-Maldonado et al., 2005). Una mirada más cercana a la realidad que acontece en Latinoamérica revela que son las madres de los pacientes las que comúnmente se desempeñan como

cuidadoras (Caqueo-Urizar, Gutiérrez-Maldonado y Palma-Faúndez, 2011; Cerda et al., 2009), a esta situación se suma que son estas las que tienden a experimentar un mayor nivel de sobrecarga emocional (Hidalgo, 2013) y un mayor detrimento en los componentes de salud física y mental de la calidad de vida relacionada con la salud (Cerda et al., 2009).

Otra de las variables que ha llamado la atención de algunos investigadores es el tiempo que el cuidador principal dedica al paciente. Sagut y Cetinkaya Duman (2016) señalan que, si bien la confusión y la preocupación pueden predominar en los familiares que presencian los primeros episodios psicóticos del paciente, así como el cansancio físico y emocional en aquellas familias con pacientes crónicos; los cuidadores también pueden experimentar enojo, vergüenza, tristeza o pánico en las primeras etapas de la esquizofrenia. Algunos estudios concluyen que un mayor tiempo de cuidado en pacientes con diagnóstico crónico se ha asociado más frecuentemente con la presencia de emociones como la cólera y la furia; así también se ha observado que algunos familiares cuidadores experimentaron emociones como la desesperación y la ira durante las primeras etapas de la esquizofrenia, con una disminución gradual tras los 5 y 10 años (Gulseren et al., 2010; McCann et al., 2011).

En un estudio comparativo que evaluó la carga experimentada entre cuidadores de pacientes con un primer episodio psicótico y aquellos con pacientes crónicos, se encontró que hubo un nivel

significativamente mayor de sobrecarga en términos de dependencia del tiempo, desarrollo de la sobrecarga, sobrecarga física y social en cuidadores de pacientes crónicos, mas no ocurrió así al compararse la sobrecarga emocional (Sagut y Cetinkaya Duman, 2016). Por su parte, Koutra et al. (2016) hallaron que los cuidadores de pacientes crónicos puntuaron significativamente más alto en los comportamientos de crítica e informaron una mayor sobrecarga y distrés psicológico; asimismo, resaltaron que los niveles desbalanceados de cohesión y adaptabilidad, la elevada crítica y la sobrecarga parecen ser resultado del curso de la esquizofrenia, y no factores de riesgo desencadenantes de la misma.

2.2.2 Evitación experiencial

2.2.2.1 Conceptualización

La evitación experiencial fue concebida por Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl (1996) como una dimensión funcional para el diagnóstico clínico que hiciera frente al diagnóstico sindrómico y categorial de la tradición biomédica. La primera aproximación conceptual reseñada la entiende como el fenómeno que ocurre cuando una persona se muestra renuente a entrar en contacto con sus experiencias privadas (emociones, pensamientos, recuerdos, sensaciones corporales, etc.) e intenta deliberadamente alterar la forma o la frecuencia de estos eventos y los contextos que los eliciten.

2.2.2.2 Un modelo clínico funcional de los problemas psicológicos

En el marco de las recientes terapias contextuales, también llamadas terapias de tercera generación, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés) se ha erigido como uno de los desarrollos más interesantes en favor de una mejor comprensión acerca de la génesis y el mantenimiento de los problemas psicológicos, a partir de sus estudios en ciencia básica y aplicada (Hayes, Stroschal, Wilson, 2014). Uno de los aportes más relevantes de ACT es el modelo sobre el cual realiza su análisis clínico funcional: la flexibilidad psicológica. Este modelo considera que los problemas psicológicos radican en la dificultad que tienen las personas para adaptarse a nuevas experiencias, por lo general, aversivas.

La flexibilidad psicológica pone su atención en los comportamientos y las direcciones valiosas vitales que las personas poseen, en vez de centrarse solo en los signos o síntomas, no obstante, es capaz de explicarlos funcionalmente. Por ello, resulta ser un modelo de funcionamiento humano más amplio, bajo el cual puede incluirse lo que comúnmente se denomina salud y psicopatología (Hayes et al., 2014). Este modelo coloca, de forma antagónica, a la evitación experiencial como dimensión transdiagnóstica a una gran diversidad de problemáticas (Wilson y Luciano, 2002). Así, muchos problemas, trastornos y condiciones clínicas aparentemente distintos forman parte de una única dimensión funcional -la evitación experiencial- que, en realidad, solo se encuentra expresada en topografías diferentes.

2.2.2.3 La evitación experiencial en el contexto de los cuidadores

La problemática de los cuidadores se ha centrado principalmente en el estudio de variables como la sobrecarga, la calidad de vida, el apoyo social, el afrontamiento, entre otras; no obstante, se ha reportado también la presencia de niveles elevados de distrés (Jansen, Haahr et al., 2015). Como refiere Jansen et al. (2017) esto puede significar un problema pues los cuidadores son más susceptibles a incurrir en “círculos viciosos”, los cuales se evidencian en situaciones altamente estresantes y llevan a los cuidadores a experimentar niveles más altos de crítica y un impacto emocional tan desgastante que reduce la disposición del cuidador para realizar las tareas del cuidado. En este contexto las probabilidades de exacerbar los síntomas del paciente y de que este atraviese una recaída aumentan considerablemente, lo cual genera simultáneamente sentimientos de desesperanza y distrés en sus cuidadores.

Jansen, Gleeson y Cotton (2015) señalan que si bien actualmente es de amplio conocimiento el abordaje que se puede realizar con los cuidadores a través de algunas estrategias efectivas, resulta difícil y confuso explicar los verdaderos componentes de dichos programas, e incluso saber por qué algunas personas expresan menor o mayor distrés emocional.

Hace un par de años, se publicó un estudio (Losada et al., 2015) que versó sobre las aportaciones de la terapia de aceptación y compromiso en la atención a las problemáticas de los cuidadores, esta investigación

obtuvo en el 2014 el reconocimiento del Colegio de Psicólogos de Madrid con el premio “Rafael Burgaleta” a la mejor investigación de psicología aplicada. En este manuscrito los investigadores señalan los beneficios que se pueden obtener a través de ACT, sobre todo en cuidadores que no responden a los tratamientos convencionales cognitivos y los que están enraizados en la psicoeducación. Básicamente el objetivo se halla en identificar en los cuidadores el patrón idiográfico de evitación experiencial y promover como alternativa la aceptación de emociones, pensamientos y sensaciones con miras a construir una vida valiosa y significativa para el cuidador. En razón de lo anterior, se encontró que la evitación experiencial predecía el distrés emocional con mayor significancia que otros constructos utilizados en el campo de estudio tradicional de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia, como la emoción expresada, el funcionamiento global, las dimensiones de afecto positivo y negativo y la evaluación subjetiva del cuidado (Jansen et al., 2017).

Otro estudio que llama la atención fue el realizado por Jansen et al. (2014), quienes encontraron que las metacogniciones disfuncionales, a menudo relacionadas con un aumento la preocupación y la rumiación estaban relacionadas con el distrés emocional, en tanto que la sobreimplicación emocional que mantenía el cuidador parecería funcionar como un mediador entre dichas metacogniciones y el distrés.

Por su parte, Quinlan, Deane, Crowe y Caputi (2018) hallaron que los niveles de evitación experiencial estaban relacionados con los problemas interpersonales, y mediados de manera significativa por las dimensiones frío-distante y socialmente inhibido. Asimismo, se encontró una mediación parcial de las dimensiones vengativo-egocéntrico, no asertivo, sobre complacencia, abnegación e intrusivo. Cabe señalar que en su estudio reportaron a la evitación experiencial como un predictor significativo de los problemas interpersonales.

Losada et al. (2015) han propuesto una estructura de programa dirigida a cuidadores cimentada en tres pilares: en primer lugar, se encuentra la aceptación, aquí se trabaja en la identificación del patrón personal de evitación experiencial, el costo de la evitación y el control rígido de los eventos internos, a la vez que se promueve la aceptación y el distanciamiento del propio lenguaje como alternativas. En segundo lugar, se halla la elección de cursos de acción consistentes con las direcciones valiosas que el cuidador posee, en este apartado el objetivo se encamina a identificar aquellas áreas importantes en la vida de esa persona, las barreras que puedan interferir en su búsqueda y la manera en que puede superarlas. En tercer lugar, se encuentra la acción, donde se trabaja el establecimiento de conductas del cuidador para comprometerse con sus direcciones valiosas y llevar a cabo acciones coherentes con dichos valores, más allá de las experiencias privadas inevitables que acarrea el día a día.

2.2.3 Apoyo social percibido

2.2.3.1 Conceptualización

Lee et al. (2006) establecen algunas características que están vinculadas a la definición del apoyo social, tales como la provisión de información de personas relevantes, que hace que las personas se sientan amadas y estimadas; una red de comunicación y obligaciones mutuas; el intercambio de recursos y, por último, el establecimiento de vínculos sociales entre individuos.

Por otro lado, Tardy (1985) propuso un diagrama a modo de árbol compuesto por cinco dimensiones que describen las diferentes opciones disponibles en la concepción y evaluación del apoyo social. Este aporte ha servido como punto de referencia a partir del cual se han enmarcado múltiples trabajos de investigación sobre apoyo social, desde distintas perspectivas de estudio y niveles de análisis. Una de las más acogidas se aboca a la evaluación subjetiva del apoyo social y de los agentes sociales más cercanos como proveedores de apoyo emocional.

2.2.3.2 El impacto del apoyo social

Gutiérrez-Rojas et al. (2008) señalan que el apoyo social aumenta la capacidad de los individuos para hacer frente y adaptarse a la vida diaria y a los acontecimientos estresantes, en esa línea, mencionan que el cuidador que evalúe en menores proporciones el apoyo social

brindado por parte de familiares, amigos u otros, percibirá de manera más desfavorable las condiciones en las que vive. A esto se suman los aportes de Barrowclough y Parle (1997) quienes encontraron que aquellos cuidadores que percibían bajos niveles de apoyo social tendían a sobreestimar la amenaza hacia su bienestar y estado de salud.

Por su parte, Sadath et al. (2017) reportaron que los cuidadores participantes mantenían niveles bajos de apoyo social, especialmente en las dimensiones de apoyo de amigos y apoyo de otros significativos; lo cual hace notar de las dificultades que pueden presentar los cuidadores para buscar el apoyo de amigos y otras redes sociales como también lo han apuntado otros autores que argumentan la presencia del estigma (Sadath et al., 2014). Estos hallazgos coinciden con otros que informaron que los cuidadores de pacientes con psicosis tenían una red social más pequeña y un menor nivel de satisfacción de los contactos sociales que la población general (Gouva et al., 2012).

Un punto importante en el estudio de Sadath et al. (2017) es que, si bien el apoyo social percibido por los cuidadores principales correlacionó inversa y significativamente con la emoción expresada, cuando se llevó a cabo el análisis de regresión, el apoyo social no fue capaz de constituirse como un predictor robusto y significativo de los niveles de sobre implicación emocional y criticismo evaluados a través de la emoción expresada.

Renwick et al. (2017) llevaron a cabo un estudio cohorte en el que encontraron que tras un año el tamaño de las redes sociales de los cuidadores no aumentó, pero aquellos que no tenían amigos y que se encontraban al cuidado de un paciente con esquizofrenia no tratada obtuvieron mejores resultados que aquellos cuidadores que no tenían amigos y cuyos familiares ingresaron al tratamiento. Se observó también que el apoyo social fue predicho por la falta de vivienda, la duración de la psicosis no tratada y el ajuste premórbido.

2.2.4 Habilidades sociales

2.2.4.1 Conceptualización

Se han propuesto diversas definiciones para las habilidades sociales, una de las más difundidas es la de Caballo (1999), quien las entiende como el conjunto de conductas que emite un individuo en un contexto interpersonal, por medio del cual, expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas.

Por otra parte, Linehan (1984) considera que es la capacidad compleja para emitir conductas o patrones de respuesta que optimicen la influencia social no deseada (eficacia en los objetivos) mientras que al mismo tiempo optimiza las ganancias y minimiza las pérdidas en la

relación con otra persona durante la interacción (eficacia de relación) y que logra mantener la propia integridad y sensación de dominio (eficacia en el respeto a uno mismo).

2.2.4.2 La importancia de la interacción

Olivares-Rodríguez (2013) destaca la importancia de dichas capacidades o destrezas sociales específicas pues son necesarias para ejecutar competentemente una tarea interpersonal. Esto se ve reflejado en estudios como los de Robinson (1988) quien encontró que los cuidadores con altas habilidades sociales eran capaces de movilizar el apoyo social en sus entornos de manera más efectiva, lo que resultaría en una disminución en su percepción de la carga de cuidado. Años más tarde, se encontró que aquellos cuidadores que tenían niveles bajos de habilidades sociales presentaban altos niveles de sobrecarga emocional (Robinson, 1990). En esa línea, Pinto y Sánchez (2003) señalan que para asumir tareas de cuidado se necesita desarrollar habilidades complejas que implican por lo general un comportamiento asertivo y la toma de decisiones; sin embargo, no siempre los cuidadores cuentan con ellas.

Martín-Carrasco et al. (2016) realizaron un estudio aleatorizado que comparó el servicio estándar de atención al que acude el cuidador para sobrellevar la carga emocional y una propuesta de intervención en la que incluye componentes psicoeducativos sobre la condición clínica del familiar, estrategias de autocuidado, solución de problemas y

habilidades de comunicación asertiva. En esta investigación se reportó que el programa propuesto logró cambios significativamente mayores en comparación con el programa estándar a los 4 meses; además, fue capaz de disminuir significativamente las puntuaciones obtenidas en la escala de sobrecarga emocional y en la escala que medía los síntomas depresivos.

De manera similar, McWilliams et al. (2012) realizaron un estudio en el que evaluaron un programa de intervención basado en la psicoeducación y en el desarrollo de habilidades específicas de interacción, comunicación y solución de problemas. Se encontró que los pacientes cuyos cuidadores aprendieron más del curso de psicoeducación de seis semanas tuvieron un tiempo significativamente mayor para recaer y una estadía significativamente más corta durante su primera recaída. Asimismo, los pacientes cuyos cuidadores asistieron al curso de psicoeducación de seis semanas (al margen de cuánto aprendieron estos últimos) tuvo un resultado significativamente mejor que el grupo control, expresado en un menor número de recaídas, un tiempo de latencia más amplio para la recaída y una menor cantidad de días hospitalizado en cinco años.

En Latinoamérica, Gutiérrez-Maldonado y Caqueo-Urizar (2007) desarrollaron un programa psicoeducativo que buscaba reducir la sobrecarga emocional de los familiares de pacientes con esquizofrenia. Esta intervención tuvo como principales ejes: conocer las dificultades que atravesaban cada uno de los familiares; ayudar a

los cuidadores a identificar las causas, los signos y síntomas de la esquizofrenia, así como sus medicamentos y efectos secundarios; habilidades para mejorar la comunicación; y el autocuidado de los familiares. Los autores advierten que esta intervención no fue exclusivamente psicoeducativa pues, como se pudo apreciar en los dos últimos ejes, el programa incorporó elementos de comunicación que forman parte de las habilidades sociales. A partir de ello, los autores resaltan la posibilidad de que la reducción de la sobrecarga emocional experimentada por los cuidadores podría verse explicada, en alguna medida, por una mejora en dichos componentes.

En el Perú, el Instituto Nacional de Salud Mental (2011) elaboró un manual de terapia multifamiliar dirigido a familiares de personas con esquizofrenia u otra condición clínica grave que genere discapacidad. Este material está compuesto por tres módulos: el módulo comunicacional, el módulo psicoeducativo y el módulo de solución de problemas. El primer módulo llama la atención pues teóricamente responde a uno de los componentes que se trabajan en las habilidades sociales: la comunicación. Al analizar el contenido de dicho apartado se puede observar un conjunto de sesiones desarrolladas que abordan las actitudes de comunicación, los estímulos que reconocen la presencia de una persona, el rol de las emociones, las estrategias para reducir la emoción expresada, entre otros.

2.2.5 Sintomatología clínica

2.2.5.1 Conceptualización

Desde el modelo biomédico, se concibe al síntoma como un indicador subjetivo de un proceso orgánico y/o funcional, siendo este la mínima unidad descriptible en el campo de la psicopatología (Bellock, Sandín y Ramos, 2008). En términos generales, se entiende por sintomatología al conjunto de síntomas que se presentan en el transcurso de algún funcionamiento comportamental en deterioro. En ese sentido, se pueden esbozar algunas de las principales dimensiones clínicas que enmarcan a los síntomas (Casullo y Pérez, 2008):

- a) Somatizaciones: Comprenden los malestares relacionados con diversas disfunciones corporales, por ejemplo, problemas cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios, entre otros.
- b) Obsesiones y compulsiones: Incluye, por un lado, pensamientos intrusivos y persistentes y, por otro, conductas repetitivas e indeseables.
- c) Sensibilidad interpersonal: Se refiere a los sentimientos de inferioridad e inadecuación al compararse con sus semejantes.
- d) Depresión: Comprenden anomalías en torno al estado de ánimo como la tristeza, la falta de motivación, la desesperanza o las ideas suicidas.
- e) Ansiedad: Incluyen manifestaciones psicológicas y fisiológicas como la tensión muscular, miedo o ataques de pánico

- f) Hostilidad: Constituida por pensamientos, sentimientos y acciones que por lo general acontecen ante el enojo.
- g) Ansiedad fóbica: Abarca todas las manifestaciones de miedo intenso que ocurre ante la presencia de un estímulo específico.
- h) Ideación paranoide: Caracterizada por una serie de comportamientos suspicaces que dificultan el funcionamiento.
- i) Psicoticismo: Incluye experiencias alucinatorias, alteraciones de contenido del pensamiento, entre otras.

2.2.5.2 Salud del cuidador y síntomas prevalentes

Muchos estudios sostienen que es el estado de salud de los cuidadores en donde se hace más evidente los efectos perjudiciales de la labor del cuidado. Schulz y Beach (1999) realizaron un estudio en el que encontraron que los cuidadores reportaron una disminución considerable de sus hábitos saludables en comparación con la población en general; estos hallazgos se vinculan con otro estudio que encontró una mayor duración de enfermedades infecciosas en los cuidadores principales respecto al resto, especialmente aquellas que involucran el tracto respiratorio (Kiecolt-Glaser, Dura, Speicher, Trask y Glaser, 1991). Por su parte, Perlick et al. (2008) hallaron que los cuidadores del grupo que presentaba sobrecarga emocional tenían un peor estado de salud y un mayor uso de los servicios asistenciales en comparación con el grupo de cuidadores estigmatizados.

Al tener en cuenta los lazos afectivos que unen al cuidador con su familiar, es posible entender lo difícil que puede resultar para el primero de ellos una interacción constante que no solo involucra responder a las demandas comunes del familiar, sino también lidiar con la sintomatología particular que presente. En este contexto, el cuidador vive día a día diversas situaciones altamente estresantes para las que no siempre actúa funcionalmente, y termina respondiendo de formas que ocasionan colateralmente problemas en otras esferas de su vida, como en el plano laboral o académico.

Precisamente, se ha encontrado la presencia de múltiples síntomas en los cuidadores como la ansiedad y la depresión, las cuales se han relacionado con la participación de los familiares en los rituales y el rechazo del paciente a los resultados del tratamiento (Amir, Freshman y Foa, 2000). Un estudio reveló que un 20% del total de los cuidadores encuestados experimentaban síntomas depresivos significativos, y que dichos síntomas eran predichos de manera independiente por la sobrecarga emocional, las estrategias de afrontamiento de autocontrol y el estado de salud física (Thunyadee, Sitthimongkol, Sangon, Chai-Aroon, y Hegadoren, 2015). Así también, Perlick et al. (2012) señalan que la rumiación ayudaría a explicar mejor los síntomas depresivos que experimentan los cuidadores.

Por su parte, Karnieli-Miller et al. (2013) afirman que, debido al dolor, la decepción y la vergüenza provocados por el rechazo y la evitación de agentes externos, las familias aprenden por propia cuenta la

divulgación selectiva, es decir, cuándo, cuánto, qué y con quién compartir información. Olwit, Musisi, Leshabari y Sanyu (2015) también resaltan que el dolor que resulta de la experiencia del cuidado suele generar sentimientos de soledad, tristeza y desesperanza, lo cual puede convertirse progresivamente en una depresión o desencadenar alguna condición clínica aun cuando estos cuidadores logren identificar sus estrategias de afrontamiento y las acciones que deben realizar para seguir adelante.

Otros estudios señalan como frecuente que a pesar del entrenamiento que reciben algunos cuidadores en torno a la planificación de actividades agradables, experimentan dificultades para centrar su atención en dichas actividades mientras las realizan, pues son embargados por un gran sentimiento de culpa (Losada et al., 2015).

2.6 Definición de términos básicos

- a) El cuidador principal: Es aquella persona -por lo general, un familiar- que provee de cuidados a otra que presenta una condición clínica, como lo es la esquizofrenia, de manera informal, sin recibir retribución económica alguna y durante un tiempo determinado.
- b) Evitación experiencial: Es el proceso mediante el que una persona se muestra renuente a mantenerse en contacto con sus experiencias privadas (p.ej., emociones, pensamientos, recuerdos) y realiza acciones para alterar la forma o la frecuencia de estos eventos y los contextos que los ocasionan.

- c) Apoyo social percibido: Es la evaluación que una persona realiza sobre el apoyo que percibe de su entorno social más cercano, llámese familiares, amigos u otra persona que le sea significativa.
- d) Habilidades sociales: Comprende el conjunto comportamientos por medio de los cuales se expresan sentimientos, deseos, actitudes o pareceres en el marco de un contexto interpersonal.
- e) Sintomatología clínica: Conjunto de síntomas clínicos que se presentan durante el curso de un problema clínicamente significativo, e impactan de manera negativa en la salud de la persona.

2.7 Hipótesis

2.7.1 Generales

H₁: Existe un potencial predictivo significativo de la evitación experiencial, el apoyo social percibido y las habilidades sociales sobre la sintomatología clínica en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental.

H₂: Existen diferencias significativas en la evitación experiencial, el apoyo social percibido, las habilidades sociales y la sintomatología clínica en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el sexo, la edad, el grado de instrucción, el parentesco, el tiempo de cuidado y el servicio de atención.

2.7.2 Específicas

- H_{1.1}: Existe una relación significativa entre la evitación experiencial y el apoyo social percibido en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental.
- H_{1.2}: Existe una relación significativa entre la evitación experiencial y las habilidades sociales en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental.
- H_{1.3}: Existe una relación significativa entre la evitación experiencial y la sintomatología clínica en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental.
- H_{1.4}: Existe una relación significativa entre el apoyo social percibido y las habilidades sociales en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental.
- H_{1.5}: Existe una relación significativa entre el apoyo social percibido y la sintomatología clínica en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental.
- H_{1.6}: Existe una relación significativa entre las habilidades sociales y la sintomatología clínica en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental.
- H_{2.1}: Existen diferencias significativas en la evitación experiencial en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el sexo.

- H_{2.2}: Existen diferencias significativas en el apoyo social percibido en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el sexo.
- H_{2.3}: Existen diferencias significativas en las habilidades sociales en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el sexo.
- H_{2.4}: Existen diferencias significativas en la sintomatología clínica en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el sexo.
- H_{2.5}: Existen diferencias significativas en la evitación experiencial en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según la edad.
- H_{2.6}: Existen diferencias significativas en el apoyo social percibido en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según la edad.
- H_{2.7}: Existen diferencias significativas en las habilidades sociales en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según la edad.
- H_{2.8}: Existen diferencias significativas en la sintomatología clínica en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según la edad.
- H_{2.9}: Existen diferencias significativas en la evitación experiencial en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el grado de instrucción.
- H_{2.10}: Existen diferencias significativas en el apoyo social percibido en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el grado de instrucción.
- H_{2.11}: Existen diferencias significativas en las habilidades sociales en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el grado de instrucción.

- H_{2.12}: Existen diferencias significativas en la sintomatología clínica en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el grado de instrucción.
- H_{2.13}: Existen diferencias significativas en la evitación experiencial en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el parentesco.
- H_{2.14}: Existen diferencias significativas en el apoyo social percibido en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el parentesco.
- H_{2.15}: Existen diferencias significativas en las habilidades sociales en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el parentesco.
- H_{2.16}: Existen diferencias significativas en la sintomatología clínica en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el parentesco.
- H_{2.17}: Existen diferencias significativas en la evitación experiencial en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el tiempo de cuidado.
- H_{2.18}: Existen diferencias significativas en el apoyo social percibido en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el tiempo de cuidado.

- H_{2.19}: Existen diferencias significativas en las habilidades sociales en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el tiempo de cuidado.
- H_{2.20}: Existen diferencias significativas en la sintomatología clínica en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el tiempo de cuidado.
- H_{2.21}: Existen diferencias significativas en la evitación experiencial en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el servicio de atención.
- H_{2.22}: Existen diferencias significativas en el apoyo social percibido en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el servicio de atención.
- H_{2.23}: Existen diferencias significativas en las habilidades sociales en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el servicio de atención.
- H_{2.24}: Existen diferencias significativas en la sintomatología clínica en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el servicio de atención.

2.8 Variables

2.8.1 Variables predictoras:

- Evitación experiencial: Medida a través del Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II) de Bond et al., validada por Patrón de 2010.
- Apoyo social percibido: Medido a través de la Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social (EMPAS) de Zimet, adaptado por Landeta y Calvete para población española de 2002.
- Habilidades sociales: Medidas a través de la Escala de Habilidades Sociales (EHS) de Gismero, validada por Velásquez et al. de 2009.

2.8.2 Variable criterio:

- Sintomatología clínica: Medida a través del Inventario de Síntomas (SCL-90 R) de Derogatis, adaptado por Casullo y Pérez de 2008.

2.8.3 Variables de comparación:

- Sexo: Varón y mujer.
- Edad: De 25 a 59 años y de 60 a 65 años.
- Grado de instrucción: Primaria, secundaria, técnico y universitario.
- Parentesco: Madre, padre, hermano(a), cónyuge, hijo(a), hermano(a) y otros familiares.
- Tiempo de cuidado: De 0 a 1 año, de 2 a 5 años, y de 6 a 40 años.
- Servicio de atención: Consulta Externa, Rehabilitación y Hospitalización.

CAPÍTULO III

MÉTODO

3.1 Tipo y diseño de investigación

3.1.1 Tipo de investigación

La presente investigación posee un enfoque cuantitativo (Montero y León 2007) y es concebida como un estudio de tipo sustantivo pues busca dar respuesta a problemas de índole teórico, en ese sentido, se encuentra encaminada a describir, explicar y predecir la realidad, de manera que dichos conocimientos permitan organizar una teoría científica consistente (Sánchez y Reyes, 2015). Por otro lado, de acuerdo con Ato, López y Benavente (2013), este estudio se perfila como una investigación empírica de estrategia asociativa pues se orienta a explorar la relación funcional existente entre variables.

3.1.2 Diseño de investigación

Siguiendo los lineamientos de Ato et al. (2013), esta investigación se enmarcó dentro del Diseño Predictivo Transversal (DPT), el cual explora la relación funcional entre diversas variables mediante el pronóstico de una variable criterio (variable dependiente) a partir de uno o más predictores (variables independientes).

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población de estudio

La población estuvo conformada por todos los cuidadores principales de los pacientes con esquizofrenia que acuden al Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”.

3.2.2 Muestra de estudio

En el presente estudio se llevó a cabo un muestreo no probabilístico de tipo propositivo o criterial, pues buscó que los participantes del estudio sean representativos de la población de donde son extraídos a partir de criterios particulares (Kerlinger y Lee, 2002; Sánchez y Reyes, 2015).

Con el objetivo de justificar adecuadamente el tamaño muestral se utilizó el programa estadístico G*Power 3.1 con el que se realizó un análisis de potencia prospectivo o a priori (Faul, Erdfelder, Lang y Buchner, 2007). Asimismo, se valoró el número de cuidadores que asisten a cada uno de los tres servicios del instituto nacional de salud mental de manera que pueda obtenerse una cantidad homogénea.

Tomando en cuenta dichos aspectos, se determinó que la muestra se encuentre conformada por 150 cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia del instituto nacional de salud mental.

Los criterios de inclusión fueron:

- Personas con edades comprendidas entre los 18 y 65 años.
- Personas cuyos familiares son atendidos en un instituto nacional de salud mental.
- Personas cuyos familiares tienen el diagnóstico de esquizofrenia paranoide.
- Cumplir con los requisitos para ser cuidador principal: Mantener un lazo afectivo con el paciente, y al menos tres de los criterios que siguen a) tener un mayor contacto con el paciente, b) solventar económicamente al paciente, c) supervisar la ingesta de la medicación, d) contactar los servicios de salud, y e) percibirse como el responsable del cuidado.

Los criterios de exclusión fueron:

- Personas que brindan cuidados a familiares con algún otro diagnóstico comórbido a la esquizofrenia paranoide (F20.0).
- Personas que reciben un salario por la labor del cuidado.
- Personas con serias dificultades sensoriales.

En la tabla 1 se puede apreciar más ampliamente cómo estuvo constituida la muestra del presente estudio de acuerdo con algunas características sociodemográficas.

Tabla 1
Caracterización de la muestra

Características	f	%
Sexo		
Varón	40	26.7
Mujer	110	73.3
Edad		
De 26 a 35 años	8	5.3
De 36 a 45 años	14	9.3
De 46 a 55 años	56	37.3
De 56 a 65 años	72	48.0
Grado de instrucción		
Primaria	24	16.0
Secundaria	72	48.0
Técnico	34	22.7
Superior	20	13.3
Ocupación		
Trabaja	90	60.0
Estudia	2	1.3
No trabaja ni estudia	38	38.7
Parentesco		
Madre	100	66.7
Padre	16	10.7
Cónyuge	10	6.7
Hijo(a)	4	2.7
Hermano(a)	14	9.3
Otros familiares	6	4.0
Tiempo de cuidado		
De 0 a 1 año	20	13.3
De 2 a 5 años	56	37.7
De 6 a 40 años	74	49.3
Servicio de atención		
Consulta externa	50	33.3
Rehabilitación	50	33.3
Hospitalización	50	33.3

Nota: n = 150

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.3.1 Ficha de datos

Se elaboró una ficha de datos para cada uno de los servicios del instituto nacional de salud mental que formó parte de este estudio. Este instrumento tuvo una doble función, por un lado, recopilar información necesaria para verificar si los participantes cumplían efectivamente con los criterios establecidos para ser considerados como cuidadores principales e incluirse en este estudio, y por otro, recoger datos personales útiles para los propósitos que esta investigación se planteó, tales como el sexo, la edad, el grado de instrucción, el tiempo del cuidado o el servicio de atención.

3.3.2 Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II)

a. Ficha técnica

Prueba original	: Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II)
Autor original	: Bond et al.
Adaptación	: Patrón (2010)
Administración	: Individual o colectiva
Duración	: Variable, aproximadamente 10 minutos
Aplicación	: A partir de los 18 años
Significación	: Evitación experiencial

b. Descripción de la prueba

El Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II) es un instrumento que evalúa el grado de evitación experiencial, es decir, la renuencia de una persona por entrar en contacto con sus experiencias privadas, así como los intentos deliberados por alterar su topografía y su contexto. La adaptación

de Patrón (2010) se basó en una versión que para ese entonces se encontraba en preparación (Bond et al., 2011) a través de una compilación que Ciarrochi y Bilich (2006) habían realizado sobre una serie de instrumentos vinculados a la terapia de aceptación y compromiso.

Al margen de que la versión final de Bond et al. (2011) haya eliminado a tres de sus reactivos iniciales, quedándose solo con siete, este estudio consideró pertinente trabajar con los reactivos propuestos en la versión de Patrón (2010), la cual consta de 10 ítems que se responden bajo una escala Likert con 7 alternativas posibles de respuesta donde 1 equivale a “completamente falso”, 2 a “rara vez cierto”, 3 a “algunas veces cierto”, 4 a “a veces cierto”, 5 a “frecuentemente cierto”, 6 a “casi siempre cierto” y 7 a “completamente cierto”.

Tras la aplicación de un piloto realizado en el instituto nacional de salud mental, se realizaron dos cambios a la versión de Patrón (2010). El primero giró en torno a las alternativas de respuesta que colocaban nociones de veracidad únicamente en dos de ellas al decir “falso” o “cierto”, mientras que en el resto sólo se centraba en mostrar una escala de frecuencia. Por ello se optó por manejar las siguientes alternativas: “nunca es cierto”, “casi nunca es cierto”, “pocas veces es cierto”, “a veces es cierto”, “con frecuencia es cierto”, “casi siempre es cierto” y “siempre es cierto”. El segundo cambio respondió al reactivo número 9 (“Mis preocupaciones obstaculizan mi superación”), pues causó cierta confusión entre los participantes, razón por la que se sostuvo conversaciones con varios

profesionales entendidos en ciencia contextual, y se decidió reemplazarlo por “Mis preocupaciones interfieren con mi camino al éxito”.

Para la calificación de la escala se deben sumar los valores asignados a cada ítem (del 1 al 7), con excepción de los reactivos 1, 6 y 10 que se suman de forma inversa, es decir, el 1 equivale a 7 y viceversa; de esta manera, se puede alcanzar una puntuación máxima de 70 y una mínima de 10 puntos.

c. Confiabilidad

La estimación de la confiabilidad del instrumento elaborado Patrón (2010) se llevó a cabo a través del método de consistencia interna, en su estudio Patrón reportó un alfa de Cronbach de .89 al aplicar el AAQ-II en una muestra de 200 personas ($M = 33.82$, $DE = 11.67$) compuesta por tres grupos clínicos y un grupo no clínico; siendo similar al índice de .85 que se reportó en la versión desarrollada por Bond et al. (2011) para habla inglesa.

d. Validez

Las evidencias de validez que reportó Patrón (2010) fueron las siguientes: Para la validez de constructo realizó un análisis exploratorio de componentes principales con rotación varimax, tras el análisis se observó que la estructura de la prueba se encontraba compuesta por un solo factor a través del cual se explicaba un 51.22% de la varianza. También se valoró la validez concurrente del instrumento, al hallar una correlación moderada ($r = .68$, $p < .001$) entre las puntuaciones de la evitación experiencial

(AAQ-II) y la ansiedad (BAI). Por último, con la finalidad de evaluar las propiedades predictivas de este instrumento (validez predictiva), se llevó a cabo un análisis de diferencias de medias que reveló que sí existían diferencias significativas entre los grupos según el diagnóstico, una situación similar se suscitó entre el grupo no clínico y los demás grupos clínicos al observarse en ellos diferencias estadísticamente significativas.

3.3.3 Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS)

a. Ficha técnica

Prueba original	: Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)
Autor original	: Gregory Zimet
Adaptación	: Landeta y Calvete (2002)
Administración	: Individual o colectiva
Duración	: Variable, aproximadamente 15 minutos
Aplicación	: A partir de los 13 años
Significación	: Apoyo social percibido

b. Descripción de la prueba

La Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido adaptada por Landeta y Calvete (2002) es un instrumento que mide el apoyo social que el evaluado refiere de su entorno social más cercano. Consta de 12 ítems, que se responden mediante una escala Likert con cuatro alternativas posibles de respuesta, donde 1 equivale a “nunca”, 2 equivale a “pocas veces”, 3 equivale a “algunas veces” y 4 equivale a “siempre”. Cabe mencionar que si bien en la versión original de la escala (Zimet et al., 1988), los valores asignados a las alternativas de respuesta estuvieron comprendidas entre 1 y 5, los autores de la versión española decidieron

eliminar la posibilidad de encontrar una tendencia a responder entorno a los valores centrales por lo que redujeron sus alternativas de respuesta a sólo cuatro, descritas en líneas previas.

A diferencia de otras mediciones del apoyo social percibido, esta versión agrupa las cinco dimensiones posibles propuestas por Tardy (1985) con énfasis en evaluación del apoyo percibido de contenido emocional en tres redes de apoyo: familia, amigos y otras personas significativas, en donde la suma de estos tres aspectos permite obtener también una valoración global de la percepción de la persona.

c. Confiabilidad

La estimación de la confiabilidad de este instrumento se realizó a través del cálculo del coeficiente alfa de Cronbach (Landeta y Calvete, 2002), el cual fue de .85 para la escala global, en tanto que para los factores familia, amigos y otros significativos se reportó una confiabilidad de .87, .82 y .75, respectivamente.

d. Validez

La evidencia de validez se llevó a cabo a través de un análisis factorial exploratorio en el que encontró una estructura consistente con la versión original de Zimet et al. (1988) de tres factores. Esta versión encontró que el factor “familia” explicó un 38% de la varianza, el factor “amigos” un 18.3% y el factor “otros significativos” un 10.5%, además que en conjunto los tres factores explican un 66.8% de la varianza total.

3.3.4 Escala de Habilidades Sociales (EHS)

a. Ficha técnica

Autora	: Elena Gismero
Administración	: Individual o colectiva
Duración	: Variable, aproximadamente 15 minutos
Aplicación	: Adolescentes y adultos
Significación	: Habilidades sociales

b. Descripción de la prueba

La Escala de Habilidades Sociales (EHS) es un instrumento que evalúa las habilidades sociales, y está compuesto por 33 ítems, 28 de los cuales están en sentido inverso, es decir, evalúan un déficit de habilidades sociales, y 5 de ellos en el sentido positivo. Consta de 4 alternativas de respuesta, éstas van desde “No me identifico en lo absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría” a “Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos”. Gismero (2002) identificó seis grandes áreas “Autoexpresión en situaciones sociales”, “defensa de los propios derechos como consumidor”, “expresión de enfado o disconformidad”, “decir no y cortar interacciones”, “hacer peticiones” e “iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto”.

c. Confiabilidad

La Escala de Habilidades sociales de Gismero (2002) ha estimado su confiabilidad por el método de consistencia interna mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach, el cual alcanzó un valor de .88 para la escala global. Por su parte, en el estudio de Miranda-Zapata, Riquelme-Mella, Cifuentes-Cid y Riquelme-Bravo (2014) se encontró un valor alfa de

Cronbach de .91 para la escala global y valores que oscilaron entre .37 y .83 para las seis dimensiones de la prueba.

d. Validez

La evidencia de validez para la prueba de Gismero (2002) se apoyó en un análisis factorial sobre la base de 1587 casos. Se encontraron seis factores que en su conjunto explicaron aproximadamente un 40% de la varianza total. Adicionalmente, realizó un análisis factorial de segundo orden en el que se observó la presencia de dos factores generales capaces de explicar conjuntamente cerca del 50% de la varianza total. La autora señala que estos dos factores agrupan dos bloques de conductas, por un lado, lo que se entiende por conducta asertiva y, por otro lado, las conductas de heterosociales y las de autoexpresión en situaciones sociales o frente a conocidos.

En otro estudio, la validez de constructo se llevó a cabo mediante el análisis factorial confirmatorio en el que se obtuvo un buen ajuste del modelo a los datos ($\chi^2 = 3149.84$, $\chi^2/gl = 6.46$: índice de bondad de ajuste = .95; CFI = 1.00; RMSEA = .067; NNFI = 1.03; SRMR = .057; AIC = 3295.84; ECVI = 2.74); asimismo, se reportó la existencia de un buen nivel discriminativo (Miranda-Zapata et al., 2014).

3.3.5 Inventario de 90 Síntomas (SCL-90R)

a. Ficha técnica

Prueba original	: Symptom Checklist 90 Revised
Autor original	: Derogatis, L. R.
Adaptaciones	: Casullo y Pérez (2008), González de Rivera, De las Cuevas, Rodríguez, Abuín y Rodríguez Pulido (2002)
Administración	: Individual o colectiva
Duración	: Variable, aproximadamente 15 minutos
Aplicación	: De los 13 años hasta los 65 años
Significación	: Síntomas

b. Descripción de la prueba

Este instrumento evalúa el grado de malestar psicológico experimentado por una persona a través de una serie de patrones de síntomas clínicos (Derogatis, 1994; Casullo 2004). Para ello, se caracteriza al evaluado en tres niveles jerárquicos de complejidad: nivel global, nivel dimensional y nivel sintomático (Gempp y Avedaño, 2008). En el primer nivel se evalúan tres índices, el Índice de Gravedad Global (GSI), que es un indicador de gravedad de síntomas; el Índice de Malestar Positivo (PSDI), que es un indicador de la intensidad de los síntomas percibidos por el evaluado; y el Total de Síntomas Positivos (PST), que representa la suma del número total de ítems.

En el segundo nivel se evalúan nueve dimensiones primarias: “Somatizaciones”, “obsesiones y compulsiones”, “sensibilidad interpersonal”, “depresión”, “ansiedad”, “hostilidad”, “ansiedad fóbica”, “ideación paranoide” y “psicoticismo”. Por otra parte, en el tercer nivel es

posible analizar cada una de las respuestas que llamen la atención del evaluador respecto a las razones por las que se llevó a cabo la aplicación.

En razón de los propósitos de esta investigación, este estudio se centró en valorar las puntuaciones obtenidas en las nueve dimensiones primarias y los tres índices globales.

Por ello, es necesario precisar que el inventario de síntomas (SCL-90R; Casullo y Pérez, 2008) consta de un total de 90 ítems, 83 de los cuáles se encuentran distribuidos en las nueve dimensiones referidas, mientras que los otros 7 ítems únicamente se agregan como marcadores clínicos al cálculo de los tres índices globales. Tras la realización del piloto en el instituto nacional de salud mental, se realizaron algunos cambios lingüísticos en los reactivos para que fueran más comprensibles al responder, así también, adaptaciones de contexto como el ítem de la adaptación argentina “tener miedo a viajar en tren, ómnibus o subterráneos” sustituido por “tener miedo a viajar en tren, ómnibus o taxi”.

Para la aplicación y la calificación, se ha de tener en cuenta que todos los reactivos se responden mediante una escala Likert con cinco alternativas posibles de respuesta, donde 0 equivale a “nada”, 1 a “muy poco”, 2 a “poco”, 3 a “bastante” y, por último, 4 a “mucho”. Esta investigación siguió las sugerencias de las versiones adaptadas al español que consideran preguntar por el malestar experimentado durante las últimas semanas (Casullo y Pérez, 2008; González de Rivera et al., 2002), y no únicamente por la semana anterior como indica la versión original.

c. Confiabilidad

Este instrumento ha sido ampliamente estudiado en diferentes países y goza de diferentes propiedades psicométricas en población clínica y no clínica. El presente estudio recogió una serie de consideraciones propuestas por los autores de dichas adaptaciones, por lo que a continuación se reseñan las principales estimaciones de confiabilidad de algunas de ellas. En la versión española de González de Rivera et al. (2002) se ha evaluado la consistencia interna de las dimensiones primarias en una muestra clínica ($n = 219$) mediante la correlación de dos mitades (ítems pares e impares) con valores entre .81 y .87, y la correlación entre todos los ítems con valores entre .81 y .90, similares a los encontrados por Derogatis (1983) y a otro estudio posterior realizado en el mismo país por Caparrós-Caparrós, Villa-Hoz, Juan-Ferrer y Viñas-Poch (2007).

En México, Rivera-Ledesma, Caballero, Pérez y Montero-Lopez (2013) encontraron valores alfa de Cronbach de .96 para la escala global y entre .88 y .73 para las dimensiones primarias; en Chile, Gempp y Avendaño (2008) hallaron valores de alfa de Cronbach entre .66 y .82 para las dimensiones primarias, y de .94, .94 y .96 para los tres índices globales. Finalmente, en Perú se reportaron valores de alfa de Cronbach que oscilaron entre .72 (ideación paranoide) y .85 (somatización) en una muestra no clínica de 1985 personas (Ponce, 2015).

d. Validez

El SCL-90-R ha demostrado a lo largo de varios estudios un cúmulo de evidencia de validez convergente a través de su utilidad como screening

genérico de trastornos psicológicos y de perfiles específicos para muchos de esos trastornos, así como su capacidad discriminativa en la detección y evaluación del estrés, el riesgo suicida, historial de abuso sexual, entre otros (Gempp y Avendaño, 2008). A esto se agregan numerosos estudios que demuestran la validez concurrente y predictiva del inventario y de sus escalas, utilizando como criterios otros instrumentos de evaluación clínica, escalas de screening, diagnósticos psiquiátricos, protocolos de evaluación estructurada o indicadores de recidiva (Derogatis y Savitz, 2000).

Por otra parte, en cuanto a la validez factorial aún no existe un consenso, como refieren Gampp y Avendaño (2008), algunos investigadores proponen que la estructura de nueve dimensiones se mantiene, no obstante, otros estudios proponen que no pues los hallazgos de los análisis factoriales exploratorios reportan factores de uno, cuatro, cinco, seis o diez factores. Pese a ello, este estudio consideró pertinente apoyar la observación realizada por Vassend y Skrondal (1999) quienes refieren que dicha inestabilidad factorial no se debe al SCL-90-R como tal, sino a que los ítems describen síntomas que presentan distribuciones que dependen en gran medida de la prevalencia específica en cada población y que ante mínimos cambios pueden afectar la estructura global de la prueba.

3.4 Procedimiento de recolección de datos

En una primera etapa, se realizaron las gestiones pertinentes con la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada de un instituto nacional de salud mental, siendo oficializada su aprobación para la ejecución bajo el código

INSM-4402015. Tras ello, se realizó un piloto con 50 cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia que permitió estimar el tiempo promedio de resolución de los instrumentos y la claridad de los reactivos.

En la segunda etapa, se llevó a cabo la administración de los instrumentos a 150 cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental. Para ello, se coordinó con distintas autoridades en los servicios de Consulta Externa, Hospitalización y Rehabilitación la disponibilidad de los ambientes que cuenten con las condiciones adecuadas. Posteriormente, se realizó una revisión de las historias clínicas en los distintos servicios para generar un registro de los usuarios que tenían únicamente el diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Después, se informó a los familiares que acompañaban y/o visitaban a estos usuarios en el INSM sobre los fines de la investigación de modo que se disponga de su consentimiento, y seguidamente, se corroboró que estos cumplieran con los requisitos para ser considerados cuidadores principales. Finalmente se procedió a evaluar de manera individual a los cuidadores principales que aceptaron ser parte del estudio mediante los instrumentos propuestos.

3.5 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

El procesamiento y análisis de los datos se apoyó en los siguientes programas informáticos: el *Microsoft Office Excel 2016*, el *G*Power 3.1* y el *Statistical Package for Social Sciences* en su versión 23 (SPSS 23).

- a) Evidencias de validez: Se empleó la técnica de análisis factorial exploratorio sobre los datos obtenidos en este estudio a través del método de Análisis de

Componentes Principales con rotación Promax. Asimismo, se calculó el V de Aiken con intervalos de confianza para cada ítem.

- b) Determinación de la normalidad de las puntuaciones: Se empleó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov para contrastar la distribución normal de los puntajes en las variables. A partir de ello se decidió utilizar estadísticos paramétricos y no paramétricos según la forma que presentaban cada una de las distribuciones sujetas a análisis.
- c) Análisis de correlación: Tras los resultados de la prueba de bondad de ajuste, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para la contrastación de hipótesis específicas que implicaban correlaciones bivariadas entre las variables principales del estudio. Adicionalmente, se optó por utilizar el coeficiente de correlación de Spearman para explorar la relación entre las dimensiones de una variable con las dimensiones de otra.
- d) Análisis predictivo: Se realizó un análisis de regresión jerárquica con el método “introducir” en tres bloques. Para ello, se analizaron las matrices de correlaciones y se seleccionaron aquellas variables que eran capaces de constituirse como predictores significativos de la sintomatología clínica. Luego, las variables se introdujeron al modelo progresiva y jerárquicamente de acuerdo con criterios teóricos en el siguiente orden: evitación experiencial, apoyo social percibido y las habilidades sociales.
- e) Análisis comparativo: Se tomó en cuenta las variables de sexo, edad, grado de instrucción, tiempo de cuidado y servicio de atención. Se utilizó la prueba *t* de Student para dos muestras independientes y la prueba de análisis de varianza (ANOVA) de un factor; asimismo, se valió del ANOVA con la corrección de Welch cuando la varianza no fue homogénea. Por otra parte, en aquellos casos

que se no cumplieron con los criterios de normalidad estadística se utilizó la prueba U de Mann-Whitney y la prueba de Kruskal-Wallis. Adicionalmente, se realizaron análisis complementarios a través de la prueba HSD de Tukey y la prueba de Tamhane.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Análisis psicométrico de los instrumentos

4.1.1 Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II)

4.1.1.1 Análisis de ítems y confiabilidad

El cálculo de la confiabilidad de las puntuaciones del Cuestionario sobre Aceptación y Acción se realizó a través del método de consistencia interna, siendo el valor del alfa de Cronbach de .82 para los 10 ítems que lo conforman (ver anexo 2). Además, se observó que todos los índices de homogeneidad superan el criterio de Kline (1995) con excepción del ítem 1 que alcanzó un valor de .12, el cual se conservó para no afectar la variabilidad de la prueba. Se concluye que el instrumento presenta confiabilidad.

4.1.1.2 Validez

La evidencia de validez de este instrumento se llevó a cabo mediante un análisis factorial exploratorio. Previamente, se verificó que los datos presentaran las condiciones adecuadas a nivel estadístico (ver anexo 2). De esta manera, se realizó el análisis factorial exploratorio a través del método de componentes principales que demuestra la

unidimensionalidad de la escala y en la que un solo factor explica el 41% de la varianza total.

4.1.2 Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS)

4.1.2.1 Análisis de ítems y confiabilidad

El análisis de ítems de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido permitió observar que las correlaciones fluctuaron entre $r = .40$ y $r = .76$, por lo que se concluye que todos los ítems satisfacen el criterio de Kline (1995). La estimación de la confiabilidad de las puntuaciones de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido se realizó a través del método de consistencia interna (ver anexo 3), siendo el valor del alfa de Cronbach de .81 para los 12 ítems que la conforman. Además, se calculó el alfa de Cronbach para las dimensiones Conocidos, Amigos y Familia en las que se alcanzaron valores de .84, .76 y .86, respectivamente. En suma, este instrumento presenta puntajes que son confiables.

4.1.2.2 Validez

La evidencia de validez de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido se llevó a cabo mediante el análisis factorial exploratorio a través del método de análisis de componentes principales. Para dicho fin, se corroboró que los datos presentaran las condiciones adecuadas a nivel estadístico. Tras ello, se realizó el

análisis factorial exploratorio y se encontró que este instrumento está compuesto por tres factores que explican 67% de la varianza total (ver anexo 3).

4.1.3 Escala de Habilidades Sociales (EHS)

4.1.3.1 Análisis de ítems y confiabilidad

La estimación de la confiabilidad de las puntuaciones de la Escala de Habilidades Sociales se llevó a cabo a través del método de consistencia interna, siendo el valor del alfa de Cronbach de .83 para los 33 ítems que la conforman. Además, se calculó el alfa de Cronbach para las dimensiones Autoexpresión en situaciones sociales, Defensa de los derechos como consumidor, Expresión de enfado o disconformidad, Decir no y cortar interacciones, Hacer peticiones, Iniciar interacciones con el sexo opuesto, en las que sus valores alcanzaron .63, .36, .41, .70, .47 y .45, respectivamente (ver anexo 4).

4.1.3.2 Validez

La evidencia de validez de la Escala de Habilidades Sociales se realizó mediante el análisis factorial exploratorio a través del método de análisis de componentes principales. Tras confirmar las condiciones necesarias, se realizó el análisis factorial exploratorio y se encontró que este instrumento está compuesto por seis factores que explican 48% de la varianza total (ver anexo 4).

4.1.4 Inventario de 90 Síntomas (SCL-90R)

4.1.4.1 Análisis de ítems y confiabilidad

El análisis de ítems permitió observar que las correlaciones fluctuaron entre valores que satisfacen el criterio de Kline (1995), con excepción de los ítems 15, 22, 67, 83, 85 y 88 que alcanzaron un valor de .14, .18, .07, .19, .15 y .16, respectivamente, los cuales se retuvieron en aras de no perder variabilidad en las puntuaciones de las dimensiones. La estimación de la confiabilidad de las puntuaciones del Inventario de 90 Síntomas se llevó a cabo a través del método de consistencia interna, siendo el valor del alfa de Cronbach de .96 para los 90 ítems que la integran y valores que oscilaron entre .62 y .96 para sus nueve dimensiones (ver anexo 5).

4.1.4.2 Validez

Como se ha mencionado con anterioridad en el apartado de método, algunos autores sostienen que para aquellos cuestionarios que recogen síntomas específicos a la par de varias dimensiones no es adecuado utilizar como evidencia de validez los métodos de análisis factorial. Por esa razón, se optó por utilizar el criterio de jueces expertos. Se entregó a un total de 10 jueces los formatos que contenían los ítems y las dimensiones a las que cada uno pertenecía. Tras las observaciones que los jueces realizaron respecto a los ítems, se pudo concluir que el SCL-90R es válido (ver anexo 5).

4.2 Análisis descriptivo

Al realizar la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov con la corrección de Lilliefors para la evitación experiencial (tabla 2) y el apoyo social percibido junto con sus dimensiones (tabla 3), se encontró que las variables de evitación experiencial y apoyo social percibido alcanzan valores pequeños y no significativos, por lo que se puede concluir que dichas variables presentan una distribución que se aproxima a la normal. No obstante, se observó que la dimensión conocidos presentan un valor p tan pequeño ($p = .014$) que es posible afirmar que los datos obtenidos no siguen una distribución normal.

Tabla 2

Análisis de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov para la evitación experiencial

Variable	<i>M</i>	<i>DE</i>	Z_{K-S^a}	<i>p</i>
Evitación experiencial	30.98	12.61	.625	.830

^aCorrección de significación de Lilliefors.

Tabla 3

Análisis de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov para el apoyo social percibido y sus dimensiones

Variable	<i>M</i>	<i>DE</i>	Z_{K-S^a}	<i>p</i>
Apoyo social percibido	30.87	7.77	.62	.841
Amigos	10.35	3.98	.82	.505
Conocidos	7.96	3.85	1.57*	.014
Familia	12.56	3.16	1.35	.053

^aCorrección de significación de Lilliefors.

* $p < .05$.

Se realizó también la prueba de bondad de ajuste para las habilidades sociales y sus seis dimensiones (tabla 4). Se observó que las habilidades sociales y todas sus dimensiones alcanzaron valores p no significativos, lo cual permitió afirmar que las siete variables presentaban una distribución que se acerca a la curva normal.

Tabla 4
Análisis de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov para las habilidades sociales y sus dimensiones

Variable	M	DE	Z K-S ^a	p
Habilidades sociales	96.13	15.04	.61	.856
Autoexpresión en situaciones sociales	21.79	4.34	.92	.365
Defensa de los derechos	14.72	3.08	.90	.393
Expresión de enfado o disconformidad	10.43	2.68	1.02	.246
Decir no y cortar interacciones	17.87	4.36	1.20	.111
Hacer peticiones	14.28	3.34	.92	.360
Iniciar interacción con el sexo opuesto	13.57	3.30	.73	.654

^aCorrección de significación de Lilliefors.

Por último, se llevó a cabo nuevamente la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov para evaluar la sintomatología clínica y sus dimensiones (tabla 5). Así, se encontró que la sintomatología clínica presentó un valor p no significativo que hizo posible concluir que la forma de distribución se aproximaba a la normal. Sin embargo, al analizar sus dimensiones, se observó que cuatro de ellas presentaban valores p muy pequeños y significativos ($p = .047$, $p < .001$, $p < .001$ y $p = .093$) y llegar a la conclusión de que los datos no siguen una distribución normal.

Tabla 5
Análisis de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov para la sintomatología clínica y sus dimensiones

Variable	<i>M</i>	<i>DE</i>	Z K-S ^a	<i>p</i>
Sintomatología clínica	47.77	37.35	.88	.41
Somatizaciones	7.56	7.18	1.26	.081
Obsesiones y compulsiones	7.01	5.14	1.02	.254
Sensibilidad interpersonal	3.99	3.97	1.37*	.047
Depresión	9.04	7.17	.90	.392
Ansiedad	4.89	5.53	2.12*	< .001
Hostilidad	2.16	2.13	1.47*	.026
Ansiedad fóbica	1.80	2.76	2.26*	< .001
Ideación paranoide	3.10	2.87	1.24	.093
Psicoticismo	2.77	3.06	1.61*	.011

^aCorrección de significación de Lilliefors.

* $p < .05$.

El presente estudio también contempló realizar una serie de comparaciones de acuerdo con algunas variables de interés. Para dicho fin, se llevaron a cabo una vez más los análisis de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov. En la tabla 6 se puede observar la prueba de bondad de ajuste para la evitación experiencial, el apoyo social percibido, las habilidades sociales y la sintomatología clínica según el sexo y la edad. Aquí se puede notar que la gran mayoría de grupos posee una distribución que se aproxima a la normal; con excepción de la sintomatología clínica según la edad.

Tabla 6
Análisis de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov para las variables principales del estudio según el sexo y la edad

Variable		Z K-S ^a	<i>p</i>
Evitación experiencial según sexo	Varón	.136	.200
	Mujer	.075	.200
Evitación experiencial según edad	De 25 a 59 años	.089	.200
	De 60 a 65 años	.084	.200
Apoyo social percibido según sexo	Varón	.127	.200
	Mujer	.087	.200
Apoyo social percibido según edad	De 25 a 59 años	.087	.200
	De 60 a 65 años	.175	.176

Habilidades sociales según sexo	Varón	.098	.200
	Mujer	.098	.200
Habilidades sociales según edad	De 25 a 59 años	.083	.200
	De 60 a 65 años	.127	.200
Sintomatología clínica según sexo	Varón	.173	.118
	Mujer	.111	.086
Sintomatología clínica según edad	De 25 a 59 años	.119*	.038
	De 60 a 65 años	.238*	.012

^aCorrección de Lilliefors

* $p < .05$

Por su parte, al analizar la bondad de ajuste para la evitación experiencial, el apoyo social percibido, las habilidades sociales y la sintomatología clínica según el grado de instrucción (tabla 7), se observó, al igual que en el análisis anterior, que gran parte de las puntuaciones de los grupos mantenían una distribución normal, salvo los grados de instrucción de secundaria y técnico del apoyo social percibido que reportaron valores p inferiores a .05 ($p = .04$ y $p = .042$).

Tabla 7

Análisis de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov para las variables principales del estudio según el grado de instrucción

Variable		Z K-S ^a	p
Evitación experiencial	Primaria	.152	.200
	Secundaria	.080	.200
	Técnico	.141	.200
	Universitario	.166	.200
Apoyo social percibido	Primaria	.181	.200
	Secundaria	.150*	.040
	Técnico	.212*	.042
	Universitario	.179	.200
Habilidades sociales	Primaria	.185	.200
	Secundaria	.124	.181
	Técnico	.160	.200
	Universitario	.106	.200
Sintomatología clínica	Primaria	.172	.200
	Secundaria	.100	.200
	Técnico	.198	.075
	Universitario	.217	.199

^aCorrección de Lilliefors

* $p < .05$

Por otro lado, en la tabla 8 se puede observar el análisis la bondad de ajuste para la evitación experiencial, el apoyo social percibido, las habilidades sociales y la sintomatología clínica según el parentesco. Si bien los reportes de los grupos indican que sus puntajes se distribuyen siguiendo una forma normal, existen algunos (hijos y otros) que debido a la infrecuencia de sus casos no presentan valores p definidos. En razón a ello, dichos grupos serán obviados en el análisis de contrastación de medias.

Tabla 8
Análisis de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov para las variables principales del estudio según el parentesco

Variable		Z K-S ^a	p
Evitación experiencial	Madre	.082	.200
	Padre	.167	.200
	Cónyuge	.337	.066
	Hijos	.260	^b
	Hermanos	.177	.200
	Otros	.331	^b
Apoyo social percibido	Madre	.052	.200
	Padre	.209	.200
	Cónyuge	.317	.113
	Hijos	.260	^b
	Hermanos	.212	.200
	Otros	.343	^b
Habilidades sociales	Madre	.099	.200
	Padre	.213	.200
	Cónyuge	.234	.200
	Hijos	.260	^b
	Hermanos	.285	.090
	Otros	.269	^b
Sintomatología clínica	Madre	.119	.073
	Padre	.220	.200
	Cónyuge	.334	.072
	Hijos	.260	^b
	Hermanos	.217	.200
	Otros	.320	^b

^aCorrección de Lilliefors. ^bNo se reportaron valores p al tener muy pocos casos de hijos cuidadores y otros familiares como cuidadores.

En la tabla 9 se puede apreciar el análisis de bondad de ajuste para la evitación experiencial, el apoyo social percibido, las habilidades sociales y la sintomatología clínica según el tiempo de cuidado. En este caso, solo uno de los grupos de la sintomatología clínica obtiene valores p muy pequeños como para afirmar que sus puntuaciones corresponden a una distribución normal.

Tabla 9
Análisis de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov para las variables principales del estudio según el tiempo de cuidado

Variable		Z K-S ^a	p
Evitación experiencial	De 0 a 1 año	.142	.200
	De 2 a 5 años	.159	.068
	De 6 a 40 años	.103	.200
Apoyo social percibido	De 0 a 1 año	.205	.200
	De 2 a 5 años	.092	.200
	De 6 a 40 años	.073	.200
Habilidades sociales	De 0 a 1 año	.205	.200
	De 2 a 5 años	.128	.200
	De 6 a 40 años	.097	.200
Sintomatología clínica	De 0 a 1 año	.177	.200
	De 2 a 5 años	.119	.200
	De 6 a 40 años	.174*	.006

^aCorrección de Lilliefors

* $p < .05$

Finalmente, en la tabla 10 se puede observar el análisis de bondad de ajuste para la evitación experiencial, el apoyo social percibido, las habilidades sociales y la sintomatología clínica según el servicio de atención. Aquí se aprecia como todas las puntuaciones de los grupos mantienen una distribución normal.

Tabla 10
Análisis de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov para las variables principales del estudio según el servicio de atención

Variable		Z K-S ^a	p
Evitación experiencial	Consulta externa	.082	.200
	Hospitalización	.145	.200
	Rehabilitación	.090	.200
Apoyo social percibido	Consulta externa	.125	.138
	Hospitalización	.121	.200
	Rehabilitación	.112	.200
Habilidades sociales	Consulta externa	.122	.160
	Hospitalización	.124	.200
	Rehabilitación	.104	.200
Síntomatología clínica	Consulta externa	.088	.200
	Hospitalización	.147	.200
	Rehabilitación	.119	.200

^aCorrección de Lilliefors

4.3 Contrastación de hipótesis

El presente estudio contempla una serie de hipótesis generales y particulares que a continuación serán contrastadas:

En primer lugar, se sometió a contrastación la hipótesis general H₁, la cual proponía que existía un potencial predictivo significativo de la evitación experiencial, el apoyo social percibido y las habilidades sociales sobre la sintomatología clínica en los cuidadores principales de los pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental.

Para ello, se planteó realizar un análisis de regresión jerárquica, el cual implicó verificar previamente algunos supuestos. En este punto se observó que, si bien las cuatro variables mantenían una distribución normal (tabla 2, tabla 3, tabla 4 y tabla 5), resultaba más útil y consistente analizar qué dimensiones de las variables independientes podrían ser predictores más significativos de la sintomatología

clínica. En razón de lo expuesto, se observó que salvo una (dimensión conocidos) de las diez variables poseía puntajes que no se ajustaban a una distribución normal (tabla 2); no obstante, al realizar el análisis de correlación para detectar las dimensiones que entrarían al modelo predictivo se observó que tanto la dimensión conocidos ($r = -.025$, $p = .83$) como la dimensión familia ($r = .064$, $p = .585$) no mostraban asociaciones estadísticamente significativas con la sintomatología clínica, por lo cual ninguna de ellas fueron consideradas dentro del modelo.

En ese sentido, se llevó a cabo el análisis de regresión jerárquica tomando como variables dependiente o criterio a la sintomatología clínica y como variables independientes o predictoras a la evitación experiencial, el apoyo social de amigos, la autoexpresión en situaciones sociales, la defensa de los derechos, la expresión de enfado o disconformidad, el decir no y cortar interacciones, el hacer peticiones, e iniciar interacciones con el sexo opuesto.

Como se puede apreciar en la tabla 11, se introdujeron las variables de acuerdo con tres modelos. En el primer modelo se ingresó a la evitación experiencial que explicó un 34% de la varianza de los puntajes de la sintomatología clínica. Luego, al incluirse el apoyo social percibido de amigos este porcentaje aumentó en un 1%, lo cual significó un cambio muy pequeño y no constituyó un predictor óptimo. Posteriormente, al introducirse la autoexpresión en situaciones sociales, la defensa de derechos, la expresión de enfado, el decir no y cortar interacción, el hacer peticiones y el iniciar interacción con el sexo opuesto, se evidenció un incremento de 11%. En suma, el modelo compuesto por la evitación experiencial y las habilidades sociales alcanzó a explicar un 45% de la varianza de la sintomatología clínica. En base a ello, no se valida la hipótesis general H₁.

Tabla 11

Análisis de regresión jerárquica que predice la sintomatología clínica desde la evitación experiencial, el apoyo social percibido y las habilidades sociales

Predictores	Análisis por bloque		Análisis por predictor			
	R ²	ΔR ²	β	t	IC 95%	
Modelo 1	.344	.344**				
Evitación experiencial			.584	6.062	1.160	2.297
Modelo 2	.362	.018				
Evitación experiencial			.541	5.327	1.001	2.199
Apoyo social de amigos			-.132	-1.304	-3.158	.661
Modelo 3	.471	.108*				
Evitación experiencial			.280	2.305	.111	1.548
Apoyo social de amigos			-.173	-1.628	-3.646	.372
Autoexpresión en situaciones sociales			-.191	-1.580	-3.712	.433
Defensa de derechos			-.034	-2.970	-3.207	2.378
Expresión de enfado			-.025	-2.190	-3.545	2.844
Decir no y cortar interacción			-.256	-1.954	-4.442	.049
Hacer peticiones			-.024	-2.060	-2.802	2.279
Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto			.031	.2700	-2.239	2.940

Nota: El modelo consideró a 150 participantes; β = beta estandarizado; IC = intervalo de confianza

* $p < .05$. ** $p < .001$

En relación con las hipótesis específicas que se derivan de la hipótesis general anterior, la hipótesis específica H_{1.1} proponía que había una relación significativa entre la evitación experiencial y el apoyo social percibido en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental. Como puede observarse en la tabla 12, no existe una relación estadísticamente significativa entre la evitación experiencial y el apoyo social percibido, pero se observa un tamaño del efecto pequeño ($r = -.21$, $p = .08$, $r^2 = .042$) que permite explicar el 4.2% de la varianza compartida. Esto permite concluir que la hipótesis específica H_{1.1} no se valida.

Tabla 12

Análisis de la correlación de Pearson entre la evitación experiencial y el apoyo social percibido

	Apoyo social percibido		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i> ²
Evitación experiencial	-.205	.078	.042

Nota: n = 150

Adicionalmente, se exploraron las posibles relaciones entre la evitación experiencial y las dimensiones del apoyo social percibido (tabla 13). Así, se encontró que existe una relación inversa y estadísticamente significativa entre la evitación experiencial y la dimensión amigos ($r_s = -.32, p = .005$).

Tabla 13

Análisis de la correlación de Spearman entre la evitación experiencial y las dimensiones del apoyo social percibido

		Dimensión amigos	Dimensión conocidos	Dimensión familia
Evitación experiencial	<i>r_s</i>	-.328**	-.189	.104
	<i>p</i>	.004	.105	.373

** $p < .01$.

Por su parte, la hipótesis específica H_{1.2} proponía que había una relación significativa entre la evitación experiencial y las habilidades sociales en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental. Como se puede apreciar en la tabla 14, existe una relación inversa, moderada y estadísticamente significativa entre la evitación experiencial y las habilidades sociales con un tamaño del efecto grande ($r = -.55, p < .001, r^2 = .30$), que permite explicar el 29.7% de la varianza compartida. Esto permite concluir que la hipótesis específica H_{1.2} se valida.

Tabla 14

Análisis de la correlación de Pearson entre la evitación experiencial y las habilidades sociales

	Habilidades sociales		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i> ²
Evitación experiencial	-.545***	< .001	.297

Nota: n = 150

****p* < .001

Asimismo, se exploraron las posibles relaciones entre la evitación experiencial y las dimensiones de las habilidades sociales (tabla 15). Se halló que existe una relación inversa y estadísticamente significativa entre la evitación experiencial y todas las dimensiones de las habilidades sociales. Aquellas variables que mostraron relaciones de mayor significancia con la evitación experiencial fueron la dimensión autoexpresión en situaciones sociales ($r = -.51$), la dimensión defensa de los propios derechos como consumidor ($r = -.34$), la dimensión decir no y cortar interacciones ($r = -.53$) y la dimensión iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto ($r = -.32$).

Tabla 15

Análisis de la correlación de Pearson entre la evitación experiencial y las dimensiones de las habilidades sociales

		ASS	DPDC	EED	DNCI	HP	IIPSO
Evitación experiencial	<i>r</i>	-.513***	-.336**	-.239*	-.534***	-.242*	-.317**
	<i>p</i>	< .001	.003	.039	< .001	.037	.006

Nota: ASS = Autoexpresión en situaciones sociales; DPDC = Defensa de los propios derechos como consumidor; EED = Expresión de enfado o disconformidad; DNCI = Decir no y cortar interacciones; HP = Hacer peticiones; IIPSO = Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. **p* < .05. ***p* < .01. ****p* < .001

Por otro lado, la hipótesis específica H_{1.3} sostenía que había una relación significativa entre la evitación experiencial y la sintomatología clínica en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental. Como puede observarse en la tabla 16, existe una relación inversa, moderada y estadísticamente

significativa entre la evitación experiencial y la sintomatología clínica con un tamaño del efecto grande ($r = -.59$, $p < .001$, $r^2 = .35$), que es capaz de explicar el 34.5% de la varianza compartida. Ello permite concluir que la hipótesis específica H_{1.3} se valida.

Tabla 16

Análisis de la correlación de Pearson entre la evitación experiencial y la sintomatología clínica

	Sintomatología clínica		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i> ²
Evitación experiencial	-.587***	< .001	.345

Nota: n = 150

****p* < .001

Además, con la finalidad de comprender mejor cómo interactúan las variables implicadas en este estudio, se exploró las posibles relaciones entre la evitación experiencial y las dimensiones de la sintomatología clínica (tabla 17). De esta manera, se encontró que existe una relación directa y estadísticamente significativa entre la evitación experiencial y todas las dimensiones de la sintomatología clínica.

Tabla 17

Análisis de la correlación de Spearman entre la evitación experiencial y las dimensiones de la sintomatología clínica

	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	AFB	IPA	PSI
<i>r_s</i>	.475***	.494***	.581***	.615***	.536***	.460***	.449***	.557***	.516***
EE <i>p</i>	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001

Nota: EE = Evitación experiencial; SOM = Somatizaciones; OBS = Obsesiones y compulsiones; SI = Sensibilidad interpersonal; DEP = Depresión; ANS = Ansiedad; HOS = Hostilidad; AFB = Ansiedad fóbica; IPA = Ideación paranoide; PSI = Psicoticismo.

****p* < .001

Respecto a la hipótesis específica H_{1.4}, esta proponía que había una relación significativa entre la evitación experiencial y las habilidades sociales en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental.

En la tabla 18 se puede observar que no existe una relación estadísticamente significativa entre el apoyo social percibido y las habilidades sociales ($r = .132$, $p = .258$), además se observó un tamaño del efecto muy pequeño ($r^2 = .017$). Esto permite concluir que la hipótesis específica H_{1.4} no se valida.

Tabla 18

Análisis de la correlación de Pearson entre el apoyo social percibido y las habilidades sociales

	Habilidades sociales		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i> ²
Apoyo social percibido	.132	.258	.017

Nota: n = 150.

Asimismo, se exploraron las posibles relaciones entre las dimensiones del apoyo social percibido y las dimensiones de las habilidades sociales (tabla 19). Se encontró que existe solo una relación directa y estadísticamente significativa entre la dimensión amigos y la dimensión iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto ($r_s = -.316$, $p = .006$).

Tabla 19

Análisis de la correlación de Spearman entre las dimensiones del apoyo social percibido y las dimensiones de las habilidades sociales

		ASS	DPDC	EED	DNCI	HP	IIPSO
Dimensión amigos	<i>r_s</i>	.223	.048	.110	-.011	.181	.316
	<i>p</i>	.054	.681	.346	.928	.119	.006**
Dimensión conocidos	<i>r_s</i>	.186	-.130	.132	-.088	.056	.131
	<i>p</i>	.110	.265	.257	.453	.635	.263
Dimensión familia	<i>r_s</i>	-.180	.051	-.001	-.015	.066	-.070
	<i>p</i>	.121	.662	.996	.897	.575	.549

Nota: ASS = Autoexpresión en situaciones sociales; DPDC = Defensa de los propios derechos como consumidor; EED = Expresión de enfado o disconformidad; DNCI = Decir no y cortar interacciones; HP = Hacer peticiones; IIPSO = Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.
** $p < .01$

En cuanto a la hipótesis específica H_{1.5}, esta asumía la existencia de una relación significativa entre el apoyo social percibido y la sintomatología clínica en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental. Como se puede apreciar en la tabla 20, no existe una relación estadísticamente significativa entre el apoyo social percibido y la sintomatología clínica ($r = -.152$, $p = .196$), pero se observó un tamaño del efecto pequeño ($r^2 = .023$). Esto permite concluir que la hipótesis específica H_{1.5} no se valida.

Tabla 20

Análisis de la correlación de Pearson entre el apoyo social percibido y la sintomatología clínica

	Sintomatología clínica		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i> ²
Apoyo social percibido	-.152	.196	.023

Nota: n = 150

Adicionalmente, se exploraron las posibles relaciones entre las dimensiones del apoyo social percibido y las dimensiones de la sintomatología clínica (tabla 21). Se observó que únicamente la dimensión de amigos logró asociarse de manera significativa con la gran mayoría de las dimensiones de la sintomatología clínica.

Tabla 21

Análisis de la correlación de Spearman entre las dimensiones del apoyo social percibido y las dimensiones de la sintomatología clínica

		SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	AFB	IPA	PSI
AMI	<i>r_s</i>	-.247*	-.297**	-.234*	-.311**	-.276*	-.138	-.296**	-.258*	-.297**
	<i>p</i>	.033	.010	.043	.007	.017	.238	.010	.025	.010
CON	<i>r_s</i>	.101	-.063	-.049	-.019	-.043	-.104	-.202	-.115	-.102
	<i>p</i>	.391	.594	.675	.870	.712	.373	.083	.326	.383
FAM	<i>r_s</i>	.084	-.009	.039	.082	.150	.160	-.051	-.007	.044
	<i>p</i>	.473	.936	.737	.483	.200	.171	.663	.954	.705

Nota: AMI = Amigos; CON = Conocidos; FAM = Familia; SOM = Somatizaciones; OBS = Obsesiones y compulsiones; SI = Sensibilidad interpersonal; DEP = Depresión; ANS = Ansiedad; HOS = Hostilidad; AFB = Ansiedad fóbica; IPA = Ideación paranoide; PSI = Psicoticismo.

* $p < .05$. ** $p < .01$

Por otra parte, la hipótesis específica H_{1.6} proponía que había una relación significativa entre las habilidades sociales y la sintomatología clínica en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental. Como se puede observar en la tabla 22, existe una relación inversa y estadísticamente significativa entre las habilidades sociales y la sintomatología clínica con un tamaño del efecto grande ($r = -.56$, $p < .001$, $r^2 = .31$), que permite explicar el 30.8% de la varianza compartida. Esto permite concluir que la hipótesis específica H_{1.6} se valida.

Tabla 22

Análisis de la correlación de Pearson entre las habilidades sociales y la sintomatología clínica

	Sintomatología clínica		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i> ²
Habilidades sociales	-.555***	< .001	.308

Nota: n = 150

*** $p < .001$.

Adicionalmente, se exploraron las posibles relaciones entre las dimensiones del apoyo social percibido y las dimensiones de la sintomatología clínica (tabla 23). Se observó la presencia de múltiples asociaciones inversas y significativas, en especial de la dimensión autoexpresión en situaciones sociales, la dimensión decir no y cortar interacciones, la depresión y la ideación paranoide.

Tabla 23

Análisis de la correlación de Spearman entre las dimensiones de las habilidades sociales y las dimensiones de la sintomatología clínica

		SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	AFB	IPA	PSI
ASS	<i>r_s</i>	-.45***	-.58***	-.51***	-.56***	-.52***	-.43***	-.36**	-.61***	-.55***
	<i>p</i>	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	.002	< .001	< .001
DPDC	<i>r_s</i>	-.27*	-.25*	-.36**	-.340**	-.23*	-.09	-.176	-.48***	-.25*
	<i>p</i>	.021	.033	.001	.003	.045	.456	.132	< .001	.031
EED	<i>r_s</i>	-.07	-.32**	-.27*	-.34**	-.27*	-.28*	-.16	-.34**	-.22
	<i>p</i>	.536	.005	.017	.003	.019	.016	.177	.003	.062

DNCI	r_s	-.42***	-.59***	-.49***	-.59***	-.42***	-.46***	-.207	-.519	-.53***
	p	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	.075	< .001	< .001
HP	r_s	-.17	-.29*	-.22	-.31**	-.24*	-.16	-.12	-.17	-.19
	p	.139	.011	.053	.006	.042	.167	.316	.146	.099
IIPSO	r_s	-.19	-.33**	-.339**	-.41***	-.30**	-.27*	-.215	-.40***	-.26*
	p	.102	.005	.003	< .001	.009	.020	.063	< .001	.023

Nota: ASS = Autoexpresión en situaciones sociales; DPDC = Defensa de los propios derechos como consumidor; EED = Expresión de enfado o disconformidad; DNCI = Decir no y cortar interacciones; HP = Hacer peticiones; IIPSO = Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto; SOM = Somatizaciones; OBS = Obsesiones y compulsiones; SI = Sensibilidad interpersonal; DEP = Depresión; ANS = Ansiedad; HOS = Hostilidad; AFB = Ansiedad fóbica; IPA = Ideación paranoide; PSI = Psicoticismo.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

En este segundo apartado, se sometió a contrastación la hipótesis general H₂, la cual proponía que existían diferencias significativas en la evitación experiencial, el apoyo social percibido, las habilidades sociales y la sintomatología clínica en los cuidadores principales de los pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental. En orden de validar o no dicha hipótesis general, se contrastará cada una de las hipótesis específicas que se desprenden de ella.

En ese sentido, la hipótesis específica H_{2.1} proponía la existencia de diferencias significativas en la evitación experiencial de los cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el sexo. Al analizar la evitación experiencial que presentan los cuidadores principales varones (M = 26.85, DE = 11.16) y las cuidadoras mujeres (M = 32.71, DE = 12.83), se halló que no existen diferencias estadísticamente significativas [$t(148) = -1.808, p = .075$] entre ambos sexos (tabla 24 y tabla 25). Esto permite concluir que la hipótesis específica H_{2.1} no se valida.

Tabla 24

Descripción de la media, desviación estándar y error estándar en la evitación experiencial según el sexo

Sexo	n	Media	Desviación estándar	Error estándar
Varones	40	26.8500	11.1557	2.49
Mujeres	110	32.7091	12.8275	1.73

Tabla 25

Análisis de la prueba t de Student en la evitación experiencial según el sexo

Prueba de Levene		Prueba de t de Student						
F	p	t	gl	p	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	IC 95%	
							Inferior	Superior
.607	.438	-1.808 ^a	148	.075	-5.8590	3.24151	-12.3194	.60123
		-1.930 ^b	76.5	.061	-5.8590	3.03549	-12.0014	.28317

Nota: IC = Intervalos de confianza.

^aSe asumen varianzas iguales. ^bNo se asumen varianzas iguales

Por su parte la hipótesis específica H_{2.2} proponía la existencia de diferencias significativas en el apoyo social percibido de los cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el sexo. Al analizar el apoyo social percibido que experimentan los cuidadores principales varones (M = 31.40, DE = 8.75) y las cuidadoras mujeres (M = 30.67, DE = 7.46), se halló que no existen diferencias estadísticamente significativas [$t(148) = .356, p = .723$] entre ambos sexos (tabla 26 y tabla 27). Lo cual permite concluir que la hipótesis específica H_{2.2} no se valida.

Tabla 26

Descripción de la media, desviación estándar y error estándar en el apoyo social percibido según el sexo

Sexo	n	Media	Desviación estándar	Error estándar
Varones	40	31.400	8.750	1.956
Mujeres	110	30.673	7.459	1.006

Tabla 27

Análisis de la prueba t de Student en el apoyo social percibido según el sexo

Prueba de Levene		Prueba de t de Student						
F	p	t	gl	p	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	IC 95%	
							Inferior	Superior
.505	.480	.356 ^a	148	.723	.72727	2.04074	-3.33991	4.79446
		.331 ^b	58.638	.743	.72727	2.19998	-3.76798	5.22253

Nota: IC = Intervalos de confianza.

^aSe asumen varianzas iguales. ^bNo se asumen varianzas iguales

Por otro lado, la hipótesis específica H_{2.3} proponía la existencia de diferencias significativas en las habilidades sociales de los cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el sexo. Al analizar las habilidades sociales de los cuidadores principales varones (M = 99.05, DE = 15.05) y las cuidadoras mujeres (M = 95.07, DE = 15.03), se halló que no existen diferencias estadísticamente significativas [$t(148) = 1.013, p = .723$] entre ambos sexos (tabla 28 y tabla 29). Ello permite afirmar que la hipótesis específica H_{2.3} no se valida.

Tabla 28

Descripción de la media, desviación estándar y error estándar en las habilidades sociales según el sexo

Sexo	n	Media	Desviación estándar	Error estándar
Varones	40	99.05	15.056	3.366
Mujeres	110	95.07	15.034	2.027

Tabla 29

Análisis de la prueba t de Student en las habilidades sociales según el sexo

Prueba de Levene		Prueba de t de Student						
F	p	t	gl	p	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	IC 95%	
							Inferior	Superior
.047	.828	1.013 ^a	148	.315	3.97727	3.92719	-3.84960	11.8041
		1.012 ^b	66.717	.319	3.97727	3.92985	-4.01162	11.9662

Nota: IC = Intervalos de confianza.

^aSe asumen varianzas iguales. ^bNo se asumen varianzas iguales

Así también, la hipótesis específica H_{2.4} sostenía la existencia de diferencias significativas en la sintomatología clínica de los cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el sexo. Al analizar la sintomatología clínica de los cuidadores principales varones (M = 35.85, DE = 34.48) y las cuidadoras mujeres (M = 52.10, DE = 37.70), se halló que no existen diferencias estadísticamente significativas [$t(148) = -1.688, p = .723$] entre ambos sexos pese a una ligera ventaja en las puntuaciones medias a favor de las mujeres (tabla 30 y tabla 31). Este resultado permite concluir que la hipótesis específica H_{2.4} no se valida.

Tabla 30

Descripción de la media, desviación estándar y error estándar en la sintomatología clínica según el sexo

Sexo	n	Media	Desviación estándar	Error estándar
Varones	40	35.85	34.486	7.711
Mujeres	110	52.10	37.703	5.084

Tabla 31

Análisis de la prueba t de Student en la sintomatología clínica según el sexo

Prueba de Levene		Prueba de t de Student						
F	p	t	gl	p	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	IC 95%	
							Inferior	Superior
.092	.762	-1.688 ^a	148	.096	-16.2591	9.6335	-35.4586	2.9404
		-1.760 ^b	72.669	.087	-16.2591	9.2364	-34.9796	2.4614

Nota: IC = Intervalos de confianza

^aSe asumen varianzas iguales. ^bNo se asumen varianzas iguales

Respecto a la edad de los cuidadores, se observó que gran mayoría de los participantes presentaba edades comprendidas entre los 40 y 65 años, en aras de preservar un análisis más robusto y consistente se compensó dicha brecha estableciendo rangos que concuerden con las etapas del desarrollo humano: de 25 a

59 años corresponde a los adultos, mientras que de 60 a 65 años corresponde a los adultos mayores.

En ese marco, la hipótesis específica H_{2.5} proponía la existencia de diferencias significativas en la evitación experiencial de los cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según la edad. Al analizar la evitación experiencial que presentan los cuidadores principales adultos (M = 30.62, DE = 12.82) y los cuidadores adultos mayores (M = 32.94, DE = 12.02), se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas [$t(148) = -.665, p = .508$] entre ambos grupos (tabla 32 y tabla 33). Esto permite concluir que la hipótesis específica H_{2.5} no se valida.

Tabla 32

Descripción de la media, desviación estándar y error estándar en la evitación experiencial según la edad

Edad	n	Media	Desviación estándar	Error estándar
De 25 a 59 años	116	30.620	12.821	1.683
De 60 a 65 años	34	32.941	12.023	2.916

Tabla 33

Análisis de la prueba t de Student en la evitación experiencial según la edad

Prueba de Levene		Prueba de t de Student						
F	p	t	gl	p	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	IC 95%	
							Inferior	Superior
.456	.502	-.665 ^a	148	.508	-2.32049	3.489	-9.274	4.633
		-.689 ^b	54.583	.496	-2.32049	3.367	-9.222	4.581

Nota: IC = Intervalos de confianza.

^aSe asumen varianzas iguales. ^bNo se asumen varianzas iguales

Por otro lado, la hipótesis específica H_{2.6} proponía la existencia de diferencias significativas en el apoyo social percibido de los cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según la edad. Al analizar las puntuaciones que presentaban los

cuidadores principales adultos ($M = 30.64$, $DE = 8.20$) y los cuidadores adultos mayores ($M = 31.65$, $DE = 6.18$), se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas [$t(148) = -.468$, $p = .641$] entre ambos grupos (tabla 34 y tabla 35). Esto permite afirmar que la hipótesis específica $H_{2.6}$ no se valida.

Tabla 34

Descripción de la media, desviación estándar y error estándar en el apoyo social percibido según la edad

Edad	n	Media	Desviación estándar	Error estándar
De 25 a 59 años	116	30.638	8.209	1.077
De 60 a 65 años	34	31.647	6.184	1.499

Tabla 35

Análisis de la prueba t de Student en el apoyo social percibido según la edad

Prueba de Levene		Prueba de t de Student						
F	p	t	gl	p	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	IC 95%	
							Inferior	Superior
2.536	.116	-.468 ^a	148	.641	-1.00913	2.15412	-5.30229	3.28404
		-.546 ^b	68.234	.588	-1.00913	1.84703	-4.76180	2.74354

Nota: IC = Intervalos de confianza.

^aSe asumen varianzas iguales. ^bNo se asumen varianzas iguales

Por su parte, la hipótesis específica $H_{2.7}$ proponía la existencia de diferencias significativas en las habilidades sociales de los cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según la edad. Al analizar las puntuaciones que presentaban los cuidadores principales adultos ($M = 98.25$, $DE = 14.38$) y los cuidadores adultos mayores ($M = 88.88$, $DE = 15.41$), se encontró que sí existen diferencias estadísticamente significativas [$t(148) = 2.326$, $p = .023$] entre ambos grupos (tabla 36 y tabla 37). Esto permite concluir que la hipótesis específica $H_{2.7}$ sí se valida.

Tabla 36

Descripción de la media, desviación estándar y error estándar en las habilidades sociales según la edad

Edad	n	Media	Desviación estándar	Error estándar
De 25 a 59 años	116	98.259	14.38	1.888
De 60 a 65 años	34	88.882	15.41	3.738

Tabla 37

Análisis de la prueba t de Student en las habilidades sociales según la edad

Prueba de Levene		Prueba de t de Student						
F	p	t	gl	p	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	IC 95%	
							Inferior	Superior
.239	.627	2.326 ^{a*}	148	.023	9.37627	4.0303	1.344	17.409
		2.239 ^{b*}	48.758	.034	9.37627	4.1876	.7475	18.005

Nota: IC = Intervalos de confianza.

^aSe asumen varianzas iguales. ^bNo se asumen varianzas iguales

* $p < .05$

De manera similar, la hipótesis específica H_{2.8} proponía la existencia de diferencias significativas en la sintomatología clínica de los cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según la edad. Al analizar las puntuaciones de sintomatología clínica que presentaban los cuidadores principales adultos y cuidadores adultos mayores se encontró que alcanzaron un rango promedio de 36.78 y 42.15, respectivamente (tabla 38). Así, al comparar ambos grupos se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en los síntomas clínicos que ambos grupos experimentan ($U = 422.5, p = .372$). Lo cual permite afirmar que la hipótesis específica H_{2.8} no se valida.

Tabla 38

Análisis de los rangos y la prueba U de Mann-Whitney en la sintomatología clínica según la edad

Edad	n	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	Z	p
De 25 a 59 años	116	36.78	2133.5	422.5	-.892	.372
De 60 a 65 años	34	42.15	716.5			

Respecto a grado de instrucción de los cuidadores, la hipótesis específica H_{2.9} proponía la existencia de diferencias significativas en la evitación experiencial de los cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el grado de instrucción (primaria, secundaria, técnico y universitario). Primero, se verificó la homogeneidad de varianzas (ver anexo), luego tras el análisis de contraste (tabla 39) se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en la evitación experiencial de los cuidadores principales de acuerdo con su grado de instrucción [$F(3, 146) = 1.626$, $p = .19$]. Esto permite concluir que la hipótesis específica H_{2.9} no se valida.

Tabla 39

Análisis de varianza en la evitación experiencial según el grado de instrucción

Parámetro	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	<i>p</i>
Inter-grupo	755.604	3	251.868	1.626	.191
Intra-grupo	10997.782	146	154.898		
Total	11753.387	149			

De manera similar, la hipótesis específica H_{2.10} proponía la existencia de diferencias significativas en el apoyo social percibido de los cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el grado de instrucción. En la tabla 40 se pueden apreciar los rangos promedios de cada uno de los grados de instrucción, siendo el mínimo 32.92 y el máximo 46.25. En el análisis de contraste se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en el apoyo social percibido de los cuidadores principales de acuerdo con su grado de instrucción. Esto permite afirmar que la hipótesis específica H_{2.10} no se valida.

Tabla 40

Análisis de los rangos y la prueba de Kruskal-Wallis en el apoyo social percibido según el grado de instrucción

Grado de instrucción	n	Rango promedio	χ^2	gl	p
Primaria	24	32.92			
Secundaria	72	33.92	5.31	3	.15
Técnico	34	45.38			
Universitario	20	46.25			
Total	150				

Así también, la hipótesis específica H_{2.11} proponía la existencia de diferencias significativas en las habilidades sociales de los cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el grado de instrucción. En primer lugar, se comprobó la homogeneidad de varianzas, posteriormente tras el análisis de contraste (tabla 41) se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en las habilidades sociales de los cuidadores principales de acuerdo con su grado de instrucción [$F(3, 146) = 1.618, p = .19$]. Esto permite concluir que la hipótesis específica H_{2.11} no se valida.

Tabla 41

Análisis de varianza en la evitación experiencial según el grado de instrucción

Parámetro	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Inter-grupo	1071.619	3	357.206	1.618	.193
Intra-grupo	15673.048	146	220.747		
Total	16744.667	149			

De manera análoga, la hipótesis específica H_{2.12} proponía la existencia de diferencias significativas en la sintomatología clínica de los cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el grado de instrucción. Primero, se comprobó la homogeneidad de varianzas, posteriormente tras el análisis de contraste (tabla 42) se

encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología clínica de los cuidadores principales de acuerdo con su grado de instrucción [$F(3, 146) = 1.296, p = .283$]. Esto permite concluir que la hipótesis específica H_{2.12} no se valida.

Tabla 42

Análisis de varianza en la sintomatología clínica según el grado de instrucción

Parámetro	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Inter-grupo	5358.895	3	1786.298	1.296	.283
Intra-grupo	97880.252	146	1378.595		
Total	103239.147	149			

Respecto al parentesco de los cuidadores, este estudio seleccionó a cuatro de los seis grupos para ser analizados, esto en vista de algunos análisis previos que daban cuenta las dificultades para trabajar con grupos que tienen muy pocos participantes, como es el caso del grupo de hijo(a) y el grupo que agrupaba a otros familiares cuidadores. Aclarado este punto, los análisis siguientes contemplaron a los grupos de cuidadores cuyo parentesco con el paciente era de madre, padre, cónyuge o hermano(a).

En esa línea, la hipótesis específica H_{2.13} proponía la existencia de diferencias significativas en la evitación experiencial de los cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el parentesco. Para ello, primero se comprobó la homogeneidad de varianzas y posteriormente, tras el análisis de contraste (tabla 43) se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en la evitación experiencial de los cuidadores principales de acuerdo con su parentesco [$F(3, 146) = .956, p = .419$]. Esto permite concluir que la hipótesis específica H_{2.13} no se valida.

Tabla 43

Análisis de varianza en la evitación experiencial según el parentesco

Parámetro	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	<i>p</i>
Inter-grupo	467.423	3	155.808	.956	.419
Intra-grupo	10752.649	146	162.919		
Total	11220.071	149			

Asimismo, la hipótesis específica H_{2.14} sostenía la existencia de diferencias significativas en el apoyo social percibido de los cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el parentesco. Para iniciar, se comprobó previamente la homogeneidad de varianzas y después, tras el análisis de contraste (tabla 44), se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en la evitación experiencial de los cuidadores principales de acuerdo con su parentesco [$F(3, 146) = .326, p = .807$]. Ello permite afirmar que la hipótesis específica H_{2.14} no se valida.

Tabla 44

Análisis de varianza en el apoyo social percibido según el parentesco

Parámetro	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	<i>p</i>
Inter-grupo	61.429	3	20.476	.326	.807
Intra-grupo	4151.157	146	62.896		
Total	11220.071	149			

Por su parte, la hipótesis específica H_{2.15} proponía la existencia de diferencias significativas en las habilidades sociales de los cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el parentesco. Para contrastar dicha hipótesis, se verificó previamente la homogeneidad de varianzas y luego, tras los análisis (tabla 45), se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en las habilidades sociales de los cuidadores principales de acuerdo con su parentesco [$F(3, 146) = .358, p = .783$]. Esto permite concluir que la hipótesis específica H_{2.15} no se valida.

Tabla 45
Análisis de varianza en las habilidades sociales según el parentesco

Parámetro	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	<i>p</i>
Inter-grupo	258.163	3	86.054	.358	.783
Intra-grupo	15857.609	146	240.267		
Total	16115.771	149			

De manera similar, la hipótesis específica H_{2.16} sostenía la existencia de diferencias significativas en la sintomatología clínica de los cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el parentesco. En primer lugar, se verificó previamente la homogeneidad de varianzas y luego, tras el análisis de contraste (tabla 46), se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología clínica de los cuidadores principales de acuerdo con su parentesco [$F(3, 146) = 1.65, p = .186$]. Estos resultados permiten afirmar que la hipótesis específica H_{2.16} no se valida.

Tabla 46
Análisis de varianza en la sintomatología clínica según el parentesco

Parámetro	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	<i>p</i>
Inter-grupo	6997.196	3	2332.399	1.650	.186
Intra-grupo	93300.575	146	1413.645		
Total	100297.771	149			

Respecto al tiempo de cuidado que los cuidadores han dedicado a su familiar, este estudio consideró pertinente agruparlos en tres categorías: de 0 a 1 año y 11 meses, de 2 años a 5 años y 11 meses y, por último, de 6 años a 40 años.

En ese marco, la hipótesis específica H_{2.17} proponía la existencia de diferencias significativas en la evitación experiencial de los cuidadores principales de pacientes

con esquizofrenia según el tiempo de cuidado. Primero, se comprobó la homogeneidad de varianzas y posteriormente, se llevó a cabo el análisis de contraste (tabla 47) a través del cual se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en la evitación experiencial de los cuidadores principales de acuerdo con el tiempo de cuidado [$F(2, 147) = .784, p = .46$]. Esto permite concluir que la hipótesis específica H_{2.17} no se valida.

Tabla 47

Análisis de varianza en la evitación experiencial según el tiempo de cuidado

Parámetro	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Inter-grupo	250.628	2	125.314	.784	.460
Intra-grupo	11502.758	147	159.761		
Total	11753.387	149			

Asimismo, la hipótesis específica H_{2.18} sostenía la existencia de diferencias significativas en el apoyo social percibido de los cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el tiempo de cuidado. En primer lugar, se verificó la homogeneidad de las varianzas y posteriormente, se llevó a cabo el análisis de contraste (tabla 48) mediante el cual se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en el apoyo social percibido de los cuidadores principales de acuerdo con su tiempo de cuidado [$F(2, 147) = 1.212, p = .30$]. Esto permite concluir que la hipótesis específica H_{2.18} no se valida.

Tabla 48

Análisis de varianza en el apoyo social percibido según el tiempo de cuidado

Parámetro	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Inter-grupo	145.485	2	72.742	1.212	.304
Intra-grupo	4321.182	147	60.016		
Total	4466.667	149			

Así también, la hipótesis específica H_{2.19} sostenía la existencia de diferencias significativas en las habilidades sociales de los cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el tiempo de cuidado. Primero, se corroboró la homogeneidad de las varianzas y luego, se llevó a cabo el análisis de contraste (tabla 49) a través del cual se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en el apoyo social percibido de los cuidadores principales de acuerdo con su tiempo de cuidado [$F(2, 147) = .428, p = .65$]. Esto permite concluir que la hipótesis específica H_{2.19} no se valida.

Tabla 49

Análisis de varianza en las habilidades sociales según el tiempo de cuidado

Parámetro	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Inter-grupo	196.851	2	98.426	.428	.653
Intra-grupo	16547.815	147	229.831		
Total	16544.667	149			

De manera similar, la hipótesis específica H_{2.20} proponía la existencia de diferencias significativas en la sintomatología clínica de los cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el tiempo de cuidado. En la tabla 50 se pueden apreciar que los rangos promedios en cada una de las categorías son muy similares, siendo el mínimo 37.07 y el máximo 38.96. En el análisis de contraste se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en el apoyo social percibido de los cuidadores principales de acuerdo con su tiempo de cuidado. Esto permite afirmar que la hipótesis específica H_{2.20} no se valida.

Tabla 50

Análisis de los rangos y la prueba de Kruskal-Wallis en la sintomatología clínica según el tiempo de cuidado

Tiempo de cuidado	n	Rango promedio	χ^2	gl	p
De 0 a 1 año	20	38.75			
De 2 a 5 años	56	38.96	.134	2	.935
De 6 a 40 años	74	37.07			
Total	150				

Respecto al servicio de atención, el presente estudio incluyó a los cuidadores de los pacientes que recibían atenciones en el servicio de consulta externa, rehabilitación y hospitalización.

En esa línea, la hipótesis específica H_{2.21} proponía la existencia de diferencias significativas en la evitación experiencial de los cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el servicio de atención. Primero, se comprobó la homogeneidad de varianzas y posteriormente, se llevó a cabo el análisis de contraste (tabla 51) a través del cual se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en la evitación experiencial de los cuidadores principales de acuerdo con el servicio de atención [$F(2, 147) = 1.639, p = .20$]. Esto permite concluir que la hipótesis específica H_{2.21} no se valida.

Tabla 51

Análisis de varianza en las habilidades sociales según el servicio de atención

Parámetro	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Inter-grupo	511.934	2	255.967	1.639	.201
Intra-grupo	11241.453	147	156.131		
Total	11753.387	149			

Asimismo, la hipótesis específica H_{2.22} sostenía la existencia de diferencias significativas en el apoyo social percibido de los cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el servicio de atención. En primer lugar, se verificó la homogeneidad de varianzas y posteriormente, se llevó a cabo el análisis de contraste (tabla 52) a través del cual se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en el apoyo social percibido de los cuidadores principales de acuerdo con el servicio de atención [$F(2, 147) = 1.402, p = .25$]. Esto permite afirmar que la hipótesis específica H_{2.22} no se valida.

Tabla 52

Análisis de varianza en las habilidades sociales según el servicio de atención

Parámetro	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	<i>p</i>
Inter-grupo	167.46	2	83.73	1.402	.253
Intra-grupo	4299.207	147	59.711		
Total	4466.667	149			

Por su parte, la hipótesis específica H_{2.23} proponía la existencia de diferencias significativas en las habilidades sociales de los cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el servicio de atención. En aras de validar o no la hipótesis, se revisó la homogeneidad de las varianzas y posteriormente, se llevó a cabo el análisis de contrastación (tabla 53) a través del cual se encontró que sí existen diferencias estadísticamente significativas en las habilidades sociales de los cuidadores principales de acuerdo con el servicio de atención [$F(2, 147) = 4.611, p = .01$]. Un análisis más minucioso reveló que la diferencia de medias más significativa al tomar cada pareja posible ocurre tras contrastar las habilidades sociales de los cuidadores que asisten a consulta externa frente a los cuidadores que

acuden al servicio de hospitalización (tabla 54). Estos resultados permiten afirmar que la hipótesis específica H_{2.23} sí se valida.

Tabla 53
Análisis de varianza en las habilidades sociales según el servicio de atención

Parámetro	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	<i>p</i>
Inter-grupo	1901.286	2	950.643	4.611*	.013
Intra-grupo	14843.380	147	206.158		
Total	16744.667	149			

**p* < .05

Tabla 54
Análisis de la prueba HSD de Tukey en las habilidades sociales según el servicio de atención

(A) Servicio	(B) Servicio	Diferencia de medias (A-B)	Error típico	<i>p</i>	IC 95%	
					Inferior	Superior
Consulta externa	Hospitalización	14.5853*	5.58525	0.29	1.2193	27.9517
	Rehabilitación	7.81397	3.54035	0.77	-6.585	16.2865
Hospitalización	Consulta externa	-14.58553*	5.58525	.029	-27.9517	-1.2193
	Rehabilitación	-6.77155	5.73399	.468	-20.4937	6.9506
Rehabilitación	Consulta externa	-7.81397	3.54035	.077	-16.2865	.6585
	Hospitalización	6.77155	5.73399	.468	-6.9506	20.4937

Nota: IC = Intervalos con confianza.

**p* < .05

Finalmente, la hipótesis específica H_{2.24} sostenía la existencia de diferencias significativas en la sintomatología clínica de los cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el servicio de atención. Así, se revisó previamente la homogeneidad de las varianzas y dado que el criterio de homocedasticidad no podía ser aceptado a cabalidad, se empleó la ANOVA heterodástica con la corrección de Welch (tabla 55), a través de la cual se encontró que sí existen diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología clínica de los cuidadores

principales de acuerdo con el servicio de atención [$F(2, 147) = 5.900, p = .004$]. Además, al revisar la comparación de cada grupo en parejas, se encontró que la diferencia más significativa se da al contrastar las habilidades sociales de los cuidadores que asisten al servicio de consulta externa frente a los cuidadores que acuden al servicio de rehabilitación (tabla 56). Estos resultados permiten concluir que la hipótesis específica H_{2.24} sí se valida.

Tabla 55
Análisis de varianza en la sintomatología clínica según el servicio de atención

Parámetro	F ^a	gl 1	gl 2	p
ANOVA-Welch	4.869*	2	36.360	.02

^aCon la corrección de Welch

* $p < .05$

Tabla 56
Análisis de la prueba de Tamhane en la sintomatología clínica según el servicio de atención

Prueba de Tamhane ^a						
(A) Servicio	(B) Servicio	Diferencia de medias (A-B)	Error típico	p	IC 95%	
					Inferior	Superior
Consulta externa	Hospitalización	-12.0000	10.97180	.662	-44.2200	20.2200
	Rehabilitación	-29.72414*	9.60031	.011	-53.7198	-5.7285
Hospitalización	Consulta externa	12.0000	10.97180	.662	-20.2200	44.2200
	Rehabilitación	-17.72414	13.64079	.506	-53.4995	18.0512
Rehabilitación	Consulta externa	29.72414*	9.60031	.011	5.7285	53.7198
	Hospitalización	17.72414	13.64079	.506	-18.0512	53.4995

Nota: IC = Intervalos de confianza

^aNo se asumen varianzas iguales.

* $p < .05$

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En este apartado se discutirán los hallazgos más relevantes con miras a cumplir los propósitos que persigue esta investigación.

Al revisar la caracterización de la muestra (tabla 1) es posible ver que gran parte de las personas que ejercen un rol de cuidador son mujeres; esto concuerda con lo reportado en otros estudios latinoamericanos sobre el sexo del cuidador (Caqueo-Urizar y Gutiérrez-Maldonado, 2006) y difiere de lo hallado en otros contextos más lejanos (Zhou et al., 2016). Este fenómeno se expresa de manera similar y casi conjunta cuando se presta atención a la relación de parentesco que el cuidador mantiene con su familiar, pues en muchas ocasiones quienes se encargan de la labor del cuidado son mujeres y, a la vez, madres. Esto coincide con las cifras reportadas en las investigaciones llevadas a cabo en Lima por Guardia (2010) e Hidalgo (2013). Posiblemente, una de las explicaciones a esta cuestión se deba a que en Latinoamérica el rol de la mujer se asocia aún a tareas vinculadas al hogar y al cuidado mientras que el rol de varón está más relacionado con el trabajo remunerado; situación que podría ser percibida inviable si se tiene que ir al centro laboral y realizar las tareas de cuidado como acompañar al paciente a sus citas con el personal de salud, por citar un ejemplo.

En esa línea, se ha observado que además de la madre, hay un porcentaje menor de padres varones encargados del cuidado, lo cual también se apoya en estudios previos que consideran que los cuidadores familiares más frecuentes son la madre o el padre (Gutiérrez-Maldonado et al., 2005), pero también no deja de llamar la atención la ausencia de otros familiares (p.ej.: hijos, cónyuges, etc.). Esto quizá podría estar relacionado con

el inicio de la condición clínica; ya que las estadísticas señalan que la edad promedio en la que los pacientes experimentan los primeros síntomas clínicos de la esquizofrenia es alrededor de los 20 años. En este marco, algunos proyectos personales como la decisión de tener una pareja o criar hijos se ven opacados, sobre todo cuando el paciente no recibe un tratamiento oportuno. Lógicamente, esto trae como consecuencia natural que gran parte de los pacientes no tengan como cuidadores a un cónyuge o a un hijo.

Por otro lado, resulta útil e importante analizar las características psicométricas de los instrumentos utilizados.

En cuanto al Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II), la estimación de confiabilidad se basó en el valor del alfa de Cronbach, el cual alcanzó un valor de .82 en el presente estudio. Esta puntuación es similar a la reportada en la versión mexicana de Patrón (2010), quien obtuvo una adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach = .89) en una muestra de 200 personas en las que estudió un grupo clínico y otro no clínico; y también a la encontrada por Bond et al. (2011), quien desarrolló la versión original del AAQ-II, en inglés.

La evidencia de validez se llevó a cabo mediante un análisis exploratorio de los datos, en este estudio se observó que la estructura de la prueba se hallaba compuesta por un solo factor que era capaz de explicar el 42% de la varianza total. Estos resultados se aproximan al estudio de Patrón (2010), quien señaló en su investigación que el AAQ-II poseía un solo factor a través del que se explicaba un 51% de la varianza.

En relación con la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS), la estimación de su confiabilidad se realizó a través del método de consistencia interna que reportó un valor alfa de Cronbach de .81 para la escala total y valores de .77, .70 y .84

para sus tres dimensiones. Estos hallazgos mantienen valores muy cercanos a lo encontrado en la versión hispana adaptada por Landeta y Calvete (2002) quienes reportaron un valor de .85 para la escala total y valores de .87, .82 y .75 para las subescalas.

La evidencia de validez se llevó a cabo siguiendo un análisis factorial exploratorio de los datos, este estudio encontró tres dimensiones en su conjunto explicaban un 67% de la varianza total. Este resultado se apoya en la investigación realizada por Zimet et al. (1988) respecto a la versión original de la prueba, en donde se encontró que los tres factores explicaban un 66.8% de la varianza total.

Respecto a la Escala de Habilidades Sociales (EHS), la estimación de su confiabilidad se llevó a cabo mediante el método de consistencia interna; en esta investigación el alfa de Cronbach alcanzó un valor de .83 para la escala total. Este resultado es similar a lo hallado por Gismero (2002), quien reportó en la versión original un valor de .88 para la escala total. Por otra parte, en el presente estudio las dimensiones de la EHS alcanzaron valores de .64, .37, .50, .70, .47 y .45, lo cual advierte acerca de las dificultades que pueden aparecer al analizar las dimensiones por separado; esto converge con las propiedades psicométricas de la versión de Miranda-Zapata et al. (2014), quienes han reportado valores comprendidos entre .37 y .83. Para obtener la evidencia validez de la EHS, el presente estudio empleó un análisis factorial exploratorio en el que se encontró seis factores que explicaron un 48% de la varianza; esto concuerda con lo hallado por Gismero (2002) quien reporta un 40% de varianza explicada en el análisis factorial de primer orden y un 50% de varianza explicada en el segundo orden.

En torno al Inventario de 90 Síntomas (SCL-90R), la estimación de la confiabilidad de sus puntuaciones se realizó mediante el método de consistencia interna. En esta

investigación se alcanzó un alfa de Cronbach de .96 para la escala total; esto concuerda con lo hallado en una versión española por González de Rivera et al. (2002), quien reporta un valor de .81 y .87 a través de la correlación de dos mitades en una muestra clínica compuesta por 219 participantes, y con el estudio mexicano de Rivera-Ledesma et al. (2013), quienes encontraron un valor de .96 en la escala global.

Con la finalidad de encontrar evidencias de validez para el SCL-90R, el presente estudio optó por no realizar un análisis factorial de los datos como en los instrumentos anteriores, pues varios autores han señalado ya la dificultad para identificar factores explícitos en diferentes poblaciones (Gampp y Avendaño, 2008; Vassend y Skrondal, 1999), cuestión que parece deberse más a cambios específicos en la prevalencia sintomática de cada población. A su vez, han recomendado otras maneras para obtener evidencias de validez, por lo que el presente estudio centró esfuerzos en el cálculo de la V de Aiken mediante el método score, la cual dio cuenta de la validez de la prueba. Esto concuerda con otras investigaciones que han encontrado evidencias de validez convergente, concurrente y predictiva (Derogatis y Savitz, 2000; Gampp y Avendaño, 2008).

En el presente estudio se planteó dos objetivos generales. El primero de ellos fue analizar el potencial predictivo de la evitación experiencial, el apoyo social percibido y las habilidades sociales sobre la sintomatología clínica en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental.

En relación con ese objetivo, los resultados de esta investigación señalan que no todas las variables incluidas en el modelo predictivo de la sintomatología lograron constituirse como predictores. Como se pudo observar (tabla 11), únicamente la evitación experiencial y las seis dimensiones de las habilidades sociales fueron capaces de predecir la variedad de síntomas clínicos. Incluso, es posible aseverar que el único predictor que

goza de suficiente robustez estadística es la evitación experiencial. Estos hallazgos coinciden en varios sentidos con los aportes de Jansen et al. (2017), quienes también emprendieron la búsqueda de variables predictoras del distrés emocional, el cual es entendido por algunos investigadores como una de las posibles interpretaciones a la puntuación global de la sintomatología clínica en el Inventario de 90 Síntomas (González de Rivera et al., 2002).

En su estudio, la evitación experiencial destacó como un predictor significativo por encima de otras variables que tradicionalmente son sujetas a estudio como el funcionamiento global, la evaluación subjetiva y las dimensiones de afecto positivo y negativo (Jansen et al., 2017). A esto se suma la investigación realizada por Quinlan et al. (2017), quienes también señalaron que la evitación experiencial pudo predecir las dificultades de los cuidadores en torno al bienestar vinculado a las esferas sociales que también son exploradas en algunas dimensiones de la sintomatología clínica, por ejemplo, la dimensión hostilidad, el comportamiento psicótico, la ideación paranoide y la sensibilidad interpersonal.

Por otra parte, llama la atención que el apoyo social percibido no se haya constituido como un predictor pues gran parte de las intervenciones dirigidas a los cuidadores ponen mucho énfasis en este aspecto. De hecho, sólo la dimensión amigos logró entrar al análisis predictivo tras mostrar asociaciones significativas con la sintomatología clínica; pese a ello no consiguió realizar cambios significativos al modelo. Estos resultados concuerdan con el estudio de Sadath et al. (2017), quienes también reportaron textualmente estar sorprendidos al observar que, si bien el apoyo social estaba relacionado de manera negativa con los niveles del distrés emocional, al momento de evaluar su potencial predictivo el apoyo social percibido no era capaz de predecirlo.

Ahora bien, Sadath et al. (2014) sostienen que variables como el estigma social pueden dar cuenta del porqué acontece este fenómeno, y es que por más apoyo social reciba el cuidador de su entorno, este puede sentirse estigmatizado y tener dificultades para interactuar con sus agentes sociales, volviéndolo más susceptible a experimentar indicadores clínicos relevantes como los sentimientos profundos de tristeza, soledad o angustia (Casullo y Pérez, 2008).

Siguiendo a la teoría (Lee et al., 2006), las características más resaltantes del apoyo social tienen que ver con el desarrollo de una red de comunicación y el establecimiento de vínculos sociales. A partir de ello es posible deducir que quizá esto no sea suficiente para aplacar los sentimientos de angustia o distrés si se tiene en cuenta que no todas las personas que rodean a una persona tienen la misma disposición para ayudar o que, en su defecto, aun cuando realmente la tengan, dicha labor puede resultarles sumamente difícil sino albergan habilidades efectivas de contención emocional. Un ejemplo más ilustrativo sería aquel cuidador que percibe a familiares o amigos queriendo ayudarlo; sin embargo, por múltiples razones estos agentes podrían, incluso sin querer, no validar sus experiencias difíciles en torno al cuidado, lo que eventualmente hace al cuidador más vulnerable a experimentar tristeza o desesperanza, y evitar el diálogo o el contacto.

Respecto a los objetivos específicos que se derivan del primer objetivo general se obtuvo que existe una relación negativa y estadísticamente significativa entre la evitación experiencial y las habilidades sociales (tabla 14), así como una relación positiva y significativamente aún más estrecha entre la evitación experiencial y la sintomatología clínica (tabla 16). Estos resultados permiten afirmar que aquellos cuidadores que presentan niveles altos de evitación experiencial tienden a experimentar un mayor grado de sintomatología clínica y reportan niveles bajos en sus habilidades de interacción social.

Esto concuerda con lo planteado por Martín-Carrasco et al. (2016) y McWilliams et al. (2012), quienes encontraron que el abordaje desde distintos tipos de habilidades puede disminuir el malestar experimentado y los sentimientos depresivos.

Un análisis más exhaustivo detectó que la evitación experiencial estaba fuertemente asociada con la dimensión autoexpresión en situaciones sociales y la dimensión decir no y cortar interacciones (tabla 15). Esto haría pensar que la dificultad que los cuidadores principales tienen para hacer frente a sus contenidos verbales o a sus experiencias privadas desagradables se vincula con una disminución en la expresión de sentimientos y emociones en las esferas sociales, así como una merma en su capacidad para negarse ante determinadas situaciones que van en contra de lo que desean y también ante la posibilidad de dar por finalizadas las interacciones displacenteras. Desde la aproximación contextual (Hayes et al., 1996), esto puede entenderse a través de la renuencia que presenta el cuidador para entrar en contacto con los eventos aversivos, la cual al limitar el repertorio de acción trae como posible consecuencia la indisposición para actuar en línea de las cosas que se persiguen como direcciones vitales significativas, una de estas direcciones podría ser la propia expresión de emociones y sentimientos, por citar un ejemplo.

El segundo objetivo general fue comparar la evitación experiencial, el apoyo social percibido, las habilidades sociales y la sintomatología clínica en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia de un instituto nacional de salud mental según el sexo, la edad, el grado de instrucción, el parentesco, el tiempo de cuidado y el servicio de atención. Al revisar los resultados obtenidos en la muestra de cuidadores principales se encontró que no existían diferencias estadísticamente significativas respecto al sexo en la evitación experiencial, el apoyo social percibido, las habilidades sociales y la sintomatología clínica; no obstante, sí se observaron puntuaciones medias más elevadas de la evitación

experiencial y la sintomatología clínica en favor del grupo de mujeres. Estos resultados se apoyan en los estudios de Cerda et al. (2009) y Caqueo-Urizar et al. (2017), quienes argumentaron que las mujeres tienden a experimentar un mayor nivel de malestar emocional en comparación con los cuidadores varones debido a cuestiones de carácter social. Desde un punto de vista contextual-funcional, estos hallazgos también sugieren que las mujeres tienden a mantener repertorios de conducta más estrechos e inflexibles que, como han señalado algunos autores (Hayes et al., 2014), conlleva a experimentar un mayor grado de malestar, tesis que es consistente con lo señalado en líneas previas respecto a los niveles de sintomatología clínica en las mujeres.

Por otro lado, solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las habilidades sociales según la edad, con una ventaja clara para los cuidadores de 25 a 59 años frente a los cuidadores que tienen entre 60 y 65 años. De acuerdo con lo propuesto por Caballo (1999) y Linehan (1984) acerca del carácter interpersonal y de contexto que envuelve a las habilidades sociales es posible que determinadas habilidades de interacción social puedan ser aprendidas con mayor facilidad durante etapas de desarrollo más jóvenes si es que el cuidador notara, por ejemplo, que sus habilidades de expresión emocional y de comunicación no le permiten alcanzar sus objetivos.

Otro de los hallazgos que suscitó atención fue el que no se encontraran diferencias significativas en la evitación experiencial, el apoyo social percibido, las habilidades sociales y la sintomatología clínica según el parentesco que mantenía el cuidador con su familiar. Estos resultados divergen de lo planteado por Cerda et al. (2009), Gutiérrez-Maldonado et al. (2005) e Hidalgo (2013), que daban cuenta que el malestar era más intenso en los progenitores y sobre todo en las madres cuidadoras. Lo cual permite afirmar que estas diferencias no se encuentran tan marcadas en el contexto peruano y da pie a

investigar los factores subyacentes a que este fenómeno se exprese de forma más homogénea en las variables principales del estudio.

Similar al caso anterior, tampoco se evidenciaron diferencias significativas en la evitación experiencial, el apoyo social percibido, las habilidades sociales y la sintomatología clínica según el tiempo de cuidado que mantenía el cuidador con su familiar. Estos hallazgos discrepan de lo propuesto por Koutra et al. (2016), que reportaban la presencia de puntuaciones significativamente más elevadas de comportamientos de crítica u hostilidad, sobrecarga emocional y distrés psicológico en cuidadores de pacientes crónicos, los cuales habían demandado muchos años de cuidado. No obstante, guardan consistencia con los descubrimientos de Sagut y Cetinkaya Duman (2016), quienes no encontraron diferencias estadísticamente significativas al evaluar la carga emocional experimentada por los cuidadores, aunque sí hubo diferencias en las dimensiones sobrecarga física y social a favor de los cuidadores principales de pacientes crónicos. Esta divergencia en los estudios hace suponer la presencia de otros factores psicológicos, en especial de índole emocional, que moderan la presencia de diferencias significativas entre ambos grupos.

Por último, esta investigación se abocó a estudiar si existían diferencias significativas en la evitación experiencial, el apoyo social percibido, las habilidades sociales y la sintomatología clínica de los cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia según el servicio en el que acuden los usuarios. A la luz de los resultados, se encontró que sí existen diferencias en las habilidades sociales (tabla 53), un análisis más detallado reveló que la diada que expresa diferencias estadísticamente significativas son los grupos de cuidadores que acuden al servicio de hospitalización y los que asisten al servicio de consulta externa (tabla 54) con una ventaja a favor de los cuidadores pertenecientes al grupo de consulta externa. Estas diferencias pueden deberse a una reducción en la

capacidad de expresión emocional e interacción social de los cuidadores que realizan visitas a sus familiares hospitalizados. Para ello se ha de tener en cuenta también lo difícil que puede resultar un proceso hospitalario para el cuidador, que por lo general es quien lidia con las situaciones de crisis que motivaron el ingreso y aquel que responde ante el estigma de los círculos sociales más allegados al paciente.

Análogo al apartado anterior, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología clínica según el servicio de atención (tabla 55), un análisis más profundo da cuenta que la diada que alcanzó valores significativos se da entre el grupo de cuidadores de pacientes que asisten al servicio de consulta externa y el grupo de cuidadores de pacientes que acuden diariamente al servicio de rehabilitación (tabla 56), con una ventaja a favor de los cuidadores pertenecientes al grupo de rehabilitación. Estas diferencias pueden verse explicadas al entender que el trabajo con los familiares de los usuarios del servicio de rehabilitación es mucho más constante y diversificada (charlas, talleres, actividades extramurales, celebración de días festivos, etc.) que las esporádicas charlas y atenciones ambulatorias que se suscitan en consulta externa, servicio que tampoco solicita un mayor involucramiento de la familia.

Estos últimos hallazgos han puesto el foco en aquellos contextos específicos por los que atraviesa el cuidador al lado de su familiar, dicho análisis no ha sido reportado anteriormente en la literatura internacional revisada, lo cual hace a estos resultados pioneros en su campo a la vez que se torna en un llamado expreso y más que necesario para indagar con mayor profundidad sobre tales diferencias; pues al implementarse programas de intervención, estos deberían responder de manera coherente a las contingencias específicas que vive el cuidado dentro de cada uno de los servicios, en aras de brindar una atención más digna y respetuosa con la condición humana.

CONCLUSIONES

1. El Cuestionario de aceptación y acción, la Escala multidimensional de apoyo social percibido, la Escala de habilidades sociales y el Inventario de 90 síntomas han demostrado buenas propiedades psicométricas de confiabilidad y validez en los cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia.
2. La evitación experiencial y las habilidades sociales fueron las únicas variables que se constituyeron como predictores significativos de la sintomatología clínica.
3. La primera hipótesis específica ($H_{1.1}$) no es aceptada, pues no existe una relación significativa entre la evitación experiencial y el apoyo social percibido.
4. La segunda hipótesis específica ($H_{1.2}$) es aceptada, dado que se aprecia una relación significativa entre la evitación experiencial y las habilidades sociales.
5. La tercera hipótesis específica ($H_{1.3}$) es aceptada, debido a la presencia de una relación significativa entre la evitación experiencial y la sintomatología clínica.
6. La cuarta hipótesis específica ($H_{1.4}$) no es aceptada, pues no se aprecia una relación significativa entre el apoyo social percibido y las habilidades sociales.
7. La quinta hipótesis específica ($H_{1.5}$) no es aceptada, ya que no existe una relación significativa entre el apoyo social percibido y la sintomatología clínica.
8. La sexta hipótesis específica ($H_{1.6}$) es aceptada, dada la presencia de una relación significativa entre las habilidades sociales y la sintomatología clínica.
9. Las hipótesis $H_{2.1}$, $H_{2.2}$, $H_{2.3}$ y $H_{2.4}$ no se aceptan, pues no hubo diferencias significativas en la evitación experiencial, el apoyo social percibido, las habilidades sociales y la sintomatología clínica según el sexo.
10. Las hipótesis $H_{2.5}$, $H_{2.6}$ y $H_{2.8}$ no se aceptan, dado que no existen diferencias significativas en la evitación experiencial, el apoyo social percibido y la sintomatología clínica según la edad.

11. La hipótesis H_{2.7} se acepta, pues sí hubo diferencias significativas en las habilidades sociales según la edad.
12. Las hipótesis H_{2.9}, H_{2.10}, H_{2.11} y H_{2.12} no se aceptan, pues no hubo diferencias significativas en la evitación experiencial, el apoyo social percibido, las habilidades sociales y la sintomatología clínica según el grado de instrucción.
13. Las hipótesis específicas H_{2.13}, H_{2.14}, H_{2.15} y H_{2.16} no se aceptan, dado que no existen diferencias significativas en la evitación experiencial, el apoyo social percibido, las habilidades sociales y la sintomatología clínica según el parentesco.
14. Las hipótesis específicas H_{2.17}, H_{2.18}, H_{2.19} y H_{2.20} no se aceptan, debido a que no existen diferencias significativas en la evitación experiencial, el apoyo social percibido, las habilidades sociales y la sintomatología clínica según el tiempo de cuidado.
15. Las hipótesis específicas H_{2.21} y H_{2.22} no se aceptan, ya que no existen diferencias significativas en la evitación experiencial, el apoyo social percibido, las habilidades sociales y la sintomatología clínica según el servicio de atención.
16. La hipótesis específica H_{2.23} se acepta, dada la existencia de diferencias significativas en las habilidades sociales según el servicio de atención.
17. La hipótesis específica H_{2.24} se acepta, pues sí existen diferencias significativas en la sintomatología clínica según el servicio de atención.
18. La evitación experiencial fue el predictor más significativo de la sintomatología clínica en los cuidadores principales, por lo tanto, apertura la posibilidad de realizar intervenciones basadas en principios contextuales en beneficio de las personas que ejercen el rol de cuidador.

RECOMENDACIONES

1. Realizar estudios que repliquen las hipótesis de esta investigación en cuidadores de pacientes con otras condiciones clínicas como por ejemplo el trastorno bipolar, el trastorno obsesivo-compulsivo o el trastorno de personalidad límite.
2. Desarrollar investigaciones similares a la emprendida en otros contextos clínicos como hospitales generales, clínicas privadas o centros de salud comunitaria.
3. Llevar a cabo más estudios en torno a la evitación experiencial en cuidadores que permitan una comprensión más funcional de los problemas psicológicos que atraviesan.
4. Propiciar la realización de estudios a gran escala destinados a construir baremos de los instrumentos empleados para poblaciones clínicas y no clínicas.
5. Fomentar la investigación de carácter experimental a través de la ejecución de ensayos clínicos en los cuidadores principales, de manera que sea posible establecer relaciones causales.
6. Implementar programas de intervención que no centren esfuerzos únicamente en fortalecer el apoyo social o las habilidades sociales, sino dar apertura a nuevos lineamientos enraizados en el modelo de flexibilidad psicológica.
7. Sugerir al personal del instituto nacional de salud mental en el que se ha llevado a cabo el estudio la inclusión de intervenciones dirigidas a cuidadores principales que estén basadas en principios contextuales.

REFERENCIAS

- Almaguer, M., Barroso, C., Amaro, A., Lorenzo, A. y Gamboa, Y. (2013). Habilidades para el cuidado y estrés asociado a la tarea de cuidar que poseen los cuidadores de enfermos esquizofrénicos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(2), 288-318.
- Amir, N., Freshman, M. y Foa, E. (2000). Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(3), 209-217.
- Ato, M., López, J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059.
- Awad, A. y Voruganti, L. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers: A review. *Pharmacoeconomics*, 26(2), 149-162.
- Bademli, K. y Duman, Z. (2016). Emotions, Ideas and Experiences of Caregivers of Patients With Schizophrenia About "Family to Family Support Program". *Archives Psychiatry Nursing*, 30(3), 329-333. doi: 10.1016/j.apnu.2015.12.002
- Barrowclough, C. y Parle, M. (1997). Appraisal, psychological adjustment and expressed emotion in relatives of patients suffering from schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 171, 26-30.
- Bellock, A., Sandín, A. y Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología (Volumen 1)*. Madrid: McGraw-Hill.
- Blanthorn-Hazell, S., Gracia, A., Roberts, J., Boldeanu, A. y Judge, D. (2018). A survey of caregiver burden in those providing informal care for patients with schizophrenia or bipolar disorder with agitation: results from a European study. *Annals of General Psychiatry*, 17. doi: 10.1186/s12991-018-0178-2
- Bond, F., Hayes, S., Baer, R., Carpenter, K., Guenole, N., Orcutt, H., ... Zettle, R. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688. doi: 10.1016/j.beth.2011.03.007
- Caballo, V. (1999). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Cabral, L., Duarte, J., Ferreira, M. y Dos Santos, C. (2014). Anxiety, stress and depression in family caregivers of the mentally ill. *Atención Primaria*, 46 (Supl.), 176-179. doi: 10.1016/S0212-6567(14)70087-3
- Caparrós-Caparrós, B., Villar-Hoz, E., Juan-Ferrer, J. y Viñas-Poch, F. (2007). Symptom Check-List-90-R: fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 781-794.

- Caqueo-Urizar, A. y Gutiérrez-Maldonado, J. (2006). Burden in families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 15(4), 719-724. doi: 10.1007/s11136-005-4629-2
- Caqueo-Urizar, A. y Lemos-Giráldez, S. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema*, 20(4), 577-582.
- Caqueo-Urizar, A., Alessandrini, M., Urzúa, A., Zendjidjian, X., Boyer, L. y Williams, D. (2017). Caregiver's quality of life and its positive impact on symptomatology and quality of life of patients with schizophrenia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1). doi: 10.1186/s12955-017-0652-6.
- Caqueo-Urizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J. y Palma-Faúndez (2011). Caregivers of patients with schizophrenia: How much they know and learn after a psychoeducational intervention? *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 2468-2476. doi: 10.1016/j.sbspro.2011.10.482
- Caqueo-Urizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J., Ferrer-García, M. y Darrigrande-Molina, P. (2012). Burden of care in Aymara caregivers of patients with schizophrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(3), 191-196.
- Caqueo-Urizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J., Ferrer-García, M., Urzúa-Morales, A. y Fernández-Dávila, P. (2011). Typology of schizophrenic symptoms and quality of life in patients and their main caregivers of North of Chile. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(1), 93-100. doi: 10.1177/0020764011423465
- Caqueo-Urizar, A., Rus-Calafell, M., Craig, T., Irarrazaval M., Urzúa, A., Boyer, L. y Williams, D. (2017). Schizophrenia: Impact on Family Dynamics. *Current Psychiatry Reports*, 19(2), 1-8. doi: 10.1007/s11920-017-0756-z
- Casullo, M. (2004). Síntomas psicopatológicos en adultos urbanos. *Psicología y Ciencia social*, 6(1), 49-57.
- Casullo, M. y Pérez, M. (2008). *El Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis. Adaptación UBA*. Buenos Aires: CONICET.
- Cerda, B., Díaz, A., Leija, M. y Díaz, A. (2009). Evaluación de la psicopatología y calidad de vida en una muestra de cuidadores informales primarios de pacientes con esquizofrenia. *Psiquis*, 18(2), 35-43.
- Chen, F., Liu, J., Zhang, J. y Lu, X. (2016). Non-pharmacological interventions for caregivers of patients with schizophrenia: A meta-analysis. *Psychiatry Research*, 235, 123-127. doi: 10.1016/j.psychres.2015.11.037
- Ciarrochi, J. y Bilich, L. (2006). *Process measures of potential relevance to ACT*. Wollongong: University of Wollongong.
- Derogatis, L. (1994). *SCL-90-R. Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual*. Minneapolis: National Computer System.

- Derogatis, L. R. (1983). *Administration, Scoring and Procedures Manual II for the Revised Version of the SCL-90-R*. Baltimore: John Hopkins University.
- Derogatis, L., y Savitz, K. (2000). The SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. En M. E. Maruish (Ed.), *Handbook of psychological assessment in primary care setting* (pp. 297-334). Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Domínguez-Martínez, T., Medina-Pradas, C., Kwapil, T. y Barrantes-Vidal, N. (2017). Relatives' expressed emotion, distress and attributions in clinical high-risk and recent onset of psychosis. *Journal of Psychiatric Research*, 247, 323-329. doi: 10.1016/j.psychres.2016.11.048.
- Egúsqüiza-Vásquez, K. (2015). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) a la conducta inapetente: Un estudio de caso. *Interacciones*, 1(2), 93-104.
- Escurrea, M. (1989). Cuantificación de la Validez de Contenido por Criterio de Jueces. *Revista de Psicología*, 6(1-2), 103-111.
- Fadden, G., Bebbington, P. y Kupiers, L. (1987). Caring and its burdens. A study of the spouses of depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 151, 660-667.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. y Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Gempp, R. y Avedaño, C. (2008). Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica*, 26(1), 39-58.
- Girón, M., Fernández-Yañez, A., Mañá-Alvarenga, S., Molina-Habas, A., Nolasco, A. y Gómez-Beneyto, M. (2010). Efficacy and effectiveness of individual family intervention on social and clinical functioning and family burden in severe schizophrenia: a 2-year randomized controlled study. *Psychological Medicine*, 40(1), 73-84. doi: 10.1017/S0033291709006126
- Gismero, E. (1996). *Habilidades sociales y anorexia nerviosa*. Madrid: Publicaciones Universidad Pontificia Comillas.
- Gismero, E. (2000). *Escala de habilidades sociales: EHS*. Madrid: TEA Ediciones S. A.
- Goldstein, M., Miklowitz, D. y Richards, J. (2002). Expressed emotion attitudes and individual psychopathology among the relatives of bipolar patients. *Family Process*, 41, 645-657.
- González De Rivera, J., De Las Cuevas, C., Rodríguez-Abuín, M. y Rodríguez-Pulido, F. (2002). *El cuestionario de 90 síntomas (adaptación española del SCL-90R de L. R. Derogatis)*. Madrid: TEA Ediciones.

- Gouva, M., Mentis, M., Mouzas, O., Kotrotsiou, E., Chatzoglou, C. y Angelopoulos, N. (2012). Social support for caregivers of psychotic patients. *European Psychiatry*, 27, (Supl. 1). doi: 10.1016/S0924-9338(12)75405-6
- Guardia, J. (2010). *Ansiedad y afrontamiento en cuidadores de pacientes con esquizofrenia*. (Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Psicología). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Gülseren, L., Cam, B., Karakoç, B., Yiğit, T., Danacı, A., Cubukçuoğlu, Z., ... Mete, L. (2010). [The perceived burden of care and its correlates in schizophrenia]. *Turkist Journal of Psychiatry*, 21(3), 203-212.
- Gupta, S., Isherwood, G., Jones, K. y Van Impe, K. (2015). Assessing health status in informal schizophrenia caregivers compared with health status in non-caregivers and caregivers of other conditions. *BioMed Central Psychiatry*, 15. doi: 10.1186/s12888-015-0547-1.
- Gutiérrez-Maldonado, J. y Caqueo-Urizar, A. (2007). Effectiveness of a psycho-educational intervention for reducing burden in latin american families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 16, 739-747. doi: 10.1007/s11136-007-9173-9
- Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Urizar, A. y Kavanagh, D. (2005). Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(11), 899-904.
- Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Urizar, A. y Ferrer-García, M. (2009). Effects of a psychoeducational intervention program on the attitudes and health perceptions of relatives of patients with schizophrenia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44(5), 343-348. doi: 10.1007/s00127-008-0451-9
- Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Urizar, A., Ferrer-García, M. y Fernández-Dávila, P. (2012). Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. *Psicothema*, 24(2) 255-262.
- Gutiérrez-Rojas, L., Gurpegui, M., Ayuso-Mateos, J., Gutiérrez-Ariza, J., Ruiz-Veguilla, M. y Jurado, D. (2008). Quality of life in bipolar disorder patients: a comparison with a general population sample. *Bipolar Disorders*, 10(5), 625-634.
- Gutiérrez-Rojas, L., Martínez-Ortega, J. y Rodríguez-Martín, F. (2013). La sobrecarga del cuidador en el trastorno bipolar. *Anales de Psicología*, 29(2), 624-632.
- Hayes, S., Strosahl, K. y Wilson, K. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Hayes, S., Wilson, K., Gifford, E., Follette, V. y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis

and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168. doi: 10.1037/0022-006X.64.6.1152.

- Hidalgo, L. (2013). *Sobrecarga y afrontamiento en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia*. (Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Psicología). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Instituto Nacional de Salud Mental (2011). *Manual de Terapia Multifamiliar. Una guía para que la familia contribuya a la rehabilitación de las personas con discapacidad derivada de un trastorno mental*. Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/manuales/M-2011-TM.pdf>
- Jagannathan, A., Hamza, A., Thirthalli, J., Nagendra, H. y Gangadhar, B. (2011). Development and feasibility of need-based psychosocial training programme for family caregivers of in-patients with schizophrenia in India. *Asian Journal of Psychiatry*, 4(2), 113-118.
- Jagannathan, A., Thirthalli, J., Hamza, A., Nagendra, H. y Gangadhar, B. (2014). Predictors of family caregiver burden in schizophrenia: Study from an in-patient tertiary care hospital in India. *Asian Journal of Psychiatry*, 8, 94-98. doi: 10.1016/j.ajp.2013.12.018
- Jansen, J., Gleeson, J. y Cotton, S. (2015). Towards a better understanding of caregiver distress in early psychosis: a systematic review of the psychological factors involved. *Clinical Psychology. Review*, 35, 56-66. doi: 10.1016/j.cpr.2014.12.002
- Jansen, J., Haahr, U., Harder, S., Trauelsen, A., Lyse, H., Pedersen, M. y Simonsen, E. (2015). Caregiver distress in first-episode psychosis: the role of subjective appraisal, over-involvement and symptomatology. *Social Psychiatry and Epidemiology*, 50, 371-378. doi: 10.1007/s00127-014-0935-8
- Jansen, J., Haahr, U., Lyse, H., Pedersen, M., Trauelsen, A. y Simonsen, E. (2017). Psychological flexibility as a buffer against caregiver distress in families with psychosis. *Frontiers in Psychology*, 8(1625) doi: 10.3389/fpsyg.2017.01625
- Jansen, J., Harder, S., Haahr, U., Lyse, H., Pedersen, M., Trauelsen, A. y Simonsen, E. (2014). The role of metacognitions in expressed emotion and distress: a study on caregivers of persons with first-episode psychosis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22, 525-532. doi: 10.1002/cpp.1907
- Karnieli-Miller, O., Perlick, D. A., Nelson, A., Mattias, K., Corrigan, P. y Roe, D. (2013). Family members' of persons living with a serious mental illness: experiences and efforts to cope with stigma. *Journal of Mental Health*, 22(3), 254-262.
- Kate, N., Grover, S., Kulhara, P. y Nehra, R. (2013). Relationship of caregiver burden with coping strategies, social support, psychological morbidity, and quality of life in the caregivers of schizophrenia. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(5), 380-388.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento*. México: McGraw-Hill.

- Kiecolt-Glaser, J., Dura, J., Speicher, C., Trask, O. y Glaser, R. (1991). Spousal caregivers of dementia victims: longitudinal changes in immunity and health. *Psychosomatic Medicine*, 53(4), 345–362.
- Kline, P. (1995). *The handbook of psychological testing*. Londres: Routledge.
- Koutra, K., Simos, P., Triliva, S., Lionis, C. y Vgontzas, A. (2016). Linking family cohesion and flexibility with expressed emotion, family burden and psychological distress in caregivers of patients with psychosis: A path analytic model. *Psychiatry Research*, 240, 66-75. doi: 10.1016/j.psychres.2016.04.017
- Kuipers, E. (2010). Time for separate psychosis caregiver service? *Journal of Mental Health*, 19(5), 401-404.
- Landeta, O. y Calvete, E. (2002). Adaptación y validación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. *Ansiedad y estrés*, 8(2-3), 173-182.
- Lee, T., Yang, T., Chen, P., Hung, N., Lin, S., Chang, F., y Cheng, S. (2006). Different dimensions of social support for the caregivers of patients with schizophrenia: Main effect and stress-buffering models. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 546-550.
- Linehan, M. (1984). *Interpersonal effectiveness in assertive situations*. Nueva York: Guildford Press.
- Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., López, J., Fernández-Fernández, V. y Nogales-González, C. (2015). Atendiendo a las variadas problemáticas de los cuidadores familiares de personas con demencia: aportaciones de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia de aceptación y compromiso: Primer premio de la XXI edición del Premio de Psicología Aplicada “Rafael Burgaleta” 2014. *Clínica y Salud*, 26(1), 41-48. doi: 10.1016/j.clysa.2015.02.001
- Magliano, L., Fiorillo, A., Malangone, C., Marasco, C., Guarneri, M., Maj, M. y National Mental Health Project Working Group (2003). The effect of social network on burden and pessimism in relatives of patients with schizophrenia. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 73(3), 302-309. doi: 10.1037/0002-9432.73.3.302
- Magliano, L., Florillo, A., De Rosa, C., Malangone, C., Maj, M. y National Mental Health Project Working Group (2005). Family burden in long-term diseases: a comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. *Social Science & Medicine*, 61(2), 313-322.
- Martín-Carrasco, M., Fernández-Catalina, P., Domínguez-Panchón, A., Gonçalves-Pereira, M., González-Fraile, E., Muñoz-Hermoso, P., ... EDUCA-III group (2016). A randomized trial to assess the efficacy of a psychoeducational intervention on caregiver burden in schizophrenia. *Journal of European Psychiatry*, 33, 9-17. doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.01.003

- McCann, T., Lubman, D. y Clark, E. (2011). First-time primary caregivers' experience of caring for young adults with first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 381-388. doi: 10.1093/schbul/sbp085
- McWilliams, S., Hill, S., Mannion, N., Fetherston, A., Kinsella, A. y O'Callaghan, E. (2012). Schizophrenia: A five-year follow-up of patient outcome following psychoeducation for caregivers. *European Psychiatry*, 27(1), 56-61. doi: 10.1016/j.eurpsy.2010.08.012
- McWilliams, S., Hill, S., Mannion, N., Kinsella, A. y O'Callaghan, E. (2007). Caregiver psychoeducation for schizophrenia: is gender important? *European Psychiatry*, 22(5), 323-327. doi: 10.1016/j.eurpsy.2006.10.009
- Ministerio de Salud (2016). *Salud mental comunitaria. Nuevo modelo de atención. Boletín de gestión*. Recuperado de <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3615.pdf>
- Miranda-Zapata, E., Riquelme-Mella, E., Cifuentes-Cid, H. y Riquelme-Bravo, P. (2014). Análisis factorial confirmatorio de la Escala de Habilidades sociales en universitarios chilenos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(2), 73-82.
- Montero, I. y León, O. (2007). A guide for naming research studies in psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- Montorio, I., Fernández, M., López, A. y Sánchez, M. (1998). La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de psicología*, 14(2), 229-248.
- Mueser, K., Webb, C., Pfeiffer, M., Gladis, M. y Levinson, D. (1996). Family burden of schizophrenia and bipolar disorder: perceptions of relatives and professionals. *Psychiatric Services*, 47(5), 507-511.
- Olivares-Rodríguez, J. (2013). *Intervención en psicología clínica*. Madrid: Pirámide
- Olwit, C., Musisi, S., Leshabari, S. y Sanyu, I. (2015). Chronic Sorrow: Lived experiences of caregivers of patients diagnosed with schizophrenia in Butabika Mental Hospital, Kampala, Uganda. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29, 43-48.
- Organización Mundial de la Salud (2018). Esquizofrenia. Nota descriptiva del 9 de abril de 2018. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/schizophrenia>
- Patrón, F. (2010). La evitación experiencial y su medición por medio del AAQ-II. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(1), 5-19.
- Perlick, D. A., Gonzalez, J., Michael, L., Huth, M., Culver, J., Kaczynski, R., ... Miklowitz D. J. (2012). Rumination, gender, and depressive symptoms associated with caregiving strain in bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(5), 356-362.

- Perlick, D., Rosenheck, R., Clarkin, J., Maciejewski, P., Sirey, J., Struening, E. y Link, B. (2004). Impact of family burden and affective response on clinical outcome among patients with bipolar disorder. *Psychiatric Services*, 55(9), 1029-1035. doi: 10.1176/appi.ps.55.9.1029
- Perlick, D., Rosenheck, R., Miklowitz, D., Kaczynski, R., Link, B., Ketter, T., ... STEP-BD Family Experience Collaborative Study Group. (2008). Caregiver burden and health in bipolar disorder: a cluster analytic approach. *Journal of Nervous and Mental Disorder*, 196(6), 484-491. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181773927.
- Pinto, A. y Sánchez, H. (2003). El reto de los cuidadores familiares de personas en situaciones crónicas de enfermedad. En A. Pinto (Ed.), *Cuidados y Práctica de Enfermería* (pp. 172-183). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Platt, S. (1985). Measuring the burden of psychiatric illness on the family: An evaluation of some rating scales. *Psychological Medicine*, 15, 383-393.
- Pollack, C. y Perlick, D. (1991). Sleep problems and institutionalization of the elderly. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 4, 204-210.
- Quinlan, E., Deane, F., Trevor, C. y Caputi, P. (2018). Do attachment anxiety and hostility mediate the relationship between experiential avoidance and interpersonal problems in mental health carers? *Journal of Contextual Behavioral Science*, 7, 63-71. doi: 10.1016/j.jcbs.2018.01.003
- Reichhart, T., Pitschel-Walz, G., Kissling, W., Bäuml, J., Schuster, T. y Rummel-Kluge, C. (2010). Gender differences in patient and caregiver psychoeducation for schizophrenia. *European Psychiatry*, 25(1), 39-46. doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.08.001
- Renwick, L., Owens, L., Lyne, J., O'Donoghue, B., Roche, E., Drennan, J., ... Clarke, M. (2017). Predictors of change in social networks, support and satisfaction following a first episode psychosis: A cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 76, 28-35.
- Rivera-Ledesma, A., Caballero, N., Pérez, I. y Montero-López, M. (2013). SCL-90 R: Distrés psicológico, género y conductas de riesgo. *Universitas Psychologica*, 12(1), 105-117.
- Robinson, K. (1988). A social skills training program for adult caregivers. *Advances in Nursing Science*, 10(2), 59-72.
- Robinson, K. (1990). The relationships between social skills, social support, self-esteem and burden in adult caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, 15(7), 788-795. doi: 10.1111/j.1365-2648.1990.tb01908.x
- Sadath, A., Muralidhar, D., Varambally, S., Gangadhar, B. y Jose, J. (2017). Do stress and support matter for caring? The role of perceived stress and social support on expressed emotion of persons with first episode psychosis. *Asian Journal of Psychiatry*, 25, 163-168. doi: 10.1016/j.ajp.2016.10.023

- Sadath, A., Muralidhar, D., Varambally, S., Jose, J. y Gangadhar, B. (2014). Caregiving and help seeking in first episode psychosis: A qualitative study. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 1, 47-53. doi:10.1007/s40737-014-0013-2
- Sagut, P. y Cetinkaya Duman, Z. (2016). Comparison of Caregiver Burden in First Episode Versus Chronic Psychosis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(6), 768-773. doi: 10.1016/j.apnu.2016.07.011
- Sánchez, H. y Reyes, C. (2015). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Lima: Visión.
- Schulz, R. y Beach, S. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study. *Journal of the American Medical Association*, 282, 2215-2219.
- Sellwood, W., Tarrier, N., Quinn, J. y Barrowclough, C. (2003). The family and compliance in schizophrenia: the influence of clinical variables, relatives' knowledge and expressed emotion. *Psychological Medicine*, 33(1), 91-96.
- Struening, E., Stueve, A., Vine, P., Kreisman, D., Link, B. y Herman, D. (1995). Factors associated with grief and depressive symptoms in caregivers of people with serious mental illness. *Research Communication in Mental Health*, 8, 91-124.
- Tardy, C. (1985). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13, 187-202.
- Thunyadee, C., Sitthimongkol, Y., Sangon, S., Chai-Aroon, T. y Hegadoren, K. (2015). Predictors of depressive symptoms and physical health in caregivers of individuals with schizophrenia. *Nursing and Health Sciences*, 17, 412-419.
- Vassend y Skrandal (1999). The problem of Structural Indeterminacy in Multidimensional Symptom Report Instruments. The case of SCL-90-R. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 685-701.
- Velásquez, C., Grajeda, A., Montero, V., Montgomery, W. y Egúsqüiza, K. (2018). Evitación experiencial, rumiación e impulsividad en estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. *Revista de Investigación en Psicología*, 21(1), 15-26. doi: 0.15381/rinvp.v21i1.15110
- Velásquez, C., Montgomery, W., Pomalaya, R., Vega, J., Guevara, W., ... Díaz, G. (2009). Habilidades sociales y filosofía de vida en alumnos de secundaria con y sin participación en actos violentos de lima metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*, 12(1), 69-82.
- Weisman de Mamani, A. (2010). Self-conscious emotions, general emotional distress, and expressed emotion in family members of patients with schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(4), 305-308.
- Wilson, H. (1989). Family caregiving for a relative with Alzheimer's Dementia: Coping with Negative Choices. *Nursing Research*, 38(2), 94-98.

- Wilson, K. y Luciano, M. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Yu, Y., Tang, B., Liu, Z., Chen, Y., Zhang, X. y Xiao, S. (2018). Who cares for the schizophrenia individuals in rural China - A profile of primary family caregivers. *Comprehensive Psychiatry*, 84, 47-53. doi: 10.1016/j.comppsy.2018.04.002
- Zhou, Y., Ning, Y., Rosenheck, R., Sun, B., Zhang, J., Ou, Y. y He, H. (2016). Effect of living with patients on caregiver burden of individual with schizophrenia in China. *Psychiatry Research*, 245, 230-237.
- Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S. y Farley, G. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.

ANEXOS

ANEXO 1

Consentimiento informado y protocolos de los instrumentos

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Institución: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL “HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI”.

Título: Relación entre la evitación experiencial, la sintomatología clínica, el apoyo social percibido y las habilidades sociales en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia del INSM HD-HN.

Propósito del estudio:

Lo invitamos a participar en este estudio para conocer cómo se relacionan los malestares psicológicos, las experiencias personales, las fuentes de apoyo social y cómo interactúan los cuidadores de los pacientes con esquizofrenia. La investigación es conducida por un egresado de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, y cuenta con la aprobación de la institución.

Procedimientos:

Me han informado que después de un proceso de selección, he sido elegido para participar en este estudio. Si deseo participar, se me solicitará contestar una encuesta sobre algunos datos personales y de mi familia. Luego, se me pedirá contestar a cuatro pruebas relacionadas a los temas ya mencionados anteriormente, lo que tomará un tiempo aproximado de 45 minutos.

Riesgos:

Me han informado que no se espera riesgo alguno por participar en este estudio. Las pruebas que se apliquen no resultarán perjudiciales, pero si alguna de las preguntas le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador.

Beneficios:

Entiendo que no recibiré beneficio directo por participar. De acceder, la ayuda será valiosa para desarrollar programas destinados a mejorar las condiciones de vida de familiares y pacientes.

Costos e incentivos:

Comprendo que no recibiré un incentivo económico, solo la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento en esta área de la salud.

Confidencialidad:

La información que brinde será estrictamente confidencial, permanecerá en absoluta reserva y solo será utilizada con fines de investigación científica.

Derechos del participante:

Mi participación en este estudio es voluntaria. Si durante la aplicación de pruebas decidiera interrumpirla o no continuar podría hacerlo sin que ello tuviera alguna consecuencia negativa para mí o para mi familia. Si tiene alguna duda adicional del estudio envíe correspondencia a kevinev@gmail.com y comuníquese con Kevin Egúsquiza Vásquez. Si tiene alguna pregunta sobre aspectos éticos del estudio o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética Institucional del Instituto Nacional de Salud Mental al 01-614-9201 o al correo comite_etica@yahoo.com

CONSENTIMIENTO:

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo el procedimiento. Si participo también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme en cualquier momento.

Firma encuestador(a)

Nombre: _____

DNI: _____

Fecha: ___ / ___ / ___

Firma encuestado(a)

Nombre: _____

DNI: _____

FICHA DE DATOS (Consulta Externa)

DATOS PERSONALES

Edad: _____ Sexo: ___ V / ___ M Estado civil: _____

Grado de instrucción: ___ Primaria ___ Técnico
 ___ Secundaria ___ Universitario

Ocupación: _____

Parentesco: ___ Madre ___ Cónyuge ___ Hermana/Hermano
 ___ Padre ___ Hija/Hijo ___ Otros: _____

¿Hace cuánto tiempo brinda sus cuidados?: _____

¿Quién cubre los gastos de la medicación, consulta o tratamiento?: ___ Usted / ___ Otros

¿Recibe un salario por las horas que pasa con su familiar?: ___ SI / ___ NO

¿Supervisa la ingesta de la medicación?: ___ SI / ___ NO

¿Contacta los servicios de salud? ___ SI / ___ NO

¿Vive con algún otro familiar que tiene esquizofrenia?: ___ SI / ___ NO

¿Su familia lo considera como el responsable del cuidado? ___ SI / ___ NO

¿Ha asistido a alguna charla en Consulta Externa?: ___ SI / ___ NO

DATOS DEL PACIENTE

Edad: _____ Sexo: ___ V / ___ M Estado civil: _____

Grado de instrucción: ___ Primaria ___ Técnico
 ___ Secundaria ___ Universitario

Ocupación: _____

Diagnóstico: _____ Tiempo de enfermedad: _____

Recaídas: ___ SI / ___ NO ¿Cuántas?: ___ ¿Ha asistido a Rehabilitación?: ___ SI / ___ NO

¿Es la primera vez en Consulta Externa?: ___ SI / ___ NO ¿Ha sido hospitalizado?: ___ SI / ___ NO

FICHA DE DATOS (Hospitalización)**DATOS PERSONALES**

Edad: _____ **Sexo:** ___ V / ___ M **Estado civil:** _____

Grado de instrucción: ___ Primaria ___ Técnico
 ___ Secundaria ___ Universitario

Ocupación: _____

Parentesco: ___ Madre ___ Cónyuge ___ Hermana/Hermano
 ___ Padre ___ Hija/Hijo ___ Otros: _____

¿Hace cuánto tiempo brinda sus cuidados?: _____

¿Quién cubre los gastos de la medicación, consulta o tratamiento?: ___ Usted / ___ Otros

¿Recibe un salario por las horas que pasa con su familiar?: ___ SI / ___ NO

¿Supervisa la ingesta de la medicación?: ___ SI / ___ NO

¿Contacta los servicios de salud? ___ SI / ___ NO

¿Vive con algún otro familiar que tiene esquizofrenia?: ___ SI / ___ NO

¿Su familia lo considera como el responsable del cuidado? ___ SI / ___ NO

¿Ha asistido a alguna charla en Hospitalización?: ___ SI / ___ NO

DATOS DEL PACIENTE

Edad: _____ **Sexo:** ___ V / ___ M **Estado civil:** _____

Grado de instrucción: ___ Primaria ___ Técnico
 ___ Secundaria ___ Universitario

Ocupación: _____

Diagnóstico: _____ **Tiempo de enfermedad:** _____

Recaídas: ___ SI / ___ NO **¿Cuántas?:** ___ **¿Ha asistido a Rehabilitación?:** ___ SI / ___ NO

¿Es la primera vez que es hospitalizado?: ___ SI / ___ NO **¿Cuántas?:** ___

FICHA DE DATOS (Rehabilitación)**DATOS PERSONALES**

Edad: _____ **Sexo:** ___ V / ___ M **Estado civil:** _____

Grado de instrucción: ___ Primaria ___ Técnico
 ___ Secundaria ___ Universitario

Ocupación: _____

Parentesco: ___ Madre ___ Cónyuge ___ Hermana/Hermano
 ___ Padre ___ Hija/Hijo ___ Otros: _____

¿Hace cuánto tiempo brinda sus cuidados?: _____

¿Quién cubre los gastos de la medicación, consulta o tratamiento?: ___ Usted / ___ Otros

¿Recibe un salario por las horas que pasa con su familiar?: ___ SI / ___ NO

¿Supervisa la ingesta de la medicación?: ___ SI / ___ NO

¿Contacta los servicios de salud? ___ SI / ___ NO

¿Vive con algún otro familiar que tiene esquizofrenia?: ___ SI / ___ NO

¿Su familia lo considera como el responsable del cuidado? ___ SI / ___ NO

¿Asiste regularmente a las charlas en Rehabilitación?: ___ SI / ___ NO

DATOS DEL PACIENTE

Edad: _____ **Sexo:** ___ V / ___ M **Estado civil:** _____

Grado de instrucción: ___ Primaria ___ Técnico
 ___ Secundaria ___ Universitario

Ocupación: _____

Diagnóstico: _____ **Tiempo de enfermedad:** _____

Recaídas: ___ SI / ___ NO **¿Cuántas?:** _____

Fase de Rehabilitación: ___ Fase I ___ Fase II ___ Fase III

AAQ-II

A continuación, encontrará una lista de frases. Por favor, indique qué tan cierta es cada una para usted marcando con una (X) el número que le parezca adecuado de la escala que se encuentra a la derecha de cada frase. No hay respuestas buenas o malas, ni preguntas con truco. Asegúrese de contestar todas las frases.

Use como referencia la siguiente escala para hacer su elección:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca es cierto	Casi nunca es cierto	Pocas veces es cierto	A veces es cierto	Con frecuencia es cierto	Casi siempre es cierto	Siempre es cierto

N°	FRASE	RESPUESTAS						
		1	2	3	4	5	6	7
1.	Puedo recordar algo desagradable sin que esto me cause molestias.							
2.	Mis recuerdos y experiencias dolorosas me dificultan vivir una vida que pudiera valorar.							
3.	Evito o escapo de mis sentimientos.							
4.	Me preocupa no poder controlar mis sentimientos y preocupaciones.							
5.	Mis recuerdos dolorosos me impiden tener una vida plena.							
6.	Mantengo el control de mi vida.							
7.	Mis emociones me causan problemas en la vida.							
8.	Me parece que la mayoría de la gente maneja su vida mejor que yo.							
9.	Mis preocupaciones interfieren con mi camino al éxito.							
10.	Disfruto mi vida a pesar de mis pensamientos y sentimientos desagradables.							

MSPSS

A continuación, marque con una (x) la opción que mejor le represente:

Nunca “N” - Pocas veces “PV” - Algunas veces “AV” - Siempre “S”

N°	Ítems	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Siempre
1.	Cuando necesito algo, sé que un conocido que me puede ayudar.	N	PV	AV	S
2.	Hay un conocido con quien puedo compartir mis alegrías y mis penas.	N	PV	AV	S
3.	Tengo la seguridad de que mi familia trata de ayudarme.	N	PV	AV	S
4.	Mi familia me da la ayuda y el apoyo emocional que requiero.	N	PV	AV	S
5.	Hay un conocido que me ofrece consuelo cuando lo necesito.	N	PV	AV	S
6.	Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme.	N	PV	AV	S
7.	Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas.	N	PV	AV	S
8.	Puedo conversar de mis problemas con mi familia.	N	PV	AV	S
9.	Tengo amigos con quienes puedo compartir mis penas o alegrías.	N	PV	AV	S
10.	Hay un conocido que se interesa por lo que yo siento	N	PV	AV	S
11.	Mi familia me ayuda a tomar decisiones.	N	PV	AV	S
12.	Puedo conversar de mis problemas con mis amigos.	N	PV	AV	S

EHS

A continuación, marque con una (x) la opción que mejor le represente.

Nunca soy así "N" - Pocas veces "PV" - Algunas veces "AV" - Siempre soy así "S".

N°	Ítems	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Siempre
1.	Evito hacer preguntas por miedo a parecer tonto(a).	N	PV	AV	S
2.	Me cuesta llamar a tiendas, oficinas, etc.	N	PV	AV	S
3.	Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo.	N	PV	AV	S
4.	Cuando en una tienda atienden primero a alguien que entró después que yo, me quedo callado.	N	PV	AV	S
5.	Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo, paso un mal rato hasta que finalmente le digo "No".	N	PV	AV	S
6.	Me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que dejé prestado.	N	PV	AV	S
7.	Si en un restaurante no me traen la comida como la había pedido, pido que me la hagan de nuevo.	N	PV	AV	S
8.	No sé qué decir a las personas del sexo opuesto.	N	PV	AV	S
9.	Muchas veces cuando tengo que hacer un halago, no sé qué decir.	N	PV	AV	S
10.	Tiendo a guardar mis opiniones para mí mismo(a).	N	PV	AV	S
11.	Evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.	N	PV	AV	S
12.	Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me incomoda pedirle que se calle.	N	PV	AV	S
13.	Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy en desacuerdo, prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que pienso.	N	PV	AV	S
14.	Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por celular o teléfono, me cuesta mucho cortarla.	N	PV	AV	S
15.	Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo negarme.	N	PV	AV	S
16.	Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal el vuelto, regreso allí a pedir el cambio correcto.	N	PV	AV	S
17.	Me resulta difícil hacer un cumplido a alguien que me gusta.	N	PV	AV	S
18.	Si veo en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella.	N	PV	AV	S
19.	Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás.	N	PV	AV	S
20.	Si tuviera que buscar un trabajo, preferiría escribir cartas a tener que pasar por entrevistas personales.	N	PV	AV	S
21.	Soy incapaz de pedir descuento o "rebaja" al comprar algo.	N	PV	AV	S
22.	Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado.	N	PV	AV	S
23.	No sé cómo "cortar" a un amigo que habla mucho.	N	PV	AV	S

24.	Cuando decido que no quiero volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión.	N	PV	AV	S
25.	Si un amigo parece haberse olvidado de un préstamo de dinero que yo le di, entonces yo mismo se lo recuerdo.	N	PV	AV	S
26.	Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor.	N	PV	AV	S
27.	Soy incapaz de pedirle a alguien una cita.	N	PV	AV	S
28.	Me siento perturbado o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que le gusta algo de mi físico.	N	PV	AV	S
29.	Me cuesta expresar mis opiniones en grupos (en talleres, en reuniones, en charlas, en clase, etc.)	N	PV	AV	S
30.	Cuando alguien se me "cuela" en una fila, yo hago como si no me diera cuenta.	N	PV	AV	S
31.	Me cuesta mucho expresar mi agresividad o enfado hacia el otro sexo aunque tenga motivos justificados.	N	PV	AV	S
32.	Muchas veces prefiero ceder, callarme o "quitarme de en medio" para evitar problemas con otras personas.	N	PV	AV	S
33.	No sé negarme a salir con alguien que me insiste varias veces y no me agrada.	N	PV	AV	S

SCL

A continuación, se muestran problemas que tienen las personas, marque cuánto le ha molestado cada problema durante las últimas semanas. Si no ha presentado ese problema marque "Nada".

Nada "N" - Muy Poco "MP" - Regular "R" - Bastante "B" - Mucho "M"

N°	Ítems	Nada	Muy poco	Regular	Bastante	Mucho
1.	Dolores de cabeza	N	MP	R	B	M
2.	Nerviosismo.	N	MP	R	B	M
3.	Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.	N	MP	R	B	M
4.	Sensación de mareo o desmayo.	N	MP	R	B	M
5.	Falta de interés en relaciones sexuales.	N	MP	R	B	M
6.	Criticar a los demás.	N	MP	R	B	M
7.	Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.	N	MP	R	B	M
8.	Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.	N	MP	R	B	M
9.	Tener dificultad para memorizar cosas.	N	MP	R	B	M
10.	Estar preocupado(a) por mi falta de ganas para hacer algo.	N	MP	R	B	M
11.	Sentirme enojado(a), malhumorado(a).	N	MP	R	B	M
12.	Dolores en el pecho.	N	MP	R	B	M
13.	Miedo a los espacios abiertos o las calles.	N	MP	R	B	M
14.	Sentirme con muy pocas energías.	N	MP	R	B	M
15.	Pensar en quitarme la vida.	N	MP	R	B	M
16.	Escuchar voces que otras personas no oyen.	N	MP	R	B	M
17.	Temblores en mi cuerpo.	N	MP	R	B	M
18.	Perder la confianza en la mayoría de las personas.	N	MP	R	B	M
19.	No tener ganas de comer.	N	MP	R	B	M
20.	Llorar por cualquier cosa.	N	MP	R	B	M
21.	Sentirme incómodo(a) con personas del otro sexo.	N	MP	R	B	M
22.	Sentirme atrapado(a) o encerrado(a).	N	MP	R	B	M
23.	Asustarme de repente sin razón alguna.	N	MP	R	B	M
24.	Explotar y no poder controlarme.	N	MP	R	B	M
25.	Tener miedo a salir solo(a) de mi casa.	N	MP	R	B	M
26.	Sentirme culpable por cosas que ocurren.	N	MP	R	B	M
27.	Dolores en la espalda.	N	MP	R	B	M
28.	No poder terminar las cosas que empecé a hacer.	N	MP	R	B	M
29.	Sentirme solo(a).	N	MP	R	B	M
30.	Sentirme triste.	N	MP	R	B	M
31.	Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.	N	MP	R	B	M
32.	No tener interés por nada.	N	MP	R	B	M
33.	Tener miedos.	N	MP	R	B	M
34.	Sentirme herido en mis sentimientos.	N	MP	R	B	M
35.	Creer que la gente sabe qué estoy pensando.	N	MP	R	B	M
36.	Sentir que no me comprenden.	N	MP	R	B	M
37.	Sentir que no caigo bien a la gente, que no les agrado.	N	MP	R	B	M
38.	Hacer las cosas despacio para saber que estén bien hechas.	N	MP	R	B	M
39.	Mi corazón late muy fuerte, se acelera.	N	MP	R	B	M
40.	Náuseas o dolor de estómago.	N	MP	R	B	M

41.	Sentirme inferior a los demás.	N	MP	R	B	M
42.	Calambres en manos, brazos o piernas.	N	MP	R	B	M
43.	Sentir que me vigilan o que hablan de mí.	N	MP	R	B	M
44.	Tener problemas para dormirme.	N	MP	R	B	M
45.	Tener que controlar una o más veces lo que hago.	N	MP	R	B	M
46.	Tener dificultades para tomar decisiones.	N	MP	R	B	M
47.	Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o taxi.	N	MP	R	B	M
48.	Tener dificultades para respirar bien.	N	MP	R	B	M
49.	Sentir frío o calor de repente.	N	MP	R	B	M
50.	Evitar algunos lugares o actividades porque me dan miedo.	N	MP	R	B	M
51.	Sentir que mi mente queda en blanco.	N	MP	R	B	M
52.	Tener hormigueos en alguna parte del cuerpo.	N	MP	R	B	M
53.	Tener un nudo en la garganta.	N	MP	R	B	M
54.	Perder las esperanzas en el futuro.	N	MP	R	B	M
55.	Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.	N	MP	R	B	M
56.	Sentir debilidad en alguna parte de mi cuerpo.	N	MP	R	B	M
57.	Sentirme muy nervioso(a) o agitado(a).	N	MP	R	B	M
58.	Sentir mis brazos y piernas muy pesados.	N	MP	R	B	M
59.	Pensar que me estoy por morir.	N	MP	R	B	M
60.	Comer demasiado.	N	MP	R	B	M
61.	Sentirme incómodo(a) cuando me miran o hablan de mí.	N	MP	R	B	M
62.	Tener ideas o pensamientos que no son los míos.	N	MP	R	B	M
63.	Necesitar golpear o lastimar a alguien.	N	MP	R	B	M
64.	Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.	N	MP	R	B	M
65.	Repetir muchas veces algo: contar, lavarme o tocar cosas.	N	MP	R	B	M
66.	Dormir con problemas, muy inquieto(a).	N	MP	R	B	M
67.	Necesitar romper o destrozarse cosas.	N	MP	R	B	M
68.	Tener ideas o pensamientos que los demás no entienden.	N	MP	R	B	M
69.	Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.	N	MP	R	B	M
70.	Sentirme incómodo(a) en lugares donde hay mucha gente.	N	MP	R	B	M
71.	Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.	N	MP	R	B	M
72.	Tener ataques de mucho miedo o de pánico.	N	MP	R	B	M
73.	Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.	N	MP	R	B	M
74.	Meterme muy seguido en discusiones.	N	MP	R	B	M
75.	Ponerme nervioso(a) cuando estoy solo(a).	N	MP	R	B	M
76.	Sentir que los demás no me valoran como merezco.	N	MP	R	B	M
77.	Sentirme solo(a) aun estando con gente.	N	MP	R	B	M
78.	Estar inquieto(a), no poder estar sentado(a) sin moverme.	N	MP	R	B	M
79.	Sentirme un(a) inútil.	N	MP	R	B	M
80.	Sentir que algo malo me va a pasar.	N	MP	R	B	M
81.	Gritar o tirar cosas.	N	MP	R	B	M
82.	Miedo a desmayarme en medio de la gente.	N	MP	R	B	M
83.	Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.	N	MP	R	B	M
84.	Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.	N	MP	R	B	M
85.	Sentir que debo ser castigado(a) por mis pecados.	N	MP	R	B	M
86.	Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.	N	MP	R	B	M
87.	Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.	N	MP	R	B	M
88.	Sentirme alejado(a) de las demás personas.	N	MP	R	B	M
89.	Sentirme culpable.	N	MP	R	B	M
90.	Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.	N	MP	R	B	M

ANEXO 2

Confiabilidad y validez del Cuestionario de Aceptación y Acción

Cuestionario de Aceptación y Acción

Confiabilidad

En la tabla 57 se puede apreciar la media, desviación estándar y las correlaciones ítem-test corregido para cada elemento, asimismo, se observa estimación de la confiabilidad mediante el alfa de Cronbach.

Tabla 57

Estimación de la confiabilidad del Cuestionario de Aceptación y Acción

Ítem	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>ritc</i>
1	4.00	2.09	.12
2	3.17	2.01	.68
3	3.29	2.01	.45
4	3.41	2.22	.68
5	2.95	2.11	.74
6	2.23	1.55	.19
7	2.85	1.94	.60
8	3.37	2.24	.53
9	3.23	2.19	.66
10	2.64	1.85	.40
Alfa de Cronbach = .82			

Nota: n = 150; *M* = Media del elemento; *DE* = Desviación estándar del elemento; *ritc* = Correlaciones ítem-test corregido

Validez

En la tabla 58 se puede observar que la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin alcanzó un valor de .857, lo cual indica que tiene un buen potencial explicativo, en tanto que el test de esfericidad de Bartlett posee un valor estadísticamente significativo ($\chi^2 = 245.60$, $p < .001$), lo cual da cuenta de la pertinencia de llevar a cabo un análisis factorial con los datos obtenidos.

Tabla 58

Evidencia de validez del Cuestionario de Aceptación y Acción

Ítem	Factor 1	<i>M</i>	<i>DE</i>
1	.148	4.00	2.09
2	.792	3.17	2.01
3	.547	3.29	2.01
4	.788	3.41	2.22
5	.844	2.95	2.11
6	.243	2.23	1.55
7	.745	2.85	1.94
8	.627	3.37	2.24
9	.776	3.23	2.19
10	.521	2.64	1.85

Varianza explicada = 41.63%

Nota: n = 150; Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin = .857. Prueba de esfericidad de Barlett Chi cuadrado = 245.60 con 2 grados de libertad y una significación $p < .001$.

ANEXO 3

Confiabilidad y validez de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido

Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido

Confiabilidad

En la tabla 59 se puede apreciar la media, desviación estándar y las correlaciones ítem-test corregido para cada elemento, asimismo, se observa estimación de la confiabilidad mediante el alfa de Cronbach total y por cada dimensión.

Tabla 59

Estimación de la confiabilidad de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido

Ítem	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>ritc</i>
1	2.21	1.20	.61
2	2.13	1.27	.76
5	1.73	1.03	.70
10	1.88	1.16	.67
Alfa de Cronbach ^a = .84			
3	3.29	.94	.61
4	3.28	.97	.68
8	3.39	.97	.57
11	2.60	1.25	.40
Alfa de Cronbach ^b = .76			
6	2.61	1.17	.75
7	2.67	1.24	.70
9	2.75	1.15	.74
12	2.32	1.19	.63
Alfa de Cronbach ^c = .86			
Alfa de Cronbach ^d = .81			

Nota: n = 150; ritc = Correlaciones ítem-test corregido para cada dimensión

^aDimensión conocidos. ^bDimensión familia. ^cDimensión amigos. ^dEscala total

Validez

En la tabla 60, se observó que la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin alcanzó un valor de .751, lo cual indica que tiene un buen potencial explicativo, mientras que el test de esfericidad de Bartlett posee un valor estadísticamente significativo ($\chi^2 = 426.457, p < .001$), lo cual sugiere la pertinencia de llevar a cabo un análisis factorial con los datos obtenidos.

En el análisis realizado a través del método de componentes principales se han extraído 3 factores que se reflejan en la matriz factorial rotada. Así, los ítems 49, 50, 52 y 55 presentan cargas factoriales .83, .82, .88 y .79 que los ubican en el primer factor; los ítems 44, 45, 48 y 53 poseen cargas factoriales de .75, .89, .82 y .84 que los ubican dentro del segundo factor; y los ítems 46, 47, 51 y 54 presentan pesos factoriales de .86, .89, .74 y .55 que los colocan en el tercer factor.

Tabla 60

Evidencia de validez de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido

Ítem	Factor 1	Factor 2	Factor 3
1	.118	.691	-.013
2	-.032	.900	.017
3	-.140	.093	.881
4	-.037	-.037	.897
5	.095	.777	-.090
6	.786	.072	.111
7	.794	.023	.139
8	.055	.019	.735
9	.885	.029	-.150
10	-.078	.878	.062
11	.303	-.131	.508
12	.812	-.039	-.040

Varianza explicada = 67.20%

Nota: n = 150; Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin = .751. Prueba de esfericidad de Barlett Chi cuadrado = 426.45 con 66 grados de libertad y una significación $p < .001$.

ANEXO 4

Confiabilidad y validez de la Escala de Habilidades Sociales

Escala Habilidades Sociales

Confiabilidad

En la tabla 61 se pueden apreciar las estimaciones de la confiabilidad mediante el alfa de Cronbach para la escala total y cada una de sus dimensiones.

Tabla 61
Estimación de la confiabilidad de la Escala de Habilidades Sociales

Variable	Alfa de Cronbach
Habilidades sociales	.83
Autoexpresión en situaciones sociales	.63
Defensa de los derechos	.36
Expresión de enfado o disconformidad	.41
Decir no y cortar interacciones	.70
Hacer peticiones	.47
Iniciar interacción con el sexo opuesto	.45

Nota: n = 150

Validez

En la tabla 62, se puede apreciar que la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin alcanzó un valor de .59, lo cual indica que tiene un potencial explicativo regular, mientras que el test de esfericidad de Bartlett posee un valor estadísticamente significativo ($\chi^2 = 861.90$, $p < .001$), lo cual sugiere la pertinencia de llevar a cabo un análisis factorial con los datos obtenidos.

Tabla 62
Evidencia de validez de la Escala de Habilidades Sociales

Ítem	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6
1	.468	-.027	.636	.172	-.090	-.159
2	.233	.024	.108	.538	.050	-.081
3	.301	-.096	.094	.110	.300	.190
4	.068	.258	.665	-.046	.237	.121
5	.330	.524	.319	.352	-.111	.093
6	.414	.488	.279	.026	.312	.170
7	-.086	.239	.182	-.064	.623	.229
8	.593	.215	.342	.230	.237	.238
9	.668	.182	.519	.165	.144	-.089
10	.205	.106	.571	.282	.123	-.119
11	.436	.384	.464	.215	-.062	-.006
12	.302	.793	.243	.096	.067	-.032
13	-.145	.518	-.077	-.031	.127	.348
14	.390	.680	.165	.369	.280	-.011
15	.041	.544	.193	.075	.138	.027
16	.091	.031	-.034	.064	-.046	.706
17	.435	.351	.315	.544	.480	.177
18	.231	-.196	.031	-.566	-.102	-.022
19	.412	.275	.484	.641	.508	.030
20	.139	-.023	-.046	.473	-.222	.040
21	.569	.198	-.211	.111	-.217	.326
22	.282	.436	.125	.042	.237	.527
23	.575	.513	.242	.316	.189	-.062
24	.162	.512	.235	.535	.491	.213
25	.029	.040	-.005	.027	.152	.690
26	.333	.151	.294	.481	.353	.354
27	.191	.011	-.020	-.005	.525	-.045
28	.319	.340	.543	-.321	.102	-.128
29	.737	.193	.240	.166	.100	.065
30	.121	.118	.458	.042	.317	.504
31	.088	.157	.212	.366	.718	.094
32	.200	.229	.452	.155	.194	.195
33	.505	.248	.222	.506	.319	-.162

Varianza explicada = 48.48%

Nota: n = 150; Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin = .588. Prueba de esfericidad de Barlett Chi cuadrado = 861.90 con 528 grados de libertad y una significación p < .001.

ANEXO 5

Confiabilidad y validez del Inventario de 90 Síntomas

Inventario de 90 Síntomas

Confiabilidad

En la tabla 63 se pueden apreciar las estimaciones de la confiabilidad mediante el alfa de Cronbach para la escala total y cada una de sus dimensiones.

Tabla 63

Estimación de la confiabilidad del Inventario de 90 Síntomas

Variable	Alfa de Cronbach
Sintomatología clínica	.96
Somatizaciones	.89
Obsesiones y compulsiones	.75
Sensibilidad interpersonal	.74
Depresión	.82
Ansiedad	.88
Hostilidad	.62
Ansiedad fóbica	.74
Ideación paranoide	.60
Psicoticismo	.64

Nota: n = 150

Validez

En la tabla 64 se puede observar la evidencia de validez por criterio de jueces haciendo uso de la V de Aiken (Escurra, 1988) con el método score. Además, se muestran sus intervalos de confianza.

Tabla 64
Evidencia de validez del Inventario de 90 Síntomas

Ítem	Jueces											V de Aiken	IC 95%	
	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J6	J7	J8	J9	J10		LI	LS
1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
7	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
8	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
9	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
10	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
11	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
12	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
13	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
14	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
15	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
17	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
18	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
19	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
20	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	0.96	0.87	0.99
21	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
22	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
23	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	0.98	0.90	1.00
24	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
25	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
26	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
27	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
28	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	0.98	0.90	1.00
29	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
30	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
31	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
32	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
33	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	0.82	0.69	0.90
34	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
35	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
36	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
37	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
38	5	4	4	5	5	5	4	5	5	5	5	0.94	0.84	0.98
39	5	5	4	4	5	5	4	5	5	5	5	0.94	0.84	0.98
40	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
41	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
42	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
43	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
44	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
45	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
46	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
47	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	0.96	0.87	0.99
48	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
49	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
50	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
51	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
52	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
53	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
54	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
55	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00

56	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
57	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
58	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
59	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
60	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
61	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
62	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	0.98	0.90	1.00
63	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
64	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
65	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
66	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
67	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
68	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
69	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
70	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
71	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
72	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
73	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
74	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
75	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
76	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
77	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
78	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
79	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
80	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
81	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
82	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
83	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
84	5	5	4	5	4	5	4	5	4	5	5	0.92	0.81	0.97
85	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
86	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
87	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
88	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
89	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00
90	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1.00	0.93	1.00

Nota: IC = Intervalo de Confianza