



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Académico Profesional de Enfermería

**Actitud hacia la enfermedad mental en la familia de
pacientes hospitalizados con esquizofrenia en un
hospital de la ciudad de Lima 2015**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Leydi Zuleyka MARIÑO PACHECO

ASESOR

Juana Virginia Esperanza ECHEANDIA ARELLANO

Lima, Perú

2016



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

Mariño L. Actitud hacia la enfermedad mental en la familia de pacientes hospitalizados con esquizofrenia en un hospital de la ciudad de Lima 2015 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Académico Profesional de Enfermería; 2016.

1068



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)



FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO(A)
EN ENFERMERÍA.**

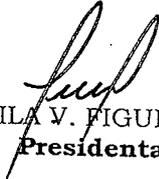
En la ciudad de Lima, a los veintiún días del mes de junio del año dos mil dieciséis y en cumplimiento a lo señalado en el inciso "c" del Art. 66 del estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (R.R. N° 78337), se ha realizado la sustentación de la tesis titulada: **"ACTITUD HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA FAMILIA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ESQUIZOFRENIA EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE LIMA. 2015"**, sustentada por el Bachiller en Enfermería:

LEYDI ZULEYKA MARIÑO PACHECO

para optar el Título Profesional de Licenciado (a) en Enfermería, habiendo obtenido el calificativo de:

18 (DIECIOCHO)

Lo que se da fe:


MG. LUZMILA V. FIGUEROA AMBO
Presidenta




LIC. GLORIA H. GUIPIO MENDOZA
Miembro


LIC. NESTORA CUADROS VALER
Miembro

MCA

Agradecimiento:

A Dios por darme salud y fuerzas para seguir adelante en la lucha constante y así poder culminar con éxito mis metas.

Agradezco en especial a la Mg. Juana Virginia Esperanza Echeandia Arellano por su acertada asesoría en la presente investigación.

Agradezco a mi alma mater a los (as) docentes por su comprensión, apoyo y por su contribución en mi formación profesional durante todos estos años.

Dedicatoria:

A mis padres, y a mi hermano quienes son mi inspiración y me orientaron en todo momento para llegar a ser un gran profesional.

A quienes me brindaron durante estos años su amistad sincera, en especial a Sérgio, y mis queridas amigas.

INDICE

	Pg.
INDICE DE GRÁFICOS.....	vii
RESUMEN.....	viii
SUMMARY.....	ix
PRESENTACION.....	1
CAPITULO I EL PROBLEMA	3
1.1 Planteamiento del problema.....	3
1.2 Formulación de objetivos.....	7
1.2.1 Objetivo general:.....	7
1.2.2 Objetivos específicos:.....	7
1.3 Justificación.....	8
1.4 Limitaciones del estudio.....	9
CAPITULO II BASES TEORICAS Y METODOLOGICAS.....	10
2.1 Marco Teórico	10
2.1.1 Antecedentes de Estudio.....	10
2.1.2 Base teórica	17
2.1.3 Definición operacional de términos	38
2.1.4 Hipotesis	38
2.2 Diseño Metodológico.....	39
2.2.1 Tipo de investigación.....	40
2.2.2 Población	40
2.2.3 Muestra.....	41
2.2.4 Criterios de inclusión.....	42
2.2.5 Criterios de exclusión.....	42
2.2.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	42
2.2.7 Proceso de recolección y análisis de los dato.....	43

2.2.8 Validez y confiabilidad.....	43
2.2.9 Consideraciones éticas.....	43
CAPITULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	44
3.1 Resultados.....	44
3.1.1 Datos generales.....	44
3.1.2 Datos específicos.....	45
3.2 Discusión.....	50
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	56
4.1 Conclusiones.....	56
4.2 Recomendaciones.....	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
ANEXOS	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°		Pg.
1	Actitud de la familia hacia la enfermedad mental de pacientes hospitalizados con esquizofrenia en el Hospital Nacional Víctor Larco Herrera Lima - Perú 2015	46
2	Actitud de la familia de pacientes hospitalizados con esquizofrenia frente al diagnóstico de la enfermedad en el Hospital Nacional Víctor Larco Herrera Lima - Perú 2015	47
3	Actitud de la familia de pacientes hospitalizados con esquizofrenia frente a las manifestaciones clínicas de la enfermedad según indicadores en el Hospital Nacional Víctor Larco Herrera Lima - Perú 2015	48
4	Actitud de la familia de pacientes hospitalizados con esquizofrenia frente al tratamiento de la enfermedad en el Hospital Nacional Víctor Larco Herrera Lima - Perú 2015	49
5	Actitud de la familia de pacientes hospitalizados con esquizofrenia frente tratamiento de la enfermedad según sus indicadores en el Hospital Nacional Víctor Larco Herrera Lima – Perú 2015	50

RESUMEN

El presente estudio de investigación titulado “Actitudes hacia la enfermedad mental en la familia de pacientes hospitalizados con esquizofrenia en un Hospital de la ciudad de Lima 2015” tiene como objetivo general determinar la actitud hacia la enfermedad mental en la familia de pacientes hospitalizados con esquizofrenia en el Hospital Nacional Víctor Larco Herrera. El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 37 familiares que cumplieron con los criterios de inclusión. La técnica empleada fue encuesta y el instrumento la escala de tipo Likert con 30 ítems y 3 alternativas de respuesta: acuerdo, indiferente y desacuerdo; aplicada al familiar previa firma del consentimiento informado. Los resultados obtenidos fueron que del total de encuestados 37 (100%) el 22 (59%) presentan una actitud medianamente favorable, 8 (22%) una actitud desfavorable y 7 (19%) actitud favorable. Concluyéndose que la actitud hacia la enfermedad mental en la familia de pacientes hospitalizados con esquizofrenia en el Hospital Nacional Víctor Larco Herrera es medianamente favorable.

Palabras claves: actitud, esquizofrenia y familia

SUMMARY

This research study entitled "Attitudes towards mental illness in the family of hospitalized patients with schizophrenia in a hospital in the city of Lima 2015" general objective is to determine the attitude towards mental illness in the family of hospitalized patients with schizophrenia National Victor Larco Herrera Hospital. The study is quantitative, application level, descriptive method and cross section. The population consisted of 37 family members who met the inclusion criteria. The technique used was survey and the instrument Likert scale with 30 items and 3 alternative answers: indifferent agreement and disagreement; applied to the family after signing the informed consent. The results were that the total of 37 respondents (100%) 22 (59%) have a fairly favorable attitude, 8 (22%) had an unfavorable attitude and 7 (19%) positive attitude. Concluding that the attitude towards mental illness in the family of hospitalized patients with schizophrenia at the National Hospital Victor Larco Herrera is moderately favorable.

Keywords: attitude, schizophrenia and family

PRESENTACIÓN

La esquizofrenia se caracteriza por la presencia tanto de síntomas Psicóticos como por un incisivo deterioro en el funcionamiento cognitivo, afectivo, social y de la vida diaria, que afecta los diversos roles personales y sociales, en grado importante las relaciones al interior de la familia.¹

Es una de las enfermedades que en nuestro medio su prevalencia es de 0,7% a 1,2% de la población en general, muy similar a la prevalencia mundial. Esta enfermedad mayormente aparece en sujetos jóvenes, es de curso generalmente crónico e incapacitante y solo alrededor de un tercio de paciente llega a reintegrarse a la sociedad, la mayoría lleva una vida sin propósito con frecuentes hospitalización en situaciones de desamparo y pobreza muchos de ellos abandonados y olvidados por sus familiares.²

El paciente con esquizofrenia no es consciente de su enfermedad, pasando a ser dependiente de alguna ayuda, siendo la familia el ente más cercano y confiable.

El familiar empieza a percibir a su paciente como flojo, como desinteresado, como egoísta, como que se escuda en su enfermedad para no trabajar o viceversa, lo percibe como un niño pequeño al cual debe de cuidar y proteger, y al cual se le debe de quitar toda responsabilidad y obligación en la vida, siente la necesidad de afrontar diversas dificultades asociada a esta enfermedad; entre ellos la complejidad del sistema de salud, de la educación, lo social y económico.³

El enfermero en salud mental, desempeñara un rol educador, de asesor y agente de relaciones sociales, favoreciendo así pautas para la creación de un ambiente social que contribuya a la recuperación del enfermo y evitar la discriminación asociada a la esquizofrenia.

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la actitud hacia la enfermedad mental en la familia de pacientes hospitalizados con esquizofrenia en el Hospital Nacional Víctor Larco Herrera con el propósito de brindar información sobre las actitudes de los familiares hacia la enfermedad mental para que el personal de Enfermería implemente programas educativos y de capacitación para la familia y así favorecer en la familia una participación activa en el afrontamiento eficaz del tratamiento del paciente.

Está comprendido por cuatro capítulos que se desarrollan de la siguiente manera Capítulo I el cual consta de planteamiento del problema, formulación de objetivos, justificación y limitación del estudio. Capítulo II se divide en bases teóricas y diseño metodológico. Capítulo III consta de resultados y discusión. Capítulo IV conformado por conclusiones y recomendaciones. Y finalmente referencia bibliográfica y anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según los reportes de la Organización Mundial de la Salud, la esquizofrenia afecta aproximadamente a 24 millones de personas en el mundo el cual representa el 1% de la población mundial, es uno de los trastornos menos prevalentes pero de los que más afectan la vida propia y de la familia, generando un estigma social irreparable.⁴

El Ministerio de Salud informó que 280 mil personas en el Perú sufren de este trastorno, y solo el 62% tiene diagnóstico definido y recibe tratamiento, mientras que el grupo restante no acude a los servicios de salud y/o no tiene acceso para ser tratado por un médico psiquiatra. Este mal suele iniciarse entre los 15 y 25 años de edad en varones, y entre los 25 y 35 años en las mujeres, sin embargo también puede comenzar en la infancia y la vejez, se ha calculado que cada año en el mundo hay dos millones de casos nuevos con grandes costos humanos y económicos.⁵

En 2013 el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) “Honorio Delgado Hideyo Noguchi” realizó un total de 5,498 atenciones por este trastorno mental y de acuerdo a las estadísticas del sector, la esquizofrenia se presenta mayoritariamente a partir de los 18 años, es así que contamos con más de 3 mil 704 atenciones a nivel nacional y cerca de 8 mil 153 pacientes entre 30 y 59 años reciben tratamiento.⁶

Por su parte en un artículo el Hospital Nacional Víctor Larco Herrera, indicó que el “60% de pacientes atendidos por esquizofrenia provienen de diferentes distritos entre ellos Villa María, Villa el Salvador, Callao, Barranco y San Miguel, así como también del interior del país, Ayacucho, Huancavelica, Puno, entre otros. La cual es considerada como la presencia de alucinaciones, ideas delirantes, desorganización del pensamiento y de la conducta, así como empobrecimiento afectivo y deterioro cognitivo, acompañada de deterioro grave en el área de la personalidad y de la actividad social que repercute tanto en el entorno familiar, como en la sociedad, afectando las relaciones entre el paciente y su ambiente”.⁷

La esquizofrenia es una enfermedad mental, crónica y las personas que la padecen ven poco a poco disminuidas sus capacidades humanas, y sus habilidades para valerse por sí mismos, es en estas circunstancias en que las familia se convierten en su principal soporte y fuente de apoyo para poder sobrellevar la enfermedad, tanto en el tiempo que dure su tratamiento hospitalario, como el tratamiento en casa que se tiene que seguir toda la vida.⁸

Sin embargo es importante mencionar que no todas las familias reaccionan de la misma manera ante la enfermedad, algunos familiares se vuelven críticos y hostiles frente a todo lo que hace el paciente, otros son particularmente protectores, considerando al paciente como un ser dependiente, en contraste a las familias que tratan al paciente como a los demás miembros del hogar, no criticándolos ni sobreprotegiéndolos.

La mejoría del paciente, está basada en la alianza entre su familia, el profesional de salud y éste. Los familiares que no apoyan adecuadamente al paciente esquizofrénico puede llevar a situaciones de gran tensión en él, como sintiéndose una carga para ellos, rechazado y no comprendido, lo que conlleva a un abandono de su tratamiento, y finalmente a una complicación en su salud.⁹

Enfermería es una ciencia que se encarga del cuidado de las personas en forma holística, velando no solo por su tratamiento sino también por todos los factores que intervienen en el afrontamiento de la enfermedad.

El rol de enfermería sobre la familia es de suma importancia ya que dentro del área de salud mental, se encuentra en la facultad de desempeñar amplias funciones como son las intervenciones en crisis, la creación de un ambiente social y terapia familiar con el objetivo de favorecer la recuperación del paciente. Es por ello que vemos la necesidad de conocer como la familia sobrelleva la enfermedad del paciente ya que al ser la familia el principal soporte del paciente, esto influirá positiva o negativamente.¹⁰

Al respecto, Milagros Jennifer Nolasco Villa en el estudio de investigación titulado “Actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar. HVLH” en el año 2014 encontró que La mayoría de los familiares encuestados presentan una actitud desfavorable hacia el cuidado integral durante las crisis del paciente en el hogar, lo cual pone en riesgo a los pacientes y familiares de daños sobre agregados, resultados que representan una oportunidad para que los profesionales de Enfermería reflexionen de

manera individual y/o grupal acerca de la actitud que toman los miembros de la familia frente a un miembro con esquizofrenia.¹¹

Sobre el tema durante las prácticas pre profesionales en el Hospital Nacional Víctor Larco Herrera, pude observar a los pacientes a la hora de la toma de medicamentos, a la hora de consumir los alimentos y en las distintas actividades programadas para el tratamiento y reintegración de los pacientes, notando que muchos de ellos participaban con entusiasmo de las actividades, mientras que otros permanecían callados y aislados, al interactuar con los refirieron: “hace dos semanas que no veo a mi mamá, solo viene a dejarme la ropa y se va, la extraño mucho”, “ Mi familia no viene a verme mucho, cuando estuve aquí antes si venían, pero esta vez ya no vienen”.

Al interactuar con algunos familiares ellos refieren: “Srta. Yo estoy cansada y no tengo tiempo de venir a ver a mi hijo, es la tercera vez que lo internan, la 1era vez si trataba de venir y la segunda también, pero en esta vez ya no puedo”, “ Para que voy a venir, si siempre es lo mismo, está aquí un tiempo y luego le dan de alta, y el para fingiendo, es un manipulador, dice que me extraña pero mentira, solo quiere llamar la atención”, “Prefiero que mi hijo se quede internado”.

Al interactuar con los profesionales de enfermería al respecto refieren: “aquí hay pacientes de estadía prolongada de 20 a 30 años internados, algunos familiares vienen a visitarlos pero la mayoría prefieren que se queden aquí, a pesar que el médico les informa que es necesario que el paciente salga de alta, ellos no toman importancia y dejan a los pacientes internados”.

Ante estas manifestaciones tanto de los mismos pacientes como de los familiares, surgieron interrogantes como: ¿Los comportamientos de la familia de los pacientes hacia ellos es menos favorable a más hospitalizaciones tenga el paciente?, ¿La afectividad de la familia hacia los pacientes disminuye entre mayor sea el tiempo de padecer la enfermedad?, ¿Conoce la familia acerca de la enfermedad lo suficiente como para poder afrontarla de la manera más positiva posible?

Por lo mencionado anteriormente se planteó el siguiente problema a investigar

¿Cuál es la actitud hacia la enfermedad mental en la familia de pacientes hospitalizados con esquizofrenia en el Hospital Nacional Víctor Larco Herrera 2015?

1.2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

1.2.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar la actitud hacia la enfermedad mental en la familia de pacientes hospitalizados con esquizofrenia en el Hospital Nacional Víctor Larco Herrera.

1.2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Identificar la actitud de la familia de pacientes hospitalizados con esquizofrenia frente a las manifestaciones clínicas de la enfermedad.
- Identificar la actitud de la familia de pacientes hospitalizados con esquizofrenia frente al tratamiento de la enfermedad.

1.3. JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

La esquizofrenia es una enfermedad crónica y grave que va afectando cada vez a una mayor cantidad de personas tanto a nivel mundial como en el Perú, causando una gran discapacidad, y disminución de las habilidades personales, que merman su desempeño laboral, académico, familiar, social; ya sea de manera parcial o total.¹²

En estas circunstancias la persona enferma pasa a depender de la que se ven obligadas a suplir las necesidades que ellos ya no pueden realizar a través del tiempo que dure el tratamiento y rehabilitación de la enfermedad , en estas circunstancias de dependencia del paciente hacia la familia es que el tipo de participación que esta manifieste puede influir positiva o negativamente en el tratamiento del paciente, ya que al ser la familia el único soporte que tienen , las conductas y /o actitudes que manifiestan influye directamente en su estado emocional y por consiguiente en su recuperación y rehabilitación.¹³

Dada esta realidad es que vemos en enfermería la necesidad de conocer las actitudes que la familia manifiesta hacia la enfermedad mental, ya que una intervención oportuna podría favorecer un cambio de actitudes hacia unas más favorables, y por lo tanto mejor el afrontamiento de la enfermedad y su tratamiento por parte del paciente.

Los resultados de la presenta investigación proporcionara a las autoridades de enfermería de la sede de estudio a que formulen estrategias como capacitaciones, talleres y/o programas educativos a la familia orientadas a mejorar su participación en el afrontamiento eficaz de la enfermedad y su vínculo con las entidades formadoras

para que se concienticen y den mayor importancia a los contenidos de salud mental en cada uno de los asignaturas profesionales, optimizando el procesos de enseñanza-aprendizaje, en la búsqueda de formar mejores profesionales de enfermería.

1.4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Los resultados que se obtendrán del siguiente estudio sólo podrán ser aplicados en los hospitales que tengan similares características al Hospital Nacional Víctor Larco Herrera y en la población de estudio.

CAPITULO II

BASES TEORICAS Y METODOLOGICAS

2.1 ESTRUCTURA DEL MARCO TEÓRICO

2.1.1 ANTECEDENTES:

En el ámbito internacional:

Campo Revilla, Yllá Segura, González Pinto Arrillaga y Bardají Suárez en el año 2010 en España realizaron la investigación titulada “Actitudes hacia la enfermedad mental en familiares de enfermos mentales”, con el objetivo de comparar estas actitudes con los encontrados 25 años atrás en un estudio similar. La población estudiada ha sido las asociaciones de familiares de enfermos con trastornos psicóticos, afectivos, alcoholismo y demencia de Alzheimer; el grupo control estuvo compuesto de un grupo de funcionarios y otro de sanitarios. Las muestras se han escogido al azar, entre los miembros asociados. Utilizando como instrumento el cuestionario de opinión sobre enfermedad mental (Opinion about Mental Illness, OMI) de Struening y Cohen adaptada en España por Yllá y Guimón en 1979 que consta de 60 ítems eligiendo una respuesta entre: a) totalmente de acuerdo; b) de acuerdo; c) no estoy seguro, pero de acuerdo; d) no estoy seguro, pero en desacuerdo; e) en desacuerdo, f) totalmente en desacuerdo. Se entrevistó preferentemente a la persona que es cuidador principal o el que más contacto tenía con el enfermo. Se escogió en las distintas asociaciones al azar, según el número de socios y la implicación en la asociación en el último año.

Siendo la conclusión más significativa la siguiente:

“Los acontecimientos de los últimos años han dado como resultado un cambio de actitudes hacia la enfermedad; en general hay una visión más humana, menos restrictiva y menos autoritaria que anteriormente, aunque sensiblemente mayor en controles. Se sigue siendo muy paternalistas con estos enfermos. El mayor conocimiento de estas enfermedades y una relación más próxima con estos enfermos podría ser la causa de la mayor diversidad en las opiniones y unas actitudes más complejas al día de hoy. Las personas con mayor instrucción son más restrictivas y menos autoritarias, tanto en casos como en controles. Las personas con menor instrucción son más benevolentes, al igual que los controles. Las actitudes varían en dependencia de la edad, profesión y diagnóstico de la enfermedad”.¹⁴

Leonardo Yovany Álvarez Ramírez y Orlando Almeida Salinas en el año 2009, en Colombia realizaron la investigación titulada “Actitudes hacia el trastorno mental y la búsqueda de ayuda psicológica profesional en un grupo de adultos intermedios de la ciudad de Bucaramanga” cuyo objetivo fue describir las actitudes hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional y hacia el trastorno mental y las correlaciones entre ellas. El método que siguieron fue un diseño correccional – transversal en el cual se incluyó a un grupo de 200 hombres y mujeres con edades entre 40 y 65 años de la ciudad de Bucaramanga. Siguió un muestreo no probabilístico que excluyó participantes con episodios anteriores o recientes de trastorno mental diagnosticado en si mismo o un familiar. Se aplicó el inventario de

actitudes hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional de Fischer y Turner-Revisado (Mackenzie, Knox, Geroski, 2001) y la Escala de actitudes hacia el Trastorno mental (Hahn, 2001) cuyos coeficientes de confiabilidad Alpha Chronbach son de 0.87 y 0.83.

Siendo la conclusión más significativa la siguiente:

“Los componentes actitudinales encontrados hacia el trastorno mental y hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional son confirmatorios de los hallados en estudios previos en poblaciones especialmente de estudiantes universitarios de carreras relacionadas con el ámbito de la salud, sin embargo son des confirmatorios en otros casos. Esto significa que existen en las actitudes de los individuos evaluados actitudes de percepción de estigma ante el individuo con trastorno mental y en otros ésta actitud es por el contrario favorable; por una parte, algunos estudios confirman la favorabilidad hacia el tratamiento psicológico y otros muestran actitudes contrarias”.¹⁵

Arrillaga Arizaga, Sarasqueta Eizaguirre, Ruiz Feliu y Sánchez Etxeberria en el año 2006 en España realizaron la investigación titulada “Actitudes del personal sanitario de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de salud mental” cuyo objetivo fue medir la fiabilidad de un cuestionario de actitudes y conocimientos hacia la salud mental y el equipo de salud mental. Conocer dichas actitudes y su asociación con variables demográficas y laborales. El método del estudio fue observacional, transversal, los participantes fueron el personal sanitario (n = 141) de centros de atención primaria cuyos centros de salud mental referentes se hallan en un área de

Guipúzcoa, para la recolección de datos aplicaron un cuestionario auto administrado y anónimo que incluye un apartado con datos sociodemográficos y laborales. Encuesta que incluye ítems sobre actitudes hacia el enfermo mental, la psiquiatría, los centros de salud mental, la autopercepción de conocimientos y la predisposición a asistir a cursos en esta materia.

Siendo la conclusión más significativa la siguiente:

“No se observa una actitud negativa hacia el enfermo mental. El personal sanitario de atención primaria percibe una falta de conocimientos en psiquiatría y una insuficiente relación con el centro de salud mental, así como una buena predisposición a mejorar ambos aspectos”.¹⁶

Cristian Eduardo Treviño Guerson en el año 2005 en México realizó un estudio titulado “Actitud hacia la enfermedad mental en familiares de pacientes con esquizofrenia y su relación con la severidad sintomática” cuyo objetivo fue Evaluar las actitudes hacia la enfermedad mental por parte de los miembros familias de los pacientes con esquizofrenia. Es un estudio Transversal, con un diseño correlacional, descriptivo, la población estuvo conformado por pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que fueron hospitalizados en la Unidad de Salud Mental de los SESVER de Xalapa, para la recolección de datos se utilizó una escala el PANSS el cual consta de cuatro partes de evaluación.

Siendo la conclusión más significativa la siguiente:

“Por lo tanto podemos concluir que la actitud de la familia influye de manera sobresaliente en relación a la severidad sintomática. Este estudio arroja resultados muy interesantes para las Variables Benevolencia, Restrictividad Social, Ideología Comunitaria de la Salud Mental y para el compuesto Benevolencia + Ideología Comunitaria de Salud Mental. Quienes comprueban la hipótesis que la actitud negativa hacia la enfermedad mental provoca mayor severidad sintomática”.¹⁷

En el ámbito nacional:

Milagros Jennifer Nolasco Villa 2014 UNMSM. Realizó la investigación titulada “Actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar. HVLH. 2014” cuyo objetivo general es determinar la actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar. Es de tipo cuantitativo, corte transversal, nivel aplicativo y método descriptivo. La población estuvo conformada por 30 familiares de pacientes esquizofrénicos atendidos en el consultorio externo del HVLH. La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento Escala tipo Likert modificada, aplicada previo consentimiento informado.

Siendo la conclusión más significativa la siguiente:

“La mayoría de los familiares presentan actitud favorable hacia el cuidado integral en la dimensión psicológica y tratamiento farmacológico. La mayoría de los familiares encuestados presentan una actitud desfavorable hacia la dimensión de

necesidades básicas del paciente esquizofrénico en el hogar”¹⁸

Llanos Moreno y Marilú Elsa 2010 UNMSM. Realizó una investigación sobre. “Actitudes de los Familiares de Pacientes con Esquizofrenia y Nivel de Conocimiento sobre la Enfermedad, Hospital Hermilio Valdizán” con el objetivo de determinar la relación existente entre actitudes de los familiares de pacientes con esquizofrenia y el nivel de conocimiento sobre la enfermedad. Material y Método: estudio de diseño correlacional y corte transversal, cuya población fue no probabilística de tipo intencional, conformada por 50 familiares; utilizando como instrumento un cuestionario constituido de tres partes: datos generales del paciente y familiar, de conocimientos y de actitudes. La recolección de los datos se realizó en las instalaciones del Hospital Hermilio Valdizán entre noviembre-diciembre del 2009 y marzo/2010, considerando un tiempo de 30-45 minutos para cada entrevista. El análisis de datos fue realizado con el Coeficiente de Correlación r de Spearman y prueba χ^2 considerando un $\alpha=0,05$ mediante paquete estadístico SPSS versión 12.0. Se resalta que el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética del referido hospital.

Siendo la conclusión más significativa la siguiente:

“Se destacó, que del total de familiares, el 54% presentó una actitud indiferente, mientras que el 26% presentó una actitud desfavorable y que sólo el 20% presentó una actitud favorable. Lo cual refleja claramente que pocos de los pacientes con esquizofrenia son los que reciben un soporte familiar adecuado, existiendo la necesidad de orientar, educar e involucrar a los familiares en el tratamiento y cuidado de los

pacientes con esquizofrenia; responsabilidad que debe ser asumida por el profesional de enfermería en los diversos niveles de atención”.¹⁹

Aparicio Delgado Ángela María 2010 UNMSM. Realizó una investigación sobre: “Actitudes y vivencias de la familia frente al cuidado de una persona con esquizofrenia, atendida en el Hospital Hermilio Valdizán, Enero – Febrero 2010”, con el objetivo de comprender las experiencias vividas por la familia a cargo de estas personas. Se trata de un estudio cualitativo (descriptivo-analítico), de enfoque fenomenológico, donde se utilizó como técnica la entrevista a profundidad, que permitió conocer de manera completa, detallada y profunda las circunstancias o hechos experimentados por la familia. La muestra, elegida de manera intencional, estuvo conformada por 19 miembros de familia, la técnica empleada en la recolección de datos fue la entrevista a profundidad.

Siendo la conclusión más significativa la siguiente:

“Actitud de la familia frente al cuidado de la Persona con esquizofrenia es parcialmente favorable y de todos los miembros que integran la familia, es la madre quien asume el rol principal de cuidador, la frecuente ausencia del padre se atribuye a la función de generar los recursos económicos para continuar el tratamiento, los hermanos al inicio, por mandato de los padres comparten el rol con su madre, pero al percatarse de la pérdida de visibilidad propia, deciden desentenderse del asunto, sin embargo son pocos los que reconocen el gran esfuerzo de la madre y están prestos a apoyarla”.²⁰

Las investigaciones presentadas, aportaran al estudio en la metodología a utilizar, la base teórica y la elaboración del instrumento. Lo mencionado pretende reafirmar que los estudios orientaran en su construcción y elaboración, así como en la medición de sus resultados, fortaleciendo su discusión y la decisión de aplicar una adecuada técnica en la medición de la actitud hacia la enfermedad mental en la familia de pacientes hospitalizados con esquizofrenia.

2.1.2 BASE TEÓRICA

I. ASPECTOS CONCEPTUALES RELACIONADOS A LA ESQUIZOFRENIA

1.1. Definición de esquizofrenia.

La esquizofrenia es un síndrome clínico en el cual se ve afectado la cognición, las emociones, la percepción y otros aspectos del comportamiento.²¹

Es caracterizado por un grupo de trastornos de causa incierta con cuadros clínicos similares, que incluyen de modo variable perturbaciones de pensamiento en un sensorio claro y, con frecuencia, síntomas característicos como alucinaciones, delirios, conducta aberrante y deterioro en el nivel general de funcionamiento.²²

La OMS la define como " un grupo de psicosis en las que se presenta una deformación fundamental de la personalidad, una distorsión característica del pensamiento, una sensación de dominación por fuerzas extrañas, delirios y alteraciones de la percepción así como

anormalidades en la afectividad y autismo, manteniendo por contra, conciencia clara y capacidad intelectual intacta”.²³

La esquizofrenia tiene la misma prevalencia tanto en hombres como en mujeres sin embargo aparece a una edad más temprana en hombres que en mujeres. Es una enfermedad crónica degenerativa de las funciones y capacidades humanas.

Existen otras definiciones de la esquizofrenia es así que la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) describe la como un “trastorno que se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de su misma”.²⁴

1.2. Manifestaciones clínicas de la esquizofrenia

El paciente esquizofrénico piensa y razona según reglas privadas y a menudo adquiridas. Al verse alterado el pensamiento también se ve alterada la comunicación, la cual se le conoce como descarrilamiento o vaguedad de asociaciones. Según los autores Oliver Freudereich y Stuart Schwartz el paciente esquizofrénico presentan las siguientes manifestaciones y/o alteraciones:²⁵

Alteraciones en el contenido del pensamiento: El paciente con esquizofrenia piensa diferente a otras personas. Las alteraciones del

pensamiento del esquizofrénico reflejan sus ideas, creencias e interpretaciones de los estímulos, propiciando una conducta inapropiada. El delirio es una alteración del pensamiento, la cual es una creencia falsa, en la cual se distorsiona la realidad ya sean imágenes o sensaciones. Los delirios puede ser fijas, se mantiene consolidada en un tiempo prolongado, o temporal. Los delirios característicos del esquizofrénico se encuentran en que ellos creen que ciertos delirios pueden ser captados por otras personas, que un ser está introduciendo ideas dentro de ellos, o que un individuo o aparato está controlando la vida de ellos, esto últimos se conocen como delirios de influencia.

Alteraciones de la percepción: Entre las alteraciones de la percepción encontramos a las alucinaciones, las cuales son percepciones falsas en ausencia de un estímulo externo. Pueden afectar a los cinco sentidos, sin embargo las auditivas son las más frecuentes, en donde el paciente escucha voces, las cuales pueden ser amenazadoras. Existen también alucinaciones cenestésicas, las cuales son sensaciones infundadas, de alteraciones en los órganos corporales, por ejemplo quemazón en el cerebro.

Alteraciones del comportamiento: En cuanto al comportamiento o conducta agresiva, en los últimos años varios estudios demuestran que la mayoría de pacientes con esquizofrenia no son violentos, sin embargo la presencia de delirios referenciales o de perjuicio, en los que el paciente se siente amenazado o dañado, y de alucinaciones mandatorias, pueden predecir la aparición de violencia en algún momento a lo largo de su enfermedad pudiendo ser de gravedad infringiendo en muchos de los casos la ley.

Alteraciones de la personalidad: El paciente puede tener cierta dificultad para mantener su personalidad y puede abandonar su aseo corporal. También puede presentar una disminución en sus capacidades para realizar algunas conductas creativas y socialmente aceptadas. Debemos destacar también que a pesar de que estos síntomas puedan aparecer en los momentos más agudos de la enfermedad, el paciente si cumple adecuadamente con su tratamiento puede llevar una vida normal.

Alteración en la conducta motora: Estas alteraciones pueden variar en dos ámbitos. Uno de estos puede ser que el paciente reaccione hacia el ambiente de una manera disminuida hasta casi total de sus movimientos. Así como también puede adoptar una actividad espontánea, situación en la cual el sujeto actúa como un autómatas o puede adoptar posturas o movimientos extrañas.

También los signos y síntomas se clasifican en positivos y negativos:

Síntomas positivos: Los síntomas positivos son comportamientos psicóticos que no se evidencian en personas sanas. Las personas con síntomas positivos frecuentemente "pierden contacto" con la realidad. Estos síntomas pueden aparecer y desaparecer, a veces son intensos y otras veces casi imperceptibles; dependiendo si el individuo está recibiendo tratamiento o no. Entre ellos tenemos:

- Ideas delirantes: se trata de ideas falsas, como creer que alguien le está espiando que es un personaje famoso, o que algún desconocido que camina por la calle le está siguiendo.

- Alucinaciones: consisten en ver, sentir escuchar, oler o saborear algo que realmente no existe. La experiencia más común consiste en escuchar voces imaginarias (alucinaciones auditivas) que dan órdenes o hacen comentario al individuo.

Síntomas negativos: se asocian con la interrupción de las emociones y los comportamientos normales. Estos síntomas son más difíciles de reconocer como parte de este trastorno, ya que muchas veces se confunden con otros tipos de trastornos. Entre ellos tenemos:

- Aplanamiento afectivo: expresión facial invariable, disminución de los movimientos espontáneos, escasa gestualización, contacto visual escaso, poca reactividad afectiva, afecto inapropiado, pérdida de entonación.
- Alogia; término acuñado para referirse al empobrecimiento del pensamiento y de la cognición, pobreza del lenguaje, pobreza del contenido del lenguaje, bloqueo (interrupción del curso del lenguaje).
- Aislamiento social: anhedonia, abarca las dificultades del paciente esquizofrénico para experimentar interés i placer. Puede expresarse como una falta de interés vital por las actividades normalmente consideradas placenteras o como una falta de involucramiento en relaciones sociales de distintos tipos como interés y actividades recreativas y sexuales, en relación con amigos y compañeros.
- Abulia (falta de voluntad), apatía extrema, con gran desinterés: en el aseo e higiene, inconstancia en el trabajo o escuela, falta de energía.

- Falta de atención: la atención está a menudo alterada en la esquizofrenia. El paciente manifiesta problemas para concentrar su atención, o solo es capaz de concentrarse esporádica y erráticamente.

1.3. Tipos de esquizofrenia

Con frecuencia se presentan cuadros mixtos, que pueden ser difíciles de clasificar. También se observa muchas veces que el cuadro de la enfermedad varía a lo largo del tiempo.²⁶

Esquizofrenia paranoide: se caracteriza por el predominio de ideas delirantes y alucinaciones, sobre todo auditivas. Los delirios y las alucinaciones a veces constituyen una unidad. Es la más frecuente, suele iniciarse entre los 20 y 30 años y es la que mejor evoluciona a pesar de la aparatosidad del cuadro.

Esquizofrenia catatónica: predomina el trastorno del movimiento o movimientos motores. A pesar de tener la conciencia despierta, el enfermo no reacciona a los intentos de entrar en contacto con él. Su rostro permanece inmóvil e inexpresivo, no se percibe ningún movimiento interior e incluso fuertes estímulos de dolor pueden no provocar reacción alguna. En los casos más graves pueden llegar a no hablar, ni comer, ni beber durante periodos lo suficientemente largos como para que peligre su vida. Sin embargo en el interior del enfermo puede haber verdaderas tormentas de sentimientos, que a menudo solo se manifiestan en una aceleración del pulso. También se dan repetición constantes del mismo movimiento (automatismos) y muecas. Los cuadros de extrema gravedad, en los que el enfermo por ejemplo se mantiene sobre una pierna durante unas semanas, solo se observa

muy raras veces gracias a las posibilidades actuales del tratamiento. Sólo ocurren cuando nadie se ocupa del enfermo o cuando el tratamiento no es eficaz. El pronóstico para este tipo de esquizofrenia suele ser malo.

Esquizofrenia desorganizada o hebefrenica: predomina un afecto absurdo, no apropiado (se suelen reír cuando se les da una mala noticia, las conductas suelen ser infantiles, el estado de humor es absurdo, existe desinhibición en los sentimientos. Suelen tener comportamientos extraños, como reír sin motivo aparente y realizar muecas. A menudo muestran falta de interés y de participación. Hay casos en los que se manifiestan alucinaciones y delirios, aunque esto no es una condición ecuaníme en este tipo de esquizofrenia la mayoría de los casos los brotes no son claramente delimitables. Suele comenzar en edades tempranas como es la pubertad, por eso reciben el nombre de esquizofrenias juveniles e incluso hay casos en los que la enfermedad viene de la infancia (psicosis infantil). Los desarrollos hebéfrenicos lentos y desapercibidos por presentar pocos síntomas se califican como esquizofrenia simple. Por la ausencia de síntomas es difícil de reconocerla, (los indicios suelen ser el descuido personal, conductas solitarias, entre otros). El pronóstico suele ser desfavorable en comparación con las otras esquizofrenias, debido a la personalidad inmadura del enfermo.

Esquizofrenia indiferenciada: es un tipo de esquizofrenia en la cual no predomina un síntoma concreto para el diagnóstico, es como la mezcla de los otros anteriores.

Esquizofrenia residual: en estos casos debe haber habido, por lo menos, un episodio de esquizofrenia anteriormente, pero en el momento actual no hay síntomas psicóticos importantes. Es la fase en la que los síntomas negativos son más evidentes. No se manifiesta en todos los enfermos.

1.4. Curso de la enfermedad

Cuando los síntomas de una esquizofrenia se presentan por primera vez en la vida de una persona y desaparecen por completo después de poco tiempo, se habla de un episodio esquizofrénico o psicótico, en general después de estos episodios no quedan síntomas negativos.²⁷

Se puede hablar de una esquizofrenia cuando ya en la primera ocasión que se presenta las manifestaciones de la enfermedad se mantienen durante un tiempo más o menos largo, cuando los síntomas vuelven a aparecer al cabo de algún tiempo y cuando la enfermedad desemboca en sintomatología negativa. Se pueden distinguir tres fases:

1ª fase prodrómica: es la fase en la vida de la persona que se produce antes del desencadenamiento de la enfermedad. Se puede constatar que en algunas personas que sufren la enfermedad ya habían sido diferentes en la niñez y en la juventud, solitarios, callados, rendimiento bajo. Pero no necesariamente tiene que ser así, hay casos en los que no se detecte ninguna anomalía en la persona que sufre de esquizofrenia. Se denomina fase prodrómica a la fase que se produce antes de una crisis, por lo tanto hay una serie de síntomas que nos pueden ayudar en algunos casos a detectarlas: tensión y nerviosismo, pérdida del apetito o desorganización en las comidas, dificultad para concentrarse, dificultad en dormir, disfruta menos de las cosas, no

recuerda con precisión, depresión y tristeza, preocupado con una o dos cosas, ve menos a sus amistades, piensa que se ríen o hablan mal de él, pérdida de interés en las cosas, se siente mal sin motivo claro, se siente muy agitado o emocionado, se siente inútil, otros cambios.

2º fase activa: es la fase donde se desencadena la enfermedad, son los llamados brotes o crisis, los síntomas que se producen son los positivos, alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento... es en la fase en la cual la familia se alarma y suele pedir ayuda médica. Estas crisis pueden brotar repentinamente y desarrollar el cuadro completo en unos días. En otros casos el comienzo de la enfermedad puede producirse muy lentamente y de forma desapercibida. La duración de los brotes varía según la persona y puede extenderse desde unas semanas hasta un año. Un mismo enfermo suele tener brotes de duraciones parecidas. Lo mismo ocurre con los intervalos entre brotes, según las características de las persona puede oscilar entre meses y varios años y son generalmente de la misma duración en una misma persona.

3ª fase residual: no la sufren todos los enfermos, en esta fase los síntomas negativos llegan a su culmen y el deterioro personal, social y laboral es grave

1.5. Causas

Los numerosos estudios que se han realizado hasta el momento no han podido atribuirle la aparición de la enfermedad a una causa en común se asume que es el resultado de un conjunto de factores que predisponen en mayor o menor medida al desarrollo de la patología, aunque las causas por las que la enfermedad se presenta o, por el

contrario, no se manifiesta en determinados pacientes es todavía un misterio. Los principales factores implicados en la aparición y desarrollo de esta enfermedad son:

- Predisposición genética: la presencia de la enfermedad en los padres o familiares cercanos (tíos, primos, abuelos, etcétera) es un factor que incrementa la posibilidad de aparición en los hijos.
- Alteraciones durante el embarazo o nacimiento: anoxia (falta de oxígeno en el feto durante el embarazo o el parto), infecciones víricas, traumatismos, entre otros.
- Alteraciones morfológicas, funcionales o bioquímicas en el cerebro: en este apartado juega un papel fundamental el consumo habitual de sustancias tóxicas y la exposición a determinados tóxicos y estresantes ambientales. Están especialmente involucradas dos sustancias implicadas en la comunicación entre neuronas a nivel del cerebro. Se trata de la dopamina y la serotonina.
- Incumplimiento del tratamiento una vez diagnosticada la enfermedad: supone un alto riesgo de aparición de recaídas.

La esquizofrenia no está relacionada con situaciones de baja escolarización o traumas infantiles, y desde luego no existen culpables de su aparición.

1.6. Cronicidad de la enfermedad

Es el progresivo deterioro de la personalidad del esquizofrénico o de la existencia de síntomas residuales que van a condicionar la vida del sujeto. La cronicidad puede ser sugerida por determinados diagnósticos, en cuya definición se da como criterio la larga duración de la enfermedad.²⁸ Se impone una definición de la cronicidad basada en los siguientes criterios:

- Diagnóstico: La cronicidad puede ser sugerida por determinados diagnósticos, en cuya definición se da como criterio la larga duración de la enfermedad. Así, la clasificación DSM-III-R introduce el aspecto temporal tanto en los trastornos de personalidad como en la psicosis esquizofrénica.
- Duración: Se define como "crónica" aquella enfermedad de larga duración o de frecuente recurrencia

1.7. Estigma social

El estigma es el prejuicio que predispone a actitudes negativas hacia la persona con trastorno mental. Implica un conjunto de creencias erróneas, actitudes de rechazo social, temor y acciones excluyentes que dificultan los procesos de recuperación y aumentan el riesgo de exclusión social y de discriminación. Esta actitud aparece también entre los familiares (que a su vez la sufren), los profesionales y los mismos afectados (autoestima). La tendencia a la negación de que se pueda padecer una enfermedad mental suele propiciar el rechazo a la petición de ayuda profesional y, en consecuencia, retraso en la detección, el diagnóstico y el inicio del tratamiento.

1.8. Tratamiento de la esquizofrenia

El tratamiento de los trastornos esquizofrénicos debe abordarse de modo global con una amplia variedad de recursos asistenciales.

Los recursos han de ser:

- Farmacológico
- Psicoterapia
- Intervenciones psicosociales

Con un tratamiento adecuado, la persona con esquizofrenia puede tener una mejoría notable, principalmente de los síntomas psicóticos, no tanto de los síntomas negativos.

Tratamiento Farmacológico: Actualmente se sabe que la esquizofrenia es una enfermedad crónica, debido que no se puede curar. Sin embargo algunos síntomas de ésta pueden ser tratados. Estudios han mostrado que algunas personas que padecen esquizofrenia poseen una alteración en neurotransmisores. “La dopamina está relacionada con el movimiento, las emociones y los sentimientos de placer. Forma parte de un sistema cerebral que juega un papel fundamental en la regulación de la vida emocional. Además la dopamina pertenece a la familia de la adrenalina, por lo que también está muy relacionada con el estrés y la alerta.”²⁹

Sabemos que el exceso de dopamina está relacionado con los síntomas positivos de la esquizofrenia (alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento). Los antipsicóticos actúan sobre los neurotransmisores. Uno de sus efectos es disminuir el nivel de dopamina en el cerebro”, ayudando así reducir los síntomas positivos en el paciente.

Los antipsicóticos, neurolépticos o tranquilizantes mayores, constituyen el principal tratamiento de la esquizofrenia. Estos pueden clasificarse en dos grupos principales: los convencionales, de primera generación o antagonistas del receptor dopaminérgico, y los fármacos más nuevos, que se han denominados antipsicóticos de segunda generación, antipsicóticos atípicos o antagonistas de los receptores de serotonina y dopamina. Los fármacos empleados para la esquizofrenia presentan

una gran variedad de propiedades farmacológicas, pero todos comparten la capacidad de ejercer un efecto antagonista de los receptores de dopamina post-sinápticos del cerebro.

Psicoterapia:

Psicoterapia individual incluye sesiones programadas con regularidad en las que el paciente conversa con su especialista. Las sesiones pueden centrarse en problemas actuales o pasados, experiencias, pensamientos sentimientos o reacciones personales. El paciente puede llegar a entender gradualmente más acerca de sí mismo y de sus problemas al compartir experiencias con una persona capacitada para entenderlo y que tiene una visión objetiva. Psicoterapia familiar debido a que los pacientes suele recibir el alta en un estado de recuperación parcial, la familia del enfermo requiere de una sesión de psicoterapia familiar breve pero intensiva. Esta terapia debe centrarse en la situación inmediata, y debe incluir la identificación y la evitación de situaciones potencialmente problemáticas. Cuando surgen problemas con el paciente en el seno familiar, el objetivo del tratamiento debe ser la resolución rápida del problema.

En muchas ocasiones con el afán de querer ayudar al enfermo esquizofrénico la familia suele animar al paciente a que se reintegre en los quehaceres del hogar con demasiada rapidez, muchas veces por ignorancia o por falta de aceptación. Los psicoterapeutas deben ayudarles a comprender la esquizofrenia y aprender de esta. En primera instancia el psicoterapeuta debe alentar al familiar a que hable del episodio psicótico.

Los síntomas psicóticos con frecuencia asustan a los miembros de la familia, por lo que hablar abiertamente los tranquiliza. Después de un tiempo considerable, los psicoterapeutas deben centrar estrategias para la reintegración gradual en los quehaceres diarios.

Intervención psicosocial: El manejo óptimo de la persona con esquizofrenia requiere la integración del tratamiento médico con intervenciones psicosociales. La rehabilitación psicosocial es mucho más que un conjunto de técnicas, es una filosofía asistencial que ofrece una visión de la enfermedad mental en la cual la dimensión socio ambiental tiene tanta importancia como la visión biológica y donde la supervisión de la discapacidad y la minusvalía es tan importante como el tratamiento de los síntomas.

Las intervenciones psicosociales efectivas reducen las readmisiones hospitalarias, previenen las recaídas, disminuyen los síntomas, mejoran las habilidades sociales, aumentan la capacidad para funcionar independientemente y proveen de soporte a los familiares y cuidadores. Con ella se pretende reducir la vulnerabilidad de la persona que padece esquizofrenia ante las situaciones de estrés, reforzando su adaptación y funcionamiento social, y procurando conseguir la mejor calidad de vida posible.

II. LA FAMILIA Y EL ENFERMO MENTAL

Las personas que sufren una enfermedad mental mantienen unas relaciones familiares mínimas. Las familias se convierten en una pieza clave para evitar la institucionalización. Pero las familias que conviven con un enfermo mental, tienen unas necesidades específicas que no se

pueden olvidar sino que quiere poner en peligro a todo el núcleo familiar.

Un enfermo mental implica repercusiones en la familia, tanto respecto a las interacciones emocionales como en cuanto a ocio, actividades domésticas y situación económica.

2.1. Impacto en la familia ante un integrante con un enfermedad mental

Como todo trastorno mental, la esquizofrenia no afecta solamente a la persona enferma, sino que también involucra a familiares, amigos y cuidadores.

Una familia es un conjunto de personas unidas por lazos de parentesco siendo los lazos principales los de tipo: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre.

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición. Podría considerarse una crisis dada la desorganización que se produce y que impacta a cada uno de sus miembros.

Para adaptarse a esta nueva situación la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permiten seguir funcionando, de tal manera que se producen cambios en las interacciones familiares que tiene un propósito específico, consciente e inconsciente, y que

pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar.

La enfermedad que tiende a la cronicidad o que incluso se convierte en terminal, favorece que el paciente sea etiquetado como diferente, ya sea por el tipo de expectativas que posee, por las nuevas necesidades de cuidados y alimentación, por su aspecto físico, por su autoestima, por su capacidad de trabajo, entre otros. que afectan al tipo de relación interpersonal con los miembros de la familia y con sus conocidos. Esta relación puede evolucionar hasta el deterioro irreversible.

Aceptar que un familiar tiene una enfermedad grave, del tipo que sea, es siempre una experiencia dura y difícil. Para un padre o una madre ver a su hijo, joven y en apariencia con buena salud física, consumirse en un mundo psicótico de difícil comprensión es muy amargo y destructivo. Las cosas se complican aún más por la carga de prejuicios y estigma social que conllevan las enfermedades mentales.

De hecho, la sociedad parece más sensibilizada ante enfermedades y discapacidades físicas que ante enfermedades mentales. Las familias de personas con esquizofrenia deben enfrentar diversas dificultades asociadas a esta enfermedad; ellos deben sortear las complejidades del sistema de salud, del educacional, del social y del económico.

En la actualidad, la mayoría de las personas que portan esta enfermedad vive con sus familias, por no disponer de otra alternativa y porque las actuales tendencias de rehabilitación así lo aconsejan.

2.2. Rol de la familia durante el tratamiento y rehabilitación de la enfermedad mental

La familia, tiene un valor de refugio afectivo y de aprendizaje social. Es la primera y la más importante de las escuelas: en ella nacemos, por ella sufrimos, con ella disfrutamos y en ella descubrimos lo hermoso de sentir que gracias a ella alguien siempre te espera, que tu llegada da alegría, que amas y eres amado. La familia es, por lo tanto, un valor muy significativo

La familia influye mucho en la salud y en la enfermedad; por lo que cumple una función de suma importancia en el tratamiento y recuperación del paciente esquizofrénico. El papel de los familiares con el enfermo es atenderlo en toda su capacidad para ayudar, confrontar y promover su desarrollo y para que esta participación sea efectiva es necesario que esta sea adecuada y orientada permanentemente. Como educadora la enfermera debe estar preparada para valorar lo que los familiares necesitan y desean conocer y deben ser capaces de dar información suficiente para incrementar su capacidad de afrontamiento y disminuir su ansiedad sin abrumarlos.

Una familia funcional y cohesionada estará en condiciones de garantizar una mejor calidad de vida para todos sus miembros. No obstante, no siempre ocurre así y en ocasiones hay incompreensión, violencia y maltrato físico y psicológico; esto crea un clima de inseguridad, temor y desconfianza. Por lo general los enfermos sufren las consecuencias más directas, con lo que se agrava su estado mental.

III. ROL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO

La enfermera de salud mental, en su quehacer cotidiano, afronta las necesidades de cuidados que presentan los ciudadanos a los que atiende. En sus intervenciones practica abordajes individuales, familiares y grupales, potencia la promoción y prevención de la salud mental, se desenvuelve en los diversos ámbitos del servicio de salud mental (unidades de hospitalización, centros de salud mental comunitarios, recursos intermedios, etc.), diversifica sus actividades y usa técnicas y métodos de Enfermería para personalizar, capacitar y socializar al paciente psíquico, procurando su autonomía y su calidad de vida, y asume el incremento de responsabilidades derivadas del ejercicio autónomo de su profesión.

El profesional de Enfermería en Salud Mental, se caracteriza por brindar un servicio humano, al que le guía la psicología humanista, cuyo objetivo principal es la provisión de cuidados, mediante una relación interpersonal, destinados a satisfacer la necesidades de salud y autocuidados del individuo, familia y comunidad, en las áreas de promoción, asistencial y rehabilitación de la salud mental.

El personal de enfermería no solo tiene un rol a nivel hospitalario como asistencial, sino también un rol educativo tanto al paciente como la familia. “Los servicios de enfermería orientados a la salud de la familia se basan en la concepción de ésta como unidad y tienen por objeto atender las necesidades y preocupaciones de la familia en materia de salud, animándola a utilizar sus propios recursos, humanos y materiales, y señalando la manera óptima de utilizar los servicios de salud disponibles”

IV. GENERALIDADES DE LAS ACTITUDES

4.1. Definición de actitud

“Una actitud es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o una situación, las cuales predisponen a reaccionar preferentemente de una manera determinada”³⁰

Las actitudes son sólo un “indicador” de la conducta pero no la conducta. Es por ello, que las mediciones de actitudes deben interpretarse como “síntomas” o como indicios y no como hechos.

Las actitudes son aprendidas. En consecuencia pueden ser diferenciadas de los motivos biosociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidas. Las actitudes tienden a permanecer bastante estables con el tiempo. Estas son dirigidas siempre hacia un objeto o idea particular.

Las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí. Las opiniones son ideas que uno posee sobre un tema y no tienen por qué sustentarse en una información objetiva. Por su parte, los sentimientos son reacciones emocionales que se presentan ante un objeto, sujeto o grupo social. Finalmente, las conductas son tendencias a comportarse según opiniones o sentimientos propios.³¹

Las actitudes orientan los actos si las influencias externas sobre lo que se dice o hace tienen una mínima incidencia. También los orientan si la

actitud tiene una relación específica con la conducta, a pesar de lo cual la evidencia confirma que, a veces, el proceso acostumbra a ser inverso y los actos no se corresponden, se experimenta una tensión en la que se denomina disonancia cognitiva.

4.2. Componentes de la actitud

Al analizar el término de actitud Katz y Stotland en 1959 y por Krech y su colaboradores en 1962 concluyeron que una actitud tiene tres componentes:

Componente Cognoscitivo.- Está formado por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. El componente cognitivo se refiere al grado de conocimiento, creencias, opiniones, pensamientos que el individuo tiene hacia su objeto de actitud

Componente afectivo.- es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones - que se caracterizan por su componente cognoscitivo-. El componente afectivo alude a los sentimientos de una persona y su evaluación del objeto de actitud

Componente conductual.-es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud. La dimensión conductual cubre tanto sus intenciones de conducta como sus acciones de respecto a su objeto de actitud.

4.3. Medición de Actitudes

La medición de las actitudes está relacionado con:

Intensidad: Es el aspecto emocional de la actitud lo cual determina los grados de intensidad con que se reacciona frente al objeto de la actitud; siempre la relación entre las personas y objetos tienen motivaciones afectivas, no es mental.

Dirección: Esto refiere a que las actitudes pueden estar orientadas positivas o negativamente hacia el objeto. Una actitud favorable determina el acercamiento hacia el objeto actitudinal y viceversa.

4.4. Evaluación de Actitudes

Según W.J.H. Sport la evaluación de la actitud se ocupa de distintos asuntos: la redacción de cuestionarios, la naturaleza de las actitudes medidas por ellos, los factores que han influido en esas actitudes y las maneras en que pueden ser modificadas.

Rensis Lickert sugiere el empleo de un método más simple, que consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales debe haber una reacción de los sujetos a los que se les administra.

Es decir, se presenta cada información y se pide al sujeto que extreme su reacción eligiendo uno de los cinco de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así, el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene su puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones.

2.1.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DEL TÉRMINOS

Familia.- Persona hombre o mujer que mantiene un lazo de afinidad, consanguíneo o civil, con el paciente y que asume o participa de su cuidado.

Actitud.- Predisposición que se manifiesta en los sentimientos y conductas de los familiares hacia el paciente con esquizofrenia.

2.1.4. HIPÓTESIS

H_i: “Las actitudes de la familia de los pacientes hospitalizados con esquizofrenia frente a las manifestaciones clínicas de la enfermedad es desfavorable”.

H₀: “Las actitudes de la familia de los pacientes hospitalizados con esquizofrenia frente al tratamiento farmacológico de la enfermedad es desfavorable”.

2.2. DISEÑO METODOLOGICO

2.2.1 TIPO DE INVESTIGACION

El trabajo fue de tipo cuantitativo, ya que se pudo medir la variable y se obtuvo datos apoyados en escalas numéricas permitiendo un tratamiento estadístico.

Es de nivel aplicativo porque los resultados contribuirán a mejorar e incorporar estrategias que permitan brindar un cuidado integral con la participación de la familia.

El método que se utilizó fue el descriptivo, por la característica de la variable en estudio ya que se describió las actitudes de la familia hacia el paciente con esquizofrenia.

Transversal porque él estudió tuvo un corte en un momento determinado de tiempo, y espacio.

2.2.2 POBLACIÓN

El presente estudio se realizó en el servicio de Psiquiatría 1 del Hospital Víctor Larco Herrera situado en la Av. El Ejercito No. 600 Magdalena del Mar.

El área de hospitalización según el Reglamento de Organización y Función es vigente ,está conformado por departamentos: el departamento de psiquiatría de varones N° 1, el departamento de adicciones N° 18, el departamento de rehabilitación conformado por los servicios 2,4,5,7,8,9,12 y 13 y la Unidad de Cuidados Especiales (UCE).

Además ofrece los servicios de Odontología, Radiología, exámenes auxiliares (laboratorio), electroencefalografía y electrocardiograma, servicio de ambulancia entre otros, destinados a la población cautiva.

El departamento de Enfermería es un órgano intermedio y depende directamente de la Dirección General; los servicios de Psiquiatría 1 y 20 cuentan con 15 profesionales de enfermería cada uno, la capacidad instalada es de 60 camas en cada servicio, dividido en 3 áreas: iniciales, intermedios y pre alta, el tiempo promedio de hospitalización es de un mes y otros 2 meses por motivos ajenos a la evolución de la enfermedad, el diagnóstico más frecuentes en estos pabellones es la esquizofrenia.

La población estuvo constituida por 75 familiares de los pacientes que se encuentren internados en el departamento de psiquiatría pabellón 1 de varones.

Los horarios de visitas de los familiares a los pacientes hospitalizados son los días miércoles, sábados, domingos de 2 a 4 de la tarde. En el caso de tener que visitar al paciente fuera del horario establecido se podrá ingresar con permiso expedido por el médico

2.2.3 MUESTRA

La muestra se obtuvo mediante el muestreo probabilístico aleatorio simple con una confiabilidad muestral del 95% y con un error muestral del 10%, quedando conformado por una cantidad de 37 familiares. (Ver anexo B). La selección de la unidad muestral fue de manera intencional, se consideró la llegada de los familiares a la visita, previa coordinación con ellos y según el cumplimiento de los criterios de inclusión

2.2.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Madre, padre o hermanos(as) del paciente hospitalizado que asuman la responsabilidad directa del tratamiento y cuidado del paciente.
- Esposa del paciente hospitalizado que asuma la responsabilidad directa del tratamiento y cuidado del paciente.
- Participantes mayores de 20 años a mas
- Familiar de sexo femenino y masculino.
- Familiar que no presenten problemas mentales (lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona).
- Familiar de pacientes hospitalizados más de una vez como mínimo.
- Familiar que acepten participar en el estudio.
- Familiar que firmen el consentimiento informado.

2.2.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Madre, padre o hermanos(as) del paciente hospitalizado Familiar que presenten una discapacidad mental.
- Familiar que hable una lengua distinta al castellano.
- Familiar de pacientes hospitalizados por primera vez.

2.2.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento de recolección de los datos fue una escala tipo Likert modificada, que consto de una introducción, instrucciones, datos generales y el

contenido con 30 ítems y con 3 alternativas de respuesta: de acuerdo, indiferente y desacuerdo. (Ver anexo C)

2.2.7 PROCESO DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para la aplicación del instrumento se realizó los trámites administrativos mediante un oficio dirigido al Director del Hospital Nacional Víctor Larco Herrera para la respectiva autorización.

La recolección de datos se realizó durante las primeras semanas del mes de enero 2015 según cronograma establecido, considerando 20 minutos aproximadamente para su aplicación, previa firma del consentimiento informado.

Luego de la recolección de datos estos fueron procesados de forma manual mediante un sistema de paloteo a una tabla matriz codificada.

Para la presentación análisis e interpretación de los resultados se utilizó gráficos y cuadros estadísticos.

Para la medición de la variable se elaboró una tabla de códigos asignándole un valor de 1 a 3 a las proposiciones negativas y de 3 a 1 a las proposiciones positivas. (Ver anexo F)

Proposición positiva:

- De acuerdo:3
- Indiferente:2
- Desacuerdo:1

Proposición negativa:

- De acuerdo:1
- Indiferente:2

- Desacuerdo:3

Para la medición de la variable en forma general se aplicó la escala, obteniéndose los siguientes resultados:

- Desfavorable
- Medianamente favorable
- Favorable

2.2.8 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

El instrumento fue sometido a validación a través del grupo de 8 jueces expertos que fueron profesionales del área de salud entre enfermeras docentes, asistenciales y administrativas cuyos aportes nos ayudaron a realizar adecuaciones o mejorías respectivas, posteriormente se aplicó la prueba binomial. (Ver anexo E)

2.2.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para el desarrollo del estudio se tomaron en cuenta las consideraciones éticas básicas sobre el consentimiento informado y la confidencialidad de los datos obtenidos a los familiares del paciente con esquizofrenia. Haciéndoles conocer el uso que se le dará a los resultados, teniendo libertad de decisión para participar, no hubo presión ni persuasión para su participación. (Ver anexo D)

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos luego de haber aplicado el instrumento de recolección de datos a los familiares de los pacientes del pabellón 20 hospitalización varones del Hospital Víctor Larco Herrera, los mismos que fueron procesados y presentados en gráficos a fin de realizar el análisis e interpretación utilizando para ello el marco teórico correspondiente, con la finalidad de determinar las conclusiones del estudio.

1. Datos generales

En el presente estudio participaron un total de 37 familiares de los pacientes hospitalizados del pabellón 20. De las cuales la mayoría 18 (48.6%) se encuentra en la etapa adulto joven y 12 (32.4%) abarca la etapa adulta (Ver anexo I).

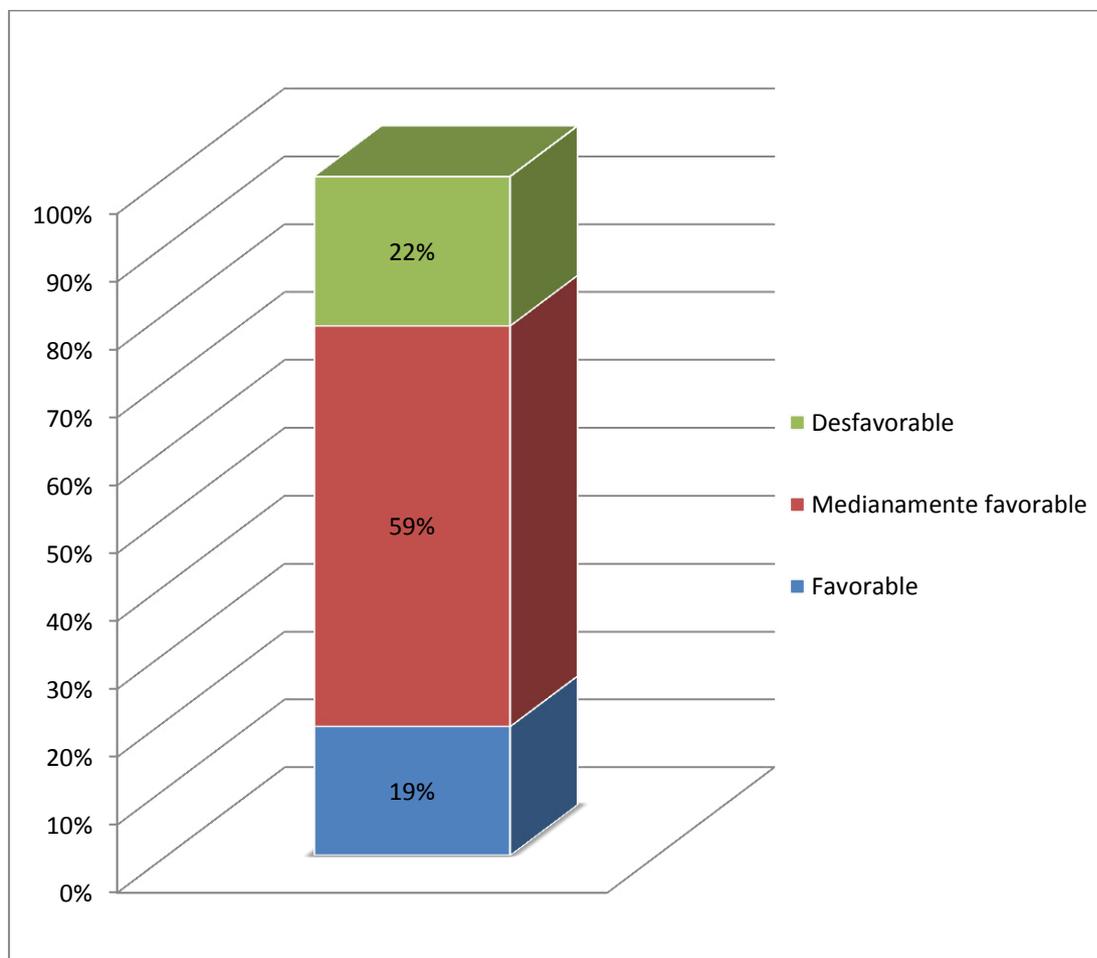
En relación al sexo predomina el femenino 23 (62.2%); una mayoría significativa 18 (48.6%) tienen estudios secundarios y son mayormente convivientes 14 (37.8%); sobre el parentesco se evidencio que en un porcentaje significativo 15 (40.5%%) son las esposas de los pacientes (Ver anexo K).

En cuanto a los números de hospitalizaciones del paciente con esquizofrenia el mayor porcentaje es de 24 (65.1%) con 2 a 3 veces de hospitalización, seguido de 13 (34.9%%) con más de 3 veces de hospitalización (Ver anexo J).

2. Datos específicos

GRAFICO 1

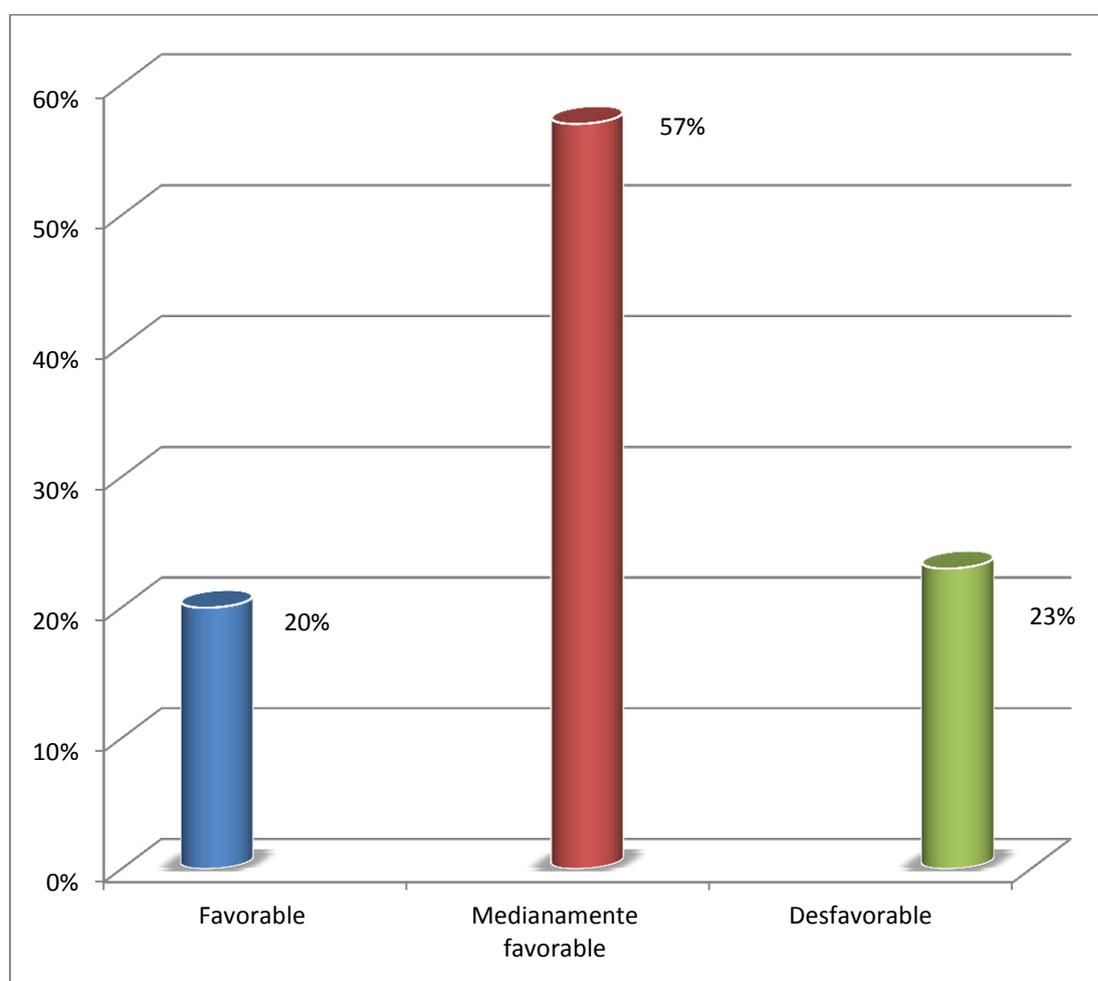
**ACTITUD DE LA FAMILIA HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL DE
PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ESQUIZOFRENIA EN EL
HOSPITAL NACIONAL VÍCTOR LARCO HERRERA
LIMA - PERU
2015**



En el **gráfico N° 1** se evidencia que del total de encuestados 37 (100%) el 22 (59%) presentan una actitud medianamente favorable, 8 (22%) una actitud desfavorable y 7 (19%) actitud favorable.

GRAFICO 2

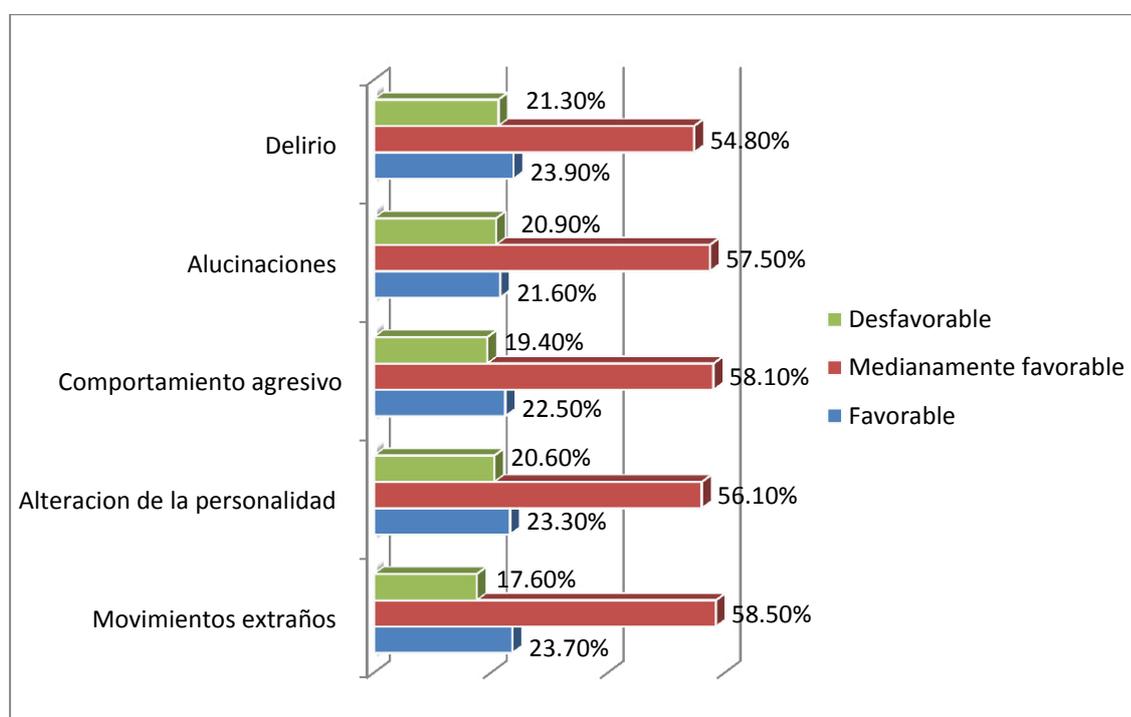
ACTITUD DE LA FAMILIA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ESQUIZOFRENIA FRENTE A LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD EN EL HOSPITAL NACIONAL VÍCTOR LARCO HERRERA LIMA - PERU 2015



En el **gráfico Nº 2** se evidencia que del total de encuestados 37 (100%) el 21 (57%) presentan una actitud medianamente favorable frente al diagnóstico del paciente, 9 (23%) una actitud desfavorable y 7 (20%) actitud favorable.

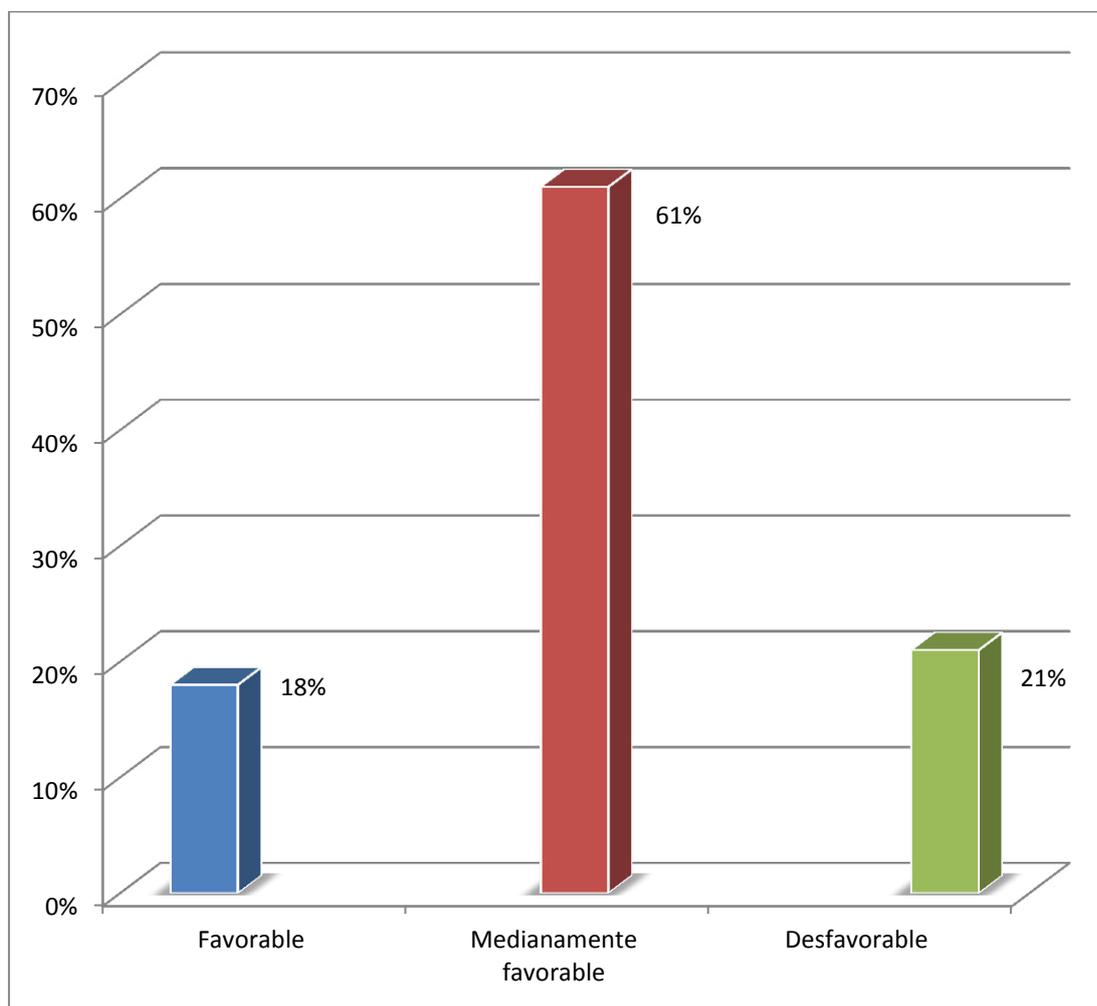
GRAFICO 3

**ACTITUD DE LA FAMILIA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS
CON ESQUIZOFRENIA FRENTE A LAS MANIFESTACIONES
CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD SEGÚN SUS
INDICADORES EN EL HOSPITAL NACIONAL
VÍCTOR LARCO HERRERA
LIMA - PERU
2015**



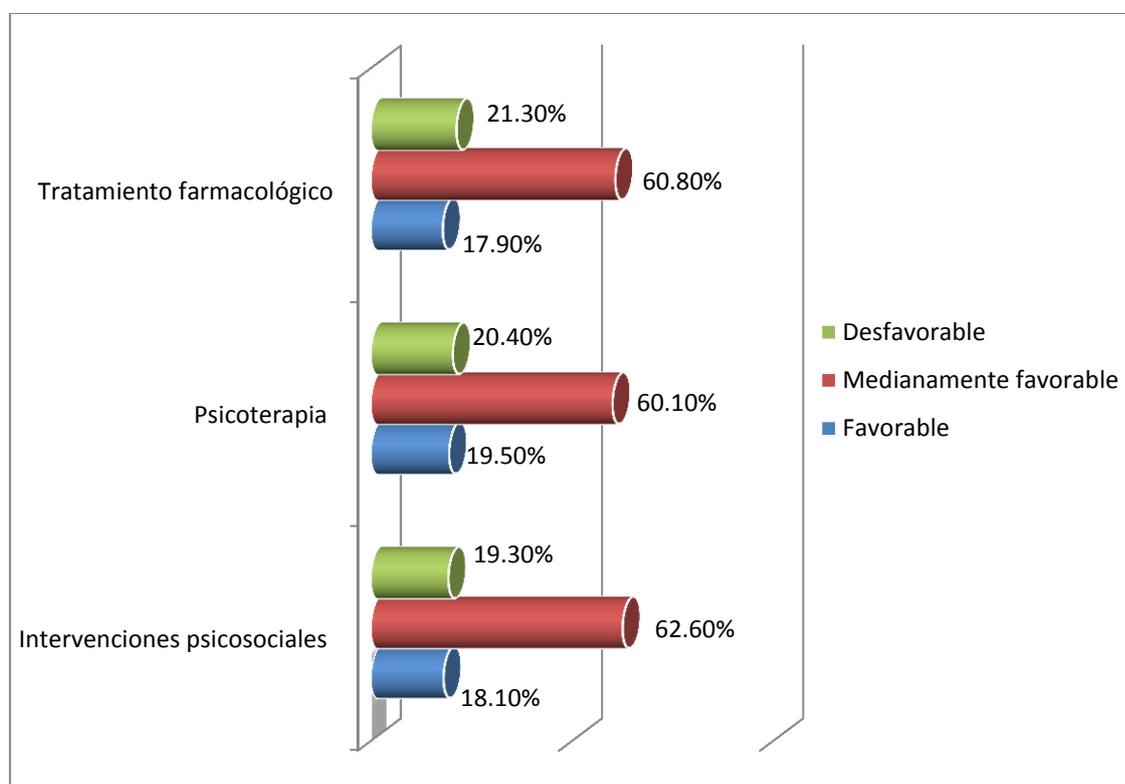
En el **gráfico N° 3** se evidencia que del total de encuestados 37 (100%) un 58.5% presenta una actitud medianamente favorable respecto a los movimientos extraños y un 23.7% favorable; en relación al comportamiento agresivo el 58.1% presenta una actitud medianamente favorable y un 22.5% favorable; sobre las alucinaciones el 57.5% presenta una actitud medianamente favorable, el 21.6% favorable; en referencia a la alteración de la personalidad el 56.1% tiene una actitud medianamente favorable y el 23.3% favorable; y referente al delirio el 54.8% tiene una actitud desfavorable y el 23.9% favorable.

GRAFICO 4
ACTITUD DE LA FAMILIA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON
ESQUIZOFRENIA FRENTE AL TRATAMIENTO DE LA
ENFERMEDAD EN EL HOSPITAL NACIONAL
VÍCTOR LARCO HERRERA
LIMA - PERU
2015



En el **gráfico N° 4** se evidencia que del total de encuestados 37 (100%) el 23 (61%) presentan una actitud medianamente favorable frente al tratamiento del paciente, 8 (21%) una actitud desfavorable y 6 (18%) actitud favorable.

GRAFICO 5
ACTITUD DE LA FAMILIA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON
ESQUIZOFRENIA FRENTE AL TRATAMIENTO DE LA
ENFERMEDAD SEGÚN SUS INDICADORES EN
EL HOSPITAL NACIONAL VÍCTOR
LARCO HERRERA
LIMA - PERU
2015



En el **gráfico N° 5** se evidencia que del total de encuestados 37 (100%) un 62.6% presenta una actitud medianamente favorable respecto a las intervenciones psicosociales y un 19.3% desfavorable; en relación al tratamiento farmacológico el 60.8% presenta una actitud medianamente favorable y un 22.3% desfavorable; y referente a la psicoterapia el 60.1% presenta una actitud medianamente favorable y el 20.4% desfavorable.

3.2 DISCUSIÓN

La esquizofrenia es un trastorno cerebral crónico, severo e incapacitante que ha afectado a las personas a lo largo de la historia. Es uno de los padecimientos más severos a nivel mundial, es considerada como una patología de alta complejidad, que afecta la cognición, las emociones, la percepción y otros aspectos del comportamiento, conllevando a alteraciones físicas, psicosociales y laborales.³²

Las personas con este padecimiento pueden hablar sin sentido, pueden sentarse durante horas sin moverse ni hablar e incluso puede parecer que se sienten perfectamente bien hasta que expresan lo que verdaderamente están pensando. Escuchan voces que otros no escuchan o piensan que los demás pueden leer su mente, controlar sus pensamientos o confabular para hacerles daño. Y esto puede aterrorizarlas y convertirlas en personas retraídas y fácilmente irritables.³³

Esta enfermedad tan compleja no sólo afecta al paciente sino también a la familia, generando en primer lugar un impacto emocional el cual trae consigo sentimientos como: irritabilidad, angustias, trastornos del sueño, trastornos afectuosos, fobias, y en mucho de los casos dependencias de sustancias psicoactivas; también producen problemas económico, pues surgen gastos excesivos por los medicamentos, la manutención del enfermo, otro aspecto importante es el costo físico, que genera en los familiares el extremo cansancio, deficiente alimentación originada por la preocupación, entre otros; y finalmente se tiene un efecto negativo en lo social, por la tensión que origina la

estigmatización, aislamiento y falta de integración social por vergüenza o rechazo de tener un familiar esquizofrénico.

El paciente con esquizofrenia necesita apoyo de un gran número de personas en diferentes roles. Entre ellas están los familiares y los profesionales de la salud como el Psiquiatra, el profesional de enfermería, entre otros.

En este sentido el profesional de enfermería, se caracteriza por brindar un servicio humano, apoyado por la psicología, cuyo objetivo principal es la provisión de cuidados, mediante una relación interpersonal, destinados a satisfacer las necesidades de salud y autocuidados del individuo, familia y comunidad.

En consecuencia, la relación de la enfermera (o) con el paciente debe ser no sólo de agente técnico y científico sino fundamentalmente moral, lo que incide en que el personal de enfermería juega un papel importante en el logro de resultados positivos en el paciente o familia, tales como el incremento del conocimiento en aspectos de salud, mantenimiento de la salud, recuperación y otros tendientes a lograr su equilibrio, bienestar y/o satisfacción.³⁴

En relación a ello los resultados en el presente trabajo de investigación evidencian que la mayoría de encuestados tiene una actitud medianamente favorable hacia la enfermedad del paciente hospitalizado con esquizofrenia (Ver gráfico 1) en relación a las manifestaciones clínicas de la enfermedad y al tratamiento. Resultados que pueden ser comparados con los hallados por Milagros Jennifer Nolasco Villa, en este estudio la mayoría de los familiares presentan

actitud favorable hacia el cuidado integral del paciente con esquizofrenia, lo que conlleva a evidencia que la familia influye mucho en la salud y en la enfermedad.

El papel de los familiares con el enfermo es atenderlo en toda su capacidad para ayudar, confrontar y promover su desarrollo y para que esta participación sea efectiva es necesario que esta sea adecuada y orientada permanentemente.³⁵

Por lo que el profesional de enfermería debe desempeñar un rol fundamental no solo en el cuidado del paciente hospitalizado, sino también en el ámbito familiar, ya que en muchas ocasiones los familiares se sienten confundidos, temerosos y no saben cómo actuar ante diferentes situaciones.

Así mismo en relación a la actitud que tienen los familiares frente a las manifestaciones clínicas de la enfermedad es medianamente favorable, respecto al delirio, alucinaciones, comportamiento agresivo, alteración de la personalidad y movimientos extraños (Ver gráfico 2 y 3). Dichos resultados pueden ser comparados por los hallados por Cristian Eduardo Treviño Guerson, que menciona que la actitud de la familia hacia el paciente con una enfermedad mental influye de manera sobresaliente en relación a la severidad sintomática, por lo cual que se puede deducir que los familiares cumplen una función de suma importancia en la recuperación del paciente esquizofrénico.

Las funciones que tiene la familia en relación a sus miembros es muy importante, ya que uno de los temores que con mayor frecuencia por el cual sufren los pacientes esquizofrénicos, provienen del sentimiento de

pertenecer a un grupo y creer que nadie desea su compañía; pero la situación de la familia con un miembro diagnosticado de esquizofrenia, influye en cada uno de los integrantes, modificando su rol o funciones, ya que la familia se mueve como un sistema social en un conjunto, entonces sus reacciones dependerán de las mayorías de los casos del pronóstico de dicha enfermedad.

Llanos Moreno y Marilú Elsa en el estudio que realizaron en el 2010, llegaron a la conclusión que existe necesidad de orientar, educar e involucrar a los familiares en el tratamiento y cuidado de los pacientes con esquizofrenia.³⁶

Ante ello el profesional de enfermería debe de estar preparado y capacitado para valorar lo que ellos necesitan y desean conocer y ser capaz de dar información suficiente para incrementar los conocimientos y estrategias de afrontamiento y disminuir su nivel de ansiedad sin abrumarlos, con el objetivo de fomentar un cuidado oportuno.

Del mismo modo sobre la actitud que tienen los familiares frente a al tratamiento de la enfermedad es medianamente favorable, respecto a las intervenciones psicosociales, la psicoterapia y el tratamiento farmacológico (Ver gráfico 4 y 5). Resultados comparados con los encontrados por Nolasco Villa, en este estudio la mayoría de los familiares presentan una actitud favorable hacia el cumplimiento del tratamiento, lo cual contribuye a la prevención de crisis y recaídas, así como también favorecen el control de la sintomatología de la enfermedad.

Los tratamientos ayudan a aliviar muchos síntomas de la esquizofrenia, pero en la mayoría de los casos las personas tienen que lidiar con ellos a lo largo de toda la vida. Estos tratamientos ayudan a las personas a afrontar los desafíos diarios de la enfermedad, como dificultad con la comunicación, el cuidado personal, el trabajo y las relaciones con los demás. Aprender y usar mecanismos para hacer frente a estos problemas les permite a las personas con esquizofrenia socializarse y 00000

Los familiares pueden ayudar a sus seres queridos a seguir el tratamiento y a tomar los medicamentos cuando vuelven a su casa. Si los pacientes dejan de tomar los medicamentos o de acudir a las visitas de seguimiento, los síntomas pueden volver. De hecho, en algunos casos, los síntomas tienden a empeorar cuando las personas abandonan los medicamentos y el tratamiento. Esto es peligroso, porque pueden perder la capacidad de cuidarse a sí mismas. Incluso algunas personas terminan en la calle o en prisión, donde rara vez reciben el tipo de ayuda que necesitan.³⁸

Por ello es importante promover la participación de la familia en el cuidado del paciente durante su hospitalización porque esto nos va a permitir brindar apoyo y formar vínculos sociales con su entorno y familia que a la vez van a mantener relaciones de ayuda para acompañar al paciente a salir de su situación problemática.

El desafío para los familiares es encontrar nuevas maneras de amar a sus pacientes. El amor de los familiares no debe basarse solamente en quiénes solían ser o en la esperanza de que algún día estarán bien. Ellos necesitan sentir que sus familiares los aman hoy y que reconocen

que hoy están enfermos. Si son capaces de amarlos y aceptarlos como enfermos, es más probable que ellos acepten su enfermedad y sus limitaciones.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

Los hallazgos generados a partir de este estudio permiten concluir que:

- ✓ La actitud hacia la enfermedad mental en la familia de pacientes hospitalizados con esquizofrenia en el Hospital Nacional Víctor Larco Herrera es medianamente favorable.
- ✓ Las actitudes de la familia de pacientes hospitalizados con esquizofrenia frente a las manifestaciones clínicas presentan una actitud medianamente favorable sobre aspectos como el delirio, alucinaciones, comportamiento agresivo, alteración de la personalidad y movimientos extraños.
- ✓ Las actitudes de la familia de pacientes hospitalizados con esquizofrenia frente al tratamiento es medianamente favorable sobre aspectos como el tratamiento farmacológico, la psicoterapia y las intervenciones psicosociales.

4.2 Recomendaciones

Las recomendaciones derivadas del estudio son:

- ✓ Para mejorar las actitudes de la familia se recomienda sensibilizar a los mismos, a través de programas educativos que les oriente sobre las posibles consecuencias que puede generar

el hecho que los pacientes esquizofrénicos no cuentan con el apoyo familiar.

- ✓ El estudio puede ser ejecutado en otros contextos culturales, geográficos o temporales, que permitan hacer comparaciones en torno a la actitud de la familia.
- ✓ Que se realice un estudio de corte cualitativo que permita abordar a mayor profundidad el tema.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Cook J.S. "Enfermería Psiquiátrica" 2da ed. internacional Mac GRAW- HIL Ed. España 1993
2. Cárdenas E, Adrianzen C y Mazzotti G. "costos y calidad de vida en esquizofrenia" Rev. neuropsiquiatría. UPCH. 60 (supl I): S81-S93. 1997.
3. Merison M. "Fundamentos de la Psiquiatría en Salud Mental y la Familia. España Ed. Harcourt brece año 1999.
4. Enfermeras del Instituto enseñan cuidado y manejo del paciente para evitar recaídas y abandono del tratamiento. [Consulta 30 de abril de 2015]. Disponible en: el <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16093>
5. Miles en el país con esquizofrenia. [Consultada 23 de marzo del 2015]. Disponible en <http://peru21.pe/noticia/465190/peru-mas-280-mil-esquizofrenia>
6. Enfermeras del Instituto enseñan cuidado y manejo del paciente para evitar recaídas y abandono del tratamiento. [Consulta 30 de abril de 2015]. Disponible en: el <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16093>
7. PERÚ 21. "Perú: más de 280 mil con esquizofrenia". [Consulta 5 de mayo de 2015]. Disponible en <http://peru21.pe/noticia/465190/peru-mas-280-mil-esquizofrenia>
8. En el Perú solo hay 380 psiquiatras. [Consulta febrero de 27de 2015]. Disponible en <http://www.minsa.gob.pe>
9. Viguria. S. L. "Intervención de la Enfermera y la familia en Psiquiátrica" 3 era ed. Perú. 1999
10. El rol de la enfermera en la salud mental. [Consulta en junio del 2015]. Disponible en <http://roldeenfermeriaenlasaludmental.blogspot.pe/>
11. Nolasco Villa, M. J. "Actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar. HVLH". UNMSM. Para optar título profesional de enfermería. Lima. 2015.
12. Toro, G.R. "Manual de Psiquiatría" 3ra.ed Colombia. Ed Bogotá .1997.
13. Fornés, V.J. "Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría". Médica Panamericana. Ed. 2005.

14. Campo R, Yllá S, González P. A y Bardají S. "actitudes hacia la enfermedad mental en familiares de enfermos mentales". España. 2010.
15. Leonardo Y, Álvarez R y Orlando A. "Actitudes hacia el trastorno mental y la búsqueda de ayuda psicológica profesional en un grupo de adultos intermedios de la ciudad de Bucaramanga". Colombia. 2009.
16. Arrillaga A, Sarasqueta E, Ruiz F y Sánchez E. "Actitudes del personal sanitario de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de salud mental". España. 2006.
17. Treviño G. E. "Actitud hacia la enfermedad mental en familiares de pacientes con esquizofrenia y su relación con la severidad sintomática". México. 2005.
18. Nolasco Villa, M. J. "Actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar. HVLH". UNMSM. Para optar título profesional de enfermería. Lima. 2015.
19. Llanos M y Marilú E. "Actitudes de los Familiares de Pacientes con Esquizofrenia y Nivel de Conocimiento sobre la Enfermedad, Hospital Hermilio Valdizán". Para optar título profesional de enfermería. UNMSM. Lima. 2010
20. Aparicio Delgado A. M. "Vivencias de la familia frente al cuidado de una persona con esquizofrenia, atendida en el Hospital Hermilio Valdizán". UNMSM. Lima. 2010.
21. KAPLAN Y SANDOCK. "Sinopsis de Psiquiatría." Edit: L WW. 10° edic. España. 2008.
22. BRUCE África, MD, FREUDENREICH Oliver. Treatment of Patients With Schizophrenia. 2° ed. 2004.
23. Esquizofrenia OMS. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
24. Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la OMS. Disponible en http://www.psicoarea.com/cie_10.htm#20
25. Rebeca S.L "Enfermería Psiquiatra y de Salud Mental Concepto Básico" 6ta ed. McGraw-Hill-Interamericana Ed. España 2007.
26. Guía para al atención de trastornos mentales. Disponible en http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/guia_psicoeducativa.pdf

27. Runte Geidel, A. "Estigma y esquizofrenia: qué piensan las personas afectadas y sus cuidadores". 2005.
28. Jaspers K. Psicopatología General, 3ra. Edición, Ed. Beta, Buenos Aires. 1993. Pág. 523.
29. Ministerio de salud. [Consulta el 12 de mayo de 2015]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/notas_auxiliar.asp?nota=12133
30. Zoch, C. "Las actitudes" Ed: Inter. Fost Costa Rica 2004 Cáp. VI
31. Ortega Mate, M. "Psicología social-las actitudes". Universidad de Cantabria. Ed. Moral. Madrid. 1998.
32. Instituto Nacional de la Salud Mental. Departamento De Salud y Servicios Humanos De los Estados Unidos. Publicación de NIH núm. SP 11-3517.
33. Zullino DF, Waber L, Khazaal Y. Cannabis. "Curso de la esquizofrenia. American Journal of Psychiatry". 2008; 165(10):1357-1358.
34. Muñoz J, Pérez S, Pérez L. Actitudes de médicos y enfermeros hacia la integración de la salud mental en atención primaria. Aten Primaria 1993; 11:134-6.
35. Mira J, Fernández-Gilino E. "Desde el punto de la familia, ¿son útiles las nuevas unidades de salud mental? 1999:14:717-23.
36. Llanos M y Marilú E. "Actitudes de los Familiares de Pacientes con Esquizofrenia y Nivel de Conocimiento sobre la Enfermedad, Hospital Hermilio Valdizán". Para optar título profesional de enfermería. UNMSM. Lima. 2010
37. Mueser KT and McGurk SR. Schizophrenia. Lancet. 2004 Jun 19; 363(9426):2063-2072.
38. Tizón JL. "Notas sobre la relación de apoyo y colaboración de la familia frente a la esquizofrenia". Aten Primaria 2001; 16:105-14.

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo		Pg.
A	Matriz operacionalizacion de la variable	IV
B	Calculo de la muestra	V
C	Instrumento (Escala Tipo Likert Modificada)	VII
D	Consentimiento informado	VIII
E	Tabla de concordancia de juicio de expertos y prueba binomial	IX
F	Tabla de códigos	X
G	Tabla de matriz de los encuestados	XI
H	Medición de la variable escala de stanones	XII
I	Edad y sexo de los familiares que tienen un familiar hospitalizado con esquizofrenia en el Hospital Nacional Víctor Larco Herrera Lima-Perú 2015	XIII
J	Numero de hospitalizaciones de los paciente con esquizofrenia del pabellón 20 del Hospital Nacional Víctor Larco Herrera Lima-Perú 2015	XIV
K	Datos generales de los familiares que tienen un familiar hospitalizado con esquizofrenia en el Hospital Nacional Víctor Larco Herrera Lima-Perú 2015	XV
L	Categorías finales de la actitud de los familiares frente al diagnóstico según indicadores de los pacientes hospitalizados con esquizofrenia del Hospital Nacional Víctor Larco Herrera Lima-Perú 2015	XVI

M	Categorías finales de la actitud de los familiares frente al tratamiento según indicadores de los pacientes hospitalizados con esquizofrenia del Hospital Nacional Víctor Larco Herrera Lima-Perú 2015	XVII
N	Cronograma de Gantt	XVIII
O	Recursos materiales, humanos y financieros	XIX

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEF. CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	DEF. OPERACIONAL DE LA VARIABLE	VALOR FINAL
Actitud hacia la enfermedad mental de la familia del paciente hospitalizado con esquizofrenia.	Es una predisposición psicológica interna por parte de los familiares de pacientes con esquizofrenia hospitalizados, hacia el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y sus implicancias, que constituyen formas organizadas de pensar, sentir y actuar ante los objetos, fenómenos, personas, grupos, manifestándose en tres categorías: cognitivo, afectivo y conductual.	<p>Manifestaciones clínicas</p> <p>Tratamiento</p>	<p>Delirio</p> <p>Alucinaciones</p> <p>Comportamiento agresivo</p> <p>Alteración de la personalidad</p> <p>Movimientos extraños</p> <p>Tratamiento farmacológico</p> <p>Psicoterapia</p> <p>Intervenciones psicosociales</p>	Es la aceptación o rechazo que presentan los familiares hacia el tratamiento del paciente con esquizofrenia que será medido por medio de una escala tipo Likert modificado en favorable, medianamente favorable y desfavorable	<p>Favorable.</p> <p>Medianamente favorable</p> <p>Desfavorable.</p>

ANEXO B

OBTENCIÓN DE LA MUESTRA

A.- Tamaño de la Muestra

$$N = \frac{Z^2 \cdot n \cdot pq}{i^2 \cdot (n-1) + Z^2 \cdot pq}$$

Dónde:

N: Tamaño de muestra.

n: Número total de familiares

Z: Nivel de confianza. (95% = 1,96)

p: Proporción de casos de la población que tienen las características que se desean estudiar.

q: 1 – p Proporción de individuos de la población que no tienen las características de interés y por tanto representa la probabilidad de obtener al azar un individuo sin esas características.

i^2 : Error muestral.

$$Z = 95\% = 1.96$$

$$p = 0.5$$

$$q = (1 - p) = 0.5$$

$$i^2 = 0.1$$

$$N = \frac{(1.96)^2 (60) (0,25)}{(0.1)^2 (59) + (1.96)^2 (0.25)} = 37.1671$$

$$N = 37$$

La muestra que se obtiene es de 37 familiares

ANEXO C

ESCALA DE LICKERT MODIFICADA

INTRODUCCION

Estimado Sr., Sra., Srta.; buenos días, mi nombre es Leydi Zuleyka Mariño Pacheco, interna de enfermería de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la U.N.M.S.M., en esta oportunidad me es grato dirigirme a Ud., para hacerle llegar el presente cuestionario que tiene como finalidad obtener información sobre su apreciación en torno a las actitudes que ustedes tienen frente a un familiar hospitalizados con esquizofrenia. Este instrumento es **ANÓNIMO** y los resultados que se obtengan serán de uso exclusivo para la investigación. Agradezco anticipadamente su colaboración.

DATOS GENERALES

Familiar:

- Edad:.....años.
- Sexo: F () M ().

Grado de Instrucción:

- Primaria ()
- Secundaria ()
- Superior ()

Numero de hospitalizaciones de su familiar

- 2-3 ()
- 4-5 ()
- 6 A más ()

Estado Civil:

- Soltero(a) ()
- Casado(a) ()
- Conviviente ()
- Viudo(a) ()
- Separado(a) ()
- Divorciado(a) ()

Grado de Parentesco:

- Esposo (a) ()
- Hijo (a) ()
- Madre ()
- Padre ()
- Otros.....

INDICACIONES

A continuación se le presenta una lista de enunciados, los cuales deberá responder, marcando con una equis (x) la casilla correspondiente a la columna que considere correcta, utilizando los siguientes criterios

- ✓ De acuerdo
- ✓ Indiferente
- ✓ Desacuerdo

Nº ítem	Enunciado	De acuerdo	Indiferente	Desacuerdo
1	La esquizofrenia no se puede curar solo puede controlarse	x		

En este caso la persona está **De acuerdo** en que la que la esquizofrenia no se puede curar solo puede contralarse

CONTENIDO

Nº	ÍTEMS	De Acuerdo	Indiferente	Desacuerdo
1	Es impórtate que el paciente cuide su apariencia física (se bañe, use ropa limpia, etc.) en todo momento			
2	Es poco importante que el paciente asista a las terapias psicosociales.			
3	Siento que le puedo dedicar tiempo a mi familiar y aun así tener tiempo para mí.			
4	Me preocupa cuando me dice que hay alguien que le está siguiendo a todas partes			
5	Es importante mantener en ambiente agradable y limpio.			
6	Me asusta mucho cuando me dice que escucha voces dentro de su cabeza.			
7	Que fracase en el tratamiento de electroshock me importa poco.			
8	Se preocupa si el paciente tiene aún conductas agresivas.			
9	Me interesa un poco el tipo de tratamiento farmacológico que recibe			
10	Se interesa si volvió a recaer y es nuevamente hospitalizado.			
11	El apoyo de la familia es muy importante para que el paciente pueda afrontar mejor su tratamiento.			
12	El tratamiento de la esquizofrenia solo ayuda controlar la enfermedad no a curarla.			
13	Le interesa poco si su familiar se esté recuperando.			
14	Se siente angustiado al enterarse que el tratamiento que debe recibir es largo.			
15	Acompañarlo durante su proceso de rehabilitación le resulta agradable			
16	Se interesa mucho si su familiar aun presenta movimientos extraños.			
17	Es importante que el paciente reciba todos los medicamentos prescritos.			
18	Le interesa poco si su paciente pierda la capacidad de asociar ideas.			
19	Le es indiferente si su familiar se aislé de sus seres más cercanos.			
20	Le preocupa el abandono del tratamiento que está recibiendo			
21	Le preocupa cuando se queda encerrado en su habitación y evita la compañía de los demás.			
22	Le causa interés el tratamiento psicológico que recibe el paciente			
23	Es impórtate que el paciente realice diversas actividades como cantar, bailar, entre otros durante su rehabilitación.			
24	Ir a visitar a mi familiar al hospital consume todo mi tiempo del día y ya no puedo realizar otras actividades			
25	Me siento cansado cuando voy a visitar a mi familiar o a llevarle medicamentos			
26	Le asusta saber que algún día el paciente volverá a su hogar.			
27	Le importa poco o nada sus cambios bruscos de humor,			
28	Le resulta agradable ver a su familiar que mejora cada vez que lo visita.			
29	Se siente angustiado cuando rechaza el tratamiento profesional o a la ayuda de los demás			
30	Le resulta poco agradable ir a visitar a su familiar.			

Muchas gracias por su participación...

ANEXO D
CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Buenos días mi nombre es Leydi zuleyka Mariño Pacheco interna de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en esta oportunidad estoy realizando una investigación cuyo objetivo es Determinar la actitud hacia la enfermedad mental de la familia de pacientes hospitalizados con esquizofrenia, el cual constara de un cuestionario con 30 preguntas y alternativas múltiple el cual deberá ser respondida en un lapso aproximado de 20 minutos.

Su participación es voluntaria y sus respuestas solo serán utilizadas con fines de la investigación guardándose el anonimato en todo momento.

Los resultados del estudio beneficiaran a la población ya que se implementaran estrategias de mejora a largo plazo.

Si los resultados del estudio son publicados, su identidad siempre permanecerá en el anonimato.

Por lo mencionado anteriormente, si usted está de acuerdo con participar en esta investigación proceda a escribir sus datos respectivos y firmar el consentimiento informado.

Apellidos y nombres:.....

DNI:.....

Firma del participante

ANEXO E

TABLA DE CONCORDANCIA DE JUICIO DE EXPERTOS Y PRUEBA BINOMIAL

Criterio	Jueces								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	0	1	1	1	0.035
5	1	0	1	1	1	1	1	1	0.035
6	1	1	1	0	1	1	1	1	0.035
7	0	1	1	1	1	1	1	1	0.035

Positiva =1 (**Si**)

Negativa =0 (**No**)

Si $P < 0.05$ la concordancia es significativa

Se encontró que la concordancia es significativa en los 7 criterios de la evaluación del cuestionario.

Se tomaron en cuenta las observaciones realizadas para la elaboración final del instrumento.

ANEXO F
TABLA DE CÓDIGOS

DATOS GENERALES	CÓDIGO
Edad (1)	
20-25	1
26-39	2
40-60	3
Sexo (2)	
Femenino	1
Masculino	2
Grado de instrucción (3)	
Primaria	1
Secundaria	2
Superior	3
Estado civil (4)	
Soltero	1
Conviviente	2
Casado	3
Viudo	4
Separado	5
Divorciado	6
Tipo de parentesco (5)	
Esposa	1
Hijo(a)	2
Madre, padre	3
Hermano(a)	4
Numero de hospitalización (6)	
2-3 veces	1
más de 3	2

DATOS ESPECÍFICOS	CÓDIGO
Enunciado positivo	
De acuerdo	3
Indiferente	2
Desacuerdo	1
Enunciado negativos	
De acuerdo	1
Indiferente	2
Desacuerdo	3

ANEXO G

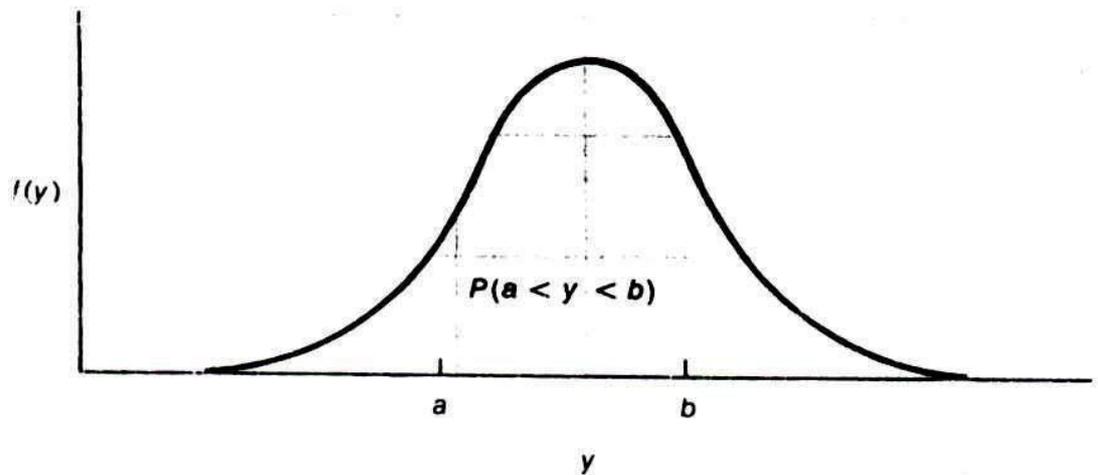
TABLA DE DATOS

Nº	Datos generales						Datos específicos																																
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24		25	26	27	28	29	30		
1	1	1	2	2	1	1	3	3	1	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	1	79		
2	2	1	1	3	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	51	
3	3	1	1	1	4	1	3	3	3	2	1	3	2	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	1	3	3	2	2	3	3	3	2	78		
4	1	1	2	2	1	1	3	2	3	2	1	3	1	1	1	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	1	73		
5	2	1	1	6	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2	3	67		
6	2	2	2	3	1	1	3	3	3	1	1	3	1	2	2	1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	3	3	61	
7	2	1	1	4	2	1	2	3	2	2	1	1	3	2	2	2	2	3	3	3	2	3	2	2	2	1	2	2	3	1	2	3	1	2	2	2	1	62	
8	2	2	3	6	3	1	2	2	2	3	3	2	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	3	2	1	2	1	2	2	2	3	2	3	56		
9	2	1	1	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	3	1	2	2	1	3	1	1	1	1	2	2	53	
10	1	1	2	2	1	1	3	3	1	2	3	2	2	3	1	2	3	2	3	3	2	2	3	3	3	2	1	1	3	2	3	2	1	1	3	3	68		
11	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	1	70		
12	2	1	2	2	3	1	2	3	1	3	3	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	3	2	2	1	1	1	1	3	3	2	1	1	1	2	50		
13	3	2	2	4	2	1	3	1	1	1	2	3	2	2	1	3	3	3	2	3	2	3	1	2	3	1	3	1	3	2	1	3	3	3	3	2	66		
14	1	1	2	1	1	1	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	2	3	3	3	1	2	3	3	3	2	2	3	2	3	1	74		
15	2	2	2	3	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	40	
16	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	3	2	1	3	1	2	1	1	3	3	1	2	2	3	1	1	1	3	2	2	3	1	1	2	2	54		
17	2	2	2	6	2	1	2	3	2	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3	1	2	1	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	76	
18	3	1	3	4	2	2	3	1	2	3	3	2	2	2	1	3	1	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2	1	3	2	2	2	1	2	2	2	64		
19	1	2	2	1	2	2	2	3	3	3	2	2	1	3	3	1	1	3	3	2	3	1	1	1	3	1	3	2	3	3	1	3	3	3	3	1	67		
20	2	2	1	3	3	1	2	1	3	2	3	1	1	2	1	3	3	1	2	2	2	2	2	2	1	3	2	3	1	2	2	1	3	1	2	1	3	58	
21	1	1	3	2	4	1	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	1	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	1	2	2	2	3	1	66	
22	2	2	1	3	1	1	3	2	1	2	2	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	2	2	2	2	3	2	1	2	2	1	3	3	70
23	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	3	2	2	2	1	1	1	1	1	3	1	3	2	2	3	1	1	3	2	3	2	2	1	3	3	2	56		
24	2	2	2	2	3	2	3	3	2	2	2	2	1	3	2	2	3	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	3	2	3	2	2	1	63	
25	2	1	2	2	1	1	3	2	3	2	1	3	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	1	3	2	2	2	1	3	2	1	3	2	62	
26	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	1	3	1	73	
27	2	1	1	5	1	1	2	1	2	3	3	1	2	1	1	2	2	3	1	2	2	1	1	2	2	3	2	2	1	3	2	2	1	2	3	1	56		
28	2	1	3	2	3	1	3	3	2	2	2	2	1	3	3	1	2	3	1	3	2	1	1	3	3	1	2	3	1	2	1	3	1	2	3	2	62		
29	2	1	2	1	1	2	3	2	1	3	3	2	3	1	2	3	3	1	3	3	3	3	3	1	3	2	1	1	3	3	2	3	3	3	2	3	72		
30	3	1	2	2	1	1	2	3	2	1	2	3	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	3	2	3	3	3	2	2	1	2	1	57		
31	1	2	2	4	1	2	3	3	2	1	2	2	2	2	3	2	1	2	1	1	2	1	2	2	3	2	2	3	2	2	1	3	2	2	3	3	62		
32	2	2	3	3	3	1	2	3	3	1	1	2	3	2	3	3	2	1	3	2	2	3	3	3	2	3	2	1	3	1	1	3	2	3	2	1	66		
33	2	1	2	1	2	1	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	2	3	3	1	2	3	2	3	1	76		
34	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	3	48	
35	1	1	3	1	1	1	3	3	2	1	1	2	1	3	1	2	3	3	2	3	2	2	1	2	3	1	3	3	3	1	2	2	3	2	1	1	63		
36	3	2	2	2	4	2	1	1	1	3	3	1	2	1	1	1	3	1	1	2	1	3	3	1	2	1	1	2	2	1	2	1	1	3	2	1	49		
37	1	1	2	1	2	1	1	3	2	1	2	2	2	3	2	2	1	1	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	1	3	1	2	1	1	1	2	61	

ANEXO H

MEDICIÓN DE LA VARIABLE ESCALA DE STANONES

Para establecer los intervalos de se aplicó la Escala de Estanones en la campana de Gauss



Desviación Estándar: $S = \sqrt{\sum(x-\bar{x})^2 / N-1}$

Promedio: $\bar{X} = \sum x / N$

$a = \bar{X} - 0.75 (S)$

$b = \bar{X} + 0.75 (S)$

N = numero encuestados

CATEGORÍA	RANGO DE ESCALA GLOBAL
Favorable	71 – 90
Medianamente favorable	56.0225– 69.8675
Desfavorable	30 – 55

ANEXO I

EDAD Y SEXO DE LOS FAMILIARES QUE TIENEN UN FAMILIAR HOSPITALIZADO CON ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL NACIONAL VÍCTOR LARCO HERRERA LIMA-PERÚ 2015

RANGO DE EDAD	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
20 - 25	3	8.1%	4	10.9%	7	19%
26 - 39	4	10.8%	8	21.6%	12	32.4%
40 - 60	7	18.9%	11	29.7%	18	48.6%
TOTAL	14	37.8%	23	62.2%	37	100%

ANEXO J

**NUMERO DE HOSPITALIZACIONES DE LOS PACIENTE CON
ESQUIZOFRENIA DEL PABELLÓN 20 DEL HOSPITAL
NACIONAL VÍCTOR LARCO HERRERA
LIMA-PERÚ 2015**

NUMERO DE HOSPITALIZACIONES	PACIENTES	
2-3 veces	24	65.1%
Más de 3 veces	13	34.9%
TOTAL	37	100%

ANEXO K

DATOS GENERALES DE LOS FAMILIARES QUE TIENEN UN FAMILIAR HOSPITALIZADO CON ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL NACIONAL VÍCTOR LARCO HERRERA LIMA-PERÚ 2015

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FAMILIARES	
	Nº	%
Primaria	11	29.7%
Secundaria	18	48.6%
Superior	8	21.7%
TOTAL	37	100%
ESTADO CIVIL		
Soltero	10	27%
Conviviente	14	37.8%
Casado	7	18.9%
Viudo	3	8.1%
Separado	1	2.7%
Divorciado	2	5.5%
TOTAL	37	100%
TIPO DE PARENTESCO		
Esposa	15	40.5%
Hijo(a)	7	18.9%
Madre, padre	10	27%
Hermano(a)	5	13.6%
TOTAL	37	100%

ANEXO L

CATEGORÍAS FINALES DE LA ACTITUD DE LOS FAMILIARES FRENTE AL DIAGNÓSTICO SEGÚN INDICADORES DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL NACIONAL VÍTOR LARCO HERRERA LIMA - PERU 2015

INDICADOR	CATEGORÍA			TOTAL
	FAVORABLE	MEDIANAMENTE FAVORABLE	DESFAVORABLE	
	%	%	%	
Deliro	23.9%	54.8%	21.3%	100%
Alucinaciones	21.6%	57.5%	20.9%	100%
Comportamiento agresivo	22.5%	58.1%	19.4%	100%
Alteración de la personalidad	23.3%	56.1%	20.6%	100%
Movimientos extraños	23.7%	58.5%	17.8%	100%

ANEXO M

**CATEGORÍAS FINALES DE LA ACTITUD DE LOS FAMILIARES FRENTE
AL TRATAMIENTO SEGÚN INDICADORES DE LOS PACIENTES
HOSPITALIZADOS CON ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL
NACIONAL VÍTOR LARCO HERRERA
LIMA - PERU
2015**

INDICADOR	CATEGORÍA			TOTAL
	FAVORABLE	MEDIANAMENTE FAVORABLE	DESFAVORABLE	
	%	%	%	
Tratamiento farmacológico	17.9%	60.8%	21.3%	100%
Psicoterapia	19.5%	60.1%	20.4%	100%
Intervenciones psicosociales	18.1%	62.6%	19.3%	100%

ANEXO N CRONOGRAMA DE GANTT

Fecha	Enero				Febrero				Marzo, Abril y Mayo				Junio Y Julio				Agosto				Setiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Aprobación del proyecto	X	X	X																																	
Elaboración del instrumento				X	X	X	X																													
Validación del instrumento							X	X	X	X	X																									
Recolección de datos													X	X	X	X	X	X																		
Análisis de datos																	X	X	X	X	X															
Resultado y discusión																					X	X	X	X	X											
Conclusiones																									X	X	X	X								
Entrega del informe final																																	X	X	X	X

ANEXO O

PRESUPUESTO Y RECURSOS DISPONIBLES

PRESUPUESTO

El presupuesto total será:

RECURSOS	VALOR
Bienes	
Papelería en general	200:00
Materiales de oficina	150:00
Servicios	
Servicios diversos	500:00
Movilidad local	600:00
Servicios de impresión	350:00
Total	1800:00

RECURSOS DISPONIBLES

Recursos materiales:

- Internet
- Impresiones
- Folder
- Fotocopia
- Papel boom
- Lapiceros
- Movilidad
- Sede

Recursos humanos:

- Asesora de investigación
- Estadista
- Jueces expertos
- Psicólogo
- Siquiatra