



**Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina**



**Departamento de Psicología Médica,
Psiquiatría y Salud Mental**

Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

TÍTULO

**RESILIENCIA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN
EL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES CON
ESQUIZOFRENIA POSTERIOR A LA INTERVENCIÓN
PSICOEDUCATIVA.**

**PRESENTA LA TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA:**

MARICARMEN JIMÉNEZ COLÍN

Asesores:

Asesor Teórico

Asesor Metodológico

**DRA. RAQUEL MONTEJANO
LEON**

**DR. FELIX ARMANDO AMBROSIO
GALLARDO**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A Dios.

Por estar conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome la fortaleza necesaria para continuar, *por haberme permitido llegar hasta este punto y lograr mis objetivos.*

A mis padres y hermanas.

Por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, por su incondicional apoyo y cariño, en todos estos años de estudio y esfuerzo. Los quiero mucho.

A mis amigos.

Montse, Maga, Arge, Jael, Vero, Rosalía, Oscar, no importando la distancia, ni el tiempo transcurrido, siguen estando en mi corazón.

A ti Christian

Por estar conmigo durante estos años y darme tu amor, apoyo y aliento para seguir adelante. Te amo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	3
MARCO CONCEPTUAL	8
MATERIAL Y MÉTODOS	38
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	38
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	40
JUSTIFICACIÓN	40
HIPÓTESIS	41
OBJETIVOS	41
Objetivo General	41
Objetivos específicos	42
VARIABLES	43
TIPO DE ESTUDIO	44
POBLACIÓN DE ESTUDIO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	45
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	45
PROCEDIMIENTO	47
INSTRUMENTOS	48
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	53
CONSIDERACIONES ÉTICAS	53
RESULTADOS	55
DISCUSIÓN	75
CONCLUSIONES	86
REFERENCIAS	88
ANEXOS	92
CONSENTIMIENTO INFORMADO	92
OTROS ANEXOS	93

ABREVIATURAS

DSM-IV-TR mentales.	Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado.
RESI-M	Escala de Resiliencia Mexicana
CD-RISC	The Connor-Davidson Resilience Scale
RSA	The Resilience Scale for Adults
WOC-R	Ways of Coping Inventory
WCCL	Ways of Coping Checklist
CSI	Coping Scale Inventory
P	Estrategias centradas en los problemas
E	Estrategias centradas en las emociones
CAE	Cuestionario de Afrontamiento del estrés

LISTA DE TABLAS Y GRÁFICOS

Cuadro 1. Características sociodemográficas del grupo caso.	56
Gráficos 1-6. Características sociodemográficas del grupo caso (%).	57
Cuadro 2. Características sociodemográficas del grupo control.	58
Gráficos 6-12. Características sociodemográficas del grupo control (%) .	60
Cuadro 3. Resiliencia. Comparación de grupos.	62
Gráficos13-17. Resiliencia. Comparación de grupos.	63
Cuadro 4. Resiliencia. Significación estadística.	65
Cuadro 5. Modos de Afrontamiento. Comparación de resultados.	68
Gráficos 18-27. Resiliencia. Comparación de grupos.	70
Cuadro 6. Resiliencia. Significación estadística.	74

RESUMEN

OBJETIVO: Evaluación y comparación de la resiliencia y estrategias de afrontamiento, en el cuidador primario de pacientes de primera vez, con diagnóstico de Esquizofrenia, antes y después de diversos tipos de manejo en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trató de un estudio prospectivo, comparativo, donde se incluyeron un grupo de casos, conformados por 30 familiares de pacientes atendidos en Hospital Parcial de Día recibiendo tratamiento farmacológico, combinado con intervención psicoeducativa y, un grupo control, integrado por 30 familiares de pacientes atendidos en servicio de Consulta Externa recibiendo únicamente tratamiento farmacológico, sin intervención psicoeducativa; ambos grupos de primera vez. Una vez aceptando participar en el presente estudio, por medio del consentimiento informado, a ambos grupos se les aplicó la Escala de Resiliencia Mexicana y la Escala de Modos de Afrontamiento, en dos oportunidades, con un intervalo de tiempo de 12 semanas. Se realizó la comparación para observar los cambios en ambas variables dependientes, con respecto al inicio y a las 12 semanas en ambos grupos, así como la comparación de los resultados intergrupo.

RESULTADOS: Los factores resilientes que predominaron en ambos grupos durante la primera y segunda aplicación del instrumento fueron: fortaleza y confianza en sí mismo, competencia social y apoyo familiar; los modos de Afrontamiento que predominaron en el grupo caso en la primera aplicación del instrumento fueron: escape/evitación, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social; en el grupo control: aceptación de responsabilidades, planeación y solución de problemas y reevaluación positiva. En la segunda aplicación, en el grupo caso fueron: escape/evitación, búsqueda de apoyo social y planeación y solución de problemas y en el grupo control fueron: reevaluación positiva, en compañía con los observados en el grupo caso. Fueron estadísticamente significativos en el Tiempo ($p < 0.05$), en ambos grupos: búsqueda de apoyo social, escape/evitación, estrategias centradas en problemas y estrategias centradas en problemas. Fueron estadísticamente significativos en Tiempo*Grupo ($p < 0.05$), en distanciamiento, planeación y solución de problemas y reevaluación positiva.

CONCLUSIÓN: Se pudo observar el aumento en cuanto al empleo de los modos de afrontamiento de planeación y resolución de problemas y de la reevaluación positiva en los cuidadores primarios de pacientes con Esquizofrenia que fueron tratados en Hospital parcial, donde además del manejo farmacológico para el paciente, se cuenta con intervenciones psicoeducativas dirigidas al familiar, considerando que éste último punto, fue el determinante en dicha modificación.

Palabras clave: *resiliencia, modos de afrontamiento, cuidador primario, intervención psicoeducativa.*

INTRODUCCION

Las enfermedades mentales (o trastornos mentales) son aquellos patrones comportamentales o psicológicos de significación clínica que, cualquiera que sea su causa, son una manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica considerándose así cuando están asociadas a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad (DSM IV TR). Estas han sido agrupadas en diferentes categorías, cada una con características propias de las entidades que comprenden, siendo los principales grupos de trastornos aquellos que incluyen los de tipo afectivo, ansioso, relacionados al consumo de sustancias, sexuales, del sueño, alimentarios, de la personalidad, aquellos que afectan a los niños y adolescentes y por último, como los que se incluyen en este trabajo, los de tipo psicótico.

Dentro de las patologías comprendidas en el espectro psicótico, la Esquizofrenia en sus diferentes subtipos, comprende un grupo de especial interés tanto por ser el paradigma de este grupo psicopatológico, como por las particularidades que demanda su manejo farmacológico y psicoterapéutico, en general condicionado por las alteraciones en las diversas áreas vitales que genera (socioeconómica, familiar, personal, afectiva y relacional entre otras), así como por la cronicidad y la carga de enfermedad que produce en los sistemas de salud, su grupo social, individual y familiar. En relación a esta última esfera vital es donde nos centraremos durante el desarrollo de este trabajo, en el cual pretendemos observar y cuantificar algunas de las características psicológicas presentes en el

cuidador primario de personas que padecen esquizofrenia, para lo cual realizaremos una medición de sus modos de afrontamiento y capacidad de adaptación exitosa (Resiliencia), en un punto basal y después de la intervención psicoeducativa, con lo cual pretendemos conocer mejor como inciden dichas intervenciones en esta población y en un futuro con esto lograr ampliar el conocimiento en este campo, permitiéndonos definir y generar nuevas estrategias psicoeducativas y de tipo psicoterapéutica para dicha población.

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

El interés actual por las familias de los pacientes esquizofrénicos, desde un enfoque psicoeducativo, se inserta en un modelo de tratamiento global y se apoya en una serie de investigaciones que resaltan la influencia del ambiente que rodea al paciente sobre el curso de la enfermedad, así como del resultado producido por la aplicación de modelos de tratamiento en los que se involucra activamente a los familiares.

Varias han sido las intervenciones familiares que bajo el sobrenombre de modelos psicoeducativos se han ido desarrollando, fundamentalmente a lo largo de la década de los 80: la terapia familiar conductual de Falloon, el paquete de intervenciones de Leff, el modelo psicoeducacional de Anderson, las intervenciones dirigidas al afrontamiento del estrés de Tarrier, los grupos multifamiliares de McFarlane. A pesar de la heterogeneidad de sus formatos, todas ellas comparten el objetivo de reducir el estrés familiar y la tasa de recaídas, con una metodología que incluye la educación acerca de la esquizofrenia y el entrenamiento en habilidades comunicacionales y de resolución de problemas. Mediante un ambiente de colaboración con los familiares que cuidan al paciente, se pretende la reducción del estrés y la carga emocional, el desarrollo y fortalecimiento de las habilidades para anticipar y resolver problemas, la reducción de la expresión de enfado y sentimientos de culpa; el mantenimiento de expectativas razonables acerca del paciente; animarlos a que pongan y mantengan límites apropiados aunque mantengan

algún grado de distancia cuando sea necesario; y el logro de cambios deseables en la conducta y el sistema de creencias de los familiares.¹

Las intervenciones terapéuticas desarrolladas en las últimas décadas se han dirigido al control tanto de los factores de estrés como de los factores de vulnerabilidad. Entre las primeras, se encuentran las intervenciones familiares, dirigidas a cambiar los ambientes adversos en el hogar; el entrenamiento en habilidades sociales con los pacientes, para reforzar sus capacidades para enfrentarse a las exigencias y problemas de la vida diaria; la psicoeducación, para dar a conocer la naturaleza del trastorno y modificar las actitudes de los familiares hacia la enfermedad y de los propios pacientes, favoreciendo así un rol activo del paciente en la gestión de su propio trastorno, y mejorar el cumplimiento terapéutico; y más recientemente las terapias psicológicas cognitivo-conductuales, con el fin de reducir los síntomas positivos, en interacción con la medicación, de favorecer el desarrollo de las capacidades de afrontamiento y de intervenir sobre las distorsiones del pensamiento y en el procesamiento anómalo de la información.

A partir de finales de 1980, se acentúa el interés de incluir a los familiares de los pacientes con psicosis en programas específicos de tratamiento; surgen movimientos de defensa de los familiares y el creciente reconocimiento del estrés experimentado por las familias al enfrentarse con la enfermedad y su influencia sobre el funcionamiento del paciente, apostándose por que fueran un aliado en el proceso terapéutico. Si bien la familia no está implicada en la etiología de la enfermedad, se presupone que los intentos de modificar positivamente el clima

emocional de la familia también modificarán favorablemente la evolución clínica del paciente concreto.

Esta corriente facilitó el desarrollo de diferentes modelos de intervención familiar, de los cuales las intervenciones familiares conductuales y las psicoeducativas han sido las más ampliamente utilizadas, investigadas y con más resultados prometedores.² En la investigación llevada a cabo para evaluar la eficacia de las intervenciones familiares en la esquizofrenia, se ha comprobado que las más eficaces son las psicoeducativas (Fadden, 1998) que contemplan los siguientes aspectos:

- La aceptación del modelo de vulnerabilidad-estrés.
- El mantenimiento del paciente con medicación.
- Comienzo de la intervención durante o poco después del episodio agudo, cuando la motivación de la familia es alta.
- El establecimiento de una alianza positiva y de colaboración entre la familia y el terapeuta.
- La presencia del paciente con los familiares, al menos en alguna de las sesiones de terapia.
- Suministrar información a la familia sobre el trastorno, para favorecer su comprensión.
- Un enfoque cognitivo-conductual, centrándose en cuestiones prácticas del día a día.

- Mejora de las habilidades para resolver problemas, en los familiares.
- Cambios en los patrones de comunicación, para mejorar la claridad de las expresiones y evitar la expresión de emociones.
- La reducción de ambientes familiares desagradables, para evitar el estrés, y para favorecer las estrategias de afrontamiento.
- El mantenimiento de expectativas realistas en el paciente y en los familiares.
- El fomento de intereses en los familiares por cuestiones ajenas al hogar, actividades de ocio, ampliación de la red social o participación en grupos o reuniones de apoyo mutuo.
- El mantenimiento de las intervenciones más allá del episodio agudo, durante el seguimiento.³

De entre los estudios que se han realizado en relación a las intervenciones psicoterapéuticas en familiares de pacientes esquizofrénicos, se cuentan con las siguientes:

En el año 2001, se realizó una investigación con la necesidad de evaluar la efectividad de una intervención psicoeducativa a familiares de pacientes esquizofrénicos que asistieron el Programa de Hospital de Día de CAR, en Barranquilla, Colombia (se evaluaron 38 personas provenientes de 25 familias de pacientes), a fin de modificar los conocimientos y actitudes frente al paciente, la enfermedad y el tratamiento integral, teniendo resultados que demostraron que el

taller “Comprendiendo la Esquizofrenia” (modelo psicoeducativo de Anderson-Hogarty), favoreció la construcción de una visión más humanizada de la esquizofrenia, haciendo que la familia asumiera un rol de agente facilitador a través de la autocrítica, la autoestima y la comunicación. Estos planteamientos permiten que el proceso terapéutico se traduzca en un mejor trato y un apoyo efectivo desde una perspectiva real y positiva, que permita que a la psicoeducación el modificar las relaciones del proceso enfermedad-salud y funcionalidad.⁴

En Irlanda, en el año 2001, se evaluaron a 101 familiares de 55 pacientes con esquizofrenia antes y después de un grupo psicoeducativo de 8 semanas utilizando un método de autoinforme, con la finalidad de establecer si una intervención psicoeducativa breve para los familiares mejora eficazmente su conocimiento sobre la esquizofrenia y la reducción de las nuevas hospitalizaciones. Este breve programa aumentó el conocimiento de los cuidadores sobre la esquizofrenia, proporcionó información sobre el afrontamiento de la enfermedad de un familiar y se asoció con una reducción de la probabilidad de readmisión para el familiar afectado en los 2 años siguientes.⁵

En España, en el año 2008, se llevó a cabo un estudio de la sobrecarga de los cuidadores informales de pacientes esquizofrénicos y su respuesta a un programa psicoeducativo, dada la importancia de éstos, sobre todo en los últimos tiempos, en el tratamiento integral de la esquizofrenia. Se llevó a cabo un programa educativo dirigido a tres grupos: a) familiares de pacientes esquizofrénicos que recibían un programa educativo previo; b) padres o

familiares de pacientes esquizofrénicos que estaban en programas educativos, y c) grupo control (ni los padres ni los hijos estaban adscritos a programas educativos). Se evaluó la sobrecarga de los familiares de antes y después de cumplir con el programa. Se observó una disminución significativa de la sobrecarga en los grupos que lo recibieron en comparación con aquellos que no lo recibieron, independientemente de los programas educativos recibidos por los pacientes; concluyeron que las evidencias sugieren que los programas psicoeducativos de familiares deberían formar parte de los planteamientos terapéuticos para la esquizofrenia.⁶

Como tal, no se cuentan con estudios previos que evalúen la eficacia de una intervención psicoeducativa, en relación a la capacidad de resiliencia y modificaciones en las estrategias de afrontamiento en cuidadores primarios de pacientes con Esquizofrenia.

MARCO CONCEPTUAL

DEFINICIÓN DE RESILIENCIA

Es la capacidad de las personas para desarrollarse psicológicamente sanas y exitosas, a pesar de estar expuestas a situaciones adversas que amenazan su integridad.

De acuerdo con P.J. Mrazek y D. Mrazek⁷ existen 12 habilidades que distinguen a una persona resiliente y son las siguientes:

1. Respuesta rápida al peligro: es la habilidad para reconocer las situaciones que ponen al sujeto en riesgo.
2. Madurez precoz: desarrollo de la capacidad de hacerse cargo de sí mismo.

- 3.Desvinculación afectiva: se refiere a separar los sentimientos intensos sobre uno mismo.
- 4.Búsqueda de información: se refiere a la preocupación por aprender todo lo relacionado con el entorno.
- 5.Obtención y utilización de relaciones que ayuden a subsistir: es la capacidad para crear relaciones que beneficien a la persona en momentos críticos.
- 6.Anticipación proyectiva positiva: se refiere a la capacidad de imaginar un futuro mejor al presente.
- 7.Decisión de tomar riesgos: es la habilidad de asumir la responsabilidad propia cuando se toman decisiones incluso si la decisión tiene algún tipo de riesgo.
- 8.La convicción de ser amado: creer que se puede ser amado por los demás.
- 9.Idealización del rival: la persona se identifica con alguna característica de su oponente.
- 10.Reconstrucción cognitiva del dolor: es la habilidad para identificar los eventos negativos de la forma que sea más aceptable.
- 11.Altruismo: se refiere al placer de ayudar a otros.
- 12.Optimismo y esperanza: es la disposición de tomar positivamente las cosas que podrían ocurrir en el futuro.

Para algunos autores como Masten, Best y Garmezy,⁷ la resiliencia se refiere al proceso de, capacidad para o resultado de una adaptación exitosa a pesar de las circunstancias desafiantes o amenazantes; para otros autores como Suárez, la resiliencia habla de una combinación de factores que permiten a un ser humano afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida, es decir, le permite

contender con el estrés de la vida cotidiana y con las situaciones difíciles, sin que necesariamente se refiera a recuperación después de haber experimentado un trauma.

De acuerdo con Vanistenda,⁷ existen cinco dimensiones de la resiliencia:

- a) Existencia de redes sociales informales: la persona tiene amigos, participa de actividades con ellos y lo hace con agrado; tiene en general una buena relación con los adultos.
- b) Sentido de vida, trascendencia: la persona muestra capacidad para descubrir un sentido y una coherencia en la vida.
- c) Autoestima positiva: la persona se valora a sí misma, confía en sus capacidades y muestra iniciativa para emprender acciones o relaciones con otras personas porque se siente valiosa y merecedora de atención.
- d) Presencia de aptitudes y destrezas: es capaz de desarrollar sus competencias y confiar en ellas.
- e) Sentido del humor: la persona es capaz de jugar, reír, gozar de las emociones positivas y de disfrutar de sus experiencias.

Harvey describe la actitud frente al trauma en 9 ítems que caracteriza a las personas con resiliencia:⁸

- 1) Control sobre el proceso de recuerdos de las experiencias traumáticas.
- 2) Cohesión entre memoria y emociones.
- 3) Regulación de las emociones relacionadas a traumas.
- 4) Control de síntomas.
- 5) Buena autoestima.

- 6) Congruencia entre pensamientos, emociones y acciones.
- 7) Establecimiento de relaciones seguras.
- 8) Comprensión del impacto del trauma.
- 9) Fomento de un significado positivo.

Otros autores como Zauszniewski et al. (2010) definen resiliencia como el conjunto de fortalezas que poseen los individuos o las familias, que les permiten superar la adversidad y que se integra de factores de riesgo y/o vulnerabilidad, factores positivos y/o de protección, indicadores de la capacidad de recuperación y de resultados anteriores de la resiliencia. Richardson (2002) define resiliencia como el proceso de hacerle frente a la adversidad, el cambio o la oportunidad de una manera que resulta en la identificación, la fortificación y el enriquecimiento de las cualidades elásticas o factores de protección.⁹

CARACTERÍSTICAS PARA DESARROLLAR RESILIENCIA

Para que una persona opere protegida en un entorno hostil, según Saavedra, intervienen factores protectores en diversas áreas del desarrollo tales como:

- a) Factores personales: Nivel intelectual alto en el área verbal, disposición al acercamiento social, sentido del humor positivo y un equilibrio en el estado biológico.
- b) Factores cognitivos y afectivos: Son la empatía, una óptima autoestima, la motivación de logro, el sentimiento de autosuficiencia y la confianza en que se resolverán los problemas.

c)Factores psicosociales: Un ambiente familiar agradable, madres que apoyan a sus hijos, una comunicación abierta, una estructura familiar estable, buenas relaciones con los pares.

Por otro lado, estudios en animales y en adultos apuntan a un efecto fortalecedor, que surge frente a exposiciones breves de estrés que no son acompañadas por situaciones graves ni por separación con la madre. Otros estudios señalan que diversas experiencias positivas como el matrimonio, la elección de carrera y atender al servicio militar pueden aliviar los efectos negativos de eventos estresantes tempranos, estas experiencias ayudan a retirar la atención de un pasado doloroso y colocarla en el futuro, proveyendo de oportunidades, lo que provoca el fortalecimiento de afrontamiento en situaciones posteriores de estrés.

10

RESILIENCIA Y SU RELACIÓN CON OTRAS VARIABLES.¹¹

Sexo. Los factores de riesgo o protección se asocian diferencialmente al género, en función del contexto social y cultural en el que se desarrollan. Por ejemplo, resultados de investigación (Fahad & Sandman, 2000) han mostrado que en algunas culturas no es bien visto que los hombres expresen sus problemas o sentimientos porque significa debilidad. Esta restricción social necesariamente limita el tipo de soporte social disponible para los varones.

Estado Civil. Algunos autores sostienen que las responsabilidades adicionales que tienen las personas casadas (en comparación con las solteras), las hacen más fuertes, más flexibles y menos afectadas por los cambios o sucesos inesperados (Fahad & Sandman, 2000).

VARIABLES FAMILIARES. Se ha sugerido en la literatura que el soporte social es un mitigador de los efectos negativos del estrés y en este sentido la familia puede ser la fuente más importante de apoyo para promover en los individuos las habilidades y autoestima necesarias para sobreponerse a la adversidad (Seccombe, 2000). Los factores familiares protectores incluyen la cohesión familiar, la calidez familiar y la ausencia de psicopatología parental y de discordia familiar, así como haber contado en la infancia con al menos un adulto que sirvió de apoyo social (Grossman & Tierney, 1998).

VARIABLES ESCOLARES. Las personas resilientes tienen más probabilidades de mostrar mejores habilidades académicas y una autopercepción de mayor competencia en la escuela y el trabajo. Existen algunos autores como Rutter, Maugham, Mortimore y Ouston (1979) que consideran que algunas características de las escuelas pueden aumentar la probabilidad de desarrollar competencias sociales y cognitivas. De acuerdo con estos autores no es el tamaño de la escuela, la disponibilidad del espacio, la antigüedad de la escuela o el grado escolar en el que se coloca a los alumnos de acuerdo con sus capacidades. La influencia más importante de la escuela sobre los alumnos está en los aspectos relacionados con la vida escolar, las características del cuerpo docente, la naturaleza de la escuela como organización social y las acciones de los profesores en el salón de clase.

En términos comportamentales, la resiliencia comprende competencias individuales de enfrentamiento y fortalecimiento a través de las experiencias adversas, incluso traumáticas, (Henderson, 2002; Vera, Carbelo y Vecina, 2006).

Mediante su análisis se procuran esclarecer las razones por las cuales sujetos de edad diversa sobreviven y progresan en ambientes de riesgo, donde predominan la pobreza, la violencia intrafamiliar, las patologías familiares o los desastres naturales.

Edith Grotberg, afirmó que la resiliencia es parte de la salud mental y de la calidad de vida; ésta se mide de acuerdo a la definición básica que ella proporciona: resiliencia es la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse, ser fortalecido y transformado por experiencias de adversidad.

FUNDAMENTO NEUROBIOLÓGICO DE LA RESILIENCIA

Los estudios neurobiológicos sobre resiliencia han provocado mayor curiosidad de los investigadores recientemente, por lo que se han formulado buena cantidad de hipótesis, muchas de ellas muy difíciles de verificar. Algunas investigaciones han demostrado la intervención del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, particularmente del cortisol. El aumento en el estado de alerta cuando se enfrenta a una amenaza provoca un aumento de los niveles de cortisol, mientras que el manejo adecuado del estrés conduce a una reducción en sus niveles. Esto sugiere la necesidad de regular el sistema como base de la resiliencia. Se observa que el hemisferio derecho está asociado al manejo de las experiencias negativas y el izquierdo a las experiencias positivas. Algunos datos sugieren que la activación del cerebro está relacionada con la capacidad de resiliencia, que consiste en las estructuras límbicas, en un cierto hemisferio del cerebro.

Varios estudios indican que no hay asociación directa entre la interacción de los genes, el medio ambiente y la salud mental. Sin embargo las variaciones

genéticas indican diferencias en las respuestas frente a la adversidad de tal manera que hay genes que confieren una susceptibilidad diferente a estresores ambientales.

Otros estudios demuestran que un amplio rango de genes que están relacionados con neuropeptidos, con el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, con los sistemas noradrenérgico, dopaminérgico, serotoninérgico y el factor neurotrópico derivado del cerebro están asociados con el fenotipo resiliente. Se ha observado que los eventos adversos graves en la infancia pueden afectar negativamente el desarrollo de los sistemas de respuesta al estrés, en algunos casos causando daños a largo plazo. Los circuitos neuronales de recompensa se encuentran asociados a la resiliencia, como lo es la vía de la dopamina, que transporta la señal de dicho neurotransmisor desde el área tegmental ventral del cerebro medio hasta el núcleo del sistema límbico y también de las otras regiones del cerebro tales como la amígdala, hipocampo.¹²

Actualmente los datos disponibles sobre la resiliencia sugieren la presencia de un sustrato neurobiológico, basado en gran parte en la genética, que se correlaciona con los rasgos de personalidad, algunos de los cuales se configuran a través del aprendizaje social. Estos rasgos proporcionan diferentes grados de vulnerabilidad a los factores de estrés y una cierta predisposición para el desarrollo de algunas psicopatologías, en particular los trastornos de personalidad, ansiedad y trastornos emocionales.¹³

INVESTIGACIONES SOBRE RESILIENCIA¹¹

Se han adaptado y validado instrumentos sobre resiliencia, la mayoría de ellos centrándose en la relación calidad - salud y el lugar de la resiliencia como posible protector de las consecuencias negativas tanto físicas como psicológicas de las enfermedades.

La mayoría de los estudios plantean que las emociones negativas son factores de riesgo para la calidad de vida en general y, sobre todo, que están asociadas a muy bajos puntajes en dominios físicos y psicosociales. Se encontró además que las emociones negativas estaban asociadas con bajos niveles de adherencia al tratamiento médico, que en las enfermedades crónicas es esencial para el mantenimiento de la salud en el paciente.

La resiliencia es un cambio de paradigma: privilegia el enfoque en las fortalezas, no en el déficit o problema. Involucra a los individuos, familias, grupos, comunidades e instituciones a que sean parte de la solución con el conjunto de recursos internos y externos que permitan enfrentar situaciones críticas de todo tipo (Quintero, 2005).

Es también importante que se desarrolle más investigación para tratar de analizar el peso del constructo resiliencia sobre la salud general o la calidad de vida.

AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

Ante un mismo suceso potencialmente estresante la gente presenta reacciones muy diversas. Las investigaciones iniciales sobre el estrés (p. ej., las de Selye en los años cincuenta) partían del supuesto implícito de la existencia de estresores prácticamente universales (condiciones ambientales con capacidad para llegar a

agotar la resistencia de cualquier organismo). Pronto se observó que había enormes diferencias en cómo diferentes personas afrontan el mismo suceso. Así, de una noción más fisiológica universal del estrés en las décadas de los sesenta y setenta, se pasó en la década de los ochenta a una perspectiva más psicológica/ idiosincrásica (Labrador y Crespo, 1993; Sandín, 1989; Valdés y Flores, 1985; Lazarus y Folkman, 1986), según la cual un suceso es estresante en la medida en que el sujeto lo perciba o lo valore como tal, sean cuales sean las características físicas objetivas del suceso. ¿Qué factores determinan que un acontecimiento sea finalmente estresante? Ante la aparición de un suceso determinado, el individuo realiza una serie de valoraciones sobre el mismo. En primer lugar, existe una valoración primaria (analizar si el hecho es positivo o no y, además, valorar las consecuencias presentes y/o futuras del mismo). En segundo lugar, se produce una valoración secundaria en la que el objeto de análisis son las capacidades del organismo para afrontarlos y serán los que con más probabilidad susciten reacciones de estrés. Por lo tanto, los modelos actuales de estrés conciben la propia respuesta de estrés no como una consecuencia inevitable y directa de elementos universales e inequívocamente definibles, sino como un resultado de una delicada y continua transacción entre las presiones que uno percibe del medio (interno o externo) y los recursos de afrontamiento que uno considera disponibles y activables.¹⁴

DEFINICIÓN DE AFRONTAMIENTO

El concepto de afrontamiento hace referencia a los esfuerzos conductuales y cognitivos que lleva a cabo el individuo para hacer frente al estrés; es decir, para

tratar tanto con las demandas externas o internas generadoras del estrés, como con el malestar psicológico que suele acompañar al mismo.

Cohen y Lazarus, citados por Lazarus y Folkman¹⁵ definen las estrategias de afrontamiento como los esfuerzos, tanto intrapsíquicos como orientados hacia la acción, para manejar las demandas ambientales e internas y los conflictos entre ambas, que se evalúan como que exceden los recursos de una persona. El afrontamiento sirve para la resolución de problemas o para la regulación de la emoción; incluye todas aquellas sensaciones, pensamientos, percepciones y actos que el sujeto piensa, dice y hace para disminuir, mitigar, superar o tolerar las situaciones de estrés.

El afrontamiento se refiere a la serie de pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar situaciones difíciles (Stone, 1988). Consiste en un proceso de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible (reduciendo, minimizando, tolerando o controlando) las demandas internas y ambientales.

Se distinguen dos tipos generales de estrategias (Lazarus y Folkman, 1986):

1. Estrategias de resolución de problemas: son aquellas directamente dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar.
2. Estrategias de regulación emocional: son los métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema.¹⁴

Algunos autores Wolf, 1964; Katz, 1970; Cohen y Lazarus, 1973, en Monat y Lazarus, 1977, citados en Barbagelata, 1999, plantean que las estrategias de afrontamiento son acciones concretas que son utilizadas en cada problema y son

especialmente cambiantes, por lo tanto se agregan serían factibles de modificar en beneficio de algún tratamiento para la salud.

Fernández-Abascal, define la variable Estilo y Estrategias de Afrontamiento como el proceso psicológico que se pone en marcha ante cambios, situaciones no deseadas o estresantes, que se constituyen bajo la forma de características personales. Respecto de los Estilos de Afrontamiento, distingue tres dimensiones donde se sitúan:

1. Según el método: pueden ser activos (se movilizan diferentes esfuerzos para solucionar el problema; pasivos (no se actúa sobre la situación); o de evitación (se intenta huir o evitar de la situación y/o de sus consecuencias).
2. Según la focalización: El estilo de afrontamiento puede ser dirigido al problema (orientado a alterar o manipular el problema); a la emoción (orientado a regular la respuesta emocional a que el problema da lugar; o a modificar la evaluación inicial de la situación (a la reevaluación del problema).
3. Según la actividad: puede ser cognitivo (esfuerzo cognitivo) o conductual (acción manifiesta).¹⁶

El afrontamiento es un concepto que posee un gran interés en el ámbito de la psicología clínica y la psicopatología, ya que el modo en que el individuo hace frente al estrés puede actuar como importante mediador entre las situaciones estresantes y la salud. Son esfuerzos cognitivos y conductuales dirigidos a manejar las demandas externas o internas que son evaluadas como algo que grava o excede los recursos de la persona.¹⁷ Se ha encontrado que el afrontamiento puede darse de manera contextual donde el ambiente y las

circunstancias tienen gran importancia y de manera individual, donde es parte de la propia personalidad.¹⁸

FACTORES MODULADORES DE AFRONTAMIENTO

En el proceso y resultado final del afrontamiento pueden intervenir muchas variables interfiriéndolo o potenciándolo (Cohen y Edwards, 1989). Tanto los factores internos (estilos habituales de afrontamiento y algunas variables de personalidad) como los externos (recursos materiales, apoyo social y la actuación de otros factores estresantes simultáneos) pueden modular, de forma favorable o desfavorable, el impacto de un estresor.

Recursos o impedimentos internos

Estilos de afrontamiento

Aunque en teoría se pueden emplear multitud de estrategias para manejar una situación estresante, cada individuo tiene una propensión a utilizar una serie determinada de estrategias en situaciones diversas. Esto es lo que se denomina estilo de afrontamiento. Sólo una serie de estilos de afrontamiento se han investigado de modo sistemático:

1. Personas evitativas y confrontativas: hay personas que tienen una tendencia evitadora (o minimizadora), mientras que otras tienden a utilizar un estilo más confrontativo (o vigilante) bien sea buscando información o tomando una acción directa ante cualquier problema. Aunque ningún estilo es por sí mismo más efectivo que otro, el estilo evitativo es más útil para sucesos amenazantes a corto plazo, mientras que el estilo vigilante es más efectivo cuando existe un suceso amenazante que se repite o que persiste a lo largo del tiempo. El estilo

confrontativo es útil pues permite anticipar planes de acción ante riesgos futuros aunque puede que tenga un coste mayor en ansiedad. Los estudios longitudinales señalan que el estilo evitativo suele ser ineficaz para manejar circunstancias vitales complicadas (Holahan y Moos, 1987).

2. Catarsis: la investigación científica sobre los traumas ha comenzado a indagar si el hecho de expresar los propios sentimientos y estados emocionales intensos puede ser eficaz para afrontar situaciones difíciles.

3. Uso de estrategias múltiples: la mayor parte de los estresores conllevan una serie de problemas de naturaleza diferente que requieren estrategias de afrontamiento diferentes.

Factores de personalidad

1. Búsqueda de sensaciones: Zuckerman (1974) ha desarrollado esta variable de personalidad que contribuye a explicar un buen número de conductas. Las personas buscadoras de sensaciones, según la Escala de Búsqueda de Sensaciones, son individuos a los que no les importa tomar riesgos y, por lo tanto, parecen tener una mayor tolerancia al riesgo que otras personas.

2. La sensación de control: una de las variables más importantes que modulan los efectos de un estresor potencial es la sensación de control sobre el mismo. Muchas investigaciones experimentales con animales y humanos han demostrado que la pérdida de sensación de control constituye un elemento crucial etiológico de la depresión y otros trastornos emocionales. Más en concreto, el modelo de depresión de la desesperanza o indefensión aprendida propone que inevitablemente se desarrollará un estado depresivo cuando una

persona perciba que no dispone de ninguna estrategia, para cambiar una situación aversiva personal (Sanz y Vázquez, 1995; Seligman, 1983).

3. Optimismo: consiste en una expectativa generalizada de que los resultados serán positivos. Las personas con una actitud optimista parecen manejar mejor los síntomas de enfermedades físicas y esto parece deberse a que las estrategias de estas personas suelen estar centradas en el problema, la búsqueda de apoyo social y buscar los lados positivos de la experiencia estresante. Por el contrario, las personas pesimistas se caracterizan más por el empleo de la negación y el distanciamiento del estresor, centrándose más en los sentimientos negativos producidos por el estresor (Avía y Vázquez, 1998).

4. Otras variables: se han propuesto muchas otras variables psicológicas que pudieran afectar la eficacia del afrontamiento (sentido del humor, sensación de coherencia de la propia vida, inteligencia, etc.) ninguna de ellas ha sido objeto de una investigación profunda.

Recursos o impedimentos externos

También intervienen en el afrontamiento elementos externos como los recursos tangibles (educación, dinero, nivel de vida, etc.), el apoyo social recibido o la existencia de diversos estresores simultáneos (p. ej., una relación difícil de pareja, dificultades económicas o enfermedades crónicas). Estos factores pueden afectar de forma directa en las capacidades de afrontamiento de un individuo ante cualquier tipo de estresor, o bien pueden actuar como un amortiguador del efecto de los estresores.

El apoyo social hace referencia a sentirse querido, protegido y valorado por otras personas cercanas (normalmente amigos y familiares). Puede considerarse de dos maneras: como un recurso o estrategia de afrontamiento (p. ej., hablar con un familiar o amigo ante un problema); en este sentido, es uno de los mecanismos que la gente valora como más eficaces para afrontar situaciones emocionales difíciles (Folkman y cols., 1986; Vázquez y Ring, 1992, 1996); como un amortiguador del propio estrés (Barrera, 1988); por ejemplo, la falta de personas próximas en las que confiar en circunstancias difíciles eleva de forma extraordinaria el riesgo de aparición de episodios depresivos en personas vulnerables (Brown y Harris, 1978).

Como técnica de afrontamiento, el apoyo social se utiliza más por mujeres que por hombres (Stone y Neale, 1984). Investigaciones con humanos y animales indican que la existencia de un apoyo social efectivo tiene también repercusiones en la salud: disminuye la probabilidad general de presentar enfermedades, acelera la recuperación y reduce las tasas de mortalidad, aunque aún no se conocen con exactitud los mecanismos psicobiológicos que operan estos cambios (House y cols., 1988).¹⁴

En definitiva, el afrontamiento es el esfuerzo individual que una persona con problemas de salud realiza para sobrellevar la enfermedad y adaptarse a ella. Las estrategias de afrontamiento se centran en la valoración de la situación para intentar neutralizar el problema, en el problema mismo para eliminar las condiciones que originan el problema y en la emoción para regular el estrés emocional producido por el problema.

Por tanto, se podría concluir que el afrontamiento es un proceso, una operación continuada con cambios sucesivos hacia un fin particular, abierto a detectar estímulos y que responde a una situación motivadora: la enfermedad. El propósito del afrontamiento es la reducción de los estresores fisiológicos y psicológicos a grados tolerables para adaptarse a la situación de estrés.^{b19}

INVESTIGACIONES SOBRE AFRONTAMIENTO

La importante contribución de los cuidados informales en la asistencia al paciente con enfermedad crónica se han tomado muy en cuenta, existen estudios en donde se demuestra el sufrimiento que entraña la tarea de cuidar a un familiar enfermo y que se traduce en una elevada morbilidad psiquiátrica entre los cuidadores familiares (Coope et al, 1995; Morris et al, 1988).

Entre estas patologías crónicas, la más estudiada es la Demencia por ejemplo. El proceso de cuidar a un anciano con demencia en su domicilio es complejo, que genera un estrés crónico y que afecta en mayor o menor medida a la salud física y mental de los cuidadores. En este proceso son múltiples los factores que intervienen dando lugar a una gran variabilidad en la capacidad de los cuidadores para hacer frente a la situación. Pearlin et al (1990) hipotetizaron un sistema que engloba de forma esquemática las relaciones entre los factores de base (características socioeconómicas, historia del cuidador), los estresores primarios (deterioro cognitivo y funcional, problemas conductuales, sobrecarga y privación relacional del cuidador) y secundarios (tensión intrapsíquica y tensión en el papel), mediadores (estrategias de afrontamiento, apoyo social) y los

niveles de estrés. Hooker et al (1994), propusieron la inclusión de la personalidad como mediador.

La literatura sobre el tema ha estudiado fundamentalmente la influencia en el cuidador informal de los estresores primarios, concluyendo que son los trastornos de conducta del paciente más que el deterioro cognitivo y funcional los que determinan una mayor sobrecarga con los cuidados (Artaso et al, 2001a; Clyburn et al, 2000; Garre- Olmo et al, 2000; Harwood et al, 2000; Coen et al, 1997; Bédard et al, 1997; Grafström and Winblad, 1995). No obstante, existe una gran variabilidad en la influencia de estos estresores en la salud del cuidador, en función del sentimiento de control de la situación que tiene el cuidador, que englobaría tanto su propio control emocional como su capacidad de entender y manejar los trastornos conductuales y funcionales del paciente (Vernooy- Dassen et al, 1996; McNaughton et al, 1995; Brashares and Catanzaro, 1994; Morris et al, 1989). Este sentimiento de control estaría mediatizado tanto por el apoyo social (Atienza et al, 2001) como por las estrategias de afrontamiento utilizadas por el cuidador (Gignac and Gottlieb, 1996; Saad et al, 1995; Hooker et al, 1994).

En el trabajo sobre Estrategias de afrontamiento de las cuidadoras informales del paciente con demencia²⁰ en el 2002, en España, se centraron en las estrategias de afrontamiento siguiendo el modelo procesual de Lazarus y Folkman (1986), el cual define el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas externas o internas que son evaluadas como algo que grava o excede los recursos de la persona. Así, el objetivo fue realizar un análisis descriptivo de las estrategias de afrontamiento utilizadas por un grupo de

cuidadoras mujeres y la variación de dichas estrategias en función de determinadas variables sociodemográficas y clínicas. De entre los resultados obtenidos de éste estudio, vemos que entre las estrategias más utilizadas fueron la búsqueda de apoyo social, la reevaluación positiva y la planificación y la menos presente fue la huida-avoidancia. De igual forma encontraron que las mujeres más jóvenes e hijas de los pacientes, dos variables por otra parte relacionadas, utilizan más estrategias centradas en los problemas, fundamentalmente la planificación y la confrontación, al igual que los resultados encontrados por otros autores.

Así mismo en éste trabajo, no se produjeron cambios en las estrategias de afrontamiento con el paso del tiempo, a diferencia de los resultados encontrados por Abengoza y Serra (1997), quienes encuentran que a los 7-9 años de evolución de la enfermedad es cuando se produce una mayor aceptación y adaptación a la enfermedad, empleando con menos frecuencia el razonamiento y el enfado con el paciente. El hecho de que los pacientes de ésta muestra tengan una media de 4 años de evolución podría explicar la estabilidad del afrontamiento en este periodo de enfermedad, al igual que Vedhara et al. (2000) quienes estudiaron la estabilidad de los factores estresantes y las variables mediadoras en un periodo de 6 meses, no encontrando cambios significativos.²⁰

Otro estudio realizado por Phyllis et al. (2011) para evaluar de manera cuantitativa y cualitativa las principales estrategias de afrontamiento en familiares de pacientes con trastorno psiquiátrico que se encontraban hospitalizados, reveló que usaban en su mayoría estrategias focalizadas en la emoción, como buscar

comunicación con otros miembros de la familia o buscar ayuda con un médico, un orientador o un consejero de la comunidad espiritual, en lugar del uso de estrategias centradas en la resolución de problemas. El estudio también reveló que los familiares de sexo femenino están más capacitados para afrontar que los familiares de sexo masculino. También se encontró en el estudio que los familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados mostraban mayor inclinación hacia la fe en dios, considerándola como esencial para afrontar ésta situación.²¹

En el 2007, en Chile, se realizó un análisis entre la relación de las estrategias y estilos de afrontamiento de padres, frente a los primeros brotes psicóticos de sus hijos adolescentes y la adherencia a tratamiento de estos jóvenes. La mayoría de los padres mostraron la movilización de esfuerzos para hacer frente a la situación, utilizando estrategias de afrontamiento activas: creando un nuevo significado a la situación problema, intentando extraer todo lo positivo de la crisis, planificando a objeto de alterar la situación. Todo ello implica acciones directas y racionales para solucionar la situación problema. Casi la totalidad de los padres, manifestó canalizar la reacción emocional causada por el problema hacia otras personas, no hacia sus hijos. Se presentó negación, pero sin llegar a distanciarse del problema, movilizando recursos para controlarse emocionalmente, regulando u ocultando sus sentimientos; se observó que algunos nunca han buscado apoyo social emocional. Los padres de los pacientes menores (entre 14 y 18 años) estaban mayoritariamente abocados a una estrategia de resolver el problema.

Respecto de los Estilos de Afrontamiento, focalizaron controlando la emoción o sea reduciendo o eliminando la respuesta emocional y movilizando una Actividad

de tipo Cognitivo. Se concluyó que las estrategias de afrontamiento, podrían aportar a los programas de apoyo y psicoeducación de padres en beneficio de su propia salud e incidir en la adherencia a tratamiento de sus hijos.¹⁶

CUIDADOR PRIMARIO

La familia suele constituir el marco de referencia del individuo. Se ve afectada cuando uno de sus miembros experimenta algún cambio (escolarización, independencia, matrimonio, accidente, enfermedad), reorganizándose tanto su estructura como sus funciones. Presentar una enfermedad crónica por algún miembro de la familia supone una fuente de estrés importante, ya que suele implicar tanto alteraciones emocionales como funcionales. Se establece un reto de adaptación a una situación cambiante y muy aversiva.²²

Cada vez son más las personas que cuidan a un familiar dependiente. El cuidado se está convirtiendo en una experiencia común en la vida familiar. En Europa, más de dos tercios de todo el cuidado recae en la familia; en España la familia es la principal fuente de cuidados y las mujeres son las cuidadoras por excelencia. La presencia cada vez más notable de las enfermedades crónicas en América, muestran que éste también es el caso. Las mujeres asumen la mayor responsabilidad del cuidado en la casa. La llegada del vocablo cuidador ha permitido visibilizar un trabajo por lo general considerado femenino y depositado en el ámbito de la privacidad. En México se sigue sintiendo la desigualdad de género en la provisión de los servicios de salud y aunque se reconoce el impacto que las enfermedades crónicas y la dependencia en estos servicios, no se han diseñado estrategias para enfrentar nuevas demandas de salud. A pesar de que

los efectos del cuidado familiar son devastadores para los cuidadores y requieren una respuesta social organizada, el cuidado familiar y los cuidadores son temas de reciente atención en el área de la sanidad pública; se indagan los procesos que acontecen al interior de éste y las capacidades de los familiares de hacer posible un cuidado en condiciones de adversidad.²³

Cuando el peso de la atención al enfermo es llevado a cabo por un miembro específico de la familia, a éste se le llama comúnmente cuidador principal o primario.

DEFINICIÓN DE CUIDADOR PRIMARIO

Familiar Cuidador Primario Informal (FCPI) se refiere a la persona que se hace cargo de proveer atención y asistencia al enfermo y guarda relación familiar directa con el paciente, sean los padres, el cónyuge, los hijos o los hermanos; es informal porque no recibe capacitación para brindar cuidados al paciente. Es sobre quien recae las responsabilidades y las tareas del cuidado del enfermo, los cuales pueden llegar a alterar su equilibrio provocando el agobio o estrés que esta descrito en el “Síndrome del Cuidador” deviniendo en un “enfermo oculto”, a veces con consecuencias en su estado de ánimo y en la forma de relacionarse dentro y fuera de la familia.²⁴

Es aquella persona (familiar o allegado) con mejores condiciones para asumir responsablemente el cuidado del paciente, que asume generalmente de forma voluntaria. En la mayoría de los casos es alguien del entorno familiar (cónyuge o hijos). Éste, además de enfrentarse a su propio dolor y a los múltiples cambios que supone la enfermedad, tiene que proveer de apoyo emocional y cuidado

físico a la persona enferma, todo ello sumado al intento de mantener el funcionamiento cotidiano.²²

Wilson²⁵ define al cuidador principal como aquel individuo procedente del sistema de apoyo informal del enfermo, bien sea familiar o amigo, y que asume la responsabilidad absoluta del enfermo en todo lo respectivo a la atención básica. Es aquella persona que de una manera voluntaria y decidida, toma la opción de convertirse en cuidador de ese otro que se encuentra limitado en sus recursos para enfrentar las demandas del mundo.

La sobrecarga se define como un "estado psicológico que resulta de la combinación de trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales, así como las demandas económicas que surgen al cuidar dicho enfermo".²⁶ Se ha diferenciado entre una sobrecarga objetiva, referida al desempeño de las tareas de cuidado: asear al enfermo, darle de comer, transportarlo, entre otras y, una sobrecarga subjetiva descrita como las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar. El nivel de sobrecarga percibido por el cuidador no es un estímulo, ni una respuesta, sino un proceso complejo que implica características del paciente, características personales del cuidador, demandas psicosociales, evaluaciones cognitivas, respuestas fisiológicas y emocionales, vínculo afectivo entre el paciente y el cuidador y aspectos relacionados con el apoyo social percibido; el afrontamiento y el soporte social pueden potencialmente intervenir en múltiples puntos a lo largo del proceso de estrés.

En definitiva, la familia es actualmente el soporte primordial en el suministro de cuidados del paciente con enfermedad crónica, pero el cuidador primario tiene un

papel de amortiguación de todas las tensiones que se van generando a lo largo del proceso.

CUIDADO COMO FUENTE DE ESTRÉS CRÓNICO

La prestación de cuidados a un enfermo dependiente conforma una fuente de estrés crónico que puede conllevar a serias consecuencias para la salud del cuidador. El hecho de calificar a una patología como crónica e incapacitante comporta, implícitamente, un carácter de temporalidad indefinida que implica directamente al cuidador, el cual debe hacerse cargo del enfermo de por vida o, en el mejor de los casos, combinar el cuidado con algún recurso de carácter formal que le sirva de respiro (Garcés et al., 2010). Paciente y cuidador deben afrontar diariamente nuevas demandas sociales, físicas y psicológicas que conllevan la puesta en marcha de forma constante de recursos para poder hacer frente a las mismas, aspecto que incrementa notablemente los niveles de estrés (Feldberge et al., 2011). Desde esta perspectiva, el modelo de estrés más ampliamente utilizado en el estudio del cuidado informal y sus consecuencias sobre la salud ha sido el modelo transaccional del estrés, conceptualizado por Lazarus y Folkman (1984). Este modelo asume que ante un determinado estímulo percibido como una demanda por parte del individuo, se ponen en marcha una serie de valoraciones que determinan si dicho estímulo conlleva una amenaza, es irrelevante o resulta benigno para su bienestar (evaluación primaria). Si la respuesta implica una amenaza, el individuo valora los recursos de los que dispone para afrontar esa demanda (evaluación secundaria). Si esta valoración resulta negativa, es decir, el individuo percibe que no dispone de los

recursos de afrontamiento necesarios para hacer frente a la demanda, surge la situación de estrés. Adoptan, por tanto, un papel protagonista todos aquellos recursos de afrontamiento de los que dispone el individuo, jugando un papel esencial en la percepción que el cuidador tiene del estímulo estresante, ya que esta será diferente en función de que el cuidador disponga de los recursos suficientes para hacerle frente o no.

Según el modelo, lo verdaderamente importante del proceso se fundamenta en los factores subjetivos que intervienen en la experiencia del cuidado y de sus interrelaciones, principalmente en las evaluaciones que realiza el cuidador con respecto a las demandas percibidas del cuidado, además de la capacidad de afrontamiento del individuo ante las mismas. Por ello, existe una amplia investigación en torno a qué tipo de estrategias de afrontamiento suelen utilizar los cuidadores y qué relación tienen con las consecuencias sobre la salud. En general, aunque puedan existir diferencias en función de la patología de la persona cuidada, aquellos cuidadores que ponen en marcha estrategias activas y centradas en el problema, muestran mejor salud que aquellos que utilizan estrategias pasivas y centradas en la emoción. No obstante, la funcionalidad de cada tipo de estrategia de afrontamiento dependerá de una serie de factores diversos y específicos a cada patología y situación de cuidado, por lo que aunque exista una relación general entre ciertos tipos de estrategias de afrontamiento y salud, se deben tener en cuenta otros aspectos que puedan estar influyendo en esta relación (Savage y Bailey, 2004).

Se ha observado que el género modula las consecuencias del estrés del proceso del cuidado sobre la salud de los cuidadores. Los hombres presentan frecuentemente menor malestar físico y emocional que las mujeres, las cuales suelen padecer más problemas de ansiedad y depresión, menor bienestar subjetivo y calidad de sueño, peor salud física y mayor sedentarismo. Se ha propuesto diferentes explicaciones; una de ellas propone que las diferencias de género no se deben a aspectos concretos del cuidado, sino a que las mujeres son más conscientes de sus problemas de salud, y por tanto lo indican mayormente en los autoinformes (Vitaliano et al., 2003). También se ha asociado la peor salud en la mujer a su mayor implicación en el cuidado, así como al mayor número de horas dedicadas al mismo (Masanet y La Parra, 2011). Junto a ello, se ha señalado como mecanismo explicativo la existencia de una mayor sensibilidad al estrés propio y al que afecta a su red social más cercana en mujeres (Matud, 2008).

Aunque gran parte de la investigación ha girado en torno a las consecuencias negativas para la salud, en los últimos años se está desarrollando una visión más positiva del proceso de cuidado, analizándose las posibles implicaciones positivas para el cuidador. Así, la resiliencia puede ser entendida como “la capacidad o competencia del sujeto para hacer frente a situaciones desfavorables, concebida como un rasgo de personalidad del individuo (Block y Kremen, 1996), sin que su salud física y psicológica se vea gravemente comprometida, ni su funcionamiento habitual alterado”. Esta variable ha mostrado ser un factor relevante a la hora de modular la respuesta de estrés del cuidador y

se encuentra directamente relacionada con un tipo de personalidad, calificada como resistente, que sería una forma de concebir la vida de forma positiva, en aras del desarrollo del crecimiento personal (Maddi, 2008). Por lo tanto, existe una interacción entre ambas variables en el proceso de cuidado que se explica de la siguiente forma: los cuidadores resilientes evaluarán el estresor derivado del hecho de cuidar como positivo o menos negativo que aquellos cuidadores no resilientes, lo que conlleva al empleo de estrategias de afrontamiento más adecuadas evitando aquellos estilos de afrontamiento que impiden una correcta adaptación al cuidado. Este hecho unido a las evaluaciones de la situación en relación al compromiso, el desafío y el control, propios de la personalidad resiliente, provoca una correcta adaptación al estresor, amortiguando de esta manera los efectos que el cuidado tiene sobre la salud del cuidador, lo cual retroalimentará la resiliencia del mismo, produciéndose así una influencia bidireccional (Fernández-Lansac y Crespo, 2011). De esta forma, serían las estrategias de afrontamiento y la capacidad del cuidador de ponerlas en marcha las que mediarían la relación entre la personalidad resiliente y el resultado final, la resiliencia, confirmando la teoría transaccional del estrés de Lazarus y Folkman donde las estrategias de afrontamiento adoptadas por el cuidador juegan un papel fundamental en las consecuencias para la salud.²⁷

El panorama actual pone de manifiesto que la figura del cuidador informal sigue siendo la principal responsable del cuidado de las personas dependientes, con todas las consecuencias que este hecho conlleva para éste. El cambio social producido a finales del siglo pasado, donde la mujer pasó a formar parte de

manera más activa y generalizada en el ámbito laboral, puso en crisis el sistema de cuidados tradicional, debido a la incompatibilidad de llevar a cabo ambas tareas. Pese a ello, sigue siendo la mujer la que se encarga de prestar cuidados en la mayor parte de los casos, por lo que se ve obligada a compaginar tareas laborales y familiares de cuidado al mismo tiempo o, en el peor de los casos, a abandonar su vida profesional.

El cuidado de una persona dependiente produce elevados niveles de estrés en el cuidador, que puede proliferar a diversas áreas de la vida, dando lugar a serias consecuencias para la salud. Los cuidadores informales deben movilizar recursos de forma constante para poder adaptarse a la situación cambiante del cuidado. Los recursos de afrontamiento y la búsqueda de apoyo social han mostrado tener un efecto amortiguador en los niveles de estrés, disminuyendo de esta manera sus consecuencias peyorativas para la salud. Las estrategias activas de afrontamiento y centradas en el problema han mostrado una mayor efectividad para reducir el impacto del estresor sobre el cuidador, fomentando de esta manera la prevención de enfermedades y preservando su salud. Además, no solo puede preservar la salud del cuidador, sino que puede fomentar consecuencias positivas, como un aumento de la resiliencia y la personalidad resistente del cuidador.²⁷

INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

Los programas psicoeducativos tienen el propósito de ofrecer, en primer lugar, información acerca de la enfermedad y su manejo, así como brindar estrategias de afrontamiento y apoyo emocional a los cuidadores. Se ha evidenciado que los

grupos psicoeducativos pueden evitar comportamientos, cogniciones y emociones desadaptativas en la relación cuidador- enfermo.²⁸

Los programas psicoeducativos son el procedimiento de intervención más habitual y generalizado para dotar a los familiares de recursos para el cuidado. Algunos de los beneficios que se han encontrado con la aplicación de estos programas son que mejoran la calidad del cuidado, disminuyen los problemas conductuales y el validismo del enfermo, disminuyen el consumo de medicamentos de éste, mejoran la adaptación del cuidador a la nueva situación y disminuyen los problemas emocionales del cuidador y del paciente, entre otros.

Se coincide con la afirmación acerca de que los programas que tan solo brindan información a los cuidadores, pueden generarles un alto grado de ansiedad, lo cual se ha relacionado con una anticipación de la pérdida y con el conocimiento del alcance de la enfermedad, por lo que es necesario ofrecerles ayuda para procesar la información, de tal forma que sus emociones sean más adecuadas.²⁹

La mayoría de los estudios de intervención psicoeducativa se han realizado en grupos de cuidadores de personas con demencia, aunque se reportan algunos en otras enfermedades crónicas como la esquizofrenia, la insuficiencia renal crónica y otras afecciones en las que el conocimiento y el manejo adecuado del cuidador familiar es imprescindible por el estrés que les provocan.³⁰

Si bien transmitir conocimientos no debe ser el único objetivo de estos programas para cuidadores, es fundamental para ellos conocer acerca de las características de la enfermedad, de su tratamiento, del pronóstico, así como de los problemas de conducta y síntomas psíquicos, y cómo actuar ante cada uno de ellos; esto

permite un manejo más adecuado, aumenta la seguridad del cuidador y disminuye su nivel de ansiedad.

Este tipo de intervención se ha demostrado que aumenta los conocimientos del cuidador, así por ejemplo, en el estudio de Martín y cols, se obtuvo una mejora en el conocimiento del manejo de los cambios posturales del enfermo. Estudios realizados en los Estados Unidos en el año 2004, han constatado el incremento del nivel de conocimientos acerca de la enfermedad y su cuidado. Se ha comprobado que este tipo de programas mejora la salud general y percibida de los cuidadores.³¹ Otros estudios realizados en familias de pacientes crónicos con enfermedades psiquiátricas han demostrado que hay familias con mejores capacidades para afrontar la enfermedad que otras familias, de estos estudios se desprende el concepto de familia resiliente que son aquellas que experimentan menos carga para hacerse cargo del paciente y sienten una mayor recompensa por ello. En ambas, la psicoeducación familiar ayuda a reducir la sobre carga del cuidador primario aumentando la comprensión familiar hacia la enfermedad y desarrollando estrategias de afrontamiento. Con esta intervención, además de reducirse la dosis de medicamento que el paciente toma y de disminuir el número de recaídas, también disminuye en los familiares los sentimientos de culpa, confusión y de responsabilidad excesiva frente a las recaídas.³²

MATERIAL Y MÉTODOS

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para entender los efectos estresantes de cualquier enfermedad dentro del contexto familiar es necesario considerar el tipo de enfermedad, las fases temporales, el pronóstico, el grado de incapacidad y el funcionamiento familiar, así como la comunicación afectiva en cada fase del ciclo de vida de la enfermedad. Para el individuo o para la familia, una afección que comienza gradualmente, como es el caso de la Esquizofrenia, representa un tipo de factor estresante diferente del que impone una crisis súbita; la magnitud del reajuste de la estructura en la familia es muy importante, el cambio en los roles y la resolución de los problemas, entre otros.

Algunas familias están más preparadas que otras para hacer frente al cambio cuando la enfermedad es progresiva, por lo cual su reorganización y flexibilidad son muy necesarias. El significado que la familia le dé a la enfermedad funciona como un núcleo cognitivo que influye sobre las respuestas emocionales y motivacionales y, por tanto, sobre las estrategias de afrontamiento. Cada persona elabora un significado que refleja las experiencias personales previas, sus creencias, el grado de conocimientos y el bagaje cultural. Así, las creencias sobre los malestares propios o de otro familiar se pueden relacionar con la culpa o con la victimización, lo que impide un adecuado afrontamiento.

El sistema informal familiar es el principal proveedor de atención a la salud en nuestro medio. Esta actividad, privada y no remunerada, es realizada fundamentalmente por mujeres casadas, de mediana edad y en el ámbito

doméstico, suponiendo dicha labor serias repercusiones para la salud física y mental. Indudablemente en México, en las instituciones de salud mental se encuentra que la familia es y será el agente responsable del cuidado comunitario para la mayoría de los pacientes psicóticos. Diversos estudios realizados sobre la relación entre la persona con esquizofrenia y sus familiares, sostienen que tanto éstos como el paciente están involucrados en el cuidado y en la evolución de la enfermedad.

Al poder determinar la capacidad de resiliencia y las estrategias de afrontamiento de los cuidadores primarios de pacientes con Esquizofrenia, trataremos de explicar cómo se adaptan a la enfermedad y a las modalidades de tratamiento. Nos permitirá observar los esfuerzos por disminuir los sentimientos de perturbación asociados con la amenaza que la enfermedad implica, al igual que los efectos negativos en la salud del cuidador.

El problema a resolver aquí, es saber si la intervención psicoeducativa en el paciente y el cuidador primario, tienen una función en la modificación de las variables psicológicas antes mencionadas, la resiliencia, resultando en un mecanismo protector ante el estrés y su modulación, y el afrontamiento, convirtiéndose en el pilar fundamental que le permita al cuidador primario del paciente psicótico adaptarse constructivamente a su nueva realidad, pudiéndose enfrentar al dilema de la enfermedad de su familiar.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿La intervención psicoeducativa en pacientes esquizofrénicos y su familiar cuidador primario, modificará la capacidad de resiliencia y las estrategias de afrontamiento de este último?

JUSTIFICACIÓN

Estudios demuestran los beneficios de brindar tratamiento integral y de apoyo psicoeducativo a los familiares porque se reducen sus malestares emocionales y físicos, así como la carga familiar. Sin embargo, en la institución médica-psiquiátrica se le brinda poca orientación y ayuda profesional a la familia, es decir, ésta tiene que manejar la problemática que manifiesta el paciente sin conocimiento de la enfermedad, ni entendimiento de la naturaleza biopsicosocial, ni de la importancia del tratamiento integral de la esquizofrenia.

La mayoría de los estudios realizados sobre cuidadores informales se centran en el campo de la gerontología, fundamentalmente en los cuidadores de ancianos afectados de enfermedades degenerativas tipo Alzheimer. Actualmente en nuestro país no se cuenta con estudios que evalúen específicamente el impacto producido de las intervenciones psicoeducativas en pacientes con padecimientos crónicos como la Esquizofrenia, en particular sobre variables psicológicas como resiliencia y afrontamiento en los cuidadores primarios de éstos pacientes.

El presente estudio pretende realizar una investigación observacional que compare estas características antes y después de la intervención psicoeducativa, en diferentes modalidades de manejo proporcionado en nuestra institución, como lo es el servicio de Consulta Externa, en donde el manejo del paciente es

fundamentalmente farmacológico y Hospital Parcial de día, donde aparte del manejo antes mencionado, se cuenta con las intervenciones psicoeducativas no solo a pacientes, sino a sus cuidadores primarios; de ésta forma se puede aportar información sobre el tema en población mexicana, además de relacionar de manera objetiva dichos manejos con modificaciones psicológicas específicas en el familiar cuidador primario con la finalidad de realizar una comparativa entre ambos.

HIPÓTESIS

H1: Existe una relación directa entre la resiliencia y las estrategias de afrontamiento en el cuidador primario del paciente con esquizofrenia.

H2: Las estrategias de afrontamiento del cuidador primario, se incrementan cuando recibe intervención psicoeducativa.

H0A: La resiliencia y la capacidad de afrontamiento del cuidador primario del paciente con esquizofrenia son independientes una de otra.

H0B: Las estrategias de afrontamiento del cuidador primario no se modifican con la intervención psicoeducativa.

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluación y comparación de la resiliencia y estrategias de afrontamiento, en el cuidador primario de pacientes de primera vez, con diagnóstico de Esquizofrenia, antes y después de diversos tipos de manejo en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Objetivos específicos

- Determinar la resiliencia en el cuidador primario al inicio del tratamiento farmacológico y psicoeducativo en la consulta externa, así como en Hospital Parcial de día.
- Determinar la resiliencia en el cuidador primario a las 12 semanas posteriores al inicio del tratamiento farmacológico y psicoeducativo en la consulta externa, así como en Hospital Parcial de día.
- Comparar los cambios en la resiliencia en el cuidador primario al inicio y a los 3 meses posteriores del tratamiento en la consulta externa
- Comparar los cambios en la resiliencia en el cuidador primario al inicio y a los 3 meses posteriores del tratamiento en Hospital Parcial de día.
- Determinar las estrategias de afrontamiento en el cuidador primario al inicio del tratamiento farmacológico y psicoeducativo en la consulta externa, así como en Hospital Parcial de día.
- Determinar las estrategias de afrontamiento en el cuidador primario a los 3 meses posteriores al inicio del tratamiento farmacológico y psicoeducativo en la consulta externa, así como en Hospital Parcial de día.
- Comparar los cambios en las estrategias de afrontamiento en el cuidador primario al inicio y a los 3 meses posteriores del tratamiento en la consulta externa
- Comparar los cambios en las estrategias de afrontamiento en el cuidador primario al inicio y a los 3 meses posteriores del tratamiento en Hospital Parcial de día.

- Comparación de los cambios obtenidos en cuanto a resiliencia y las estrategias de afrontamiento, entre ambos grupos de familiares, tanto de Consulta externa como Hospital parcial de día, al inicio y a los 3 meses del tratamiento farmacológico y psicoeducativo.
- Comparación de las características sociodemograficas del cuidador primario del paciente de primera vez, con diagnóstico de Esquizofrenia.

VARIABLES:

	DEFINICIÓN NOMINAL	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
VARIABLES DEPENDIENTES			
Resiliencia	Capacidad de las personas para desarrollarse psicológicamente sanas y exitosas, a pesar de estar expuestas a situaciones adversas que amenazan su integridad.	Escala de Resiliencia Mexicana	Cuantitativa Escala tipo Likert
Afrontamiento	Esfuerzos conductuales y cognitivos que lleva a cabo el individuo para hacer frente a las demandas externas o internas generadoras del estrés, como con el malestar psicológico que suele acompañar al mismo.	Escala Modos de Afrontamiento	Cuantitativa Escala tipo Likert
VARIABLES INDEPENDIENTES			
Sexo	Conjunto de características biológicas que diferencian al macho de la hembra y que al complementarse tienen la posibilidad de la reproducción en los animales y en las plantas.	Expediente clínico o historia clínica	Cualitativa nominal (Masculino/femenino)

Estado civil	Estado que guarda entre los ciudadanos.	Expediente clínico o historia clínica.	Cualitativa nominal (Casado, soltero, viudo, divorciado, unión libre)
Escolaridad	Número de años cursados en total	Expediente clínico o historia clínica	Cualitativa nominal (primaria, secundaria, media superior, superior, posgrado)
Ocupación	Tipo de actividad laboral que efectúa una persona, o que desempeñaba antes si está cesante, durante un período de referencia.	Expediente clínico o historia clínica	Cualitativa nominal (Desempleado, hogar, empleado, estudiante, jubilado)
Religión	Conjunto de creencias y prácticas sobre una entidad divida.	Expediente clínico o historia clínica	Cualitativa nominal (católica, cristiana, ninguna, otra)
Edad de Inicio de padecimiento	Periodo de tiempo transcurrido al momento de inicio de la enfermedad, expresada en años.	Expediente clínico o historia clínica	C u a n t i t a t i v a discontinua (años cumplidos)
Tiempo de evolución de padecimiento	Período de tiempo transcurrido desde el inicio de enfermedad, hasta la actualidad, expresada en meses o años.	Expediente clínico o historia clínica	C u a n t i t a t i v a discontinua (años transcurridos)
Hospitalizaciones previas	Cantidad de ingresos a la institución médica	Expediente clínico o historia clínica	C u a n t i t a t i v a discontinua (números arábigos)
Intervención Psicoeducativa	Intervención terapéutica cuya finalidad es la de proporcionar información acerca de la enfermedad y su manejo, así como brindar estrategias de afrontamiento y apoyo emocional a los cuidadores	Expediente clínico	Cualitativa nominal

TIPO DE ESTUDIO

Estudio prospectivo, comparativo, de casos y controles.

POBLACIÓN EN ESTUDIO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se incluyó en el presente estudio, un grupo de 30 personas familiares de pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia que acudieron al servicio de Hospital Parcial de Día recibiendo tratamiento farmacológico, combinado con terapia psicoeducativa, familiares que recibían de igual manera, ésta última modalidad de intervención, denominados casos, siendo comparados con un grupo de 30 personas familiares de pacientes que acudieron a la consulta externa recibiendo únicamente tratamiento farmacológico de cualquier tipo, sin psicoeducación, para ninguna de las dos partes, denominados controles ; ambos grupos de personas fueron familiares de pacientes que iniciaron su tratamiento en su respectivo servicio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

Grupo de familiares responsables de pacientes de primera vez atendidos en

Consulta Externa (Grupo Control)

Criterios de inclusión

- Personas de ambos géneros.
- Personas con edad mayor de 18 años.
- Ser familiares de un paciente con diagnóstico de Esquizofrenia.
- Ser familiares de un paciente atendido de primera vez en la Consulta externa, que no hayan participado en los grupos de familiares en dicho servicio.
- Personas que firmen el consentimiento informado y acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Personas que cuenten con diagnóstico y/o tratamiento de alguna enfermedad psiquiátrica.
- Familiares de pacientes con otro trastorno mental diferente de esquizofrenia.
- Personas que rechacen participar en este estudio.

Criterios de eliminación

- Personas que retiren su consentimiento durante la realización del estudio.
- Personas que no se presenten a las evaluaciones correspondientes a las 12 semanas de inicio del tratamiento farmacológico y psicoeducativo.

Grupo de familiares responsables de pacientes de primera vez atendidos en Hospital Parcial de día (Grupo de Casos)

Criterios de inclusión

- Personas de ambos géneros.
- Personas con edad mayor de 18 años.
- Ser familiares de un paciente con diagnóstico de Esquizofrenia.
- Ser familiares de un paciente atendido de primera vez en Hospital Parcial de día, que no hayan participado en los grupos de familiares en hospitalización continua y/o consulta externa.
- Personas que firmen el consentimiento informado y acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Personas que cuenten con diagnóstico y/o tratamiento de alguna enfermedad psiquiátrica.
- Familiares de pacientes con otro trastorno mental diferente de esquizofrenia.
- Personas que rechacen participar en este estudio.

Criterios de eliminación

- Personas que retiren su consentimiento durante la realización del estudio.
- Personas que no se presenten a las evaluaciones correspondientes a las 12 semanas de inicio del tratamiento farmacológico y psicoeducativo.

PROCEDIMIENTO

Se tomó en cuenta al cuidador primario de los pacientes que contaron con diagnóstico de Esquizofrenia, que acudieron por primera vez al servicio de consulta externa, referidos tanto de la preconsulta como del servicio de urgencias, los cuales aceptaron el inicio del tratamiento farmacológico para su paciente dentro de la consulta externa. Se les informó la finalidad del estudio, al aceptar participar, se les proporcionó una cita donde firmaron el consentimiento informado y se les aplicó la Escala de Resiliencia Mexicana y la Escala de Modos de Afrontamiento, posteriormente se programó una cita más, a las 12 semanas, donde se aplicaron las mismas escalas. Del mismo modo, se tomó en cuenta al cuidador primario de los pacientes que contaron con diagnóstico de Esquizofrenia, que acudieron por primera vez al servicio de Hospital Parcial de día, referidos tanto de Hospitalización Continua como del servicio de urgencias, los cuales aceptaron el inicio del tratamiento farmacológico para su paciente e

intervención psicoeducativa, ésta última orientada a familiares dentro del mismo servicio. Se les informó la finalidad del estudio, al aceptar participar, se les proporcionó una cita donde firmaron el consentimiento informado y se les aplicó la Escala de Resiliencia Mexicana y la Escala de Modos de Afrontamiento, posteriormente se programó una cita más, en 12 semanas, donde se aplicaron las mismas escalas.

Se les realizó la aplicación comparativa para observar los cambios en ambas variables dependientes, con respecto al inicio del tratamiento farmacológico e intervención psicoeducativa, como en los 3 meses siguientes a los mismos, en cada grupo de familiares; de igual manera se realizó la comparación de los resultados obtenidos entre el grupo de familiares de pacientes atendidos en Consulta externa con el grupo de familiares de pacientes atendidos en Hospital Parcial de día.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Escala de Resiliencia Mexicana

La RESI-M contiene cinco dimensiones, en las cuales se agrupan algunas de las características que destacan las respuestas resilientes en diferentes niveles: individual, familiar y social.

Se elaboró a partir de dos instrumentos, ya que ninguno de ellos está adaptado para ser aplicado a la población mexicana. El primero es el The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) realizado por Connor y Davidson en 1999; el

segundo instrumento es The Resilience Scale for Adults (RSA), elaborado por Friborg, Hjemdal, Rosenvinge y Martinussen en el año 2001.

Consta de 43 reactivos que tuvieron cargas factoriales importantes que subyacen a cinco factores. Al haber utilizado las dos escalas de resiliencia para producir una sola medida, trajo como resultado una nueva escala que incluye dimensiones muy importantes y que originalmente eran medidas por separado en cada una de las escalas.

El procedimiento que se realizó permitió seleccionar los mejores ítems de ambas escalas para evaluar la resiliencia en población mexicana adulta. Cuenta con índices de validez y confiabilidad adecuados.

Dimensiones valoradas:

- Fortaleza y confianza en sí mismo: Los reactivos que componen este factor hacen referencia a la claridad que los individuos tienen sobre sus objetivos, al esfuerzo que hacen por alcanzar sus metas, a la confianza que tienen de que van a tener éxito y al optimismo, fortaleza y tenacidad con la que enfrentan sus retos.
- Competencia social: competencia de los individuos para relacionarse con los demás, la facilidad para hacer nuevos amigos, hacer reír a las personas y disfrutar de una conversación.
- Apoyo familiar: Referido a las relaciones familiares y al apoyo que brinda la familia, también a la lealtad entre los miembros de la familia y a que los miembros compartan visiones similares de la vida y pasen tiempo juntos.

- Apoyo social: se refiere al apoyo, principalmente de los amigos, al hecho de contar con personas en momentos difíciles, que puedan ayudar, que den aliento y que se preocupen por uno.
- Estructura: está relacionado con la capacidad de las personas para organizarse, planear las actividades y el tiempo, tener reglas y actividades sistémicas aun en momentos difíciles.⁷

Dimensiones	Ítem
Fortaleza y confianza en sí mismo	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19
Competencia social	20,21,22,23,24,25,26,27
Apoyo familiar	28,29,30,31,32,33
Apoyo social	34,35,36,37,38
Estructura	39,40,41,42,43

⁷ Palomar LJ, Gómez VN. Desarrollo de una escala de medición de la Resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Revista Interdisciplinaria* 2010; 1 (27): 7-22.

Escala de Modos de Afrontamiento Revisada (Ways of Coping Inventory WOC-R)

Los autores originales son Richard Lazarus y Susan Folkman, creada en 1984. Consta de diferentes versiones, inicialmente se denominaba Ways of Coping Checklist (WCCL, Folkman y Lazarus, 1980) y estaba compuesta por 68 ítems de respuesta dicotómica que racionalmente se clasificaron en dos categorías: centrados en el problema y centrados en la emoción. En 1985 Folkman y Lazarus modifican esta versión de la escala, eliminando ítems atendiendo principalmente a correlación ítem-escala, se formulan ítems nuevos y se reelaboran parte de los existentes. Esta revisión de la escala pasa a tener 66 ítems y un formato de respuesta tipo Likert de 4 alternativas.

Los cuestionarios derivados de modificaciones del WOC más citados son: el CSI (Coping Scale Inventory) de Tobin, Holroyd y Reynolds (1984), la versión del WOC de Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro y Becker (1985) y el COPE de Carver y cols (1989) adaptado al castellano por Crespo y Cruzado en 1997. Existe una adaptación española de Jesús Rodríguez et al. (1992).

Sus objetivos son evaluar los diferentes modos de afrontamiento o coping: afrontamiento directo, búsqueda de apoyo social, distanciamiento, escape / evitación, planificación y solución de problemas, reevaluación positiva, aceptación de responsabilidad y autocontrol.

Esta dirigida a la población general, consta de 67 reactivos, que son afirmaciones respecto de las maneras de afrontamiento, dirigidos a la emoción y al problema; estos ítems describen formas de actuar ante los problemas. Es una escala tipo Likert de 4 puntos, de 0 (“en absoluto”) a 3 (“en gran medida”).

Pueden derivarse las siguientes subescalas:

- Afrontamiento directo / Confrontación (P): Intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas o potencialmente arriesgadas.
- Distanciamiento (E): Intentos de apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que le afecte a uno.
- Autocontrol (E): Esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.

- Búsqueda de apoyo social (P, E): Acudir a otras personas (amigos, familiares) para buscar ayuda, información o también comprensión y apoyo emocional.
- Aceptación de la responsabilidad (E): Reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema.
- Escape-evitación (E): Empleo de un pensamiento irreal improductivo.
- Planificación (P): pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.
- Reevaluación positiva (E): Percibir los posibles aspectos positivos que tengan o haya tenido la situación estresante.

Estas dimensiones de afrontamiento pueden agruparse en estrategias centradas en los problemas (P) o en las emociones (E). La consistencia interna de la versión en castellano se sitúa entre 0,60 y 0,75 (Sánchez-Cánovas, 1991).

En cuanto a la aplicación, la persona debe señalar en qué medida actuó como se describe en cada una de las afirmaciones en la resolución de algún problema. Se puede obtener una puntuación total, una puntuación de estrategias centradas en el problema y de estrategias centradas en la emoción y una puntuación para cada una de las 8 diferentes subescalas o modos de afrontamiento.^{10,33}

Estrategia de afrontamiento	Ítem
Distanciamiento	12,13,15,21,41,44
Autocontrol	10,14,35,43,54,62,63,64
Búsqueda de apoyo social	8,18,22,31,42,45
Escape/evitación	11,16,33,40,47,50,58,59
Planeación y solución de problemas	1,26,39,48,49,52
Reevaluación positiva	20,23,30,36,38,56,60
Aceptación de responsabilidades	9,25,29,51
Afrontamiento directo/Confrontación	6,7,17,28,34,46

³⁴Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen R. The dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology* 1986. 50: 992-1003.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En la metodología estadística se realizó la descripción de las características sociodemográficas de la muestra empleando frecuencias y porcentajes. Para explorar la asociación entre las variables de Resiliencia y modos de Afrontamiento se empleó ANOVA de medidas repetidas 2x2, utilizando el Programa Estadístico Informático IBM SPSS Statistics 20.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo cumplió con las recomendaciones de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52° Asamblea general Mundial Celebrada en Edimburgo, Escocia, del 2002, que guía a los médicos en las investigaciones médicas.

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, vigente en nuestro país, el trabajo realizado se clasificó en categoría 1, en base al título segundo, artículo 17, que lo clasifica como investigación sin riesgo, ya que no hubo manipulación de variables. Así

mismo se solicitó consentimiento de participación voluntaria, la cual fue leída y firmada por cada participante.

RESULTADOS

Datos sociodemográficos

La muestra total estuvo formada por 60 personas familiares de pacientes diagnosticados con Esquizofrenia (quienes asumieron o se les asignó el rol de cuidador primario), tratados de primera vez en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, integrando dos grupos de estudio: *grupo caso*, formado por 30 personas familiares de pacientes en tratamiento en el Hospital Parcial de día y un *grupo control*, formado por 30 personas familiares de pacientes tratados en la Consulta Externa.

La muestra final estuvo integrada por 20 personas familiares del *grupo caso* (66.7%), eliminándose a 10 personas (33.3%) y 19 personas familiares del *grupo control* (63.3%), eliminándose a 11 personas (36.7%). El criterio de eliminación para ambos grupos fue que no se presentaron a las evaluaciones correspondientes a las 12 semanas de haber iniciado el tratamiento farmacológico y/o psicoeducativo en sus respectivos servicios de atención, siendo los principales motivos: la falta de respuesta cuando se les intento contactar por medio de vía telefónica, los datos que proporcionaron en el primer contacto resultaron erróneos y la falta de interés por continuar participando en el estudio.

La mayor parte de la muestra del *grupo caso* (n=30) estuvo conformada por personas del sexo femenino (n=23, 76.7%); el parentesco principal fue ser madre (n=18, 60%); el estado civil predominante fue el casado (n=10, 33.3%), seguido por el soltero (n=8, 26.7%); la mayoría de las personas tenían una escolaridad

máxima de secundaria y media superior, ambas ocupando el primer lugar (n=7, 23.3% respectivamente); la ocupación de la mayoría fue dentro del hogar (n=15, 50%) y el 73.3% practicaban la religión católica (n=22).

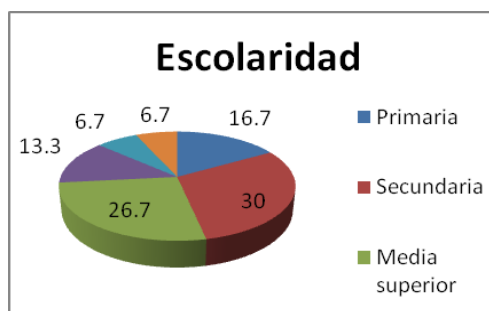
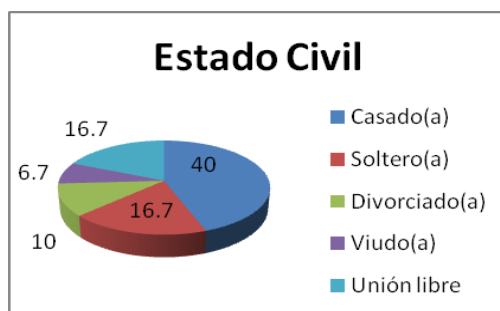
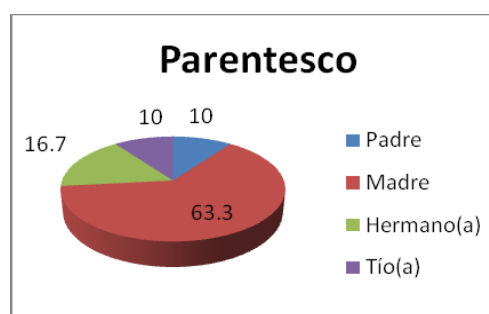
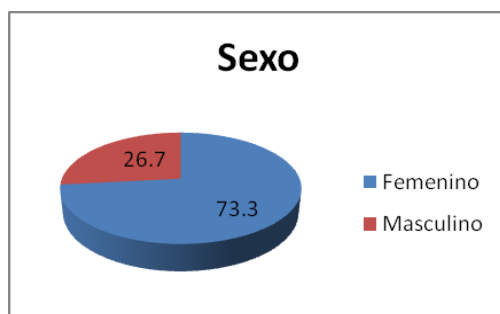
En cuanto a las características del paciente, se obtuvo una media de 21.97 años para la edad de inicio del padecimiento, con una media de 6.8 años para el tiempo de evolución, contando con una media de 1.87 hospitalizaciones previas. En el siguiente cuadro (Cuadro 1) y gráficos (Gráficos 1-6) se resumen las características sociodemográficas del *grupo caso*.

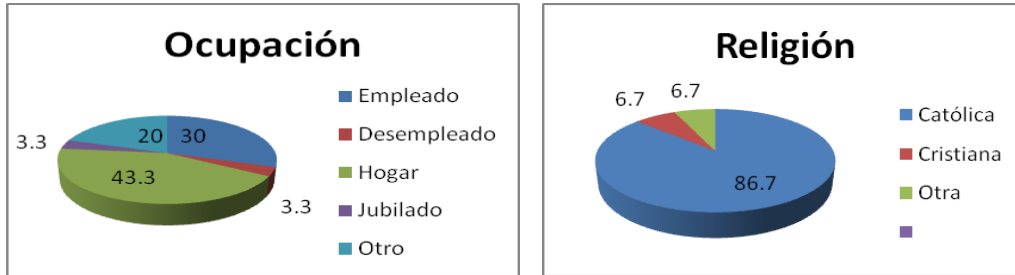
Cuadro 1. Características sociodemográficas del grupo caso (Hospital Parcial)

Características de Cuidador Primario		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sexo		
Femenino	23	76.7
Masculino	7	23.3
Parentesco		
Padre	4	13.3
Madre	18	60.0
Hermano(a)	5	16.7
Tío(a)	3	10.0
Estado civil		
Casado(a)	10	33.3
Soltero(a)	8	26.7
Divorciado(a)	3	10.0
Viudo(a)	4	13.3
Unión libre	5	16.7
Escolaridad		
Primaria	5	16.7
Secundaria	7	23.3
Media superior	7	23.3
Superior	5	16.7
Posgrado	2	6.7
Otro	4	13.3
Ocupación		

Empleado	7	23.3
Desempleado	3	10.0
Estudiante	2	6.7
Hogar	15	50.0
Jubilado	1	3.3
Otro	2	6.7
Religión		
Católica	22	73.3
Cristiana	2	6.7
Otra	1	3.3
Ninguna	5	16.7
Características de Paciente		
	Media	Desv. típ.
Edad de inicio	21.97	4.597
Tiempo de evolución	6.8	5.068
Número de hospitalizaciones	1.87	1.907

Gráficos 1-6. Características sociodemográficas del grupo caso (Hospital Parcial) (%)





La mayor parte de la muestra del *grupo control* (n=30) estuvo conformada por personas del sexo femenino (n=19, 63.3%); el parentesco principal fue ser madre (n=18, 60%); el estado civil predominante fue el casado (n=12, 40%); la mayoría de las personas tenían una escolaridad máxima de secundaria y media superior, (n=9, 30%; n=8, 26.7%, respectivamente); la ocupación de la mayoría fue dentro del hogar (n=13, 43.3%) y el 86.7% practicaban la religión católica (n=26).

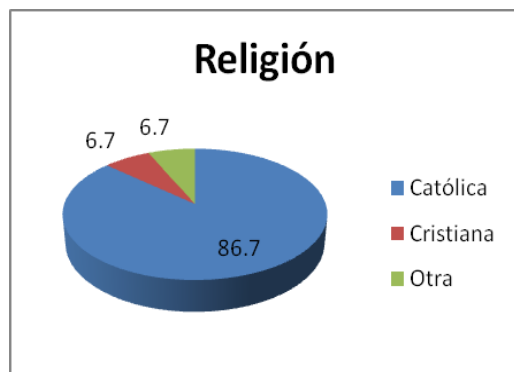
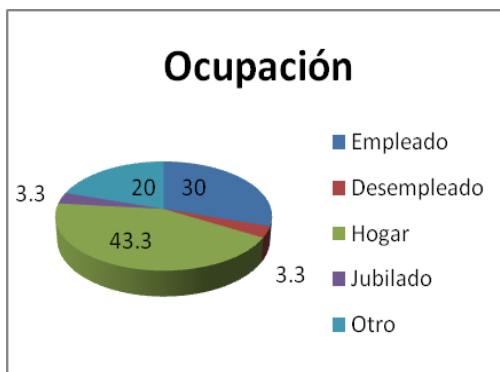
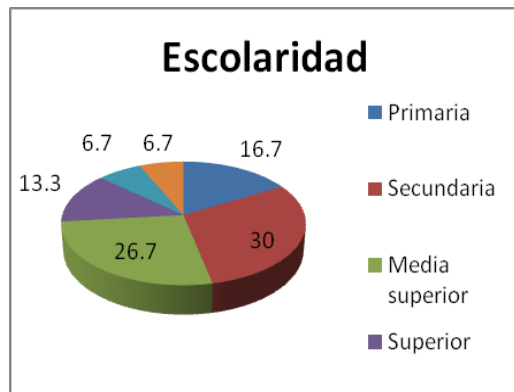
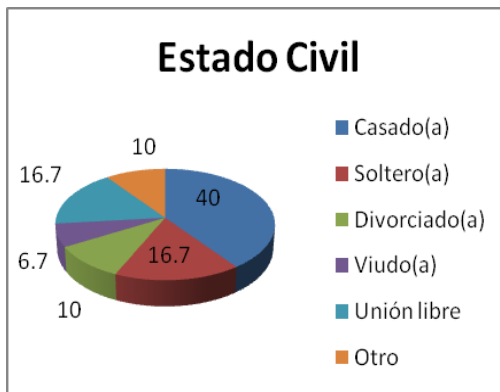
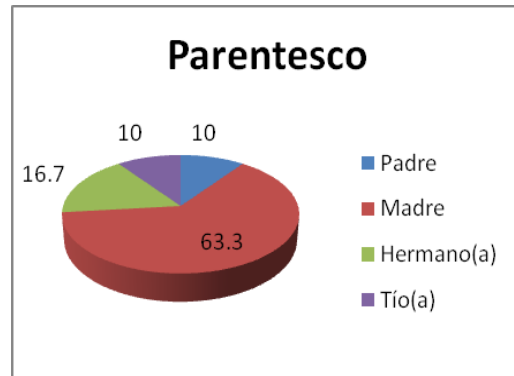
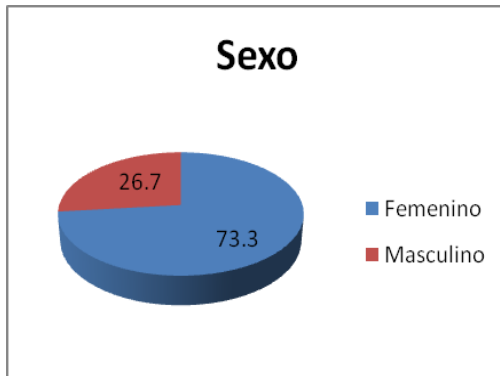
En cuanto a las características del paciente, se obtuvo una media de 19.9 años para la edad de inicio del padecimiento, con una media de 4.7 años para el tiempo de evolución, sin hospitalizaciones previas. En el siguiente cuadro (Cuadro 2) y gráficos (Gráfica 6-12), se resumen las características sociodemográficas del *grupo control*.

Cuadro 2. Características sociodemográficas del grupo control (Consulta Externa)

Características de Cuidador Primario		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sexo		
Femenino	22	73.3
Masculino	8	26.7
Parentesco		
Padre	3	10.0
Madre	19	63.3

Hermano(a)	5	16.7
Tío(a)	3	10.0
Estado civil		
Casado(a)	12	40.0
Soltero(a)	5	16.7
Divorciado(a)	3	10.0
Viudo(a)	2	6.7
Unión libre	5	16.7
Otro	3	10.0
Escolaridad		
Primaria	5	16.7
Secundaria	9	30.0
Media superior	8	26.7
Superior	4	13.3
Posgrado	2	6.7
Otro	2	6.7
Ocupación		
Empleado	9	30.0
Desempleado	1	3.3
Hogar	13	43.3
Jubilado	1	3.3
Otro	6	20.0
Religión		
Católica	26	86.7
Cristiana	2	6.7
Otra	2	6.7
Características de Paciente		
	Media	Desv. típ.
Edad de inicio	19.90	3.951
Tiempo de evolución	4.70	1.765
Número de hospitalizaciones	.00	.000

Gráficos 6-12. Características sociodemográficas del grupo control (Consulta Externa) (%)



Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M)

En cuanto a los cinco factores que evalúa la Escala de Resiliencia Mexicana, se obtuvo para la primera aplicación del instrumento:

- Factor 1. Fortaleza y confianza en sí mismo, en el *grupo caso* (n=20) una media de 39.8 (SD 7.647), en el grupo control (n=19) una media de 38.95 (SD 8.066).
- Factor 2. Competencia Social: en el *grupo caso* (n=20) una media de 14.05 (SD 4.032), en el grupo control (n=19) una media de 14.68 (SD 4.703).
- Factor 3. Apoyo Familiar: en el *grupo caso* (n=20) una media de 10.65 (SD 2.852), en el grupo control (n=19) una media de 9.84 (SD 2.672).
- Factor 4. Apoyo Social: en el *grupo caso* (n=20) una media de 9.55 (SD 4.186), en el grupo control (n=19) una media de 9.11 (SD 4.054).
- Factor 5. Estructura: en el *grupo caso* (n=20) una media de 8.50 (SD 2.503), en el grupo control (n=19) una media de 8.16 (SD 2.292).

Se obtuvo para la segunda aplicación del instrumento:

- Factor 1. Fortaleza y confianza en sí mismo, en el *grupo caso* (n=20) una media de 44.25 (SD 8.914), en el grupo control (n=19) una media de 42.84 (SD6.793).
- Factor 2. Competencia Social: en el *grupo caso* (n=20) una media de 16.30 (SD 4.438), en el grupo control (n=19) una media de 14.42 (SD 4.073).
- Factor 3. Apoyo Familiar: en el *grupo caso* (n=20) una media de 13.40 (SD 3.085), en el grupo control (n=19) una media de 14.05 (SD 3.566).

•Factor 4. Apoyo Social: en el *grupo caso* (n=20) una media de 10.70 (SD 3.799), en el grupo control (n=19) una media de 11.89 (SD 2.355).

•Factor 5. Estructura: en el *grupo caso* (n=20) una media de 9.20 (SD 2.876), en el grupo control (n=19) una media de 9.32 (SD 2.212).

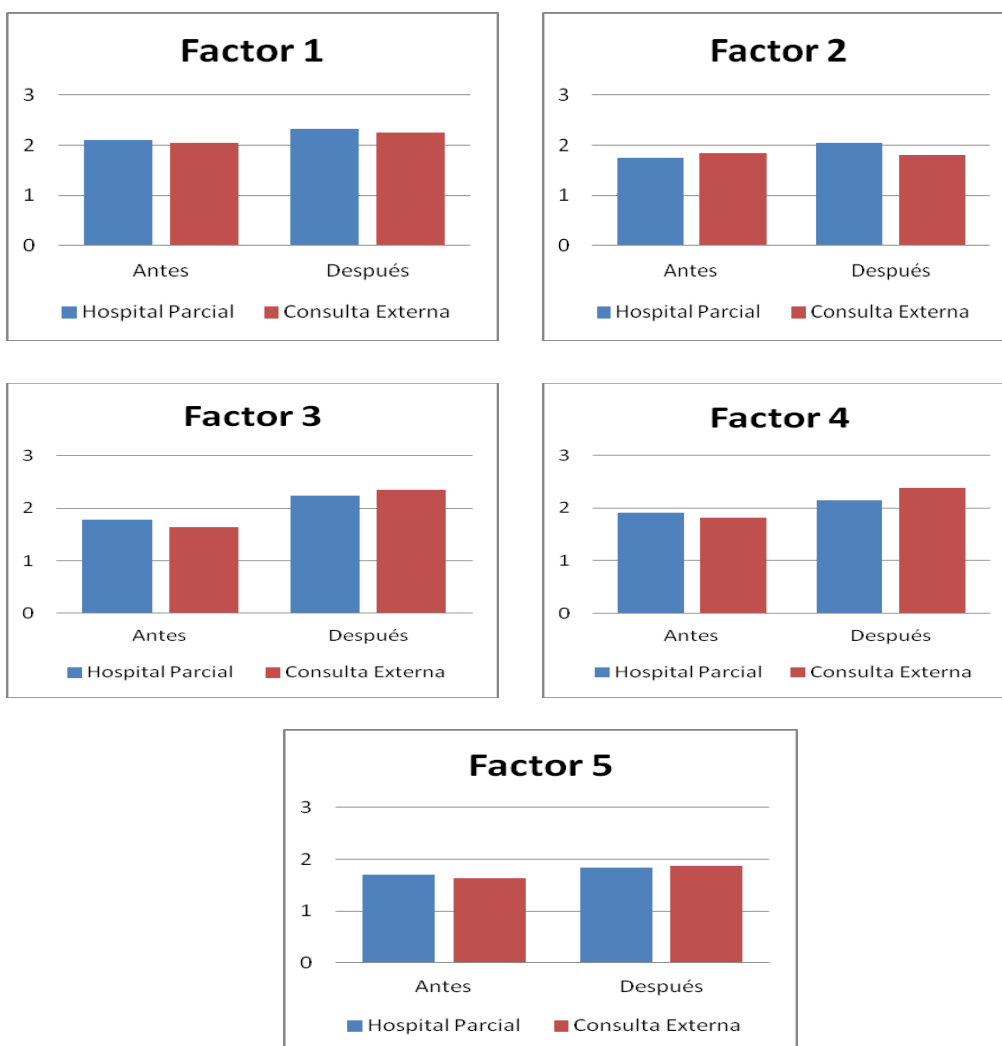
En el cuadro (Cuadro 3) y gráficos (Gráficos13-17), se muestran los resultados del *ambos grupos*, en las dos aplicaciones del instrumento.

Cuadro 3. Resiliencia. Comparación de grupos.

RESILIENCIA						
FACTOR 1: Fortaleza y confianza en sí mismo						
	1ª aplicación			2ª aplicación		
GRUPO	Media	Des. Std.	N	Media	Des. Std.	N
Hospital Parcial	39.80	7.647	20	44.25	8.914	20
Consulta Externa	38.95	8.066	19	42.84	6.793	19
Total	39.38	7.762	39	43.56	7.880	39
FACTOR 2: Competencia social						
GRUPO	Media	Des. Std.	N	Media	Des. Std.	N
Hospital Parcial	14.05	4.032	20	16.30	4.438	20
Consulta Externa	14.68	4.703	19	14.42	4.073	19
Total	14.36	4.325	39	15.38	4.314	39
FACTOR 3: Apoyo familiar						
GRUPO	Media	Des. Std.	N	Media	Des. Std.	N
Hospital Parcial	10.65	2.852	20	13.40	3.085	20
Consulta Externa	9.84	2.672	19	14.05	3.566	19
Total	10.26	2.760	39	13.72	3.300	39
FACTOR 4: Apoyo social						
GRUPO	Media	Des. Std.	N	Media	Des. Std.	N
Hospital Parcial	9.55	4.186	20	10.70	3.799	20
Consulta Externa	9.11	4.054	19	11.89	2.355	19
Total	9.33	4.074	39	11.28	3.195	39
FACTOR 5: Estructura						
GRUPO	Media	Des. Std.	N	Media	Des. Std.	N
Hospital Parcial	8.50	2.503	20	9.20	2.876	20
Consulta Externa	8.16	2.292	19	9.32	2.212	19
Total	8.33	2.377	39	9.26	2.541	39

Como se puede observar en el cuadro 3, los factores de Resiliencia que predominaron en el grupo caso (Hospital Parcial) durante la primera aplicación del instrumento fueron: fortaleza y confianza en sí mismo, competencia social y apoyo familiar; en el grupo control (Consulta Externa) fueron los mismos. En la segunda aplicación, los factores que se predominaron en el grupo caso fueron: fortaleza y confianza en sí mismo, competencia social y apoyo familiar; en el grupo control fueron los mismos.

Gráficos13-17. Resiliencia. Comparación de grupos.



Como puede observarse en los gráficos 13-17, en relación a la medición de Resiliencia, al realizarse la comparación de casos (Hospital Parcial) y controles (Consulta externa) a través del tiempo, se presentó una modificación significativa ($p < 0.05$) en ambos grupos, aumentando desde la primera aplicación del instrumento a la segunda (transcurridas 12 semanas):

- en el factor 1: Fortaleza y confianza en sí mismo: grupo caso (39.8/44.25), grupo control (38.95/42.84).
- en el factor 3: Apoyo Familiar: grupo caso (10.65/13.40), grupo control (9.84/14.05).
- en el factor 4: Apoyo Social: grupo caso (9.55/10.70), grupo control (9.11/11.89).
- en el factor 5: Estructura: grupo caso (8.50/9.20), grupo control (8.16/9.32).

Usando la distribución F, se obtuvieron las pruebas de significación estadística, para cada uno de los factores de Resiliencia, obteniendo los siguientes resultados:

- Fueron estadísticamente significativos en Tiempo ($p < 0.05$), es decir que a través del tiempo los dos grupos (Hospital Parcial y Consulta Externa) se modificaron, los factores de resiliencia 1 (fortaleza y confianza en sí mismo), 3 (apoyo familiar), 4 (apoyo social) y 5 (estructura).

En el siguiente cuadro (Cuadro 4), se resumen los resultados en cuanto a la significación estadística.

Cuadro 4. Resiliencia. Significación estadística.

RESILIENCIA		
FACTOR 1: Fortaleza y confianza en sí mismo		
	F	Sig
Tiempo	9.873	.003
Tiempo*Grupo	.044	.836
FACTOR 1: Fortaleza y confianza en sí mismo		
	F	Sig
Tiempo	2.290	.139
Tiempo*Grupo	3.664	.063
FACTOR 3: Apoyo familiar		
	F	Sig
Tiempo	47.091	.000
Tiempo*Grupo	2.073	.158
FACTOR 4: Apoyo social		
	F	Sig
Tiempo	13.859	.001
Tiempo*Grupo	2.400	.130
FACTOR 5: Estructura		
	F	Sig
Tiempo	5.795	.021
Tiempo*Grupo	.352	.557

ESCALA MODOS DE AFRONTAMIENTO

En cuanto a los modos de afrontamiento que se valoraron, se obtuvieron los siguientes resultados, durante la primera aplicación del instrumento:

- Modo 1. Distanciamiento: en el *grupo caso* (n=20) una media de 5.80 (SD 1.963), en el grupo control (n=19) una media de 5.68 (SD1.493).
- Modo 2. Autocontrol: en el *grupo caso* (n=20) una media de 8.95 (SD 3.034), en el grupo control (n=19) una media de 9.47 (SD 2.220).

- Modo 3. Búsqueda de apoyo social: en el *grupo caso* (n=20) una media de 11.55 (SD 2.282), en el grupo control (n=19) una media de 12.26 (SD 1.240).
- Modo 4. Planeación y solución de problemas: en el *grupo caso* (n=20) una media de 10.75 (SD 3.307), en el grupo control (n=19) una media de 11.84 (SD 2.609).
- Modo 5. Reevaluación positiva: en el *grupo caso* (n=20) una media de 12.30 (SD 2.296), en el grupo control (n=19) una media de 10.84 (SD 1.708).
- Modo 6. Aceptación de responsabilidades: en el *grupo caso* (n=20) una media de 6.75 (SD 1.517), en el grupo control (n=19) una media de 5.47 (SD 2.245).
- Modo 7. Escape/Evitación: en el *grupo caso* (n=20) una media de 12.65 (SD 4.793), en el grupo control (n=19) una media de 13.00 (SD 3.480).
- Modo 8. Afrontamiento directo/Confrontación: en el *grupo caso* (n=20) una media de 10.20 (SD 3.764), en el grupo control (n=19) una media de 10.26 (SD 3.280).
- Estrategias centradas en los problemas: en el *grupo caso* (n=20) una media de 32.50 (SD 7.871), en el grupo control (n=19) una media de 34.37 (SD 5.230).
- Estrategias centradas en las emociones: en el *grupo caso* (n=20) una media de 58.00 (SD 9.744), en el grupo control (n=19) una media de 56.74 (SD 7.809).

Se obtuvieron los siguientes resultados, durante la segunda aplicación del instrumento:

- Modo 1. Distanciamiento: en el *grupo caso* (n=20) una media de 5.00 (SD 2.026), en el grupo control (n=19) una media de 3.05 (SD 1.545).

- Modo 2. Autocontrol: en el *grupo caso* (n=20) una media de 8.90 (SD 4.012), en el grupo control (n=19) una media de 8.47 (SD 1.954).
- Modo 3. Búsqueda de apoyo social: en el *grupo caso* (n=20) una media de 13.35 (SD 4.107), en el grupo control (n=19) una media de 15.32 (SD 1.204).
- Modo 4. Planeación y solución de problemas: en el *grupo caso* (n=20) una media de 13.00 (SD 3.403), en el grupo control (n=19) una media de 11.84 (SD 1.425).
- Modo 5. Reevaluación positiva: en el *grupo caso* (n=20) una media de 14.30 (SD 2.716), en el grupo control (n=19) una media de 11.00 (SD 1.563).
- Modo 6. Aceptación de responsabilidades: en el *grupo caso* (n=20) una media de 6.10 (SD 1.447), en el grupo control (n=19) una media de 5.63 (SD 1.383).
- Modo 7. Escape/Evitación: en el *grupo caso* (n=20) una media de 7.45 (SD 4.123), en el grupo control (n=19) una media de 8.05 (SD 1.985).
- Modo 8. Afrontamiento directo/Confrontación: en el *grupo caso* (n=20) una media de 10.25 (SD 2.989), en el grupo control (n=19) una media de 10.42 (SD 1.387).
- Estrategias centradas en los problemas: en el *grupo caso* (n=20) una media de 36.60 (SD 9.616), en el grupo control (n=19) una media de 37.58 (SD 3.168).
- Estrategias centradas en las emociones: en el *grupo caso* (n=20) una media de 55.10 (SD 10.057), en el grupo control (n=19) una media de 51.53 (SD 4.155).
- En el cuadro (Cuadro 5) y gráficos (Gráficos18-27), se muestran los resultados de *ambos grupos*, en las dos aplicaciones del instrumento.

Cuadro 5. Modos de Afrontamiento. Comparación de resultados

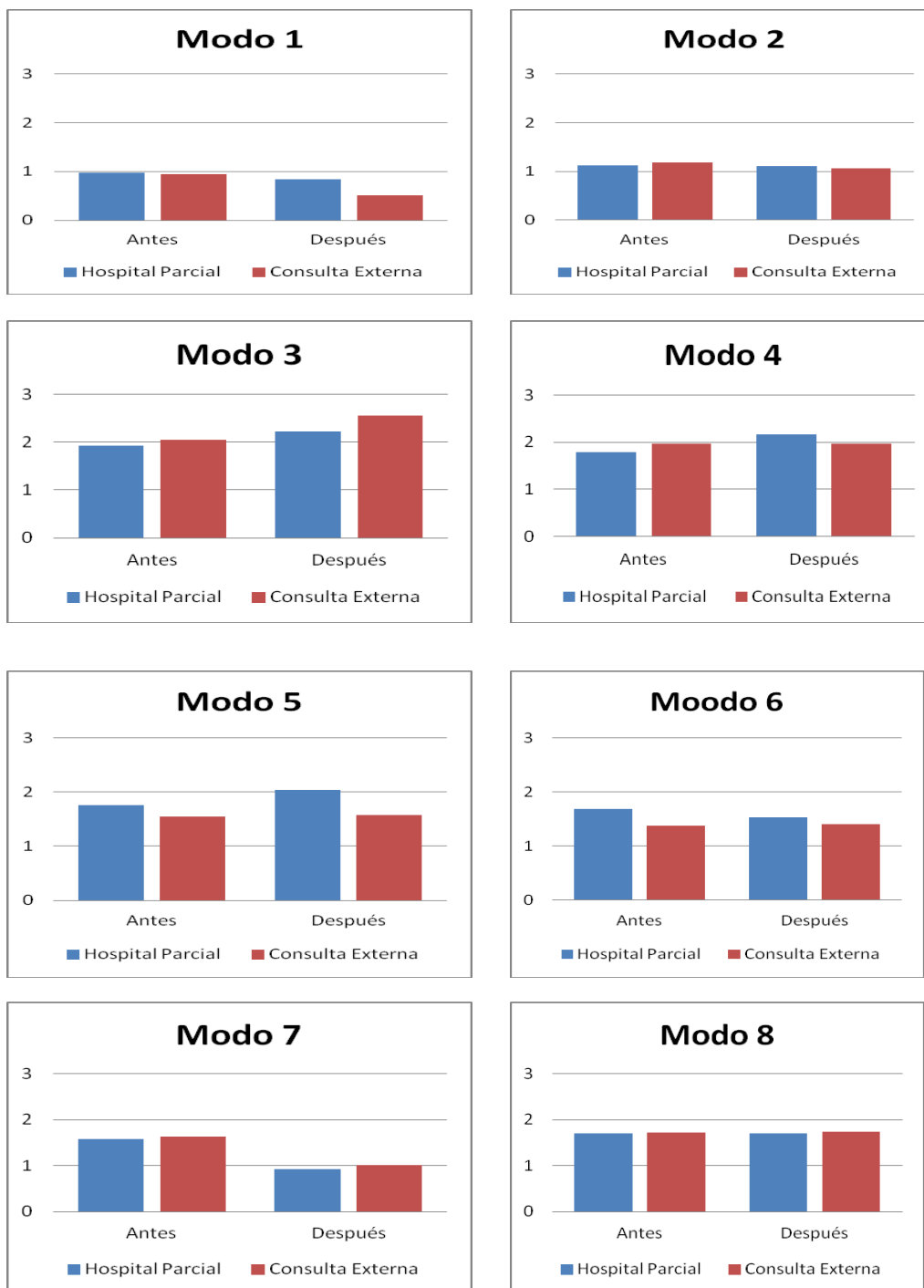
MODOS DE AFRONTAMIENTO						
Modo 1: Distanciamiento						
GRUPO	1ª aplicación			2ª aplicación		
	Media	Des. Std.	N	Media	Des. Std.	N
Hospital Parcial	5.80	1.963	20	5.00	2.026	20
Consulta Externa	5.68	1.493	19	3.05	1.545	19
Total	5.74	1.728	39	4.05	2.038	39
Modo 2: Autocontrol						
GRUPO	Media	Des. Std.	N	Media	Des. Std.	N
Hospital Parcial	8.95	3.034	20	8.90	4.012	20
Consulta Externa	9.47	2.220	19	8.47	1.954	19
Total	9.21	2.648	39	8.69	3.147	39
Modo 3: Búsqueda de apoyo social						
GRUPO	Media	Des. Std.	N	Media	Des. Std.	N
Hospital Parcial	11.55	2.282	20	13.35	4.107	20
Consulta Externa	12.26	1.240	19	15.32	1.204	19
Total	11.90	1.861	39	14.31	3.180	39
Modo 4: Planeación y solución de problemas						
GRUPO	Media	Des. Std.	N	Media	Des. Std.	N
Hospital Parcial	10.75	3.307	20	13.00	3.403	20
Consulta Externa	11.84	2.609	19	11.84	1.425	19
Total	11.28	3.000	39	12.44	2.664	39
Modo 5: Reevaluación positiva						
GRUPO	Media	Des. Std.	N	Media	Des. Std.	N
Hospital Parcial	12.30	2.296	20	14.30	2.716	20
Consulta Externa	10.84	1.708	19	11.00	1.563	19
Total	11.59	2.136	39	12.69	2.764	39

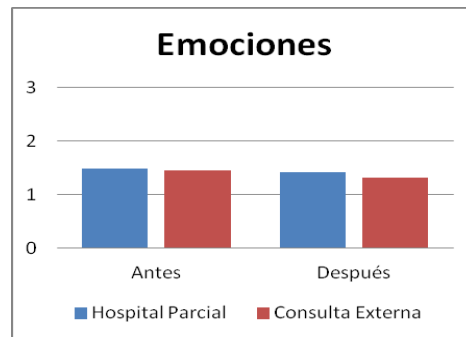
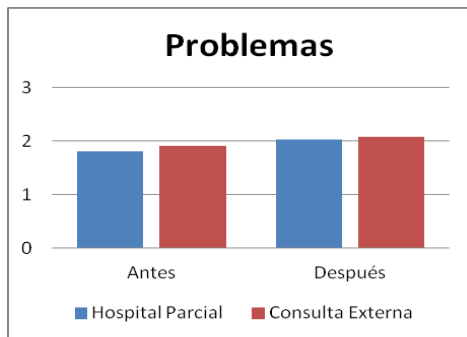
MODOS DE AFRONTAMIENTO						
Modo 6: Aceptación de responsabilidades						
GRUPO	Media	Des. Std.	N	Media	Des. Std.	N
Hospital Parcial	6.75	1.517	20	6.10	1.447	20
Consulta Externa	5.47	2.245	19	5.63	1.383	19
Total	6.13	1.989	39	5.87	1.418	39
Modo 7: Escape/evitación						
GRUPO	Media	Des. Std.	N	Media	Des. Std.	N
Hospital Parcial	12.65	4.793	20	7.45	4.123	20
Consulta Externa	13.00	3.480	19	8.05	1.985	19
Total	12.82	4.154	39	7.74	3.234	39
Modo 8: Afrontamiento directo/Confrontación						
GRUPO	Media	Des. Std.	N	Media	Des. Std.	N
Hospital Parcial	10.20	3.764	20	10.25	2.989	20
Consulta Externa	10.26	3.280	19	10.42	1.387	19
Total	10.23	3.490	39	10.33	2.321	39
Estrategias Centradas En Los Problemas						
GRUPO	Media	Des. Std.	N	Media	Des. Std.	N
Hospital Parcial	32.50	7.871	20	36.60	9.616	20
Consulta Externa	34.37	5.230	19	37.58	3.168	19
Total	33.41	6.695	39	37.08	7.158	39
Estrategias Centradas En Las Emociones						
GRUPO	Media	Des. Std.	N	Media	Des. Std.	N
Hospital Parcial	58.00	9.744	20	55.10	10.057	20
Consulta Externa	56.74	7.809	19	51.53	4.155	19
Total	57.38	8.762	39	53.36	7.876	39

Como se puede observar en el cuadro 5, los modos de Afrontamiento que predominaron en el grupo caso (Hospital Parcial) durante la primera aplicación del instrumento fueron: escape/evitación, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social; en el grupo control (Consulta Externa) fueron aceptación de responsabilidades, planeación y solución de problemas y reevaluación positiva. En la segunda aplicación, los modos de Afrontamiento que predominaron en el grupo caso fueron: escape/evitación, búsqueda de apoyo social y planeación y

solución de problemas; en el grupo control fueron búsqueda de apoyo social, planeación y solución de problemas y reevaluación positiva.

Gráficos 18-27. Resiliencia. Comparación de grupos.





Como puede observarse en los gráficos 18-27, en relación a la medición de Modos de Afrontamiento, al realizarse la comparación de casos (Hospital Parcial) y controles (Consulta externa) a través del tiempo, se presentó una modificación significativa ($p < 0.05$) en ambos grupos:

- en el modo 1: Distanciamiento: disminuyen desde la primera aplicación del instrumento a la segunda (trascurridas 12 semanas) en ambos grupos: grupo caso (5.80/5.0), grupo control (5.68/3.03).
- en el modo 3: Búsqueda de apoyo social: aumenta desde la primera aplicación del instrumento a la segunda en ambos grupos: grupo caso (11.55/13.35), grupo control (12.26/15.32).
- en el modo 4: Planeación y solución de problemas: aumenta desde la primera aplicación del instrumento a la segunda en el grupo caso (10.75/13.0), manteniéndose igual en el grupo control (11.84/11.84).
- modo 5: Reevaluación positiva: aumenta desde la primera aplicación del instrumento a la segunda en el grupo caso (12.30/14.3), manteniéndose prácticamente sin cambios en el grupo control (10.84/11.0).

- en el modo 7: Escape/evitación: disminuyen desde la primera aplicación del instrumento a la segunda en ambos grupos: grupo caso (5.80/5.0), grupo control (5.68/3.03).
- en las estrategias centradas en los problemas: aumentan desde la primera aplicación del instrumento a la segunda en ambos grupos: grupo caso (32.5/36.6), grupo control (34.37/37.58).
- en las estrategias centradas en las emociones: disminuyen discretamente desde la primera aplicación del instrumento a la segunda en ambos grupos: grupo caso (58.0/55.110), grupo control (56.74/51.53).

Con respecto a la medición de Modos de Afrontamiento, al realizarse la comparación de casos (Hospital Parcial) y controles (Consulta externa) a través del tiempo y grupo, es decir al observar si existió un cambio mejor de un grupo en relación al otro, se presentó una modificación significativa ($p < 0.05$), en los siguientes modos de afrontamiento:

- modo 1: Distanciamiento: el cambio del grupo control fue mayor en comparación con el grupo caso.
- modo 4: Planeación y resolución de problemas: el cambio del grupo caso fue mayor en comparación con el grupo control.
- modo 5: Reevaluación positiva: el cambio del grupo caso fue mayor en comparación con el grupo control.

Usando la distribución F, se obtuvieron las pruebas de significación estadística, para cada uno de los modos de afrontamiento, obteniendo los siguientes resultados:

- Fueron estadísticamente significativos en el Tiempo ($p < 0.05$), es decir que a través del tiempo los dos grupos (Hospital Parcial y Consulta Externa) se modificaron, en los modos de afrontamiento 3 (búsqueda de apoyo social), 7 (escape/evitación), estrategias centradas en problemas y estrategias centradas en problemas.
- Fueron estadísticamente significativos en Tiempo*Grupo ($p < 0.05$), es decir que se mostró un mejor cambio en uno de los grupos en comparación con el otro, en los modos de afrontamiento 1 (distanciamiento), 4 (planeación y solución de problemas) y el 5 (reevaluación positiva).

En el siguiente cuadro (Cuadro 6), se resumen los resultados en cuanto a la significación estadística.

Cuadro 6. Resiliencia. Significación estadística.

MODOS DE AFRONTAMIENTO		
Modo 1: Distanciamiento		
	F	Sig
Tiempo	28.758	.000
Tiempo*Grupo	8.193	.007
Modo 2: Autocontrol		
	F	Sig
Tiempo	1.767	.192
Tiempo*Grupo	1.446	.237
Modo 3: Búsqueda de apoyo social		
	F	Sig
Tiempo	42.416	.000
Tiempo*Grupo	2.826	.101
Modo 4: Planeación y solución de problemas		
	F	Sig
Tiempo	11.718	.002
Tiempo*Grupo	11.718	.002
Modo 5: Reevaluación positiva		
	F	Sig
Tiempo	8.542	.006
Tiempo*Grupo	6.225	.017
Modo 6: Aceptación de responsabilidades		
	F	Sig
Tiempo	.637	.430
Tiempo*Grupo	1.717	.198
Modo 7: Escape/evitación		
	F	Sig
Tiempo	37.116	.000
Tiempo*Grupo	.023	.880
Modo 8: Afrontamiento directo/Confrontación		
	F	Sig
Tiempo	.050	.825
Tiempo*Grupo	.013	.909
Estrategias Centradas En Los Problemas		
	F	Sig
Tiempo	26.359	.000
Tiempo*Grupo	.390	.536
Estrategias Centradas En Las Emociones		
	F	Sig
Tiempo	8.819	.005
Tiempo*Grupo	.716	.403

DISCUSIÓN

El presente estudio es una investigación, que en nuestro país no cuenta con precedentes donde se evalúen y relacionen la capacidad de resiliencia y los modos de afrontamiento en familiares que asumen o a quienes se les asigna el papel de cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia posterior a una intervención psicoeducativa dirigida a la familia.

En relación al perfil sociodemográfico encontrado en los cuidadores primarios, también denominados informales en algunos textos, de los pacientes esquizofrénicos tratados en el Hospital Fray Bernardino Álvarez, tanto en el servicio de Hospital Parcial como en la Consulta Externa, predomina el ser madres de familia, casadas, dedicadas al hogar, con escolaridad máxima de secundaria o media superior (bachillerato), que practican la religión católica. Dicho perfil es consistente con el encontrado en otros estudios donde se evaluaron a cuidadores primarios de pacientes con enfermedades crónicas, (Artaso et al. 2002),²⁰ donde el cuidador familiar se trataba de una mujer de 54 años de edad, casada (en el 85%), con estudios primarios, en más de la mitad de los casos (67,5%) dedicada a las tareas del hogar. En el estudio de Leal, et al. en el 2008,⁶ se observó una edad media de 60 años (un 72% de cuidadoras) y un nivel educativo medio. Este predominio de las mujeres como cuidadoras es el habitual en todos los trastornos, no sólo entre los cuidadores de los pacientes esquizofrénicos, como señala Delicado, alcanza al 80% cuando se incluyen todos los trastornos mentales. Lo que se rescata de éste perfil predominante, como bien se menciona, es que se sigue poniendo de manifiesto que la figura del

cuidador informal, sigue estando a cargo de las mujeres en la mayoría de los casos, viéndose obligada a compaginar tareas laborales y familiares de cuidado al mismo tiempo, incluso en el peor de los casos, a abandonar su vida profesional. Como bien lo comenta Ruiz-Robledillo,²⁷ en su estudio de “El cuidado informal: una visión actual”, el cambio social producido a finales del siglo pasado, donde la mujer paso a formar parte de manera más activa y generalizada en el ámbito laboral, puso en crisis el sistema de cuidados tradicional, debido a la incompatibilidad de llevar a cabo ambas tareas y de esa forma las consecuencias previamente mencionadas.

De la diversidad de investigaciones que se han realizado, en torno al estudio con cuidadores primarios, se ha encontrado que gran parte de ésta, gira en torno a las consecuencias negativas para la salud, sin embargo en los últimos años se está desarrollando una visión más positiva del proceso de cuidado, analizándose las posibles implicaciones positivas para el cuidador. Una de estas es la resiliencia, que como nos lo plantea Block y Kremen (1996)²⁷, puede ser entendida como “la capacidad o competencia del sujeto para hacer frente a situaciones desfavorables, concebida como un rasgo de personalidad del individuo, sin que su salud física y psicológica se vea gravemente comprometida, ni su funcionamiento habitual alterado”. Esta variable ha mostrado ser un factor relevante a la hora de modular la respuesta de estrés del cuidador y se encuentra directamente relacionada con un tipo de personalidad, calificada como resiliente, que sería una forma de concebir la vida de forma positiva, en aras al desarrollo del crecimiento personal (Maddi, 2008).²⁷

En cuanto a los factores resilientes predominantes que se encontraron en los cuidadores primarios de los pacientes que iniciaban su tratamiento médico-farmacológico en el servicio de la consulta externa, del hospital psiquiátrico, ocuparon los primeros lugares la fortaleza y confianza en sí mismo, la competencia social y el apoyo familiar, factores que se mantuvieron en los mismos lugares, 12 semanas después de haberse iniciado el manejo en la institución. De igual forma, en los cuidadores primarios de pacientes manejados en el servicio de Hospital Parcial, se encontraron los mismos factores anteriormente mencionados, tanto al inicio de su tratamiento médico, farmacológico y psicoeducativo, éste último dirigido a los familiares, como a las 12 semanas después. La fortaleza y confianza en sí mismo, hace referencia a la claridad que los cuidadores tienen sobre sus objetivos, al esfuerzo por alcanzar sus metas, a la confianza, optimismo, fortaleza y tenacidad con la que enfrentan sus retos; la competencia social a la capacidad para las interrelaciones personales y el apoyo familiar a las relaciones familiares y al apoyo que brinda ésta.⁷ Estos tres factores presentes en ambos grupos estudiados, nos muestran como los familiares cuentan con recursos importantes, donde se demuestra la convicción de estar preparados para hacer frente a cualquier situación, que aunque no conozcan todas las respuestas, cuentan con la capacidad para buscarlas, teniendo de su lado, las expectativas positivas sobre sí mismos y sobre sus acciones, retroalimentándose con la posibilidad de establecer de manera adecuada, relaciones con terceras personas, llámense familiares, amigos, conocidos, profesionales de salud y/o instituciones públicas/privadas que

les puedan brindar apoyo, confianza y de ese modo les permitan desarrollarse personalmente, así como la interacción exitosa con su entorno.

De acuerdo a lo expuesto por Fernández-Lansac y Crespo (2011),²⁷ existe una interacción entre ambas variables, resiliencia y estrategias de afrontamiento, en el proceso de cuidado, explicándolo de la siguiente manera: los cuidadores resilientes evaluarán el estresor derivado del hecho de cuidar como positivo o menos negativo que aquellos cuidadores no resilientes, lo que conlleva el empleo de estrategias de afrontamiento más adecuadas evitando aquellos estilos que impidan una correcta adaptación al cuidado. Este hecho unido a las evaluaciones de la situación en relación al compromiso, el desafío y el control, provoca una correcta adaptación al estresor, amortiguando de esta manera los efectos que el cuidado tiene sobre la salud del cuidador, lo cual retroalimentará la resiliencia del mismo, produciéndose así una influencia bidireccional.

Los modos de afrontamiento más utilizados por los cuidadores primarios de pacientes que iniciaban su tratamiento médico-farmacológico en el servicio de la consulta externa, se encontraron la aceptación de responsabilidades, la planeación y solución de problemas y la reevaluación positiva; éstos dos últimos, exceptuando la aceptación de responsabilidades, permanecieron como de mayor uso en los cuidadores a las 12 semanas de iniciado el manejo, en compañía con la búsqueda de apoyo social. La aceptación de responsabilidades, hace referencia al reconocimiento por parte del cuidador del papel que haya tenido en el origen o mantenimiento del problema; la planeación y solución de problemas al

pensar y desarrollar estrategias para solucionar un problema; la reevaluación positiva a la percepción de los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante y por último la búsqueda de apoyo social, a la tendencia a acudir a otras personas para buscar ayuda, información, comprensión y apoyo emocional.²⁰ Si tomamos en cuenta la influencia bidireccional que se menciono previamente, entre ambas variables evaluadas en los cuidadores primarios, podemos observar cómo se complementan entre sí, ya que al encontrarse factores resilientes, donde predominan esfuerzos por alcanzar sus metas, en conjunto con las expectativas positivas que tienen de sí y de sus conductas, relacionándose con aspectos como la confianza, el optimismo y tenacidad para hacer frente a cualquier situación que condicione estrés, además de la capacidad para interrelacionarse en el ámbito social y familiar de manera satisfactoria, se entenderá como ésas características propias de cada individuo, pueden ser determinantes para el empleo de estrategias apropiadas y positivas, como es el asumir su papel en el proceso de salud-enfermedad de su familiar, una percepción adecuada de la situación, tener las armas y recursos suficientes para la búsqueda de apoyo que les beneficie y en conjunto, el poder desarrollar planes de acción congruentes, orientados a la resolución de problemáticas en torno al proceso patológico de su familiar.

En relación a la búsqueda de apoyo social, modo de afrontamiento que se encontró como uno de los que ocuparon los primeros lugares pasadas las 12 semanas de inicio del manejo en el servicio de consulta externa, nos hace pensar en la posibilidad de que con el tiempo, se fortalecen los recursos internos

y externos de los cuidadores primarios, para la búsqueda intencionada de apoyo y soporte en relación al manejo de la patología mental, tomando en cuenta que la primera aplicación de la escala orientada a la medición de los modos de afrontamiento, se realizó en familiares que acudían por primera vez a la institución.

En los cuidadores primarios de pacientes manejados en el servicio de Hospital Parcial, se encontró al escape/evitación, a la búsqueda de apoyo social y a la reevaluación positiva como los principales modos de afrontamiento al inicio del tratamiento médico-farmacológico del paciente y psicoeducativo del familiar; los primeros modos de afrontamiento mencionados continuaron predominando 12 semanas después, en compañía de la planeación y solución de problemas. El escape/evitación, hace referencia al empleo de pensamientos irracionales.²⁰ Es interesante observar como las percepciones erróneas en torno a la enfermedad mental de los familiares cuidadores primarios, se presentan en la mayoría de los mismos, sino es que en todos, situación que hasta cierto punto podría considerarse esperable, debido a la pobre difusión y orientación que se brinda a la población, con respecto a temáticas de salud mental y su patología, así como al estigma mismo de los trastornos mentales, sin embargo la misma situación permaneció pasados los 3 meses de manejo en el servicio, donde se esperaría que existieran modificaciones cognitivas en los mismos, por medio de la psicoeducación. Podemos deducir que probablemente influyó el tiempo transcurrido entre ambas evaluaciones, siendo insuficiente para poder observar dichas modificaciones; lo que si se demostró, pasado éste periodo de tiempo, es

que uno de los principales modos empleados por los cuidadores, que no se observó como predominante al inicio del manejo en Hospital Parcial, por medio de la primera evaluación con la escala de Lazarus y Folkman, fue la planeación y solución de problemas, lo cual es consistente con la literatura, donde se han llevado a cabo investigaciones para evaluar la eficacia de las intervenciones familiares en la esquizofrenia, comprobando que las más eficaces son las psicoeducativas (Fadden, 1998)³, en las cuales se establece como uno de los objetivos a desarrollar y fortalecer, la mejora de las habilidades para resolver problemas en los familiares.³

En relación a la comparación de los factores resilientes en ambos grupos de cuidadores primarios evaluados, es decir en los familiares de pacientes de Hospital Parcial y familiares de Consulta Externa, cuatro de los cinco factores medidos, presentaron modificaciones significativas a través del tiempo, observándose aumento en cada uno tras el periodo de 12 semanas; éstos factores fueron la fortaleza y confianza en sí mismo, el apoyo familiar, el apoyo social y la estructura. Estos dos últimos factores resilientes se refieren al apoyo de terceras personas, principalmente de los amigos, al hecho de contar con personas en momentos difíciles que puedan ayudar, den aliento y se preocupen por uno y, a la capacidad de las personas para organizarse, planear las actividades y el tiempo, tener reglas y actividades sistémicas aun en momentos difíciles, respectivamente.⁷ Estas modificaciones a través del tiempo pudiesen estar determinadas por diversos factores, como el contar con servicios médicos que les brinden el apoyo y el soporte adecuado, de manera que favorezcan y

refuercen sus actitudes y capacidades innatas, para su pleno desarrollo en lo individual, como en todo aquello relacionado con su familiar, considerando que la población de muestra iniciaban su manejo en cada uno de los servicios evaluados.

En relación a la comparativa entre los dos grupos de cuidadores primarios valorados, en relación a los modos de afrontamiento, se observó una modificación significativa a través del tiempo, donde disminuyó el empleo del distanciamiento (relacionado a los intentos de apartarse del problema, no pensar en él o evitar que le afecte a uno), del escape/evitación y de las estrategias centradas en las emociones a las 12 semanas de manejo médico para ambos grupos; se observó un aumento del uso de búsqueda de apoyo social, así como las estrategias centradas en los problemas para ambos grupos de cuidadores; si consideramos la presencia de este aumento a lo largo del periodo de 12 semanas, pudiese pensarse que esté relacionado con el hecho de que los cuidadores de ambos grupos evaluados, ya cuentan con un soporte institucional que brinde y fomente el apoyo y la búsqueda propositiva de ayuda en caso necesario; de acuerdo a la literatura, se menciona que la búsqueda de apoyo social han mostrado tener un efecto amortiguador en los niveles de estrés, disminuyendo de esta manera sus consecuencias peyorativas para la salud; las estrategias activas de afrontamiento y centradas en el problema han mostrado una mayor efectividad para reducir el impacto del estresor sobre el cuidador, fomentando consecuencias positivas, como un aumento de la resiliencia y la personalidad resiliente del cuidador,²⁷ observando una vez más la influencia

bidireccional de las dos variables evaluadas en el presente estudio. De igual modo, se encontró un aumento en el uso de la planeación y solución de problemas y la reevaluación positiva, para los cuidadores de pacientes manejados en Hospital Parcial, manteniéndose sin cambios dichos modos de afrontamiento en los cuidadores de pacientes tratados en la consulta externa, después del periodo de 12 semanas de haberse iniciado el manejo médico; estas modificaciones, de aumento en el grupo caso y la estabilidad del grupo control, es probable que se relacionen a que tras un manejo más estrecho, entendido éste con base a las diferentes intervenciones que se les brindan al paciente y al propio cuidador en el servicio de hospital parcial (citas más próximas, menor cantidad de pacientes atendidos, terapias de grupos para pacientes y familiares), llegan a generar un impacto mayor en los cuidadores primarios, en comparación con el manejo ofrecido por parte de la consulta externa, donde solo se brinda manejo médico-farmacológico al paciente en específico, sin embargo no se le resta importancia a que, independientemente de que no haya una intervención en particular dirigida hacia los familiares, el hecho de contar por primera vez con apoyo institucional, pudiese ser una parte fundamental en el manejo y afrontamiento de problemas en ésta población que tiene a su cargo el cuidado del paciente con esquizofrenia.

De los objetivos planteados en el presente estudio, fue la valoración de las posibles modificaciones en los modos de afrontamiento empleados en los cuidadores primarios posterior a la intervención psicoeducativa ofrecida en el servicio de Hospital Parcial, de ahí que al analizarse si existieron modificaciones

mayores de un grupo específico con respecto al otro, se encontró que en el caso de los cuidadores de pacientes de la consulta externa, la modificación fue mayor en relación a la disminución del uso del modo de distanciamiento, en comparación con los cuidadores de pacientes de Hospital parcial; a sí mismo, existió una mayor modificación, en relación al aumento en el uso de la planeación y resolución de problemas y de la reevaluación positiva en los cuidadores de pacientes de Hospital parcial, con respecto a los cuidadores de pacientes de la consulta externa, donde se mantuvieron prácticamente sin cambios después de las 12 semanas; éstos cambios resultaron significativos estadísticamente, lo cual nos haría pensar en que la intervención psicoeducativa dirigida a los familiares (cuidadores primarios) de pacientes de Hospital parcial, influyó de manera favorable, para la modificación de éstos modos de afrontamiento, después de un periodo de tiempo de haber recibido éste tipo de manejo; consistente con lo que nos plantea la literatura médica relacionada al tema, sobre el uso cada vez mas difundido de éste tipo de intervenciones en el manejo integral del paciente con esquizofrenia, brindando la oportunidad de que el proceso terapéutico se traduzca en un mejor trato y un apoyo efectivo desde una perspectiva real y positiva, que permita a la psicoeducación el modificar las relaciones del proceso enfermedad-salud y funcionalidad,⁴ aumentando la comprensión familiar hacia la enfermedad, desarrollando habilidades para resolver problemas, reducción de ambientes familiares desagradables, mantenimiento de expectativas realistas en el paciente y en los familiares, ampliar redes de apoyo social, cambiar patrones de comunicación, para mejorar la claridad de las expresiones y evitar la

expresión de emociones y favorecer en definitiva, las estrategias de afrontamiento.³

CONCLUSIONES

Con el presente estudio, se pudo observar el aumento en cuanto al empleo de los modos de afrontamiento de planeación y resolución de problemas y de la reevaluación positiva en los cuidadores primarios de pacientes con Esquizofrenia que fueron tratados en Hospital parcial, donde además del manejo farmacológico para el paciente, se cuenta con intervenciones psicoeducativas dirigidas al familiar, considerando que éste último punto, fue el determinante en dicha modificación.

Se consideran como limitaciones del mismo, la disminución en la muestra final, en comparación con la inicial, resultando una muestra pequeña (39 familiares en total); en cuanto a variables sociodemográficas, no se contempló la edad del cuidador primario, ni el periodo de tiempo transcurrido desde que asumieron (o en su defecto, se les asignó), el cuidado principal de su familiar, ya que son factores importantes que influyen en la perspectiva general del familiar responsable; la falta de homogeneidad sintomática de los pacientes, no se contemplaron los diferentes tipos de esquizofrenia, el predominio de síntomas (positivos o negativos) tanto pasados como actuales, pudiendo influir de maneras distintas en cada uno de los cuidadores primarios; los tratamientos previos de los pacientes manejados en la consulta externa, si bien solo se consideró que fuera la primera vez que recibían atención en el hospital, sin haberse contemplado si previamente habían recibido atención con algún profesional de la salud mental y/o institución pública o privada, donde se les pudiera haber brindado manejo integral tanto al paciente como a su cuidador.

En definitiva, un brote psicótico en un familiar provoca una crisis desestructurante, tanto para la persona que vive la enfermedad, como para su familia. El estresor –enfermedad– despliega un proceso acompañado de emociones negativas donde el shock es aún más fuerte, si se desconoce cuál será la evolución del cuadro. Ante dicha premisa, la adecuada y oportuna información que se le proporcione a la familia que se enfrenta a una patología crónica, como lo es la Esquizofrenia, puede correlacionarse con un efecto beneficioso sobre el curso de la enfermedad mental, haciendo necesario afrontarse a dicho estresor, a través de esfuerzos cognitivos y conductuales con la finalidad de adaptarse a la situación y manejar las demandas tanto externas como propias, sin embargo es importante que se mantengan dichas intervenciones más allá del episodio agudo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Jiménez JE, Maestro JCB. Intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento psicosocial de la esquizofrenia. Monografías de Psiquiatría 2002.
- (2) Fadden G. Behavioural family therapy approaches to the treatment of schizophrenia. *Psychotherapy of psychosis* 1997. 181-195).
- (3) Fadden G. Serious mental health problems in the community: Policy, practice and research 1998. 159-183.
- (4) Tuesca MR, Arteta TM, Gómez MP. Efectividad de una intervención psicoeducativa en familiares de personas con esquizofrenia. *Salud Uninorte* 2001. 15 (1): 10-14.
- (5) Cassidy E, Hill S, O'Callaghan E. Efficacy of a psychoeducational intervention in improving relatives' knowledge about schizophrenia and reducing rehospitalisation. *Eur Psychiatry* 2001; 16: 446-50.
- (6) Leal MI, Sales R, Ibáñez E, Giner J, Leal C. Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativo. *Actas Esp Psiquiatr* 2008; 36 (2): 63-69.
- (7) Palomar LJ, Gómez VN. Desarrollo de una escala de medición de la Resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Revista Interdisciplinaria* 2010; 1 (27): 7-22.
- (8) Harvey M. An ecological view of psychological trauma and trauma recovery. *J Trauma Stress* 1996; 9: 3-23.

- (9)Zauszniewski J, Bekhet A, Suresky J. Resilience in Family Members of Persons with Serious Mental Illness. *Nursing Clinics of North America* 2010; 45 (4).
- (10)Rutter M. Resilience as a dynamic concept. *Development and psychopathology* 2012; 24: 335-344.
- (11)Vinaccia, S, Quiceno, JM, Moreno SE. Resiliencia en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología* 2007; (16): 139-146.
- (12)Gang W, Adriana F, Hagit C, Joanna JK, Solara C, Dennis SCm et al. Understanding resilience. *Frontiers in Behavioral Neuroscience* 2013; 7 (10): 1-15.
- (13)Cabanyes JT. Resilience: An approach to the concept. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 2010; 3 (4): 145-151.
- (14)Vázquez C, Crespo M y. Ring JM. Estrategias de afrontamiento. Parte IV. Áreas especiales. 425-435.
- (15)Lazarus RS, Folkman S. *Estrés y Procesos Cognitivos*. 1986.
- (16)Loubat MO, Cuturrufo NA. Parents strategies to deal with children showing early symptoms of a psychotic condition and the relationship between these strategies and adherence to treatment. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2007; 45 (4): 269-277.
- (17)Sandín B, Chorot P. Cuestionario de Afrontamiento del estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2003; 8 (1): 39-54.

- (18) Zabalegui A, Vidal A, Soler D, Latre E. Análisis empírico del concepto de afrontamiento. *Enfermería Clínica* 2002; 12 (1): 29-38.
- (19) Zabalegui A, Vidal A, Soler D, Latre E. Análisis empírico del concepto de afrontamiento. *Enfermería Clínica* 2002; 12(1): 29-38.
- (20) Artaso IA, Goñi SA, Biurrun U. Estrategias de afrontamiento de las cuidadoras informales del paciente con demencia. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace* 2001-2002; (60 / 61): 38-45.
- (21) Eaton P, Davis B, Hammond P, Condon E, McGee Z. Coping Strategies of Family of Hospitalized Psychiatric Patients. *Nursing Research and Practice* 2011; 201 : 1-12.
- (22) Sanz M, Castillo LM. El cuidador principal: manejo de los problemas de afrontamiento. *Jano* 2007 Feb-Mar. Num 1639. Disponible en: URL: <http://www.doyma.es/jano>
- (23) De la Cuesta BC. El cuidado familiar: una revisión crítica. *Investigación y Educación en Enfermería* 2009. XXVII (1): 96-102.
- (24) Rascon ML, Caraveo J, Valencia M. Trastornos emocionales, físicos y psiquiátricos en los familiares de pacientes con esquizofrenia en México. *Revista de Investigación clínica* 2010; 62 (6): 509-515.
- (25) Wilson HS. Family caregiving for a relative with Alzheimer's Dementia: Coping with Negative Choice. *Nursing Research* 1989; 38 (2): 94-98.
- (26) Dillehay RC, Sandys MR. Caregivers for Alzheimer's Patients: What We Are Learning from Research. *International Journal of Aging and Human Developments* 1990; 30 (4): 263-285.

- (27)Ruiz-Robledillo, N y Moya-Albiol LO. El cuidado informal: una visión actual. REME. Revista Electrónica de Motivación y Emoción 2002. 1-23.
- (28)Zambrano R, Ceballos P. Síndrome de carga del cuidador. Rev Colomb Psiquiatr 2007; 36 (suppl.1): 26-39.
- (29)Sorensen S, Pinquart M, Duberstein P. How effective are interventions with caregivers? An update meta-análisis. The Gerontologist 2002; 42 (3): 356-37.
- (30)Cassidy E, Hill S, Callaghan O. Eficacia de una intervención psicoeducativa en la mejora del conocimiento de los familiares sobre la esquizofrenia y la reducción de nuevas hospitalizaciones. Eur Psychiatry 2002; 9: 117-122.
- (31)Espín AM. Eficacia de un programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Revista Facultad de Salud 2011; (3): 9-19.
- (32)Heru A, Drury L. Developing Family Resilience in Chronic Psychiatric Illnesses. Medicine & Health 2011; 94 (2): 45-46.
- (33)Nava QC, Vega VS, Soria TR. Escala de modos de afrontamiento: consideraciones teóricas y metodológicas. Univ. Psychol 2010; 9 (1): 139-147.
- (34)Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen R. The dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. Journal of Personality and Social Psychology 1986. 50: 992-1003.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente, _____, acepto participar de forma voluntaria y sin presión de algún tipo, en el protocolo de investigación « RESILIENCIA Y CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN EL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA POSTERIOR AL TRATAMIENTO PSICOEDUCATIVO » que se realiza en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, a cargo de la Dra. Maricarmen Jiménez Colín.

Durante la entrevista que se le llevará a cabo, usted puede realizar las preguntas que considere necesarias en relación a lo que se le estará practicando y el médico encargado de la investigación contestará amablemente a todas y cada una de sus preguntas.

La información que se obtenga se mantendrá siempre dentro del ámbito de la confidencialidad y solo será del conocimiento del investigador y del personal médico de este Hospital y será identificada mediante una clave numérica.

Usted podrá renunciar en cualquier momento, si así lo desea, sin que esto afecte el trato que recibe por parte del personal que labora en esta Institución.

Este protocolo de estudio no tiene ningún costo para usted. Si existiera alguna duda al respecto de la presente investigación se puede comunicar con toda confianza con el investigador principal a los teléfonos: _____

Firma del paciente

Firma de un familiar o testigo

testigo

Firma de un familiar o

Fecha: _____

HOJA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental
Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

« RESILIENCIA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN EL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA POSTERIOR A LA INTERVENCION PSICOEDUCATIVA»

FOLIO : _____

PARENTESCO: _____

SEXO :
1). FEMENINO _____
2). MASCULINO _____

ESTADO CIVIL:
1). CASADO (A) _____
2). SOLTERO (A) _____
3). DIVORCIADO (A) _____
4). VIUDO (A) _____
5). UNIÓN LIBRE _____
6). OTRO _____

ESPECIFIQUE _____

ESCOLARIDAD:
Nº DE AÑOS ASISTIDOS
1). PRIMARIA _____
2). SECUNDARIA _____
3). MEDIA SUPERIOR _____
4). SUPERIOR _____
5). POSGRADO _____
6). OTRO _____

ESPECIFIQUE _____

OCUPACIÓN :
1). EMPLEADO _____
2). DESEMPLEADO _____
3). ESTUDIANTE _____
4). HOGAR _____
5). JUBILADO _____
6). OTRO _____

ESPECIFIQUE _____

RELIGIÓN : _____

PACIENTE

EDAD DE INICIO DE LA
ENFERMEDAD : _____

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE
LA ENFERMEDAD : _____

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

ANEXO ESCALA DE RESILIENCIA MEXICANA (RESI-M)

Instrucciones: A continuación encontrará una serie de afirmaciones. Por favor indique con una X en el recuadro de la derecha, la respuesta que elija para cada una de las afirmaciones que se le presentan. No deje de contestar ninguna de ellas. Sus respuestas son confidenciales. Muchas gracias por su colaboración.

Sexo:

Edad:

Escolaridad:

Item	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.- Lo que me ha ocurrido en el pasado me hace sentir confianza para enfrentar nuevos retos. 2.- Sé dónde buscar ayuda. 3.- Soy una persona fuerte. 4.- Sé muy bien lo que quiero. 5.- Tengo el control de mi vida. 6.- Me gustan los retos. 7.- Me esfuerzo por alcanzar mis metas. 8.- Estoy orgulloso de mis logros. 9.- Sé que tengo habilidades. 10.- Creer en mí mismo me ayuda a superar los momentos difíciles. 11.- Creo que voy a tener éxito. 12.- Sé cómo lograr mis objetivos. 13.- Pase lo que pase siempre encontraré una solución. 14.- Mi futuro pinta bien. 15.- Sé que puedo resolver mis problemas personales. 16.- Estoy satisfecho conmigo mismo. 17.- Tengo planes realistas para el futuro. 18.- Confío en mis decisiones. 19.- Cuando no estoy bien, sé que vendrán tiempos mejores. 20.- Me siento cómodo con otras personas. 21.- Me es fácil establecer contacto con nuevas personas. 22.- Me es fácil hacer nuevos amigos.				

(Continúa)

ANEXO (CONTINUACIÓN)
ESCALA DE RESILIENCIA MEXICANA (RESI-M)

Item	Totalmente en desa- cuerdo	En desa- cuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
<p>23.- Es fácil para mí tener un buen tema de conversación.</p> <p>24.- Fácilmente me adapto a situaciones nuevas.</p> <p>25.- Es fácil para mi hacer reír a otras personas.</p> <p>26.- Disfruto de estar con otras personas.</p> <p>27.- Sé cómo comenzar una conversación.</p> <p>28.- Tengo una buena relación con mi familia.</p> <p>29.- Disfruto de estar con mi familia.</p> <p>30.- En nuestra familia somos leales entre nosotros.</p> <p>31.- En nuestra familia disfrutamos de hacer actividades juntos.</p> <p>32.- Aun en momentos difíciles, nuestra familia tiene una actitud optimista hacia el futuro.</p> <p>33.- En nuestra familia coincidimos en relación a lo que consideramos importante en la vida.</p> <p>34.- Tengo algunos amigos / familiares que realmente se preocupan por mí.</p> <p>35.- Tengo algunos amigos / familiares que me apoyan.</p> <p>36.- Siempre tengo alguien que puede ayudarme cuando lo necesito.</p> <p>37.- Tengo algunos amigos / familiares que me alientan.</p> <p>38.- Tengo algunos amigos / familiare que valoran mis habilidades</p> <p>39.- Las reglas y la rutina hacen mi vida más fácil.</p> <p>40.- Mantengo mi rutina aun en momentos difíciles.</p> <p>41.- Prefiero planear mis actividades.</p> <p>42.- Trabajo mejor cuando tengo metas.</p> <p>43.- Soy bueno para organizar mi tiempo.</p>				

ESCALA MODOS DE AFRONTAMIENTO DE LAZARUS

Nombre:

Edad:

Fecha:

Sexo:

Estado Civil:

Instrucciones:

Lea por favor cada uno de los cuestionamiento que se indican a continuación y escriba el numero que exprese en que medida usted actuó en cada uno de ellos.

- 0.....En absoluto
- 1.....En alguna medida
- 2.....Bastante
- 3.....En gran medida

1. Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer (próximo paso)....	()
2. Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor.....	()
3. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás.....	()
4. Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar.....	()
5. Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación.....	()
6. Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada.....	()
7. Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión.....	()
8. Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema.....	()
9. Me criticqué o me sermoneé a mi mismo.....	()
10. No intenté quemar mis naves, así que deje alguna posibilidad abierta.....	()
11. Confié en que ocurriría un milagro.....	()
12. Seguí adelante con mi destino (simplemente, algunas veces tengo mala suerte).....	()
13. Seguí adelante como si no hubiera pasado nada.....	()
14. Intenté guardar para mí mis sentimientos.....	()
15. Busqué alguna rendija de esperanza, por así decirlo, intente mirar.....	()
16. Dormí más de lo habitual.....	()
17. Manifesté mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema.....	()
18. Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona.....	()
19. Me dije a mi mismo cosas que me hicieron sentirme mejor.....	()
20. Me sentí inspirado para hacer algo creativo.....	()
21. Intenté olvidarme de todo.....	()
22. Busqué la ayuda de un profesional.....	()
23. Cambié. Madure como persona.....	()
24. Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada.....	()
25. Me disculpé o hice algo para compensar.....	()
26. Desarrolle un plan de acción y lo seguí.....	()
27. Acepté la segunda posibilidad mejor de lo que yo quería.....	()
28. De algún modo exprese mis sentimientos.....	()
29. Me di cuenta de que yo fui la causa del problema.....	()
30. Saqué de la experiencia mejor de lo que entre.....	()
31. Hable con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema.....	()
32. Me alejé del problema por un tiempo: intente descansar o tomarme unas vacaciones.....	()
33. Intente sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos....	()
34. Tomé una decisión importante o hice algo muy arriesgado.....	()
35. Intente no actuar demasiado deprimido o dejarme llevar por mi primer impulso.....	()
36. Tuve fe en algo nuevo.....	()
37. Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara.....	()
38. Redescubrí lo que es importante en mi vida.....	()
39. Cambié algo para que las cosas fueran bien.....	()
40. Evite estar con la gente.....	()
41. No permití que me venciera: rehice pensar en el problema mucho tiempo.....	()
42. Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo.....	()
43. Oculte a los demás lo mal que me iban las cosas.....	()
44. No me tome en serio la situación, me negué a considerarlo en serio.....	()

45. Le conté a alguien cómo me sentía.....	()
46. Me mantuve firme y peleé por lo que quería.....	()
47. Me desquité con los demás.....	()
48. Recurrí a experiencias pasadas, ya que me había encontrado antes en una situación similar.....	()
49. Sabía lo que iba a hacer, así que redoblé esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien.....	()
50. Me negué a creer lo que había ocurrido.....	()
51. Me prometí a mi mismo que las cosas serían distintas la próxima vez.....	()
52. Me propuse un par de soluciones distintas al problema.....	()
53. Lo acepté ya que no podía hacer nada al respecto.....	()
54. Intente que mis sentimientos no interfirieran demasiado con mis cosas.....	()
55. Deseé poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma como me sentía.....	()
56. Cambie algo en mí.....	()
57. Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente.....	()
58. Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo.....	()
59. Fantaseé e imaginé el modo en que podría cambiar las cosas.....	()
60. Recé.....	()
61. Me prepare mentalmente para lo peor.....	()
62. Repasé mentalmente para lo peor.....	()
63. Pensé como dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tome como modelo.....	()
64. Intente ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona.....	()
65. Me recordé a mí mismo cuánto peor podrían ser las cosas.....	()
66. Corrí o hice ejercicio.....	()
67. Intenté algo distinto de todo lo anterior (por favor descríballo).....	()