

**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**VIVENCIAS DEL FAMILIAR CUIDADOR DE PERSONAS
CON ESQUIZOFRENIA EN LA CIUDAD DE
CHACHAPOYAS - 2016.**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Autora : Bach. Wuendy Aracely Chappa Muñoz

Asesora : Lic. Enf. María Esther Saavedra Chinchayán

**CHACHAPOYAS – PERÚ
2017**

**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**VIVENCIAS DEL FAMILIAR CUIDADOR DE PERSONAS
CON ESQUIZOFRENIA EN LA CIUDAD DE
CHACHAPOYAS - 2016.**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Autora : Bach. Wuendy Aracely Chappa Muñoz

Asesora : Lic. Enf. María Esther Saavedra Chinchayán

**CHACHAPOYAS – PERÚ
2017**

DEDICATORIA

A DIOS por ser mi compañía, fortaleza, luz de esperanza y guía en cada paso que doy. A mis padres, hermanos y tío que me brindan su confianza, apoyo incondicional. Que me permite hoy estar en pie y perseguir mis sueños para seguir siendo un buen ser humano y convertirme en una excelente profesional y mujer de éxito.

AGRADECIMIENTOS

A la Escuela Profesional de Enfermería de la UNTRM por hacernos profesionales con un gran sentido humano.

A mi asesora Lic. Enf. María Esther Saavedra Chinchayán por compartir conmigo sus conocimientos, por su tiempo y paciencia brindada para concluir el trabajo de investigación.

A todos los docentes que dedican su tiempo para guiar a todos los estudiantes que se están iniciando en el campo de la investigación.

A los familiares cuidadores de personas que padecen de esquizofrenia que participaron en la investigación y confiaron en compartir parte de su vida.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Ph. Dr. Jorge Luis Maicelo Quintana

Rector

Dr. Oscar Andrés Gamarra Torres

Vicerrector Académico

Dra. María Nelly Lujan Espinoza

Vicerrectora de investigación

Dr. Policarpio Chauca Valqui

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

JURADO CALIFICADOR DE TESIS

(Resolución de Decanato N° 075-2017-UNTRM-VRAC/F.C.S)

Mg. Wilfredo Amaro Cáceres

Presidente

Dra. Sonia Tejada Muñoz

Secretaria

Mg. Oscar Pizarro Salazar

Vocal

VISTO BUENO

Yo Lic. Enf. María Esther Saavedra Chinchayán identificada con DNI N° 17842662 con domicilio legal en Jr. Bolivia #335, Licenciada en Enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.

Doy visto bueno al informe final de tesis titulado: “**VIVENCIAS DEL FAMILIAR CUIDADOR DE PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA EN LA CIUDAD DE CHACHAPOYAS - 2016**”, elaborado por la tesista Wuendy Chappa Muñoz, de la Facultad Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.

Por lo tanto

Para mayor validez y constancia firmo el presente

Chachapoyas 4 de diciembre del 2017

Lic Enf. María Esther Saavedra Chinchayán

DNI N° 17842662

Resumen

La investigación fue de enfoque cualitativo, de nivel exploratorio, con trayectoria fenomenológica; tuvo como objetivo comprender las vivencias de los familiares cuidadores de personas con esquizofrenia en la ciudad de Chachapoyas, 2016. Se sustenta en las teorías: Enfermería transcultural de Madeleine Leninger y Cuidado humano de Jean Watson. La población estuvo conformada por los familiares cuidadores de personas con esquizofrenia, la muestra se determinó por saturación los cuales fueron 8 familiares cuidadores. La técnica utilizada para recolectar la información fue la entrevista a profundidad y el instrumento la guía de entrevista semiestructurada. El análisis de los datos se realizó de acuerdo a los momentos de la trayectoria fenomenológica, descripción, reducción y la comprensión (análisis ideográfico y análisis nomotético). Encontrando las siguientes categorías: “sentimientos negativos: vergüenza, preocupación, desesperación, pena al ver a su familiar enfermo y miedo, angustia frente a la conducta del familiar enfermo”; “sentimientos positivos: alegría y tranquilidad al ver la recuperación” y “fe en Dios”. Concluyéndose que los familiares cuidadores vivencian diferentes sentimientos negativos y sentimientos positivos acrecentando su fe en Dios para enfrentar la difícil responsabilidad.

Palabras claves: Cuidador, esquizofrenia, familiar cuidador, familiar cuidador principal, persona, vivencias.

ABSTRAC

The investigation was of qualitative approach, of exploratory level, with boarding phenomenological, it had as aim understand, the experiences of the relatives of persons with schizophrenia in Chachapoyas city, 2016. It is sustained in the theories: Nursing transcultural of Madeleine Leninger and care human of Jean Watson. La population was composed for the keepers familiar of persons by schizophrenia, the sample was determined for saturation which were eight familiar keepers. La technology used to get the information was the interview to depth and the instrument the guide of semi structured interview. El analysis of the information was realized of agreement to the moments of the trajectory phenomenological, description, reduction and the comprehension (Ideographical analysis and nomothetic analysis). Finding the following categories: Negatives feelings, shame, worry, desperation, shame on having seen to his sick relative and fear, distress in front of the conduct of the sick relatives: Positives feelings such as happiness and tranquility to see the recuperation and trust in god. concluding that the familiar keepers different experiences negative feelings and positive feelings increasing their trust in god to confront the difficult responsibility.

Key words: Keeper, schizophrenia, familiar keeper, familiar principal keeper, person, experiences.

ÍNDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
AUTORIDADES DE LA UNTRM	iii
JURADO DE TESIS	iv
VISTO BUENO DE LA ASESORA	v
RESUMEN	vii
ABSTRAC	viii
I: INTRODUCCIÓN	1
II: OBJETIVO	5
III: MARCO TEÓRICO	6
IV: MATERIAL Y METODOS	28
4.1. Diseño de investigación	28
4.2. Población y muestra	28
4.3. Método, técnica e instrumento de recolección de datos	29
4.4. Análisis de datos	29
4.5. Rigor y ética de la investigación cualitativa	31
V : RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	33
Análisis ideográfico	35
Análisis nomotético	58
Cuadro nomotético	66
Aproximación del fenómeno develado	68
VI: DISCUSIÓN	69
VII: CONCLUSIONES	77
VIII: RECOMENDACIONES	78
IX: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
ANEXOS	83

I. INTRODUCCIÓN

Actualmente hay 450 millones de personas con trastornos mentales en países tanto desarrollados como en desarrollo. Los problemas de salud mental constituyen cinco de las diez principales causas de discapacidad en todo el mundo, lo que supone casi un tercio del total de la discapacidad mundial. Los trastornos con mayor peso son la depresión, el abuso de sustancias, la esquizofrenia y la demencia. Esta carga cobra un elevado tributo en forma de sufrimiento, discapacidad y pérdidas económicas. Aunque los trastornos mentales afectan a personas de todos los grupos sociales y países, los pobres los sufren de forma desproporcionadamente mayor. Además, dado que la longevidad aumenta y las poblaciones envejecen, en las próximas décadas aumentará el número de afectados por trastornos mentales, así como la carga consiguiente (OMS, 2001, p.2).

Las enfermedades mentales, más que considerarse como un problema individual, debe percibirse como un problema social, porque afecta al grupo familiar, el cual se ve en la necesidad de afrontar los síntomas que esta impondrá en la vida del que la presente, sobre todo cuando se tratan de enfermedades psiquiátricas, las cuales requieren de una gran atención y cuidado (Beltran y Rodríguez, 2011, p. 1).

La esquizofrenia es una enfermedad devastadora cuya inatención produce una severa incapacidad en la edad más productiva del ser humano. Se caracteriza por una alteración de la percepción de la realidad por parte de la persona así como de la consciencia de la realidad que está viviendo, generándole por consiguiente unas graves dificultades en la convivencia del día a día. Neurológicamente hablando, la persona padece alteraciones en las áreas del cerebro relacionadas con las funciones ejecutivas, que son las que nos ayudan a planificar y a tomar decisiones (Azkarate, 2014, p. 2).

Es un trastorno mental grave con tendencia a la cronicidad y pérdida de las capacidades de autocuidado no solamente afecta al individuo que la padece, sino que repercute también de forma muy importante en la familia. Ésta, puede presentar estrés y un malestar emocional que recae en el “cuidador principal” y en los demás miembros de la familia. Dichos cuidadores pueden ser considerados elementos sanitarios de primer orden por su faceta de proveedores de atención y cuidado en las distintas áreas requeridas por la enfermedad. Sin embargo, también constituyen un grupo de riesgo sociosanitario, ya que el desarrollo de su labor asistencial conlleva importantes repercusiones en su salud biopsicosocial. Los cuidadores presentan alteraciones en su calidad de vida por la carga que muchas veces

soportan, alteraciones en los lazos familiares por disfunciones en las dinámicas relacionales y sociales (Ribe, 2014, p. 18).

Las familias de los esquizofrénicos están sobrecargadas, tanto por el malestar subjetivo que les ocasiona la conducta del enfermo y la ausencia de un desempeño adecuado de sus papeles sociales, como por los problemas que los pacientes crean en la vida habitual de las mismas. Se hace preciso atender las necesidades de estas familias ante esa situación de estrés crónico (Beltran y Rodríguez, 2011, p. 11).

El familiar cuidador que afronta complejos procesos, combinando casi siempre sus responsabilidades como cuidador con otras responsabilidades familiares, laborales, sociales, psicológicas. Por ello es aún más frecuente que el cuidador se sienta dominado por la fatiga o por emociones negativas, en períodos de crisis tales consecuencias negativas pueden superar ampliamente las motivaciones y emociones positivas (Tizón, 2010, p. 2).

Provocando sentimientos de dolor y desesperanza, como angustia por el futuro de la persona afectada. Dichas emociones pueden producir una serie de síntomas físicos y psicológicos, los más característicos son: el insomnio, alteraciones en el apetito y cansancio. Los cuales pueden afectar a las labores habituales y a las capacidades de trabajo (Azkarate, et al, 2014, p.6).

A nivel internacional en el año 2014 en Guayaquil pacientes con esquizofrenia ingresados en el Instituto de Neurociencias de la JBG, del cual 100% de los cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia ingresados en las salas de urgencias del Instituto de Neurociencias de la JBG padecen actualmente de síndrome del cuidador caracterizado por dolor físico, desesperanza, falta de concentración, irritabilidad, aislamiento, miedo, estrés, inseguridad, entre otras; lo que claramente repercute en la interacción con los miembros de la familia o amigos, así como también en el plano laboral ya que un 55% de los cuidadores ha tenido que abandonar su trabajo de manera total o parcial para hacerse cargo del paciente (Villamar, 2014, p. 4).

A nivel nacional en la ciudad de Chiclayo se obtuvieron las siguientes categorías: cuidado familia, manteniendo la fe en Dios, vislumbrando el futuro del enfermo, donde esta situación no solo afecta al enfermo sino también a sus familiares que se ven envueltos en un mundo

completamente desconocido y estresante así como también responden con diferentes actitudes ya que se presentan cambios emocionales en su vida (Adriazén, 2012, p. 3).

En el año 2010 se identificaron códigos sustantivos, los cuales se agruparon con el fin de formar las categorías. Se obtuvieron 8 categorías, estas corresponden a los diferentes eventos que acontece la esquizofrenia, desde el conocimiento del diagnóstico hasta la actualidad, siendo las siguientes: 1. Conocimiento de la familia, previo a la aparición de la esquizofrenia, 2. Emociones frente al descubrimiento repentino de la esquizofrenia, 3. Asesoramiento de los profesionales de salud, 4. Actitud de la familia frente al cuidado de una persona con esquizofrenia 5. Relaciones intrafamiliares y sociales, 6. Impresión ante a los episodios psicóticos, 7. Persona con esquizofrenia, significado para la familia, 8. Redes de apoyo de la familia. Donde los testimonios y el análisis de estas categorías permiten acercarnos a la realidad de la familia frente al cuidado de una persona con esquizofrenia, es a partir de sus experiencias y vivencias que se conoce como sentimientos principales al: “Duelo” por la pérdida del hijo sano, “Dolor” por presenciar su situación lamentable e “Incertidumbre” por el futuro de su hijo, así mismo resaltan el desgaste físico y emocional que origina la convivencia y cuidado de estas personas. (Aparicio, 2010, p. 3).

Por ello se planteó el siguiente problema de investigación ¿Cuáles son las vivencias del familiar cuidador de personas con esquizofrenia?, De acuerdo al problema se pretende con esta investigación comprender las vivencias que tiene el familiar cuidador frente a un paciente con esquizofrenia, como interviene en el tratamiento, recuperación y reinserción a la sociedad.

Los resultados de la investigación sirvieron como referente para las instituciones de formación, estudiantes y profesionales de Enfermería, cuya esencia del cuidado vaya enfocada de forma individual y familiar, ayudando en el tratamiento, recuperación y reinserción a la sociedad. Así mismo permitió educar a los familiares sobre el cuidado que deben brindar. Sirvió también para impulsar a que se construya un ambiente adecuado donde se brinde una atención de calidad tanto al enfermo como a su familia.

El trabajo de investigación abordó las vivencias de los familiares cuidadores de personas con esquizofrenia, llevando a cabo dicha investigación desde un enfoque cualitativo, de nivel exploratorio, con trayectoria fenomenológica, la técnica que se utilizó es la entrevista a profundidad y el instrumento la guía de entrevista semiestructurada, de la cual se buscó dar

respuesta al objetivo planteado considerando sus percepciones, sentimientos, creencias y experiencias de cada participante.

II. OBJETIVO

Comprender las vivencias de los familiares cuidadores de personas con esquizofrenia en la ciudad de Chachapoyas, 2016.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 Antecedentes de la investigación

A nivel internacional

Villamar, R. (2014), Ecuador, cuyo objetivo fue Caracterizar el “síndrome del cuidador” en los cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia ingresados en las salas de urgencias del instituto de Neurociencias de Guayaquil. Los resultados fueron: el 100% de los cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia ingresados en las salas de urgencias del Instituto de Neurociencias de la JBG padecen actualmente de síndrome del cuidador caracterizado por dolor físico, desesperanza, falta de concentración, irritabilidad, aislamiento, miedo, estrés, inseguridad, entre otras; lo que claramente repercute en la interacción con los miembros de la familia o amigos, así como también en el plano laboral ya que un 55% de los cuidadores ha tenido que abandonar su trabajo de manera total o parcial para hacerse cargo del paciente. Las conclusiones fueron: Según la escala de Zarit, el 100 % sujetos de estudio entrevistados tienen una sobrecarga intensa lo que también podría ser denominada “Síndrome del cuidador”.

A nivel nacional

Adriazen, M. (2012), cuyo objetivo fue analizar, describir y comprender las experiencias de un familiar cuidador de una persona que sufre esquizofrenia. Los resultados fueron: las siguientes categorías: cuidado - familia, manteniendo la fe en Dios, vislumbrando el futuro del enfermo. Las conclusiones fueron: esta situación no solo afecta al enfermo sino también a sus familiares que se ven envueltos en un mundo completamente desconocido y estresante así como también responden con diferentes actitudes ya que se presentan cambios emocionales en su vida.

Aparicio, A. (2010), Perú, cuyo objetivo fue comprender las experiencias vividas por la familia a cargos de pacientes con esquizofrenia. Los resultados fueron: se identificaron códigos sustantivos, los cuales se agruparon con el fin de formar las categorías. Se obtuvieron 8 categorías, estas corresponden a los diferentes eventos que acontece la esquizofrenia, desde el conocimiento del diagnóstico hasta la actualidad, siendo las siguientes: Conocimiento de la familia, previo a la aparición de la esquizofrenia, emociones frente al descubrimiento repentino de la esquizofrenia, asesoramiento de los profesionales de salud, actitud de la familia

frente al Cuidado de una persona con esquizofrenia, relaciones intrafamiliares y sociales, impresión ante a los episodios psicóticos, persona con esquizofrenia, significado para la familia, redes de apoyo de la familia. Las conclusiones fueron: Los testimonios y el análisis de estas categorías permiten acercarnos a la realidad de la familia frente al cuidado de una persona con esquizofrenia, es a partir de sus experiencias y vivencias que se conoce como sentimientos principales al: “duelo” por la pérdida del hijo sano, “dolor” por presenciar su situación lamentable e “Incertidumbre” por el futuro de su hijo, así mismo resaltan el desgaste físico y emocional que origina la convivencia y cuidado de estas personas.

3.2 Base teórica

A. Vivencias

a) Definición:

Las vivencias son fenómenos “interiores” de estos seres vivientes; transcurren en la “inmanencia” de su propio ser y no más bien en el “exterior” de éste; por eso no son susceptibles de ser miradas en sí mismas desde un punto de observación externo. Ellas miran “hacia dentro” de la misma vida y no más bien “hacia fuera” de ésta. Las vivencias permiten a estos seres vivientes experimentarse a sí mismos como “sujetos” de ellas y no más bien como objetos, como sucede, en cambio, con su propio cuerpo. Debido a su carácter interior y su vinculación con la subjetividad de estos seres, estas vivencias se consideran “entidades subjetivas”. Esto, sin embargo, no afecta en nada a su estructura precisa y su contenido específico, que hacen de estas vivencias “entidades objetivas”, si bien inmanentes a estos seres vivientes (Díaz, 2007, p.1).

b) Clasificación:

Vivencias intencionales: se suscitan en el hombre por las distintas relaciones significativas conscientes, inteligentes y espirituales que éste establece con los objetos de la realidad. Se trata de vivencias que de alguna manera exigen, para su surgimiento en el interior del hombre, la presencia intrínsecamente “importante” de los objetos de la realidad, esto es, de ciertos “valores”, como la verdad, el bien o la belleza. Son los “sentimientos” del hombre, como la alegría o la tristeza (Díaz, 2007, p.1).

Vivencias no-intencionales: por su parte, no surgen en el hombre propiamente por las relaciones significativas que éste establece con los objetos de la realidad, sino que son “causadas”, “provocadas”, “ocasionadas” psíquicamente en él: en primer lugar, por las distintas relaciones físicas que tienen lugar entre su ser y el ambiente que lo rodea, como los cambios de temperatura, las variaciones de calor o de humedad, la alternancia de la luz y la oscuridad, la presencia de agentes irritantes para el hombre (como el ruido, la polución o los estímulos visuales); en segundo lugar, por determinadas circunstancias por las que atraviesa el hombre en algunos momentos de su vida, como el exceso de fatiga, la disminución de los momentos de reposo (en sus formas de sueño o de descanso), padecimientos de salud prolongados, comportamientos cada vez más sedentarios, alimentación inadecuada, abuso de agentes estimulantes (como el café, el tabaco, el alcohol, las drogas).

Estas vivencias humanas son, en sentido estricto, inconscientes, no implican la capacidad de comprender de la inteligencia y carecen de índole espiritual, pues más bien son de naturaleza psicofísica. No es nada extraño que estas vivencias estén actuando dentro del hombre mucho tiempo atrás al momento en que éste llega a conciencia de ellas (como el cansancio) o que no pongan en juego la capacidad de conocer y comprender que tiene el hombre para poder surgir dentro de él (como la irritabilidad, el malhumor o la melancolía). Para surgir dentro del hombre basta que cambie su situación corporal o su situación anímica (que no descansa, por ejemplo, o no se alimente bien); y lo mismo para dejar de estar en él (Díaz, 2007, p.1).

c. Tipos de vivencia

- **Afectivas.** Son vivencias inesperadas, se salen del modelo del ser humano construido por reflejo. Están relacionadas principalmente con las reacciones a nivel del grupo muscular.
- **Deseadas.** Están relacionadas con la naturaleza humana o han sido elaboradas durante el proceso de la vida. Dirigen al ser humano desde el subconsciente. Una persona depende de estos sentimientos, pero no puede comprender la naturaleza de ellos por causa de la dependencia de la frecuencia de estas vivencias, que está por encima de la frecuencia del esfuerzo consciente. Están determinadas por el sistema sanguíneo.
- **Emocionales.** Son vivencias adquiridas a través de la formación y educación condicional (direccional) e incondicional (condiciones de la vida). En estas vivencias se encuentra el esfuerzo incontrolado. Dependen del grupo de los tendones y de los procesos a nivel celular.
- **Sensuales.** Son vivencias que dependen de la capacidad del individuo de mantener su naturaleza humana. Se relacionan con el trabajo de los cinco órganos: hígado, bazo, corazón, riñones, pulmones. Esto significa que la capacidad de experimentar estos sentimientos depende de la capacidad de equilibrio y, por lo tanto, de satisfacer la naturaleza de los sentimientos.

- Temporarios. Tienen la capacidad de estar mucho tiempo en las mismas sensaciones satisfactorias. Dependen del sistema respiratorio, es decir, de la medida de respiración y de la capacidad para regular permanentemente el llenado del cuerpo.
- Espaciales. Se definen por la capacidad de expresar la propia existencia a través del esfuerzo controlado. Dependen del sistema óseo. Estas vivencias están asociadas con la capacidad para mantener una forma con el cuerpo y la conciencia, es decir, comprender el cuerpo como modelo geométrico.
- Vivencia de la conversión. Es la capacidad de convertir un esfuerzo en otro, es decir, existir en un ritmo particular. Estas vivencias son dependientes del cerebro y del sistema glandular. Incluyen la capacidad para perfeccionar la geometría y experimentar el llenado con el proceso de conversión, cuando ocurre un llenado real y la conciencia se une con la energía del proceso. Es un nivel cualitativamente nuevo de la percepción.
- Vivencia de la creación. Requiere una fuerza constante, que se forma a partir de los anteriores niveles de la vivencia. Permite estar en un estado constante del acto de la creación. Depende de la capacidad para manejar la circulación de la energía.
- Vivencia de la pulsación. La fuente de esta vivencia es el centro Único, que define todos los procesos en el cuerpo. Esta vivencia se caracteriza por un estado alterado de conciencia, es decir, por la conciencia traducida en el centro Único, que permite pensar y percibir el mundo con este centro.
- Vivencia de la perfección. Es la vivencia de independencia de la geometría externa, cuando la geometría interna está por encima de cualquier modelo geométrico de la tierra.
- Vivencia del esfuerzo súper consiente. Esa vivencia está formada por la geometría espacial que determina la conexión del espíritu de la persona con la estructura espacial o con uno de los doce patrones espaciales que formaron la vida del ser humano en la tierra.

- Vivencia del renacimiento. Es la vivencia inducida por el proceso de transición de esta vida a la siguiente. Se define por la preparación y el engranaje con una de las doce estructuras espaciales (Cherne, 2011, p. 2).

B. Esquizofrenia

a. Definición:

La esquizofrenia es un trastorno psicótico grave. Sus manifestaciones básicas consisten en una mezcla de signos y síntomas característicos. Los síntomas afectan a múltiples procesos psicológicos, como la percepción (alucinaciones), ideación, comprobación de la realidad (delirios), procesos de pensamiento (asociaciones laxas), sentimientos (afecto plano, afecto inapropiado), atención, concentración, motivación y juicio. No hay ningún síntoma que sea por sí solo patognomónico de la esquizofrenia (Salud Mental, 2005, p. 11).

Se denomina esquizofrenia a un conjunto de trastornos mentales, caracterizados por alteraciones sustanciales y específicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, que comprometen las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma y suelen, por tanto, alterar de forma muy importante la vida de las personas que las padecen y también la de sus familiares y amigos (MINSA, 2009, p. 8).

b. Historia natural y curso:

El inicio de la esquizofrenia se puede producir durante la adolescencia e incluso en la infancia o al entrar en la edad adulta. Afecta de forma similar a ambos sexos. Sin embargo, en los varones, la edad de inicio más frecuente es a comienzos de la tercera década de la vida, mientras que en las mujeres lo es a finales de la segunda década de la vida o comienzos de la tercera, mientras que en las mujeres el inicio es más tardío. Dicho inicio puede producirse de forma aguda o bien presentarse de forma insidiosa. La mayor parte de los pacientes alternan en su curso clínico episodios psicóticos agudos con fases estables de remisión total o parcial. Son frecuentes los síntomas residuales entre los episodios. Este trastorno, que a menudo es de tipo crónico. (Salud Mental, 2005, p. 11).

c. Clasificación:

- ✓ Esquizofrenia paranoide o con predominio de síntomas alucinatorio delirantes.

- ✓ Esquizofrenia hebefrénica, si lo más llamativo son los síntomas afectivos y conductuales.
- ✓ Esquizofrenia catatónica si son más evidentes síntomas de la expresividad no verbal y de la conducta motora.
- ✓ Esquizofrenia indiferenciada, si ningún síntoma predomina sobre los otros.
- ✓ Esquizofrenia residual, si el sujeto lleva mucho conviviendo con la enfermedad.
- ✓ Esquizofrenia simple si el sujeto muestra un empobrecimiento general de su vida de relación (Robelleo y Lobato, 2005, p. 15).

d. Síntomas:

✓ Síntomas positivos

Delirios: Esto significa mantener creencias que no sólo no son ciertas sino que pueden parecer incluso bastante extrañas. Si intentas discutir estas creencias, encontrarás que el que las tiene las mantendrá a pesar de que exista mucha evidencia en su contra.

Trastorno del pensamiento: Esto es una dificultad para pensar con claridad. Será difícil entenderlos porque sus frases parecen no tener sentido: pueden saltar de una idea a otra, perdiendo el tema del que están intentando hablar.

Alucinaciones: Estas son cuando ves, oyes, hueles o sientes algo que no está ahí. Por ejemplo, la alucinación más común que la gente experimenta es la de oír voces. Estas voces parecen absolutamente reales, pueden asustar y hacer creer que la gente te está observando, escuchando o molestando (Sociedad española de psiquiatría, 2009, p. 1).

✓ Síntomas negativos

Las personas jóvenes que padecen esquizofrenia puede volverse muy inactivas, solitarias y parecer desmotivadas. Parecen perder interés y motivación y pueden dejar de lavarse regularmente o cuidarse de una forma apropiada. Normalmente no pueden concentrarse en un trabajo o en el estudio (Sociedad española de psiquiatría, 2009, p. 2).

e. Factores de riesgo:

Aún no se conoce con exactitud cuáles son las causas de la Esquizofrenia, sin embargo, diversas investigaciones apuntan cada vez más a una conjunción de factores genéticos y ambientales que al interactuar podrían causar la enfermedad.

Las investigaciones sobre la etiología de la esquizofrenia se han centrado principalmente en 2 áreas:

- ✓ **Factores genéticos:** Es bien conocido que el riesgo de padecer esquizofrenia aumenta cuando existen antecedentes de esta enfermedad en la familia y que este riesgo es mayor en la medida que aumenta el grado de afinidad genética con el miembro de la familia afectado.

Los avances en la ciencia y la tecnología biomolecular han permitido describir un número de anormalidades cromosómicas que se asocian con la esquizofrenia. A pesar de que en la última década se han reportado varias asociaciones genéticas para la esquizofrenia, aún no es posible afirmar con certeza qué variantes particulares de qué genes aumentan el riesgo de esquizofrenia y se requiere más investigación antes de poder definir en forma exacta los mecanismos patogénicos mediante el cual las variaciones genéticas estudiadas aumentan el riesgo de esquizofrenia (MINSAs, 2009, p. 13).

- ✓ **Factores ambientales:** Se han estudiado una serie de factores de riesgo ambientales relacionados con la esquizofrenia, tanto de tipo biológico como de tipo psicosocial y durante distintas etapas del desarrollo (pre y perinatal, niñez temprana y ulterior, adolescencia y edad adulta temprana). En el periodo prenatal, infecciones en la madre, particularmente influenza, así como deficiencia alimentaria en el primer y tercer trimestre del embarazo y eventos vitales adversos severos experimentados por la madre durante el primer trimestre de embarazo, se han relacionado con un mayor riesgo de esquizofrenia.

Del mismo modo, varias complicaciones obstétricas y perinatales se han asociado a un riesgo de casi el doble para que el recién nacido desarrolle esquizofrenia alguna vez. En todo caso, la evidencia no permite identificar aún los mecanismos por los cuales las complicaciones obstétricas perinatales pueden aumentar el riesgo de

desarrollar una esquizofrenia, siendo la hipoxia fetal el factor citado con mayor frecuencia.

La edad avanzada de los padres al momento de la concepción también se ha asociado a un riesgo cercano al doble para desarrollar esquizofrenia, pero también se desconoce el mecanismo mediante el cual el riesgo se aumenta.

Entre los factores de riesgo en la infancia, el trauma psicosocial (como por ejemplo el abuso sexual), se ha asociado con un incremento del riesgo de desarrollar esquizofrenia. Del mismo modo el incremento del riesgo de desarrollar Esquizofrenia se ha asociado con daño cerebral, separación y muerte de los padres, adversidades en la crianza e infecciones.

En la adolescencia, el consumo de marihuana se ha asociado a un incremento del riesgo de desarrollar esquizofrenia sin embargo, algunos expertos sugieren que más que una relación de causa efecto, el consumo de marihuana podría precipitar la aparición de esquizofrenia en personas vulnerables o modificar la expresión de la enfermedad pero no aumentar el riesgo de desarrollarla.

Las causas y determinantes de la esquizofrenia incluyen factores genéticos y factores de riesgo ambientales, los que deben ser considerados en conjunto, puesto que ambos son importantes en la etiología de la esquizofrenia y porque ninguno de los dos por separado explica la aparición de la enfermedad (MINSA, 2009, p. 14).

f. Tratamiento:

✓ Farmacológico

Los fármacos utilizados fundamentalmente en el tratamiento de la esquizofrenia son los llamados antipsicóticos (ATP) cuyo inicio se remonta a la segunda mitad del siglo XX, con el descubrimiento de la Clorpromacina (Largactil). Son fármacos que actúan generalmente bloqueando los receptores dopaminérgicos postsinápticos.

El descubrimiento de la Clozapina (Leponex) supuso un cambio en el perfil de acción de los antipsicóticos, ya que actúa sobre otros sistemas de neurotransmisión. Debido a esto se le considera el primero de los llamados antipsicóticos atípicos.

En la actualidad disponemos de dos grandes grupos de antipsicóticos:

- ✓ Atípico
- ✓ Clásicos

Los antipsicóticos atípicos tienen un mecanismo de acción más complejo y selectivo que los clásicos y como consecuencia tienen un perfil de efectos secundarios más tolerable. Este es uno de los motivos por los que estos psicofármacos se consideran, hoy día, de primera elección en todos los aspectos del tratamiento farmacológico de la esquizofrenia.

Fármacos complementarios

- **Anticonvulsivantes:** Las pruebas son bastantes concluyentes en cuanto a que ningún fármaco, por sí solo, tiene efecto terapéutico significativo en el tratamiento a largo plazo de la esquizofrenia.
- **Antidepresivos:** Los estudios se han basado en comprobar la eficacia en el tratamiento de la depresión y los que han demostrado su eficacia en otros síntomas como por ejemplo los negativos. Una cuestión no tratada en la literatura médica es si la ineficacia de un antidepresivo para reducir la depresión en un paciente con esquizofrenia constituye una indicación para cambiar de antidepresivo o de antipsicótico.
- **Benzodiacepinas:** Algunos estudios indican que su eficacia como complementarias de los antipsicóticos se limita a la fase aguda y tal vez no se mantenga. Sí son eficaces para el tratamiento de las reacciones catatónicas agudas.
- **Beta bloqueantes:** Se administran a menudo en el tratamiento de la acatisia inducida por fármacos. También existen estudios controlados sobre la combinación de beta bloqueantes y antipsicóticos para tratar la agresividad.
- **Litio:** Como tratamiento único tiene una eficacia limitada en la esquizofrenia y es inferior al tratamiento con medicamentos antipsicóticos (Salud Mental, 2005, p. 21).

✓ **Psicoterapéuticos**

La psicoterapia consiste en intervenciones planificadas y estructuradas con las que se pretende influir en el comportamiento, el estado de ánimo y las pautas

emocionales de reacción a diferentes estímulos a través de medios psicológicos verbales y no verbales. La psicoterapia no comprende el uso de medios bioquímicos ni biológicos.

Varias técnicas y enfoques, derivados de distintos fundamentos teóricos, han demostrado ser eficaces en relación con diversos trastornos mentales y conductuales. Entre ellos se cuentan la terapia conductual, la terapia cognitiva, la terapia interpersonal, las técnicas de relajación y las técnicas terapéuticas de apoyo.

La terapia de apoyo, probablemente la forma más sencilla de psicoterapia, se basa en la relación médico-paciente. Otros componentes importantes de esta técnica son la tranquilización, el esclarecimiento, la abreacción, el asesoramiento, la sugestión y la enseñanza (OMS, 2001, p. 61).

✓ **Rehabilitación psicosocial**

La rehabilitación psicosocial permite que muchas personas adquieran o recuperen las aptitudes prácticas necesarias para vivir e integrarse en la comunidad, y les enseña a hacer frente a sus discapacidades. Incluye asistencia para el desarrollo de aptitudes sociales, intereses y actividades de ocio que proporcionen un sentimiento de participación y valía personal. También imparte aptitudes para la vida cotidiana, como son las relativas al régimen de alimentación, la higiene personal, cocinar, comprar, presupuestar los gastos, ocuparse de la casa y utilizar distintos medios de transporte (OMS, 2001, p.62)

A lo largo de las últimas décadas la Rehabilitación Psicosocial ha venido configurándose como un campo de intervención de creciente importancia e interés en la atención comunitaria a las personas con enfermedades mentales graves y crónicas (como la esquizofrenia por ejemplo). Se organiza como un conjunto de intervenciones y apoyos cuyo objetivo esencial es el de ayudar al enfermo mental crónico a superar o compensar las dificultades psicosociales que sufren y a ayudarlo en el desarrollo de su vida cotidiana en la comunidad de la manera más autónoma y digna, así como en el desempeño y manejo de los diferentes roles y demandas que supone vivir, trabajar y relacionarse en los diferentes entornos comunitarios.

La rehabilitación psicosocial es, sobre todo, un proceso cuya meta global es apoyar a las personas con discapacidades psiquiátricas para que puedan reintegrarse en la comunidad y mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible (Consejería de servicios sociales, 2002, p. 11).

- **Rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social**

Como se ha indicado, a pesar de la mejoría y control de la sintomatología psiquiátrica que se derivan de los tratamientos farmacológicos y otras terapias en la atención de salud mental, muchos de las personas que sufren esquizofrenia u otras psicosis presentan variados déficit y discapacidades que dificultan su desenvolvimiento autónomo y su integración en la vida cotidiana comunitaria.

Por ello necesitan programas y servicios de rehabilitación psicosocial que les ayuden a recuperar y/o adquirir las capacidades y habilidades necesarias para vivir y relacionarse en la comunidad, y que les apoyen de un modo flexible y continuado para favorecer su integración social efectiva en sus entornos sociales y familiares (Consejería de servicios sociales, 2002, p. 22).

- **Rehabilitación laboral y apoyo a la integración en el mundo del Trabajo:**

La integración laboral es un componente clave para facilitar la autonomía, independencia e integración social de cualquier persona. Sin embargo, la mayoría de los enfermos mentales crónicos en general y de los pacientes con esquizofrenia en especial, están desempleados o excluidos del mundo laboral y presentan importantes dificultades para acceder y mantenerse en puestos de trabajo competitivos.

Necesitan, por tanto, programas de rehabilitación laboral que les orienten y ayuden a adquirir aquellos hábitos laborales y habilidades que les permitan estar en mejores condiciones para acceder y manejarse en el mundo laboral (Consejería de servicios sociales, 2002, p. 22).

C. Personas:

- a. Definición: En el lenguaje cotidiano, la palabra persona hace referencia a un ser con poder de raciocinio que posee conciencia sobre sí mismo y que cuenta con su propia

identidad. Una persona es un ser capaz de vivir en sociedad y que tiene sensibilidad, además de contar con inteligencia y voluntad, aspectos típicos de la humanidad. Para la psicología, una persona es alguien específico, el concepto abarca los aspectos físicos y psíquicos del sujeto que lo definen en función de su condición de singular y único (Perez y Gardey, 2008, p. 2).

b. Tipos de personas: En el ámbito del derecho, una persona es todo ente que, por sus características, está habilitado para tener derechos y asumir obligaciones. Por eso se habla de distintos tipos de personas: personas físicas (como se define a los seres humanos) y personas de existencia ideal o jurídica (grupo donde se agrupan las corporaciones, las sociedades, el Estado, las organizaciones sociales, etc.).

- Las personas físicas o naturales están contempladas desde un concepto de naturaleza jurídica que fue elaborado por juristas romanos. En la actualidad, las personas físicas cuentan, por el solo hecho de existir, con diversos atributos reconocidos por el derecho.
- Las personas jurídicas o morales son aquellos entes que, para llevar a cabo ciertos propósitos de alcance colectivo, están respaldados por normas jurídicas que les reconocen capacidad para ser titulares de derechos y contraer obligaciones (Perez y Gardey, 2008, p. 2).

D. Familia:

a. Definición:

La familia es la unidad social, y se la considera como una organización social primaria que se caracteriza por sus vínculos, y por las relaciones afectivas que en su interior se dan, constituyendo un subsistema de la organización social. Los miembros del grupo familiar cumplen roles y funciones al interior de esta, funciones y roles que son los que permiten relacionarse con otros sistemas externos, tales como el barrio, el trabajo, la escuela (Gonzales, s.f., p. 1).

b. Impacto de la esquizofrenia en la familia:

La falta de información y el desconocimiento en general son las principales preocupaciones tanto de los enfermos como de sus familias cuando se produce un diagnóstico por enfermedad mental, especialmente de esquizofrenia. Esta carencia se

prolonga en muchos casos durante el desarrollo de la patología y se hunde el desánimo y el desconcierto. La falta de información, los prejuicios y los mitos en la sociedad en general son también la causa de uno de los mayores problemas y obstáculos de las personas enfermas, el estigma. Una “marca” que les sigue y entorpece su normalización e integración en la sociedad (Rebolledo y lobato, 2005, p. 9).

Existen factores que condicionan el impacto de la enfermedad en la familia, como son:

- **Etapa del ciclo vital:** El impacto de la enfermedad será diferente en cada momento de la vida de una familia y del miembro al que le ocurra.
- **Flexibilidad o rigidez de roles familiares.** La enfermedad crónica, y más aún la terminal, supone una profunda crisis familiar a la que las familias podrán responder mejor cuanto más flexibles puedan ser. En el momento que aparece la enfermedad puede ocurrir que ésta afecte la distribución de roles, pues inmediatamente después tendrá que negociar cada uno de ellos y en muchas ocasiones compartirlos. En el caso del rol de proveedor que pudiera haber realizado el padre enfermo genera un gran conflicto, ya que este papel viene acompañado de poder, el cual en muchas de las veces no se concede. El rol de cuidador que generalmente se asigna a una mujer en nuestra cultura (madre, hermana mayor) genera conflicto porque implica el descuido de sus otras funciones, tales como el cuidado de los hijos, o el estudio (Fernández, 2004, p. 251).
- **Cultura familiar:** Resulta difícil hablar del impacto de la enfermedad en las familias sin considerar un aspecto tan fundamental como es la cultura familiar. Este conjunto de valores, costumbres y creencias que comparten los miembros, intervienen en la evolución y desenlace de una enfermedad (Fernández, 2004, p. 252).
- **Nivel socioeconómico:** No es lo mismo que la enfermedad aparezca en una familia de escasos recursos económicos a que ocurra en una económicamente estable. Evidentemente la crisis familiar en la primera va a ser mayor, ya que la desorganización provocada por la enfermedad se va a percibir en todos los ámbitos. La familia requerirá durante la enfermedad mayor cantidad de recursos económicos por concepto de medicamentos, curaciones, consultas, transporte, alimentación especial, acondicionamiento físico de la vivienda, etc. Si el paciente enfermo es el proveedor, será necesaria la reorganización de roles en el caso de que su enfermedad

sea terminal y esté imposibilitado para trabajar, de tal forma que algún otro miembro deberá cumplir con la función dejando atrás su rol habitual de estudiante o ama de casa (Fernández, 2004, p. 254).

c. Apoyo a las familias

Las familias constituyen el principal recurso de cuidado y soporte comunitario de los enfermos con esquizofrenia. De hecho la gran mayoría vive con sus familias. Sin embargo, la convivencia con el paciente puede suponer dificultades y conflictos, que en ocasiones puede llevar a las familias a sentirse desbordadas y con escasos recursos para hacer frente a dichos problemas. Asimismo, en algunos casos esta situación puede degenerar en una importante tensión y sobrecarga para las familias.

En función de lo anterior, las familias deben ser apoyadas y cuidadas (es necesario cuidar a los que cuidan), necesitan información, educación, asesoramiento y apoyo para entender la problemática de su familiar enfermo mental crónico y contar con estrategias y recursos para manejar y mejorar la convivencia y para ser agentes activos de la rehabilitación de su familiar enfermo mental crónico. Asimismo necesitan ayuda y apoyo para mejorar la calidad de vida de la propia familia.

Este conjunto de problemáticas y de necesidades específicas de este colectivo de personas enfermas mentales crónicas, debe ser tenido en cuenta en su globalidad a la hora de ofrecer una adecuada atención a este colectivo. La organización y articulación de una adecuada y comprehensiva red de atención comunitaria que permita el mantenimiento e integración en la sociedad de la población con enfermedades psiquiátricas graves crónicas, constituye uno de los retos más desafiantes e interesantes a los que se enfrentan los profesionales y los sistemas de servicios sanitarios y sociales (Consejería de servicios sociales, 2002, p. 23).

d. Necesidades que se detectan al inicio de la enfermedad:

En este periodo inicial la familia, la persona cuidadora, tiene necesidades de escucha y apoyo, de escucha para poder contar lo que le angustia, sus miedos, sus dudas, para poder descargar todas sus emociones. De apoyo, para ir comprendiendo porque su familiar manifiesta un comportamiento incomprensible para ellos/as (a dejado los estudios, tiene problemas en el trabajo, no se levanta, no se asea, está en su habitación, no sale con los amigos), la importancia de acudir a las citas médicas, de no interrumpir

el tratamiento, de comprender porque no es posible tener un diagnóstico, y si lo tiene, necesita ayuda para asimilarlo.

Como la persona se niega a ir a consulta y/o está sin tratamiento, bien porque no la iniciado o porque lo ha abandonado. La familia necesita atención domiciliaria para que los profesionales puedan valorar cual es el estado de salud de esa persona, seguir su evolución, tratar de establecer un vínculo terapéutico con él/ella para poder llegar al tratamiento y/o decidir un ingreso involuntario, si su estado de salud lo requiere, y por supuesto, orientar y apoyar a la familia.

Intervenir desde el principio es fundamental porque en este periodo se van a construir las nuevas reglas de juego en el sistema familiar. Si esta no tiene apoyo profesional puede que tome decisiones no adecuadas a las circunstancias, por no conocer ni comprender los síntomas negativos de la enfermedad (Rejas, 2011, p. 55).

e. Familiar cuidador

La familia es el escenario donde se desarrolla y conserva el cuidado y es justamente desde su interior que emerge la figura del cuidador. El cuidador es en no pocas ocasiones el recurso, instrumento y medio por el cual se proveen cuidados específicos y muchas veces especializados a los enfermos crónicos, es decir, en ellos se deposita o descansa el compromiso de preservar la vida de otro.

- Cuidador: Aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales.
- Familiar cuidador: Las personas que presten atención a las personas que necesitan supervisión o asistencia en la enfermedad o la discapacidad. Ellos pueden proporcionar el cuidado en el hogar, en un hospital o en una institución, el concepto se refiere también a los padres, cónyuges u otros familiares, amigos, miembros del clero, profesores, trabajadores sociales, los demás pacientes.
- Familiar cuidador principal: Se identifica como aquel cuidador principal familiar reconocido como primordial agente que da asistencia básica a los pacientes en su condición de enfermedad crónica. Es el apoyo continuo que lo asiste en lo cotidiano

y quien asume las principales decisiones sobre su cuidado. (Cruz y Ostiguín, 2011, p. 50).

f. Salud del familiar cuidador

La gran mayoría de las personas dependientes recibe ayuda para poder realizar sus actividades cotidianas y llevar una vida normalizada, ya sea de familiares o de profesionales. Los cuidadores de personas dependientes realizan una tarea que muchas veces repercute negativamente en su salud física y emocional, más aún cuando esta situación se prolonga en el tiempo. El cuidado de un familiar dependiente puede traer consigo conflictos en el seno de la familia, por desacuerdos en la atención e implicación de los familiares. De la misma manera, se producen cambios emocionales, porque los cuidadores se ven expuestos a un buen número de emociones y sentimientos; algunos positivos, como los sentimientos de satisfacción por contribuir al bienestar de un ser querido, pero otros negativos, como la sensación de impotencia, sentimientos de culpabilidad, rechazo hacia la persona dependiente.

Frecuentemente, el cuidado prolongado de un familiar dependiente termina afectando de forma negativa a la salud de los cuidadores, porque es una actividad que provoca un gran desgaste. Esta pérdida de salud del cuidador viene dada también porque, al tener a cargo a una persona dependiente, disminuye el número de actividades sociales y de ocio que realizaban anteriormente, lo que puede producir sentimientos de aislamiento y soledad.

Al mismo tiempo, si además el cuidador tiene un trabajo fuera de casa, suele experimentar un conflicto entre las tareas de cuidado y las obligaciones laborales; tiene la sensación de estar incumpliendo tanto en el trabajo como en el cuidado de su familiar. Por si fuera poco, todo ello suele venir acompañado de dificultades económicas, tanto porque pueden disminuir los ingresos (debido a una reducción de la jornada laboral o directamente por dejar de trabajar) como porque aumentan los gastos derivados del cuidado del familiar.

Síntomas de alerta en la salud del familiar cuidador

- Pérdida de energía, sensación de cansancio continuo, sueño.
- Aislamiento.

- Aumento en el consumo de bebidas, tabaco y/o fármacos.
- Problemas de memoria, dificultad para concentrarse, bajo rendimiento en general.
- Menor interés por actividades y personas que anteriormente lo tenían.
- Aumento o disminución del apetito.
- Enfados fáciles y sin motivos aparentes.
- Cambios frecuentes de humor o de estado de ánimo, irritabilidad y nerviosismo.
- Dificultad para superar sentimientos de tristeza, frustración y culpa.
 - Tratar a otras personas de forma menos considerada de lo que se hacía habitualmente.
- Problemas en el lugar de trabajo.
- Problemas económicos.
- Menor afecto e interés hacia el familiar. Castigos desproporcionados, trato despectivo o vejatorio hacia el familiar a nuestro cargo (Gonzales, 2011, p.12).

d. Vivencias del familiar cuidador

Cuidar a un familiar enfermo mental es una actividad que normalmente no se ha previsto en la vida y para la que no se ha recibido preparación alguna. Requiere de una dedicación importante de tiempo y energía, y supone la realización de tareas que muchas veces son incómodas y desagradables; además el agravante de estos oficios es que pueden producir sensación de frustración en el cuidador que siente que da más de lo que recibe (Torres, 2004, p. 21).

El familiar cuidador tiene que hacerse cargo de muchas de las pequeñas y grandes cosas de la vida diaria del enfermo. Entre las tareas que realizan más frecuentemente se encuentran la ayuda y la supervisión en la alimentación diaria, en la higiene personal, en la apariencia y la forma de vestir; la ayuda y el control en la toma de medicamentos, en la administración y el manejo del dinero y de los bienes, en la solución de conflictos generados por el comportamiento, a veces inadecuado del enfermo, en el manejo de las relaciones y en la comunicación adecuada con las personas del entorno, en las actividades que requiera el tratamiento y el manejo de la enfermedad (Torres, 2004, p. 22).

e. Síndrome del cuidador:

Por lo general son los padres los comprometidos en una convivencia diaria con la persona afectada, aunque también pueden verse muy implicados los hermanos u otros familiares. El dolor y la desesperanza pueden ser muy destructivos si el curso del

trastorno no es todo lo positivo que se esperaba. La angustia por el futuro de la persona afectada puede pesar cada vez más en el tiempo, en unos padres cada vez mayores y unos hermanos que tienen sus propios problemas. Si no se conoce bien la enfermedad, puede traer mayor sufrimiento y provocar en las personas que conviven con el paciente una serie de síntomas psicológicos y físicos que se ha dado en llamar el síndrome del cuidador (Rebolledo y Lobato, 2005, p. 151).

Los familiares y cuidadores pueden comenzar a sufrir de insomnio y alteraciones del apetito y otras funciones corporales. Son características la irritabilidad y la impaciencia, se hacen cada vez menos tolerantes ante las disfunciones conductuales del paciente. Esta reacción puede hacerse extensiva a su pareja y otros miembros de la familia, lo que viene a aumentar el problema al privarle así del necesario apoyo. Se pueden experimentar sentimientos de enfado y rechazo del paciente y sus actitudes, generando críticas y una actitud hostil que incrementa el trastorno conductual del afectado, creando así un círculo infernal de problemas continuos (Rebolledo y Lobato, 2005, p. 153).

El cuidador afectado puede comenzar a experimentar con frecuencia un estado de ansiedad donde se siente cada vez más preocupado por el futuro, incluso inmediato, con una visión muy negativa de la enfermedad y de la convivencia. Sólo percibiendo los aspectos negativos y sin valorar los recursos y ayudas.

Puede experimentar síntomas de depresión, sintiéndose impotente para mejorar la situación, desesperanzado ante la posibilidad de ayuda y cambios. Situación que puede agravarse, muchos sentimientos de culpa sobre las causas y el curso de la enfermedad de su hijo (Rebolledo y Lobato, 2005, p. 153).

Puede ocurrir que en vez de abrirse a compartir con familiares y amigos cercanos esta situación se aísla y oculte su sufrimiento aumentando así su fragilidad psíquica y emocional. El cuidador puede empezar con una sensación de fatiga y cansancio cada día mayor ante las dificultades de la convivencia. Puede ver gravemente perturbadas sus capacidades para trabajar o desempeñar sus labores habituales. El resultado puede ser un cuadro de ansiedad y depresión con un aislamiento social y afectivo creciente. Esta situación provocará que la convivencia familiar se deteriore y el curso del

trastorno esquizofrénico de su familiar afectado sea más tórpido y grave (Rebolledo y Lobato, 2005, p. 154).

D) Teoría de enfermería:

- ✓ **La teoría de Madeleine Leninger:** se basa en las disciplinas de la antropología y de la enfermería. donde refiere que la enfermería transcultural es una área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto de los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y de la enfermedad, y el modelo de conducta. El propósito de la teoría era descubrir las particularidades y universalidades de los cuidados de los humanos según la visión del mundo, la estructura social y otras dimensiones y después descubrir formas de proporcionar cuidados culturalmente congruentes a personas de culturas diferentes o similares para mantener su bienestar, salud o afrontamiento con la muerte de una manera culturalmente adecuada.

La enfermería transcultural va más allá de los conocimientos, y hace uso del saber de los cuidados enfermeros culturales para practicar cuidados culturalmente congruentes y responsables. Leninger declara que, con el tiempo, habrá un nuevo tipo de práctica enfermera que reflejara los distintos tipos de enfermería, los cuales se definirán y basaran en la cultura y serán específicos para guiar los cuidados enfermeros dirigidos a individuos, familias, grupos e instituciones. Afirma que, puesto que la cultura y el cuidado son los medios más amplios y holísticos para conceptualizar y entender a las personas.

Leninger define la teoría como el descubrimiento de un campo de interés o de un fenómeno que parecen relevantes para entender o explicar, fenómenos desconocidos. La enfermería debe tener presente el descubrimiento creativo acerca de las personas, familias, grupos y sus cuidados, creencias y acciones o practicas basados en sus estilos de vida según su cultura, para así conseguir una atención enfermera efectiva, satisfactoria y coherente con la cultura (Marriner y Raile, 1999, p. 443).

La teoría de Leninger ayudará a fundamentar el informe de tesis ya que aquí nos habla sobre el cuidado cultural, que viene hacer un conjunto de valores, creencias y modos de vida que ayudan a mantener un buen estado de salud y bienestar y mejorar

el estilo de vida y a enfrentar circunstancias difíciles. Los profesionales de enfermería para poder responder de manera integral a las necesidades del paciente, familia es importante que tenga la capacidad de identificar y dar respuesta a las necesidades espirituales y emocionales.

Cada individuo, cada familia es distinta, tanto como en su cultura como en su forma de pensar, por eso es de gran importancia que los profesionales brinden un cuidado cultural para satisfacer las necesidades que cada individuo y familia necesite. Es así como cada familiar cuidador de una persona con esquizofrenia, necesita de la asistencia y cuidado de los profesionales de salud, de acuerdo a su cultura y a su creencia para que puedan ofrecer un mejor cuidado a su familiar enfermo.

- ✓ **Jean Watson:** con la filosofía y ciencia del cuidado brinda una base sólida en humanidades para el proceso de cuidado holístico de los pacientes, considera el cuidar como un valor fundamental en la enfermería y a la relación ideal de cuidar enfermera-paciente como un encuentro total. Los pacientes requieren unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida.

El cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal. El trabajo de Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos. De acuerdo con Watson, la salud tiene que ver con la unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu). Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado. (Marriner y Raile, 1999, p. 445).

Esta teoría permitirá fundamentar el informe de tesis, porque nos habla del cuidado humanístico, y permite que se sensibilice a los profesionales hacia aspectos más humanos. Tiene por objetivo ayudar a las personas a alcanzar un mayor grado de armonía con la mente, el cuerpo y el alma, lo que hace que tengan lugar procesos de autoconocimiento, respeto propio, auto-curativos y de atención a uno mismo.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Diseño de la investigación

Esta investigación fue de enfoque cualitativo, de nivel exploratorio con abordaje fenomenológico. De enfoque cualitativo porque me permitió ver las cualidades de los familiares cuidadores los cuales se describieron sin la necesidad de una medición numérica, de nivel exploratorio porque permitió explorar el fenómeno tal como se presentaron y de abordaje fenomenológico porque permitió descubrir las estructuras esenciales de las vivencias de los familiares cuidadores de personas con esquizofrenia. (Medina, Orosco, Rodríguez et al., 2009, p. 24)

4.2 Población, muestra y muestreo

4.2.1 Población: 13 familiares cuidadores de personas con esquizofrenia que asistieron al área de salud mental en el Hospital Regional Virgen de Fátima, en los meses de noviembre y diciembre del 2016.

4.2.2 Muestra: estuvo representada por 8 familiares cuidadores que fue determinada por saturación, quiere decir que al final de las entrevistas los discursos se repetían en su contenido, se entrevistó a 11 familiares cuidadores llegando a saturar en el discurso n° 08 (Servia, 2007, p.134).

4.2.3 Muestreo: por conveniencia: este método consiste en seleccionar los casos que se encuentren disponibles o por comodidad del investigador (Pineda y Alvarado, 2008, p. 139).

4.2.4 Criterios de inclusión:

- Familias que tienen un integrante con esquizofrenia.
- El cuidador principal de la persona que padece esquizofrenia
- Familiar cuidador de ambos sexos.

4.2.5 Criterios de exclusión

- Persona que no acepte participar en la investigación

- Cuidador que sea menor de edad

4.3 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.3.1 Método: inductivo (López y Sandoval, 2010, p.3).

4.3.2 Técnica: se hizo uso de la entrevista a profundidad (López y Sandoval, 2010, p.13).

4.3.3 Instrumento: se hizo uso de la guía de entrevista semiestructurada (López y Sandoval, 2010, p.16). El cual consta con una introducción, instrucciones, datos generales y una sola pregunta orientadora, elaborado por la investigadora.(Anexo N°01)

4.3.4 Procedimiento de recolección de datos

- Se identificaron a los familiares cuidadores de personas con esquizofrenia en la ciudad de Chachapoyas según los criterios de inclusión y exclusión.
- Se realizó un dialogo con los familiares cuidadores de personas con esquizofrenia explicando el motivo de la visita y al mismo tiempo solicitar su participación en la investigación, mediante la firma del consentimiento informado.
- Se realizó la entrevista a profundidad, realizando las grabaciones de los discursos de los familiares cuidadores.
- Se transcribió todas las grabaciones e inicio el proceso de la comprensión del fenómeno.

4.4 Análisis de datos

a) Descripción fenomenológica:

Estas descripciones surgen por medio del discurso de los sujetos, que se manifiesta a través del lenguaje o logos. Esta descripción se realizara tal cual sea expresada por el familiar cuidador sin sufrir modificaciones (Pineda y Alvarado, 2008, p. 105). En este momento se describió los discursos de las personas que participaron en la investigación, tal como está en las grabaciones, estas descripciones revelaron las estructuras del fenómeno, las experiencias, sin enfatizar el contenido específico y si

la estructura general y fundamental del fenómeno que es la esencia obteniendo así los datos para luego ser analizados.

b) Reducción fenomenológica:

En este segundo momento el investigador estuvo concentrado, dejó de lado cualquier supuesto, se colocó en el lugar del sujeto y seleccionó las partes de la descripción que fueron esenciales, para reflexionar sobre las experiencias que parecen poseer significados cognitivos y afectivos las que se hicieron través de un cuadro. Estos significados fueron atribuidos por el investigador a la experiencia de los sujetos para su mejor comprensión.

c) Comprensión fenomenológica:

En este tercer momento se especificó el significado que es esencial en la descripción y en la reducción, como una forma de investigación de la experiencia (Pineda y Alvarado, 2008, p. 108). En este momento se estableció la convergencia del discurso, agrupando así las ideas relacionadas según aspectos comunes determinados por el investigador

• Análisis ideográfico:

Para llegar a la comprensión de las unidades de significado identificados en los discursos, primero las descripciones individuales de los familiares cuidadores se subrayó e identificó con número arábigo. Luego se realizó un cuadro de análisis ideográfico y se transcribió en la columna de la izquierda las unidades de significado subrayadas anteriormente, en tanto que en la columna de la derecha, con el título de reducción fenomenológica, en la cual consiste en transformar las unidades de significado de los familiares cuidadores, en tercera persona.

Posteriormente en el cuadro de convergencia, mediante un proceso de tematización se agrupó las unidades de significado convergentes dentro del discurso, es decir las que se referían al mismo tema o poseían el mismo contenido o significado. En la columna de la izquierda se presentó las unidades de significado agrupadas de acuerdo a su contenido y en la columna de la derecha, las unidades de significado

interpretadas de las convergencias, a fin de distinguirlo de las unidades de significado sin transformar.

- **Análisis nomotético:**

Es la búsqueda de las generalidades del fenómeno interrogado, se determina a través de una tabla de convergencias, no llega a generalizaciones, sino a generalidades (Pineda y Alvarado, 2008, p. 109).

A través del análisis nomotético se buscó identificar el aspecto general y estructural de los individuos tomados en un texto. Las convergencias, divergencias e idiosincrasias indican percepciones individuales resultantes de modos personales de reaccionar mediante agentes externos. En el análisis nomotético se identificó convergencias, divergencias de los discursos logrando obtener las categorías de los cuales se llegó a la aproximación del fenómeno y finalizando con el reflexionando

4.5 Rigor y ética de la investigación cualitativa.

4.5.1. Rigor de la investigación

Para Cáceres, M. (2002); el rigor de la investigación cualitativa se clasifica en:

- **Credibilidad:** El objetivo es demostrar que la investigación a realizar debe ser de forma pertinente, garantizando que el tema fue identificado y descrito con exactitud. Se recopiló información de fuentes confiables para poder garantizar la credibilidad, para que se cumpla este criterio se evitó que el investigador tenga una relación cercana con el sujeto investigado, se describió e interpreto los datos obtenidos tal cual fue expresada por el familiar cuidador sin sufrir modificaciones logrando hallazgos verdaderos.
- **Transferibilidad:** Aplicabilidad de los resultados a otros contextos. Para que se cumpla con este criterio se realizó una búsqueda de abundante información que nos permitió que el resultado obtenido se pueda transferir o extender a otros contextos o grupos.
- **Confirmabilidad:** Consiste en confirmar la información, la interpretación de los significados y la generación de conclusiones, que se logra cuando otro investigador

puede llegar a hallazgos similares. Para cumplir con este criterio el investigador transcribió las entrevistas tal como lo expresaron los familiares cuidadores, después los resultados fueron contrastados con la literatura, respetando la citación de las fuentes y con hallazgos de otras investigaciones.

4.5.2. Niveles del control ético

Según Prado, D. (2008) los criterios del control ético son los siguientes:

- **Autonomía:** para cumplir con este principio se trató a las personas como fines y no como medios, involucrando el respeto hacia las personas que participaron en esta investigación que se trató como agentes autónomos.
- **Beneficencia:** para cumplir con este principio se procuró el bienestar de los individuos implicados y también permitió adquirir conocimientos que ayudaran a otros en un futuro.
- **No maleficencia:** este principio nos permitió que no se realice daños directos a los individuos que aceptaron participar en la investigación.
- **Justicia:** este principio nos permitió que los beneficios de esta investigación puedan ser distribuidos a todos sin distinción alguna.

V. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

5.1 Análisis de discursos

DISCURSO N° I

¿Qué siente usted al cuidar a su familiar que padece de esquizofrenia?

No sabíamos lo que tenía, empezó a teñirse no sabíamos que era su enfermedad, cuando tenía 13 años ella decía que era fea que nadie la quería, y no sabía que decirle luego se turbaba, se ponía violenta yo lloraba mucho ya no conocía a mi hija¹ me quería pegar me daba miedo² me sentía mal³ y ya tiene 40 años y sufro al verla así⁴, se siente duro⁵, eso pues.

¿Qué más?

Me siento triste⁶, me preocupo tengo cuidado⁷, pienso que cuando muero ella se quedará sola a sufrir, ah sufrir ya pues.

CUADRO DE REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA

DISCURSO N°01

UNIDAD DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
1. yo lloraba mucho ya no conocía a mi hija	1. Lloraba porque desconoce la enfermedad de su hija
2. me quería pegar me daba miedo	2. Le quería pegar le daba miedo
3. me sentía mal	3. Se sentía mal
4. sufro al verla así	4 4. Sufre al verla así
5. se siente duro	6. Siente dolor
6 me siento triste	5 Siente tristeza
7. me preocupo tengo cuidado	8. Se preocupa y tiene cuidado

CONVERGENCIA EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO
A. Lloraba porque desconoce la enfermedad de su hija ¹	A. Lloraba porque desconoce la enfermedad de su hija
B. Le quería pegar le daba miedo ²	B. Le quería pegar le daba miedo
C. Sufre al verla así ⁴ , Siente dolor ⁵ , Se sentía mal ³	D. Siente sufrimiento
D. Siente tristeza ⁶	E. Siente tristeza
E. Siente preocupación ⁷	F. Siente preocupación

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO I

Este discurso devela que la persona mientras cuida a su familiar esquizofrénico siente preocupación, siente tristeza, sufrimiento al verla enferma, en momentos siente miedo por la conducta que ella presenta, llora porque desconoce la enfermedad de su hija.

DISCURSO N° II

¿Qué siente usted al cuidar a su familiar que padece de esquizofrenia?

Ehh en primeros momentos no me podía identificar con mi paciente, con mi hijo es el esquizofrénico, tenía vergüenza decía que dirá la gente¹, me sentía mal, porque todos los planes se frustran no y poco a poco me fui adaptando, y a ratos siento pena², a ratos digo que es una enfermedad como cualquiera, es una enfermedad crónica, y de poco a poco he ido aceptándolo.

¿Qué más siente?

Cuando él ha estado grave internado, he sentido una profunda tristeza³, estrés⁴, desesperación por no saber que si el iba a quedar casi normal o de repente iba ya quedar sumido en su en su enfermedad⁵ o sea no iba a reaccionar positivamente, pero luego que pasaron los días vi que reacciona positivamente y vuelve a la realidad, me sentí alegre⁶ y entonces me conforme y dije no es mi hijo y tengo derecho de verlo en las circunstancias que se encuentre y apoyarlo de acuerdo a mis posibilidades.

CUADRO DE REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA

DISCURSO N°02

UNIDAD DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
1. tenía vergüenza decía que diría la gente	1 Sentía vergüenza por lo que diría la gente
2 a ratos siento pena	2. Siente pena
3 he sentido una profunda tristeza	3. Siente una profunda tristeza
4 Estrés	4. Siente estrés
5 desesperación por no saber que si él iba a quedar casi normal o de repente iba ya quedar sumido en su enfermedad	5. Sintió desesperación por no saber cómo reaccionara al tratamiento
6 Me sentí alegre	6. Sintió alegría

CONVERGENCIA EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO
A. Sentía vergüenza por lo que diría la gente ¹	A. Sentía vergüenza por lo que diría la gente
B. Siente pena ²	B. Siente pena
C. Siente una profunda tristeza ³	C. Siente una profunda tristeza
D. Siente estrés ⁴	D. Siente estrés
E. Sintió desesperación por no saber cómo reaccionara al tratamiento ⁵	E. Sintió desesperación por no saber cómo reaccionara al tratamiento
F. Sintió alegría ⁶	F. Sintió alegría

ANÁLISIS IDEOGRAFICO II

El discurso devela que la persona mientras cuida a su familiar esquizofrénico experimenta estrés, desesperación por no saber cómo reaccionara al tratamiento, vergüenza por lo que diría la gente, tristeza y pena al verlo enfermo y alegría al ver a su hijo como mejoraba.

DISCURSO N° III

¿Qué siente usted al cuidar a su familiar que padece de esquizofrenia?

Fíjese pues hay que servirla con su comida, su desayuno, su almuerzo, bañarla, no quiere a veces cambiarse hay que ser pacientes¹, da pena como esta², antes era una mujer juiciosa, todo hacía ya ahora no habla, para sola.

¿Qué más?

Mi esposa pues está enferma, no sabíamos que era presión ahora ya ta fregao la vista, yo también estoy enfermo y pues es muy cansao³ ya no se puede estar tranquilo⁴, preocupao⁵, mis hijos también están lejos nosotros solo con nuestra hija así ya pues estamos.

CUADRO DE REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA

DISCURSO N°03

UNIDAD DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
1. <u>Da pena como esta</u>	1. Siente pena por cómo se encuentra su hija
2. <u>Es muy cansao</u>	2. Siente cansancio
3. <u>Ya no se puede estar tranquilo,</u>	3. Se siente intranquilo
4. <u>Preocupao mis hijos también están lejos nosotros solo con nuestra hija así ya pues estamos</u>	4. Siente preocupación porque esta solo con su hija

CONVERGENCIA EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO
A. Siente pena por cómo se encuentra su hija ¹	A. Siente pena por como esta su hija
B. Siente cansancio ²	B. Siente cansancio
C. Se siente intranquilo ³ , Siente preocupación porque esta solo con su hija ⁴	C. Siente preocupación

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO III

El discurso debela que la persona mientras cuida a su familiar esquizofrénico experimenta cansancio, siente pena por como esta su hija y siente preocupación.

DISCURSO N° IV

¿Qué siente usted al cuidar a su familiar que padece de esquizofrenia?

Abecés siento miedo porque no sé cómo va reaccionar día a día¹, porque quiero ayudarlo pero no sé cómo hacerlo, al atenderlo todos los días veo que esta indefenso y que necesita de alguien para poder hacer sus cosas, los días que no puedo verlo me preocupo mucho² porque mi mamá se queda con él y como está viejita ya no puede hacer sus cosas como antes, ehh yo también tengo mis dos hijos tan chiquitos y a veces yo tampoco tengo tiempo para estar todo el día con el tengo que trabajar y se queda con mi mamá ya pues y eso me tiene preocupado a cada rato³.

¿Qué más?

Mi hermano es también discapacitado mudito es, y por eso es difícil cuidarlo porque él no nos entiende y pues no sabemos lo que quiere y sufro cuando no lo puedo ayudar⁴, no se lo entiende y se enoja tratamos de calmarlo de ayudarlo de verlo y hacemos lo que podemos por él.

¿Qué más?

Era difícil saber lo que tenía porque no se lo entendía, lo llevamos al hospital y el doctor le dijo a mi mamá que era una enfermedad incurable que teníamos que estar con él toda la familia, después de eso ya no volvimos más al hospital, porque él no quiere se pone violento me da miedo que le haga algo a mi mama⁵, no lo dejamos salir de la casa ahí no más para.

CUADRO DE REDUCCION FENOMENOLÓGICA

DISCURSO N°4

UNIDAD DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
1. A veces siento temor porque no sé cómo va reaccionar día a día	1. Siente temor porque no sabe cómo va reaccionar día a día
2. Los días que no puedo verlo me preocupó mucho	2. Se preocupa mucho
3. Me tiene preocupado a cada rato.	3. Se siente preocupado a cada rato
4. Sufro cuando no lo puedo ayudar,	4. Sufre cuando no le puede ayudar
5. Me da miedo que le haga algo a mi mamá	5. Siente miedo que le haga algo a su mamá.

CONVERGENCIA EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO
A. Siente miedo porque no sabe cómo va reaccionar día a día ¹ , siente miedo ⁵	A. Siente miedo porque no sabe cómo va reaccionar día a día
B. se preocupa mucho ² , se siente preocupado a cada rato ³	B. siente preocupación
C. sufre cuando no le puede ayudar ⁴	C. sufre cuando no lo puede ayudar

ANÁLISIS IDIOGRÁFICO IV

El discurso devela que la persona mientras cuida a su familiar esquizofrénico experimenta miedo porque no sabe cómo va reaccionar día a día, siente preocupación y sufrimiento cuando no lo puede ayudar.

DISCURSO N° V

¿Qué siente usted al cuidar a su familiar que padece de esquizofrenia?

Siento angustia al no poder hacer nada para que mi hijo este bien¹, dolía verlo fuera de la realidad², su vida cambio desde el momento en que su enfermedad apareció y todo cambio no puedo ayudarlo como se debe y siento desesperación³. Todo empezó hace unos años su comportamiento era violento yo pensaba que era por la adolescencia trataba de comprenderlo, y pasaba el tiempo pero seguía así entró a la universidad pero su carácter no cambiaba tomaba mucho, se peleaba con la gente, yo sentía miedo al verlo cuando se ponía así⁴, y después todo empeoro empezó a escuchar voces no quería hablar con nadie, quería que pare en su lado no se quería quedar solo ya no podía dormir nadie quería que se le acerque me asuste tanto no sabía que hacer⁵ y entonces lo llevamos al hospital lo internaron lo tenían amarrado a la cama eso me dolía⁶, su mirada había cambiado y eso me daba miedo⁷, me daba mucha pena mi hijo⁸ ya ni siquiera me preocupaba por mí.

¿Qué más?

Bueno a _____ hora ya veo a mi hijo más calmado tomando sus pastillas eso me tranquiliza⁹ anda con sus amigos tiene ganas de trabajar está volviendo hacer el de antes, pero sigo angustiada no quiero que vuelva a recaer¹⁰, y ruego a Dios que lo proteja¹¹.

CUADRO DE REDUCCION FENOMENOLÓGICA

CUADRO N° 5

UNIDAD DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
1. Siento angustia al no poder hacer nada para que mi hijo este bien,	1. Siente angustia al no poder hacer nada para que su hijo este bien ¹
2. dolía verlo fuera de la realidad	2. le dolía verlo fuera de la realidad ²
3. siento desesperación	3. siente desesperación ³
4. yo sentía miedo al verlo cuando se ponía así,	4. sentía miedo ⁴
5. me asuste tanto no sabía que hacer	5. se asustó que no sabía que hacer ⁵
6. lo tenían amarrado a la cama eso me dolía	6. le dolía que le tengan amarrado a la cama ⁶
7. su mirada había cambiado y eso me daba miedo	7. le daba miedo su mirada ⁷
8. me daba mucha pena mi hijo	8. sentía pena ⁸
9. Ahora ya veo a mi hijo más calmado tomando sus pastillas eso me tranquiliza	9. Se siente tranquila ⁹
10. sigo angustiada no quiero que vuelva a recaer.	10. Siente angustia ¹⁰
11. ruego a Dios que lo proteja	11. Ruega a Dios que lo proteja

CONVERGENCIA EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO
A. Siente angustia al no poder hacer nada para que su hijo este bien ¹ , Siente angustia ¹⁰	A. Siente angustia por su estado.
B. Le dolía verlo fuera de la realidad ² , le dolía que le tengan amarrado a la cama ⁶	B. Le dolía ver como estaba su hijo
C. Siente desesperación ³	C. Siente desesperación
D. Sentía miedo ⁴ , se asustó que no sabía que hacer ⁵ , le daba miedo su mirada ⁷ ,	D. Sentía miedo
E. Sentía pena ⁸	E. Sentía pena
F. Se siente tranquila ⁹	F. Se siente tranquila
G. Ruega dios que lo proteja ¹¹	G. Ruega a dios que lo proteja.

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO V

El discurso devela que la persona mientras cuida a su familiar esquizofrénico siente angustia por el estado de su hijo, pena, desesperación, le duele ver a su hijo así pero a vez se siente tranquilidad porque está mejorando y ruega a Dios para que lo proteja.

DISCURSO N° VI

¿Qué siente usted al cuidar a su familiar que padece de esquizofrenia?

Salí de mi casa muy joven, dice que me cochiniaron tenía mi casa en Cuechan, , como restaurand vendia mi comidita, no sé cómo empezó a desaparecer mi plata, y me gustaba el alcohol, 6 de la ñaña hijita yo tomaba mi trago, antes del desayuno, y después, después, hubo un caso de una señora, un señor de luya se le daba pensión, un día bajamos a luya para llevar las cosas cebolla tomate, con mi esposo se pusieron a tomar y yo también tome no era de bueno, como a temprano iba a tomar trago, mi esposo envés de dormir conmigo se fue acostarse a lao de los muchachos, entonces yo me recuerdo y el hombre está haciendo relación conmigo, y yo hermanita que no estoy acostumbrada hablar, no hable calladita estaba, me rogaba que no hable, yo tenía para remontarle del pueblo, entonces así ya estábamos, yo no quería nada con ese hombre mi esposo es mi esposo, ya no lo quería al algo será m hizo ese hombre un odio me entro, hay me debo a diosito, me debo a diosito hijita, entonces paso un caso. De mí se alejó el trago cuando m ice curar, a mis hijos los deje chiquitos, pero hijita diosito ve lo que te cuento, parece que alguna persona me va ayudar cuando lo cuento, Salí de mi casa hijita, en mi cima con mi ropa, todas mis cosas dejando, hasta el día de hoy que no regrese de miedo, a los dos años mis hijitos poco a poco vinieron, yo trabajaba en casa, soy trabajadora en cocina hasta ahora viejita cocino, así ya a mis hijitos los he matriculado, uno es profesor en pedro Ruiz, dos albañiles, y otro no quiso estudiar, y mi coquito nació, nació pero chiquitito, no creció hijita no creció, yo me fui al hospital y nadie no vio, solita di a luz, y una enfermera que estaba solita empujo para que salga el bebuto, y encima después que ha nacido, como la criatura es como el jabón, adentro donde lo va limpiar lo tumba dice de cabecita, hasta ahora su cabecita es hundida, y yo no me dado cuenta nada Dios mío, y no alcanzaba a su estudio, repetía, repetía, repetía, entonces que hago decía, entonces un profesor me dijo el chiquito está mal en el colegio de minusválidos deben ponerlo, y sus hermanos como va ser minusválido, como ahí se va ir no, que se vaya al san juan, y así ha terminado su primaria, y de ahí ya pues tuvo 16 años y se antoja irse a lima, con su amiguito a su casa de el con su mama, un día salió y se fue a su hermano, llego a eso d la 8 todo sucio, con shorito y su polito, todos sus cositas dejándolo todo su ropita, mi hijo lo puso en colegio nocturno, no estaba bien su cabecita no nos dábamos cuenta, yo hasta ahora lo cuido mucho a mi hijo, dice yo soy viejo no m cuides, yo conversado con un doctor en lima y m dijo nunca lo dejes a su hijo, porque nadie lo va entender porque nadie lo va

comprender tal cual, con eso hermanita todo lo que trabajaba , yo trabajaba duro para él, yo estoy atrás para que tome su pastilla, cuando entra sale entra ya siento que está mal, tengo miedo que vuelva a enfermarse¹, el no tira piedra nada solo corre, pero cuando está bien duerme tranquilo, a veces en la mañana ase su caminata, cuatro años ya que no se empeora, me dicen que no duerme tranquilo que se va correr hasta limón punta, eso lo a echo daño, entonces conversemos con el doctor y nos dio unas medicinas, todo lo que me ha dicho el doctor está en mi mente, que será de mi hijo cuando una vez me muera quien lo va entender eso me preocupa², la gente que no lo conoce, dirán ese haragán no trabaja, triste es tener un enfermo así³, tengo que estar ahí ahí ahí, si no lo veo que su puerta esta trancado mientras no llegue no tranque mi puerta yo tengo que echarle de menos, me desvelo hasta las 11, ahora agarrau en irse a una religión bueno por ahí siquiera ya pues, ya ha dejado d tomar, tomaba tomaba eso lo hacía peor, me gusta que él le gusta leer su biblia, así hijita es mi vida de mí, yo tengo 83 años .

¿Qué más?

Me preocupo al verlo así⁴, miedo que pueda repetirse⁵, no quieren darle trabajo la gente, así ya pues, el a veces el mismo lava su ropita arregla, a veces saca su zapato anda en medias, yo veo que no esta tan bien y eso me atormenta⁶.

CUADRO DE REDUCCION FENOMENOLÓGICA

CUADRO N° 6

UNIDAD DE SIGNIFICADO	REDUCCION FENOMENOLOGICA
1. tengo miedo que vuelva a enfermarse	1. Tiene miedo de que vuelva a enfermarse ¹
2. Que será de mi hijo cuando una vez me muera quien lo va entender eso me preocupa,	2. Preocupación por quien va a tender a su hijo cuando ella muera ² .
3. Me preocupo al verlo así	3. Siente preocupación al verlo así ³ .
4. Triste es tener un enfermo así	4. se siente triste por tener un enfermo así ⁴
5. miedo que pueda repetirse,	5. siente miedo de que le vuelva a repetir ⁵ .
6. Yo veo que no esta tan bien y eso me atormenta.	6. le atormenta verlo que no está bien ⁶

CONVERGENCIA EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO
A. Tiene miedo de que vuelva a enfermarse ¹ ,siente miedo de que le vuelva a repetir ⁵	A. siente miedo de que vuelva a recaer su hijo
B. Preocupación por quien va a tender a su hijo cuando ella muera ² , Siente preocupación al verlo así ³	B. siente preocupación por el estado de su hijo
C. se siente triste por tener un enfermo así ⁴	C. siente tristeza por la enfermedad de su hijo.
D. le atormenta verlo que no está bien ⁶	D. se atormenta por el estado se salud de su hijo.

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO VI

El discurso devela que la persona mientras cuida a su familiar esquizofrénico siente miedo de que vuelva a recaer su hijo, preocupación, tristeza por la enfermedad que padece su hijo.

DISCURSO N° VII

En una responsabilidad no, que hay que estar con él, este con el medicamento, para su bienestar de el para que este bien, me siento ósea, contenta de poder ayudar,¹ o poder decirlo hoy toma tu pastilla, porque es un caso especial di hay que tener única paciencia, eso sí, si no tienes paciencia no este no lo haces, claro hay momentos no donde de repente quizás el a veces se altera por el mismo, medicamento no, pero ahí hay que estar cuando se altera te preocupas pues², bueno ya pues en sus consultas le explico a la doctora lo digo por qué y ella va ya esté viendo que medicamentos, lo aumenta para que se tranquilice, ósea se estabilice, ahorita pues él está con el medicamento diario toma sus pastillas no puede fallar usted sabe no puede fallar , ha recaído como dos veces en el hospital ha estado internado y eso da miedo que vuelva a recaer³.

¿Qué más?

Él trabaja descarga los carros ya se va a trabajar a veces hay días que no se va y ya pues le llaman y ahí se va, a veces esta alegre, a veces esta con mal humor, así púe pero cundo esta alegre por ejemplo estos tiempos con la pastilla esta está bien, ya pero tiene su momento como todo ser que uno que no toma medicamentos nos alteramos y que piensa a veces el no, es algo que hay que razonar también como familia tener paciencia nada más pues lo único que es.

CUADRO DE REDUCCION FENOMENOLÓGICA

CUADRO N° 7

UNIDAD DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
1. Me siento ósea, contenta de poder ayudar,	1. Se siente contenta de poder ayudar a su hijo ¹
2. Cuando se altera te preocupas pues	2. Siente preocupación cuando se altera ² .
3. Da miedo que vuelva a recaer.	3. Siente miedo que vuelva recaer ³

CONVERGENCIA EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO
A. Se siente contenta de poder ayudar a su hijo ¹	A. se siente contenta de ayudar a su hijo
B. Siente preocupación cuando se altera ² .	B. siente preocupación cuando se altera
C. Siente miedo que vuelva recaer ³	C. siente miedo de que vuelva a recaer su hijo

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO VII

El discurso devela que la persona mientras cuida a su familiar esquizofrénico se siente contenta de poder ayudar a su hijo. Preocupación cuando se altera y miedo de que vuelva a recaer.

DISCURSO N° VIII

¿Qué siente usted al cuidar a su familiar que padece de esquizofrenia?

Un miedo constante porque no quiero que recaiga¹ no quiero que vuelva a lo que era antes, ahora está mejor la veo mejor eso me tranquiliza². Hay momentos en que cambia de humor todo lo molesta ahí no se le dice nada ya luego le pasa y se tranquiliza. Hay días en que no tiene ganas de hacer nada y tengo que estar diciéndole todo para que haga, insistiéndole para que tome sus pastillas no se olvide porque me da miedo que se empeore³, tenga que internarle y que ya no se recupere, ¿por eso pues vivo pendiente preocupándome por mi hija⁴ aunque se moleste y reniegue porque le paro viendo siempre, hay momentos pues en que nos habla bonito eso me hace feliz verla como era antes⁵ cuando era chiquita cariñosa cuando no pensaba que se iba a enfermar así nunca pensé eso duele⁶, molesta porque mi hija tuvo que enfermarse así⁷ porque si ella era una buen muchacha teníamos muchas esperanzas en ella quería que estudiara terminara una carrera así queríamos que sea pero no pues.

¿Qué más?

Ella dos veces estao internada aquí en el hospital yo tenía que ir a verla todos los días en algunos días me decían su hija no quiere verla triste me ponía⁸ porque seguro ya estaba peor mal, otros días feliz dejaba que lo vea me hablaba quería volver a la casa ahí ya me tranquilizaba⁹. No es fácil Tener una hija enferma hay que estar todo el día preocupao¹⁰, tras de ella con sus pastillas, da pena que ni pueda hacer las cosas solita¹¹ estar a su tras discutiendo cuando no hace caso, me da miedo señorita que va pasar cuando ya no este¹² quien lo va cuidar que va ser de mi hija yo soy su mama la veo la atiendo pero si no estoy como va estar mi hija nadie va tener paciencia como yo. Eso pues señorita.

CUADRO DE REDUCCION FENOMENOLÓGICA

CUADRO N° 8

UNIDAD DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
1. Un miedo constante porque no quiero que recaiga	1.Siente miedo porque no quiere que recaiga ¹
3. La veo mejor eso me tranquiliza	2. Le tranquiliza verla mejor ²
3. Me da miedo que se empeore	3. Siente miedo de que se empeore ³
4. Vivo pendiente preocupándome por mi hija	4. Siente preocupación por su hija ⁴
5. Me hace feliz verla como era antes	5. Se siente feliz al ver a su hija como era antes ⁵
6. No pensaba que se iba a enfermar así nunca pensé eso duele	6. Siente dolor al verla enferma ⁶
7.molesta porque mi hija tuvo que enfermarse así	7. Se siente molesta por la enfermedad de su hija ⁷
8. su hija no quiere verla triste me ponía	8.Se siente triste porque su hija no quería verla ⁸
9. me hablaba quería volver a la casa ahí ya me tranquilizaba	9.Se sentía tranquila cuando su hija le hablaba ⁹
10. No es fácil Tener una hija enferma hay que estar todo el día preocupao	10.Se siente preocupada por tener a su hija enferma ¹⁰
11. da pena que ni pueda hacer las cosas solita	11.Siente pena porque su hija no puede hacer las cosas sola ¹¹
12. me da miedo señorita que va pasar cuando ya no este	12. Siente miedo de cuando ya no este, quien cuidara a su hija ¹²

CONVERGENCIA EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO
D. Siente miedo porque no quiere que recaiga ¹ , Siente miedo de que se empeore ³ , Siente miedo de cuando ya no este, quien cuidara a su hija ¹²	A. Siente miedo de que recaiga su hija
B. Le tranquiliza verla mejor ² , Se siente triste porque su hija no quería verla ⁸	B. Se siente tranquila cuando su hija está mejor
C. Siente preocupación por su hija ⁴ , Se siente preocupada por tener a su hija enferma ¹⁰	C. Siente preocupación por su hija enferma
D. Se siente feliz al ver a su hija como era antes ⁵	D. se siente feliz al ver a su hija como era antes
E. Siente dolor al verla enferma ⁶	E. siente dolor al verla enferma
F. Se siente molesta por la enfermedad de su hija ⁷	F. se siente molesta por la enfermedad de su hija-
G. Se siente triste porque su hija no quería verla ⁸	G. siente tristeza cuando su hija no quiere verla
H. Siente pena porque su hija no puede hacer las cosas sola ¹¹	H. siente pena porque su hija no puede hacer las cosas solas.

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO VIII

El discurso devela que la persona mientras cuida a su familiar esquizofrénico siente miedo de que recaiga su hija, preocupación por su enfermedad, dolor al verla enferma, en momentos molesta por la enfermedad de su hija, tristeza cuando su hija no quiere verla, pena porque su hija no puede hacer las cosas sola, cuando se está recuperando siente tranquilidad y feliz al verla a su hija como cuando era antes.

ANÁLISIS NOMOTÉTICO

DISCURSO	CONVERGENCIAS
<p style="text-align: center;"><u>DISCURSO N° I</u></p> <p>Este discurso devela que la persona mientras cuida a su familiar esquizofrénico siente preocupación, siente tristeza, sufrimiento al verla enferma, en momentos siente miedo por la conducta que ella presenta, llora porque desconoce la enfermedad de su hija.</p> <p style="text-align: center;"><u>DISCURSO N° II</u></p> <p>El discurso devela que la persona mientras cuida a su familiar esquizofrénico experimenta estrés, desesperación por no saber cómo reaccionara al tratamiento, vergüenza por lo que diría la gente, tristeza y pena al verlo enfermo y alegría al ver a su hijo como mejoraba.</p> <p style="text-align: center;"><u>DISCURSO N° III</u></p> <p>El discurso debela que la persona mientras cuida a su familiar esquizofrénico experimenta cansancio, siente pena por como esta su hija y siente preocupación.</p> <p style="text-align: center;"><u>DISCURSO N° IV</u></p> <p>El discurso debela que la persona mientras cuida a su familiar esquizofrénico experimenta</p>	<p style="text-align: center;">SENTIMIENTOS INEVITABLES AL VER A SU FAMILIAR ENFERMO (preocupación, tristeza y pena)</p> <p>Discursos: I, II, III, IV, V, VI, VII Y VIII</p> <p style="text-align: center;"><u>DISCURSO N° I</u></p> <p>Este discurso devela que la persona mientras cuida a su familiar esquizofrénico siente preocupación, siente tristeza, sufrimiento al verla enferma, en momentos siente miedo por la conducta que ella presenta, llora porque desconoce la enfermedad de su hija.</p> <p style="text-align: center;"><u>DISCURSO N° II</u></p> <p>El discurso devela que la persona mientras cuida a su familiar esquizofrénico experimenta estrés, desesperación por no saber cómo reaccionará al tratamiento, vergüenza por lo que diría la gente, tristeza y pena al verlo enfermo y alegría al ver a su hijo como mejoraba.</p> <p style="text-align: center;"><u>DISCURSO N° III</u></p> <p>El discurso devela que la persona mientras cuida a su familiar esquizofrénico experimenta cansancio, siente pena por como esta su hija y siente preocupación.</p>

Miedo porque no sabe cómo va reaccionar día a día, siente preocupación y sufrimiento cuando no lo puede ayudar.

DISCURSO N° V

El discurso debela que la persona mientras cuida a su familiar esquizofrénico siente angustia por el estado de su hijo, pena, desesperación, le duele ver a su hijo así pero a vez se siente tranquilidad porque está mejorando y ruega a dios para que lo proteja

DISCURSO N° VI

El discurso devela que la persona mientras cuida a su familiar esquizofrénico siente miedo de que vuelva a recaer su hijo, preocupación, tristeza por la enfermedad que padece su hijo.

DISCURSO N° VII

El discurso devela que la persona mientras cuida a su familiar esquizofrénico se siente contenta de poder ayudar a su hijo. Preocupación cuando se altera y miedo de que vuelva a recaer.

DISCURSO N° VIII

El discurso devela que la persona mientras cuida a su familiar esquizofrénico siente miedo de que recaiga su hija,

DISCURSO N° IV

El discurso devela que la persona mientras cuida a su familiar esquizofrénico experimenta

miedo porque no sabe cómo va reaccionar día a día, siente **preocupación** y **sufrimiento** cuando no lo puede ayudar

DISCURSO N° V

El discurso devela que la persona mientras cuida a su familiar esquizofrénico siente angustia por el estado de su hijo, **pena**, **desesperación**, dolor al ver a su hijo así pero a vez se siente tranquilidad porque está mejorando y ruego a Dios para que lo proteja.

DISCURSO N° VI

El discurso devela que la persona mientras cuida a su familiar esquizofrénico siente miedo de que vuelva a recaer su hijo, **preocupación**, **tristeza** por la enfermedad que padece su hijo.

DISCURSO N° VIII

El discurso devela que la persona mientras cuida a su familiar esquizofrénico siente miedo de que recaiga su hija,

preocupación por su enfermedad, dolor al verla enferma, en momentos molesta por la enfermedad de su hija, tristeza cuando su hija no quiere verla, pena porque su hija no puede hacer las cosas sola, cuando se está recuperando siente tranquilidad y feliz al verla a su hija como cuando era antes.

preocupación por su enfermedad, dolor al verla enferma, en momentos molesta por la enfermedad de su hija, **tristeza** cuando su hija no quiere verla, **pena** porque su hija no puede hacer las cosas sola, cuando se está recuperando siente tranquilidad y feliz al verla a su hija como cuando era antes.

**SENTIMIENTOS FRENTE A LA
CONDUCTA QUE PRESENTA EL
FAMILIAR ENFERMO**

(Miedo y angustia)

Discursos: I, IV, V, VII Y VIII

DISCURSO N° I

Este discurso devela que la persona mientras cuida a su familiar esquizofrénico siente preocupación, siente tristeza, sufrimiento al verla enferma, en momentos siente **miedo** por la conducta que ella presenta, llora porque desconoce la enfermedad de su hija.

DISCURSO N° IV

El discurso devela que la persona mientras cuida a su familiar esquizofrénico experimenta **miedo** porque no sabe cómo va reaccionar día a día, siente

preocupación y sufrimiento cuando no lo puede ayudar.

DISCURSO N° V

El discurso debela que la persona mientras cuida a su familiar esquizofrénico siente **angustia** por el estado de su hijo, pena, desesperación, le duele ver a su hijo así pero a vez se siente tranquilidad porque está mejorando y ruega a Dios para que lo proteja.

DISCURSO N° VII

El discurso de vela que la persona mientras cuida a su familiar esquizofrénico se siente contenta de poder ayudar a su hijo. Preocupación cuando se altera y **miedo** de que vuelva a recaer.

DISCURSO N° VIII

El discurso de vela que la persona mientras cuida a su familiar esquizofrénico siente **miedo** de que recaiga su hija, preocupación por su enfermedad, dolor al verla enferma, en momentos molesta por la enfermedad de su hija, tristeza cuando su hija no quiere verla, pena porque su hija no puede hacer las cosas sola, cuando se está recuperando siente tranquilidad y

feliz al verla a su hija como cuando era antes.

**EL DIA A DIA CON UN FAMILIAR
QUE PADECE ESQUIZOFRENIA**

(estrés y cansancio)

Discursos: II, III

DISCURSO N° II

El discurso devela que la persona mientras cuida a su familiar esquizofrénico experimenta **estrés**, desesperación por no saber cómo reaccionara al tratamiento, vergüenza por lo que diría la gente, tristeza y pena al verlo enfermo y alegría al ver a su hijo como mejoraba.

DISCURSO N° III

El discurso devela que la persona mientras cuida a su familiar esquizofrénico experimenta **cansancio**, siente pena por como esta su hija y siente preocupación.

**SENTIMIENTOS FRENTE A LA
RECUPERACION DEL FAMILIAR**

ENFERMO

(Alegría y tranquilidad)

DISCURSO N° II

El discurso devela que la persona mientras cuida a su familiar esquizofrénico experimenta **estrés**, desesperación por no saber cómo reaccionara al tratamiento,

	<p>vergüenza por lo que diría la gente, tristeza y pena al verlo enfermo y alegría al ver a su hijo como mejoraba.</p> <p style="text-align: center;"><u>DISCURSO N° V</u></p> <p>El discurso devela que la persona mientras cuida a su familiar esquizofrénico siente angustia por el estado de su hijo, pena, desesperación, le duele ver a su hijo así pero a vez se siente tranquilidad porque está mejorando. Y ruega a Dios para que lo proteja.</p> <p style="text-align: center;"><u>DISCURSO N° VIII</u></p> <p>El discurso devela que la persona mientras cuida a su familiar esquizofrénico siente miedo de que recaiga su hija, preocupación por su enfermedad, dolor al verla enferma, en momentos molesta por la enfermedad de su hija, tristeza cuando su hija no quiere verla, pena porque su hija no puede hacer las cosas sola, cuando se está recuperando siente tranquilidad y feliz al verla a su hija como cuando era antes,</p>
	<p>DIVERGENCIA</p>

	<p style="text-align: center;"><u>VIVENCIANDO SENTIMIENTOS</u> <u>NEGATIVOS VS SENTIMIENTOS</u> <u>POSITIVOS</u></p> <p style="text-align: center;"><u>DISCURSO II</u></p> <p>El discurso devela que la persona mientras cuida a su familiar esquizofrénico experimenta estrés, desesperación por no saber cómo reaccionara al tratamiento, vergüenza por lo que diría la gente, tristeza y pena al verlo enfermo y alegría al ver a su hijo como mejoraba.</p> <p style="text-align: center;"><u>DISCURSO: V</u></p> <p>El discurso devela que la persona mientras cuida a su familiar esquizofrénico siente angustia por el estado de su hijo, pena, desesperación, dolor al ver a su hijo así pero a vez se siente tranquilidad porque está mejorando.</p>
	IDIOSINCRACIA
	<p style="text-align: center;"><u>FE EN DIOS</u></p> <p style="text-align: center;"><u>Discurso: V</u></p> <p>El discurso devela que la persona mientras cuida a su familiar esquizofrénico siente angustia por el estado de su hijo, pena, desesperación, le duele ver a su hijo así pero a vez se siente tranquilidad porque</p>

	está mejorando. Y ruega a Dios para que lo proteja.
--	--

		01	02	03	04	05	06	07	08
CONVERGENCIAS									
Sentimientos inevitables al ver a su familiar enfermo	Preocupación	x		x	x		x	x	x
	Tristeza	x	x				x		x
	Pena		x	x		x			x
Sentimientos frente a la conducta que presenta el familiar enfermo	Miedo	x			x			x	x
	Angustia					x			
El día a día con un familiar que padece esquizofrenia	Cansancio			x					
	Estrés		x						
Sentimientos frente a la recuperación del familiar enfermo	Alegría		x						
	tranquilidad					x			x
DIVERGENCIAS									
Vivenciando sentimientos positivos y sentimientos negativos			x						
IDIOSINCRASIAS									
Fe en dios							x		

CATEGORÍAS TEMÁTICAS

CONVERGENCIAS:

- Sentimientos inevitables al ver a su familiar enfermo (preocupación, tristeza y pena).
- Sentimientos frente a la conducta que presenta el familiar enfermo (miedo y angustia).
- El día a día con un familiar que padece de esquizofrenia (estrés y cansancio)
- Sentimientos frente a la recuperación del familiar enfermo (alegría y tranquilidad)

Sentimientos negativos frente a la difícil responsabilidad de cuidar.

DIVERGENCIAS:

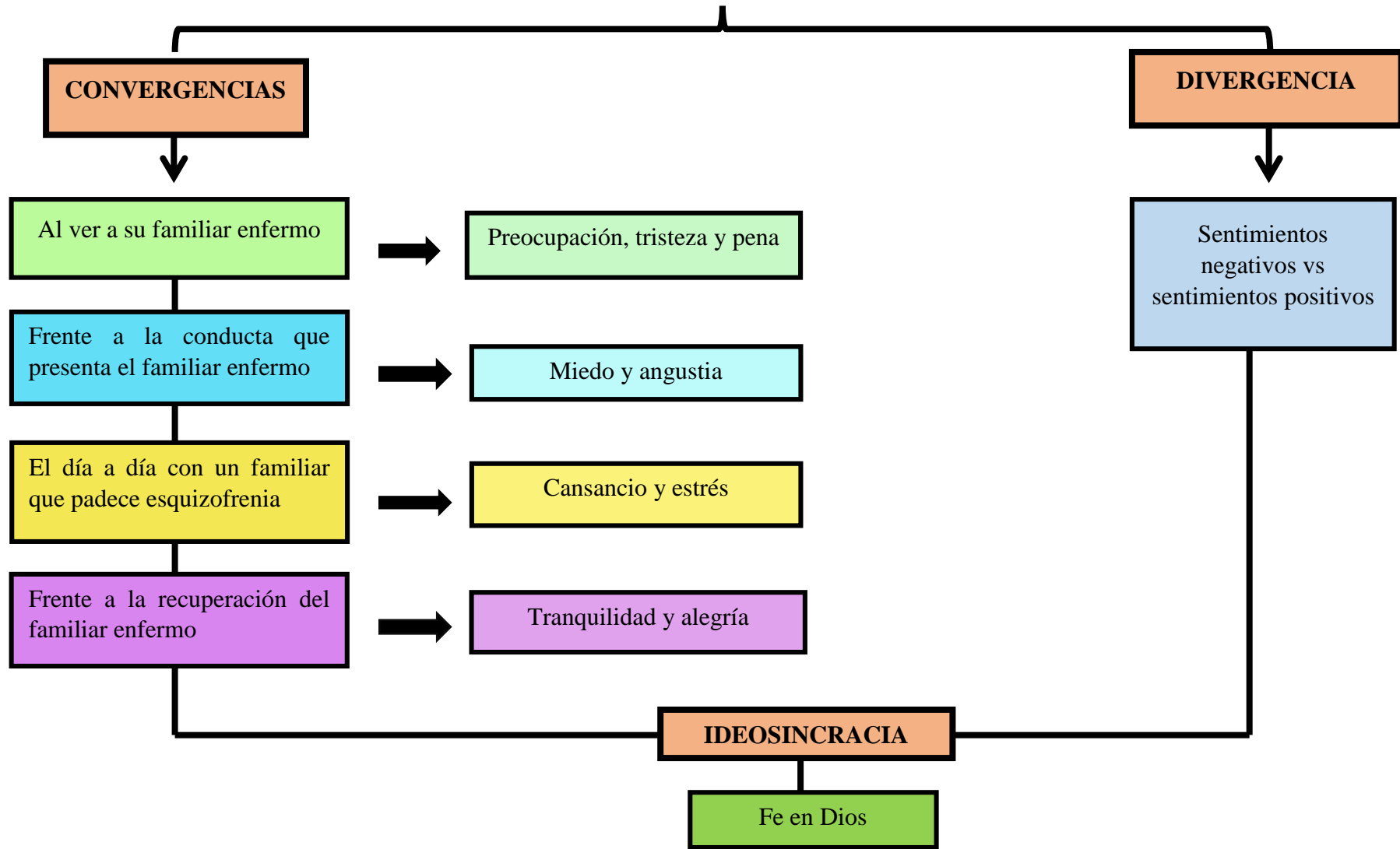
- Vivenciando sentimientos negativos y sentimientos positivos

IDEOSINCRACIAS

- Fe en Dios

APROXIMACIÓN DE LA COMPRENSIÓN AL FENÓMENO

VIVENCIANDO SENTIMIENTOS FRENTE A LA DIFÍCIL RESPONSABILIDAD DE CUIDAR



VI. DISCUSIÓN

El análisis de los datos, permite comprender las vivencias de los familiares cuidadores de personas con esquizofrenia, a través de la identificación y comprensión de las unidades de significado y/o categorías la cual permitió identificar la esencia del sentimiento en los familiares cuidadores.

VIVENCIANDO SENTIMIENTOS NEGATIVOS Y SENTIMIENTOS POSITIVOS

Las vivencias intencionales se suscitan en el hombre por las distintas relaciones significativas conscientes, inteligentes y espirituales que establece con los objetos de la realidad. Como por ejemplo la tristeza o alegría son sentimientos que surgen en el interior del hombre (Días, 2007, p. 1).

Según Adriaen, M. (2012) Los sentimientos que provocan satisfacción que son adecuados y se acompañan de valores nobles, solidarios y buenos, son llamados sentimientos positivos o también “elevados”, y los sentimientos que nos inducen a observar conductas agresivas y destructivas o nos provocan malestar, se les puede catalogar de negativos.

Como es el caso en los discursos n° II, V, del trabajo de investigación “Vivencias del familiar cuidador de personas con esquizofrenia en la ciudad de Chachapoyas-2016”, encontramos que los familiares experimentan sentimientos como vergüenza, desesperación al enterarse que su ser amado sufre de esta enfermedad, al pasar los días la angustia, tristeza, estrés se apoderan de las vidas de los cuidadores, a medida que el tiempo transcurre la recuperación progresiva del paciente genera en los familiares sentimientos de alegría y tranquilidad.

Adriaen, M. (2012) afirmó que la responsabilidad en el cuidado, sobre posición ante el sufrimiento, sentimientos que surgen en el cuidador ante la enfermedad de su familiar: preocupación, desesperación, angustia, tristeza, manteniendo la fe en Dios, vislumbrando un futuro mejor del enfermo, alegría y esperanza.

En esta investigación el familiar cuidador va vivenciando tanto sentimientos negativos como positivos, lo cual nos permite tener las siguientes categorías:

SENTIMIENTOS INEVITABLES AL VER A SU FAMILIAR ENFERMO

Preocupación, tristeza y pena

La familia es un conjunto de personas unidas por un vínculo y relaciones afectivas (Gonzales, s.f., p.1). Donde cada miembro cumple una función específica para poder satisfacer sus necesidades. Pueden existir estímulos tanto externos como internos que alteren su buen funcionamiento, como es el caso de una enfermedad mental como la esquizofrenia, que produce una alteración en la percepción e interpretación de la realidad, generando un cambio brusco en la familia de la persona que la padece debido a que es una noticia devastadora porque no saben cómo reaccionar ante la actual situación, donde uno de los miembros se hará responsable de los cuidados de su familiar enfermo la mayoría del tiempo. Es así como inicia un camino largo con un futuro incierto provocando en la persona distintos sentimientos.

El vocablo sentimientos el cual procede del latín “sentire” que significa pensar opinar o darse cuenta de algo, son estados de ánimo que se producen en nuestra mente, a nivel consciente, como reacción a ciertos hechos o circunstancias de la vida, como expresión de conflictos intrínsecos inconscientes, o como fruto de alteraciones neurológicas. También se define como estado de ánimo o disposición afectiva, de agrado o desagrado, hacia personas, objetos, sucesos, opiniones (Adriazen, 2012, p. 35).

No es fácil para una familia enterarse que su ser querido padece de esquizofrenia y tampoco es fácil asumir el cuidado diario de esta persona, tales situaciones provocan en el familiar cuidador sentimientos que son develados en los discursos n°: I, II, III, IV, V, VI, VII y VIII del trabajo de investigación “Vivencias del familiar cuidador de personas con esquizofrenia” lo cual nos permite tener las siguientes subcategorías.

Rebolledo y Lobato (2005), señala que por falta de información y el desconocimiento en general son las principales preocupaciones tanto de los enfermos como de sus familias cuando se produce un diagnóstico por enfermedad mental, especialmente de esquizofrenia. Esta carencia se prolonga en muchos casos durante el desarrollo de la patología y se hunde el desánimo y el desconcierto. Es así como los familiares cuidadores en los discursos de esta investigación develan sentir preocupación debido a la enfermedad que de forma inesperada llega a sus vidas, es un hecho nuevo y

desconocido y su primera reacción es sentir preocupación por el estado en el que observan a su ser querido. La preocupación les invade porque es un golpe muy duro ver a su hijo o hermano aislado, con cambios en el comportamiento, desinterés por cosas que antes le importaban, es así como la familia pierde la esperanza, no sabe cómo ayudarlo, todos sus intentos son inútiles, llegando a los límites de sobreproteger demasiado o de desentenderse totalmente de la persona afectada.

A medida que pasa el tiempo la preocupación que sienten los familiares cuidadores se debe a que tienen que vivir pendiente de su familiar enfermo evitando continuamente que hagan o se hagan daño, esta incertidumbre es lo que lleva a los cuidadores a vivir alerta y pendiente. Al ver que ya no realizan sus actividades por si solo como bañarse, cambiarse o alimentarse es otra de las preocupaciones de dichos familiares cuidadores ya que le tienen que asistir diariamente descuidando otras actividades. En esta investigación se pudo encontrar que la mayoría de cuidadores son los padres hacia sus hijos que padecen de esquizofrenia, tal circunstancia preocupa a los cuidadores ya que cuando ellos mueran o les sea imposible cuidar de su ser querido, quien se hará responsable o que pasara con ellos, son las principales interrogantes que se hacen dichos cuidadores lo cual les lleva a una preocupación continua.

En esta investigación la mitad de los familiares cuidadores debelan sentir tristeza debido a la enfermedad que padece su ser querido, Al pasar los días la tristeza invade la vida de estas personas porque sienten que han perdido en vida a su familiar, que no vuelve hacer el de antes y que su futuro es incierto. Al mismo tiempo sienten pena, el cual es un sentimiento interior que va experimentando la persona durante todo el proceso de la enfermedad de su familiar, generado por los síntomas que se van manifestando, por el cambio de conducta y por la incertidumbre de no conocer el futuro que le espera. Al ver a la persona a la que ama sumida en la enfermedad, distante y que ya no es la misma provoca dolor.

De acuerdo a los resultados develados en la presente investigación son similares con las de Villamar, R. (2014) y Adriaen, M. (2012) en ambas investigaciones se coincide que por causa de una enfermedad crónica como la esquizofrenia, en cualquiera de los miembros de la familia las personas mantienen sentimientos negativos, alarmante situación que le genera crisis de maduración que deben ser afrontadas positivamente

porque si no existe alteración biopsicosocial colectiva. Así también se encontró que las personas cuidadoras de pacientes con esquizofrenia experimentan frecuentemente sentimientos como: preocupación, desesperación, angustia, tristeza.

A medida que el tiempo transcurre la incertidumbre por parte de los familiares es inevitable, generándose así la siguiente categoría.

SENTIMIENTOS FRENTE A LA CONDUCTA QUE PRESENTA EL FAMILIAR ENFERMO

Miedo y angustia

La sociedad española de psicología (2009) señala que la esquizofrenia tiene dos tipos de síntomas tanto positivos como negativos. Los síntomas negativos se caracterizan por delirios, trastorno del pensamiento y alucinaciones que llevan al paciente a tener conductas agresivas. Los síntomas positivos se caracterizan porque los que padecen de esquizofrenia se vuelven muy inactivos, solitarios y desmotivados.

Lo cual nos permite observar en el discurso n° I en el que el familiar de vela: “Me quería pegar me daba miedo”, en el discurso n° IV: “Me da miedo que le haga algo a mi mamá”, en el discurso n° V: “Sigo angustiada no quiero que vuelva a recaer”. Permittiéndonos así llegar a las siguientes sub categorías:

El miedo el cual se genera en el familiar debido a las manifestaciones clínicas que presenta el que padece esquizofrenia, como se develan en los discursos que difieren entre positivas y negativas, llevando a si al paciente a presentar conductas agresivas, este miedo viene a ser una emoción desagradable que surge como mecanismo de defensa ante el peligro o ante lo desconocido, es la forma en que el ser humano se adapta a la situaciones que le toca vivir.

Es así como se observa en la siguiente investigación de Villamar, R. (2014), el 55% de los cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia ingresados en las salas de urgencias del Instituto de Neurociencias de la JBG siente miedo. De igual forma en Aparicio, A. (2010), al apreciar el primer brote de enfermedad la familia experimenta

sentimientos de miedo, y preocupación y angustia por aquella conducta alterada nunca conocida. Al igual que en estas investigaciones se pudo encontrar que el miedo que sienten los familiares cuidadores se debe a la conducta agresiva que en muchas ocasiones muestra el familiar enfermo, razón por la cual el cuidador vive en un mundo de angustia, este miedo y angustia que sienten las personas que participaron en esta investigación es a causa de la sintomatología que presenta la persona afectada, la forma violenta a la que reacciona en determinadas ocasiones, o el peligro que corre el resto de la familia al momento en que la conducta de su ser amado se transforma, el no saber el futuro que les espera son las principales causas que provocan estas emociones.

EL DÍA A DÍA CON UN FAMILIAR QUE PADECE ESQUIZOFRENIA

Cansancio y estrés

Gonzales, J. (2011) señala que los cuidadores de personas dependientes realizan una tarea que muchas veces repercute negativamente en su salud física y emocional, más aún cuando esta situación se prolonga en el tiempo. El cuidado de un familiar dependiente puede traer consigo conflictos en el seno de la familia, por desacuerdos en la atención e implicación de los familiares. De la misma manera, se producen cambios emocionales, porque los cuidadores se ven expuestos a un buen número de emociones y sentimientos. Llegando así a las siguientes subcategorías:

Las personas que cuidan diariamente a su familiar, satisfaciendo sus necesidades básicas y que sobre todo permanecen a su lado el mayor tiempo posible, alertas para evitar que se hagan o hagan daño a los demás, es un esfuerzo físico y emocional a lo que son sometidas dichas personas que a la larga va generando cansancio y produciéndose en ellos estrés.

En la actualidad, casi todo cuanto nos rodea (trabajo, familia, circunstancias personales) genera grandes dosis de tensión, que producen en el individuo un estado de inquietud y malestar, que en muchos casos desencadena graves dolencias físicas, el estrés se inicia ante un conjunto de demandas ambientales que recibe el individuo, a las que debe dar una respuesta adecuada poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento. (Daneri, 2012, p. 24). El familiar cuidador se ve enfrentado a nuevas responsabilidades que van de la mano con actividades que antes realizaban, la falta de tiempo más la conducta que

presenta el enfermo llevan a la persona a sentirse cansada y por ende con estrés, si esta no sabe manejar la actual situación puede llevarle a vivir emociones desagradables.

Los resultados de la presente investigación son similares con Villamar, R. (2014), donde el 100% de los cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia ingresados en las salas de urgencias del Instituto de Neurociencias de la JBG padecen actualmente estrés, cansancio tanto físico como mental, entre otras. En esta investigación el cuidador deleva sentir estrés por la situación dolorosa a la que se ve enfrentada, ya que el estrés una respuesta adaptativa del organismo ante situaciones de alarma.

SENTIMIENTOS FRENTE A LA RECUPERACIÓN DEL FAMILIAR ENFERMO

Alegría y tranquilidad

La recuperación del ser querido, va generando en el familiar cuidador distintos sentimientos como es en el caso de los siguientes discursos, discurso n°2 el familiar deleva: “Me sentí alegre cuando reacciona positivamente y vuelve a la realidad”, en el discurso n°5 “ahora ya veo a mi hijo más calmado, eso me tranquiliza”, en el discurso n°8 “me sentía tranquila cuando mi hija ya me hablaba”.

El familiar se siente alegre cuando ve que su ser querido se recupera positivamente, ve que no todo está perdido, que por lo que tanto está luchando tiene sentido y eso le reconforta y le da ganas de seguir a delante produciéndose así en el la tranquilidad, que viene a ser la paz interior de cada ser humano, ante las perturbaciones, problemas, dificultades que atraviesa con la enfermedad de su familiar, después de la tormenta llega la calma, todo va mejorando en el interior y el exterior porque la persona a la que vió sin salida tiene una oportunidad de recuperar su vida.

Los resultados del presente estudio guarda similitud con la investigación de Adriaen, M. (2012) es decir que el familiar va experimentando distintas emociones negativas por la misma situación que le toca asumir, al mismo tiempo le invaden sentimientos positivos los cuales son beneficiosos para su salud. Como es el caso en nuestra investigación que a medida que transcurre el tiempo el familiar va experimentando, alegría, tranquilidad porque observa que se está recuperando.

Las vivencias de los familiares cuidadores nos muestran que durante el transcurso de la enfermedad se suscitan situaciones que provocan diferentes sentimientos, al inicio de dicha enfermedad el familiar cuidador asume responsabilidades y roles que interfieren en su vida cotidiana y como consecuencia surgen sentimientos negativos; sin embargo no todo lo que se vive es malo, pues al encontrarse frente a situaciones difíciles, es confortante ver un progreso en la recuperación de su ser querido, una luz de esperanza que provoca sentimientos positivos.

Estas emociones positivas tienen gran importancia en la recuperación del paciente, pues la familia es el pilar fundamental en el tratamiento de la esquizofrenia, al encontrarse emocionalmente fuerte será más fácil controlar a la enfermedad y ser de gran ayuda para su ser querido que es el que más cuidados y atención necesita.

FE EN DIOS

En el discurso n° V del presente trabajo de investigación se encuentra que los cuidadores de familiares con esquizofrenia al verse sumidos ante la incertidumbre del no saber qué hacer, no poder ayudar a su ser querido a que se recupere rápidamente se respaldan en la fe que le tienen a Dios y ruegan para que la recuperación de su familiar sea satisfactoria.

Adriazen, M. (2012), en los resultados de su trabajo de investigación se encuentra que las personas se aferran a Dios y mantienen la fe en él, lo cual es una estrategia de los familiares que han desarrollado para hacer frente a una situación como es la enfermedad de un miembro de su familia.

Los resultados del presente estudio son similares a los de Adriazen, M. (2012), es decir que el familiar cuidador al encontrarse en situaciones que le generan dolor, angustia, desesperación mantiene la fe en Dios para que pueda encontrar paz interior y pueda así enfrentarse a todas las dificultades que involucra tener un familiar con esta enfermedad.

La fe cristiana es la que la persona mantiene hacia lo divino, en este caso es Dios, es una fe que no se ve pero que si se siente y que genera en la persona una gran satisfacción, le da fuerza y valentía para enfrentarse a la vida, por eso es que las personas que

experimentan situaciones dolorosas como la enfermedad de su hijo, hermano o de algún ser querido va generar que se refugie en Dios para encontrar el consuelo que necesita.

Es muy común ver a las familias refugiarse en Dios ante situaciones difíciles, y más si se trata de una enfermedad mental, una enfermedad que no tiene cura y que depende de la unión y voluntad que tenga el enfermo y toda la familia para lograr salir a delante. Se ha mencionado anteriormente que el que padece de esquizofrenia necesita el cuidado permanente de alguien que le acompañe, esté pendiente de su tratamiento le ayude con su higiene, alimentación y permanezca la mayoría del tiempo con esta persona; pues, denominamos familiar cuidador a quien tiene en sus manos una difícil responsabilidad, por lo cual se apoya en Dios y su fe hace que pueda seguir adelante. Las vivencias de los familiares cuidadores nos muestran que ellos nunca pierden la esperanza y por más difícil que sea, tratan de seguir adelante por amor a su familiar que padece de esquizofrenia.

VII. CONCLUSIONES

1. Los familiares cuidadores de personas que padecen esquizofrenia van vivenciando sentimientos negativos; al ver a su familiar enfermo que comprende preocupación, tristeza y pena; frente a la conducta que presenta el familiar enfermo que integra miedo y angustia y por último se devela la categoría el día a día con un familiar que padece esquizofrenia que genera cansancio y estrés.
2. El familiar que cuida a una persona con esquizofrenia también vivencia sentimientos positivos devela así la siguiente categoría, frente a la recuperación del familiar enfermo presenta tranquilidad y alegría.
3. La difícil situación que le toca afrontar al familiar cuidador le lleva a incrementar su fe en dios, apoyándose en él para seguir con la responsabilidad que implica tener bajo el cuidado a una persona que padece esquizofrenia.
4. Una enfermedad como la esquizofrenia que no tiene cura y su recuperación e inserción a la sociedad depende de la familia, en especial de la persona que le acompaña diariamente, es una sobrecarga que genera en el cuidador diferentes sentimientos tanto positivos como negativos, que si no son afrontados de forma adecuada provocando malestar en su vida.

VIII. RECOMENDACIONES

A LA DIRECCIÓN DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

- Se continúen realizando investigaciones que aborden los estudios cualitativos con esta temática, que no solo se enfoquen en los familiares sino también en los profesionales de enfermería para así contribuir en el cuidado humanizado e integral.
- Se incluya en el currículo de formación profesional de enfermería cuidados de enfermería en el paciente con alteraciones mentales, para fortalecer competencias en los estudiantes.
- Gestionar para financiar viajes de pasantía en hospitales psiquiátricos para los estudiantes de enfermería.

A LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA

- Gestionar para implementar una área que se encargue de brindar atención y cuidados exclusivamente a personas con alteraciones mentales y sus familias.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Adriazén, M. (2012). *Experiencias del familiar cuidador de una persona que sufre esquizofrenia hospital Almanzor Aguinada Asenjo-2011*. Tesis de pregrado, Universidad Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú.
- Aparicio, A. (2010). *Vivencias de la familia frente al cuidado de una persona con esquizofrenia, atendida en el Hospital Hermilio Valdizán enero-febrero del 2010*. Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor De San Marcos, Lima, Perú.
- Azkarate, A., Bergaretxe, N., Esquizabal, A., Fernández, C., & Ibanez, S. (2014). *Dificultades en familias con personas Afectadas de esquizofrenia*. Recuperado de http://www.sc.ehu.esptwpefe/1_dificultades_en_familias_con_personas_enfermas.pdf
- Beltran, M. & Rodríguez J. (2011). *Ambiente Socio-Familiar y su influencia en el bienestar integral de dos pacientes con trastornos de Esquizofrenia, atendidos en el HUAPA. Cumaná. 2011*. Tesis de pregrado, Universidad de oriente núcleo de sucre, Cumana, Venezuela.
- Cáceres, M. (2002) *Fuentes de rigor en la investigación cualitativa*. Recuperado el 12 de junio del 2016, desde <http://www.bibliociencias.cu/gsd/collect/revistas/index/assoc/HASH0197/ef6fd6bcir/doc.pdf>. Acceso el 05-03-14
- Consejería de servicios sociales. (2002). *Rehabilitación Psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad Mental crónica: programas básicos de intervención*. Recuperado el 12 de junio del 2016, desde: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blob>
- Cherne, O. (2011). *12 tipos de vivencias*. Recuperado el 12 de octubre del 2016, desde <http://www.olegcherne.ru/post-es/98-12-vivencias>

- Cruz, J. & Oatiguín, R. (2011). *Cuidador*. Recuperado el 30 de agosto del 2016, desde <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu2011/eu111g.pdf>
- Daneri, F. (2012). *Biología del comportamiento*. Recuperado el 05 de octubre del 2017, desde http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/090_comportamiento/material/tp_estres.pdf
- Prado, D. (2008) *investigación cualitativa en enfermería*. Estados Unidos: Cisero Diseño Gráfico OPS
- Díaz, R. (2007). *El hombre y sus vivencias*. Recuperado el 16 de junio del 2016, desde <https://diazolguin.wordpress.com/2008/07/17/el-hombre-y-sus-vivencias>
- Fernández, M. (2004). *Impacto de la enfermedad en la familia*. Recuperado el 24 de julio del 2016, desde <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un046f.pdf>
- Gonzales, C. s.f. *Teoría estructural funcional*. Recuperado de 31 de julio del 2016, desde <http://www.medicinadefamiliares.cl/Trabajos/teoriaestructural.pdf>
- Gonzales, J. (2011). *Salud del cuidador*. Recuperado el 31 de agosto del 2016, desde <http://www.saludenfamilia.es/general.asp?seccion=644>
- López, N. y Sandoval, I. (2010). *Métodos y técnicas de investigación cualitativa*. Recuperado el 05 de octubre del 2017, desde content/uploads/2013/10/1_Metodos_y_tecnicas_cuantitativa_y_cualitativa.pdf
- Marriner, A. & Raile, M. (1999). *Modelos y teorías en Enfermería* (4a. ed.). Madrid, España.
- Medina, A., Orosco, M., Rodríguez, C., Vildosola, N., & Basurto, N. (2009). *Diseños cualitativos*. Recuperado 05 de octubre del 2017, desde <http://www.postgradoune.edu.pe/documentos/dise%C3%B1o%20de%20investigacion%20cualitativa.pdf>
- Ministerio de Salud (2009). *Guía clínica para el tratamiento de esquizofrenia desde el primer episodio de esquizofrenia. Santiago de Chile*. Recuperado el 17 de junio

del 2016, desde
www.murciasalud.es/recursos/ficheros/166090guia_esquizofrenia.pdf

Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la Salud en el mundo*. Recuperado el 19 de junio del 2016, desde http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf

Perez, J., & Gardey A. (2008). *Concepto de persona*. Recuperado el 13 de octubre del 2016, desde <http://definicion.de/persona/>

Pineda. E. & Alvarado, E. (2008). *Metodología de la investigación*. (3ª.ed). Washington.

Rebolledo, S. & Lobato, M. (2005). *Cómo afrontar la esquizofrenia: Una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas*. España: Aula medica ediciones.

Ribé, J. (2014). *El cuidador principal del paciente con esquizofrenia: Calidad de vida, carga del cuidador, apoyo social y profesional*. Tesis de doctorado, Universidad Ramon Llull. España.

Rejas, L. (2011). *Familia y esquizofrenia: “24 horas al día, 365 días a la semana”*. Recuperado el 19 de junio del 2016, desde <http://www.asiem.org/almacen/Documentacion/archivos/4/Familia%20y%20Esquizofrenia.pdf>

Salud Mental (2005). *Guía práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental*. Murcia. Recuperado el 20 de junio 2016, desde <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7220fdc433f944a9e04001011f0113b9.pdf>

Servia, J. (2007). *Diseño, muestreo y análisis de investigación cualitativa*. Recuperado el 05 de octubre del 2017, desde http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/3/206/n7_vol3pp123_146.pdf

Sociedad española de psiquiatría. (2009). *Esquizofrenia*. Recuperado el 19 de junio del 2016, desde <http://www.sepsiq.org/file/Royal/21Esquizofrenia.pdf>

Tizón, J. (2010). *El familiar cuidador y el cuidado en la familia*. Recuperado el 1 de diciembre del 2016, desde <https://www.google.com.pe/urlsajyqwebcd=12>

Torres, M. (2004). *Vivencias de los cuidadores de enfermos mentales*. Recuperado el 1 de septiembre del 2016, desde <file:///C:/Users/ANGITA/Downloads/1558-4984-1-PB.pdf>

Villamar, R. (2014). *Presencia del síndrome del cuidador en cuidadores de pacientes con esquizofrenia ingresados en el instituto de neurociencias de la JBG*. Tesis de pregrado, Universidad de Guayaquil, Ecuador.

ANEXO N° 01

Universidad Nacional Toribio Rodríguez De Mendoza De Amazonas



Facultad de Ciencias de La Salud
Escuela Profesional de Enfermería



Formulario de entrevista fenomenológica

I. INTRODUCCIÓN

Reciba el cordial saludo de la tesista de la Escuela Profesional Enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Wuendy Chappa Muñoz, quien con mucho respeto se dirige a su persona para entrevistarle con el objetivo de ejecutar el proyecto de investigación titulado: “Vivencias del familiar cuidador de personas con esquizofrenia en la ciudad de Chachapoyas – 2016”. Se le pide por favor que responda a la interrogante con sinceridad, respeto y seriedad. De antemano se le agradece por su apoyo.

II. INSTRUCCIONES

A continuación se le hará una pregunta dirigida referida al tema de investigación, responda a ella teniendo en cuenta su experiencia y de acuerdo a su criterio.

III. DATOS GENERALES

- Nombres y apellidos:
- Edad:
- Estado civil:
- Procedencia:

IV. PREGUNTA ORIENTADORA

¿Qué siente usted al cuidar a su familiar que padece de esquizofrenia?

¿Qué más?



ANEXO N° 02



Universidad Nacional Toribio Rodríguez De Mendoza De Amazonas
Facultad de Ciencias de La Salud
Escuela Profesional de Enfermería

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....Abajo
firmante, declaro que acepto participar en la investigación: **“VIVENCIAS DEL FAMILIAR CUIDADOR DE PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA EN LA CIUDAD DE CHACHAPOYAS -2016”**, siendo realizado por la tesista de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional “Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas”, Chappa Muñoz Wuendy. Que tiene como objetivo: Comprender las vivencias de los familiares cuidadores de personas con esquizofrenia en la ciudad de Chachapoyas -2016.

Acepto participar en la investigación asumiendo que las informaciones dadas serán solo de conocimiento del investigador y asesora quienes garantizan el respeto y secreto a mi privacidad.

Sé que de tener dudas de mi participación podre aclararlos con el investigador.

.....
Firma del informante

.....
Firma del participante

ANEXO N° 03



Universidad Nacional Toribio Rodríguez De Mendoza
De Amazonas



Facultad de Ciencias de La Salud

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PREGUNTA ORIENTADORA	OBJETIVOS	DISEÑO METODOLOGICO
<p>¿Qué siente usted al cuidar a su familiar que padece de esquizofrenia?</p>	<p>Comprender las vivencias de los familiares cuidadores de personas con esquizofrenia en la ciudad de Chachapoyas, Amazonas, 2016.</p>	<p>Momentos de la trayectoria: El presente estudio será de enfoque cualitativo, de nivel exploratorio; se hará uso de la metodología fenomenológica.</p> <p>Población: 12 familiares cuidadores de personas con esquizofrenia que asistieron al área de salud mental en el Hospital Regional Virgen de Fátima, en los meses de noviembre y diciembre del 2016.</p> <p>Muestra: estuvo representada por ocho familiares cuidadores que fue determinada por saturación, quiere decir que al final de las entrevistas los discursos se repetirán en su contenido</p> <p>Método: inductivo</p> <p>Técnica: se hará uso de la entrevista a profundidad</p> <p>Instrumento: Guía de entrevista semiestructurada.</p> <p>Análisis de datos: La trayectoria fenomenológica consistirá de tres momentos los cuales son: <i>descripción fenomenológica, reducción fenomenológica o eidética y comprensión.</i></p>