

Escuela de Posgrado

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

Tesis

**Autocuidado y sobrecarga emocional en
cuidadores informales de pacientes con
esquizofrenia en establecimientos de salud
de la región Junín, 2025**

Walter Javier Velasquez Rosales

Para optar el Grado Académico de
Maestro en Psicología Clínica y de la Salud

Lima, 2026

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

ANEXO 6**INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD DEL
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

A : Mg. Jaime Sobrados Tapia
: Director Académico de la Escuela de Posgrado

DE : **Dr. Andrés Omar Muñoz-Najar Pacheco**
: Asesor del Trabajo de Investigación

ASUNTO : Remito resultado de evaluación de originalidad de Trabajo de
Investigación

FECHA : 27 / 09 / 2025

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para saludarlo y en vista de haber sido designado Asesor del Trabajo de Investigación/Tesis/Artículo Científico titulado **"AUTOCUIDADO Y SOBRECARGA EMOCIONAL EN CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA REGIÓN JUNÍN, 2025"**, perteneciente al Bach. Walter Javier Velasquez Rosales, de la Maestría en Psicología Clínica y de la Salud; se procedió con el análisis del documento mediante la herramienta "Turnitin" y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software, cuyo resultado es **17%** de similitud (informe adjunto) sin encontrarse hallazgos relacionados con plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

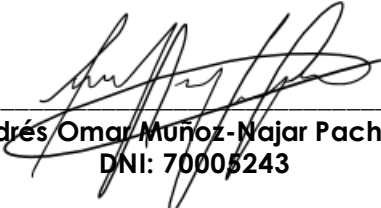
- Filtro de exclusión de bibliografía Sí NO
- Filtro de exclusión de grupos de palabras menores (Máximo nº de palabras excluidas: **0**) Sí NO
- Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante Sí NO

En consecuencia, se determina que el trabajo de investigación constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad.

Recae toda responsabilidad del contenido de la tesis sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios de legalidad, presunción de veracidad y simplicidad, expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales – RENATI y en la Directiva 003-2016-R/UC.

Esperando la atención a la presente, me despido sin otro particular y sea propicia la ocasión para renovar las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,



Andrés Omar Muñoz-Najar Pacheco
DNI: 70005243

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD

Yo, VELASQUEZ ROSALES WALTER JAVIER, identificado con Documento Nacional de Identidad N° 08652337, egresado de la MAESTRÍA EN PSICOLOGIA CLINICA Y DE LA SALUD de la Escuela de Posgrado de la Universidad Continental, declaro bajo juramento lo siguiente:

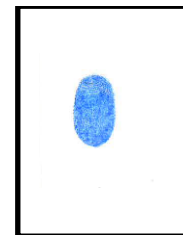
1. La tesis titulada "AUTOCUIDADO Y SOBRECARGA EMOCIONAL EN CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA REGIÓN JUNÍN, 2025", es de mi autoría, el mismo que presento para optar el Grado Académico de MAESTRO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD.
2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, para lo cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por lo que no atenta contra derechos de terceros.
3. La tesis es original e inédita, y no ha sido realizado, desarrollado o publicado, parcial ni totalmente, por terceras personas naturales o jurídicas. No incurre en autoplagio; es decir, no fue publicado ni presentado de manera previa para conseguir algún grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, pues no son falsos, duplicados, ni copiados, por consiguiente, constituyen un aporte significativo para la realidad estudiada.

De identificarse fraude, falsificación de datos, plagio, información sin cita de autores, uso ilegal de información ajena, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a las acciones legales pertinentes.

Lima, 05 de octubre del 2025



DNI. N° 08652337
VELASQUEZ ROSALES WALTER JAVIER



Huella

Arequipa

Av. Los Incas S/N,
José Luis Bustamante y Rivero
(054) 412 030

Calle Alfonso Ugarte 607, Yanahuara
(054) 412 030

Huancayo

Av. San Carlos 1980
(064) 481 430

Cusco

Urb. Manuel Prado - Lote B, N° 7 Av. Collasuyo
(084) 480 070

Sector Angostura KM. 10,
carretera San Jerónimo - Saylla
(084) 480 070

Lima

Av. Alfredo Mendiola 5210, Los Olivos
(01) 213 2760

Jr. Junín 355, Miraflores
(01) 213 2760

Autocuidado y sobrecarga emocional en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en establecimientos de salud de la región Junín, 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

17%

INDICE DE SIMILITUD

16%

FUENTES DE INTERNET

8%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.continental.edu.pe	3%
	Fuente de Internet	
2	www.acmcb.es	2%
	Fuente de Internet	
3	hdl.handle.net	1%
	Fuente de Internet	
4	repositorio.uwiener.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
5	repositorio.upt.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
6	www.revistas.ucr.ac.cr	1%
	Fuente de Internet	
7	repositorio.upeu.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
8	Submitted to Universidad Continental	<1%
	Trabajo del estudiante	

9	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1 %
10	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1 %
11	repositorio.udh.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
12	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
13	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	<1 %
14	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
15	repositorio.usanpedro.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
16	repositorio.upla.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
17	digibug.ugr.es Fuente de Internet	<1 %
18	storage.googleapis.com Fuente de Internet	<1 %
19	idoc.pub Fuente de Internet	<1 %
20	repositorio.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

21	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
22	www.alzheimeruniversal.eu Fuente de Internet	<1 %
23	www.tdx.cat Fuente de Internet	<1 %
24	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	<1 %
25	core.ac.uk Fuente de Internet	<1 %
26	dspace.ups.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
27	revistas.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
28	docplayer.es Fuente de Internet	<1 %
29	repositorio.uch.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
30	repositorio.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
31	Espinoza Calixto, Jaime. "Planeamiento estratégico para el primer nivel de atención pública del sector salud de la Región Junín",	<1 %

Pontificia Universidad Catolica del Peru - CENTRUM Catolica (Peru), 2021

Publicación

32	repositorio.autonomadeica.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
33	repositorio.uladech.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
34	repositorio.unach.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
35	Submitted to Universidad Privada del Norte Trabajo del estudiante	<1 %
36	Submitted to Foundation University, Islamabad Trabajo del estudiante	<1 %
37	doaj.org Fuente de Internet	<1 %
38	repositorio.unac.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
39	rstudio-pubs-static.s3.amazonaws.com Fuente de Internet	<1 %
40	Submitted to uncedu Trabajo del estudiante	<1 %
41	Submitted to Universidad Peruana Cayetano Heredia Trabajo del estudiante	<1 %

42	fs19.formsite.com Fuente de Internet	<1 %
43	Submitted to Universidad Autonoma de Chile Trabajo del estudiante	<1 %
44	Submitted to Universidad Manuela Beltrán Trabajo del estudiante	<1 %
45	Submitted to Universidad del Sinú Trabajo del estudiante	<1 %
46	Submitted to Usuario Web Trabajo del estudiante	<1 %
47	centracs.es Fuente de Internet	<1 %
48	www-jove-com-443.vpn.cdutcm.edu.cn Fuente de Internet	<1 %
49	Gabriela Lucano-Ramírez, Adriana Stephania Santana-Cornejo, Salvador Ruiz-Ramírez, Gaspar González-Sansón et al. "Aspectos reproductivos de la viejita Paranthias colonus (Perciformes: Serranidae) en la costa central mexicana del Pacífico", Ciencias Marinas, 2022 Publicación	<1 %
50	Submitted to UNIV DE LAS AMERICAS Trabajo del estudiante	<1 %

51 Submitted to Universidad Internacional de la Rioja <1 %
Trabajo del estudiante

52 Submitted to Universidad Pública de Navarra <1 %
Trabajo del estudiante

53 Submitted to Universidad de Deusto <1 %
Trabajo del estudiante

54 Submitted to Universidad de León <1 %
Trabajo del estudiante

55 de.slideshare.net <1 %
Fuente de Internet

56 www.wto.org <1 %
Fuente de Internet

57 Submitted to Submitted on 1686510177154 <1 %
Trabajo del estudiante

58 Submitted to Universidad Da Vinci de Guatemala <1 %
Trabajo del estudiante

59 congresopsicopedagogia.udc.es <1 %
Fuente de Internet

60 helvia.uco.es <1 %
Fuente de Internet

61 psicologiaiberoamericana.iberomx <1 %
Fuente de Internet

62	repositorio.unsaac.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
63	repository.usta.edu.co Fuente de Internet	<1 %
64	siip2019-2021.bdigital.uncu.edu.ar Fuente de Internet	<1 %
65	www.bancomundial.org Fuente de Internet	<1 %
66	www.grade.org.pe Fuente de Internet	<1 %
67	www.tandfonline.com Fuente de Internet	<1 %
68	Carles Rostan, Francesc Sidera, Jèssica Serrano, Anna Amadó, Eduard Vallès-Majoral, Moisès Esteban, Elisabet Serrat. "Fostering theory of mind development. Short- and medium-term effects of training false belief understanding / Favorecer el desarrollo de la teoría de la mente. Efectos a corto y medio plazo de un entrenamiento en comprensión de la falsa creencia", <i>Infancia y Aprendizaje</i> , 2014 Publicación	<1 %
69	Jazmín Aracely Medrano Alarcón, Lorena Cecilia Carrera López, Fátima Perozo Marín,	<1 %

Danny Zuñiga Carrasco et al. "Influencia de la estigmatización en el desempeño ocupacional en personas con esquizofrenia", Más Vita, 2023

Publicación

70	apothesis.lib.hmu.gr Fuente de Internet	<1 %
71	appswl.elsevier.es Fuente de Internet	<1 %
72	ciencialatina.org Fuente de Internet	<1 %
73	es.scribd.com Fuente de Internet	<1 %
74	espana.blogalaxia.com Fuente de Internet	<1 %
75	noticiasjuninperu.blogspot.com Fuente de Internet	<1 %
76	repository.javeriana.edu.co Fuente de Internet	<1 %
77	revista.cep.org.pe Fuente de Internet	<1 %
78	tesis.ipn.mx Fuente de Internet	<1 %
79	www.cochranelibrary.com Fuente de Internet	<1 %

80

www.idea-prevencion.com

Fuente de Internet

<1 %

81

www.iip.ucr.ac.cr

Fuente de Internet

<1 %

82

www.sanyres.es

Fuente de Internet

<1 %

83

www.seh-lelha.org

Fuente de Internet

<1 %

84

Gustavo Morales-Alonso, Iciar Pablo-Lerchundi, María-Cristina Núñez-Del-Río. "Entrepreneurial intention of engineering students and associated influence of contextual factors / Intención emprendedora de los estudiantes de ingeniería e influencia de factores contextuales", Revista de Psicología Social, 2015

Publicación

<1 %

85

Medina Canzio, Susan Mery. "Differential Responses of Historical Cereal Lines to Water Stress: Phenotype and Gene Expression.", Universitat de Barcelona (Spain)

Publicación

<1 %

86

buddha.live

Fuente de Internet

<1 %

87

distancia.udh.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

88

dspace.unitru.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

89

kimuk.conare.ac.cr

Fuente de Internet

<1 %

90

magis.iteso.mx

Fuente de Internet

<1 %

91

polibea.com

Fuente de Internet

<1 %

92

prhsj.rcm.upr.edu

Fuente de Internet

<1 %

93

repository.uniminuto.edu

Fuente de Internet

<1 %

94

scielo.isciii.es

Fuente de Internet

<1 %

95

tr-ex.me

Fuente de Internet

<1 %

96

worldwidescience.org

Fuente de Internet

<1 %

97

www.cuttingedge.org

Fuente de Internet

<1 %

98

www.formacionasunivep.com

Fuente de Internet

<1 %

99

www.scielo.org.co

Fuente de Internet

<1 %

100 "Inter-American Yearbook on Human Rights / Anuario Interamericano de Derechos Humanos, Volume 29 (2013)", Brill, 2016
Publicación <1 %

101 (António José Guedes, Carla Serrão, Fernando Diogo, Maria José Araújo, Paulo Delgado, Sofia Veiga, Sílvia Barros and Teresa Martins).
"Pedagogia / educação Social: teorias práticas: espaços de investigação, formação e ação", Repositório Aberto da Universidade do Porto, 2014.
Publicación <1 %

102 Caffarena Barcenilla, Carolina Andrea. "La influencia del temperamento y el sexo en juegos de control inhibitorio: Recompensas predictivas y no predictivas.", Pontificia Universidad Catolica de Chile (Chile)
Publicación <1 %

103 Maza Neyra, Amparo Soledad. "Calidad de atención y satisfacción del usuario externo en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón_Nuevo Chimbote, 2019", Universidad Católica los Ángeles de Chimbote (Peru)
Publicación <1 %

104 Otero Reyes, Nilda I.. "La interaccion pedagogica y Su Efecto En La retencion De Los Estudiantes De Nivel Graduado De La
<1 %

Facultad De Administracion De Empresas Que
Cursan Estudios En linea En Una institucion
De educacion Superior En Puerto Rico",
Universidad Interamericana de Puerto Rico

Publicación

105	Sara Luna, Pilar Ramos, Francisco Rivera. "Coping strategies, stress and health of grandmothers caring for ascending and descending relatives / Afrontamiento, estrés y salud en abuelas cuidadoras de familiares ascendentes y descendentes", Estudios de Psicología, 2016 Publicación	<1 %
106	Submitted to Universidad Nacional del Centro del Peru Trabajo del estudiante	<1 %
107	cdn.www.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
108	dl.dropboxusercontent.com Fuente de Internet	<1 %
109	dspace.uclv.edu.cu Fuente de Internet	<1 %
110	dspace.udla.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
111	encyclopedia2.thefreedictionary.com Fuente de Internet	<1 %

112	ichgcp.net Fuente de Internet	<1 %
113	issuu.com Fuente de Internet	<1 %
114	latam.redilat.org Fuente de Internet	<1 %
115	patents.google.com Fuente de Internet	<1 %
116	publicaciones.uat.edu.mx Fuente de Internet	<1 %
117	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov Fuente de Internet	<1 %
118	rehip.unr.edu.ar Fuente de Internet	<1 %
119	repositorio.uarm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
120	repositorio.une.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
121	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
122	repository.eafit.edu.co Fuente de Internet	<1 %
123	revistaalergia.mx Fuente de Internet	<1 %

124	revistas.ucatolicaluisamigo.edu.co Fuente de Internet	<1 %
125	ri-ng.uaq.mx Fuente de Internet	<1 %
126	static.elsevier.es Fuente de Internet	<1 %
127	vocabularios.caicyt.gov.ar Fuente de Internet	<1 %
128	www.dspace.uce.edu.ec:8080 Fuente de Internet	<1 %
129	www.dykinson.com Fuente de Internet	<1 %
130	www.hisour.com Fuente de Internet	<1 %
131	www.iksadamerica.org Fuente de Internet	<1 %
132	www.itu.int Fuente de Internet	<1 %
133	www.rpd-online.com Fuente de Internet	<1 %
134	www.scribd.com Fuente de Internet	<1 %
135	"Inter-American Yearbook on Human Rights / Anuario Interamericano de Derechos	<1 %

136

Alejandra Caqueo-Urizar. "Attitudes and Burden in Relatives of Patients with Schizophrenia in a Middle Income Country", BMC Family Practice, 2011

Publicación

<1 %

137

"Inter-American Yearbook on Human Rights / Anuario Interamericano de Derechos Humanos, Volume 9 (1993)", Walter de Gruyter GmbH, 1996

Publicación

<1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Activo

Asesor

Mg. Andrés Omar Muñoz-Najar Pacheco

Índice

Asesor	ii
Índice.....	iii
Índice de Tablas	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
Introducción.....	viii
CAPÍTULO I	11
PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	11
1.1. Planteamiento y formulación del problema	11
1.1.2. Problemas Específicos	16
1.2. Objetivos	16
1.2.1. Objetivo general.....	16
1.2.2. Objetivos específicos.....	17
1.3. Justificación e importancia	17
1.3.1. Justificación social	17
1.3.2. Justificación teórica	18
1.3.3. Justificación metodológica	18
1.4. Limitaciones del proyecto.....	19
CAPÍTULO II	20
MARCO TEÓRICO.....	20
2.1. Antecedentes de la investigación.....	20
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	20
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	22
2.1.3. Antecedentes regionales	24
2.2.1. Desarrollo histórico	24
2.2.2. Esquizofrenia.....	26
2.2.3. Autocuidado.....	29
2.2.3. Sobrecarga emocional.....	35
2.3. Definición de términos básicos	42
CAPÍTULO III	44
HIPÓTESIS Y VARIABLES	44
3.1. Hipótesis	44

3.1.1. Hipótesis general	44
3.1.2. Hipótesis específicas	44
3.2. Operacionalización de variables	44
CAPÍTULO IV	48
METODOLOGÍA DEL ESTUDIO	48
4.1. Método, tipo y alcance de la investigación	48
4.1.1. Método.....	48
4.1.2. Tipo y alcance	48
4.2. Diseño de investigación	48
4.3. Población y muestra	49
4.3.1. Población.....	49
4.3.2. Muestra.....	49
4.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos	50
4.4.1. Técnica de recolección de datos	50
4.4.2. Instrumentos de recolección de datos	50
4.4.3. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	53
4.5. Aspectos éticos.....	55
CAPÍTULO V	57
RESULTADOS.....	57
5.1. Resultados y análisis	57
5.2. Discusión de resultados	66
CONCLUSIONES.....	72
RECOMENDACIONES	74
REFERENCIAS.....	76
ANEXOS	86
Anexo 1. Matriz de consistencia	86
Anexo 2. Consentimiento informado	88
Anexo 3. Ficha sociodemográfica	89
Anexo 4. Escala de autocuidado.....	91
Anexo 5. Escala de sobrecarga	92
Anexo 6. Autorización para aplicación de instrumentos a los establecimientos de salud	94

Índice de Tablas

Tabla 1 <i>Matriz de operacionalización de las variables</i>	46
Tabla 2 <i>Resultados descriptivos de la muestra</i>	57
Tabla 3 <i>Resultados descriptivos por dimensiones de bienestar y autoeficacia ...</i>	60
Tabla 4 <i>Resultado de análisis de normalidad y pruebas t de muestras independientes</i>	61
Tabla 5 <i>Resultados de ANOVA de una vía (por Parentesco)</i>	62
Tabla 6 <i>Correlación entre el autocuidado y la sobrecarga emocional en cuidadores informales</i>	64
Tabla 7 <i>Análisis predictor de dimensiones del autocuidado sobre la sobrecarga emocional</i>	65

Resumen

En la investigación realizada, cuyo objetivo fue analizar la relación entre el autocuidado y la sobrecarga emocional en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en los establecimientos de salud de la región Junín en el 2025. La muestra estuvo conformada por 104 cuidadores informales con un predominio del sexo femenino de entre 18 a 60 años. En concreto, el diseño de la investigación se enclavó en un enfoque cuantitativo, con un alcance correlacional y un diseño transversal. Los resultados descriptivos evidenciaron que la mayoría de la muestra no recibía apoyo institucional y llevaba asumiendo al menos un año los roles de cuidado, lo que para el escenario supera el tiempo apropiado. Por otro lado, y en la misma sintonía, el análisis de regresión evidenció que el autocuidado se relacionó con la sobrecarga emocional en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia. El análisis inferencial indicó que no existieron diferencias significativas en el autocuidado y la sobrecarga emocional según el sexo, salvo en la dimensión espiritual, donde los varones obtuvieron puntajes más altos. Se concluyó que el autocuidado mantiene una relación significativa con la sobrecarga emocional, aunque limitada, y que esta última se configura como un fenómeno multifactorial en el que intervienen tanto las características individuales como las condiciones familiares y contextuales.

Palabras clave: Autocuidado, sobrecarga emocional, esquizofrenia, cuidadores informales, salud mental.

Abstract

The objective of this study was to analyze the relationship between self-care and emotional burden among informal caregivers of patients with schizophrenia in healthcare facilities in the Junín region in 2025. The sample consisted of 104 informal caregivers, predominantly female, between the ages of 18 and 60. Specifically, the research design was based on a quantitative approach, with a correlational scope and a cross-sectional design. The descriptive results showed that the majority of the sample did not receive institutional support and had been assuming caregiving roles for at least a year, which, in this scenario, exceeds the appropriate time. Furthermore, and in line with this, the regression analysis showed that self-care was related to emotional burden among caregivers of patients with schizophrenia. Furthermore, regression analysis revealed a relationship between self-care and emotional burden in caregivers of patients with schizophrenia. Inferential analysis indicated no significant differences in self-care and emotional burden by sex, except in the spiritual dimension, where men obtained higher scores. It was concluded that self-care maintains a significant relationship with emotional overload, although limited, and that the latter is configured as a multifactorial phenomenon in which both individual characteristics and family and contextual conditions intervene.

Keywords: Self-care, emotional overload, schizophrenia, informal caregivers, mental health.

Introducción

El cuidado informal de personas con trastornos mentales graves se ha convertido en una problemática de creciente interés a nivel internacional, debido al impacto significativo que genera no solo en la evolución clínica de los pacientes, sino también en la salud física, emocional y social de quienes asumen el rol de cuidadores sin recibir formación especializada ni apoyo institucional suficiente (Reynoso, 2024). Entre estos trastornos, la esquizofrenia es considerada una de las afecciones psiquiátricas más discapacitantes, ya que suele implicar alteraciones persistentes en el pensamiento, la conducta y el funcionamiento social, lo que demanda un acompañamiento continuo y una supervisión constante por parte del entorno familiar.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) señala que la esquizofrenia no solo limita la autonomía y calidad de vida de las personas que la padecen, sino que también genera una carga considerable en los cuidadores informales, quienes frecuentemente experimentan elevados niveles de estrés, agotamiento emocional y dificultades para sostener prácticas adecuadas de autocuidado. Esta situación se agrava cuando el cuidado se prolonga en el tiempo y se desarrolla en contextos donde los recursos sanitarios y psicosociales son insuficientes, incrementando el riesgo de deterioro en la salud mental del cuidador.

En el contexto latinoamericano, esta problemática se ve intensificada por las limitaciones estructurales de los sistemas de salud, los cuales suelen priorizar la atención del paciente y relegar las necesidades emocionales y psicosociales de la familia cuidadora. En el Perú, el rol del cuidador informal recae mayoritariamente en familiares directos, madres, padres, hermanos u otros parientes cercanos, que asumen esta responsabilidad sin contar con capacitación formal, orientación profesional continua ni redes de apoyo consolidadas. Como consecuencia, la sobrecarga emocional se manifiesta con frecuencia a través de síntomas como fatiga crónica, irritabilidad, aislamiento social, sentimientos de frustración y, en muchos casos, problemas de salud física asociados al estrés sostenido (Rivera, 2024).

En regiones como Junín, caracterizadas por la coexistencia de zonas urbanas, rurales y comunidades nativas, el acceso limitado a servicios especializados de salud mental profundiza esta problemática. La escasez de profesionales, la centralización de los servicios y las barreras geográficas y socioculturales contribuyen a que los cuidadores informales enfrenten el proceso de atención de sus familiares con esquizofrenia en condiciones de mayor vulnerabilidad emocional y con escasas oportunidades para fortalecer su autocuidado (Quispe et al., 2021).

Desde esta perspectiva, resulta pertinente y necesario estudiar la relación entre el autocuidado y la sobrecarga emocional en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en la región Junín durante el año 2025. Analizar esta relación permitirá identificar si las prácticas de autocuidado funcionan como un factor protector o amortiguador frente al estrés emocional derivado del rol de cuidado. La relevancia de esta investigación radica en su potencial para generar evidencia científica que contribuya al diseño de programas de apoyo psicosocial, estrategias preventivas e intervenciones comunitarias orientadas a mejorar el bienestar integral de los cuidadores.

Asimismo, desde el punto de vista teórico, el estudio aporta al campo de la psicología clínica y comunitaria al profundizar en la comprensión de los vínculos entre autocuidado y sobrecarga emocional en un contexto poco explorado a nivel regional. En el ámbito práctico y social, los resultados podrán servir como insumo para la formulación de políticas públicas y acciones institucionales que promuevan una atención más integral, beneficiando tanto a los cuidadores informales como a las personas con esquizofrenia bajo su cuidado.

Finalmente, la investigación se organiza en cinco capítulos. El primer capítulo aborda el planteamiento del problema, los objetivos, la justificación y las hipótesis. El segundo capítulo desarrolla el marco teórico, incluyendo antecedentes y fundamentos conceptuales de las variables de estudio. El tercer capítulo presenta las hipótesis y variables. El cuarto capítulo describe la metodología, considerando el enfoque, tipo y diseño de la investigación, la población y muestra, así como los instrumentos y procedimientos de recolección de datos. El quinto capítulo expone

los resultados obtenidos mediante el análisis estadístico, su discusión e interpretación en relación con la hipótesis planteada y estudios previos. Por último, se presentan las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1. Planteamiento y formulación del problema

El autocuidado y la sobrecarga emocional en los cuidadores informales de individuos con trastornos mentales representan un desafío en el mundo. A nivel global, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) ha señalado que los trastornos psiquiátricos, como la esquizofrenia, no solo impactan a quienes los padecen, sino también a sus redes de apoyo. Así, el cuidado informal de los pacientes con esquizofrenia, cuya cantidad es superior a 21 millones, se realiza fundamentalmente por parte de los familiares sin preparación, lo que resulta en un estrés emocional y, en consecuencia, en un efecto perjudicial en la salud mental y física, ya que no recibe apoyo institucional.

El panorama trazado por la literatura científica en idioma extranjero es alarmante: los cuidadores informales de personas con esquizofrenia padecen un padecimiento multidimensional que afecta su bienestar emocional, social y físico. Esta cuestión no está condicionada por el país de residencia del paciente o las características socioeconómicas discutidas, aunque se aclara especialmente en presencia de instituciones débiles y otras desigualdades estructurales

En el continente africano, específicamente Nigeria, las investigaciones evidencian cómo la falta de redes de apoyo formales transforma el cuidado en una carga solitaria. En los estudios realizados de la Clínica Neuropsiquiátrica del Estado de Edo, la combinación de dependencia al paciente y limitaciones económicas sin ninguna preparación ni apoyo, produce un círculo vicioso de deterioro. Los porcentajes de la muestra no alcanzan a ilustrar lo relevante del caso: mujeres, ancianos, personas con menor escolaridad y jubilados, soportan desproporcionadamente el peso de la epidemia del cuidado, con sus cuadros ansioso-depresivos asociados, con perturbación del sueño y, por lo tanto, una menor efectividad en la prestación de cuidado (Udoh et al., 2021).

El panorama en Medio Oriente, particularmente en Irán, confirma esta tendencia, pero añade un matiz crucial. Las investigaciones del Hospital Psiquiátrico Razi destacan la dimensión temporal como factor agravante: cuando el cuidado consume más de 19 horas diarias, como ocurre en la mayoría de casos estudiados, los cuidadores -principalmente madres en un rango etario amplio- desarrollan un agotamiento crónico. Lo relevante de estos hallazgos es la constatación de que ciertas estrategias de afrontamiento, especialmente las centradas en la resolución de problemas, pueden mitigar parcialmente la carga, mientras que las aproximaciones emocionales resultan insuficientes ante la magnitud del estrés sostenido (Abbaslou et al., 2023).

Europa, pese a sus sistemas de protección social más robustos, no escapa a esta realidad. Los datos de la Universidad de Linköping en Suecia son particularmente reveladores: demuestran que incluso en contextos con mayor estructura de apoyo, la convivencia con el paciente y la dedicación exclusiva generan niveles alarmantes de sobrecarga. El hecho de que casi el 60% de cuidadores presente síntomas depresivos y que la mayoría sean mujeres en edad laboral activa plantea interrogantes sobre cómo los sistemas de salud están fallando en proteger a quienes asumen estos roles (Malki et al., 2025).

En muchas naciones latinoamericanas, el reducido acceso de atención de salud mental incrementa los desafíos de los cuidadores informales de pacientes que sufren de esquizofrenia. La OMS (2025), estima que el 1% de la población en la región, alrededor de 6 millones de personas, padecen esta enfermedad. En países como Brasil, México y Argentina, los servicios públicos de salud mental no proporcionan adecuado apoyo a los cuidadores; todo esto traslada su carga emocional innecesaria y limita su propia salud, lo que, a su vez, los hace más susceptibles a las consecuencias mentales y físicas del estrés crónico.

La situación adquiere contornos dramáticos al sumar capas adicionales de vulnerabilidad. En México, las investigaciones del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente descubren un fenómeno preocupante: muchos cuidadores asumen esta responsabilidad sin preparación alguna, desarrollando sentimientos de culpa e impotencia que exacerbaban su malestar (Beltrán, 2024). Los estudios en Durango van más allá, mostrando cómo la baja autoeficacia -presente

en el 60% de los casos- se convierte en un factor perpetuador del estrés, creando una paradoja donde quienes más cuidado necesitan brindar son quienes menos recursos tienen para autocuidarse (Ruelas et al., 2024).

Brasil aporta una perspectiva adicional al analizar la sobrecarga desde sus dimensiones objetiva y subjetiva. Los datos del Instituto de Psicología e Saúde em Debate revelan que más allá de las tareas concretas de cuidado (como supervisar conductas problemáticas, reportada en el 80% de casos), existe un impacto intangible pero igualmente devastador en la vida de los cuidadores (Oliveira et al., 2023). Uruguay, por su parte, destaca un hallazgo contundente: la totalidad de cuidadoras con enfermedades crónicas desarrollan sobrecarga intensa, sugiriendo que los sistemas de salud están fallando en proteger a quienes cuidan mientras enfrentan sus propias condiciones de salud (Pérez, 2023).

Los casos de Colombia y Ecuador completan este panorama regional al mostrar cómo factores como el nivel educativo y la situación económica interactúan con la carga del cuidado. Resulta particularmente significativo el dato colombiano sobre la percepción de buena calidad de vida pese a las adversidades (Cogollo y Hernandez, 2021), que sugiere la existencia de mecanismos de resiliencia que merecerían mayor investigación. Ecuador, mientras tanto, evidencia cómo la falta de preparación específica puede llevar al abandono laboral, añadiendo precariedad económica al ya pesado fardo emocional (Flores, 2023; Zúñiga et al., 2022).

Por otro lado, en Perú, el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM, 2021) informa que el 1,4% de la población, más de 400,000 personas, ha sido diagnosticada con esquizofrenia. La mayoría depende de familiares para su cuidado, especialmente en zonas rurales donde el acceso a servicios especializados es limitado. Además, el 78% de los cuidadores informales presentan cansancio emocional, lo que ocasiona la poca capacidad de brindar un cuidado adecuado, debido a que no existe apoyo psicológico y programas de autocuidado.

Los datos del Centro de Salud Mental Comunitario de Tacna revelan una paradoja: mientras más de la mitad de cuidadores percibe su calidad de vida como buena, casi todos reportan afectaciones significativas en su bienestar (Romero, 2024). Lima aporta hallazgos igualmente reveladores: en instituciones como el

Hospital Edgardo Rebagliati Martins, la dedicación extrema (más de 12 horas diarias) se asocia con pérdida de control sobre la propia vida (De Luis, 2022), mientras que en el centro "Wiñay" la larga duración en el rol (promedio de 11.2 años) correlaciona con un agotamiento especialmente severo (Lima y Magallanes, 2022).

El estudio más contundente proviene de un establecimiento de salud mental limeño donde la totalidad de cuidadores reportó sobrecarga intensa. Lo notable aquí es que, a diferencia de la tendencia general, la mayoría eran hombres, sugiriendo que cuando los varones asumen estos roles tradicionalmente feminizados, enfrentan desafíos particulares que merecen atención específica (Paredes, 2022).

En la región Junín, que comprende zonas de la Selva Central como Chanchamayo, Pichanaki y Satipo, así como áreas altoandinas como Tarma, la problemática asociada al cuidado informal de personas con esquizofrenia se ve intensificada por el limitado acceso a servicios especializados de salud mental, especialmente en comunidades nativas y rurales. Esta situación expone a los cuidadores informales a condiciones de alta demanda emocional, social y económica, incrementando su vulnerabilidad psicológica y afectando de manera directa su bienestar integral (DIRESA, 2022).

De acuerdo con reportes de la Dirección Regional de Salud Junín (DIRESA, 2022), aproximadamente el 65 % de los cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en la región presenta elevados niveles de estrés, principalmente asociados a la escasez de recursos, la sobrecarga de responsabilidades y la insuficiente orientación profesional. Asimismo, se estima que cerca del 40 % de estos cuidadores no ha recibido capacitación ni orientación sobre prácticas de autocuidado, lo que incrementa el riesgo de desarrollar problemas de salud mental, tales como ansiedad, agotamiento emocional y síntomas depresivos.

A pesar de la magnitud de esta problemática, en la región Junín no se han identificado investigaciones que analicen de manera específica la relación entre el autocuidado y la sobrecarga emocional en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia, lo cual genera un vacío que motiva el estudio. Esta ausencia de

evidencia científica limita la comprensión integral del fenómeno en el contexto regional y dificulta la formulación de estrategias de intervención ajustadas a las necesidades reales de esta población. En tal sentido, resulta necesario generar información local que contribuya al diseño de programas de apoyo y líneas de acción orientadas a fortalecer el autocuidado y reducir la sobrecarga emocional en un grupo que presenta alta vulnerabilidad psicosocial (DIRESA, 2022).

En ese sentido, a pesar de la existencia de estudios que abordan el autocuidado y la sobrecarga emocional de manera independiente, persiste un vacío de investigación respecto al análisis conjunto de ambas variables en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia, especialmente en el contexto peruano. La literatura disponible se ha centrado principalmente en describir niveles de sobrecarga o factores asociados, sin examinar empíricamente la relación entre las prácticas de autocuidado en salud mental y la sobrecarga emocional. En este marco, la presente investigación constituye un aporte original, al explorar dicha asociación en una población poco estudiada, ampliando la comprensión teórica del fenómeno del cuidado y generando evidencia que puede orientar futuras líneas de investigación.

Por otro lado, La falta de estudios que profundicen en la relación entre autocuidado y sobrecarga emocional conlleva consecuencias relevantes tanto a nivel científico como social. En el plano académico, perpetúa vacíos teóricos que impiden el desarrollo de modelos explicativos más completos sobre la experiencia del cuidador informal. En el ámbito práctico, esta carencia de evidencia dificulta la formulación de estrategias de apoyo basadas en datos empíricos, lo que puede contribuir al mantenimiento de altos niveles de desgaste emocional, deterioro de la salud mental y disminución de la calidad de vida de los cuidadores (Ruelas et al., 2024).

En conclusión, la investigación buscó conocer la relación entre el autocuidado y la sobrecarga emocional en los cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en la Región Junín. Los hallazgos permitieron evidenciar la existencia de una relación significativa entre el autocuidado y la sobrecarga emocional en estos cuidadores, lo cual aportará información relevante para la formulación de programas de intervención orientados al fortalecimiento del

bienestar del cuidador. Asimismo, los resultados constituyen un insumo importante para los responsables de las políticas de salud, al facilitar la toma de decisiones preventivas frente al desgaste emocional y el burnout, contribuyendo indirectamente a la mejora de la calidad de la atención brindada a las personas con esquizofrenia.

1.1.1. Problema General

¿Qué relación existe entre el autocuidado y la sobrecarga emocional en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en establecimientos de salud de la Región Junín, 2025?

1.1.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es la diferencia de autocuidado según el sexo en los cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en establecimientos de salud de la Región Junín, 2025?
- ¿Cuál es la diferencia de sobrecarga emocional según el sexo en los cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en establecimientos de salud de la Región Junín, 2025?
- ¿Qué diferencias existen en la sobrecarga emocional según los lazos de parentesco en los cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en establecimientos de salud de la Región Junín, 2025?
- ¿Qué dimensiones del autocuidado predicen la sobrecarga emocional en los cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en establecimientos de salud de la Región Junín, 2025?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general

Determinar la relación que existe entre el autocuidado y la sobrecarga emocional en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en establecimientos de salud de la Región Junín, 2025.

1.2.2. Objetivos específicos

- Establecer la diferencia de autocuidado según el sexo en los cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en establecimientos de salud de la Región Junín, 2025.
- Establecer la diferencia de sobrecarga emocional según el sexo en los cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en establecimientos de salud de la Región Junín, 2025.
- Establecer las diferencias que existen en la sobrecarga emocional según los lazos de parentesco en los cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en establecimientos de salud de la Región Junín, 2025.
- Establecer qué dimensiones del autocuidado predicen la sobrecarga emocional en los cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en establecimientos de salud de la Región Junín, 2025.

1.3. Justificación e importancia

1.3.1. Justificación social

Esta investigación será altamente significativa para la sociedad con información vital sobre la relación entre el autocuidado y la sobrecarga emocional en los cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en la Región Junín. No solo impulsarán a tomar medidas sobre los problemas emocionales en relación con la prestación de un cuidado especial, sino que también contribuirán a la reestructuración de nuevas formas de abordarlos y a prestar servicios especiales para mejorar la calidad de vida. Este estudio contribuirá con el conocimiento para fortalecer la importancia de las dimensiones del autocuidado en la disminución de la percepción de estrés y agotamiento tanto en el cuidador como en la persona con esquizofrenia. Además, los resultados del estudio serán pertinentes para las instituciones y los organismos gubernamentales, brindándoles evidencia para desarrollar programas de intervención y políticas públicas que mitiguen y prevengan el apoyo en este grupo de riesgo y adopten un enfoque holístico en la esquizofrenia

1.3.2. Justificación teórica

El presente estudio complementará la escasez diagnóstica sobre la relación entre autocuidado y sobrecarga emocional en familias que cuidan a estos pacientes con esta condición, en tanto contribuirá al desarrollo teórico desde el campo de la Psicología de la Salud. Se espera que estos resultados vengán a llenar un vacío que, hasta la fecha, ha sido abordado de manera insuficiente, ya que escasas investigaciones previas han trabajado de manera conjunta ambos parámetros diagnosticados en esta población. Asimismo, el estudio ayudará a comparar teorías relacionadas con el estrés, el funcionamiento y el autocuidado, fomentando una ciencia más avanzada capaz de desarrollar intervenciones psicológicas con respeto a la población en riesgo. El modelo identificado ayudará a abordar estos factores específicos que influyen la sobrecarga emocional de tal población, promoviendo la investigación futura cuyos directorios partan y orienten otras cinematografías.

1.3.3. Justificación metodológica

En relación con el enfoque metodológico, la metodología de estudio se clasificará como cuantitativa. Dado que este estudio no corresponde a aquellos que se basan en la experimentación, pertenece a los no experimentales cuando se juzga de esta manera. Sin embargo, el trabajo también cumple con otros rasgos del método de investigación cuantitativo. En la encuesta, no se afectará ninguna variable; el estudio incluirá una sola casilla verificada de todas las variables posibles. El enfoque es impulsado por un método hipotético-deductivo; recopila datos de manera metódica y sistemática para su análisis, lo que contribuye a una interpretación más objetiva de los resultados. Nivel correlacional se implementará para revelar no solo la fuerza sino también la dirección de la relación entre las variables; este estudio proporcionará evidencia empírica para futuros análisis de este tipo. Esta metodología ayudará a encontrar patrones que luego se utilizarán para transformar en estrategias para los profesionales que trabajan con esta población. Otro aspecto es que el estudio actuará como una plantilla metodológica para otras investigaciones en contextos similares; los próximos estudios ayudarán a medir la confiabilidad de los instrumentos aplicados y, en general, mejorar estas investigaciones en base a esta pregunta.

1.4. Limitaciones del proyecto

Dado su carácter correlacional-predictivo y la poca experiencia investigadora en el tema no se puede afirmar que el diseño propuesto logre sus objetivos de indagación, solo es una propuesta. La muestra será conformada únicamente por cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en la Región Junín, lo cual ya establece una limitación de generalización del estudio. Además, al basarse en encuestas y cuestionarios autoaplicados, existe el riesgo de sesgos en las respuestas debido a la subjetividad de los participantes o al deseo de responder de manera socialmente aceptable. Asimismo, el diseño de investigación y la muestra considerada no permitirán establecer relaciones causales, tampoco permitirán a la generalización de resultados, por lo cual resulta recomendable emprender otros estudios más complejos.

El estudio presentó limitaciones vinculadas principalmente al acceso a los cuidadores informales, ya que muchos no se encuentran registrados en los servicios de salud o disponen de poco tiempo para participar debido a la alta carga de cuidado que asumen, lo que pudo afectar la representatividad de la muestra. Asimismo, el diseño transversal impidió realizar un seguimiento continuo que permitiera analizar la evolución de la relación entre el autocuidado y la sobrecarga emocional a lo largo del tiempo. Además, factores externos como el nivel socioeconómico, la disponibilidad de redes de apoyo social y las estrategias individuales de afrontamiento, que no fueron considerados como variables de estudio, podrían haber influido en los resultados. No obstante, pese a estas limitaciones, la investigación aporta evidencia relevante que contribuye a una mejor comprensión del fenómeno y sienta las bases para futuras investigaciones con diseños más amplios y longitudinales.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

Pan et al. (2024) en Beijing - China, demostraron que los cuidadores de pacientes con esquizofrenia enfrentaban estrés emocional, aislamiento y conflictos familiares, agravados por la falta de información y apoyo profesional, lo que limitaba su participación en el tratamiento. Como estrategias de afrontamiento, priorizaron aceptar la enfermedad, equilibrar su vida personal y ajustar expectativas. Además, mostraron preocupación por el futuro del paciente, especialmente en cuanto a manutención y atención médica, ante su propio envejecimiento.

Asimismo, Arnone (2024) en Estados Unidos, revelaron que el 33% de los cuidadores Millennials atendía a un familiar con enfermedad mental, presentando mayor riesgo de ansiedad depresión y trastornos del sueño. El 73% combinaba el cuidado con empleo full-time, generando conflictos laborales y económicos. Se concluye que los cuidadores enfrentan un riesgo elevado de padecer ansiedad trastornos del sueño y depresión, especialmente cuando combinan el rol de cuidado con un empleo a tiempo completo.

De igual forma, Lohrasbi et al. (2024) en Irán, mostraron que los cuidadores enfrentaban graves problemas de salud mental (ansiedad, agotamiento, depresión), económicos y falta de apoyo social, agravados por el estigma (reportado por el 88.5% de familias) y la insuficiente ayuda recibida (55%). La ausencia de respaldo gubernamental, la limitada interacción con el sistema de salud y la carencia de redes de apoyo incrementaron significativamente su carga, afectando drásticamente su bienestar.

Además, Stanley y Balakrishnan (2023) en la India, señalan que las mujeres cuidadoras, aunque más preparadas, perciben menos aspectos positivos en el cuidado, lo que sugiere una afección en su propio autocuidado que debe mejorarse, además, los cuidadores cónyuges reportaron una perspectiva de vida más

favorable que los padres, relevando una dificultad en su propio autocuidado de estos últimos. Finalmente, la preparación y la satisfacción con la vida fueron clave para la resiliencia, subrayando que el autocuidado debe integrar tanto herramientas prácticas como el equilibrio emocional.

De la misma forma, Flores (2023) en Ecuador, indica que diversos factores sociales, personales y contextuales, como el bajo nivel socioeconómico, el desempleo, el cuidado prolongado, el desconocimiento sobre la enfermedad y la falta de apoyo, contribuyen significativamente a la sobrecarga del cuidador. Estos factores se asocian con un deterioro en la calidad de vida y salud del cuidador, agravado por la desinstitucionalización de pacientes y el incumplimiento terapéutico, situaciones que llevan a los cuidadores, frecuentemente sin capacitación ni remuneración, a priorizar las necesidades del paciente sobre las propias, generando pensamientos negativos y daños acumulativos en su salud a largo plazo.

Asimismo, Rohmi et al. (2023) En resumen, una revisión sistemática exhaustiva sobre el tema confirma de manera abrumadora que el afrontamiento espiritual mejoró significativamente el bienestar integral de los cuidadores a través de una variedad de prácticas y enfoques. Más que simplemente disminuir el estrés y la carga emocional, el afrontamiento espiritual también aumentó significativamente la esperanza y la resiliencia de los cuidadores a proporcionar la dificultad de atención regular. Además, las prácticas espirituales que recorren el espectro desde la meditación y la oración hasta la reflexión individual no solo mejoraron la experiencia del cuidador, sino que también se asociaron con una atención superior para sus pacientes. Estos resultados indican la necesidad de integrar el apoyo espiritual en los programas de atención del cuidador para fines de su salud y bienestar, así como también el bienestar de quienes atienden.

Igualmente, Cantillo et al. (2022) en Neiva – Colombia, revelaron que el 67.2% de los cuidadores eran mujeres, principalmente madres e hijas, con educación básica y bajos recursos, donde el 71.9% presentó escasa habilidad para el cuidado, mientras que el 31.2% y 31.3% sufrían sobrecarga moderada e intensa respectivamente. Las entrevistas destacaron problemáticas como miedo ante la

enfermedad, agotamiento, pérdida de empleo, temor a delegar responsabilidades, el amor como sustento y la necesidad de apoyo externo.

Por su parte, Kumar et al. (2022) en India demostraron que, aunque no hubo diferencias en la carga general, los hombres reportaron mayor estrés en la relación marital al cuidar a su cónyuge; las mujeres, en cambio, buscaban apoyo para manejar el estrés, mientras que los hombres tendieron a evitar el estrés, aumentando el riesgo de aislamiento, reflejando que las mujeres se autocuidaban mejor que los hombres, ya que tenían una mejor expresión emocional y redes de apoyo.

Asimismo, Gulayín (2022) en Argentina, señaló que diversos factores influyen en la sobrecarga, destacando el grado de discapacidad, presencia de agresividad, género masculino del paciente y la edad temprana de inicio de la enfermedad. Además, las características del cuidador también son determinantes, siendo las mujeres (especialmente las madres), bajo nivel educativo y bajos ingresos, estilos de afrontamiento ineficaces, los más propensos a experimentar una mayor sobrecarga.

Finalmente, Rahmani et al. (2022) en Irán, revelaron que como predictores significativos la edad avanzada del cuidador, género femenino del paciente, menor educación, pérdida de empleo, ingresos inadecuados, relación de cónyuge, cuidado diario continuo y mayor duración de la enfermedad, explicando colectivamente el 54.4% de la varianza ($R^2 = .544$). No se encontraron diferencias significativas por edad/género del paciente.

2.1.2. Antecedentes nacionales

A nivel nacional, Romero (2024) en Tacna, reveló una relación negativa significativa entre calidad de vida y sobrecarga del cuidador ($Rho = -.350$; $p = .006$), siendo particularmente notable en el ámbito físico ($Rho = -.418$; $p = .001$). Sin embargo, no se encontraron correlaciones significativas con los aspectos emocionales ($p = .936$) ni sociales ($p = .062$), demostrando que la sobrecarga afecta principalmente la calidad de vida física de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia.

De igual forma, Reynoso (2024) en Lima, halló que se halló una correlación negativa y significativa entre la resiliencia y la sobrecarga del cuidador ($Rho = -.220$, $p < .001$), así como entre la resiliencia y la calidad de las relaciones interpersonales ($Rho = -.200$) y las expectativas de autosuficiencia ($Rho = -.110$). Se concluyó que la resiliencia es un factor protector contra la sobrecarga del cuidador, favoreciendo mejores relaciones interpersonales y una menor percepción de autosuficiencia.

Además, Rivera (2024) en Chiclayo, encontró que, a mayor apoyo social percibido, menos sobrecarga. Mujeres cuidadoras con nivel medio de apoyo social y leve sobrecarga; cuidador adulto medio con bajo apoyo, leve sobrecarga; adulto tardío intenso sobrecarga; adulto temprano sin sobrecargado.

Asimismo, Machicado (2022) en Tacna, identificó que el 63.6% presentaba una sobrecarga intensa, el 29.5% una sobrecarga leve y solo el 6.8% no reportó sobrecarga. En cuanto a la calidad de vida, las esferas más afectadas fueron la vitalidad ($M = 49.14$) y la función social ($M = 49.71$); asimismo, se encontró una correlación significativa entre la vitalidad y la salud general (62.3%) y la salud mental (58.8%). El estudio concluyó que la mayoría de los cuidadores experimentaba una sobrecarga considerable y una baja calidad de vida, tanto en el ámbito físico como mental.

De igual forma, Enriquez (2022) en Arequipa, halló que el 33.3% de los cuidadores presentaban distintos niveles de sobrecarga, mientras que el 51.5% no reportó carga cuando tenían altas expectativas de autoeficacia. Se encontró una correlación significativa entre la postergación y la sobrecarga global ($p < .05$), pero no con estrategias centradas en la emoción, indicando que aplazar decisiones aumenta la percepción de carga en cuidadores de pacientes psicóticos.

Además, Cipra (2022) en Lima, identificó correlaciones inversas significativas entre resiliencia y sobrecarga emocional ($Rho = -.300$; $p < .001$), particularmente en las dimensiones de impacto del cuidado ($Rho = -.280$) y relación interpersonal ($Rho = -.240$). La autoeficacia presentó una relación más débil pero significativa ($Rho = -.22$; $p < .01$), evidenciando que mayor resiliencia se asocia con

menor sobrecarga, lo que subraya su relevancia como factor protector en intervenciones para cuidadores informales.

Por su parte, De Luise (2022) en Lima, identificó una correlación negativa significativa entre afectación y afrontamiento ($r = .677, p < .05$), evidenciando que mejores estrategias de afrontamiento reducen la afectación. El estudio concluyó que los cuidadores de pacientes con esquizofrenia presentan alta sobrecarga, predominando el afrontamiento centrado en soluciones, por lo que se recomienda fortalecer estas estrategias para disminuir su carga emocional y mejorar su calidad de vida.

Finalmente, Cubillo (2021) halló que el 90% de los cuidadores experimenta sobrecarga, principalmente emocional y económica, agravada por el desempleo del 70% de los pacientes con esquizofrenia. Los cuidadores con menor apoyo social y mayor educación mostraron mayor percepción de estigma ($p < .01$). El estudio concluyó que el cuidado de estos pacientes impacta significativamente el bienestar integral del cuidador, afectando sus ámbitos emocional, social y económico.

2.1.3. Antecedentes regionales

En otra instancia, Quispe et al. (2021) el estudio reveló que el 75% de los cuidadores que poseían buenos hábitos de autocuidado afirmaron una alta calidad de vida, mientras que solo el 25% de los que tenían déficits de autocuidado reportaron baja calidad de vida. Por lo tanto, el autocuidado se asocia significativamente con la calidad de vida de cuidadores. Con una correlación positiva fuerte entre autocuidado y calidad de vida según datos estadísticos ($r = .780, p < .01$), urjo que el autocuidado es necesario mejorar la calidad de vida para la población de cuidadores en general

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Desarrollo histórico

El interés por el autocuidado como concepto en salud tiene sus orígenes en la segunda mitad del siglo XX, cuando comenzaron a surgir enfoques que reconocían el papel activo de las personas en el mantenimiento de su bienestar físico y mental. Inicialmente, el autocuidado estuvo vinculado a la prevención de

enfermedades físicas y a la promoción de hábitos saludables; sin embargo, con el avance de las ciencias de la salud y la psicología, el concepto se amplió para incluir dimensiones emocionales, sociales y psicológicas, especialmente en poblaciones expuestas a altos niveles de estrés, como los cuidadores informales (Enriquez, 2022).

De manera paralela, el estudio de la sobrecarga emocional en cuidadores se desarrolló a partir de investigaciones realizadas en el ámbito de las enfermedades crónicas y discapacitantes. Durante las décadas de 1970 y 1980, los primeros estudios evidenciaron que el cuidado prolongado de personas con trastornos severos generaba consecuencias negativas en la salud mental de los cuidadores, manifestándose en agotamiento, ansiedad, depresión y deterioro de la calidad de vida. Estos hallazgos marcaron un punto de inflexión al visibilizar al cuidador como una población vulnerable que también requiere atención y apoyo (Enriquez, 2022).

En el campo de la salud mental, la esquizofrenia ha sido históricamente reconocida como uno de los trastornos con mayor impacto familiar y social. A partir de los años noventa, las investigaciones comenzaron a centrarse no solo en el paciente, sino también en el entorno familiar, destacando que el cuidado recaía mayoritariamente en familiares cercanos sin formación especializada. En este contexto, la sobrecarga emocional fue identificada como una consecuencia directa de la convivencia con síntomas psicóticos, recaídas frecuentes y estigmatización social, lo que incrementó el interés por estudiar factores protectores como el autocuidado (OMS, 2025).

Posteriormente, a inicios del siglo XXI, el enfoque comunitario en salud mental impulsó una visión más integral del cuidado, incorporando el autocuidado como un componente clave para reducir la sobrecarga emocional en cuidadores informales. Diversos modelos teóricos y empíricos comenzaron a señalar que las prácticas de autocuidado —como el manejo del estrés, el descanso adecuado, el apoyo social y la atención a la propia salud mental— podían actuar como elementos amortiguadores frente al desgaste emocional, favoreciendo una mayor adaptación al rol de cuidador (Masedo, 2022).

En el contexto latinoamericano y peruano, el desarrollo histórico de estas investigaciones ha sido más tardío y limitado, debido a las brechas en los sistemas de salud y a la priorización del abordaje clínico del paciente por encima del bienestar del cuidador. No obstante, en los últimos años se ha evidenciado un creciente interés por analizar la relación entre autocuidado y sobrecarga emocional en cuidadores informales, especialmente en regiones con menor acceso a servicios especializados. Este avance ha permitido reconocer la necesidad de generar evidencia local que contribuya al diseño de intervenciones culturalmente pertinentes y orientadas a mejorar la calidad de vida de los cuidadores y de las personas con esquizofrenia a su cargo (Chiao et al., 2022)

2.2.2. Esquizofrenia

La esquizofrenia es, por lo tanto, un trastorno psicótico que se presenta con trastornos de la percepción, el pensamiento y la emoción, y un comportamiento motor muy desorganizado. También hay síntomas negativos, es decir, una disminución o pérdida de funciones psicológicas normales, como motivación, expresión emocional y del habla e interés social, que afectan significativamente la vida del individuo. La mayoría de los pacientes con esquizofrenia exhiben deterioro funcional progresivo que interfiere en la vida familiar, las relaciones interpersonales, académicas y laborales. Muchos de estos pacientes no pueden desplegarse personal o profesionalmente (Santander , 2021).

Respecto a la prevalencia, aunque hay discrepancias, se estima que actualmente se sitúa entre el 0.5% y el 1%. Dado que suele ser una enfermedad crónica, las tasas de incidencia son considerablemente más bajas que las de prevalencia, estimándose en alrededor de 1 por cada 10,000 personas al año (Beperet et al., 2000). Según reporte de la OMS (2022), la esquizofrenia se muestra en alrededor de 1 de cada 100 personas, afectando tanto a hombres como a mujeres. Las edades más frecuentes para su aparición son entre los 25 y 35 años en mujeres y 15 y 25 años en hombres. Asimismo, la prevalencia varía entre el 0.3% y el 1%, mientras que la tasa anual se sitúa entre 1.4 y 4.6 por cada 1,000 habitantes (Santander, 2021).

2.2.2.1. Modelos explicativos de la esquizofrenia

Desde el **modelo biomédico**, la esquizofrenia se entiende como un trastorno mental grave de origen neurobiológico, relacionado con alteraciones en neurotransmisores como la dopamina, el glutamato y la serotonina. Factores genéticos, problemas en el desarrollo cerebral y desequilibrios químicos interactúan con elementos ambientales como el estrés o el consumo de sustancias, provocando síntomas como alucinaciones, delirios y afectación emocional. Este modelo prioriza el tratamiento farmacológico, aunque también reconoce el valor de intervenciones psicosociales complementarias (Sandín, 2023). Es así que, desde el modelo biomédico, la esquizofrenia se explica principalmente como un trastorno grave del cerebro atribuido a determinantes genéticos o biológicos, lo que a menudo lleva a reducir a la persona a su dimensión corpórea y a una narrativa de enfermedad crónica que tradicionalmente enfatiza la necesidad de medicación y el abordaje psiquiátrico (Masedo, 2022).

El **modelo psicológico individual** explica la esquizofrenia como resultado de alteraciones en los procesos cognitivos y emocionales del individuo. Traumas tempranos, distorsiones cognitivas, fallos en la regulación emocional y mecanismos de defensa disfuncionales pueden contribuir al desarrollo de síntomas psicóticos. Se destaca cómo creencias irracionales y dificultades para distinguir la realidad interna de la externa favorecen alucinaciones y delirios. La terapia cognitivo conductual busca corregir estas distorsiones y mejorar el funcionamiento psicosocial (Alanen Y. , 2003). Entonces, el modelo psicológico individual, particularmente desde el enfoque fenomenológico, concibe la esquizofrenia como un trastorno de la experiencia de sí mismo o ipseidad, afectando la base del yo como sujeto de la experiencia y manifestándose en una disminución del self, hiperreflexividad (un exceso de conciencia que objetiva aspectos del sí mismo que normalmente son implícitos) y una alteración de la conciencia del mundo (Masedo, 2022).

El modelo ecológico entiende la esquizofrenia como el resultado de la interacción dinámica entre el individuo y su entorno social y cultural, considerando que factores como la pobreza, el estrés urbano, la exclusión social, las dinámicas familiares disfuncionales y la falta de apoyo incrementan la vulnerabilidad y el

riesgo de recaídas (Alanen, 2003). Este enfoque incorpora no solo aspectos individuales, sino también elementos contextuales y estructurales, como las instituciones, la familia, el sistema de salud, la cultura y el estigma, los cuales influyen de manera constante en el curso del trastorno, destacando la necesidad de intervenciones comunitarias y familiares para una comprensión e intervención integral de la esquizofrenia (Masedo, 2022).

Por ello, Se plantea una complementariedad entre el enfoque fenomenológico y el conductual, combinando la experiencia subjetiva con la interacción del sujeto con su contexto. Además, las terapias contextuales, como la ACT, integran el modelo ecológico al centrarse en la relación del individuo con su entorno, favoreciendo una recuperación más profunda que va más allá del control de síntomas (Masedo, 2022).

Por ello, para los cuidadores, esta complejidad se traduce en una carga emocional, económica y física abrumadora, ya que, deben navegar entre la paciencia ante crisis impredecibles, la gestión de tratamientos médicos, el apoyo en rehabilitación cognitiva y, a menudo, la lucha contra un sistema de salud fragmentado (Alanen Y. , 2003). Además, el desconocimiento sobre la enfermedad puede llevar a culpas (*¿lo causé?*) o frustración (*no coopera*), especialmente cuando no se entiende que los síntomas no son *caprichos*, sino expresiones de un trastorno multifactorial, por eso, intervenciones como psicoeducación familiar, redes de apoyo y políticas públicas integrales son cruciales, debido a que, no solo alivian el peso sobre los cuidadores, sino que mejoran el pronóstico al abordar la esquizofrenia desde todas sus dimensiones (Sandín, 2023).

Por último, el modelo conceptual central de la presente investigación se sustenta en la comprensión del autocuidado y la sobrecarga emocional como constructos interrelacionados dentro del contexto del cuidado informal de personas con esquizofrenia. Desde este enfoque, el autocuidado es entendido como el conjunto de prácticas, actitudes y estrategias personales orientadas a preservar el bienestar físico, emocional y social del cuidador, mientras que la sobrecarga emocional se concibe como la experiencia subjetiva de agotamiento, estrés y desgaste psicológico derivada de las demandas prolongadas del rol de cuidado. El modelo plantea que ambas variables se vinculan de manera significativa, de modo

que los niveles de autocuidado se asocian con la percepción de sobrecarga emocional, considerando que esta relación se ve influida por factores contextuales y personales propios del entorno del cuidador, sin establecer vínculos de causalidad, sino una interacción que permite comprender el equilibrio o desequilibrio en el bienestar emocional de los cuidadores informales.

2.2.3. Autocuidado

2.2.3.1. Definición de autocuidado

Según Orem (1971) Se refiere a la capacidad de la gente para realizar acciones con el fin de preservar su propio bienestar físico, psicológico y social. Conlleva responsabilidad y autonomía sobre las necesidades personales diarias, ajustándose a las condiciones de la enfermedad y al crecimiento personal, brindando apoyo profesional si es necesario.

Asimismo, Ferreira et al. (2022) señala al autocuidado como una herramienta de prevención que, además, permite adoptar hábitos que fomenten la autonomía y el afronte de nuevas situaciones. Asimismo, Mlinac y Feng (2016) destacan la importancia de la autovaloración y la formación continua para construir rutinas importantes para el bienestar personal. Para la autora, el autocuidado tiene sus fundamentos en el hecho de concienciar los propios límites y recurrir a apoyos cuando la demanda es superior a lo que la persona puede asumir. Este límite evita el desgaste de la persona y promueve la recuperación, lo que mejora la calidad de vida.

2.2.3.2. Autocuidado en pacientes psiquiátricos

El autocuidado en los pacientes psiquiátricos consiste en la habilidad de los pacientes para llevar a cabo actividades diarias para promover su bienestar físico, emocional y social según sus problemas mentales. Los pacientes psiquiátricos necesitan el autocuidado ya que sus trastornos, en muchos casos, les impiden realizar sus actividades diarias normales, como la comida y la higiene. Su trastorno les impedirá tener cognición de percepción de la realidad, motivación y habilidades de toma de decisiones, incluido el autocuidado. Algunos de los trastornos que afectan a los pacientes psiquiátricos incluyen (Cama , 2018).

En este contexto, cuidadores, el apoyo de la familia y profesionales de la salud mental es vital para promover la autonomía y desarrollar estrategias que permitan a los pacientes psiquiátricos mantener cierto grado de autocuidado (Cheng et al., 2020). Este apoyo incluye el establecimiento de rutinas, el uso de recordatorios y el elevar las habilidades para afrontar y manejar los síntomas. Además, el autocuidado en estos pacientes no solo se limita a lo físico, sino que también implica el cuidado emocional y psicológico, como la adherencia a los tratamientos, el manejo de estrés y la búsqueda de apoyo social, lo que es fundamental para su recuperación y calidad de vida (OMS, 2025).

2.2.3.3. Teoría del autocuidado

La teoría del autocuidado de Dorothea Orem surgió en la década de 1970, específicamente en 1971, como una propuesta innovadora, plantea que toda persona posee la capacidad y la responsabilidad de hacerse cargo de su propia salud, siempre que cuente con los conocimientos, habilidades y motivación necesarios; esta teoría parte de la premisa de que el autocuidado es una conducta aprendida y deliberada que contribuye al bienestar físico, mental y social del individuo (Orem, 1971).

Orem (1971) indica que la ausencia de lazos de relación y apoyo social en nuestra sociedad occidental se debe, según Orem, a una deshumanización de la idea de ayuda en nombre de soluciones a largo plazo y a una concepción desagradable de la ayuda. Estructuró su modelo para reconciliar estas dos sub-esferas en tres conceptos clave. Primero, el autocuidado son las actividades que una persona realiza intencionalmente para mantener su vida, salud y bienestar. En segundo lugar, el déficit de autocuidado ocurre cuando no puede realizar estas actividades por diversas limitaciones, sean físicas, cognitivas o emocionales. Por último, encuentra sistemas de enfermería, acciones que un enfermero debe realizar para ayudar al paciente en su autocuidado. Depende del nivel de ayuda del que el paciente requiera.

En esta línea, Orem (1971) propuso tres tipos de sistemas; el totalmente compensatorio, cuando el paciente es incapaz de cuidar de sí mismo y necesita asistencia completa; el parcialmente compensatorio, cuando puede realizar

algunas actividades, pero, requiere supervisión o colaboración; y el sistema de apoyo-educación, cuando la persona conserva capacidades funcionales y necesita orientación, información y acompañamiento para su autocuidado.

Asimismo, se definió los requisitos de autocuidado, agrupados en tres categorías; los universales, que se relacionan con necesidades básicas como alimentación, descanso y relaciones sociales; los del desarrollo, vinculados a las etapas del ciclo vital y sus desafíos específicos; y los derivados del estado de salud, que surgen en presencia de enfermedades o condiciones que requieren cuidados particulares (Orem, 1971).

Desde este punto de vista, varios estudios actuales han probado la vigencia y la aplicabilidad del modelo de Orem en los entornos clínicos modernos, es decir, la salud mental en particular. Por ejemplo, la obra de Fakhrur et al. (2022) proporcionó pruebas de que la Terapia de Actividad Grupal, basada en el concepto de cuidado de enfermería para el autocuidado, mejoró significativamente la actividad de la vida diaria (ADL) en pacientes con esquizofrenia; antes de la intervención, los participantes presentaban altos niveles de dependencia (leve, moderada o grave); sin embargo, tras la aplicación de la TAG, el 50 % logró alcanzar independencia funcional, con un aumento notable en el puntaje promedio de ADL (de 12.27 a 16.77), lo cual fue estadísticamente significativo ($p = .000$).

Este mismo estudio confirmó que el déficit de autocuidado es una manifestación clínica prevalente en personas con esquizofrenia, afectando áreas como la higiene, el vestido, la alimentación y la interacción social; además, se destacó que la TAG no solo promovió mejoras funcionales, sino que también abordó eficazmente síntomas negativos como la apatía y la desmotivación, factores que suelen interferir con el autocuidado en este grupo poblacional (Fakhrur et al., 2022).

Por otro lado, un estudio de caso clínico realizado por Irshad (2018) profundiza en la aplicación de la teoría del déficit de autocuidado, evidenciando que, a través de la estructura teórica de Orem, se pudo identificar con claridad el déficit de autocuidado del paciente, e implementar un sistema de atención

totalmente compensatorio, que luego fue evolucionando hacia un sistema de apoyo-educación, conforme el paciente progresa en su recuperación.

2.2.2.4. Tipos de cuidador

Por otro lado, se distingue al cuidador formal como aquel profesional remunerado que brinda cuidado sanitario en instituciones o bajo techo, cuyo desempeño se basa en conocimientos técnico-clínicos. El cuidador formal puede identificar las necesidades clínicas, brindar procedimientos seguros y seguir protocolos de acuerdo a la normativa de salud. Sus quehaceres son la medición de signos vitales, administración de fármaco, asistir en actividades cotidianas y tomar registros de su situación y evolución. Su práctica está regulada por marcos legales y éticos, y suele estar acompañada de procesos de capacitación continua. Además, el cuidador formal mantiene límites profesionales que le permiten preservar su bienestar personal y emocional (Chiao et al., 2022; Diniz et al., 2018).

En contraste, el cuidador informal debe tener un conocimiento formal de la condición médica y ser familiar o amigo, dada la tarea no remunerada, afectiva y familiar de entorno y motivación. A diferencia del anterior, no posea formación de tipo integral languidez que preocupa por cómo bien desempeñar la tarea designada y cómo la persona afectada puede obtener atención de calidad. El apoyo, las instalaciones y los recursos, en situaciones agudas específicas, deben ser de acceso libre. Su empleo total y dedicado a otros debe ser tarea fuera de cuyo desempeño, la actividad dedicada a otros para compilarlo se desarrolla fiscal de tiempo completo lo restringe y actúa en su contra. (Chiao et al., 2022; Diniz et al., 2018).

2.2.2.5. Factores condicionantes

Los recursos personales se refieren a las capacidades internas de una persona, incluidos los conocimientos, la capacidad de resolver engorros y las estrategias emocionales que se ponen en juego para abordar las dificultades de la vida cotidiana. Su presencia ayuda a los cuidadores a desenvolverse en difíciles situaciones que podrían ser abrumadoras, contribuyendo de esta manera al bienestar y la penetración de su propio poder. Por otro lado, su ausencia o insuficiencia pueden contribuir al agotamiento. Para que estos recursos sean

eficientes, es necesario mencionar factores como la motivación, la autoestima y la experiencia porque los recursos bien fortalecidos pueden promover factores resistentes y reducir la vulnerabilidad del cuidador al estrés del rol. (Maisonneuve et al., 2025; Vidal et al., 2019).

En cuanto al entorno familiar, En cuanto al contexto familiar, el mismo desempeña un papel central en la formación y sostenimiento de los hábitos de autocuidado, dado que influye directamente a través de sus dinámicas relacionales. Es decir, en caso de funcionar de manera constante, familiar estable se manifiesta mediante una comunicación efectiva, apoyo mutuo y un clima emocional seguro, lo que facilita la organización del cuidado, la distribución equitativa de tareas y permite detectar posibles sobrecargas para intervenir oportunamente. Por el contrario, si hay conflictos familiares de larga data se crea un contexto de desprotección que no favorece la implementación de habilidades de afrontamiento positivas, asumiendo el problema afectando su salud física, y emocional. Y aumentando la fragilidad del cuidador (Maisonneuve et al., 2025; Stamp et al., 2016).

Por último, el apoyo social, se define como el conjunto de redes personales e institucionales, presentes en la vida del cuidador, que le ofrecen asistencia práctica, emocional e informativa. Este último tiene un papel protector, ya que refuerza el sentido de pertenencia, contención, disminuye el aislamiento social y, además, ayuda a hacer frente al estrés que suele acompañar el ejercicio de la tarea. Contar con una red social efectiva le permite sentirse, de alguna manera, que no está solo en esta situación; de lo contrario, sin estos recursos, el sentimiento de soledad, la carga emocional y la desazón se produce. (Oliveira et al., 2023; Dionne et al., 2017).

2.2.2.6. Estrategias adaptativas

Las técnicas cognitivas son estrategias destinadas a modificar pensamientos distorsionados mediante la reestructuración de creencias disfuncionales y al fortalecimiento del diálogo interno positivo. Se utilizan para mejorar la percepción de la realidad con el fin de afrontar más adaptativamente las experiencias de afrontamiento comúnmente estresantes del rol de cuidador. Estas incluyen el registro de pensamientos, el análisis racional y la identificación de

patrones cognitivos negativos, disminuyendo el malestar psicológico y aumentando la percepción de control y el bienestar emocional general. (Stamp et al., 2016; Whitehead et al., 2018).

Por su parte, el manejo emocional es la capacidad de regular nuestra propia respuesta emocional cuando estamos en situaciones de angustia, se puede adquirir a través de la práctica de la respiración consciente, la relajación progresiva y el mindfulness. Mantener la calma es fundamental para tratar a las personas cuando somos abrumados por sus emociones. La promoción de la expresión emocional en un entorno seguro y el establecimiento de límites apropiados facilitan la regulación emocional y disminuyen la probabilidad de agotamiento; por lo que, a su vez, la calidad de nuestra intervención mejora mientras se fomenta la calidad de vida. (Dionne et al., 2017; Whitehead et al., 2018).

Finalmente, la participación en actividades significativas, como el ocio creativo, el voluntariado o las prácticas espirituales, es un medio efectivo para descubrir el propósito personal y aliviar la pesada carga emocional de proporcionar atención. Tales actividades fomentan la autoexpresión, disminuyen la ansiedad acumulada y fortalecen la resistencia, lo que los convierte en factor de protección contra la fatiga psicológica que enfrenta el cuidador en su vida diaria. (Maisonneuve et al., 2025; Vidal et al., 2019).

2.2.2.7. Dimensiones de la variable autocuidado

- **Autocuidado mental:** Es la capacidad para mantener pensamientos y emociones que benefician su bienestar. Implica el mantenimiento de una mentalidad positiva frente a los desafíos, desarrollar la creencia en la competencia y la creencia de que el futuro es valioso por sí mismo. La autoaceptación y la capacidad de afrontar la vida con una actitud resiliente también forman parte del autocuidado mental, ya que conducen a una mejor regulación emocional y el crecimiento y la ilusión de control sobre la vida (Ruelas et al., 2024).
- **Autocuidado social:** El autocuidado social se refiere al mantenimiento y fortalecimiento de relaciones interpersonales significativas que brindan apoyo emocional y estabilidad, incluyendo los vínculos familiares, de pareja

y de amistad, así como la participación activa en espacios comunitarios. Esta dimensión se expresa en la búsqueda de apoyo ante situaciones adversas, la integración en actividades sociales y la construcción de redes personales de soporte, las cuales contribuyen a la prevención del estrés y al bienestar emocional (Lam et al., 2024). Diversos estudios señalan que el fortalecimiento de estas redes favorece la expresión emocional y la regulación afectiva, reduciendo sentimientos de soledad y ansiedad, por lo que prácticas como compartir tiempo de calidad con personas cercanas o participar en actividades grupales constituyen estrategias relevantes de autocuidado social (Ruelas et al., 2024).

- **Autocuidado espiritual:** Es una dimensión que se refiere a la introspección y la conexión con uno mismo como estrategia para contrarrestar las emociones. Este significado abarca prácticas como la reflexión sobre uno mismo, encontrando un propósito de vida y estableciendo prácticas que conducen a la serenidad y la paz. En ese sentido, se trata de una dimensión necesaria para que las personas sientan sentido y trascendencia en sus vidas, lo que les permite enfrentar el estrés y otros problemas de una manera más equitativa. Finalmente, autocuidado espiritual es un proceso personal de introspección y conexión que los seres humanos pueden redefinir sus experiencias vitales. Teniendo relación inversa con la ansiedad, lo que significa que el autoconocimiento y la búsqueda de sentido son factores de protección contra la sobrecarga emocional de los trastornos mentales. (Ruelas et al., 2024).

2.2.3. Sobrecarga emocional

2.2.3.1. Modelo de afrontamiento

El planteamiento de Richard Lazarus y Susan Folkman revolucionó la forma de entender el estrés al proponer que no solo es resultado de las exigencias externas, sino también del significado que cada persona les atribuye a esas exigencias. En su visión, ante un suceso que se perciba como una amenaza o un reto, los individuos realizan una “evaluación primaria” para establecer si el acontecimiento es positivo, irrelevante o estresante. Luego se lleva a cabo una

“evaluación secundaria”, en la que la persona valora qué recursos y opciones tiene disponibles para afrontar la situación (Lazarus y Folkman, 1984).

Las estrategias de afrontamiento pueden ser de tipo emocional, por ejemplo, buscar distracciones, compartir sentimientos, regular el malestar, o centradas en la resolución de problemas, es decir, idear soluciones concretas y acciones específicas para solucionar la situación. El factor clave aquí es el ajuste continuo que se produce entre las exigencias del entorno y las capacidades (percibidas y reales) de la persona. Cuanto más adecuadas y flexibles sean estas estrategias de afrontamiento, menor será el impacto negativo del estrés sobre la salud mental y física (Lazarus y Folkman, 1984).

De esta forma, el cuidado de una persona con trastornos mentales se entiende como un proceso dinámico en el cual el cuidador evalúa de manera continua sus propios recursos para afrontar las situaciones de su entorno. Este modelo distingue entre carga objetiva, relacionada con las características observables del trastorno, como los síntomas positivos o negativos y la funcionalidad del paciente, y carga subjetiva, entendida como la experiencia emocional del cuidador ante dichas demandas; la interacción entre ambos tipos de carga, junto con las estrategias de afrontamiento empleadas, determina en gran medida las respuestas emocionales y conductuales del cuidador, tales como la sintomatología depresiva; bajo esta lógica, una reducción en la carga objetiva o una mejora en las estrategias de afrontamiento debería traducirse en una disminución de la carga subjetiva experimentada por el cuidador (Mora-Castañeda et al., 2023).

Por ende, el proceso de adaptación al rol de cuidado también se enmarca dentro de este modelo, a lo largo del tiempo, los cuidadores modifican la forma en que interpretan las exigencias del trastorno y ajustan sus estrategias, lo que indica un proceso de adaptación progresiva. Este ajuste se traduce en una disminución de la carga subjetiva y suele estar acompañado de una menor expectativa de control sobre la enfermedad o el comportamiento del familiar. Se ha observado, además, que la participación en asociaciones de pacientes y familiares favorece este proceso adaptativo, al proporcionar espacios de apoyo emocional, intercambio de experiencias y desarrollo de habilidades prácticas (Mora-Castañeda et al., 2023).

Desde un enfoque longitudinal, se ha comprobado que las estrategias de afrontamiento basadas en la resignación y la evitación tienden a mantener o incrementar la carga subjetiva y la sintomatología depresiva; en contraste, estrategias como el interés social y la búsqueda de apoyo se asocian con menores niveles de malestar emocional, además, se ha identificado que niveles altos de depresión en el cuidador predicen aumentos posteriores en la carga subjetiva, lo que sugiere un ciclo negativo donde el malestar emocional inicial se traduce en una percepción cada vez más agobiante del rol de cuidado (Mora-Castañeda et al., 2023).

Finalmente, más allá de la sintomatología del paciente, su nivel de funcionamiento general se posiciona como un factor determinante en la evolución del malestar del cuidador; la capacidad del paciente para desenvolverse en actividades de la vida diaria influye directamente en la percepción de sobrecarga y en el estado emocional de quien brinda el cuidado, de tal forma, se evidencia resalta la necesidad de orientar las intervenciones no solo al manejo sintomático, sino también al fortalecimiento funcional del paciente como vía para mitigar el impacto emocional del cuidado (Mora-Castañeda et al., 2023).

2.2.3.3. Tipos de sobrecarga

La sobrecarga subjetiva incluye la percepción personal del nivel de estrés y carga emocional que sufre el cuidador mientras cuida a un paciente. Este tipo de sobrecarga se refiere, pero no se limita a, la ansiedad, la frustración y la culpa; a menudo se intensifica cuando el cuidador siente que no satisface sus propias expectativas de atención. Dado que esta es una experiencia interna, afecta directamente el bienestar emocional y puede resultar en fatiga crónica. (Mijiritsky et al., 2020).

Además, que los factores externos también influyen, como factores culturales y experiencias pasadas, como la creencia de que todas las responsabilidades recaen sobre uno mismo, causando una carga emocional adicional. Asimismo, la falta de reconocimiento o gratificación también da como resultado una percepción negativa de la autoinversión, ya que dificulta aún más el autocontrol y el autocuidado (Miranda et al., 2021).

Por otro lado, la sobrecarga objetiva se da a través de los aspectos concretos asociados al rol de cuidador, como el número de horas de atención, las tareas extra del hogar, la necesidad de supervisión constante y todas las exigencias prácticas que pueden afectar significativamente a la vida personal, social y laboral del paciente. Tiene un impacto negativo conforme se suman más obligaciones inevitables que no pueden ser abordadas de manera apropiada al nivel de estabilidad y satisfacción del cuidador. (Mijiritsky et al., 2020).

A diferencia de la carga subjetiva, Se diferencia de la sobrecarga subjetiva, dado que este tipo es más fácilmente medible, pues depende de factores cuantificables como el tiempo, los recursos económicos y la logística diaria. Cuando el cuidador no posee los verdaderos métodos efectivos para tratar de afrontar estos niveles de exigencia, el agotamiento físico y emocional incrementa, reduciendo sus oportunidades para el descanso y disminuyendo la calidad de su vida personal y el cuidado (Miranda et al., 2021).

2.2.3.4. Factores protectores

Las redes de apoyo están formadas por amarres familiares, comunitarios e institucionales basados contextualmente para sostener al cuidador de actividades de soporte incluyen el soporte práctico y emocional. Son lugares donde el individuo expresa sus angustias, donde encuentra el amor particular, intercambia consejos para la vida y reduce la sensación de soledad y las mejores posibilidades de salir adelante con los problemas diarios. Con esto, se tiene un efecto en la salud mental. (Alves y Guirardello, 2016). Un sistema de apoyo robusto puede incluir servicios de relevo que permiten al cuidador descansar temporalmente, así como grupos de ayuda mutua que ofrecen experiencias compartidas y orientación emocional, además, el respaldo institucional proporciona acompañamiento profesional y acceso a recursos técnicos o económicos; este conjunto de apoyos mejora la resiliencia del cuidador y reduce el riesgo de agotamiento prolongado (Kaiser et al., 2015).

La fortaleza emocional, se refiere a las capacidades internas que le permiten al cuidador manejar emociones abrumadoras y resistir a pesar de las dificultades. Esto supone la capacidad de aprobar y validar sus puntos de vista sin la necesidad

de recurrir a la negación o la represión. Un cuidador con alta fortaleza emocional es más capaz de acomodarse a la idea de incertidumbre y responde a la tarea de cuidado con firmeza y serenidad. (Vieira y Cunha, 2020). Esta fortaleza se puede cultivar mediante la reflexión, la autorregulación emocional y la práctica de técnicas como el mindfulness, lo que promueve una mayor conciencia de sí mismo, a través de este desarrollo, se fortalecen conductas adaptativas frente al estrés y se previene la acumulación de tensiones perjudiciales (Collins , 2020).

Por último, la autoeficacia percibida corresponde a la creencia del cuidador en su propia capacidad para enfrentar con éxito las demandas del rol que desempeña, cuando el cuidador confía en sus habilidades, incrementa su motivación y aplica estrategias más eficaces; esta percepción positiva suele construirse a partir de experiencias satisfactorias anteriores, la observación de modelos competentes y la retroalimentación de profesionales o grupos de apoyo (Benzerouk et al., 2020). Una alta autoeficacia promueve la toma de decisiones asertivas y la búsqueda activa de soluciones, mientras que su ausencia tiende a incrementar la ansiedad y el agotamiento; el fortalecimiento de esta dimensión puede lograrse mediante programas de formación continua, acompañamiento clínico y el reconocimiento de los logros diarios, lo cual contribuye a mantener el equilibrio emocional del cuidador (Sheng et al., 2023).

2.2.3.5. Señales de alarma

El agotamiento psíquico La psico-fatiga es la fatiga mental. Se traduce en una reducción de la capacidad de concentración y de la motivación de un cuidador. Cuando esta condición mental es sostenida, la oscilación del estado de ánimo, la irritabilidad constante, dificultad en la toma de decisiones el estrés, se inicia el ciclo de la baja calidad de atención al paciente y la mayor presión emocional en el propio cuidador. (Vieira y Cunha, 2020). Cuando este agotamiento se prolonga, suele producirse una pérdida de entusiasmo, pensamientos pesimistas y una sensación de estancamiento, además, se descuida el autocuidado básico, aumentando la vulnerabilidad a trastornos psicológicos como la depresión, por ello, es clave implementar pausas de descanso y buscar apoyo profesional que ayude a preservar la estabilidad emocional (Benzerouk et al., 2020).

En este contexto, también pueden emerger conflictos interpersonales; estos surgen especialmente cuando el cuidador percibe una falta de colaboración por parte de otros familiares o personas cercanas, lo que genera tensiones y resentimientos; la sobrecarga emocional acentúa la irritabilidad y dificulta una comunicación clara, generando un entorno familiar hostil que afecta negativamente la salud emocional de todos los involucrados (Alves y Guirardello, 2016). La falta de acuerdos sobre las responsabilidades compartidas o el escaso reconocimiento al esfuerzo realizado pueden agravar las discusiones, para reducir estos conflictos, se recomienda distribuir las tareas de cuidado de forma consensuada, recurrir a mediadores familiares o asistir a terapia psicológica conjunta, entonces, abordar estas tensiones a tiempo permite proteger el clima afectivo y aligerar la carga emocional compartida (Collins, 2020).

Por otro lado, el deterioro físico representa una señal de alerta frecuente en cuidadores; este se manifiesta en forma de cansancio constante, dolores musculares, alteraciones del sueño y una notoria disminución del bienestar corporal; las exigencias continuas del cuidado reducen el tiempo disponible para mantener una alimentación equilibrada, ejercitarse o descansar adecuadamente. Con el tiempo, esto incrementa el riesgo de enfermedades cardiovasculares, trastornos alimentarios y una menor respuesta inmunológica, lo que impacta negativamente en la salud integral del cuidador (Qaiser et al., 2015). Además, el malestar físico se ve agravado por el estrés acumulado y la falta de atención a las propias necesidades; ignorar los primeros signos de agotamiento puede derivar en complicaciones crónicas como hipertensión o afecciones gastrointestinales, por esta razón, resulta indispensable establecer espacios de reposo, realizar controles médicos regulares y adoptar prácticas que garanticen un cuidado sostenible y eficaz (Sheng et al., 2023).

2.2.3.4. Definición de sobrecarga emocional

Según Zarit et al. (1980) se refiere a los patrones constantes de tensiones y presiones creadas a cuidadores/as familiares a agregar constantes demandas de una persona más y no quedar completamente motivados para realizar actividades propias, la sobrecarga suele asociarse con el síndrome del desgaste profesional que se manifiesta en el agotamiento, un sentido de fracaso, culpa, insomnio,

aislamiento social y muchas dificultades para balancear la yuxtaposición de su tiempo y energía para su uso personal y necesidades del individuo a su cargo”. Por otra parte, Salazar et al. (2019) señalan que esta sobrecarga puede intensificarse cuando existen escasos recursos de apoyo y poca colaboración familiar, generando mayores niveles de estrés y ansiedad.

De manera similar, Irarrázaval et al. (2016) menciona que este factor de la sobrecarga emocional tiene que ver en parte a la sobrecarga de trabajo generado “cuando hay poca colaboración familiar y escasos recursos de apoyo” debido a que genera estrés y ansiedad. De igual manera, los autores Irarrázaval y colaboradores mencionan que la detección temprana de estos síntomas y signos relacionados la sobrecarga emocional facilita la adopción de medidas preventivas para los trastornos mentales, mejorando la calidad de vida de los cuidadores y pacientes, porque dispositivos de apoyo, momentos de descanso y orientación pueden evitar trastornos del comportamiento. Identificar es saber lo que se trata para anticiparse con soluciones adecuadas.

2.2.3.5. Dimensiones de la variable sobrecarga emocional

Impacto del cuidado sobre el cuidador: En primer lugar, el impacto del cuidado se refiere a las consecuencias directas que las actividades de asistencia tienen en la vida cotidiana del cuidador. Esto se refiere a la pérdida de tiempo libre y la imposibilidad de trabajar. Asimismo, probablemente producirá tensión psicológica. De acuerdo con Zarit et al., cuanto más tiempo se dedica, más sacrificios se hacen y más se descuida la propia salud. Teniendo en cuenta el papel integral de esta dimensión, se examina el impacto del papel de cuidador (Zarit et al., 1980).

Relación interpersonal: La calidad de la relación entre el cuidador y el paciente, así como la interacción con otros familiares, es la relación interpersonal. Con mucha molestia o rencor, la comunicación se interrumpe y las fricciones surgen continuamente. Con una relación normal o positiva, la comunicación es empática y ayuda. Esta dimensión hace hincapié en los aspectos emocionales. (Zarit et al., 1980).

Expectativas de autoeficacia: Mide la cantidad de confianza que el cuidador tiene en su habilidad de desempeñarse satisfactoriamente. Una valoración positiva

implica un modus operandi orientado a soluciones, el ajuste y la persistencia en la adversidad, mientras que una interpretación pesimista impulsa la ansiedad y socava la capacidad de recuperación. La relación entre los cuidadores y la moderación de la sobrecarga en sí misma testifica la existencia de tal dimensión. (Zarit et al., 1980).

2.3. Definición de términos básicos

Autocuidado: Se refiere a un grupo de acciones emprendidas por una persona para proteger su bienestar físico, mental y social. Incluye la adquisición de estilos de vida saludables, la evitación de enfermedades y el control del estrés, lo que lleva a la autonomía y a una mejor calidad de vida en la existencia diaria. (Lam et al., 2024).

Autocuidado mental: Se refiere a las estrategias para mantener el equilibrio emocional y psicológico, como gestionar pensamientos negativos, reducir el estrés y fortalecer la resiliencia. Implica cultivar una actitud positiva, practicar la autoaceptación y desarrollar habilidades para afrontar desafíos de manera saludable (Lam et al., 2024).

Autocuidado social: Se refiere a la preservación y el mantenimiento de relaciones interpersonales que sean de soporte y satisfacción total con otros seres humanos; implica la búsqueda activa y el fortalecimiento de la relación con sus seres queridos para obtener apoyo emocional. Esta dimensión incluye la participación en actividades grupales y comunitarias, la comunicación eficaz y asertiva y la creación de relaciones significativas para el bienestar y la estabilidad emocional de los afectados (Lam et al., 2024).

Autocuidado espiritual: Abarca la búsqueda continua de significado, propósito y paz interna mediante la meditación, la oración y la reflexión profunda. Estas prácticas no solo les ayudan a afrontar los desafíos de la vida con una notable serenidad, sino que también les ayuda a fortalecer y reforzar sus valores fundamentales (Lam et al., 2024).

Sobrecarga emocional: Se puede definir como un estado de agotamiento mental y físico debido a la acumulación de estrés y múltiples responsabilidades que deben cumplirse. Este fenómeno se produce especialmente si la persona es un cuidador;

de lo contrario, los síntomas podrían ser ansiedad constante, fatiga en la medida en que es imposible relajarse y la sensación de presión de que es imposible cumplir con la tarea en cuestión. La sobrecarga con el tiempo puede conducir a comportamientos que perjudican la salud mental y emocional, reduciendo la calidad de vida de la persona y su capacidad para brindar apoyo a sus seres queridos (Zarit et al., 1980).

Impacto del cuidado sobre el cuidador: Hace referencia a los efectos físicos, emocionales y sociales del cuidado sobre el cuidador: este subdominio se refiere a los efectos físicos, emocionales y sociales del acto de proporcionar cuidados a otra persona. Esto puede abarcar desde fatiga, tiempo personal perdido, estrés, dificultades económicas hasta alteraciones en la calidad de vida del cuidador. (Zarit et al., 1980).

Relación interpersonal: Es la relación entre dos o más individuos, basada en la comunicación, la empatía y el soporte. En cuanto al cuidado, esta variable influye en el nivel del vínculo entre el cuidador y el paciente, lo que, a su vez, se ve reflejado en la satisfacción y el bienestar de cada uno (Zarit et al., 1980).

Expectativas de autoeficacia: Se refiere a la confianza de una persona en su capacidad de afrontar retos y realizar con eficacia el trabajo. En el ámbito de la atención, dicha definición se extiende a la confianza del propio cuidador en su capacidad de solucionar problemas, manejar la autoconfianza y el autocontrol que emergen de esos problemas. (Zarit et al., 1980).

Cuidador formal: Es un profesional capacitado y remunerado que brinda atención a personas con necesidades especiales. Puede trabajar en hospitales, centros de salud o domicilios, aplicando conocimientos técnicos para mejorar la calidad de vida del paciente y seguir protocolos de atención (Chiao et al., 2022).

Cuidador informal: Es una persona no remunerada que cuida a un familiar o amigo con necesidades especiales. Su rol suele surgir por lazos afectivos y, aunque no siempre tiene formación profesional, asume responsabilidades diarias que pueden generar desgaste emocional y físico (Chiao et al., 2022).

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis general

H_i: Existe una relación significativa entre el autocuidado y la sobrecarga emocional en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en establecimientos de salud de la Región Junín, 2025.

3.1.2. Hipótesis específicas

- **H_{i1}:** Existen diferencias significativas en el autocuidado entre los cuidadores informales de sexo masculino y femenino de pacientes con esquizofrenia en los establecimientos de salud de la Región Junín, 2025.
- **H_{i2}:** Las mujeres cuidadoras informales de pacientes con esquizofrenia presentan mayor sobrecarga emocional que los varones, en los establecimientos de salud de la Región Junín 2025.
- **H_{i3}:** Las madres cuidadoras presentan mayor sobrecarga emocional en comparación con otros lazos de parentesco en los cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en los establecimientos de salud de la Región Junín, 2025.
- **H_{i4}:** Las dimensiones del autocuidado predicen significativamente la sobrecarga emocional en los cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en los establecimientos de salud de la Región Junín, 2025.

3.2. Operacionalización de variables

Variable 1 – Autocuidado:

Definición conceptual: Según Orem (1971) es la capacidad del individuo para realizar acciones destinadas a mantener su bienestar físico, psicológico y social. Implica responsabilidad y autonomía en la satisfacción de las necesidades diarias, ajustándose a las condiciones de salud y desarrollo personal, con el apoyo del profesional sanitario cuando sea preciso.

Definición operacional: El autocuidado se evaluará mediante la Escala de Autocuidado de Salud Mental (ESAM), que mide las dimensiones mental, social y espiritual a través de 16 ítems (Lam et al., 2024).

Variable 2 – Sobrecarga emocional:

Definición conceptual: Según Zarit et al. (1980), refleja el conjunto de tensiones constantes y presiones que experimentan los cuidadores al asumir la responsabilidad de atender a otra persona. Se manifiesta mediante agotamiento, culpa, aislamiento social y dificultades para equilibrar el cuidado con las propias necesidades personales, físicas y psicológicas.

Definición operacional: La sobrecarga emocional se medirá con la Escala del Zarit (EZA), diseñada para cuidadores informales de personas con esquizofrenia. Evalúa tres dimensiones: impacto del cuidado sobre el cuidador, relación interpersonal y expectativa de autoeficacia, con un total de 7 ítems (Marchena et al., 2023).

Por otro lado, existe una limitación metodológica relacionada con la confiabilidad de los instrumentos, ya que se relaciona con la confiabilidad interna de algunas dimensiones de la Escala de Sobrecarga de Zarit (EZA) en la muestra analizada. En particular, las subescalas de Autoeficacia y Relación Interpersonal mostraron índices de consistencia interna inferiores a los esperados, lo que sugiere posibles dificultades en la adecuada medición de estos constructos en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia de la región Junín. Este hallazgo podría estar vinculado a factores socioculturales propios del contexto local, así como a diferencias en la comprensión y relevancia de ciertos ítems, lo cual limita la precisión de las interpretaciones realizadas a partir de dichas dimensiones específicas.

En función de lo anterior, se recomienda que futuras investigaciones revisen de manera crítica los ítems correspondientes a las dimensiones de Autoeficacia y Relación Interpersonal de la EZA, con el propósito de realizar adaptaciones culturales que permitan una mejor adecuación al contexto sociocultural de la región Junín. Alternativamente, se sugiere considerar el uso de instrumentos diferentes que cuenten con evidencia psicométrica más robusta para evaluar la sobrecarga

emocional en cuidadores informales dentro de esta población. Asimismo, en caso de emplear nuevamente la EZA, podría contemplarse la exclusión de ítems con baja carga factorial o inconsistencias internas, previa evaluación psicométrica, a fin de fortalecer la fiabilidad del constructo y mejorar la calidad de las mediciones en estudios posteriores

Tabla 1
Matriz de operacionalización de las variables

Variable 1 – Autocuidado:		
Dimensiones	Ítem	Nivel de medición
Mental	01. Tengo pensamientos positivos ante los problemas como «sí puedo solucionarlo»; «tengo la capacidad para afrontarlo», etc.	Ordinal
	02. Me acepto tal como soy	
	03. Tengo un proyecto de vida	
	04. Pienso positivamente sobre el futuro	
	05. Mi vida tiene aspectos positivos	
	06. Me siento capaz de afrontar los problemas de la vida	
Social	07. Expreso mis preocupaciones con mi círculo íntimo: pareja, familia, amigos	
	08. Me reúno con personas que comparten mis intereses	
	09. Conozco personas con experiencias que me pueden ayudar	
	10. Procuero reunirme con las personas que amo	
	11. Tengo amigos que pueden ayudarme emocionalmente	
	12. Asisto a reuniones sociales	
Espiritual	13. Reflexiono sobre mis actividades diarias	
	14. Hago espacios en mi vida para tomar conciencia de lo que me ocurre	
	15. Respiro y me concentro ante situaciones ansiosas	
	16. Reflexiono sobre lo que pasa en mi vida	
Variable 2 – Sobrecarga emocional		
Dimensiones	Ítem	Nivel de medición
Impacto del cuidador sobre el cuidador	1. ¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita? 2. ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	Ordinal

	<p>3. ¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?</p> <p>4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?</p> <p>5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?</p> <p>6. ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?</p> <p>7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?</p> <p>8. ¿Siente que su familiar depende de usted?</p> <p>9. ¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?</p> <p>10. ¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?</p> <p>11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?</p> <p>12. ¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?</p>
Relación interpersonal	<p>13. ¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?</p> <p>14. ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?</p> <p>15. Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?</p> <p>16. ¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?</p> <p>17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?</p> <p>18. ¿Desearía poder encargarse del cuidado de su familiar a otras personas?</p>
Expectativa de Autoeficacia	<p>19. ¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?</p> <p>20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?</p> <p>21. ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?</p> <p>22. En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?</p>

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

4.1. Método, tipo y alcance de la investigación

4.1.1. Método

Esta investigación adoptará un método cuantitativo, conforme a lo planteado por Ato y Vallejo (2015) ya que en este enfoque se implementarán técnicas y procedimientos estadísticos para medir, analizar y cuantificar las relaciones entre las variables estudiadas.

4.1.2. Tipo y alcance

De igual manera, será de nivel básico y tendrá un alcance correlacional-predictivo, según lo planteado por Ato y Vallejo (2015) ya que no tiene como propósito intervenir ni resolver de manera directa un problema práctico, sino profundizar en la comprensión teórica de la relación existente entre el autocuidado y la sobrecarga emocional en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia. Desde este enfoque, la investigación busca identificar y analizar, mediante procedimientos estadísticos, el grado y la dirección de la asociación entre las variables de interés, aportando evidencia empírica que permita explicar su comportamiento conjunto y contribuir al desarrollo conceptual en el ámbito de la psicología de la salud y comunitaria.

4.2. Diseño de investigación

Finalmente, siguiendo lo propuesto por Ato y Vallejo (2015) el diseño será correlacional predictivo, de corte transversal; esto es debido a que su objetivo fue analizar la relación entre las variables explicar el comportamiento de las variables en un momento específico del tiempo.

4.3. Población y muestra

4.3.1. Población

La población estuvo conformada por 104 cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia que están en tratamiento en Centros de Salud de la Región Junín. El grupo lo conformarán hombres y mujeres de 18 a 60 años de edad.

4.3.2. Muestra

La muestra estuvo constituida por un subconjunto de la población objetivo, seleccionado con la finalidad de recolectar la información necesaria para el estudio. Para ello, se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia de tipo intencional, considerando la accesibilidad y disponibilidad de los cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia, lo que permitió la inclusión de 104 participantes. Asimismo, el tamaño muestral fue estimado previamente mediante el software G*Power, de acuerdo con lo propuesto por Faul et al. (2009), empleando un análisis a priori con una hipótesis bilateral, un tamaño del efecto de 0,30, un nivel de significancia de 0,05 y un poder estadístico de 0,85. Como resultado de este cálculo, se determinó que el número mínimo requerido de participantes era de 104 cuidadores informales, cantidad que fue alcanzada en la presente investigación.

Criterios de inclusión

- Cuidadores informales de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia atendidos en establecimientos de salud de la región Junín.
- Personas mayores en el rango de 18 a 60 años de edad.
- Cuidadores que desempeñaban el rol principal de cuidado sin recibir remuneración económica.
- Participantes con un tiempo mínimo de dos meses en el cuidado del paciente.
- Cuidadores que aceptaron participar voluntariamente y firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Cuidadores formales o personas que recibían remuneración por el cuidado.
- Personas menores de 18 años.
- Cuidadores con alteraciones cognitivas severas o diagnóstico de trastorno mental que dificultara la comprensión de los instrumentos.
- Participantes que no completaron la totalidad de los cuestionarios.
- Cuidadores que decidieron retirarse del estudio durante el proceso de recolección de datos.

4.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos

4.4.1. Técnica de recolección de datos

La técnica de recolección de datos fue el cuestionario, se empleó esta técnica porque permitió recopilar datos de manera estructurada y eficiente sobre el autocuidado y la sobrecarga emocional de los cuidadores informales, facilitando su posterior análisis.

4.4.2. Instrumentos de recolección de datos

Escala de Autocuidado de Salud Mental (ESAM):

La variable de autocuidado se evaluará mediante la Escala de Autocuidado de Salud Mental (ESAM) de Lam et al. (2024). ESAM es un cuestionario de 16 ítems para evaluar el autocuidado en adultos con dimensiones de autocuidado mental, social y espiritual. Se obtiene un puntaje sumando el promedio de las preguntas correspondientes. Es un instrumento tipo escala de Likert, donde 1 sería “nunca” y 5 señalaría “siempre”. Se estima que la aplicación de ESAM demora entre 10 y 15 minutos. Por lo tanto, esta es una herramienta conveniente para usar en contextos clínicos o de investigación.

En cuanto a su validez, se realizó un *análisis factorial exploratorio* mediante el método de mínimos residuales no ponderados (ULS), confirmando la estructura tridimensional con una varianza acumulada del 56%. Los índices de ajuste respaldaron su validez estructural, con una Raíz Media Cuadrática Residual

(RMSR) de .03 y un Error Cuadrático Medio de Aproximación (RMSEA) inferior a .08 (Lam et al, 2024). Adicionalmente, la *validez convergente* se verificó mediante correlaciones significativas con medidas psicológicas: positivas con autoestima ($r=.35$ a $.49$), autoeficacia ($r=.51$ a $.65$) y eustrés ($r=.39$ a $.54$), y negativas con distrés ($r=-.25$ a $-.43$), todas con $p<.001$. La *confiabilidad* del instrumento, evaluada mediante el coeficiente omega, mostró alta consistencia interna: 0.89 para la dimensión mental, .86 para la social y .86 para la espiritual (Lam et al., 2024).

Es así que, para la presente investigación, la confiabilidad fue calculada a través del coeficiente Omega de McDonald's. La confiabilidad para la Escala de Autocuidado de Salud Mental (ESAM) indican que la dimensión mental presenta una excelente consistencia interna ($\omega=.848$), demostrando alta fiabilidad en sus 6 ítems. La dimensión social muestra una confiabilidad aceptable, aunque ligeramente inferior ($\omega=.692$), lo que sugiere cierta variabilidad en sus 6 ítems, mientras que la dimensión espiritual, con solo 4 ítems, alcanza un nivel adecuado de confiabilidad ($\omega=.722$).

Validez y confiabilidad de la escala de Autocuidado de Salud Mental (ESAM):

Para la evaluación del autocuidado, se utilizó la Escala de Autocuidado de Salud Mental (ESAM), instrumento desarrollado y validado en población adulta peruana, lo que garantiza su adecuación cultural y contextual. La ESAM fue construida a partir de un riguroso proceso psicométrico que incluyó análisis factorial exploratorio y confirmatorio, identificando una estructura multidimensional compuesta por las dimensiones mental, social y espiritual. Asimismo, reportó elevados índices de consistencia interna, con valores de alfa de Cronbach superiores a 0.90, lo que evidencia una alta fiabilidad. La validez de constructo fue respaldada mediante correlaciones teóricamente esperadas con variables asociadas al bienestar psicológico y la salud mental, lo que confirma que el instrumento mide de manera precisa las prácticas de autocuidado en adultos peruanos (Lam et al., 2024).

Escala General del Zarit (EZ):

En relación a la variable sobrecarga emocional, se aplicó la Escala General del Zarit, EZ, adaptada por Marchena et al. Se trata de un instrumento de origen estadounidense que cuenta con 22 ítems que miden la sobrecarga emocional a través de una escala tipo Likert con ítems que van desde 1: nunca hasta 5: siempre. La EZ se diseñó para evaluar a cuidadores formales e informales de personas con esquizofrenia y se focaliza en tres dimensiones centrales, el impacto de la tarea de cuidar en el cuidador, la relación de las expectativas de autoeficacia interpersonal y la relación interpersonal. Los puntajes se obtienen a través de la sumatoria de los ítems asignados a cada dimensión. El instrumento se aplica en 10 a 15 minutos por lo que no resulta pesado en su implementación, pudiendo implementarse en contextos clínicos o de investigación.

En lo que respecta a la validez, el EFA mostró una conveniencia de los datos muestreados ($KMO = 0.895$) respaldada por una significativa prueba esfericidad de Bartlett ($X^2 = 1372.54$; $p < 0.001$). El EFA confirmó la estructura de tres factores y una varianza total explicada del 54.77%. Estadísticamente, esto valora la escala como una buena herramienta de detección de sobrecarga emocional en cuidadores. En cuanto a la confiabilidad, la medida total obtuvo un Cronbach alfa de 0.908, lo que indica una elevada consistencia interna. La subescala de impacto del cuidado obtuvo un alfa de 0.869, considerado sólido; la dimensión de relación interpersonal factor presentó un valor de 0.701 (rango aceptable) y expectativas de autoeficacia, obtuvo un valor moderado de 0.626, aún dentro de parámetros aceptables para la medición (Marchena et al., 2023).

Para la presente investigación, la confiabilidad fue calculada a través del coeficiente Omega de McDonald's. La confiabilidad para la Escala de Sobrecarga Emocional revela diferencias significativas entre sus dimensiones. La dimensión de Impacto del cuidado sobre el cuidador (12 ítems) muestra una buena confiabilidad ($\omega = 0.808$), indicando que estos ítems miden consistentemente este constructo. Sin embargo, la dimensión de Relación interpersonal (6 ítems) presenta una confiabilidad moderada ($\omega = 0.629$), ligeramente por debajo del umbral recomendado de .70, lo que sugiere que algunos ítems podrían requerir revisión o que este aspecto es más variable. La dimensión de Expectativa de Autoeficacia (4 ítems) evidencia una confiabilidad baja ($\omega = 0.527$).

Validez y confiabilidad de la Escala General del Zarit (EZ):

La Escala General de Sobrecarga de Zarit (EZ) fue empleada para medir la sobrecarga emocional del cuidador informal. Este instrumento es uno de los más utilizados a nivel internacional para evaluar la carga subjetiva asociada al rol de cuidado y ha demostrado sólidas propiedades psicométricas en múltiples contextos culturales. En el ámbito peruano, la EZ ha sido aplicada y validada en estudios con cuidadores informales de personas con trastornos mentales y otras condiciones crónicas, evidenciando adecuados niveles de confiabilidad, con coeficientes alfa de Cronbach que oscilan entre 0.85 y 0.95. Asimismo, los estudios de adaptación cultural han confirmado la claridad semántica de los ítems y la pertinencia de su contenido para población hispanohablante, lo que respalda su validez de contenido y constructo. La EZ permite captar el impacto emocional, físico y social del cuidado prolongado, siendo especialmente adecuada para investigaciones que analizan la experiencia del cuidador en contextos de salud mental (Marchena et al. 2023).

4.4.3. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Procedimiento de recolección de datos:

El presente estudio se efectuó de acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki, la cual orienta la conducta ética en investigaciones médicas que involucran a seres humanos. En ese marco, el Comité de Ética de la Universidad Continental revisó el proyecto y emitió el dictamen correspondiente. Asimismo, los lineamientos éticos fueron presentados ante el Comité de Bioética de los establecimientos de salud y las autoridades competentes, quienes autorizaron la ejecución del estudio.

En relación con los participantes, se les entregó un consentimiento informado en el que se explicó, de manera clara y accesible, la finalidad de la investigación, el carácter voluntario de su participación y las medidas adoptadas para garantizar la confidencialidad y protección de los datos recolectados. Del mismo modo, se les informó sobre los posibles beneficios directos e indirectos derivados de la investigación, precisándose que no existían riesgos significativos asociados a su participación. Asimismo, se aclaró que los cuestionarios aplicados no tuvieron como finalidad la realización de diagnósticos individuales, por lo que no

se brindaron resultados personalizados. No obstante, se facilitó el contacto del investigador principal para que los participantes que lo desearan pudieran solicitar un informe general del estudio o resolver cualquier duda relacionada con la investigación.

Durante esta etapa, los cuestionarios y consentimientos informados fueron entregados de manera presencial a todos los participantes. Una vez firmado el consentimiento informado, se procedió a la aplicación de la ficha sociodemográfica y de los dos instrumentos previamente descritos. En los casos en que los cuidadores presentaron dificultades para la lectura o no sabían leer, el contenido del consentimiento informado fue leído de forma literal, permitiéndose el registro de la huella dactilar como manifestación de su consentimiento, garantizándose así la expresión libre y voluntaria de su participación.

El proceso de evaluación tuvo una duración aproximada de quince minutos por participante. Al finalizar la aplicación de los instrumentos, se agradeció la colaboración de los cuidadores y se procedió a la codificación y numeración de la información recolectada, la cual fue posteriormente ingresada en una hoja de cálculo de Excel para la construcción de datos.

Finalmente, los cuestionarios fueron aplicados en formato físico y completados de manera individual por cada participante. La recolección de datos estuvo a cargo del investigador principal y de su equipo de apoyo, quienes fueron previamente capacitados para asegurar la adecuada aplicación de los instrumentos. Este procedimiento se llevó a cabo en los establecimientos de salud de la región Junín, en ambientes tranquilos y privados, garantizando la comodidad, confidencialidad y bienestar de los cuidadores durante su participación en el estudio.

Procedimiento de análisis de datos:

El análisis de datos se realizó utilizando el JAMOVI v 2.3.28 de análisis estadístico de datos de formato prediseñado del The jamovi project. Luego del preprocesamiento, se aplicó estadísticas descriptivas: frecuencias y porcentajes para variables categóricas, y medidas de tendencia central y dispersión para variables de escala continua. Posteriormente, se evaluó los supuestos de los

análisis paramétricos; por si se cumplen, se ejecuta con pruebas como Correlación de Pearson, la prueba t y ANOVA. De igual forma, si no se cumple, se aplica pruebas no paramétricas: Correlación de Spearman, la prueba U de Mann-Whitney y la prueba de Kruskal-Wallis. También, se consideró un modelo de regresión lineal múltiple.

4.5. Aspectos éticos

La investigación se llevó a cabo en concordancia con los principios éticos establecidos en el Reglamento para el Funcionamiento del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Continental, garantizándose en todo momento el respeto de los derechos de los participantes y la protección de su integridad física y emocional. En este marco, los cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia fueron debidamente informados acerca de los propósitos, alcances y posibles efectos del estudio, asegurándose una comprensión clara de la naturaleza de su participación. Asimismo, se respetó plenamente la autonomía de los participantes durante el proceso de obtención del consentimiento informado, explicándoles que podían retirarse del estudio en cualquier momento sin que ello generara consecuencias negativas.

La confidencialidad y protección de la información proporcionada constituyeron un aspecto fundamental del estudio. Los datos recolectados no incluyeron información sensible que permitiera la identificación de los participantes y fueron almacenados de manera segura, estando su acceso restringido exclusivamente al equipo de investigación autorizado, quienes hicieron uso de la información únicamente con fines académicos y científicos.

De igual manera, se identificaron y evaluaron previamente los posibles riesgos asociados a la participación en el estudio, procurando que estos fueran mínimos y no ocasionaran daños ni efectos adversos a los cuidadores. Se priorizó que los beneficios potenciales de la investigación superaran cualquier incomodidad derivada del proceso de evaluación, para lo cual se aplicaron estrategias metodológicas orientadas a salvaguardar la integridad, el tiempo y el espacio personal de los participantes.

Con el fin de evitar conflictos de interés, el análisis de los datos se realizó bajo criterios de objetividad, garantizando que las conclusiones obtenidas se derivaran de un proceso analítico riguroso, transparente y coherente con la evidencia empírica recolectada. En este sentido, el estudio fue evaluado y aprobado conforme a los estándares éticos nacionales e internacionales vigentes para investigaciones que involucran a seres humanos.

Dado que la población de estudio estuvo conformada por cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia, considerados un grupo vulnerable, se establecieron medidas específicas de protección orientadas a prevenir cualquier forma de abuso, estigmatización o discriminación. Durante todo el proceso de investigación se promovió un trato respetuoso y empático, evitando situaciones que pudieran afectar el bienestar emocional de los participantes.

Finalmente, la presentación y difusión de los resultados se realizó de manera ética y transparente, evitando cualquier tipo de manipulación o distorsión de la información. Los hallazgos obtenidos constituyeron un aporte relevante al conocimiento sobre la relación entre el autocuidado y la sobrecarga emocional en cuidadores informales, proporcionando evidencia útil para el fortalecimiento de intervenciones orientadas a mejorar el bienestar y la calidad de vida de esta población.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. Resultados y análisis

Los estadísticos descriptivos de las variables empleadas en el estudio se presentan en la Tabla 2. Un total de 104 participantes completaron la encuesta, sin valores faltantes en ninguna de las variables. La edad media de los participantes fue 54.23 años. En relación con el sexo, la mayoría fue el sexo femenino con un porcentaje de 64.42%. Con respecto a la educación, la mayoría obtuvo la primaria, el 28.85%, la secundaria, el 36.54% y el 27.88% la universitaria. Más de un 91.35% de los participantes sabía leer.

En relación con el parentesco, las madres constituyeron el grupo más grande (36.54%), seguidas por los hermanos (28.85%) y los padres (16.35%). El estado civil más común fue casado (38.46%), seguido por soltero (27.88%) y conviviente (23.08%). La cantidad promedio de hijos fue de 3.04.

Respecto a las variables relacionadas con el cuidado, la mayoría de los participantes trabajaba en el turno Ambos (75%). La mayoría de los cuidadores había estado en el rol por Más de un año (89.42%). La mayoría de los participantes no había recibido capacitación (78.85%), pero la mayoría sí trabajaba (78.85%). La mayoría de los participantes no tenía experiencia previa en el cuidado (93.27%). El tipo de trabajo más frecuente fue Independiente (69.23%).

En cuanto al reconocimiento y la satisfacción, la mayoría de los participantes no recibía Ningún tipo de apoyo (78.85%). La satisfacción con el reconocimiento fue variada, con el 38.46% Poco satisfecho y el 28.85% Moderadamente satisfecho. La satisfacción con el cuidado fue Moderadamente satisfecho (44.23%).

Tabla 2

Resultados descriptivos de la muestra

Variable	n/M	%/DE
Sexo		

Femenino	67	64.42%
Masculino	37	35.58%
<i>Edad</i>	54.23	14.35
<i>Grado de instrucción</i>		
Sin estudios	7	6.73%
Primaria	30	28.85%
Secundaria	38	36.54%
Superior	29	27.88%
<i>Sabe leer</i>		
Si	95	91.35%
No	9	8.65%
<i>Parentesco</i>		
Padre	17	16.35%
Madre	38	36.54%
Hermano	30	28.85%
Hijo	7	6.73%
Esposo	6	5.77%
Otros	6	5.77%
<i>Estado civil</i>		
Soltero	29	27.88%
Casado	40	38.46%
Conviviente	24	23.08%
Viudo/Divorciado	11	10.58%
<i>Número de hijos</i>		
0	16	15.38%
1	8	7.69%
2	28	26.92%
3	15	14.42%
4	12	11.54%
5	9	8.65%
6	5	4.81%
7	6	5.77%
8	3	2.88%
9	2	1.92%
<i>Turno cuidando</i>		
Diurno	16	15.38%
Nocturno	10	9.62%
Ambos	78	75.00%
<i>Tiempo cuidando</i>		
Menos de 3 meses	3	2.88%
De 4 a 6 meses	5	4.81%
De 7 a 12 meses	3	2.88%
Más de un año	93	89.42%

<i>(Continúa)</i>	<i>n/M</i>	<i>%/DE</i>
<i>Capacitación</i>		
No	82	78.85%
Si	22	21.15%
<i>Trabaja</i>		
No	22	21.15%
Si	82	78.85%
<i>Experiencia</i>		
No	97	93.27%
Si	7	6.73%
<i>Trabajo actual</i>		
Dependiente	31	29.81%
Independiente	72	69.23%
Estudio	1	0.96%
<i>Reconocimiento</i>		
Recibe ayuda	7	6.73%
Recibe apoyo económico	4	3.85%
Ningún tipo de apoyo	82	78.85%
Otros tipos de apoyo	11	10.58%
<i>Satisfacción en reconocimiento</i>		
Muy insatisfecho	3	2.88%
Insatisfecho	25	24.04%
Poco satisfecho	40	38.46%
Moderadamente satisfecho	30	28.85%
Muy satisfecho	6	5.77%
<i>Satisfacción con el cuidado</i>		
Insatisfecho	10	9.62%
Poco satisfecho	20	19.23%
Moderadamente satisfecho	46	44.23%
Muy satisfecho	25	24.04%
Extremadamente satisfecho	3	2.88%

Por otro lado, la Tabla 3 presenta los estadísticos descriptivos para las dimensiones de bienestar y autoeficacia. La dimensión mental tuvo una media de 23.78 (DE=4.80). La dimensión social tuvo una media de 19.27 (DE=4.76). La dimensión espiritual tuvo una media de 15.11 (DE=2.97). La dimensión del cuidador tuvo una media de 36.13 (DE=8.32). La dimensión interpersonal tuvo una media de 18.26 (DE=4.61). La autoeficacia tuvo una media de 13.74 (DE=2.90).

Tabla 3*Resultados descriptivos por dimensiones de bienestar y autoeficacia*

Dimensión	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
<i>Autocuidado</i>				
Mental	23.78	4.80	12	30
Social	19.27	4.76	9	29
Espiritual	15.11	2.97	9	20
<i>Sobrecarga</i>				
Cuidador	36.13	8.32	16	54
Interpersonal	18.26	4.61	6	28
Autoeficacia	13.74	2.90	5	20

La prueba de normalidad de las variables social, espiritual, cuidador e interpersonal se llevó a cabo con Shapiro-Wilk. Las pruebas de Shapiro-Wilk de las variables mental y autoeficacia revelaron valores de $p < .05$, lo que sugiere desviaciones significativas de la normalidad. Por lo tanto, se rechazó H_0 y se utilizó la prueba t de Welch para las variables social, espiritual, cuidador e interpersonal; estos no presentaron supuestos violados. Para las variables mental y autoeficacia, se usó la prueba de U de Mann-Whitney.

Una prueba t de Welch reveló que no hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres en las puntuaciones de las dimensiones social ($t(73.67) = -1.1171$, $p = 0.268$), cuidador ($t(66.99) = 1.3113$, $p = 0.194$) e interpersonal ($t(57.53) = 1.9235$, $p = 0.059$). Sin embargo, se encontró una diferencia significativa en la dimensión espiritual, con los hombres (Media = 16.03, $DE = 3.06$) obteniendo puntuaciones significativamente más altas que las mujeres (Media = 14.60, $DE = 2.81$) ($t(69.22) = -2.3476$, $p = 0.022$).

Las pruebas U de Mann-Whitney no mostraron diferencias significativas entre hombres y mujeres para la dimensión mental ($U = 1006.50$, $p = 0.113$) ni para la autoeficacia ($U = 1051.50$, $p = 0.199$). Las medias descriptivas para las dimensiones mental y autoeficacia por sexo se presentan en la Tabla 4.

Tabla 4*Resultado de análisis de normalidad y pruebas t de muestras independientes*

Dimensión	Sexo	M	DE	t/U	p
<i>Autocuidado</i>					
Mental	Femenino	23.2687	4.7787	1006.5 ¹	0.113
	Masculino	24.7027	4.766		
Social	Femenino	18.8806	4.7403	-1.12 ¹	0.268
	Masculino	19.973	4.7929		
Espiritual	Femenino	14.597	2.8126	-2.35 ²	0.022
	Masculino	16.027	3.0595		
<i>Sobrecarga</i>					
Cuidador	Femenino	36.9552	7.9075	1.31 ²	0.194
	Masculino	34.6486	8.9418		
Interpersonal	Femenino	18.9552	3.9636	1.92 ¹	0.059
	Masculino	17	5.4365		
Autoeficacia	Femenino	14.0448	2.5845	1051.5 ¹	0.199
	Masculino	13.1892	3.3652		

Nota. Coeficiente t (1) y Coeficiente U (2).

Dada la cantidad desigual de los grupos, se agruparon las categorías hijos, esposo y otros en una única categoría de otros. Se realizaron pruebas de normalidad para las variables social, cuidador y autoeficacia para determinar la idoneidad de un ANOVA paramétrico. Los resultados de las pruebas de Shapiro-Wilk, para estas variables no mostraron violaciones significativas de la normalidad (todos los $p > .05$), por lo que se procedió con el ANOVA paramétrico para estas variables.

Se realizaron análisis de varianza (ANOVA) de una vía (Fisher para examinar las diferencias en las puntuaciones de las dimensiones social, cuidador y autoeficacia entre los diferentes grupos de parentesco. No se encontraron diferencias significativas en la dimensión social ($F(3, 100) = 0.6072$, $p = 0.612$), la

dimensión del cuidador ($F(3, 100) = 1.3750, p = 0.255$), ni en la autoeficacia ($F(3, 100) = 0.9954, p = 0.398$).

Para las variables mental, espiritual e interpersonal, se decidió utilizar la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis debido a las violaciones del supuesto de normalidad ($p < .05$). La prueba de Kruskal-Wallis reveló una diferencia significativa en la dimensión interpersonal ($\chi^2(3) = 11.4070, p=0.010$), pero no en la dimensión mental ($\chi^2(3) = 2.1558, p=0.541$) ni en la dimensión espiritual ($\chi^2(3) = 4.0475, p = 0.256$).

Se realizaron comparaciones post-hoc de Dwass-Steel-Critchlow-Fligner para la dimensión interpersonal. Se encontró una diferencia significativa entre el grupo Madre y el grupo Hermano ($W=-5.1292, p=0.002$), indicando que las madres tuvieron puntuaciones significativamente más altas en la dimensión interpersonal en comparación con los hermanos. No se encontraron otras diferencias significativas en las comparaciones por pares para las dimensiones mental y espiritual. Las medias descriptivas para las dimensiones de bienestar y autoeficacia por parentesco se presentan en la Tabla 5.

Tabla 5

Resultados de ANOVA de una vía (por Parentesco)

	Padre ¹	Madre ²	Hermano ³	Otros ⁴	F/χ^2	p	<i>DSCF</i>	
	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)			<i>Par</i>	<i>P</i>
Mental	25.2353 (4.6169)	23.4474 (4.8306)	23.7 (4.5649)	23.2632 (5.3732)	2.16 ^a	0.541	1 - 2	n.s.
							1 - 3	n.s.
							1 - 4	n.s.
							2 - 3	n.s.
							3 - 4	n.s.
Social	19.2941 (4.4267)	18.5 (5.0229)	20.0333 (4.3429)	19.5789 (5.2843)	0.61 ^a	0.612	1 - 2	n.s.
							1 - 3	n.s.
							1 - 4	n.s.
							2 - 3	n.s.
							3 - 4	n.s.
Espiritual	16.3529 (2.9988)	14.6053 (2.9732)	15 (2.7916)	15.1579 (3.1138)	4.05 ^a	0.256	1 - 2	n.s.
							1 - 3	n.s.
							1 - 4	n.s.
							2 - 3	n.s.
							3 - 4	n.s.
Cuidador	37.1176	37.6579	33.7	36.0526	1.38 ^b	0.255	1 - 2	n.s.

	(8.268)	(7.0376)	(8.7814)	(9.6809)			1 - 3	n.s.
							1 - 4	n.s.
							2 - 3	n.s.
							3 - 4	n.s.
							1 - 2	n.s.
							1 - 3	n.s.
Interpersonal	18.8235 (5.7471)	19.5526 (3.6145)	16.1667 (4.0776)	18.4737 (5.2532)	11.41 ^b	0.010	1 - 4	n.s.
							2 - 3	0.002
							3 - 4	n.s.
							1 - 2	n.s.
							1 - 3	n.s.
Autoeficacia	13.8824 (2.713)	14.3158 (2.8006)	13.2 (2.7593)	13.3158 (3.4327)	1.00 ^b	0.398	1 - 4	n.s.
							2 - 3	n.s.
							3 - 4	n.s.

Nota. ^aCoefficiente F, y ^bCoefficiente X²

La Tabla 6 presenta la matriz de correlación de Spearman entre las variables. Se observaron diversas correlaciones significativas entre las variables del estudio. La edad mostró una correlación positiva leve con las horas de cuidado ($r=0.2099$, $p<.05$), lo que indica que, a mayor edad, tienden a aumentar las horas dedicadas al cuidado. En cuanto a las dimensiones de bienestar, se encontró una correlación positiva fuerte entre la dimensión mental y la social ($r=0.5509$, $p<.001$), así como entre la dimensión mental y la espiritual ($r=0.5879$, $p<.001$), lo que sugiere que un mayor bienestar mental se asocia tanto con un mejor bienestar social como espiritual. Además, la dimensión social se relacionó moderadamente con la dimensión espiritual ($r=0.4239$, $p<.001$), indicando una conexión relevante entre estos dos aspectos del bienestar. Asimismo, se observaron relaciones inversas y leves entre la dimensión del cuidador y las dimensiones mental ($r=-0.2540$, $p<.01$), social ($r=-0.2306$, $p<.05$) y espiritual ($r=-0.2859$, $p<.01$). Dicho hallazgo sugiere que un puntaje más elevado en la dimensión del cuidador, posiblemente asociado a mayores exigencias o responsabilidades, se vincula con un menor nivel de bienestar en estos aspectos.

La edad presentó una correlación positiva de baja magnitud con la dimensión interpersonal ($r=0.2079$, $p<.05$), lo que evidencia que los participantes de mayor edad tienden a manifestar un nivel más elevado de bienestar en sus relaciones interpersonales. Asimismo, se encontró una correlación positiva fuerte entre la dimensión interpersonal y la dimensión del cuidador ($r=0.6973$, $p<.001$), así como

entre la autoeficacia y la dimensión del cuidador ($r=0.5495$, $p<.001$), y entre la autoeficacia y la dimensión interpersonal ($r=0.5931$, $p<.001$). Estos resultados resaltan la estrecha asociación entre la percepción de eficacia personal y el bienestar tanto en el rol de cuidado como en las relaciones interpersonales.

Tabla 6

Correlación entre el autocuidado y la sobrecarga emocional en cuidadores informales

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Edad	—							
2. Horas C	0.21*	—						
3. Mental	0.00	0.18	—					
4. Social	-0.09	0.00	0.55***	—				
5. Espiritual	0.06	0.15	0.59***	0.42***	—			
6. Cuidador	0.15	0.08	-0.25**	-0.23*	-0.29**	—		
7. Interpersonal	0.21*	0.14	-0.16	-0.21*	-0.13	0.70***	—	
8. Autoeficacia	0.14	0.06	-0.07	-0.13	-0.17	0.55***	0.59***	—

Nota. * $p<.05$, ** $p<.01$,

*** $p<.001$.

Dado que en la validación peruana el cuestionario de sobrecarga emocional no cuenta con una escala total, para responder al objetivo 4 se realizó un análisis de componentes principales, con el fin de reducir las dimensiones de la sobrecarga a una sola. Se configuró la nueva escala total de sobrecarga emocional, a partir de las dimensiones no rotadas, observando adecuadas cargas factoriales ($\lambda > .80$). Se construyó la escala total a partir de la suma de las dimensiones cuidador, interpersonal y autoeficacia para realizar el análisis de regresión lineal múltiple.

Se realizó el análisis propuesto, cumpliendo satisfactoriamente los supuestos y diagnósticos para la regresión lineal múltiple, mostrando una distribución de los residuos normal ($p = .827$), cumplimiento de la homoscedasticidad ($p = .131$), la distancia de Cook (< 1.0), y los estadísticos de multicolinealidad ($VIF < 2.0$; Tolerancia > 0.50).

Respecto al ajuste del modelo, el coeficiente de correlación múltiple fue $R = 0.3043$, lo que indica una relación lineal débil a moderada entre las variables predictoras y la sobrecarga. El coeficiente de determinación ajustado fue $R^2 = 0.0654$, señalando que el 6.54% de la varianza en la sobrecarga es explicada por las dimensiones mental, social y espiritual. Estos valores sugieren que el modelo posee una capacidad explicativa limitada. No obstante, el análisis de varianza (ANOVA) indicó que el modelo general fue estadísticamente significativo ($F(3,100) = 3.40$, $p = .021$), lo cual implica que al menos una de las variables predictoras contribuye significativamente a la explicación de la sobrecarga.

En cuanto a los coeficientes individuales, ninguno de los predictores individuales alcanzó significancia estadística. La dimensión mental presentó un coeficiente de $B = -0.04$ ($p = .927$) con un intervalo de confianza del 95% que incluía el cero $[-0.80, 0.73]$, lo cual sugiere que no tiene un efecto significativo sobre la sobrecarga. De manera similar, la dimensión social mostró un coeficiente de $B = -0.47$ ($p = .178$), también no significativo, con un intervalo de confianza de $[-1.15, 0.22]$. Finalmente, el coeficiente para la dimensión espiritual fue $B = -0.91$ ($p = .119$), igualmente no significativo, con un intervalo de confianza de $[-2.06, 0.24]$.

Tabla 7

Análisis predictor de dimensiones del autocuidado sobre la sobrecarga emocional

Predictor	B	EE	IC 95%		t	P	B	R ²
			LI	LS				
Intercept	91.73	7.83	76.19	107.27	11.71	<.001		0.0654*
Mental	-0.04	0.39	-0.80	0.73	-0.09	0.927	-0.01	
Social	-0.47	0.34	-1.15	0.22	-1.36	0.178	-0.16	
Espiritual	-0.91	0.58	-2.06	0.24	-1.57	0.119	-0.19	

Nota. B: Coeficiente no estandarizado; EE: Error estándar; IC: Intervalo de confianza; LI: Límite inferior; LS: Límite superior; β : Coeficiente estandarizado; * $p < .05$

En síntesis, si bien el modelo general logró alcanzar significación estadística, ninguna de las variables predictoras evaluadas mostró efectos individuales significativos sobre la sobrecarga. Esto sugiere que, aunque el conjunto de las dimensiones de autocuidado podría tener cierta capacidad explicativa, sus efectos

independientes no son suficientemente robustos dentro de este modelo. Estos hallazgos abren la posibilidad de explorar otros factores o construir modelos alternativos que incluyan variables contextuales o emocionales para una mejor comprensión de los determinantes de la sobrecarga.

5.2. Discusión de resultados

Los hallazgos de la investigación permiten comprender con mayor claridad la correlación entre el autocuidado y sobrecarga emocional en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en establecimientos de salud de la región Junín durante el año 2025. Los resultados obtenidos aportan evidencia relevante respecto a las diferencias en el autocuidado y la sobrecarga en función del sexo y del lazo de parentesco, así como el papel predictivo que ejercen las dimensiones del autocuidado en el desarrollo de la sobrecarga emocional.

En ese sentido, el análisis estadístico mostró que, si bien existieron correlaciones significativas entre algunas dimensiones del autocuidado (mental, social, espiritual, interpersonal y del cuidador), el modelo de regresión lineal múltiple evidenció que la capacidad explicativa de estas dimensiones sobre la sobrecarga emocional fue limitada, alcanzando solo un 6.54% de la varianza explicada. Esto sugiere que el autocuidado, entendido en sus diferentes componentes, mantiene cierta relación con la sobrecarga emocional, pero no constituye por sí solo un factor determinante en su aparición.

Este resultado aporta un matiz relevante a la hipótesis general, que proponía una asociación significativa entre autocuidado y sobrecarga emocional. Aunque el modelo global alcanzó niveles de significancia estadística, ninguna dimensión específica del autocuidado evidenció un efecto predictivo sólido de manera independiente. Esto sugiere que la relación encontrada responde más a la acción conjunta de las distintas prácticas de autocuidado que a la influencia aislada de cada una. En la misma línea, Pan et al. (2024) señalan que la sobrecarga emocional en cuidadores de personas con trastornos mentales graves constituye un fenómeno complejo, en el que el autocuidado ejerce un papel protector, aunque por sí solo no resulta suficiente para explicar la magnitud del desgaste emocional.

De igual manera, Arnone (2024) señala que la sobrecarga emocional se construye a partir de una combinación de factores, entre los que se incluyen el contexto, la percepción del apoyo social y la capacidad de resiliencia. Este planteamiento guarda concordancia con los hallazgos del presente estudio, donde las prácticas de autocuidado evidenciaron una relación débil con la sobrecarga emocional cuando fueron evaluadas de manera independiente. En la misma línea, Lohrasbi et al. (2024) sostienen que, aunque el autocuidado contribuye a disminuir parcialmente el estrés en los cuidadores, la carga emocional está influenciada principalmente por las exigencias del cuidado, la duración de la enfermedad y la severidad de los síntomas del paciente.

Los resultados coinciden con lo expuesto por Stanley y Balakrishnan (2023), quienes sostienen que la sobrecarga emocional está determinada por factores tanto intrapersonales como interpersonales. En este sentido, el autocuidado cumple una función moderadora frente al impacto del desgaste emocional; sin embargo, su alcance resulta restringido en ausencia de redes de apoyo sólidas. Del mismo modo, Reynoso (2024) y Rivera (2024) refieren que el acompañamiento familiar, la cohesión social y la resiliencia son elementos más influyentes que las prácticas individuales de autocuidado en la reducción de la sobrecarga.

En relación con la primera hipótesis específica, que proponía establecer diferencias en el autocuidado según el sexo, los resultados indicaron que no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en la mayoría de dimensiones, excepto en la dimensión espiritual, en la que los varones reportaron puntajes más altos que las mujeres. Este hallazgo parcialmente respalda la hipótesis, evidenciando que el autocuidado no se ve influenciado de manera marcada por el sexo, salvo en aspectos relacionados con lo espiritual. En investigaciones previas, Pan et al. (2024) señalan que la práctica del autocuidado en cuidadores se encuentra más asociada con factores individuales y contextuales que con el género, lo que coincide con nuestros resultados. Asimismo, Flores (2023) encontró que las mujeres cuidadoras suelen mostrar mayores niveles de desgaste físico y emocional que los hombres, lo cual explicaría por qué el componente espiritual puede adquirir un rol diferenciador en los varones al momento de sobrellevar el cuidado.

Por otro lado, respecto a la segunda hipótesis específica, que planteó que las mujeres cuidadoras informales de pacientes con esquizofrenia presentarían mayor sobrecarga emocional que los varones. No obstante, los resultados obtenidos en el presente estudio no evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de sobrecarga emocional según el sexo del cuidador. Este hallazgo indica que, en el contexto de los establecimientos de salud de la región Junín, la experiencia de sobrecarga emocional se manifiesta de manera similar tanto en hombres como en mujeres, lo que conlleva a rechazar la hipótesis planteada.

Este resultado puede interpretarse considerando que el rol del cuidador informal, independientemente del sexo, implica una exposición constante a demandas emocionales, físicas y sociales que generan desgaste progresivo. En este sentido, Pan et al. (2024) sostienen que la sobrecarga emocional en cuidadores de personas con esquizofrenia no depende exclusivamente del género, sino de factores como la duración del cuidado, la falta de apoyo institucional y la gravedad de los síntomas del paciente, elementos que estuvieron ampliamente presentes en la muestra estudiada. De manera similar, Arnone (2024) señala que cuando las responsabilidades del cuidado son prolongadas y asumidas sin apoyo formal, las diferencias de género tienden a diluirse, generando niveles comparables de sobrecarga emocional.

Asimismo, Lohrasbi et al. (2024) explican que, en contextos socioculturales donde el cuidado familiar es una responsabilidad compartida, los varones experimentan niveles de estrés emocional similares a los de las mujeres, especialmente cuando carecen de capacitación y redes de apoyo. Este planteamiento coincide con los resultados del presente estudio, donde una alta proporción de cuidadores, independientemente del sexo, reportó no recibir apoyo ni formación para el cuidado. Por tanto, la ausencia de diferencias significativas por sexo sugiere que la sobrecarga emocional en esta población responde más a las condiciones estructurales del cuidado que a características de género.

De igual manera, en cuanto a la tercera hipótesis específica, que postuló que las madres cuidadoras presentarían mayor sobrecarga emocional en comparación con otros lazos de parentesco. Los resultados confirmaron parcialmente esta

hipótesis, al evidenciarse diferencias estadísticamente significativas en la dimensión interpersonal de la sobrecarga emocional, siendo las madres quienes reportaron puntajes más elevados en comparación con los hermanos. Este hallazgo pone de manifiesto que el vínculo materno constituye un factor relevante en la intensificación del desgaste emocional asociado al cuidado.

Desde una perspectiva teórica, este resultado puede explicarse por el fuerte componente afectivo y el sentido de responsabilidad que caracteriza la relación madre-hijo, lo cual incrementa la implicación emocional y la percepción de carga. Stanley y Balakrishnan (2023) señalan que las madres cuidadoras suelen asumir el cuidado desde una posición de compromiso moral y emocional profundo, lo que las expone a mayores dificultades en el manejo de las relaciones interpersonales y a una mayor sensibilidad frente a las conductas del paciente. De igual forma, Romero (2024) sostiene que las madres tienden a experimentar mayores conflictos emocionales debido a la combinación de expectativas sociales, sentimientos de culpa y preocupación constante por el futuro del hijo con esquizofrenia.

Los hallazgos también concuerdan con lo reportado por Reynoso (2024), quien identificó que las madres cuidadoras presentan mayores niveles de desgaste emocional en comparación con otros familiares, especialmente en aspectos relacionados con la convivencia, la comunicación y la adaptación a las conductas desorganizadas del paciente. Rivera (2024) añade que esta mayor sobrecarga interpersonal se ve reforzada por la falta de apoyo familiar y la escasa redistribución de responsabilidades dentro del hogar, situación que fue frecuente en la población estudiada.

En contraste, otros lazos de parentesco, como los hermanos, tienden a establecer una relación menos absorbente desde el punto de vista emocional, lo que podría explicar los menores niveles de sobrecarga interpersonal observados. Machicado (2022) y Enriquez (2022) señalan que, aunque los hermanos pueden experimentar estrés y preocupación, su rol suele estar menos asociado a la responsabilidad directa y permanente del cuidado, lo que actúa como un factor protector frente a una sobrecarga más intensa.

En lo que respecta a la cuarta hipótesis específica, orientada a determinar qué dimensiones del autocuidado predicen la sobrecarga emocional, el análisis de regresión reveló que, aunque el modelo general alcanzó significancia, ninguna de las dimensiones evaluadas mostró un efecto predictivo relevante de manera individual. Estos hallazgos evidencian que el autocuidado, comprendido en sus dimensiones mental, social y espiritual, mantiene cierta relación con la sobrecarga únicamente cuando se analiza en conjunto, pero no de forma aislada. Esta conclusión se relaciona con lo expuesto por Stanley y Balakrishnan (2023), quienes afirman que la sobrecarga en cuidadores constituye un fenómeno multifactorial en el que intervienen variables contextuales, socioeconómicas y emocionales que van más allá del autocuidado personal. En la misma línea, Rivera (2024) resalta que la resiliencia y el apoyo social desempeñan un papel más determinante que las prácticas individuales de autocuidado en la explicación de la sobrecarga emocional. De este modo, los resultados de la presente investigación refuerzan la importancia de un abordaje integral que incorpore factores familiares y comunitarios para comprender de manera más completa la experiencia de los cuidadores.

En conclusión, los hallazgos de este estudio presentan implicaciones tanto teóricas como prácticas que merecen ser consideradas en el ámbito de la salud mental y el cuidado informal. En el plano teórico, los resultados confirman que el autocuidado, concebido como un conjunto de prácticas orientadas al bienestar físico, mental, social y espiritual, mantiene una asociación significativa con la sobrecarga emocional en cuidadores informales de personas con esquizofrenia. No obstante, esta relación se mostró débil cuando las dimensiones del autocuidado fueron analizadas de forma independiente, lo que refuerza la comprensión de la sobrecarga como un fenómeno multifactorial que exige un abordaje integral. Estos hallazgos se alinean con la literatura reciente, la cual resalta la incidencia conjunta de factores emocionales, sociales y contextuales en la vivencia del cuidado.

Los resultados revelan que los establecimientos de salud de Junín deberían fortalecer los programas de cuidado informal e integrar estrategias de autocuidado y soporte social. La implementación de talleres de psicoeducación, programas de acompañamiento familiar y soporte espiritual podría disminuir la sobrecarga emocional e incrementar la calidad de vida de los cuidadores. Además, dadas las

puntuaciones más altas en sobrecarga interpersonal de las madres, se deberían desarrollar intervenciones específicas basadas en el tipo de parentesco.

No obstante, resulta imprescindible reconocer las limitaciones del estudio para interpretar los resultados de manera adecuada. En primer lugar, la muestra estuvo conformada por 104 participantes pertenecientes a una sola región, lo que reduce la posibilidad de extrapolar los hallazgos a otros contextos del país. Asimismo, el diseño transversal empleado impide establecer relaciones causales, restringiendo la comprensión de los efectos a largo plazo del autocuidado sobre la sobrecarga emocional. Otro aspecto a considerar es que el modelo explicativo mostró un bajo nivel de varianza, lo cual indica que existen variables no contempladas en esta investigación, como el apoyo institucional, la situación socioeconómica o las características clínicas del paciente, que podrían ejercer una influencia más significativa en la sobrecarga.

En ese sentido, se sugiere que futuras investigaciones repliquen los análisis desarrollados en la presente tesis, considerando que los resultados obtenidos no pueden ser generalizados ni extendidos a otras regiones, debido a que la muestra estuvo circunscrita a cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia atendidos en establecimientos de salud de la región Junín. No obstante, estudios posteriores podrían ampliar el ámbito geográfico e incluir otras regiones del país, lo que permitiría explorar la influencia de la diversidad cultural, social y contextual en el rol del cuidador informal.

Finalmente, dado que el presente estudio adoptó un diseño transversal, se recomienda que investigaciones futuras empleen diseños longitudinales que permitan analizar la evolución del autocuidado y la sobrecarga emocional a lo largo del tiempo, así como identificar variables mediadoras que influyan en dicha relación. De igual manera, sería pertinente incorporar otros factores relevantes, tales como la resiliencia, el apoyo familiar, el acceso a los servicios de salud y las condiciones laborales del cuidador, con la finalidad de obtener una comprensión más integral de los procesos subyacentes a la sobrecarga emocional en cuidadores informales.

CONCLUSIONES

Conclusión 1: Se evidenció la existencia de una relación estadísticamente significativa entre el autocuidado y la sobrecarga emocional en los cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia; no obstante, dicha asociación fue de baja magnitud, lo que impide considerarla como un vínculo fuerte o determinante. Este resultado pone de manifiesto la necesidad de comprender la experiencia del cuidado desde un enfoque integral, que contemple no solo las prácticas de autocuidado, sino también factores emocionales, sociales y comunitarios que influyen en el bienestar del cuidador.

Conclusión 2: En relación con el autocuidado, no se encontraron diferencias significativas en la mayoría de sus dimensiones al comparar a los cuidadores según el sexo, con excepción de la dimensión espiritual, en la cual los varones obtuvieron puntuaciones superiores a las mujeres. Este hallazgo confirma parcialmente el objetivo específico planteado y sugiere que las prácticas de autocuidado se encuentran más asociadas a características individuales y contextuales que al sexo, aunque la espiritualidad podría constituir un recurso diferencial en los varones para afrontar las demandas del rol de cuidado.

Conclusión 3: No se identificaron diferencias significativas en los niveles de sobrecarga emocional según el sexo de los cuidadores informales. Este resultado difiere de algunos estudios previos que reportan mayor sobrecarga en mujeres; sin embargo, en el contexto de la región Junín podría reflejar una distribución más equitativa de las responsabilidades de cuidado entre hombres y mujeres, posiblemente influenciada por factores socioculturales propios del entorno familiar y comunitario.

Conclusión 4: En cuanto al parentesco, se hallaron diferencias significativas únicamente en la dimensión interpersonal de la sobrecarga emocional, con las madres mostrando puntajes más altos que los hermanos. Esto evidencia que la relación afectiva directa y el sentido de responsabilidad asumido por las madres intensifican el desgaste emocional, especialmente en las interacciones interpersonales derivadas del cuidado prolongado.

Conclusión 5: El análisis de regresión mostró que las dimensiones del autocuidado, en conjunto, tienen una relación significativa con la sobrecarga emocional, pero de manera débil, explicando solo un 6.54% de la varianza. Ninguna dimensión (mental, social o espiritual) predijo de forma individual la sobrecarga, lo que revela que esta experiencia es un fenómeno multifactorial en el que intervienen variables adicionales, como el apoyo social, la resiliencia o las condiciones del contexto familiar.

Conclusión 6: Finalmente, es necesario considerar que los resultados del presente estudio deben interpretarse a la luz de ciertas limitaciones metodológicas. En primer lugar, el uso de un muestreo no probabilístico por conveniencia limita la generalización de los hallazgos a otras poblaciones de cuidadores informales. Asimismo, el diseño transversal impidió analizar la evolución temporal del autocuidado y la sobrecarga emocional, así como establecer relaciones causales entre las variables estudiadas.

RECOMENDACIONES

Recomendación 1: Al personal de psicología del centro de salud, se recomienda diseñar e implementar programas de intervención psicoeducativa dirigidos a cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia, orientados al fortalecimiento del autocuidado emocional, manejo del estrés y prevención de la sobrecarga emocional. Asimismo, se sugiere realizar sesiones grupales de apoyo psicológico y orientación periódica, que permitan a los cuidadores compartir experiencias y desarrollar estrategias adaptativas frente a las demandas del rol de cuidado.

Recomendación 2: Al personal de Enfermería, se recomienda incorporar, durante los controles y atenciones rutinarias de los pacientes con esquizofrenia, la identificación temprana de signos de sobrecarga emocional en los cuidadores informales. El personal de enfermería podría brindar orientación básica sobre hábitos de autocuidado, descanso y manejo del agotamiento, así como derivar oportunamente al área de psicología cuando se detecten indicadores de riesgo emocional.

Recomendación 3: A la jefatura del establecimiento de salud y área de salud mental, se recomienda fortalecer la articulación del equipo multidisciplinario mediante la planificación de acciones integrales orientadas a la atención del cuidador informal, incluyendo la asignación de espacios físicos y tiempos específicos para actividades de orientación y apoyo. Del mismo modo, se sugiere promover capacitaciones continuas al personal de salud sobre el abordaje integral del cuidador de personas con esquizofrenia.

Recomendación 4: Promover activamente ante la Dirección Regional de Salud Junín (DIRESA, 2022) el diseño de políticas públicas específicas que garanticen el apoyo institucional directo (servicios de relevo o descanso temporal) y el apoyo económico para los cuidadores informales, dado que el 78.85% de los participantes no recibe "Ningún tipo de apoyo". Esto aborda la necesidad de estrategias estructurales que van más allá del ámbito individual.

Recomendación 5: Se recomienda que los cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia incorporen de manera constante prácticas de autocuidado físico y emocional, reconociendo oportunamente los signos de sobrecarga emocional y buscando apoyo profesional cuando sea necesario. Asimismo, es importante que fortalezcan sus redes de apoyo familiar y social, promoviendo la distribución de responsabilidades de cuidado y participando en actividades de orientación o grupos de apoyo ofrecidos por los establecimientos de salud. Del mismo modo, se sugiere mantener una comunicación activa con el equipo de salud y establecer límites entre el rol de cuidador y la vida personal, a fin de preservar el bienestar emocional y prevenir el agotamiento asociado al cuidado prolongado.

REFERENCIAS

- Abbaslou, T. F., Bidaki, R., & Bozorg, B. (2023). The relationship between coping styles and family burden in chronic schizophrenic and bipolar type I patients' caregivers. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, 59(1), 7-12. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s41983-023-00609-7>
- Alanen, Y. (2003). *La esquizofrenia: sus orígenes y tratamiento adaptado a las necesidades del paciente*. Londres: Editorial H. Karnak Ltd.
- Alves, D., & Guirardello, E. (2016). Safety climate, emotional exhaustion and job satisfaction among Brazilian paediatric professional nurses. *International Nursing Review*, 63(3), 328-335. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/inr.12276>
- Arnone, J. (2024). Caregiver Burden and Mental Health: Millennial Caregivers. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 29(3), 1-8. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol29No03PPT21>
- Ato, M., & Vallejo, G. (2015). *Diseño de investigación en psicología*. Ediciones Piramide.
- Beltrán, M. (2024). *El autocuidado emocional en cuidadores de personas con discapacidad intelectual*. [Tesis de maestría, Universidad Jesuita de Guadalajara]. <https://rei.iteso.mx/items/e0172dc2-1b4c-487d-a5c8-c71eedf6f5c6>
- Benzerouk, F., Djerada, Z., Bertin, E., Barrière, S., Gierski, F., & Kaladjian, A. (2020). Contributions of Emotional Overload, Emotion Dysregulation, and Impulsivity to Eating Patterns in Obese Patients with Binge Eating Disorder and Seeking Bariatric Surgery. *Nutrients*, 12(10), 3099-3113. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/nu12103099>

- Beperet, M., Nadal, S., Martínez, A., Pérez-Nieves, F., Slavador, L., & Romero, C. (2000). *Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: factores determinantes*. Editorial Sanit Navar.
- Cama, R. (2018). *Sobrecarga del cuidador familiar de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del consultorio externo de psiquiatría de un Centro de Salud, Lima*. [Tesis de licenciatura]. Universidad César Vallejo.
- Cantillo, C., Perdomo, A., & Ramírez, C. (2022). Características y experiencias de los cuidadores familiares en el contexto de la salud mental. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 39(2), 185-192. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2022.392.11111>
- Cheng, S., Lam, L., & Chan, W. (2020). Estrategias de autocuidado y calidad de vida entre cuidadores de personas con enfermedades mentales crónicas. *Revista canadiense de psiquiatría*, 65(5), 128-136.
- Chiao, C., Wu, H., & Hsiao, C. (2022). Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review. *International Nursing Review*, 62(3), 340-350. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/inr.12194>
- Cipra, M. (2022). *Resiliencia y sobrecarga emocional en cuidadores informales de pacientes con trastorno mental del Hospital Víctor Larco Herrera, Lima 2021*. [Tesis de maestría, Universidad Peruana Unión], Lima. <https://repositorio.upeu.edu.pe/items/809b6641-f258-4fa2-ad2d-c4ad95f32b99>
- Cogollo, Z., & Hernandez, L. (2021). The relative caregiver of people with schizophrenia: surcharge and life quality, in psychiatric institutions. *Ciencia e Innovación en Salud*, 258-268. <https://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/view/4330>
- Collins, R. (2020). Clinician Cognitive Overload and Its Implications for Nurse Leaders. *Nurse Leader*, 18(1), 44-47. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2019.11.007>

- Cubillo, A. (2021). *La carga del cuidador informal de la persona con esquizofrenia. Revisión sistemática*. [Tesis de maestría, Universidad de Jaén]. <https://crea.ujaen.es/items/b3f6b0f3-77dc-4fd6-9e8e-15a0594575ba>
- De Luise, C. (2022). *Afectación y afrontamiento de familiares cuidadores de pacientes que sufren de esquizofrenia*. [Tesis de licenciatura]. Universidad Señor de Sipán. <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/11711>
- Diniz, M., Melo, B., Neri, K., Casemiro, F., Figueiredo, L., Gaioli, C., & Gratão, A. (2018). Estudio comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11), 3789-3798. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.16932016>
- Dionne, J., Demark, W., & Taylor, R. (2017). The self-care practices of family caregivers of persons with poor prognosis cancer: differences by varying levels of caregiver well-being and preparedness. *Support Care Cancer*, 45(25), 2437-2444. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s00520-017-3650-7>
- Dirección Regional de Salud Junín. (2022). *Informe sobre la situación de los cuidadores informales en pacientes con esquizofrenia en la región Junín*. <https://www.diresajunin.gob.pe/publicaciones>
- Enriquez, M. (2022). *Sobrecarga y afrontamiento en el cuidador del enfermo psicótico*. [Tesis de maestría]. Universidad Nacional de San Agustín. <https://repositorio.unsa.edu.pe/items/27d3d0fb-3632-4b1e-ac11-4c7bf3dbb765>
- Estrella, M. (2022). Carga en cuidadores familiares de personas con esquizofrenia. *Revista Vertex Argentina Psiquiatria*, 33(155), 50-65. <https://doi.org/10.53680/vertex.v33i155.135>
- Fakhrur, A., Milkhatun, M., Wiwin, N., & Sutriani, M. (2022). Self-Care Assistance Approach to Dorothea Orem Theory on Activity Daily Living Capabilities of Schizophrenic Patients at Atma Husada Mahakam Psychiatric Hospital, Samarinda. *South East Asia Nursing Research*, 4(3). <https://doi.org/10.26714/seanr.4.3.2022.14-20>

- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). *Statistical power analyses using GPower 3.1: Tests for correlation and regression analyses.* * *Behavior Research Methods*, **41**(4), 1149–1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Ferreira, R., Baixinho, C., Ferreira, Ó., Nunes, A., Mestre, T., & Sousa, L. (2022). Health Promotion and Disease Prevention in the Elderly: The Perspective of Nursing Students. *Journal of Personalized Medicine*, *12*(2), 306-315. <https://doi.org/10.3390/jpm12020306>
- Flores, S. (2023). Factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares y amigos de pacientes esquizofrénicos. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, *4*(2), 4599-4608. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.922>
- Goode, W. (1960). A Theory of Role Strain. *American Sociological Review*, *25*(4), 483-496. <https://doi.org/https://doi.org/10.2307/2092933>
- Gulayín, M. (2022). Carga en cuidadores familiares de personas con esquizofrenia: una revisión bibliográfica. *Revista VERTEX*, *33*(155), 43-58.
- Hernández, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2021). *Informe anual sobre salud mental en el Perú*. Instituto Nacional de Salud Mental.
- Irrázaval, M., Prieto, F., & Armijo, J. (2016). Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: una perspectiva internacional. *Acta bioethica*, *22*(1), 37-50. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2016000100005>
- Irshad, B. (2018). Application of Orem Self Care Deficit Theory on Psychiatric Patient. *Annals of Nursing and Practice*, *5*(1).
- Kumar, S., Dixit, V., Ali, A., & Chaudhury, S. (2022). Gender differences in burden of care and coping strategies among caregivers of schizophrenia patients. *Industrial Psychiatry Journal*, *14*(32), 78-85. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_44_22

- Lam, S., Alva, M., Turriate, J., & Castillo, J. (2024). Desarrollo y validación de la Escala de Autocuidado de Salud Mental en adultos peruanos. *Población y Salud en Mesoamérica*, 21(2), 1-33. <https://doi.org/https://doi.org/10.15517/psm.v21i2.56277>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer.
- Lima, A., & Magallanes, C. (2022). *Nivel de sobrecarga del cuidador primario de pacientes con esquizofrenia en el Centro de Salud Mental de Lima - 2021*. [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/11564>
- Lohrasbi, F., Maghsoudi, J., Alavi, M., & Akbar, M. (2024). Care Bermuda, families of the patients with chronic mental disorders in Iran surrounded by psychosocial problems and needs: a qualitative study. *Annals of Medicine & Surgery*, 86(6), 3357-3366. <https://doi.org/10.1097/MS9.0000000000000626>
- Machicado, S. (2022). *Sobrecarga y calidad de vida de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario La Heroica, Tacna*. [Tesis de licenciatura]. Universidad Privada de Tacna. <https://repositorio.upt.edu.pe/handle/20.500.12969/2490>
- Maisonneuve, F., Galy, A., Groulx, P., Chênevert, D., Grady, C., & Coderre, A. (2025). Managing Resilience and Exhaustion Among Health Care Workers Through Psychological Self-Care: The Impact of Job Autonomy in Interaction With Role Overload. *Journal of Healthcare Leadership*, 17(5), 63-73. <https://doi.org/https://doi.org/10.2147/JHL.S501193>
- Malki, S., Johansson, P., Andersson, G., Andréasson, F., & Mourad, G. (2025). Caregiver burden, psychological well-being, and support needs among Swedish informal caregivers. *BMC Public Health*, 25(1), 867-877. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12889-025-22074-y>
- Marchena, C., Merma, M., & Rosales, G. (2023). Propiedades Psicométricas de la Escala de Sobrecarga de Zarit en cuidadores formales e informales de

- personas con Esquizofrenia. *PsiqueMag*, 12(2), 67-78.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.18050/psiquemag.v12i2.2389>
- Masedo, A. (2022). La psicopatología de la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(140). <https://doi.org/10.4321/s0211-57352021000200004>
- Mijiritsky, E., Mijiritsky, E., Hamama, Y., Liu, F., Datarkar, A., Mangani, L., Caplan, J., Shacham, A., Kolerman, R., Mijiritsky, O., Ben, M., & Shacham, M. (2020). Subjective Overload and Psychological Distress among Dentists during COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14), 5074-5089.
<https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph17145074>
- Miranda, M., & Sulcacondor, A. (2021). *Estrategias de afrontamiento del cuidador primario de pacientes con esquizofrenia en un centro de salud mental comunitario, Lima-2020*. [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Cayetano Heredia].
<https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/8980>
- Mlinac, M., & Feng, M. (2016). Assessment of Activities of Daily Living, Self-Care, and Independence. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 31(6), 506-516.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1093/arclin/acw049>
- Mora-Castañeda, B., Márquez-González, M., Fernández-Liria, A., Martínez Huertas, J. Á., Cabrera, I., Olmos, R., & O'Connell, D. (2023). *El proceso del estrés y el afrontamiento en cuidadores informales de personas con diagnóstico del espectro de la esquizofrenia: Un estudio longitudinal*. *Psicología Conductual = Behavioral Psychology*, 31(1), 149–163.
<https://doi.org/10.51668/BP.8323109S>
- Oliveira, A., Casanova, G., & Ferro, L. (2023). A sobrecarga do familiar da pessoa com esquizofrenia: uma revisão sistemática. *Psicologia e Saúde em Debate*, 9(2), 271-291. <https://doi.org/https://doi.org/10.22289/2446-922X.V9N2A15>
- Orem, D. (1971). *Nursing: Concepts of Practice*. McGraw-Hill.

- Organización Mundial de la Salud. (21 de enero de 2025). *Esquizofrenia*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Organización Mundial de la Salud. (17 de junio de 2022). *La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos*.
<https://www.who.int/es/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>
- Pan, Z., Li, T., Jin, G., & Lu, X. (2024). Caregiving experiences of family caregivers of patients with schizophrenia in a community: a qualitative study in Beijing. *BMJ Open*, 14(4), 1-8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-081364>
- Paredes, L. (2022). *Sobrecarga del cuidador de pacientes con esquizofrenia en un establecimiento de salud mental, Lima 2022*. [Tesis de licenciatura, Universidad María Auxiliadora].
<https://repositorio.uma.edu.pe/handle/20.500.12970/1146>
- Pérez, K. (2023). Estudio sobre la carga de cuidado y el apoyo social percibido de cuidadoras de personas con discapacidad intelectual y/o psíquica. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(3), 344–358. <https://doi.org/https://doi.org/10.56712/latam.v4i3.1080>
- Qaiser, S., Gulzar, A., Hussain, W., & Shabbir, H. (2015). Influence of Work Overload, Work-Family Conflicts and Negative Affectivity on Job Embeddedness and Emotional Exhaustion: The Moderating Role of Coworker Support (Case of Health Management). *Journal of Scientific Research and Reports*, 7(1), 75-85.
<https://doi.org/10.9734/JSRR/2015/16654>
- Quispe, M., Callupe, F., & Cruz, S. (2021). Autocuidado y calidad de vida en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en Huancayo. *Revista de Investigación en Salud*, 35(4), 120-127.
- Rahmani, F., Roshangar, F., Ghlizadeh, L., & Asghari, E. (2022). Caregiver burden and the associated factors in the family caregivers of patients with schizophrenia. *Nursing Open*, 9(4), 1995–2002.
<https://doi.org/10.1002/nop2.1205>

- Reynoso, R. (2024). *Sobrecarga del cuidador y resiliencia en cuidadores informales de personas con discapacidad en Lima Metropolitana, 2023*. [Tesis de licenciatura]. Universidad Privada Norbert Wiener. <https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/fd997f79-c015-408d-9087-72e636db80a7>
- Rivera, M. (2024). *Apoyo social percibido y sobrecarga en cuidadores de familiares con trastorno mental en un centro de salud mental, Chiclayo 2023*. [Tesis de licenciatura]. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.
- Rohmi, F., Yusuf, A., Fitriyani, R., & Agustinus, H. (2023). What Benefits Might a Family Expect From Using Spiritual Coping Mechanisms When Providing Care for People With Schizophrenia? Literature Review. *SAGE Open Nursing*, 9(1), 1-19. <https://doi.org/10.1177/23779608231214935>
- Romero, M. (2024). *Calidad de vida y sobrecarga en el cuidador del paciente con esquizofrenia, Centro de Salud Mental Comunitario de Tacna, 2023*. [Tesis de maestría]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. <https://repositorio.unjbg.edu.pe/items/0dc5b21a-6a26-451e-9986-8f7d9b2a7009>
- Ruelas, B., Ramírez, Y., Arenas, N., & Ochoa, M. (2024). Sobrecarga del familiar cuidador informal de pacientes diagnosticados con esquizofrenia en una institución de salud mental, en la ciudad de Durango, México. *Revista Sanitaria de Investigación*, 5(4). <https://enfispo.es/servlet/articulo?codigo=9618737>
- Salazar, M., Garza, E., García, S., Juárez, P., Herrera, J., & Duran, T. (2019). Funcionamiento familiar, sobrecarga y calidad de vida del cuidador del adulto mayor con dependencia funcional. *Enfermería Universitaria*, 16(4). <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.615>
- Sandín, B. (2023). *La esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*. Madrid: Editorial Sanz Y Torres S.L.
- Santander, B. (2021). *Protocolo para el diagnóstico y tratamiento de esquizofrenia, en adultos mayores de 18 años en el servicio de consulta externa del*

Hospital Universitario Nacional. [Tesis de especialidad]. Universidad Nacional de Colombia.

- Sheng, N., Yang, C., Han, L., & Jou, M. (2023). Too much overload and concerns: Antecedents of social media fatigue and the mediating role of emotional exhaustion. *Computers in Human Behavior, 139*(34), 107500. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chb.2022.107500>
- Stamp, K., Dunbar, S., Clark, P., Reilly, C., Gary, R., Higgins, M., & Ryan, R. (2016). Family partner intervention influences self-care confidence and treatment self-regulation in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 15*(5), 317-327. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1474515115572047>
- Stanley, S., & Balakrishnan, S. (2023). Informal caregivers of people with a diagnosis of schizophrenia: determinants and predictors of resilience. *Journal of Mental Health, 32*(1), 198-205. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1952945>
- Udoh, E., Omorere, D., Sunday, O., Osasu, O., & Amoo, B. (2021). Psychological distress and burden of care among family caregivers of patients with mental illness in a neuropsychiatric outpatient clinic in Nigeria. *PLOS ONE, 16*(5), 1-16. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0250309>
- Vidal, G., Oliver, A., Galiana, L., & Sansó, N. (2019). Quality of work life and self-care in nursing staff with high emotional demand. *Enfermería Clínica, 29*(3), 186-194. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.enfcl.2018.10.001>
- Vieira, A., & Cunha, M. (2020). My role and responsibility: mothers' perspectives on overload in caring for children with cancer*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 54*(7), 162-175. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018034603540>
- Whitehead, L., Jacob, E., Towell, A., Abu-qamar, M., & Cole-Heath, A. (2018). The role of the family in supporting the self-management of chronic conditions: A qualitative systematic review. *Journal of Clinical Nursing, 27*(2), 22-30. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jocn.13775>

Zarit, S., Reever, K., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>

Zúñiga, D., Riera, A., Carrera, L., Chérrez, M., & Perozo, F. (2022). Evaluación de los niveles de sobrecarga en cuidadores primarios de personas con esquizofrenia a través de un programa de psicoeducación. *Más Vida*, 3(4), 8-17.

<https://www.acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/256>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
<p>Problema general:</p> <p>¿Qué relación existe entre el autocuidado y la sobrecarga emocional en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en establecimientos de salud de la Región Junín, 2025?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar la relación que existe entre el autocuidado y la sobrecarga emocional en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en establecimientos de salud de la Región Junín, 2025.</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>H_i: Existe una relación significativa entre el autocuidado y la sobrecarga emocional en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en establecimientos de salud de la Región Junín, 2025.</p>	<p>V1: Autocuidado</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado mental • Autocuidado social • Autocuidado espiritual 	<p>Métodos:</p> <p>Hipotético-deductivo</p> <p>Tipo: Básica</p> <p>Nivel:</p> <p>Correlacional</p> <p>Diseño: No experimental, Transversal</p> <p>Población: 142 cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en establecimientos de salud de la Región Junín</p>
<p>Problemas específicos:</p> <p>¿Cuál es la diferencia de autocuidado según el sexo en los cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en establecimientos de salud de la Región Junín, 2025?</p> <p>¿Cuál es la diferencia de sobrecarga emocional según el sexo en los cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en establecimientos de</p>	<p>Objetivos específicos:</p> <p>Establecer la diferencia de autocuidado según el sexo en los cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en establecimientos de salud de la Región Junín, 2025.</p> <p>Establecer la diferencia de sobrecarga emocional según el sexo en los cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en</p>	<p>Hipótesis específicas:</p> <p>H_{i1}: Existen diferencias significativas en el autocuidado entre los cuidadores informales de sexo masculino y femenino de pacientes con esquizofrenia en los establecimientos de salud de la Región Junín, 2025.</p> <p>H_{i2}: Las mujeres cuidadoras informales de pacientes con esquizofrenia presentan</p>	<p>V2: Sobrecarga emocional</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impacto del cuidado sobre el cuidador • Relación interpersonal • Expectativas de autoeficacia 	<p>Muestra: 104 cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en establecimientos de salud de la Región Junín</p> <p>Muestreo: Censal</p>

salud de la Región Junín, 2025?

¿Qué diferencias existen en la sobrecarga emocional según los lazos de parentesco en los cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en establecimientos de salud de la Región Junín, 2025?

•¿Qué dimensiones del autocuidado predicen la sobrecarga emocional en los cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en establecimientos de salud de la Región Junín, 2025?

establecimientos de salud de la Región Junín, 2025.

Establecer las diferencias que existen en la sobrecarga emocional según los lazos de parentesco en los cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en establecimientos de salud de la Región Junín, 2025.

Establecer qué dimensiones del autocuidado predicen la sobrecarga emocional en los cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en establecimientos de salud de la Región Junín, 2025.

mayor sobrecarga emocional que los varones, en los establecimientos de salud de la Región Junín 2025.

H₁₃: Las madres cuidadoras presentan mayor sobrecarga emocional en comparación con otros lazos de parentesco en los cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en los establecimientos de salud de la Región Junín, 2025.

H₁₄: Las dimensiones del autocuidado predicen significativamente la sobrecarga emocional en los cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en los establecimientos de salud de la Región Junín, 2025.

Técnica de recolección de datos: Encuesta
Instrumentos de recolección de datos:

Cuestionarios:

- Escala de Autocuidado de Salud Mental (ESAM)

- Escala Abreviada del Zarit (EZA)

Anexo 2. Consentimiento informado

Consentimiento Informado

He sido invitado(a) a participar en el estudio titulado "Autocuidado y sobrecarga emocional en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en establecimientos de salud de la región Junín, 2025", el cual está asociado a la tesis de maestría del licenciado Walter Velásquez, de la Universidad Continental. La presente investigación tiene como objetivo analizar la relación que existe entre el autocuidado y la sobrecarga emocional en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia atendidos en establecimientos de salud de la región Junín. Entiendo que el estudio tomará aproximadamente 20 minutos, el cual consta de completar un formulario por escrito y no dejaré información personal, puesto que es de carácter anónimo. Este estudio no representa ningún tipo de daño o consecuencia negativa para mi persona, puesto que el presente formulario solo se enfoca en recopilar información relevante para el estudio.

Entiendo que mi participación es *voluntaria* pudiendo concluir el formulario en el momento que lo desee si es que decido dejar de participar, sin que esto genere ningún tipo de consecuencia o represalia. Los beneficios que obtendré de mi participación serán más indirectos que directos, ya que contribuiré al desarrollo de programas a favor de cuidadores y cuidadoras informales en autocuidado, así como también a la generación de conocimiento que permitirá mejorar la salud mental de los familiares que cuidamos a un familiar con esquizofrenia.

Entiendo que el procedimiento de esta investigación, como el presente formulario, es estándar y ha sido avalado por la literatura científica. El formulario que realizaré para la presente investigación no tiene fines diagnósticos o de evaluación del desempeño, por lo que no hay devoluciones de resultados al concluirlo. Sin embargo, si lo deseo puedo tener acceso al informe final del estudio de una forma global, previa solicitud al investigador responsable.

Entiendo que una vez entregado el formulario mis resultados no podrán ser retirados del estudio por no poder ser identificados de manera individual. De tener alguna duda puedo contactarme con el investigador Licenciado Walter Velásquez (08652337@continental.edu.pe), en el momento que estime pertinente para cualquier asunto relacionado con mi participación.

Dejo constancia que he leído y estoy conforme con la información brindada en el presente documento y acepto participar voluntariamente en esta investigación, según los términos descritos en este consentimiento.

Yo, _____, doy mi consentimiento para participar de este estudio, bajo las condiciones anteriormente presentadas.

Chanchamayo _____

Firma del Participante

Firma de Investigador



Anexo 3. Ficha sociodemográfica

FICHA SOCIODEMOGRAFICA

(Cuidador informal)

Estimado(a):

La presente ficha tiene como finalidad obtener sus datos que nos serán de mucha utilidad para el análisis de la investigación a realizar. Es por ello que le agradecemos responder con sinceridad cada uno de los datos y las preguntas realizadas.

I. DATOS PERSONALES

1. **Sexo:** Femenino () Masculino ()

2. **Edad (años cumplidos):**

3. **Grado de instrucción:**

4. **Parentesco:** Padre () Madre () Hermano () Hijo () Otros:

.....

5. **Estado civil:**

Soltero(a) () Casado(a) () Conviviente ()

Viudo/divorciado(a) ().

6. **Nº hijos:**

7. **¿Con quién vive actualmente?:**

II. DATOS LABORALES COMO CUIDADOR

8. **Cuántas horas por día cubre su cuidado de su familiar:**

9. **Su turno es:** Diurno () Nocturno () Dia y noche ()

10. **Tiempo que lleva ejerciendo el cuidado a su familiar:**

Menos de 3 m. () De 4 a 6 m. () De 7 a 12 m. () Más de 1 año ()

11. ¿Ha recibido capacitaciones sobre los cuidados que requiere su familiar con esquizofrenia?:

No () Sí () ¿Dónde? _____

12. Aparte de cuidar a su familiar. ¿Ud. trabaja?

Si () No () ¿Dónde? _____

III. EXPERIENCIA PREVIA

13. Cuando empezó a cuidar a su familiar. ¿ya tenía experiencia previa cuidando a otra persona con esquizofrenia?:

No () Si ()

14. ¿A qué se dedicaba antes de cuidar a su familiar?

Trabajo dependiente () Trabajo independiente ()

15. ¿Recibe algún reconocimiento por cuidar a su familiar?

Recibe ayuda en el cuidado del familiar ()

Recibe apoyo económico ()

Ningún tipo de apoyo ()

Otro tipo de apoyo (Especificar)

16. ¿Cómo se siente con este reconocimiento?:

Muy Insatisfecho(a) () Insatisfecho(a) () Poco Satisfecho(a) ()

Moderadamente satisfecho(a) () Muy satisfecho(a) ()

17. Cómo se siente Ud. respecto al cuidado de su familiar:

Insatisfecho(a) () Poco Satisfecho(a) () Moderadamente satisfecho(a) ()
) Muy satisfecho(a) () Extremadamente satisfecho(a) ()

Anexo 4. Escala de autocuidado

ESCALA DE AUTOCUIDADO DE SALUD MENTAL (ESAM)

A continuación, encontrará una serie de afirmaciones. Por favor, lea cada enunciado cuidadosamente y seleccione la opción que mejor represente la frecuencia con la que realiza cada acción.

Utilice la siguiente escala de respuesta:

1 = Nunca	2 = Casi nunca	3 = Algunas veces	4 = Casi siempre	5 = Siempre
-----------	----------------	-------------------	------------------	-------------

Marque la opción que más se aproxime a su experiencia. No hay respuestas correctas o incorrectas. Su sinceridad es fundamental para la precisión del estudio.

Ítems	Opciones de respuesta				
	1	2	3	4	5
01. Tengo pensamientos positivos ante los problemas como «sí puedo solucionarlo»; «tengo la capacidad para afrontarlo», etc.					
02. Me acepto tal como soy.					
03. Tengo un proyecto de vida.					
04. Pienso positivamente sobre el futuro					
05. Mi vida tiene aspectos positivos en la salud, trabajo, amistades, etc.					
06. Me siento capaz de afrontar diversos problemas de la vida.					
07. Expreso mis preocupaciones con mi círculo íntimo: pareja, familia, amigos (as), etc.					
08. Me reúno con personas que comparten mis intereses					
09. Conozco personas o cuento con personas con bastante experiencia que me pueden ayudar.					
10. Procuro reunirme con las personas que quiero.					
11. Tengo amigos (as) que pueden ayudarme emocionalmente.					
12. Asisto a reuniones sociales.					
13. Reflexiono sobre mis actividades diarias.					
14. Hago espacios en mi vida para tomar conciencia de lo que ocurre en mi vida.					
15. Respiro, me concentro y busco soluciones que dependan de mí, ante situaciones ansiosas.					

16. Reflexiono sobre lo que pasa en mi vida.					
--	--	--	--	--	--

Anexo 5. Escala de sobrecarga

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

A continuación, encontrará una serie de afirmaciones. Por favor, lea cada enunciado cuidadosamente y seleccione la opción que mejor represente la frecuencia con la que realiza cada acción.

Utilice la siguiente escala de respuesta:

1 = Nunca	2 = Casi nunca	3 = A veces	4 = Bastante veces	5 = Casi siempre
-----------	----------------	-------------	--------------------	------------------

Marque la opción que más se aproxime a su experiencia. No hay respuestas correctas o incorrectas. Su sinceridad es fundamental para la precisión del estudio.

Ítems	Opciones de respuesta				
	1	2	3	4	5
01. ¿Siente que su salud se ha afectado negativamente por cuidar a su familiar?					
02. ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar yano dispone de tiempo suficiente para usted?					
03. ¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar yatender además otras responsabilidades?					
04. ¿Se siente avergonzado (a) por la conducta de su familiar?					
05. ¿Se siente enfadado (a) cuando está cerca de su familiar?					
06. ¿Cree que la situación actual, de cuidar a su familiar, afecta de manera negativa a su relación con amigos (as) y otros miembros de su familia?					
07. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?					
08. ¿Piensa que su familiar depende de usted?					
09. ¿Se siente agobiado (a) cuando tiene que estar junto a su familiar?					
10. ¿Siente que su salud se ha desmejorado por cuidar a su familiar?					

11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?					
12. ¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo (a) para invitar amigos(as) a casa, a causa de su familiar?					
14. ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?					
15. ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos personales?					
16. ¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?					
18. ¿Desearía poder encargarse del cuidado de su familiar a otras personas?					
19. ¿Se siente inseguro (a) acerca de lo que debe hacer con su familiar?					
20. ¿Piensa que debería hacer más de lo que hace por su familiar?					
21. ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?					
22. En general: ¿Se siente muy sobrecargado (a) por cuidar de su familiar?					

Anexo 6. Autorización para aplicación de instrumentos a los establecimientos de salud



“AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA”

Entregado



MEMORANDO MULTIPLE Nº DCS- GRU-DRSJ-DEIESP/ESNSM

A : M.C. NANCY LUZ BAQUERIZO INGA.
 Director Ejecutivo de la Red de Salud Valle del Mantaro
 C.D. JORGE OSORES SANCHEZ
 Director Ejecutivo de la Red de Salud Jauja
 M.C. FERNANDO RÁUL POLANCO HINOSTROZA
 Director Ejecutivo de la Red de Salud Chanchamayo
 PS. RUDY RENZO ARAUJO HINOSTROZA
 Director Ejecutivo de la Red de Salud Satipo
 C.D. ALDO DENNYS TINEO VELITA
 Director Ejecutivo de la Red de Salud Tarma
 OBST. RUTH ROSMERY CALDERON HUAMAN
 Director Ejecutivo de la Red de Salud Pangoa

ASUNTO : FACILIDADES DE ESTUDIO EN SERVICIOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIO
ATENCIÓN : PROGRAMA DE CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL
REFERENCIA : Solicitud de aplicación de encuesta a familiares de pacientes con trastornos mentales
FECHA : Huancayo, 24 de febrero de 2025

A través de la presente, me permito comunicarle que, conforme al documento de referencia relacionado con el estudio titulado "Autocuidado y sobrecarga emocional en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia en establecimientos de salud de la región Junín 2025", se solicita proporcionar las facilidades necesarias para la aplicación de las encuestas en los servicios de salud mental comunitaria como se detalla:

1. CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA SAN RAMON
2. CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA SATIPO
3. CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA PANGOA
4. CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA TARMA
5. CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA YAUYOS
6. CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA CHILCA
7. CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA VALLE DEL MANTARO

En este sentido, dicho estudio aportara con datos reales para supeir programas de intervención que aumenten un bienestar en los cuidadores informales de usuarios con problemas de esquizofrenia

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi consideración y estima.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
 M.C. LUIS WALTER GARCÍA
 DIRECTOR DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

DOC	68835940
EXP	06048387
FOLIOS	09

MEMORANDO N° 056 -2025-GRJ/DRSJ/ HRMTJCDC/UADI

A : Ps. Walter Javier Velásquez Rosales
ASUNTO : Autorización para Realizar Trabajo de Investigación.
Ref. : Carta N° 022-2025/EPGUCL
Fecha : La Merced, 30 de mayo del 2025

Mediante el presente se le autoriza a usted, realizar el Proyecto de Tesis Titulado "AUTOCUIDADO Y SOBRECARGA EMOCIONAL EN CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA REGION JUNIN 2025" para que pueda aplicar los instrumentos de Autocuidado y Agotamiento Emocional a los familiares de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que son atendidos en el departamento de Salud Mental del Hospital.

Atentamente,

MRPV/LAGR/gme
C.C. RR-HH

Reg. Doc.: 09183208
Reg. Exp : 06272418

GOBIERNO REGIONAL JUNIN
DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN
HOSPITAL REGIONAL OCCASIONAL DE MEDICINA TROPICAL
"DR. JULIO CESAR BUSTAMANTE CARRO"
M.E. Gustavo Abraham Ortiz Galván
CAMP 31938 TEL: 30992
DIRECCION EJECUTIVA