

Estrategias de enfrentamiento de familiares de pacientes con trastornos mentales

Daniele Alcalá Pompeo¹
Arélica de Carvalho²
Aline Morgado Olive³
Maria da Graça Girade Souza¹
Sueli Aparecida Frari Galera⁴

Objetivo: identificar las estrategias de enfrentamiento de familiares de pacientes con trastornos mentales y relacionarlas con las variables sociodemográficas del familiar y clínicas del paciente. **Método:** estudio descriptivo, desarrollado en un hospital psiquiátrico del interior del estado de Sao Paulo, con 40 familiares de pacientes internados, mayores de 18 años y que acompañaban el paciente antes y durante la internación. Fueron utilizados instrumentos para caracterización de los sujetos y el Inventario de Estrategias de Enfrentamiento de Folkman y Lazarus. **Resultados:** las estrategias de enfrentamiento más utilizadas por los familiares fueron el soporte social y la resolución de problemas. Los padres y madres utilizaron más estrategias funcionales (autocontrol $p=0,037$; reevaluación positiva $p=0,037$; soporte social $p=0,021$). No fueron evidenciadas diferencias significativas entre las estrategias y las demás variables estudiadas. **Conclusión:** a pesar del sufrimiento causado por el impacto de la enfermedad de su ser querido, los familiares utilizan más estrategias funcionales, permitiéndoles enfrentar las adversidades de forma más ajustada.

Descriptores: Adaptación Psicológica; Enfermería Psiquiátrica; Trastornos Mentales; Salud de la Familia.

¹ PhD, Professor Adjunto, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

² Aluna del curso de graduación en Enfermería, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil. Becario de iniciación científica del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

³ Enfermera, Estudiante del curso de Residencia en Enfermería Obstétrica, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Pompeo DA, Carvalho A, Olive AM, Souza MGG, Galera SAF. Strategies for coping with family members of patients with mental disorders. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2799. [Access ____/____/____]; Available in: _____. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1311.2799>.

URL

Introducción

Las enfermedades mentales actualmente vienen ganando destaque en el escenario mundial debido a su creciente frecuencia en lo cotidiano de las personas. Cerca de 700 millones de personas sufren de trastornos mentales y neurológicos, en todo el mundo. Una en cada cuatro personas desarrollará alguna de esas perturbaciones durante su vida, y raras serán las familias que no tienen un integrante con trastorno mental⁽¹⁾. Esa alta incidencia tiene relación directa con el aumento del uso de alcohol y drogas, y al estilo de vida moderno, en el cual las personas están más expuestas a eventos estresores⁽¹⁾.

Frente a esa situación, se observan perjuicios provenientes de desordenes mentales no solo para el individuo afectado, pero también para la familia y sociedad. La familia vivencia una secuencia de estresores que interfieren en la unidad familiar, tales como: la noticia del diagnóstico de la enfermedad, los efectos adversos de las medicaciones, la incapacidad para desempeñar actividades de vida diaria, el eventual cambio de estándar económico y social, la incertidumbre en cuanto a la cura, y la posibilidad de cronicidad de la enfermedad⁽²⁻³⁾.

Los estresores son encarados de acuerdo con el significado que ellos tienen para los afectados. Enfrentar un problema significa tratar de superar lo que está causando estrés, pudiendo redireccionar el significado atribuido a las dificultades, orientar la vida del individuo y mantener estables los estados físicos, psicológicos y sociales⁽⁴⁾.

En la literatura fueron identificados diversos estudios sobre las estrategias de enfrentamiento de los familiares y cuidadores de pacientes afectados por enfermedades crónicas⁽⁵⁻⁶⁾. Algunas investigaciones identificaron esas estrategias en cuidadores de pacientes con esquizofrenia y enfermedades psicóticas, entretanto, fueron utilizadas escalas no validadas para el idioma portugués^(3,7-8). Otros estudios destacaron la sobrecarga y baja calidad de vida de los cuidadores de pacientes con trastornos psiquiátricos⁽⁹⁻¹⁰⁾. Sin embargo, el enfrentamiento del familiar, de paciente con trastorno mental, es escaso en la literatura.

La familia se encuentra fragilizada y sin preparación para enfrentar todo el proceso de enfermedad y tratamiento^(3,8). De esa forma, el enfermero y otros profesionales de salud, que conviven con esa realidad, tiene como papel fundamental actuar sobre el binomio paciente/familia de forma a apoyarlos y ayudarlos a identificar la situación de estrés, comprendiendo y reconociendo como ellos enfrentan las dificultades, con la finalidad de que puedan intervenir, minimizando

el sufrimiento y contribuyendo positivamente para su readaptación^(2,7,10).

Así, los objetivos de este estudio fueron identificar las estrategias de enfrentamiento de familiares de pacientes con trastornos mentales, internados en hospital psiquiátrico, y asociarlas a las variables sociodemográficas del familiar y clínicas del paciente.

Método

Es un estudio descriptivo y exploratorio, de tipo transversal, realizado en un hospital psiquiátrico del interior del estado de Sao Paulo, con capacidad para internación de 250 pacientes de convenios públicos, privados y particulares, atendiendo, por tanto, una clientela heterogénea en relación al nivel social, económico y cultural.

La población del estudio estuvo constituida por familiares de pacientes internados en el referido hospital por trastornos mentales, en el período de octubre a diciembre de 2013. Los criterios de inclusión establecidos fueron: tener 18 años o más, poseer algún grado de parentesco con el paciente internado y haberlo acompañado antes y durante la internación. En la presencia de dos o más miembros de la familia, participó de la investigación aquel que dedicaba la mayor parte del tiempo a los cuidados de la persona internada (elegida por los propios familiares), resultando en una muestra de 40 sujetos.

El tamaño de la muestra fue delimitado por el período de tiempo para la recolección de datos (01/10/2013 a 31/12/2013), que fue basado en los recursos humanos y tiempo disponible para conducción del estudio.

La recolección de datos fue realizada por medio de dos instrumentos: 1) la caracterización sociodemográfica del familiar y clínica del paciente y 2) el Inventario de Estrategias de Enfrentamiento de Folkman y Lazarus (IEEFL)⁽⁴⁾.

El Inventario de Estrategias de Enfrentamiento de Folkman y Lazarus engloba pensamientos y acciones que las personas utilizan para lidiar con demandas internas o externas de un evento estresante específico y consta de 66 ítems, que son respondidos en una escala tipo Likert, con cuatro posibilidades de respuestas (0 = no usé esa estrategia; 1 = usé un poco; 2 = usé bastante; 3 = usé en gran cantidad). La escala no presenta puntuación total como sumatoria para evaluación, una vez que los ítems deben ser evaluados por medio de los puntajes promedios dentro de cada factor⁽⁴⁾.

El instrumento fue traducido y validado para el portugués de Brasil, demostrando la existencia de correspondencia entre la versión original en inglés y la traducida, permitiendo su aplicación en otros estudios.

El coeficiente Alpha de Cronbach, en el estudio original, varió de 0,56 a 0,85 entre los factores. Los ítems que componen ese instrumento son divididos en ocho factores: enfrentamiento, alejamiento, autocontrol, soporte social, aceptación de responsabilidad, fuga-esquiva, resolución de problemas y reevaluación positiva⁽¹¹⁾.

Esos factores de la IEEFL fueron clasificados en dos categorías: (1) estrategias funcionales, compuestas por el autocontrol, soporte social, resolución de problemas, reevaluación positiva y aceptación de responsabilidades; y (2) estrategias disfuncionales, que corresponden al enfrentamiento, alejamiento y fuga / esquiva⁽¹²⁾.

Fue realizado una preprueba con cinco sujetos para comprobar, adecuar, refinar y medir la duración de la aplicación de los instrumentos propuestos para la recolección de los datos, la que no resultó en alteraciones. La recolección de datos fue realizada por medio de entrevista, aplicada verbalmente, durante el horario de visita.

Los datos fueron procesados y analizados por medio del programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versión 19 para *Windows IBM Company Copyright 2010*. Para el análisis descriptivo de los datos, fueron utilizadas medidas de posición y variabilidad, para las variables continuas, y frecuencia simple, para las variables categóricas.

Para la evaluación de las estrategias de enfrentamiento, fueron obtenidos los puntajes promedios de cada factor, la desviación estándar y la mediana. Los puntajes promedios fueron calculados de acuerdo con el número de ítems en cada factor. La consistencia interna de los ítems del IEEFL fue verificada con el Alpha de Cronbach.

Para el análisis de los puntajes promedios de la asociación entre las estrategias de enfrentamiento y las variables sociodemográficas, fueron utilizada la prueba

no paramétrica de Mann-Whitney para comparación de dos grupos, y la prueba de Kruskal-Wallis con prueba post hoc de Dunn para comparación de más de dos grupos. El nivel de significación adoptado fue de 0,05.

El desarrollo del estudio atendió a las normas nacionales e internacionales de ética en investigación en que participan seres humanos, obteniendo parecer favorable del Comité de Ética local (Documento nº 300.424). Todos los participantes firmaron el término de consentimiento libre e informado.

Resultados

De los 40 familiares de pacientes con trastornos mentales, 20 eran del sexo masculino y 20 del sexo femenino, con variación de edad entre 18 y 67 años, teniendo como promedio 39 años y desviación estándar de 14,7 años. En relación al grado de parentesco, siete familiares (17,5%) eran los genitores (padre o madre), 10 (25%) eran hijos, nueve (22,5%) hermanos y 14 (35,0%) sobrinos, nietos, cuñados o primos. En cuanto a la escolaridad, 24 personas (60,0%) estudiaron diez años o más y la religión católica fue la predominante de la muestra (50,0%).

En relación a las variables clínicas de los pacientes, el trastorno afectivo bipolar fue el más frecuente (n=16; 40,0%), seguido de depresión (n=13; 32,5%) y esquizofrenia (n=11; 27,5%). La mayoría (n=26; 65,0%) poseía la enfermedad hace más de 10 años y muchos presentaban delirios (n=17; 42,5%) y alucinaciones (n=20; 50,0%) recurrentes.

La estrategia de enfrentamiento más utilizada por los familiares fue el soporte social, y la menos utilizada fue el enfrentamiento. Las estrategias funcionales fueron las más empleadas. La consistencia interna de los factores del IEEFL, medida por medio del coeficiente Alpha de Cronbach, varió 0,44 a 0,79 (Tabla 1).

Tabla 1 - Puntajes promedios de las estrategias de enfrentamiento respondidas por los familiares de pacientes con trastornos mentales. Sao José del Rio Preto, SP, Brasil, 2013

Estrategias de enfrentamiento	Puntaje promedio	Desviación estándar	Mediana	Alpha de Cronbach
Enfrentamiento	0,69	0,92	0,50	0,44
Alejamiento	0,83	1,03	0,35	0,62
Autocontrol	1,10	1,10	0,80	0,47
Soporte social	1,66	1,09	1,66	0,66
Aceptación de responsabilidades	1,09	1,02	0,85	0,70
Fuga-esquiva	1,25	1,13	1,0	0,78
Resolución de problemas	1,57	1,06	1,75	0,57
Reevaluación positiva	1,42	1,14	1,44	0,79

Se constató asociación significativa entre el grado de parentesco y las estrategias: autocontrol ($p=0,037$), soporte social ($p=0,021$) y reevaluación positiva ($p=0,037$), indicando que padre y madre utilizan más de esas estrategias cuando comparados a los hijos, hermanos, u otro familiar (Tabla 2).

Tabla 2 - Promedios de las estrategias de enfrentamiento mencionadas por los familiares de pacientes con trastornos mentales según las variables sociodemográficas. Sao José del Rio Preto, SP, Brasil, 2013

Variables sociodemográficas del familiar	Promedio de los factores del Inventario de Estrategias de Enfrentamiento de Folkman y Lazarus							
	Enfrentamiento	Alejamiento	Auto control	Soporte social	Aceptación de responsabilidad	Fuga-esquiva	Resolución de problemas	Reevaluación positiva
Sexo								
Masculino	0,72	0,75	1,01	1,53	1,00	0,95	1,37	1,48
Femenino	0,77	0,93	1,19	1,78	1,16	1,55	1,81	1,33
p-value*	0,903	0,310	0,391	0,349	0,355	0,093	0,093	0,532
Intervalo etario								
18 a 30	0,70	0,74	0,93	1,56	0,91	1,18	1,51	1,35
31 a 59	0,67	0,84	1,19	1,66	1,17	1,17	1,67	1,42
60 o más	1,29	1,24	1,30	1,99	1,35	1,87	1,50	1,55
p-value†	0,143	0,283	0,512	0,452	0,294	0,376	0,797	0,782
Años de estudio								
0 a 4 años	0,80	1,18	1,20	1,60	0,97	1,16	1,41	1,03
5 a 9 años	0,68	0,65	0,90	1,66	0,99	1,40	1,57	1,34
10 o más	0,76	0,83	1,15	1,66	1,15	1,20	1,64	1,53
p-value†	0,865	0,238	0,380	0,917	0,790	0,749	0,638	0,225
Renta								
1 a 3	0,71	0,83	1,08	1,51	1,03	1,30	1,43	1,22
4 a 7	0,83	0,93	1,05	2,02	1,24	1,21	1,96	1,86
No sabe	0,79	0,76	1,28	1,93	1,13	1,00	1,95	1,81
p-value†	0,773	0,897	0,770	0,132	0,691	0,737	0,108	0,069
Tiene compañero								
Si	0,72	0,80	1,18	1,76	1,17	0,93	1,79	1,58
No	0,77	0,88	1,00	1,52	0,98	1,64	1,34	1,19
p-value*	0,611	0,622	0,502	0,539	0,234	0,056	0,055	0,134
Grado de parentesco‡								
Padre o madre	1,02	1,05	1,71§	2,21§	1,32	0,93	1,96	1,91§
Hijo	0,69	0,69	1,18§	1,86§	1,36	1,85	1,75	1,65§
Hermano	0,66	1,02	0,89	1,27	0,72	1,11	1,50	0,94
Otro	0,70	0,72	0,87§	1,47§	0,99	1,07	1,35	1,28§
p-value†	0,646	0,406	0,037	0,021	0,089	0,137	0,283	0,037

*p-value referente al Test de Mann-Whitney ($P<0,05$); †p-value referente al Test de Kruskal-Wallis con Test de Comparación Múltiple de Dunn ($P<0,05$); ‡Símbolos diferentes en la misma columna (§||) difieren de forma significativa entre sí según Test de Comparación Múltiple de Dunn ($P<0,05$) (§difiere significativamente de || y §|| no difiere significativamente de § y ||)

Las mujeres tienden a utilizar más que los hombres las estrategias fuga/esquiva y resolución de problemas. Los familiares con renta entre cuatro y siete salarios mínimos poseen mayor tendencia en el empleo de la reevaluación positiva.

No fueron obtenidos resultados significativos entre las estrategias de enfrentamiento y la edad, años de estudio y religión, pero se observó una tendencia de

relación significativa para la variable presencia de compañero. Los familiares que relataron no poseer un compañero son más propensos a utilizar la fuga y esquiva para el enfrentamiento de sus problemas, en cuanto que familiares que mencionaron la presencia de un compañero presentaron mayor puntuación en la estrategia resolución de problemas.

La única variable clínica que presentó resultados marginalmente significativos fue la presencia de síntomas psicóticos, indicando que la estrategia de resolución de problemas tiene la propensión de ser más utilizada por los familiares de los pacientes que no poseen esas manifestaciones (Tabla 3).

Tabla 3 - Promedios de los factores del IEEFL obtenidos de cuidadores de pacientes con trastornos mentales según las variables clínicas de los pacientes. Sao José del Rio Preto, SP, Brasil, 2013

Variables clínicas del paciente	Promedio de los factores del Inventario de Estrategias de Enfrentamiento de Folkman y Lazarus							
	Enfrentamiento	Alejamiento	Autocontrol	Soporte social	Aceptación de responsabilidades	Fuga-esquiva	Resolución de problemas	Reevaluación positiva
Trastorno del paciente								
Esquizofrenia	0,72	0,82	1,18	1,64	1,11	1,09	1,38	1,26
TAB	0,81	0,92	1,12	1,72	1,13	1,43	1,68	1,58
Depresión	0,69	0,75	1,00	1,57	1,00	1,15	1,65	1,32
p-value*	0,744	0,734	0,833	0,695	0,769	0,668	0,600	0,423
Tiempo de la enfermedad								
Hasta 30 días	0,66	0,35	0,80	1,33	0,67	1,00	1,31	1,36
31 días a 3 años	0,96	1,02	1,40	2,10	1,11	1,41	1,62	1,49
4 a 10 años	0,58	0,85	1,45	1,78	1,49	0,75	1,75	1,57
11 años o más	0,73	0,87	1,02	1,58	1,08	1,32	1,60	1,37
p-value*	0,595	0,278	0,371	0,402	0,193	0,409	0,955	0,995
Síntomas psicóticos								
Si	0,77	0,89	1,14	1,56	1,01	1,50	1,37	1,38
No	0,71	0,78	1,05	1,75	1,17	0,97	1,84	1,44
p-value†	0,631	0,594	0,733	0,480	0,513	0,095	0,052	0,828

*Valor P referente al Test de Kruskal-Wallis con Test de Comparación Múltiple de Dunn ($P < 0,05$); †Valor P referente al Test de Mann-Whitney ($P < 0,05$). \ Las estrategias de enfrentamiento de los familiares fueron diferentes en relación al tipo y tiempo de la enfermedad. Sin embargo, no fueron evidenciadas diferencias significativas entre las estrategias y las variables clínicas de los pacientes (Tabla 3).

Discusión

Los resultados de este estudio evidenciaron que los familiares de personas con trastorno mental utilizan preferencialmente el soporte social, la resolución de problemas y la reevaluación positiva para cuidar de su familiar enfermo. Los padres o madres de esas personas mencionaron emplear más el autocontrol ($p=0,037$), la reevaluación positiva ($p=0,037$) y el soporte social ($p=0,021$). Esas estrategias son clasificadas como funcionales y están relacionadas a las formas positivas de enfrentar problemas⁽¹²⁾. La adopción de esas estrategias puede resultar en reducción del estrés y menor sobrecarga del cuidador⁽¹³⁾.

En la perspectiva del modelo de *stress-coping* de Lazarus y Folkman, el soporte social está basado en los esfuerzos de la persona para buscar apoyo en las esferas: social, profesional y emocional⁽¹⁴⁾. Algunos estudios realizados en los Estados Unidos⁽¹³⁾, India^(3,15) y China⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ identificaron la búsqueda por soporte social como una estrategia importante para cuidar del familiar

con trastorno mental. La familia, amigos, religión, consultas con médicos y otros recursos del sistema de salud y de la comunidad fueron las formas de soporte social más empleadas por los sujetos^(3,13,15).

La enseñanza del soporte social se mostró efectiva en la reducción del estrés de cuidadores de pacientes con demencia, evidenciando que los familiares sometidos a la intervención para desarrollar esa habilidad presentaron menos síntomas depresivos y más satisfacción con la vida⁽¹⁶⁾.

La reevaluación positiva describe los esfuerzos para crear significados positivos delante de los problemas, con el objetivo de proporcionar el crecimiento personal⁽¹⁴⁾. Es el control de las emociones que están relacionadas a la tristeza que sirve como forma de resignificar, aprender y cambiar, a partir de una situación de conflicto⁽¹⁸⁾. Un estudio realizado en los Estados Unidos presentó reflexiones de familiares, por ejemplo, de la reevaluación positiva: yo trato de crecer como persona delante de las dificultades; yo trato de ver el problema de una forma diferente, que parezca más positivo; yo procuro algo de bueno en lo

que estoy experimentando; yo aprendo siempre alguna cosa con la experiencia⁽¹³⁾. Las personas con mayores niveles de renta presentaron tendencia a utilizar esa estrategia, hecho que puede estar asociado a una mayor escolaridad de los sujetos y a su influencia positiva en el enfrentamiento de una situación estresante⁽¹⁹⁾.

A pesar de que no fue posible establecer una correlación significativa con las variables investigadas, la resolución de problemas está entre las tres estrategias más utilizadas por los participantes de esta investigación; esta estrategia altera una situación por medio de evaluación crítica y detallada, con el objetivo de obtener resultados satisfactorios para resolución del problema⁽¹⁴⁾; en lugar de anular o alejar la situación estresante de su cotidiano, la persona opta por resolver los problemas y modificar actitudes, para que pueda ser capaz de lidiar con presiones habituales, disminuyendo así o hasta eliminando situaciones generadoras de estrés⁽¹⁸⁾.

El autocontrol se refiere a los esfuerzos de la persona para controlar los propios sentimientos y acciones, frente a estímulos estresantes⁽¹⁴⁾. Para ejercitar esa estrategia, la persona precisa percibir y comprender sus propias emociones, siendo capaz de administrar su propio comportamiento⁽¹⁴⁾.

Un estudio realizado en Irlanda, con el objetivo de identificar las formas de lidiar con la experiencia de cuidar de un familiar con trastorno mental, verificó que los cuidadores utilizan con mayor frecuencia la búsqueda de soporte social y el autocontrol, estando esas variables asociadas al sexo masculino y a las personas de edades más jóvenes⁽²⁰⁾.

Las estrategias funcionales pueden ser de difícil alcance para el familiar que se encuentra fragilizado y sufriendo, principalmente en la fase inicial del diagnóstico, una vez que la familia se está ajustando a los cambios. En ese sentido, los trabajos en grupo pueden ser estrategias efectivas para auxiliar al familiar en este proceso, pudiendo facilitar la identificación del problema, la expresión de sentimientos, el aprendizaje por intermedio del otro, el ofrecimiento de informaciones y apoyo, la instilación de esperanza y resolución de las dificultades y de los desafíos semejantes, reduciendo también el aislamiento social, estigmas y prejuicios asociados⁽²¹⁾.

Las estrategias funcionales fueron destacadas como factores de protección modificables en la reducción del estrés, en estudio con cuidadores de pacientes ancianos con demencia, después del entrenamiento de habilidades psicosociales, por un período de tres meses. Este programa educacional además auxilió a esos cuidadores a buscar mayor soporte social y, con eso, utilizar más la resolución de problemas⁽¹⁶⁾.

Entrenamientos psicoeducacionales con familiares de pacientes con trastornos mentales han sido apuntados, en la literatura, como formas efectivas de promover el

enfrentamiento positivo de los problemas, destacándose: la enseñanza en grupos⁽¹⁶⁾, la utilización de manuales⁽²²⁾, del teléfono⁽²³⁻²⁴⁾ o, también, de recursos electrónicos⁽²⁵⁾.

Los participantes de esta investigación, que eran hijos de personas con trastorno mental, obtuvieron un promedio superior en la estrategia disfuncional "fuga y esquivas". Esos resultados sugieren que los hijos de pacientes con disturbios mentales, al mismo tiempo en que tienen consciencia que pueden auxiliar en las situaciones de cuidado con su genitor, demostraron también un sentimiento y deseo de fuga, creyendo que el problema desaparecería, no siendo capaces de superar el sufrimiento, asumiendo, así, el papel de cuidadores.

Otro estudio encontró que el alejamiento y la fuga/esquiva fueron estrategias comúnmente utilizadas por cuidadores familiares más jóvenes y que residían con la persona con trastorno mental, favoreciendo la manutención de miedos, preocupaciones y problemas físicos y psicológicos⁽²⁰⁾.

Los individuos con bajos niveles de escolaridad utilizan, con frecuencia, estrategias disfuncionales, ya que poseen dificultades en identificar el foco del problema y alternativas para su resolución⁽¹⁹⁾. En esta investigación, los familiares con menos escolaridad obtuvieron mayores puntajes en el dominio enfrentamiento, cuando comparados a individuos con más años de estudio.

El enfrentamiento es una forma agresiva que la persona escoge para alterar una situación, como por ejemplo: la expresión de rabia y la falta de flexibilidad⁽¹⁴⁾. Eso puede ocurrir debido a los constantes períodos de crisis e inestabilidad provenientes de la enfermedad, así como de momentos de sufrimiento, incertidumbre en lo que se refiere al futuro, preocupaciones y dificultades enfrentadas en el ámbito social y financiero⁽²⁾.

Los individuos que relataron poseer compañeros presentaron una mayor propensión a utilizar la resolución de problemas y aquellos sin compañeros la fuga y esquivas. Idealmente, la presencia de un compañero está relacionada al afecto, a la convivencia, al intercambio de experiencias y al apoyo entre dos personas, pudiendo explicar la elección de la estrategia funcional.

La tendencia a utilizar la estrategia funcional resolución de problemas, entre familiares que cuidan de pacientes sin manifestaciones psicóticas puede haber ocurrido debido a un cuadro clínico más estable y a la ausencia de agresividad secundaria y de delirios y alucinaciones. Un estudio realizado con familiares de pacientes con trastornos psicóticos concluyó que la negación, alejamiento y el rumiar fueron estrategias comúnmente identificadas y que están relacionadas a la presencia de estrés psicológico⁽⁸⁾.

En la evaluación de la confiabilidad, el Alpha de Cronbach varió de 0,44 a 0,79, indicando una

confiabilidad moderada. Existen varios factores que pueden influenciar la confiabilidad de un instrumento, como por ejemplo, el número de ítems y el tamaño de la muestra⁽¹⁸⁾. Sin embargo, los resultados de confiabilidad del presente estudio son comparables a otras investigaciones que emplearon el Inventario de Estrategias de Enfrentamiento de Folkman y Lazarus^(11,18).

Además, fueron observadas, durante la aplicación del Inventario de Estrategias de Enfrentamiento, dificultades en la elección del valor a ser atribuido a las estrategias. Se piensa que los sujetos precisarían de un tiempo mayor para reflexionar sobre los ítems y decidir cual respuesta representaría mejor sus actos en relación a los conflictos que experimenta.

Después del impacto inicial del descubrimiento de la enfermedad, la familia inicia un proceso de ajuste para la nueva realidad experimentada. Cada momento presenta un significado, una necesidad, una forma de sentimiento, una forma de enfrentamiento y de redes de apoyo específicas. Algunos sentimientos invaden todos los momentos, pero su significado y su intensidad varían de acuerdo con cada fase del proceso de ajuste⁽²⁾, hecho que puede explicar una mayor búsqueda de estrategias funcionales por parte de los familiares, que ya conviven con la enfermedad por muchos años.

Los enfermeros y profesionales de la salud precisan estar en contacto directo con el universo familiar para identificar la realidad compleja y de conflicto de esas personas, necesitando, por tanto, de una planificación para que puedan prestar su asistencia, incluyendo la evaluación y acompañamiento de las familias en lo que se refiere a las dificultades físicas, emocionales y sociales, además de la percepción y reconocimiento precoz de los problemas y/o sufrimientos que podrían alterar la dinámica familiar, con influencia en el tratamiento al paciente.

De suma importancia es la necesidad de ampliar las investigaciones orientadas a la presente temática, objetivando siempre contribuir con nuevas perspectivas de cuidados psicosociales a las familias, con frecuentes reflexiones dirigidas a la práctica profesional y a las nuevas directrices de políticas públicas, en especial en la área de la salud mental y psiquiatría.

Conclusión

Las estrategias de enfrentamiento más utilizadas por familiares de sujetos con enfermedades mentales y psiquiátricas son el soporte social y la resolución de problemas. Los padres utilizan más estrategias funcionales en el cuidado con el hijo que posee enfermedad mental.

Pocos fueron los estudios, nacionales e internacionales, hasta hoy realizados, sobre la experiencia del familiar de pacientes con enfermedades mentales y

psiquiátricas, sobre las formas de enfrentamiento de los estresores, principalmente en lo que se refiere al uso de un referencial teórico específico, como el Inventario de Estrategias de Enfrentamiento.

Los resultados de este estudio fueron limitados como consecuencia de la muestra, que fue reducida y no probabilística, provocando una posible parcialidad y menor representatividad de la población. Destacamos, también, la no evaluación de otras variables que podrían interferir en las estrategias de enfrentamiento y dar base con mayor propiedad a nuestros resultados, como por ejemplo, la personalidad del sujeto, la sobrecarga, el soporte social y los niveles de estrés.

Sin embargo, los resultados obtenidos posibilitaron la comprensión de la forma cómo los familiares enfrentan la situación de presencia de un ser querido con enfermedad mental, permitiendo que los enfermeros refuercen el concepto de que la familia es un núcleo de cuidado importante y, de esta forma, amplíen sus posibilidades de actuación, con intervenciones destinadas a administrar la sobrecarga del familiar del cuidador, para que conviva mejor con la enfermedad del paciente, mantenga el equilibrio y continúe a vivir de una manera positiva, impactando, de esta forma, en el cuidado de la persona con enfermedad mental. Además, abre caminos para futuros estudios de intervención que eluciden nuevas evidencias científicas para implementación de programas psicoeducacionales efectivos para el entrenamiento de esas habilidades funcionales.

Referencias

1. World Health Organization (WHO). Mental Health Action Plan 2013-2020. Geneva: WHO; 2013. [Acesso 12 out 2015]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf
2. Caqueo-Urizar A, Miranda-Castillo C, Lemos Giráldez S, Lee Maturana SL, Ramírez Pérez M, Mascayano Tapia F. An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients. *Psicothema*. 2014;26(2):235-43.
3. Kate N, Grover S, Kulhara P, Nehra R. Relationship of caregiver burden with coping strategies, social support, psychological morbidity, and quality of life in the caregivers of schizophrenia. *Sian J Psychiatr*. 2013;6(5):380-8.
4. Folkman S, Lazarus RS. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *J Pers Soc Psychol*. 1985;48(1):150-70.
5. Figueiredo D, Gabriel R, Jácome C, Marques A. Caring for people with early and advanced chronic obstructive pulmonary disease: how do family carers cope? *J Clin Nurs*. 2014;23(1-2):211-20.

6. Iavarone A, Ziello AR, Pastore F, Fasanaro AM, Poderico C. Caregiver burden and coping strategies in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014;29;10:1407-13.
7. Seo JM, Byun EK, Park KY, Kim SH. Development of a coping scale for families with schizophrenia. *J Korean Acad Nurs*. 2012;42(5):738-48.
8. Cotton SM, McCann TV, Gleeson JF, Crisp K, Murphy BP, Lubman DI. Coping strategies in carers of young people with a first episode of psychosis. *Schizophr Res*. 2013;146(1-3):118-24.
9. Mizuno E, Iwasaki M, Sakai I, Kamizawa N. Sense of coherence and quality of life in family caregivers of persons with schizophrenia living in the community. *Arch Psychiatr Nurs*. 2012;26(4):295-306.
10. Margetić BA, Jakovljević M, Furjan Z, Margetić B, Marsanić VB. Quality of life of key caregivers of schizophrenia patients and association with kinship. *Centr Eur J Public Health*. 2013;21(4):220-3.
11. Savóia MG, Santana P, Mejias NP. Adaptação do inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicol USP*. 1996; 7(1/2):183-201.
12. Görgen SM, Hiller W, Witthöft M. Health anxiety, cognitive coping, and emotion regulation: a latent variable approach. *Int J Behav Med*. 2014;21(2):364-74.
13. Smith ME, Lindsey MA, Williams CD, Medoff DR, Lucksted A, Fang LJ, et al. Race-Related Differences in the Experiences of Family Members of Persons with Mental Illness Participating in the NAMI Family to Family Education Program. *Am J Commun Psychol*. 2014;54:316-327.
14. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal coping, and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol*. 1986; 50(5):992-1003.
15. Varghese A, Khakha DC, Chadda RK. Pattern and Type of Aggressive Behavior in Patients with Severe Mental Illness as Perceived by the Caregivers and the Coping Strategies Used by Them in a Tertiary Care Hospital. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016;30(1):62-9.
16. Chen HM, Huang MF, Yeh YC, Huang WH, Chen CS. Effectiveness of coping strategies intervention on caregiver burden among caregivers of elderly patients with dementia. *Psychogeriatrics*. 2015;15(1):20-5.
17. Hsiao CY, Riper MV. Individual and family adaptation in Taiwanese families of individuals with severe and persistent mental illness (SPMI). *Res Nurs Health*. 2009;32(3):307-20.
18. Marnocha S, Marnocha M. How older female spouses cope with partners' coronary artery bypass graft surgery. *Nurs Res Pract*. [Internet]. 2013 [Access 16 Dec 2015];2013. Article 923137. 7 pages. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/923137>
19. Bazrafshan MR, Jahangir F, Mansouri A, Kashfi SH. Coping strategies in people attempting suicide. *Int J High Risk Behav Addict [Internet]*. 2014 [Acesso 12 out 2015];3(1): e16265. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4070193/pdf/ijhrba-03-01-16265.pdf>.
20. Kartalova-O'Doherty Y, Doherty DT. Coping strategies and styles of family carers of persons with enduring mental illness: a mixed methods analysis. *Scand J Caring Sci*. 2008;22(1):19-28.
21. Mentis M, Messinis L, Kotrotsiou E, Angelopoulos NV, Marneras C, Papathanasopoulos P, et al. Efficacy of a support group intervention on psychopathological characteristics among caregivers of psychotic patients. *Int J Soc Psychiatry*. 2015;61(4):373-8.
22. Livingston G, Barber J, Rapaport P, Knapp M, Griffin M, Romeo R, et al. START (STrategies for RelaTives) study: a pragmatic randomised controlled trial to determine the clinical effectiveness and cost-effectiveness of a manual-based coping strategy programme in promoting the mental health of carers of people with dementia. *Health Technol Assess*. 2014;18(61):1-242.
23. Au A, Gallagher-Thompson D, Wong MK, Leung J, Chan WC, Chan CC, et al. Behavioral activation for dementia caregivers: scheduling pleasant events and enhancing communications. *Clin Interv Aging*. 2015;26(10):611-9.
24. Toohey MJ, Muralidharan A, Medoff D, Lucksted A, Dixon L. Caregiver Positive and Negative Appraisals: Effects of the National Alliance on Mental Illness Family-to-Family Intervention. *J Nerv Ment Dis*. 2016;204:156-9.
25. Williams VP, Bishop-Fitzpatrick L, Lane JD, Gwyther LP, Ballard EL, Vendittelli AP, et al. Video-based coping skills to reduce health risk and improve psychological and physical well-being in Alzheimer's disease family caregivers. *Psychosom Med*. 2010;72(9):897-904.

Recibido: 12.11.2015

Aceptado: 15.3.2016

Correspondencia:

Daniele Alcalá Pompeo
 Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
 Departamento de Enfermagem Especializada
 Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416
 Vila São Pedro
 CEP: 15090-000, São José do Rio Preto, SP, Brasil
 E-mail: dalcala@eerp.usp.br / daniele.pompeo@famerp.br

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.