



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

Afrontamiento espiritual y calidad de vida en personas con esquizofrenia en un hospital psiquiátrico

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica

Autora:

Jhessenia Natalia Galarza Parra

CI: 010636763-4

Tutor:

Psi. Cl. Luis Alberto Bernal Sarmiento, M. Sc.

CI: 010461859-0

Cuenca, Ecuador

13-junio-2019



Resumen:

La esquizofrenia es una enfermedad mental que afecta el adecuado funcionamiento de quien la experimenta. La enfermedad puede conllevar al desarrollo de estrategias de afrontamiento espiritual con el fin de disminuir el malestar ocasionado por tal circunstancia y así mejorar la calidad de vida de las personas. Esta investigación fue cuantitativa, de tipo no experimental, con alcance descriptivo y transversal. El objetivo fue describir la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento espiritual y la percepción del nivel de calidad de vida en personas con esquizofrenia en el Centro de Reposo y Adicciones del hospital psiquiátrico *Humberto Ugalde Camacho* de la ciudad de Cuenca. Los participantes fueron 30 personas con un diagnóstico de esquizofrenia. La recolección de información se llevó a cabo a través de una ficha sociodemográfica, la escala de estrategias de afrontamiento espiritual y el cuestionario de calidad de vida revisado MCGILL. El procesamiento de datos se realizó a través del SPSS, para el análisis de la información se emplearon técnicas de la estadística descriptiva y los resultados se presentaron a través de tablas y figuras. Se encontró una frecuencia media en el uso de estrategias de afrontamiento espiritual (media 33.25), las de tipo religioso fueron utilizadas mayormente por las mujeres y las no religiosas, por quienes tenían pareja sentimental. El nivel de calidad de vida percibido fue alto (media 1.97), los participantes que tenían pareja sentimental presentaron cifras más elevadas en la subescala física, psicológica, existencial y en la calidad de vida total.

Palabras clave: Esquizofrenia. Calidad de vida. Estrategias de afrontamiento espiritual. Espiritualidad.



Abstract:

Schizophrenia is a mental illness that affects the proper functioning of those who experience it. The disease can lead to the development of spiritual coping strategies in order to reduce the discomfort caused by this circumstance and thus improve the quality of life of people. This research was quantitative, non-experimental, descriptive and cross sectional. The aim was to describe the frequency of use of spiritual coping strategies and perception of the level of quality of life in people with schizophrenia in the Center of Rest and Addiction in the psychiatric hospital *Humberto Ugalde Camacho* in the city of Cuenca. The participants were 30 people between 19 and 67 years old with diagnosed of schizophrenia. The collection of information was carried out through a sociodemographic survey, the scale of spiritual coping strategies and the revised quality of life questionnaire. MCGILL. Data processing was carried out through the SPSS program. For the analysis of the information, were used techniques of descriptive statistics and the results were presented through tables and figures. There was a medium frequency of use of spiritual coping strategies (mean 33.25), those of a religious type were used mostly by women and non-religious ones by people who had sentimental couple The perceived level of quality of life of the participants was high (mean 1.97), those who had a sentimental couple presented higher levels in the physical, psychological, existential and in the total quality of life.

Key words: Schizophrenia. Quality of life. Spiritual coping strategies. Spirituality.



Índice de contenido

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	5
PROCESO METODOLÓGICO	16
Enfoque, alcance y tipo de diseño.	16
Participantes.	16
Criterios de inclusión.	16
Criterios de exclusión.....	16
Instrumentos.	16
Procedimiento.....	17
Procesamiento de datos.	18
Aspectos éticos.....	18
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	19
Características de los participantes.	19
Confiabilidad de los instrumentos.....	19
Estrategias de afrontamiento espiritual.	19
Calidad de vida.....	25
CONCLUSIONES	28
RECOMENDACIONES.....	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
ANEXOS	36
Anexo 1. Ficha sociodemográfica.....	36
Anexo 2. Escala de estrategias de afrontamiento espiritual.....	37
Anexo 3. Cuestionario de calidad de vida	38
Anexo 4. Modelo de consentimiento informado aprobado por el Comité de Bioética.....	40

Índice de tablas y figuras

Tabla 1 Características de los participantes.	19
Tabla 2 Estrategias de afrontamiento religioso.....	21
Tabla 3 Estrategias de afrontamiento no religioso.....	23
Tabla 4 Estrategias de afrontamiento espiritual según variables sociodemográficas.....	24
Tabla 5 Nivel de calidad de vida.....	25
Tabla 6 Nivel de calidad de vida según variables sociodemográficas.....	27
Figura 1. Frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento religioso	20
Figura 2. Frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento no religioso.	22



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Jhessenia Natalia Galarza Parra, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "Afrontamiento espiritual y calidad de vida en personas con esquizofrenia en un hospital psiquiátrico", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 13 de junio de 2019

Jhessenia Natalia Galarza Parra

C.I: 010636763-4



Cláusula de Propiedad Intelectual

Jhessenia Natalia Galarza Parra, autora del trabajo de titulación "Afrontamiento espiritual y calidad de vida en personas con esquizofrenia en un hospital psiquiátrico" certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en esta investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 13 de junio de 2019

Jhessenia Natalia Galarza Parra

C.I: 010636763-4



FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Una de las enfermedades mentales que afecta la esfera afectiva, cognitiva y conductual de las personas y por tanto, altera la adecuada estructura y funcionamiento de la personalidad es la esquizofrenia. La Organización mundial de la Salud (2018) señala que es un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo y que es más frecuente en hombres (12 millones) que en mujeres (9 millones). En Ecuador, es la enfermedad mental con mayor prevalencia (38%) según los datos de ingreso a los cinco hospitales psiquiátricos existentes (Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud del Ecuador, 2008).

En este trabajo se asume la clasificación de la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), propuesta por la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), donde se plantea que:

Los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos son la esquizofrenia, otros trastornos psicóticos y el trastorno esquizotípico (de la personalidad). Se definen por anomalías en uno o más de los siguientes cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) y síntomas negativos. (p. 87)

Los criterios que propone el DSM-5 para establecer un diagnóstico de esquizofrenia son: la presencia de dos o más síntomas como delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o catatónico y síntomas negativos. Desde el inicio de la enfermedad, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está por debajo del nivel alcanzado. Los signos continuos persisten durante seis meses como mínimo. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas. No se atribuye a los efectos fisiológicos de una sustancia o afección médica. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico será esquizofrenia únicamente si los delirios o alucinaciones notables están presentes durante un mínimo de un mes (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014), señala que los delirios son creencias fijas que no son susceptibles de cambio, pese a existir evidencias en su contra y su contenido puede incluir temas de persecución, de grandeza, religiosos, entre otros. Las alucinaciones son



percepciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo, son vívidas, claras, no están sujetas a control voluntario y pueden presentarse en cualquier modalidad sensorial. El pensamiento desorganizado es la incapacidad para estructurar y organizar las ideas y se evidencia a través del discurso de la persona. El comportamiento motor desorganizado es la incapacidad para llevar a cabo un comportamiento dirigido hacia un objetivo. La catatonía es una disminución marcada de la reactividad al entorno. Los síntomas negativos incluyen la disminución de la expresión emotiva, la abulia, la anhedonia, entre otros.

En cuanto a la edad de inicio de esta enfermedad, Amador, Saavedra, Garfía y Chávez (2019) indican que suele presentarse entre los 15 y los 35 años, con una mayor frecuencia a los 25, no obstante puede haber casos de inicio en la infancia y en la tercera edad. Las mujeres muestran una aparición más tardía y un mejor pronóstico, en este grupo los síntomas se desarrollan en un rango de edad de 15 a 30 años y de 45 a 55 (edad relacionada con la menopausia), mientras que en los hombres aparece entre los 15 y los 25 años.

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) señala que durante el curso de la enfermedad aparecen periodos de remisión que se caracteriza por una disminución de la sintomatología. Se conoce como remisión parcial cuando los síntomas se presentan de manera leve o por debajo del umbral de alucinaciones o delirios y como remisión total, cuando una persona ha experimentado un episodio de esquizofrenia pero en la actualidad, los indicadores del trastorno están ausentes. Según Enciso y Jiménez (2018), la remisión posibilita una fase de estabilidad clínica en la que algunos usuarios pueden estar asintomáticos y otros pueden presentar tensión, ansiedad, depresión o insomnio.

Producto de los síntomas de la enfermedad, investigadores señalan algunas consecuencias negativas para quienes la experimentan, Chernomas, Clarke y Chisholm, (2000) indican que se generan sentimientos de pérdida, de soledad y aislamiento. Wilton (2004) propone que afecta en la autoestima. Nasrallah, Duchesne, Mehnert, Janagap y Eerdeken (2004) refieren que disminuye la calidad de vida. Cuevas-Yust (2006) plantea que puede provocar en familiares y amigos, rechazo, lo que desencadena aislamiento social. Y la Organización Mundial de la Salud (2018) manifiesta que la enfermedad está muy estigmatizada, lo que ocasiona discriminación, que a su vez puede limitar el acceso a la atención sanitaria general, la educación, la vivienda y el empleo.

Cuando las personas enferman afloran destrezas de corte religioso-espiritual para contrarrestar psicológicamente la tensión originada por situaciones adversas, estas dependen de la cultura y del sistema de creencias que posee cada individuo. De acuerdo a Bernal (2018), la religión es una institución socialmente objetiva, basada en normativas y reglas morales que



acercan al feligrés a una conexión con Dios o con lo sagrado, de acuerdo al sistema religioso. En tanto que la espiritualidad, según Koenig, McCullough y Larson (2001) es la búsqueda personal para entender las respuestas a preguntas últimas sobre la vida, su significado y la relación con lo sagrado o lo trascendente y puede o no llevar al desarrollo de rituales religiosos y a la formación de una comunidad.

Para Nagai-Jacobson y Burkhardt (1989) y McSherry, Cash y Ross (2004) la religiosidad está inmersa en sistemas organizados de fe y tradiciones basadas en revelaciones divinas, mientras que la espiritualidad incorpora los valores, actitudes, rituales y perspectivas de una persona y puede incluir prácticas religiosas.

Desde estas perspectivas, la religión es una congregación organizada, basada en sistemas de creencias, rituales, prácticas y jerarquías. La espiritualidad por su parte, dependería de los manejos internos y privados de cada persona, se puede desarrollar en soledad y es independiente de la institución religiosa, a pesar de que ésta la incorpora en sus procesos.

Baldacchino (2002) establece dos dimensiones para la espiritualidad, una de carácter vertical o religiosa, que por medio de la trascendencia posibilita una conexión de la persona con Dios y el entorno, y una dimensión horizontal o no religiosa, que está compuesta por el área biológica, psicológica y social, de manera que instaura el vínculo con la propia persona y los demás, aquella mediación se da por las creencias y los valores del hombre y de su grupo.

El afrontamiento es conceptualizado por Folkman y Lazarus (1984), como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que posee una persona para manejar demandas internas y/o externas específicas que se consideran que exceden los recursos. El individuo primero evalúa el factor estresante al identificar su significado, ya sea amenazante o desafiante (evaluación primaria). Después, determina si los recursos de afrontamiento y las opciones disponibles son suficientes para hacer frente a la situación (evaluación secundaria), mediante diversas formas de afrontamiento, como la búsqueda de información, la acción directa y la inhibición de la acción.

El afrontamiento desempeña un rol importante en los seres humanos porque permitiría manejar diferentes eventos vitales que se presentan a lo largo de la existencia. Para Baldacchino (2002), este variable posee dos funciones: regulación emocional y gestión del problema. La primera, consiste en regular emocionalmente a la persona mediante estrategias como el optimismo, que le posibiliten una actitud positiva y de confianza. La segunda, consiste en gestionar el problema a través de estrategias de afrontamiento enfocadas a la circunstancia conflictiva, como por ejemplo, realizar dinámicas recreativas en un ambiente estresante.



Cassaretto, Chau, Oblitas y Valdéz (2003) consideran que la estrategia de afrontamiento se refiere a los procesos concretos y específicos que se utilizan en cada contexto, pueden ser cambiantes dependiendo de las situaciones desencadenantes. Además señalan que ciertas predisposiciones personales determinan su uso.

Baldacchino y Draper (2001) y Baldacchino y Buhagiar (2003) definen a la estrategia de afrontamiento espiritual, como una destreza que ayuda a encontrar un significado y un propósito para vivir en tiempos de crisis y conduce al autoempoderamiento para enfrentar el estrés producido por la enfermedad, hasta que se lleve a cabo el proceso de adaptación. Reconocen además, que el uso de estas destrezas aplica tanto para quienes creen en Dios como para las personas que no creen en un Poder superior. Así los creyentes al igual que los no creyentes tendrían un sentido y un propósito en la vida para sobrellevar su situación. Sin embargo, los creyentes tendrían una capacidad de afrontamiento adicional derivada de diversas prácticas religiosas personales y/o grupales, como oraciones y rituales.

Baldacchino y Draper (2001) manifiestan que las estrategias de afrontamiento espiritual incluyen destrezas de tipo religioso y no religioso. Entre las de tipo religioso se encuentran las relacionadas con Dios y la institución religiosa, por ejemplo: recibir la comunión, mirar y escuchar programas con contenido religioso o practicar oraciones. Entre tanto, las de tipo no religioso adquieren un valor privado, como ver el lado positivo de la situación, ayudar a los demás como un medio de dar amor y paz a los otros o mantener relaciones cercanas con familiares y amigos.

Dentro de los contextos de salud, las estrategias de afrontamiento espiritual tendrían la capacidad de incidir en la calidad de vida de las personas, concepto que ha evolucionado a través del tiempo y de la perspectiva de cada autor. Wilson y Cleary (1995), expresan que la calidad de vida es sinónimo de estado de salud percibido por una persona, con el objetivo principal de evaluar si una enfermedad o condición crónica y sus síntomas interfieren con el desempeño en la vida diaria.

La Organización Mundial de la Salud (1996), se refiere a esta categoría como la manera en la que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales.



Urzúa y Caqueo-Urizar (2012), conciben esta variable como el “Nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida” (p. 720).

Cohen, Mount, Tomas y Mount (1996), quienes con sus postulados, son considerados por esta investigación como los referentes teóricos del constructo calidad de vida, señalan que es un estado de bienestar subjetivo que está relacionado con aspectos físicos, psicológicos y existenciales. Cohen et al. (2016) establecieron cuatro dominios para esta variable: físico, psicológico, existencial y social. El físico se refiere al bienestar en relación a lo somático. El psicológico indaga sobre estados emocionales como el ánimo deprimido, la tristeza, el miedo y la preocupación. El existencial examina elementos fenomenológicos como los propósitos en la vida y el bienestar con uno mismo. El social contempla el apoyo y se centra en las relaciones interpersonales.

Cohen et al. (2006) consideran que la calidad de vida incluye las expectativas y las condiciones objetivas de cada persona e incorpora la presencia de factores positivos, en lugar de hacer énfasis exclusivamente en lo negativo, así una situación estresante puede convertirse en una oportunidad para profundizar en relaciones interpersonales importantes.

Cohen, et al. (1996) y Cohen et al. (2016) sugieren que la experiencia de cada persona sobre la enfermedad es un factor determinante en la calidad de vida y reconocen que el componente existencial debería estar muy cercano a los objetivos que persigue la medicina al momento de implantar un plan de tratamiento para sus pacientes, puesto que se trata de seres humanos a quienes, por condiciones de enfermedad la vida les resulta más frágil y por ende cobran importancia elementos de orden existencial.

Así también, Cohen y Mount (2000) proponen que la calidad de vida en contextos de salud no es únicamente un producto del sistema de atención sanitaria, sino el resultado de la interacción entre la enfermedad, la atención médica y el amplio espectro de variables que constituyen la experiencia del individuo.

A continuación se detallan algunos resultados de investigaciones realizadas a nivel internacional, sobre estrategias de afrontamiento espiritual y calidad de vida en personas con esquizofrenia. A nivel nacional y local no se han detectado estudios relacionados con estas variables.

En Londres, Cooke et al. (2007), realizaron una investigación sobre el insight, la angustia y el afrontamiento en personas con esquizofrenia y encontraron que los participantes presentaban una alta tendencia al uso de estrategias de afrontamiento religiosas. En el mismo contexto, Röhrich et al. (2009) al estudiar la religiosidad, la espiritualidad y el origen étnico en la



esquizofrenia aguda, reportaron que los pacientes asiáticos presentaron una frecuencia media en el uso de estrategias de afrontamiento religioso. Además, encontraron que la oración fue la estrategia más utilizada y el asistir a los servicios religiosos fue la menos utilizada.

En la India, Shah et al. (2011) investigaron la relación entre espiritualidad-religiosidad y afrontamiento en pacientes con esquizofrenia y encontraron que las estrategias más utilizadas fueron la búsqueda de apoyo social y la evaluación positiva de la situación.

En Ginebra, Rieben, Huguelet, Lopes, Mohr y Brandt (2014) realizaron un estudio sobre el apego y afrontamiento en pacientes con esquizofrenia crónica y reportaron que el 64% de los pacientes utilizaron estrategias de afrontamiento religioso. Además, señalaron que esta es una estrategia utilizada tanto por personas que experimentan dificultades como la psicosis, como por otras.

En República Checa, Holubova et al. (2016) investigaron las estrategias de afrontamiento y autoestigma en pacientes con trastornos del espectro de la esquizofrenia y encontraron que la estrategia autoinstrucción positiva fue la menos utilizada por los participantes.

En la India, Shah, Grover y Kulhara (2017) desarrollaron una investigación sobre el afrontamiento en la esquizofrenia y hallaron que los pacientes utilizaban con mayor frecuencia las estrategias aceptar y fantasear que se refiere a la aceptación de la situación de la vida y la búsqueda de apoyo social que hace referencia al uso de la red social.

En China, Kao et al. (2017) estudiaron la relación entre la capacidad personal, el autoestigma, la autoestima, la autoreflexión y los estilos de afrontamiento en la esquizofrenia y reportaron que las mujeres presentaron puntajes más altos en el uso de estrategias de afrontamiento religioso en general y en las estrategias como la aceptación y la reinterpretación positiva.

Por último, en Nigeria, Mume e Ilesanmi (2017) realizaron una validación de la escala de estrategias de afrontamiento espiritual en personas con esquizofrenia y encontraron que la estrategia religiosa utilizada con mayor frecuencia fue orar con alguien más o con un grupo de personas con una media de 2.82 (DT 0.38), seguida del uso de oraciones personales/privadas y de mantener una relación con Dios o un poder superior como la fuente de la fuerza y la esperanza con una media de 2.80 (DT .40). Aquella utilizada con menos frecuencia fue recibir la comunión, con un puntaje medio de 2.59 (DT .52). La estrategia no religiosa más utilizada fue vivir día a día con la esperanza de que las cosas van a mejorar, con una media de 2.16 (DT .57) y la menos utilizada fue usar la reflexión como un medio para identificar potencialidades y fortalezas, con una media de 1.80 (DT .62).



Respecto a los estudios sobre la calidad de vida, se han desarrollado los siguientes. En el Reino Unido, Martin y Allan (2007) realizaron un análisis factorial de la escala de calidad de vida de la esquizofrenia y reportaron que los participantes presentaban un nivel alto en el constructo investigado.

En la India, Chugh, Rehan, Unni y Sah (2013) investigaron el valor predictivo de los síntomas para la calidad de vida en la esquizofrenia y encontraron que el bienestar físico se veía significativamente afectado en estas personas.

En Estados Unidos, Fervaha, Agid, Takeuchi, Foussias y Remington (2013) a partir de los resultados de su estudio en pacientes con esquizofrenia crónica, encontraron que los factores sociodemográficos tenían una influencia débil o nula en la calidad de vida de los participantes.

En Nigeria, Lasebikan y Lasebikan (2014) realizaron un estudio comparativo de la psicopatología y la calidad de vida entre personas con esquizofrenia y encontraron que el dominio social, fue uno de los que puntuó más bajo.

En Israel, Hasson-Ohayon et al. (2014), llevaron a cabo una investigación sobre los enfoques metacognitivos y de cognición social para comprender el impacto de la esquizofrenia en la calidad de vida y reportaron que las mujeres tenían un puntaje más alto en esta última categoría.

En países de América Latina como Bolivia, Chile y Perú, Caqueo-Urizar, Urzúa, Boyer y Williams (2015), exploraron la religiosidad y la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia y encontraron un nivel medio en esta última variable, además reportaron que el ser mujer se asoció con un nivel más bajo de calidad de vida.

En Japón, Fujino et al. (2015), estudiaron la situación laboral y la calidad de vida subjetiva en pacientes con esquizofrenia y reportaron que el poseer un empleo sería uno de los elementos que conduce a una mejor calidad de vida en estas personas puesto que le permite un mejor funcionamiento social.

En Francia, Alessandrini et al. (2016) investigaron los determinantes del bienestar subjetivo en la esquizofrenia y encontraron un nivel de calidad de vida medio en el puntaje global y en las subescalas de bienestar psicológico y físico.

En Italia, Bambini et al. (2016) estudiaron la frecuencia del déficit pragmático, sustratos cognitivos y relación con la calidad de vida en la esquizofrenia y encontraron un nivel bajo o deteriorado a nivel global.

En Jordania, Rayan y Obiedate (2017) investigaron los correlatos de la calidad de vida entre los pacientes jordanos con esquizofrenia y reportaron un nivel bajo o deficiente, además el puntaje inferior se informó en pacientes divorciados.



En China, Cai y Yu (2017) encontraron que las personas con esquizofrenia presentaron un nivel de calidad de vida alto, esta se correlacionó positiva y estadísticamente con la situación laboral.

En Taiwan, Lin, Liu y Yang (2018) investigaron la relación entre las características demográficas y variables psicosociales en la esquizofrenia y hallaron que los distintos dominios de la calidad de vida según variables sociodemográficas como: sexo, estado civil y empleo presentaron puntajes similares, sin embargo en el dominio de relaciones sociales, las personas que estaban casadas presentaron un puntaje mayor.

En Canadá, Khalesi et al. (2018) investigaron la timidez, hormonas y calidad de vida entre adultos con esquizofrenia y reportaron que las personas evaluadas presentaron un nivel alto en el dominio de relaciones interpersonales.

Finalmente, en Portugal, Costa et al. (2018) estudiaron la motivación autónoma y calidad de vida como predictores de actividad física en pacientes con esquizofrenia y encontraron un nivel medio, además el dominio que puntuó más alto fue el físico y el que puntuó más bajo fue el social.

El interés por investigar las estrategias de afrontamiento espiritual y la calidad de vida en personas con esquizofrenia, surge por la necesidad de iniciar con este tipo de investigación en el Ecuador. Puesto que Tepper, Rogers, Coleman y Malony (2001) resaltan la importancia de la espiritualidad como una estrategia de afrontamiento significativa para las personas con enfermedades mentales y se sugiere que los proveedores de salud mental, deben permitir que el afrontamiento religioso sea un aspecto a considerar en la investigación, en la evaluación y en el tratamiento.

Por su parte, Cavieres y Valdebenito (2005) al considerar el desarrollo de las nuevas políticas sanitarias destinadas para la atención a personas con trastornos mentales graves, plantean la necesidad de incorporar la medición de la calidad de vida en la evaluación de los resultados del tratamiento que reciben estas personas.

La motivación por el tema propuesto se basó en lo que señala la literatura respecto a las consecuencias que produce la esquizofrenia debido a los cuadros clínicos de la enfermedad, pues los individuos se encontrarían bajo condiciones distintas a las que enfrenta diariamente la población considerada como *regular*. Salgado (2014) sostiene que la espiritualidad es un factor de protección que permite aliviar y mitigar el sufrimiento, superar la adversidad y alcanzar un mayor bienestar subjetivo.

Los beneficiarios directos del estudio lo constituyen las personas objeto de análisis y las instituciones encargadas de la salud mental, puesto que al contar con datos sobre las estrategias



de afrontamiento espiritual que adoptan estas personas, este trabajo será un antecedente para que a futuro, se elaboren protocolos psicoterapéuticos de corte espiritual.

El desarrollo de este trabajo fue viable, por derivarse de la línea de investigación en Espiritualidad de la Universidad de Cuenca, se contó con instrumentos adaptados lingüísticamente a contextos de salud en Cuenca que fueron diseñados por el proyecto *Sistemas de creencias y afrontamiento espiritual, percepción de la enfermedad y calidad de vida en contextos de salud*. También, fue posible contactar con la población de interés puesto que se contó con el apoyo por parte de la institución en donde se realizó el levantamiento de información. Y se pudo acceder a la literatura enfocada en las variables de la investigación a través de las bases digitales que maneja la Universidad de Cuenca.

Por todo lo expuesto, la autora de este trabajo se planteó las siguientes preguntas de investigación ¿Cuál es la frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento espiritual en personas con esquizofrenia? ¿Cuál es la percepción del nivel de calidad de vida en personas con esquizofrenia? y ¿Cuál es la frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento espiritual y la percepción del nivel de calidad de vida en personas con esquizofrenia según variables sociodemográficas como sexo, actividad remunerada y pareja sentimental?

Para responder a las preguntas propuestas se planteó como objetivo general describir la frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento espiritual y la percepción del nivel de calidad de vida en personas con esquizofrenia en el Centro de Reposo y Adicciones del hospital psiquiátrico *Humberto Ugalde Camacho* de la ciudad de Cuenca. Y como objetivos específicos: (a) identificar la frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento espiritual en personas con esquizofrenia, (b) identificar la percepción del nivel de calidad de vida en personas con esquizofrenia y (c) identificar la frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento espiritual y la percepción del nivel de calidad de vida según variables sociodemográficas como sexo, actividad remunerada y pareja sentimental.



PROCESO METODOLÓGICO

Enfoque, alcance, tipo y diseño

De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014) esta investigación tuvo un enfoque cuantitativo, porque para la recolección de información se utilizaron instrumentos estandarizados y para el procesamiento de datos se emplearon medidas de la estadística descriptiva. El alcance fue descriptivo debido a que se buscó detallar las variables estrategias de afrontamiento espiritual y calidad de vida en personas con esquizofrenia en un hospital psiquiátrico y fue un estudio transversal, porque los datos se recogieron en un momento único y en su ambiente natural. El tipo de diseño fue no experimental, es decir no existió manipulación de variables.

Participantes

La población la constituyeron 30 personas adultas con un diagnóstico de esquizofrenia, atendidas durante los últimos seis meses en el Centro de Reposo y Adicciones del Hospital Psiquiátrico *Humberto Ugalde Camacho* (CRA), que brinda atención especializada a personas con adicciones y trastornos psiquiátricos. La población se definió de acuerdo a los criterios sugeridos por Hernández et al. (2014), estos son: el lugar y el tiempo. Por ser una cifra reducida se trabajó con toda la población.

Criterios de inclusión

Poseer un diagnóstico de esquizofrenia de acuerdo a la evaluación realizada por la institución y encontrarse estables clínicamente.

Criterios de exclusión

Poseer un diagnóstico de esquizofrenia inducida por consumo de sustancias, ser menores de 18 años y no firmar el consentimiento informado.

Instrumentos

Ficha sociodemográfica: permitió explorar variables como: edad, religión, si tenían hijos y el nivel de estudios aprobado, con el objetivo de caracterizar la población, además se indagaron variables como sexo, pareja sentimental y si realizó alguna actividad remunerada antes del ingreso al CRA, para describirlas con las dos grandes categorías de este trabajo (Anexo 1).

Estrategias de Afrontamiento Espiritual: es una escala tipo Likert desarrollada por Baldacchino y Buhagiar (2003), consta de dos factores: el factor I que mide estrategias de afrontamiento religioso y el factor II que mide estrategias de afrontamiento no religioso. Tiene



en total veinte ítems que se contestan a través de 4 opciones de respuesta, estas van desde 0 (nunca utilizada) hasta 3 (a menudo utilizada). Para la calificación se suma el puntaje obtenido y cuanto mayor es el puntaje, mayor es la frecuencia de uso de cada estrategia. El instrumento posee un alfa de Cronbach de .81.

Este trabajo utilizó la adaptación lingüística (Anexo 2) de la escala que fue diseñada para usuarios en contextos de salud en Cuenca por Bernal (2018).

Cuestionario de Calidad de Vida Revisado MCGILL: es un instrumento tipo Likert desarrollado por Cohen et al. (2016), diseñado para medir la percepción de la calidad de vida de una persona con una enfermedad potencialmente mortal. Consta de 14 ítems que forman cuatro subescalas: bienestar físico, psicológico, existencial y social, además incluye una pregunta que indaga sobre la calidad de vida general, esta no se considera para la calificación. Las opciones de respuesta van de 0 a 10. Para la calificación, primero se invierten los valores de los ítems: 1, 3, 4, 5, 6, 7, 10 y 13 y luego se obtiene un puntaje medio de las cuatro subescalas. El alfa de Cronbach es de .94.

Se utilizó el cuestionario adaptado lingüísticamente en contextos de salud por parte del equipo de investigación en Espiritualidad de la Universidad de Cuenca (Anexo 3). Debido a que se pretende interpretar la calidad de vida desde una visión psicológica, en este diseño las opciones de respuesta presentan cuatro opciones cualitativas (por ejemplo nunca, a veces, casi siempre y siempre) que corresponden a 0, 1, 2 y 3, respetivamente.

Con sustento en lo propuesto por Bennett, Briggs y Triola, (2011) y Hernández, et al. (2014) respecto la distribución normal de los datos, de la media aritmética y de la desviación típica, el equipo de investigación propuso, para este trabajo que el nivel bajo de calidad de vida corresponde a los valores de 0 a 1.1, el nivel medio de 1.2 a 1.8 y el nivel alto de 1.9 a 3.

Procedimiento

Primero, se solicitó el permiso respectivo a las autoridades del CRA con el fin de proceder a la aplicación de los instrumentos. Segundo, se contactó de manera individual con los usuarios conforme llegaban al hospital. Luego, se procedió a la socialización de los objetivos del estudio y se obtuvo la firma del consentimiento informado por los participantes. El tiempo de la aplicación de los instrumentos para la recolección de datos fue de 30 minutos aproximadamente. El proceso de trabajo de campo tuvo una duración de seis meses, desde septiembre de 2018 a marzo de 2019. Finalmente, los datos fueron trasladados a una matriz digitalizada, para su posterior procesamiento, análisis e interpretación.



Procesamiento de datos

Una vez recolectada la información, para el análisis de datos se utilizaron medidas de tendencia central, frecuencias, dispersión, máximos y mínimos. El procesamiento se realizó a través del paquete estadístico para las ciencias sociales (IBM SPSS) versión 25 y la edición de tablas en Excel 2016. Y los resultados se presentaron en tablas y figuras.

Aspectos éticos

El estudio se apegó a los principios éticos establecidos por la Asociación Americana de Psicología (2017) con los cuales se garantizó la confidencialidad, voluntariedad y anonimato de los participantes, a través de la firma del consentimiento informado (Anexo 4). Tanto el protocolo de investigación como el modelo de consentimiento informado, fueron aprobados por el Comité de Bioética en Investigación del Área de la Salud (COBIAS). La información fue empleada únicamente con fines académicos y considerando la responsabilidad social de la investigación de la Universidad de Cuenca. Una vez obtenidos los resultados, se socializaron con los participantes.



PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Características de los participantes

Participaron 30 personas con un diagnóstico de esquizofrenia, con edades comprendidas entre 19 y 67 años, con una media de 35.23 y una desviación típica (DT) de 12.34. La mayoría de los participantes fueron hombres, indicaron no tener una pareja sentimental, no tener hijos, se identificaban como católicos, señalaron que realizaron una actividad remunerada antes del ingreso al CRA e indicaron que concluyeron los estudios de bachillerato, tal como se puede observar en la tabla 1.

Tabla 1.

Características de los participantes

Variable		N	Variable		N
Religión	Ninguna	8	Nivel de estudios	Básica elemental	1
	Católica	16		Básica media	3
	Cristiana	1		Básica superior	4
	Evangélica	3		Bachillerato	16
	Agnóstico	2		Tercer nivel	6
Sexo	Mujer	12	Actividad remunerada	Sí	17
	Hombre	18		No	13
Tiene pareja sentimental	Sí	4	Tiene hijos	Sí	7
	No	26		No	23

Nota: Elaboración propia. Galarza, 2019.

Confiabilidad de los instrumentos

El alfa de Cronbach que se obtuvo en ambos instrumentos fue aceptable. En la escala de estrategias de afrontamiento espiritual se obtuvo un coeficiente de .83. En el cuestionario de calidad de vida revisado McGill se obtuvo un alfa de .85.

Estrategias de afrontamiento espiritual

Como antecedente para analizar los resultados sobre las estrategias de afrontamiento espiritual, se debe aclarar que la frecuencia indica la continuidad con la que se emplea cierta destreza, puede ser: alta, media o baja. Es independiente de cuántas personas la utilizan, así la mayoría de integrantes de un grupo pueden emplear las 30 estrategias que contemplan este cuestionario, sin embargo la frecuencia con la que el grupo las emplea, puede ser baja (cada seis meses). Además, es necesario recordar que las estrategias de afrontamiento espiritual hacen referencia a los 20 ítems del cuestionario, de los cuáles nueve pertenecen al factor religioso y los 11 restantes, al factor no religioso.



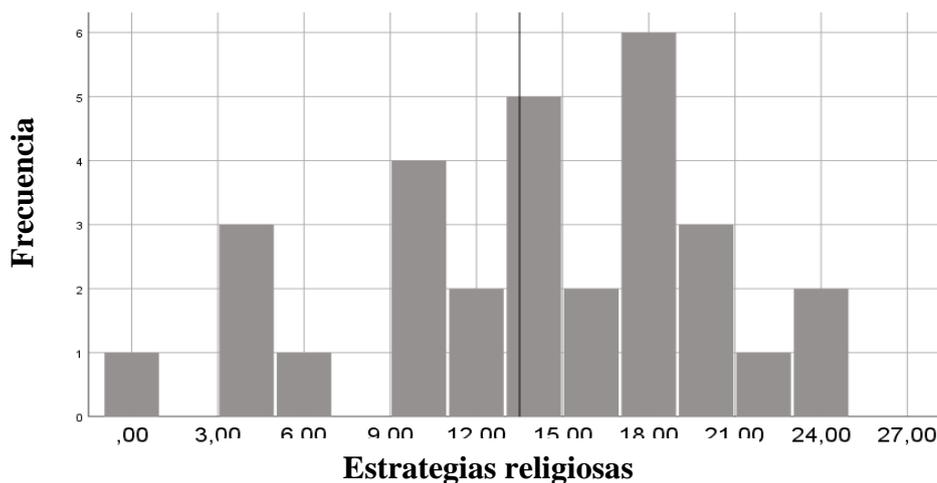
Sobre la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento espiritual (20 ítems) se obtuvo una media de 33.25 y una DT de 11.71, lo que significa que existe neutralidad en el comportamiento de los datos, debido a que la media de la escala original es 30. Por tanto, se evidencia que los participantes utilizaron estas estrategias con una frecuencia media.

Al respecto, cabe mencionar que la esquizofrenia deteriora la vida de las personas y las estrategias de afrontamiento espiritual son habilidades propias del organismo que se activarían para coadyuvar los efectos de la enfermedad.

En cuanto a las estrategias de tipo religioso, la mayoría de participantes (17) presentaron una tendencia alta al uso de este tipo de estrategias. Hallazgo que coincide con los resultados de la investigación realizada por Rieben, et al. (2014) en donde se encontró que más del 50% de los pacientes utilizaron estrategias de afrontamiento religioso.

Respecto al uso de las estrategias religiosas se halló una frecuencia media en su uso, pues se obtuvo un puntaje de 13.70 (media) y una DT de .28, dato muy cercano a la media de la escala original que es 13.5, tal como se muestra en la figura 1. Este resultado concuerda con lo planteado por Röhricht et al. (2009) que en los pacientes asiáticos, la frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento religioso fue media y difiere de los hallazgos de Cooke et al. (2007) en el que señalaron que los participantes presentaron una alta tendencia para el uso de este tipo de estrategias.

Figura 1. Frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento religioso



Nota: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en la investigación. Galarza, 2019.

La tabla 2 muestra las nueve estrategias de tipo religioso y se evidencia que las utilizadas con mayor frecuencia fueron: confío en Dios o en un poder superior con la esperanza de que las cosas van a mejorar con una media de 2.96 (DT .21), practico oraciones cuando estoy solo



y mantengo una relación con Dios o un poder superior porque me da fuerza y esperanza, ambas con una media de 2.83 (DT .39). Aquellas empleadas con menor frecuencia fueron: utilizo objetos o símbolos religiosos o espirituales con una media de 2.11 (DT .93) y leo textos de inspiración religiosa o espiritual con una media de 2.12 (DT .28).

Estos resultados son similares a los del estudio de Röhricht et al. (2009) en el que se reportó que la oración fue una de las estrategias de afrontamiento utilizada con mayor frecuencia. En la investigación de Mume e Ilesanmi (2017) las estrategias empleadas mayormente, al igual que en este trabajo, fueron: el uso de oraciones privadas y mantener una relación con Dios o un poder superior como la fuente de la fuerza y la esperanza, sin embargo la estrategia utilizada en menor medida, para esto autores fue recibir la comunión. Se denota el valor que tendría la oración, desde una actitud de afrontamiento para las personas que poseen un diagnóstico de esquizofrenia.

Tabla 2.

Estrategias de afrontamiento religioso

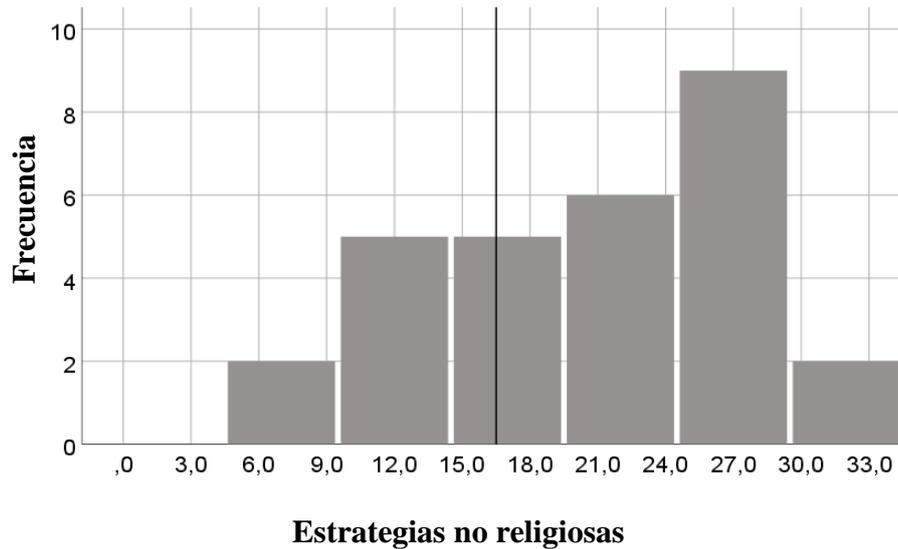
Estrategias	Estadísticos		
	N	Media	DT
Practico oraciones cuando estoy solo	23	2.83	.49
Mantengo una relación con Dios o un poder superior porque me da fuerza y esperanza.	23	2.83	.39
Practico oraciones con otra persona o con un grupo de personas.	16	2.31	.79
Utilizo objetos o símbolos religiosos o espirituales.	9	2.11	.93
Escucho en la radio música religiosa o miro en la TV programas religiosos.	13	2.15	.90
Leo textos de inspiración religiosa o espiritual.	17	2.12	.78
Asisto a la iglesia para las prácticas religiosas.	20	2.15	.88
Confío en Dios o en un poder superior, con la esperanza de que las cosas van a mejorar.	23	2.96	.21
Recibo la comunión.	16	2.13	.89

Nota: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en la investigación. Galarza, 2019.

En cuanto al uso de estrategias no religiosas, se encontró que la mayoría (19) presentaron una tendencia baja hacia el empleo de tales destrezas. Sin embargo, como se visualiza en la figura 2, al analizar el puntaje total de los participantes, se halló una frecuencia alta en el uso de estrategias no religiosas, pues se obtuvo una media de 21.00 y una DT de 8.17, en tanto que la media de la escala original es 15.00.

Considérese lo planteado sobre la religión y la espiritualidad, estos datos muestran que los participantes, en la práctica se mostraron más espirituales que religiosos, a pesar de que la mayoría se identificó con una institución religiosa como la católica, por ejemplo.

Figura 2. Frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento no religioso.



Nota: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en la investigación. Galarza, 2019.

La tabla 3 permite visualizar las 11 estrategias no religiosas y muestra que las siguientes presentaron una mayor frecuencia de uso, estas son: acepto la situación actual de mi vida y encuentro propósitos para vivir con mi enfermedad, ambas con una media de 2.73. Este dato coincide con los resultados de la investigación desarrollada por Shah, et al. (2017) en la que hallaron que la estrategia aceptar y fantasear, análoga con aceptación de la situación, fue una de las estrategias más utilizadas. Sin embargo, difiere de lo encontrado por Mume e Ilesanmi (2017), en su estudio reportaron que vivir día a día con la esperanza de que las cosas van a mejorar fue la estrategia no religiosa utilizada con mayor frecuencia.

Se hace notoria la función psico-emocional que cumpliría la estrategia aceptar la situación, en personas que experimentan una enfermedad de carácter crónico.

Entre las estrategias que presentaron una menor frecuencia se señalan: aprecio la belleza de las artes por ejemplo música, pinturas y artesanías, con una media de 2.19 y construyo o mantengo las relaciones con familiares o amigos, con una media de 2.24. Este dato es contrario al reportado por Mume e Ilesanmi (2017), para estos investigadores la estrategia menos utilizada fue usar la reflexión como un medio para identificar potencialidades y fortalezas.



En la tabla 3 se visualiza también las estrategias que fueron empleadas por más personas, independientemente de la frecuencia, estas fueron: aprecio la naturaleza por ejemplo el mar, el sol, las plantas, las flores, vivo día a día con la esperanza de que el futuro será mejor para mí, soy cercano a mis familiares y amigos y confío en ellos y veo el lado positivo de mi situación. Esta última estrategia, concuerda con los resultados de la investigación de Shah et al. (2011) en donde la estrategia evaluación positiva de la situación, fue una de las más utilizadas. Y discrepa con lo encontrado por Holubova et al. (2016), quienes detectaron que la autoinstrucción positiva, estrategia similar con ver el lado positivo de la situación, fue la menos utilizada.

Tabla 3.

Frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento no religioso

Estrategias	Estadísticos		
	N	Media	DT
Construyo o mantengo las relaciones con familiares o amigos.	25	2.24	.88
Discuto mis problemas con alguien que tiene o ha tenido la misma enfermedad.	14	2.36	.84
Veo el lado positivo de mi situación.	23	2.52	.79
Vivo día a día con la esperanza de que el futuro será mejor para mí.	25	2.48	.87
Acepto la situación actual de mi vida.	22	2.73	.63
Encuentro propósitos para vivir con mi enfermedad.	15	2.73	.59
Aprecio la belleza de las artes, por ejemplo, música, pinturas, artesanías.	26	2.19	.85
Soy cercano a mis familiares /amigos y confío en ellos.	24	2.46	.83
Uso la reflexión para identificar mis capacidades y fortalezas	18	2.61	.70
Ayudo a los demás para entregar amor y paz a los otros.	20	2.40	.88
Aprecio la naturaleza, por ejemplo, mar, el sol, las plantas, las flores.	28	2.71	.66

Nota: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en la investigación. Galarza, 2019.

La tabla 4 muestra las estrategias de afrontamiento espiritual, religiosas y no religiosas de acuerdo a las variables sociodemográficas como sexo, actividad remunerada y pareja sentimental. Se puede observar que las mujeres emplearon con mayor frecuencia las estrategias



religiosas (media 16.50 y DT 4.0), en tanto que los hombres emplearon estas estrategias en menor medida (media 11.83 y DT 6.90).

El hallazgo de que las mujeres presentaron una mayor frecuencia de uso de estrategias religiosas coincide con los resultados encontrados por Kao et al. (2017). Este dato indica que las participantes se relacionarían, emocionalmente de manera más profunda con la representación Dios.

Respecto al uso de estrategias no religiosas se encontró que las personas que tenían pareja sentimental puntuaron más alto (media 22.75 DT 7.18), mientras que los participantes que no realizaban una actividad remunerada presentaron un puntaje más bajo (media 19.85 DT 8.36). En este trabajo, aparentemente, la pareja sentimental posibilitaría el desarrollo de la dimensión horizontal de la espiritualidad que facilita la interacción con uno mismo y con los otros.

Por último, en las estrategias espirituales los individuos con pareja sentimental presentaron un puntaje más alto (media 38.25 DT 11.30) y los participantes que no realizaban una actividad remunerada, mostraron la puntuación más baja (media 32.15 DT 12.97). Este dato indicaría que los participantes con interacciones sentimentales se encuentran más abiertos para las interacciones grupales y también tendrían una visión más positiva de su realidad.

Tabla 4.

Frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento según variables sociodemográficas

Variables	Estadísticos	Estrategias			
		Religiosas	No religiosas	Espirituales	
Sexo	Mujer	Media	16.50	20.67	37.17
		DT	4.01	7.25	9.47
	Hombre	Media	11.83	21.22	33.06
		DT	6.90	8.92	12.99
Actividad remunerada	Sí	Media	14.76	21.88	36.65
		DT	6.04	8.16	10.63
	No	Media	12.31	19.85	32.15
		DT	6.56	8.36	12.97
Pareja	Sí	Media	15.50	22.75	38.25
		DT	7.23	7.18	11.30
	No	Media	13.42	20.73	34.15
		DT	6.24	8.40	11.89

Nota: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en la investigación. Galarza, 2019.



Calidad de vida

En la tabla 5 se muestran los resultados respecto al nivel de la calidad de vida percibida por las personas estudiadas, se puede observar que el nivel total fue alto, pues se obtuvo una media de 1.97 (DT .57). Este resultado es similar a los hallazgos de las investigaciones realizadas por Martin y Allan (2007), Cai y Yu (2017) y Costa et al. (2018).

Sin embargo, difiere de los hallazgos presentados por Caqueo-Urizar, et al. (2015) y Alessandrini et al. (2016) autores que encontraron un nivel medio, además Bambini et al. (2016) y Rayan y Obiedate (2017) reportaron un nivel bajo. Sobre estas discrepancias y lo propuesto por Nasrallah et al. (2004), que la calidad de vida de las personas con esquizofrenia suele presentar una disminución, es preciso recordar que las personas que fueron parte de este estudio, al momento del levantamiento de información se encontraban estables clínicamente y recibían tratamiento tanto psiquiátrico como psicológico, lo que influiría en la percepción de su calidad de vida.

La subescala física y psicológica presentó un nivel alto, en tanto que la existencial y la social, un nivel medio. El nivel alto encontrado en las dos primeras subescalas (psicológica y física) discrepa de lo encontrado por Alessandrini et al. (2016), estos investigadores hallaron un nivel de calidad de vida medio.

De las cuatro subescalas, la psicológica presentó una cifra más elevada, mientras que la social puntuó más bajo. El dato de la subescala social está en concordancia con los resultados de los estudios desarrollados por Lasebikan y Lasebikan (2014) y Costa et al. (2018). Aunque no representa un nivel bajo, muestra que en las personas indagadas se experimentaría cierto deterioro en el apoyo y en las relaciones interpersonales. Se debe recordar lo propuesto por Cuevas-Yust (2006) sobre el rechazo que puede provocar en familiares y amigos los síntomas de la enfermedad y lo planteado por la Organización Mundial de la Salud (2018), sobre la estigmatización de esta enfermedad.

Tabla 5.

Nivel de calidad de vida total

Calidad de vida	Descriptivos		
	Media	DT	Nivel
Física	2.04	.81	Alto
Psicológica	2.13	.74	Alto
Existencial	1.88	.65	Medio
Social	1.83	.80	Medio
Calidad de vida total	1.97	.57	Alto

Nota: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos. Galarza, 2019.



El nivel de calidad de vida total y de cada subescala según las variables sociodemográficas, como sexo, actividad remunerada y pareja sentimental se muestra en la tabla 6. Se puede apreciar que se obtuvo niveles altos en el bienestar físico, sin embargo el puntaje más elevado se encontró en las personas que informaron tener una pareja sentimental (media 2.42 DT .50) y el más bajo, en las mujeres (media 1.94 DT 1.00).

En la subescala psicológica se encontró un nivel alto, no obstante las personas que tenían pareja sentimental mostraron un puntaje mayor (media 2.56 DT .38) y quienes realizaban una actividad remunerada, presentaron un puntaje menor (media 2.03 y DT .79).

En la subescala existencial los niveles altos se informaron en las mujeres, en las personas que realizaban una actividad remunerada y en las que tenían pareja sentimental, las demás personas analizadas presentaron un nivel medio. El puntaje más alto se encontró en los participantes que tenían pareja sentimental (media 2.31 y DT .55) y el más bajo, en los hombres (media 1.76 y DT .68).

En la dimensión social se obtuvo puntajes altos, excepto para los participantes que informaron realizar una actividad remunerada, quienes obtuvieron un nivel medio (media 1.75 y DT .89). El puntaje más alto se informó en las personas que no realizaban una actividad remunerada. El resultado de que las personas que realizaban una actividad remunerada, presentaron un nivel medio discrepa de lo reportado por Fujino et al. (2015) y Cai y Yu (2017), estos autores encontraron que el poseer un empleo sería uno de los elementos que conduce a una alta calidad de vida, debido a que permite un mejor funcionamiento social.

Esta diferencia se podría entender desde lo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (2018) quien establece que la discriminación ocasionada por la estigmatización de la enfermedad puede incluso, limitar el acceso al empleo, situación que en lugar de incidir positivamente en el funcionamiento y bienestar social, generaría un deterioro.

En la calidad de vida total, según las tres variables sociodemográficas analizadas se encontró un nivel alto, a pesar de ello el puntaje más elevado fue para las personas que tenían pareja sentimental (media 2.30 y DT .39) y el más bajo, para quienes no tenían pareja (media 1.92 y DT .58). Estos hallazgos corroboran lo encontrado en la investigación de Rayan y Obiedate (2017) cuyos resultados indicaron un nivel de calidad de vida más bajo en los pacientes divorciados.

Lo expuesto resalta la importancia que tiene la pareja sentimental en la percepción de la calidad de vida de los participantes de este estudio.



En general, los resultados sugieren que las puntuaciones obtenidas en la calidad de vida total y en las cuatro subescalas presentaron ciertas diferencias de acuerdo a las variables sociodemográficas analizadas. Cabe mencionar lo propuesto por Fervaha, et al. (2013) quienes a partir de los resultados de su estudio, concluyeron que los factores sociodemográficos tienen una influencia débil o nula en la calidad de vida de las personas con esquizofrenia.

Tabla 6.

Nivel de calidad según variables sociodemográficas

Variables		Calidad de vida					
		Física	Psicológica	Existencial	Social	Total	
Sexo	Mujer	Media	1.94	2.04	2.04	1.89	1.98
		DT	1.00	1.01	.60	.83	.67
	Hombre	Media	2.11	2.18	1.76	1.80	1.96
		DT	.68	.53	.68	.79	.51
Remuneración	Sí	Media	1.98	2.03	1.96	1.75	1.93
		DT	0.87	.79	0.66	.89	.61
	No	Media	2.13	2.25	1.77	1.95	2.02
		DT	.75	.69	.65	.68	.53
Pareja	Sí	Media	2.42	2.56	2.31	1.92	2.30
		DT	.50	.38	.55	.69	.39
	No	Media	1.99	2.06	1.81	1.82	1.92
		DT	.84	.77	.65	.82	.58

Nota: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en la investigación. Galarza, 2019.



CONCLUSIONES

Las personas con esquizofrenia que fueron parte de este estudio mostraron una frecuencia media en el uso de estrategias de afrontamiento espiritual, las de tipo no religioso fueron utilizadas con mayor frecuencia que las religiosas. La espiritualidad actúa como un factor de protección que posibilita el desarrollo de destrezas para hacer frente a eventos adversos como la enfermedad.

En relación a las variables sociodemográficas, las mujeres emplearon con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento de tipo religioso y quienes tenían pareja sentimental usaban principalmente estrategias de tipo no religioso. En el contexto cuencano las mujeres serían más cercanas a las prácticas religiosas por un mayor sentimiento de comunidad, introyectado desde los primeros años de vida. El vínculo emocional con otra persona puede adquirir un matiz espiritual y asociarse a prácticas no religiosas basadas en la interacción.

Las estrategias de afrontamiento utilizadas con mayor frecuencia fueron: yo confío en Dios o en un poder superior con la esperanza de que las cosas van a mejorar, practico oraciones cuando estoy solo y mantengo una relación con Dios o un poder superior porque me da fuerza y esperanza, estas corresponden a las de tipo religioso. Y las estrategias como: acepto la situación actual de mi vida y encuentro propósitos para vivir con mi enfermedad, que integran el factor no religioso.

La población evaluada pertenece a una sociedad en donde culturalmente se asume a la divinidad como un Dios, con la capacidad para crear el mundo y a la especie humana, en los pueblos de occidente se ha atribuido una representación patriarcal a esta figura. Cuando las personas enferman se hace más notoria la vulnerabilidad del ser humano, así se activaría la fe (intensión emotiva) en un poder superior benevolente que provee refugio y protección. Las estrategias no religiosas relativas a la aceptación y a encontrar propósitos, permitirían a las personas analizadas adentrarse en la búsqueda espiritual de las respuestas últimas de la existencia.

La percepción del nivel total de la calidad de vida de los participantes de esta investigación fue alto, al igual que en la subescala física y psicológica, en tanto que la subescala existencial y social puntuaron con un nivel medio, este último dominio presentó el puntaje más bajo. Nótese que la esquizofrenia es una enfermedad mental crónica que deteriora el funcionamiento en uno o más ámbitos en los que se desarrolla la persona. En este caso, pese a que percibieron un nivel alto en la calidad de vida total, se evidencia que el ámbito social muestra cierto deterioro.



El puntaje bajo en la subescala social se entiende desde las consecuencias que producen los síntomas de la enfermedad, como el rechazo por parte de familiares y amigos, el aislamiento, la estigmatización y la discriminación que se explicaría por el desconocimiento y los prejuicios manejados por los familiares y la población general, en torno a la enfermedad.

Se evidencia además, que al experimentar una enfermedad crónica se verían alterados componentes del dominio existencial, debido a que fenomenológicamente, el sufrimiento inherente a la vida humana es más palpable en momentos de crisis.

Respecto a las variables sociodemográficas, se encontró que las personas que informaron tener una pareja sentimental, percibieron un nivel más elevado en la calidad de vida total, así como en la dimensión física, psicológica y existencial y quienes no realizaban una actividad remunerada, presentaron un puntaje más alto en la dimensión social.

Se conoce que la pareja sentimental es un factor determinante en el bienestar subjetivo de las personas, en los participantes de este estudio la pareja desempeñó un rol positivo en la percepción de la calidad de vida.

Se debe recordar que este trabajo, por el tipo de alcance proporcionó resultados de tipo descriptivo y por tanto, no es posible establecer si las diferencias entre los puntajes según el sexo de los participantes, la pareja sentimental y la actividad remunerada muestran una diferencia estadísticamente significativa.

A partir de la revisión bibliográfica efectuada para este estudio, se evidencia que la investigación en torno a la esquizofrenia, durante los últimos años se ha venido desarrollando mayormente en países anglosajones.

Finalmente, en escenarios de la Psicología Clínica y la Psiquiatría de Cuenca se deben desarrollar procesos holísticos de evaluación, puesto que las personas con enfermedades son un sistema bio-psico-socio-espiritual que se encuentran en contaste interacción con elementos históricos, culturales, económicos y políticos.



RECOMENDACIONES

Continuar investigando con personas que presentan trastornos mentales en el contexto cuencano, se sugiere ampliar los criterios como por ejemplo: espectro de la esquizofrenia que incluye el trastorno esquizoafectivo y el trastorno delirante.

Desarrollar estudios con un mayor número de participantes para que los hallazgos puedan ser generalizados y contemplar el tiempo con el que se cuenta para realizar la investigación y el lugar en donde se reclutarán a los participantes para concluir exitosamente el trabajo dentro del tiempo establecido.

Analizar otras variables en próximos estudios, por ejemplo el sistema de creencias religioso-espiritual para entender si esta variable es un factor de riesgo que predisponde el desarrollo de una patología o si constituye un factor de protección ante los sucesos adversos.

Explorar factores relacionados en los familiares cercanos de personas con trastornos mentales, por ejemplo el burnout, el afrontamiento y el estrés.

Que los organismos encargados del área de investigación, brinden mayor apertura y apoyo para los temas de trabajos de titulación que resultan innovadores debido a que los estudiantes que lo proponen buscan así, aportar a la misión que persigue la Universidad de Cuenca, la cual fundamenta en la calidad académica, en la creatividad y en la innovación, su capacidad para responder a los retos científicos y humanos de la época y sociedad regional, nacional e internacional equitativa, solidaria y eficiente.

Promover en los estudiantes el interés por la investigación, desde los primeros ciclos y formarlos en el manejo de herramientas para el procesamiento de datos, para que la ejecución del trabajo de titulación sea un medio para ampliar los conocimientos teóricos y metodológicos recibidos a lo largo de la formación académica y desde este espacio, contribuir al desarrollo académico-científico de la sociedad cuencana.

Generar campañas dirigidas para la ciudadanía en general, por parte de profesionales y estudiantes de psicología, psiquiatría y medicina con el objetivo de proporcionar información sobre las enfermedades mentales y generar sensibilización en la población cuencana.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alessandrini, M., Lançon, C., Fond, G., Faget-Agius, C., Richieri, R., Faugere, M., & Boyer, L. (2016). A structural equation modelling approach to explore the determinants of quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 171, 27–34.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.01.012>
- Amador, A., Saavedra, D., Garfia, C., & Chávez, J. (2019). Trastorno psiquiátrico-esquizofrenia. *TEPEXI Boletín Científico de la Escuela Superior Tepeji del Río*, 6(11), 34-39. <https://doi.org/10.29057/estr.v6i11.3832>
- American Psychiatric Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Recuperado de <https://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5a ed.). Buenos Aires, Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- Baldacchino, D. (2002). *Spiritual coping of maltese patients with first acute myocardial infarction: a longitudinal study* (Doctoral dissertation, University of Hull).
- Baldacchino, D., & Buhagiar, A. (2003). Psychometric evaluation of the Spiritual Coping Strategies scale in English, Maltese, back-translation and bilingual versions. *Journal of Advanced Nursing*, 42(6), 558–570. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02659.x>
- Baldacchino, D., & Draper, P. (2001). Spiritual coping strategies: a review of the nursing research literature. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 833–41.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01814.x>
- Bambini, V., Arcara, G., Bechi, M., Buonocore, M., Cavallaro, R., & Bosia, M. (2016). The communicative impairment as a core feature of schizophrenia: Frequency of pragmatic deficit, cognitive substrates, and relation with quality of life. *Comprehensive Psychiatry*, 71, 106–120. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.08.012>
- Bennett, J., Briggs, W., & Triola, M. (2011). *Razonamiento estadístico (1ª ed)*. México: Pearson.
- Bernal, L. (2018). Adaptación y validación psicométrica de la escala estrategias de afrontamiento espiritual para la investigación clínica en Cuenca-Ecuador. *Revista médica HJCA*, 10(3), 228-234. <https://dx.doi.org/10.14410/2018.10.3ao.37>
- Cai, C., & Yu, L. (2017). Quality of Life in Patients With Schizophrenia in China. *Journal of Psychosocial Nursing*, 55(8), 48–54.



- Caqueo-Urizar, A., Urzúa, A., Boyer, L., & Williams, D. (2015). Religion involvement and quality of life in patients with schizophrenia in Latin America. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51(4), 521–528. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1156-5>
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H., & Valdez, N. (2003). Estrés y Afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología de la PUCP*, 364-392.
- Cavieres, A., & Valdebenito, M. (2005). Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 43(2), 97–108. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-92272005000200003&script=sci_arttext
- Chernomas, W., Clarke, D., & Chisholm, F. (2000). Perspectives of women living with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 51(12), 1517-1521. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.12.1517>
- Chugh, P., Rehan, H., Unni, K., & Sah, R. (2013). Predictive value of symptoms for quality of life in first-episode schizophrenia. *Nord J Psychiatry*, 67(3), 153–158. <https://doi.org/10.3109/08039488.2012.687768>
- Cohen, R., & Mount, B. (2000). Living with Cancer: “Good” Days and “Bad” Days — What Produces Them? *American cancer society*, 89(8), 1854–1865. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(20001015\)89:8<1854::aid-cnrc28>3.0.co;2-c](https://doi.org/10.1002/1097-0142(20001015)89:8<1854::aid-cnrc28>3.0.co;2-c)
- Cohen, R., Leis, A., Kuhl, D., Charbonneau, C., Ritvo, P., & Ashbury, F. (2006). QOLLTI-F: measuring family carer quality of life. *Palliative Medicine*, 20(8), 755–767.
- Cohen, R., Mount, B., Tomas, J., & Mount, L. (1996). Existential Well-Being Is an Important Determinant of Quality of Life. *American cancer society*, 77(3), 576–586. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0142\(19960201\)77:3<576::AID-CNCR22>3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0142(19960201)77:3<576::AID-CNCR22>3.0.CO;2-0)
- Cohen, S., Sawatzky, R., Russell, L., Shahidi, J., Heyland, D., & Gadermann, A. (2016). Measuring the quality of life of people at the end of life: The McGill Quality of Life Questionnaire-Revised. *Palliative Medicine*, 31(2), 120–129. <https://doi.org/10.1177/0269216316659603>
- Cooke, M., Peters, E., Fannon, D., Anilkumar, A., Aasen, I., Kuipers, E., & Kumari, V. (2007). Insight, distress and coping styles in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 94, 12–22. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.04.030>
- Costa, R., Bastos, T., Probst, M., Seabra, A., Vilhena, E., & Corredeira, R. (2018). Autonomous motivation and quality of life as predictors of physical activity in patients with schizophrenia patients with schizophrenia. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 22(3), 1–7. <https://doi.org/10.1080/13651501.2018.1435821>



- Cuevas-Yust, C. (2006). Terapia cognitivo conductual para los delirios y alucinaciones resistentes a la medicación en pacientes psicóticos ambulatorios. *Apuntes de Psicología*, 24(1–3), 267–292. Recuperado de <http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/106/108>
- Enciso, C., & Jiménez, L. (2018). Efectividad de un programa psicoeducativo en el empoderamiento de los pacientes con esquizofrenia. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, 15(95), 6. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6612348>
- Fervaha, G., Agid, O., Takeuchi, H., Foussias, G., & Remington, G. (2013). Clinical determinants of life satisfaction in chronic schizophrenia: Data from the CATIE study. *Schizophrenia Research*, 151, 203–208. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.10.021>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Fujino, H., Sumiyoshi, C., Sumiyoshi, T., Yasuda, Y., Yamamori, H., Ohi, K., Imura, O. (2015). Schizophrenia Research: Cognition Predicting employment status and subjective quality of life in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research: Cognition*, 3, 20–25. <https://doi.org/10.1016/j.scog.2015.10.005>
- Hasson-Ohayon, I., Avidan-Msika, M., Mashiach-Eizenberg, M., Kravetz, S., Rozencwaig, S., Shalev, H., & Lysaker, P. (2014). Metacognitive and social cognition approaches to understanding the impact of schizophrenia on social quality of life. *Schizophrenia Research*, 161, 6–11. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.11.008>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. *Journal of Chemical Information and Modeling* (6a ed.). México; Mc Graw Hill.
- Holubova, M., Prasko, J., Latalova, K., Kamaradova, D., Marackova, M., Slepcky, M., & Gubova, T. (2016). Coping strategies and self-stigma in patients with schizophrenia-spectrum disorders. *Patient Preference and Adherence*, 10, 1151–1158.
- Idrovo, A. J. (2017). Determinación social del proceso salud enfermedad: una mirada crítica desde la epidemiología del siglo XXI. *Revista de salud pública*, 19(3), 404-408. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.68469>
- Kao, Y.-C., Lien, Y.-J., Chang, H.-A., Tzeng, N.-S., Yeh, C.-B., & Loh, C.-H. (2017). Stigma Resistance in Stable Schizophrenia : The Relative Contributions of Stereotype Self-Esteem, and Coping Styles. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(10), 1–10. <https://doi.org/10.1177/0706743717730827>



- Khalesi, Z., Jetha, M., Poole, K., Goldberg, J., Van, R., & Schmidt, L. (2018). Shyness, hormones, and quality of life among adults with schizophrenia. *International Journal of Neuroscience*, 1(11), 1–11. <https://doi.org/10.1080/00207454.2018.1543293>
- Koenig, H.G., McCullough, M., & Larson, D.B. (2001). *Handbook of religion and health: a century of research reviewed*. New York, Oxford: University Press.
- Lasebikan, V., & Lasebikan, G. (2014). Prophecy or schizophrenia: A comparative study of psychopathology and quality of life of “prophets” and schizophrenia patients. *Mental Health, Religion & Culture*, 17(5), 37–41. <https://doi.org/10.1080/13674676.2013.834317>
- Lin, S., Liu, C., & Yang, C. (2018). Relationship Between Lifestyles That Promote Health and Quality of Life in Patients With Chronic Schizophrenia: A Cross-Sectional Study. *The Journal of Nursing Research*, 26(3), 207-215. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000235>
- Martin, C., & Allan, R. (2007). Factor structure of the Schizophrenia Quality of Life Scale Revision 4 (SQLS- R4). *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 126–134. <https://doi.org/10.1080/13548500500407383>
- McSherry, W., Cash, K., & Ross, L. (2004). Meaning of spirituality: implication for nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 934–941.
- Mume, C., & Ilesanmi, O. (2017). Validation of spiritual coping strategies scale for clinical research in Nigeria. *Paripex-Indian Journal of Research*, 6(8), 47–51.
- Nagai-Jacobson, M., & Burkhardt, M. (1989). Spirituality: Cornerstone of holistic nursing practice. *Holistic Nursing Practice*. <https://doi.org/10.1097/00004650-198905000-00006>
- Nasrallah, H., Duchesne, I., Mehnert, A., Janagap, C., & Eerdeken, M. (2004). Health-related quality of life in patients with schizophrenia during treatment with long-acting, injectable risperidone. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 531 – 536
- Organización Mundial de la Salud. (1996). *WHOQOL-BREF Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. WHO. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Organización mundial de la salud. Centro de prensa*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/schizophrenia>
- Organización Mundial de la Salud., Organización Panamericana de la salud., & Ministerio de Salud del Ecuador. (2008). *Informe sobre el sistema de salud mental en el Ecuador*.



- Ecuador. Recuperado de
https://www.who.int/mental_health/ecuador_who_aims_report.pdf
- Rayan, A., & Obiedate, K. (2017). The Correlates of Quality of Life Among Jordanian Patients With Schizophrenia. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 0, 1–10. <https://doi.org/10.1177/1078390317710498>
- Rieben, I., Huguelet, P., Lopes, F., Mohr, S., & Brandt, P. (2014). Attachment and spiritual coping in patients with chronic schizophrenia. *Mental Health, Religion and Culture*, 17(8), 812–826. <https://doi.org/10.1080/13674676.2014.908045>
- Röhrich, F., Basdekis-Jozsa, R., Sidhu, J., Mukhtar, A., Susuki, I., & Priebe, S. (2009). The association of religiosity, spirituality, and ethnic background with ego-pathology in acute schizophrenia. *Mental Health, Religion & Culture*, 12(6), 515–526. <https://doi.org/10.1080/13674670902800133>
- Salgado, A. (2014). Revisión de estudios empíricos sobre el impacto de la religión, religiosidad y espiritualidad como factores protectores. *Propósitos y Representaciones*, 2(1), 121–140. <https://doi.org/10.20511/pyr2014.v2n1.55>
- Shah, R., Grover, S., & Kulhara, P. (2017). Coping in residual schizophrenia : Re-analysis of Ways of Coping Checklist. *The Indian Journal of Medical Research*, 145(6), 786–795. <https://doi.org/10.4103/ijmr.IJMR>
- Shah, R., Kulhara, P., Grover, S., Kumar, S., Malhotra, R., & Tyagi, S. (2011). Relationship between spirituality/religiousness and coping in patients with residual schizophrenia. *Quality of Life Research*, 20(7), 1053–1060. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9839-6>
- Tepper, L., Rogers, S., Coleman, E., & Malony, H. (2001). The prevalence of religious coping among persons with persistent mental illness. *Psychiatric Services*, 52(5), 660–665. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.5.660>
- Urzúa, M., & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. Quality of life: a theoretical review. *Terapia psicológica*, 30(1): 718-4808. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>
- Wilson, I., & Cleary, P. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*, 273 (1), 59-65. <https://doi.org/10.1001/jama.1995.03520250075037>
- Wilton, R. (2004). Putting policy into practice? Poverty and people with serious mental illness. *Social Science & Medicine*, 58(1), 25-39



Anexo 2. Escala de estrategias de afrontamiento espiritual

Estrategias de Afrontamiento Espiritual (EAE)

Copyright © Todos los derechos reservados

El uso de varias estrategias de afrontamiento espiritual están enumeradas, acompañadas por la frecuencia de respuesta en un rango de 0 a 3. Se le pide que encierre uno de los números.

0 = nunca utilizado
1 = poco utilizado (al menos una vez cada seis meses)
2 = a veces utilizado (al menos una vez al mes)
3 = a menudo (al menos una vez al día/semana)

Estrategias de afrontamiento espiritual		Frecuencia			
1	Practico oraciones cuando estoy solo.	0	1	2	3
2	Mantengo una relación con Dios o un poder superior porque me da fuerza y esperanza.	0	1	2	3
3	Construyo o mantengo las relaciones con familiares o amigos	0	1	2	3
4	Practico oraciones con otra persona o con un grupo de personas.	0	1	2	3
5	Discuto mis problemas con alguien que tiene o ha tenido la misma enfermedad.	0	1	2	3
6	Utilizo objetos o símbolos religiosos o espirituales.	0	1	2	3
7	Veó el lado positivo de mi situación.	0	1	2	3
8	Escucho en la radio música religiosa o miro en la TV programas religiosos.	0	1	2	3
9	Vivo día a día con la esperanza de que el futuro será mejor para mí.	0	1	2	3
10	Leo textos de inspiración religiosa o espiritual.	0	1	2	3
11	Acepto la situación actual de mi vida.	0	1	2	3
12	Encuentro propósitos para vivir con mi enfermedad.	0	1	2	3
13	Aprecio la belleza de las artes, por ejemplo, música, pinturas, artesanías.	0	1	2	3
14	Soy cercano a mis familiares y amigos y confío en ellos.	0	1	2	3
15	Asisto a la iglesia para las prácticas religiosas.	0	1	2	3
16	Uso la reflexión para identificar mis capacidades y fortalezas	0	1	2	3
17	Ayudo a los demás para entregar amor y paz a los otros.	0	1	2	3
18	Confío en Dios o en un poder superior, con la esperanza de que las cosas van a mejorar.	0	1	2	3
19	Recibo la comunión.	0	1	2	3
20	Aprecio la naturaleza, por ejemplo, mar, el sol, las plantas, las flores.	0	1	2	3



Anexo 3. Cuestionario de calidad de vida

*Cuestionario calidad de vida Revisado McGill
Copyright © Todos los derechos reservados*

INSTRUCCIONES

*Este cuestionario contiene preguntas seguidas por 4 respuestas.
Por favor encierre en un círculo la respuesta que indique sus creencias y sentimientos.
No hay respuestas correctas o incorrectas.*

PREGUNTAS:	RESPUESTAS:			
A. Teniendo en cuenta todas las partes de mi vida (por ejemplo: física, emocional, social, espiritual y económica) en los dos últimos días mi calidad de vida fue:	muy mala	mala	buena	muy buena
1. En los dos últimos días, mis síntomas (como dolor, náuseas, cansancio, entre otros) fueron: *	no fueron un problema	un pequeño problema	un mediano problema	un gran problema
* En caso de que haya marcado la respuesta "No fueron un problema" vaya a la pregunta 2.				
Por favor, escriba los síntomas físicos que fueron un problema:				
2. Durante los dos últimos días me sentí físicamente:	muy mal	mal	bien	muy bien
3. Durante los dos últimos días, estar físicamente imposibilitado para hacer las cosas que quería fue:	no fue un problema	un pequeño problema	un mediano problema	un gran problema
4. Durante los dos últimos días me sentí deprimido/a:	nada	poco	bastante	completamente
5. Durante los dos últimos días, me sentí nervioso/a o preocupado/a:	nada	poco	bastante	completamente
6. Durante los dos últimos días, me sentí triste:	nada	poco	bastante	completamente
7. Durante los dos últimos días, cuando pensé en el futuro, yo sentía:	nada de miedo	un poco de miedo	bastante miedo	muchísimo miedo
8. Durante los dos últimos días, mi vida tuvo:	ningún propósito	poco propósito	bastante propósito	completo propósito
9. Cuando pienso en mi vida y mis logros alcanzados, siento que:	no he progresado	he progresado poco	he progresado bastante	he progresado en todo.



PREGUNTAS	RESPUESTAS			
10. Durante los dos últimos días, sentí que el control que tuve sobre mi vida fue:	nada de control	poco control	bastante control	completo control
11. Durante los dos últimos días, me he sentido bien conmigo mismo/a como persona:	Nunca	a veces	casi siempre	siempre
12. Durante los dos últimos días, la comunicación con las personas que me importan fue:	mala	regular	buena	muy buena
13. Durante los dos últimos días, sentí que las relaciones con las personas que me importan eran:	muy agradables	agradables	poco agradables	nada agradables
14. Durante los dos últimos días, me sentí apoyado/a:	nunca	a veces	casi siempre	siempre



Anexo 4. Modelo de consentimiento informado aprobado por el Comité de Bioética



UNIVERSIDAD DE CUENCA
COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Afrontamiento espiritual y calidad de vida en personas con esquizofrenia en un hospital psiquiátrico.

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Estudiante	Jhessenia Natalia Galarza Parra	0106367634	Universidad de Cuenca-Facultad de Psicología

¿De qué se trata este documento?

Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en el Centro de reposo y adicciones Humberto Ugalde Camacho-Hospital Psiquiátrico (CRA). En este documento llamado "consentimiento informado" se explican las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación, si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

Introducción

Este protocolo se ha planteado debido a que las investigaciones realizadas en personas con esquizofrenia sugieren que se considere la espiritualidad-religión en próximos estudios, debido a que la religión puede ser una estrategia de afrontamiento frente a las condiciones a las que se enfrentan diariamente estas personas, y por tanto, puede influir en su calidad de vida. Usted ha sido elegido a participar en esta investigación debido a que cumple con los criterios establecidos, como son: encontrarse en un periodo de remisión total o parcial de los síntomas de la enfermedad, ser mayor de edad y recibir atención psicológica en el CRA.

Objetivo del estudio

Describir el uso de estrategias de afrontamiento espiritual y el nivel de calidad de vida en personas con esquizofrenia.

Descripción de los procedimientos

El estudio consiste en aplicar de manera individual, tres (3) instrumentos que son:

- ✓ **Ficha sociodemográfica:** para conocer datos como: edad, sexo, tiempo de enfermedad, entre otros.
- ✓ **Escala de estrategias de afrontamiento espiritual:** para conocer las estrategias de afrontamiento religioso y no religioso.
- ✓ **Cuestionario de calidad de vida (revisado):** para medir la calidad subjetiva de vida de una persona.

El tiempo que le tomará en responder estos instrumentos será aproximadamente de 15-25 minutos. El número de personas que se incluirán en este estudio son 40 aproximadamente. Luego de las aplicaciones, esta información será traspasada a una base de datos para proceder a su análisis, cabe mencionar que no se relacionará las respuestas con usted, para ello se utilizarán códigos en cada instrumento aplicado (como 01, 02).

Riesgos y beneficios

Posibles riesgos al momento de la aplicación de los instrumentos:

1. *Desconfianza por parte del usuario y/o/escasa cooperación:* en este caso se intentará ganar la confianza del participante, no se abordará directamente los ítems de los instrumentos, por el contrario, se comenzará hablando de temas que interesen al usuario o de circunstancias cotidianas neutras.
2. *Pensamiento y/o comportamiento desorganizado:* en este caso se suspenderá la evaluación y se continuará cuando estos síntomas hayan disminuido o desaparecido.
3. *Experimentar emociones que le generen incomodad:* en este caso se suspenderá la aplicación y se brindará apoyo psicológico al usuario.

Al final de esta investigación, la información que generará al comprender las estrategias de afrontamiento espiritual que adoptan los participantes y su calidad de vida, puede aportar el **siguiente beneficio:**

1. Se contará con datos que reflejen su situación actual sobre la dimensión espiritual y la calidad de vida.

Versión 11/4/2018
1/2



UNIVERSIDAD DE CUENCA
COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD

<p>Otras opciones si no participa en el estudio</p> <p>Usted tiene la libertad de participar o de retirarse del estudio cuando usted lo desee y esto, no involucra ningún tipo de sanción, ni tener que dar explicaciones.</p>
<p>Derechos de los participantes <i>(debe leerse todos los derechos a los participantes)</i></p> <p>Usted tiene derecho a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Recibir la información del estudio de forma clara; 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas; 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio; 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted; 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento; 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario; 7) Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio; 8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede; 9) El respeto de su anonimato (confidencialidad); 10) Que se respete su intimidad (privacidad); 11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador; 12) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten; 13) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede; 14) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes; 15) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.
<p>Información de contacto</p> <p>Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente número: 0993431844 que pertenece a la estudiante Jhessenia Natalia Galarza Parra, o envíe un correo electrónico a jhessenia.galarzap02@cuencia.edu.ec</p>
<p>Consentimiento informado</p> <p>Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.</p>

_____ Nombres completos del/a participante	_____ Firma del/a participante	_____ Fecha
_____ Nombres completos del testigo <i>(si aplica)</i>	_____ Firma del testigo	_____ Fecha
_____ Nombres completos de la investigadora (estudiante)	_____ Firma de la investigadora	_____ Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, Presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: jose.ortiz@ucuenca.edu.ec

Versión 11/4/2018

Comité de Bioética en
Investigación del Área de
la Salud
Universidad de Cuenca
APROBADO
19 SEP 2018



2/2