

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA**

**FACULTAD DE MEDICINA MEXICALI**

**COORDINACION DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



Título de la investigación

**“SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN CUIDADORES PRIMARIOS  
INFORMALES DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS EN UN  
SERVICIO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA”**

**Trabajo Terminal para obtener el Diploma de Especialidad en**

**P S I Q U I A T R Í A**

**P R E S E N T A:**

**DRA. GLORIA ANGÉLICA VERDUGO ARENAS**

Mexicali, B.C., Marzo de 2014

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA**

**FACULTAD DE MEDICINA MEXICALI**

**COORDINACION DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



Título de la investigación

**“SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN CUIDADORES PRIMARIOS  
INFORMALES DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS EN UN  
SERVICIO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA”**

**Trabajo Terminal para obtener el Diploma de Especialidad en**

**P S I Q U I A T R Í A**

**P R E S E N T A:**

**DRA. GLORIA ANGÉLICA VERDUGO ARENAS**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**WENDY MARLETH CÓRDOVA MORALES**

Mexicali, B.C., Marzo de 2014





**INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DEL  
ESTADO DE BAJA CALIFORNIA**

**Sección: Depto. de Enseñanza e Investigación del IPEBC**

**NO. Oficio: 01/SMC/2014**

**ASUNTO: AUTORIZACION DE PROTOCOLO**

**Fecha: 1 de Abril del 2014**

**Mexicali, Baja California a 1 de Abril de 2014**

**Dra. Gloria Angélica Verdugo Arenas**  
**Instituto de Psiquiatría Del Estado de Baja California**  
**PRESENTE:**

Por medio de la presente antepongo un cordial saludo y le informo que posterior a ser sometido a Junta de Comité de Investigación su protocolo de estudio "**SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN CUIDADORES PRIMARIOS INFORMALES DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS EN UN SERVICIO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA**" en junta ordinaria el día 1 de abril de 2013, el cual fue aprobado por unanimidad.

Sin más por el momento me despido de usted, deseándole éxito en su investigación.

**ATENTAMENTE**

**Dr. Víctor Salvador Rico Hernández**  
**Director de Servicios de Salud**  
**Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California**

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA  
DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA  
**DESPACHADO**  
01 ABR 2014  
**DESPACHADO**  
DIRECCION MEDICA





**SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN CUIDADORES PRIMARIOS  
INFORMALES DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS EN UN  
SERVICIO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA**

**Dra. Wendy Marleth Córdova Morales**  
Investigador Principal

**Dra. Gloria Angélica Verdugo Arenas**  
Investigador Responsable de la ejecución del proyecto

**Dr. Juan Carlos Gurrola Flores**  
Asesor

Mexicali, Baja California a 24 de Marzo de 2015  
Facultad de Medicina, Mexicali



CARTA DICTAMEN DE LA EVALUACION ESCRITA DEL EXAMEN DE GRADO

Mexicali, B.C. a 24 de Marzo de 2015.

Los abajo firmantes, miembros del Jurado Dictaminador del documento escrito Denominado: "SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN CUIDADORES PRIMARIOS INFORMALES DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS EN UN SERVICIO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA".

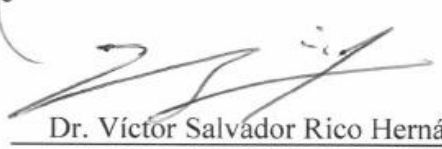
Que para obtener el Diploma de Especialidad en Psiquiatría, presenta:

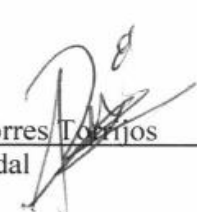
Dra. Gloria Angélica Verdugo Arenas

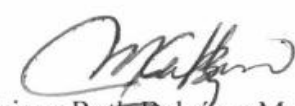
Realizada la evaluación resolvimos: APROBAR POR UNANIMIDAD

  
Dra. Wendy Marleth Córdova Morales  
Presidente

  
Dr. Juan Carlos Gurrola Flores  
Secretario

  
Dr. Víctor Salvador Rico Hernández  
Sinodal

  
Dr. Ricardo Torres Torres  
Sinodal

  
Dra. Adriana Ruth Balcázar Musacchio  
Sinodal



## AGRADECIMIENTOS

Finalizar el presente trabajo de Tesis significa también el término de lo que hasta hoy ha sido la parte más importante de mi formación profesional, y volviendo la vista a los últimos 4 años, durante los cuales fui residente de Psiquiatría la lista de personas a quien agradecer se extiende bastante.

Empiezo por agradecer a mis padres, por plantar los cimientos de lo que ahora soy, por el apoyo, amor y paciencia infinitos, a mis amigos entrañables, a los de siempre y a los que fueron llegando, porque a pesar de la distancia siempre estuvieron presentes con una llamada, una canción, un trago, un regaño, un amor, Ala, Mey, Gissel, Fer, Huebo, Mariana, Trejos gracias por ser y estar.

Al Instituto de Psiquiatría del estado de Baja California y a quienes en él laboran por ser mi segunda casa durante 4 años, Dr. Víctor Salvador Rico Hernández, Dra. Rosa Isela Villagomez Bedolla, Dr. Ricardo Torres Torrijos gracias por el apoyo y los retos.

A mi maestro Dr. Juan Carlos Gurrola Flores quien no se limitó a enseñarme psiquiatría, me enseñó a ser Psiquiatra y a quien al final de este viaje puedo llamar amigo.

Dra Wendy Córdova Morales, maestra, autoridad y amiga, asesora del presente trabajo, por la enseñanza, el apoyo, la confianza y la amistad, Dra. Adriana Ruth Balcazar Musacchio por su invaluable colaboración en la realización de esta investigación, Dra. Aura Arce y Alvaro Camacho MD por su guía a través de la metodología y la estadística.

A mis compañeros residentes, por hacerlo cada día interesante.

A todos Ustedes Infinitamente gracias

*Por darme alas para volar y un lugar  
a donde regresar.*

*A la memoria de mi madre*

*Gloria Arenas*



## INDICE

|                                            |                                      |
|--------------------------------------------|--------------------------------------|
| Resumen                                    | 1                                    |
| Antecedentes                               | 2                                    |
| Marco teórico                              | 5                                    |
| Planteamiento del problema                 | 9                                    |
| Pregunta de investigación                  | 10                                   |
| Justificación                              | 10                                   |
| Objetivos                                  | 11                                   |
| Hipótesis                                  | 11                                   |
| Metodología                                | 12                                   |
| Plan de análisis                           | 16                                   |
| Aspectos éticos, normativos y de seguridad | 17                                   |
| Resultados                                 | 17                                   |
| Discusión                                  | 20                                   |
| Conclusiones                               | 21                                   |
| Bibliografía                               | 23                                   |
| Anexos                                     | 25                                   |
|                                            | Cronograma 26                        |
|                                            | Recursos 27                          |
|                                            | Ficha Socio demográfica 28           |
|                                            | Escala de Zarit 29                   |
|                                            | Carta de Consentimiento Informado 30 |
|                                            | Tablas 31                            |
|                                            | Graficas 36                          |



## RESUMEN

ANTECEDENTES. Según la Organización Mundial de la salud (OMS) los problemas de salud mental constituyen alrededor del 15% de la carga mundial de discapacidad y su prevalencia va en aumento.<sup>13</sup> La Esquizofrenia es un síndrome clínico con una psicopatología frecuentemente problemática,<sup>17</sup> Posterior a la desinstitucionalización de la salud mental los cuidados profesionales fueron sustituidos, por los cuidados informales, llevados a cabo por los familiares de los pacientes, sin el conocimiento, la información y las aptitudes necesarias <sup>28, 29</sup>, situación que aumenta la posibilidad de sobrecarga en el cuidador y empeora la evolución del propio paciente con diagnóstico de esquizofrenia<sup>12,2</sup> Lo que hace importante conocer la presencia de sobrecarga del cuidador en nuestro medio. METODOLOGIA. Se estudio a 94 cuidadores primarios informales de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, se aplicó la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit y una ficha socio demográfica diseñada Ad hoc a dos grupos de cuidadores; un grupo de hospitalización y otro de consulta externa, posteriormente se realizó una comparación de medias de las puntuaciones obtenidas en la escala de Zarit en cada grupo utilizando T de Student y se realizaron regresiones lineales para demostrar asociación entre la puntuación de la escala de Zarit y el servicio donde se recibió atención. RESULTADOS. Se obtuvo una media en la escala de Zarit de 38.6 con una desviación estándar de  $\pm 4.06$  para los cuidadores del grupo de hospitalización, contra una media de 29.75 con una desviación estándar de  $\pm 1.97$  para los cuidadores del grupo de consulta externa, con diferencia de  $8.91 \pm 4.51$  y una P de 0.051. La regresión lineal controlada con las variables demográficas básicas, demostró una asociación negativa estadísticamente significativa entre el servicio de atención y la puntuación en la escala de Zarit ( $\beta=-10.72$ ,  $p<0.05$ ). DISCUSIÓN. Los resultados nos muestran una tendencia hacia la sobrecarga en los cuidadores de los pacientes hospitalizados con significancia estadística no influenciada por las variables demográficas básicas.

## ANTECEDENTES

Según la Organización Mundial de la salud (OMS) los problemas de salud mental constituyen alrededor del 15% de la carga mundial de discapacidad y su prevalencia va en aumento.<sup>13</sup> En México la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica arrojó cifras de prevalencia de esquizofrenia de por vida de 1.2% en el sexo masculino y 0.9% en el sexo femenino.<sup>22</sup> La Esquizofrenia es el trastorno mental más intimidante relacionado con la historia de la psiquiatría<sup>17</sup>. Se trata de un Síndrome clínico que presenta una psicopatología variable, aunque extremadamente problemática, que afecta la cognición las emociones, la percepción y otros aspectos importantes del comportamiento<sup>17</sup>. La expresión de estas manifestaciones es diferente en cada paciente y varía con el tiempo, pero el efecto de la enfermedad siempre es grave y normalmente prolongado<sup>18</sup>. Los seguimientos de 5 a 10 años muestran que más del 50% de los pacientes tienen una evolución caracterizada por re-hospitalizaciones, exacerbaciones de los síntomas, episodios depresivos e intentos de suicidio y se estima que el 50% también permanecen con déficits significativos a lo largo de toda su vida<sup>17</sup>.

Durante el siglo XIX y la primera mitad del siglo XX el asilo fue la principal forma de tratamiento para los pacientes con enfermedad mental grave.<sup>39</sup>

Sin embargo, el final de la segunda guerra mundial propicia en los países occidentales la aparición de movimientos ciudadanos en pro de los derechos civiles y humanos<sup>24</sup> y aunado a esto, en 1955 gracias a los trabajos de Goffman<sup>25</sup> empiezan a salir a la luz las condiciones en las que se encontraban los pacientes en los hospitales psiquiátricos, Goffman enfatizó que los hospitales psiquiátricos eran instituciones similares a cárceles donde los pacientes permanecían a pesar de no haber roto ninguna ley, definió las instituciones psiquiátricas como sistemas cerrados apartados de el resto de la sociedad que obligaban a los pacientes a realizar todos los aspectos de su vida dentro

del hospital psiquiátrico con limitado acceso al exterior, observó que los hospitales psiquiátricos compartían características con prisiones, campos de concentración y monasterios y argumentó que los pacientes eran restringidos en su libertad, alejados de sus roles sociales normales y víctimas de estigma, nace así en 1962 el “Joint Commission on Mental Illness and Health” que recomienda la transformación de los hospitales psiquiátricos en dispositivos comunitarios<sup>25</sup> e inicia en Estados Unidos de América (USA) oficialmente el proceso que se conoce como desinstitucionalización psiquiátrica, en 1963<sup>23</sup>, de la misma manera el descubriendo y la comercialización de los neurolépticos a partir de 1952 se convierte en un factor importante para la realización de políticas para la atención comunitaria de la salud mental<sup>26</sup> ya que el uso de estos fármacos permitió el control de la sintomatología del paciente psiquiátrico con enfermedad mental grave y por tanto su permanencia fuera del asilo e integración a la comunidad.

El concepto de desinstitucionalización de la salud mental presupone el cierre de los grandes hospitales psiquiátricos y traslado de los pacientes institucionalizados a la comunidad<sup>24</sup> y la creación simultánea de suficientes dispositivos comunitarios para el tratamiento y apoyo en su medio natural, permitiéndoles integrarse y participar como miembros activos en la sociedad a la que pertenecen y no permanecer crónicamente hospitalizados en los grandes hospitales psiquiátricos<sup>27</sup>. Empieza a disminuir el número de camas en los hospitales psiquiátricos y los cuidados profesionales fueron sustituidos, por los cuidados informales, llevados a cabo por los familiares de los pacientes, en la mayoría de los casos sin el conocimiento, la información y las aptitudes necesarias<sup>28, 29</sup>.

En la actualidad, en la mayoría de las instituciones de salud mental encontramos que la familia es y será el agente responsable del cuidado para la mayoría de los pacientes psicóticos<sup>3</sup>; entre 60 y 86% de los pacientes viven con su familia, y es esta quien tiene que manejar la problemática que manifiesta el paciente, sin conocimiento de la enfermedad, entendimiento de la naturaleza biopsicosocial de la enfermedad, ni de la

importancia del tratamiento integral de la esquizofrenia<sup>3,30</sup>, situación que aumenta la posibilidad de agotamiento en el cuidador y además empeora la evolución del propio paciente con diagnóstico de esquizofrenia<sup>12,29</sup>. Esta situación ha tenido consecuencias sobre los cuidadores, ya que la atención de los pacientes psicóticos crónicos en la comunidad ha supuesto una sobrecarga para las familias, tanto por el malestar subjetivo que les ocasiona la conducta del enfermo y la ausencia de habilidades en sus relaciones sociales como los problemas que suelen crear en la convivencia.<sup>12</sup>

La sobrecarga del cuidador fue primeramente descrita en USA en 1974 en los cuidadores de pacientes con demencia pero ya desde los años 50s se han venido realizando distintos estudios sobre lo que supone la carga vivida por los familiares de enfermos mentales.<sup>19</sup>

Hoy en día se sabe que la sobrecarga percibida por parte del cuidador es uno de los mejores predictores de rehospitalización en el paciente con esquizofrenia, mejor incluso que la propia situación de salud del receptor de cuidados, por lo que la detección y el abordaje de la misma pasan a ocupar un lugar prioritario en el plan de cuidados de la diada paciente-familia.<sup>20</sup>

## MARCO TEORICO

Cuidador informal es aquella persona procedente del sistema de apoyo del enfermo, que asume la responsabilidad absoluta sobre el paciente discapacitado en todo lo que respecta a su atención básica,<sup>1</sup> entendiendo como discapacidad una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental que implica para la persona considerables desventajas para su integración familiar, social, educacional y laboral.<sup>4</sup>

El término Cuidador Familiar Primario Informal se refiere a la persona que se hace cargo de proveer atención y asistencia al enfermo, mantiene la responsabilidad de proveer recursos que el paciente es incapaz de auto sustentarse y guarda una relación familiar directa con él, es informal por qué no reciben una retribución económica, ni capacitación para brindar los cuidados necesarios al paciente.<sup>2, 3, 5</sup> La sobrecarga del cuidador se define como un concepto multidimensional que considera la tensión existente en los aspectos emocionales, físicos, sociales y económicos en la vida de las personas.<sup>6</sup>

Asumir el rol del cuidador no es inocuo. Es posible desarrollar el fenómeno de “sobrecarga” por la tarea asumida, conjugando diversas variables: 1) Desatención de la propia salud, proyecto vital y vida social 2) Deterioro familiar, relacionado a dinámicas culposas, rabiosas y manipuladoras; 3) Ansiedad o frustración por la falta de preparación y conocimiento técnico en el cuidado de pacientes dependientes.<sup>5</sup> La actitud del cuidador primario informal centrada en la atención a la persona con discapacidad o enfermedad puede dar lugar a una serie de complicaciones en la salud del mismo, entre las que incluyen el síndrome del cuidador, caracterizado por presentar problemas físicos, psicológicos y sociales; afectando sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio emocional, situación que da lugar a la denominada Sobrecarga del cuidador.<sup>7, 8, 9</sup>

En algunas investigaciones se hace la diferencia entre carga objetiva y subjetiva. La carga subjetiva puede definirse como las relaciones ante la experiencia de cuidar, el malestar y los problemas de salud del cuidador. La carga objetiva se define como el grado de perturbaciones o cambios en los distintos aspectos en el ámbito doméstico y la vida de los cuidadores, síntomas y características socio demográficas, este último tipo de sobrecarga está relacionado con el desempeño de las actividades de auto cuidado y de la vida diaria que el paciente no puede realizar por sí mismo; mientras que la carga subjetiva es asociada con actitudes y reacciones emocionales que manifiesta el cuidador ante la experiencia de cuidar.<sup>9, 10, 11, 12</sup>

Una mayor sobrecarga se relaciona con una mayor frecuencia de trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos del sueño, problemas alimenticios, abuso de alcohol o estimulantes, violencia marital e irritabilidad entre los familiares,<sup>3</sup> mayor aislamiento social, empeoramiento de la situación económica familiar, mayor morbilidad general e incluso mayor mortalidad, ya que el cuidador tiende a no buscar ayuda médica priorizando los problemas de su familiar dependiente.<sup>5, 13</sup>

La esquizofrenia es uno de los trastornos mentales que producen más dificultades a nivel familiar. Las características clínicas de la enfermedad aumenta el nivel de estrés y angustia en el familiar cuidador lo que ha llegado a considerarse un factor precipitante en las recaídas, exacerbación de los síntomas, re-hospitalizaciones y mal apego terapéutico.<sup>14</sup>

Se han desarrollado distintos instrumentos para la valoración de la sobrecarga en cuidadores familiares informales de pacientes con discapacidad física o mental; la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit incluye las dimensiones, calidad de vida, auto cuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente cuidado, es capaz de discriminar distress psíquico con una sensibilidad de 93% y especificidad del 80%. El análisis factorial de las dimensiones que

incorpora la escala, permite caracterizar dinámicas socioculturales de la población sobre la que se aplica, siendo útil en la programación de intervenciones. Ha sido validada en diversos idiomas incluyendo el español, consta de 22 preguntas tipo likert, de 5 opciones, cuyos resultados se suman en un puntaje total (22-110 puntos). Este resultado califica al cuidador en ausencia de sobrecarga ( $\leq 46$ ), sobre carga ligera (47-55), o sobrecarga intensa ( $\geq 56$ ); la sobre carga ligera representa un factor de riesgo para sobrecarga intensa y esta se asocia a mayor morbilidad médica, psiquiátrica y social del cuidador.

La asociación mundial de psiquiatría (WPA por sus siglas en ingles), define a la salud mental comunitaria como el modelo de atención equilibrado en el que se integran servicios de salud proporcionados en la comunidad (atención primaria) generalmente en unidades cercanas a las poblaciones atendidas, con tratamientos intrahospitalarios<sup>37</sup>; en el cual la estancia hospitalaria debe ser reducida en la medida de lo posible, por lo general situada en salas de hospitales generales<sup>38</sup>, y que debe presentar diferentes prioridades de acuerdo al estado de sus recursos.<sup>37</sup>

En entornos de bajos recursos la prioridad es establecer y mejorar la capacidad de los centros de atención primaria de salud para ofrecer atención de salud mental, con respaldo limitado del especialista<sup>37</sup>.

En los entornos de medianos recursos, además de servicios de salud mental en atención primaria se puede desarrollar otra capa de servicios de salud mental si los recursos lo permiten, basada en cinco categorías; clínicas psiquiátricas para manejo ambulatorio, servicios de hospitalización para pacientes con sintomatología aguda, equipos de salud mental comunitaria, atención residencial basada en la comunidad; y servicios de ocupación y rehabilitación.<sup>37</sup>

En países de altos recursos, además de los mencionados anteriormente se deben desarrollar servicios más especializados dedicados a metas y grupos de pacientes específicos aplicables a las mismas cinco categorías descritas para los entornos de

medianos recursos. Estos pueden incluir por ejemplo clínicas ambulatorias especializadas, equipos de tratamiento comunitario asertivo, manejo intensivo, equipos de intervención temprana, equipos de resolución de crisis, atención residencial comunitaria, hospital de día, centros de día no médicos, servicios de recuperación, empleo y rehabilitación.<sup>37</sup>

Salud mental comunitaria, por lo tanto se basa en una amplia gama de profesionales de la salud, proveedores de servicios y sistemas de atención y apoyo, aunque algunos componentes particulares pueden jugar un papel de mayor o menor importancia en diferentes escenarios en función del contexto local y los recursos disponibles, especialmente del personal capacitado.<sup>37</sup>

Apegándonos a esta definición de la WPA nuestro medio se encuentra en la categoría de entorno de medianos recursos, ya que contamos con instalaciones para manejo ambulatorio de los pacientes psiquiátricos en el servicio de consulta externa en el cual el paciente con enfermedad mental se encuentra integrado a su comunidad y acude a las instalaciones únicamente una vez al mes a consulta de manera regular a recibir consulta psiquiátrica, y servicio de hospitalización para pacientes con sintomatología aguda.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica arrojó cifras de prevalencia de esquizofrenia de por vida de 1.2% en sexo masculino y 0.9% en el sexo femenino,<sup>22</sup> la familia es el agente responsable del cuidado para la mayoría de los pacientes psicóticos y son quienes tienen que manejar la problemática que manifiesta el paciente<sup>3</sup>, lo que aumenta la posibilidad de sobrecarga del cuidador que a su vez empeora la evolución del propio paciente con esquizofrenia<sup>12,29</sup>. Estudios europeos reportan que la aplicación de servicios de salud mental comunitaria han originado que los pacientes esquizofrénicos presenten un menor número de recaídas y hospitalizaciones<sup>31,32,33,34</sup>, pero no existen estudios que relacionen la aplicación de este tipo de servicios con el desarrollo o no de sobrecarga del cuidador; por lo anteriormente planteado conocemos que la sobrecarga del cuidador afecta directamente la salud del cuidador y del paciente con esquizofrenia, por lo que es importante considerarlos una diada interrelacionada, necesitada de una atención integral, con el fin de mejorar el pronóstico del paciente esquizofrénico y disminuir la morbilidad del cuidador. Por lo cual considero necesario conocer si los cuidadores familiares informales de pacientes con esquizofrenia, que son atendidos en el servicio de salud mental comunitaria en Mexicali Baja California, presentan sobrecarga del cuidador, estudiando a los cuidadores de pacientes que son atendidos en los dos componentes del servicio de salud mental comunitaria, comparando a los cuidadores familiares informales de los pacientes esquizofrénicos que son atendidos en la consulta externa con los cuidadores de los pacientes que se encuentran en el servicio de hospitalización. Planteando la siguiente pregunta de investigación.

## **PREGUNTA DE LA INVESTIGACION**

¿Es mayor el nivel de sobrecarga que presentan los cuidadores primarios familiares informales de los pacientes con esquizofrenia que se encuentran hospitalizados a la sobrecarga que presentan los cuidadores primarios familiares informales de los pacientes atendidos en la consulta externa?

## **JUSTIFICACION**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que los trastornos mentales representan el 15% de la carga de discapacidad en el mundo y en el año 2007 en su foro mundial en pro de la salud mental señaló la urgente necesidad de que los países miembros dispongan de una red de servicios comunitarios de salud mental<sup>35</sup>. En nuestro medio se cuenta con una red de servicios de salud mental comunitaria en los que se incluye la atención ambulatoria en consulta externa, en la cual el paciente con enfermedad mental se encuentra integrado a su comunidad y acude a las instalaciones únicamente una vez al mes a consulta de control con el médico psiquiatra y atención en un servicio de hospitalización psiquiátrica en el cual se da atención médica hospitalaria a los pacientes durante los periodos de agudización de la patología psiquiátrica. El presente trabajo de investigación nos permitirá conocer si los cuidadores de pacientes esquizofrénicos integrados a la comunidad y que son atendidos de manera ambulatoria presentan niveles de sobrecarga menores a los presentados por los cuidadores de pacientes esquizofrénicos que se encuentran hospitalizados y así mismo generar conocimiento que permitirá realizar probables cambios en los servicios que se brindan a los pacientes esquizofrénicos a sus familiares y tener la posibilidad de que en el futuro se diseñen intervenciones específicas de tratamiento y prevención para los cuidadores de pacientes esquizofrénicos con lo que, al mejorar el estado de salud del cuidador se verá reflejado en una mejor evolución del paciente esquizofrénico.

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar si el nivel de sobrecarga en los cuidadores familiares primarios informales de pacientes esquizofrénicos atendidos en la consulta externa es menor, que en los que son atendidos en hospitalización.

## **OBJETIVOS PARTICULARES**

1. Seleccionar a los cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia que acudan a la consulta externa, que cumplan con criterios de inclusión.
2. Seleccionar a los cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia que se encuentren hospitalizados, que cumplan con criterios de inclusión
3. Aplicar ficha de identificación y la escala de Zarit en cada grupo.
4. Analizar los datos obtenidos con el instrumento.
5. Comparar el puntaje obtenido de la escala de Zarit en el grupo de los cuidadores que asisten a la consulta externa con los obtenidos en el grupo de los cuidadores de pacientes que están hospitalizados.

## **HIPOTESIS**

H1

La sobrecarga que presentan cuidadores primarios familiares informales de pacientes con esquizofrenia que acuden a la consulta externa, es menor, a la que presentan los cuidadores de pacientes que se encuentran hospitalizados.

H0

La sobrecarga que presentan cuidadores primarios familiares informales de pacientes con esquizofrenia que acuden a la consulta externa, no es menor, que la que presenta los cuidadores de pacientes que se encuentran hospitalizados.

## **METODOLOGIA**

### **Diseño del estudio**

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal.

### **Población de estudio**

Se estudió a los cuidadores primarios familiares informales, de ambos sexos, que son cuidadores principales o únicos de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, que acudieran al servicio de consulta externa durante el mes de diciembre de 2014 y que aceptaron por escrito participar en el estudio, aplicando el instrumento durante consulta programada en el servicio de consulta externa en el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California y de igual manera se estudió a los cuidadores primarios familiares informales de los pacientes que se encontraban hospitalizados durante el mismo periodo de tiempo y que de igual manera aceptaron por escrito participar en el estudio, aplicando el instrumento durante la plática informativa que se realiza los días de visita.

### **Muestra**

Se realizó un muestreo no probabilístico, por conveniencia identificando a los cuidadores que cumplan con criterios de inclusión a quienes se les invitó a participar en el estudio y a firmar un consentimiento informado, a todos los que accedieron a participar se les aplicó una ficha de identificación sociodemográfica y la escala auto aplicable de sobrecarga del cuidador de Zarit.

### **Tamaño de la muestra**

Se determinó el tamaño de la muestra por medio de la fórmula de comparación de medias, utilizando los datos obtenidos por Navidian et al<sup>37</sup>, comparando dos grupos y obteniendo  $\mu_1 32.12 \pm \sigma 8.52$  para el grupo de cuidadores de pacientes con enfermedad mental que recibieron psicoeducación y  $\mu_1 47.8 \pm \sigma 10.33$  para los cuidadores de pacientes con enfermedad mental del grupo control<sup>37</sup>

$$n = \frac{k(\sigma^2 + \sigma^2)}{M_1 - M_1} = \frac{6.2(10.2^2 + 8.52^2)}{47.08 - 32.12} = \frac{6.2(179.2993)}{14.96} = 74.3$$

Dando como resultado una muestra de 74 sujetos más el 10% de pérdida se obtuvo un total de 82 por grupo.

Sin embargo por cuestiones de tiempo y accesibilidad limitada de los cuidadores únicamente se obtuvo una muestra de 94 pacientes, siendo 17 del grupo de hospitalización y 77 del grupo de consulta externa.

### **Instrumentos**

Se aplicó una ficha de identificación socio demográfica diseñada Ad hoc por el investigador responsable de la realización del proyecto y la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit que consta de 22 preguntas tipo likert, de 5 opciones, cuyos resultados se suman en un puntaje total (22-110 puntos). Este resultado califica al cuidador en ausencia de sobrecarga ( $\leq 46$ ), sobre carga ligera (47-55), o sobrecarga intensa ( $\geq 56$ ) e incluye las dimensiones, calidad de vida, auto cuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente cuidado, es capaz de discriminar distres psíquico con una sensibilidad de 93% y especificidad del 80%. El análisis factorial de las dimensiones que incorpora la escala, permite caracterizar dinámicas socioculturales de la población sobre la que se aplica, siendo útil en la programación de intervenciones. Ha sido validada en diversos idiomas incluyendo el español.

### **Criterios de inclusión**

#### **Grupo de consulta externa**

1. Familiares de primer grado del paciente con esquizofrenia, que estén acudiendo al servicio de consulta externa.
2. que no sea consulta de primera vez
3. Edades entre 18 y 80 años

4. Que sepan de leer y escribir
5. Que no tenga discapacidad visual que le impida contestar el instrumento
6. Que no tengan diagnostico psiquiátrico propio
7. Que acepten por escrito participar en el estudio

### **Grupo de hospitalización**

1. Familiares de primer grado del paciente con esquizofrenia. Que se encuentren hospitalizados.
2. Edades entre 18 y 80 años
3. Que sepan de leer y escribir
4. Que no tenga discapacidad visual que le impida contestar el instrumento
5. Que no tengan diagnostico psiquiátrico propio.
6. Que acepten por escrito participar en el estudio

### **Criterios de exclusión**

1. Familiares de pacientes con diagnósticos distinto a Esquizofrenia

### **Criterios de eliminación**

2. Que no haya completado el instrumento
3. Letra ilegible.

### **Definición de la Intervención**

Se trata de un estudio observacional en el cual no se realizara ninguna intervención

## Variables

### 1. Servicio en el cual reciben atención (Independiente)

*Definición conceptual:* Según la definición de la WAP Elementos de un servicio de salud mental comunitaria que cuenta con tratamientos intrahospitalarios; en el cual la estancia hospitalaria debe ser reducida en la medida de lo posible y clínicas psiquiátricas para manejo ambulatorio

*Definición operacional.* Servicio que marquen en el instrumento de medición.

*Tipo de variable.* Nominal

*Escala de medición.* Dicotómica

*Unidad de medición.* Acudir a consulta externa o tener un paciente hospitalizado

*Instrumento de medición.* Ficha de identificación.

### 2. Sobrecarga del cuidador (dependiente)

*Definición conceptual:* Tensión existente en los aspectos emocionales, físicos, sociales y económicos en la vida de las personas dedicadas al cuidado de pacientes con alguna discapacidad.

*Definición operacional:* Se considera sobrecarga del cuidador un puntaje superior a 46 en la escala de Zarit

*Tipo de Variable:* Numérica

*Escala de medición.* Continua.

*Unidad de medición.* Puntaje obtenido de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

*Instrumento de medición.* Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.

## PLAN DE ANALISIS

Posterior a la aplicación del instrumento de medición Estala de Zarit, se realizó la sumatoria de los ítems contestados por cada sujeto para obtener la puntuación correspondiente, se empleó estadística descriptiva para detallar las características socio demográficas de la población estudiada y delinear la participación de cada una de las variables en los resultados obtenidos, para probar la hipótesis se determinó la distribución T de Student utilizando el paquete descriptivo del programa STATA corp versión 13.

Para encontrar asociación entre el servicio donde cada grupo recibió atención y la puntuación obtenida en la escala de Zarit se creó un modelo de regresión lineal en el cual se incluyeron las siguientes variables: primeramente se efectuó un análisis crudo no controlado por ninguna variable para determinar si encontrábamos asociación significativa entre servicio donde se recibió atención y la puntuación obtenida en la escala de Zarit, posteriormente, se incorporó en la regresión el modelo 2 que fue controlado por las variables demográficas básicas, después se incorporó el modelo 3 el cual fue controlado además por las variables años de cuidado y horas dedicadas al cuidado, y por último se integro el modelo 4 el cual se controló por las variables anteriores además de las variables ayuda recibida, pensión y capacitación.

## **ASPECTOS ÉTICOS, NORMATIVOS Y DE SEGURIDAD**

Durante la realización de la investigación se atendió a los principios de la declaración de Helsinki. Este protocolo de estudio fue evaluado antes de su realización por el comité de ética del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California.

Se explicó de manera clara y precisa a cada sujeto estudiado la naturaleza de la investigación, resolviendo las dudas se presentaron al contestar el instrumento, de igual manera se les comunicó de manera verbal y escrita que la información que nos otorgaron se guardará y protegerá de una manera confidencial, siendo el médico residente encargado de la investigación y el personal médico del instituto los únicos con acceso a los bancos de datos con la información que fue proporcionada por cada uno de los sujetos que participaron en el estudio. No existe ningún riesgo físico o psicológico para los sujetos que participen en la investigación.

## **RESULTADOS**

Se aplicaron los instrumentos de medición a 96 sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron por escrito participar en el estudio, de los cuales dos se descartaron por contestar de manera incompleta los cuestionarios aplicados, por lo que se incluyeron en el estudio únicamente 94 sujetos (97.9%). De los cuales 78.7% (n74) fueron mujeres y 21.3 % (n20) varones (Grafica 1), con edades entre 18 y los 80 años, siendo la edad promedio 52.4 años para las mujeres y 49.9 años para los varones (tabla1).

En cuanto al parentesco del cuidador con el paciente 47.87 % (n45) fueron padres del paciente, siendo 80% (n36) madres y 20% (n9) padres; 20.21% de los cuidadores fueron hijos de los cuales el 95% (n18) fueron mujeres y 5% (n1) varones; 15.96 % hermanos,

en su mayoría del sexo femenino; 3.19% pareja y 3.19% abuelos, así como un 9.57% de otros familiares entre los que se encontraban tíos, primos, sobrinos y cuñada. (Tabla 2). En lo que se refiere al estado civil el 55.32% (n52) de los cuidadores se encontraban casados o en unión libre, 22.34% solteros, 8.51% divorciados y 13.83% viudos. (Tabla 3). Respecto a la escolaridad el 5.32% (n5) de los cuidadores no tenían ninguna escolaridad, 35.11% (n33) tenían primaria o primaria incompleta, 36.17% (n34) secundaria, 15.96% (n15) Preparatoria y únicamente 7.45% (n7) licenciatura (Tabla4). En lo correspondiente a la ocupación encontramos que el 59.97% (n56) de los cuidadores que participaron en el estudio se dedicaba al hogar de los cuales el 100% (n56) fueron mujeres; 27.66% (n26) tenía un empleo remunerado 54% (n14) mujeres y 46% (n12) varones; 9.57% (n9) de los cuidadores fueron pensionados y 3.19% (n3) sin ocupación (Tabla 5).

En nuestra población el 42.55% (n40) de los cuidadores refirieron que su paciente tenía más de 10 años con el diagnostico de esquizofrenia, seguido de un 21.28% (n20) con menos de un años de conocer el diagnostico, 19.15% (n18) con entre 1 y 5 años y finalmente 17.02%(n16) de entre 6 y 10 años (Tabla6), cifras que fueron ligeramente distintas al preguntar cuánto tiempo tenía el cuidador a cargo del paciente con diagnostico de esquizofrenia a lo que nos contestaron que el 35.11 % (n33) ha cuidado al paciente desde hace mas de 10 años, 25.53% (n24) menos de un año, 22.34% (n21) entre 1 y 5 años y finalmente 17.02% (n16) entre 6 y 10 años (Tabla 7). Cerca de la mitad de los cuidadores 45.74% (n43) refirieron que dedica más de 12 horas al día al cuidado del paciente, 38.3 % (n36) le dedica menos de 6 horas y el 15.95% (n15) dedica entre 7 y 12 horas (Tabla 8). El 57.45% (n54) de los cuidadores recibe ayuda de otros miembros de la familia para cuidar su paciente con esquizofrenia (Tabla9), sin embargo destaca que el 75% (n15) de los cuidadores del sexo masculino reciben ayuda, contra únicamente el 52.7% (n39) de los cuidadores del sexo femenino (Grafica 2).

Únicamente el 6.38% (n6) de los cuidadores reporto que su familiar con diagnostico de Esquizofrenia recibe pensión por discapacidad (Tabla 10) y solamente el 4.26% (n4) consideró que había recibido alguna capacitación para el cuidado de su paciente (Tabla 11).

Se obtuvo una media en el total de la escala de Zarit de 38.6 con una desviación estándar de  $\pm 4.06$  para los cuidadores de pacientes con esquizofrenia que se encontraban hospitalizados, contra una media de 29.75 con una desviación estándar de  $\pm 1.97$  para los cuidadores de pacientes con esquizofrenia atendidos en el servicio de consulta externa, con diferencia de  $8.91 \pm 4.51$  puntos en la escala de Zarit siendo una diferencia estadísticamente significativa con un P de 0.051. Lo que confirma la hipótesis planteada en nuestro estudio (tabla 12).

Si comparamos los resultados de la escala de Zarit por sexo encontramos que los cuidadores del sexo femenino cuyo paciente con diagnostico de esquizofrenia era atendido en el servicio de hospitalización mostraron un media de 39.64 con desviación estándar de  $\pm 4.6$  mientras que los cuidadores del sexo masculino atendidos en el mismo servicio tuvieron una media de 35.25 con desviación estándar de  $\pm 8.6$ , comparados con los cuidadores que recibieron atención en la consulta externa en los que las mujeres tuvieron una media en la escala de Zarit de 29.56 con desviación estándar de  $\pm 2.24$  y los varones  $30.43 \pm 4.34$ , por lo cual si comparamos la media en la puntuación de la escala de Zarit obtenida por los cuidadores del sexo femenino que fueron atendidas en consulta externa contra los cuidadores que fueron atendidas en hospitalización encontramos una diferencia de 10,07 puntos en la media de la escala con una desviación estándar de  $\pm 5.1$  con una P de 0.054 (tabla 13,14). En el resto de las comparaciones por sexo contra servicio no encontramos ninguna diferencia con significancia estadística.

En cuanto a la regresión lineal realizada para confirmar significancia estadística el análisis crudo inicial demostró una asociación con tendencia a la significancia estadística, considerando que el servicio de referencia fue la consulta externa con un total de 76 (81%) pacientes vistos.

Al controlar con las variables demográficas básicas, se encontró una asociación negativa significativa entre el lugar de consulta y la escala de Zarit ( $\beta=-10.72$ ,  $p<0.05$ ) (*Grafica4*), esta asociación demuestra que los cuidadores de pacientes que reciben atención en el servicio de hospitalización tienen una relación significativa con la puntuación más alta en la escala de Zarit y que esta asociación no está sesgada por edad, sexo, escolaridad, estado civil u ocupación del cuidador.

Los siguientes modelos de regresión, no mostraron significancia estadística al controlar por años de diagnóstico y cuidado, ayuda recibida, pensión o capacitación lo que nos traduce que la asociación puede estar sesgada por alguna de estas variables que pueda estar contribuyendo en la asociación entre el servicio en que se recibió atención y la puntuación obtenida en la escala de Zarit (Tabla 15).

## **DISCUSIÓN**

Los resultados de estadística descriptiva, muestra que de manera similar a lo reportado en la bibliografía, en nuestra población la mayoría de los cuidadores de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia son mujeres, en su mayoría madres de los pacientes, casadas o en unión libre, dedicadas al hogar y con escolaridad de 6 años o menos.

Encontramos que casi la mitad de los cuidadores dedican más de la mitad del día al cuidado de su paciente, y que aunque el 42.55 % de los cuidadores que participaron el estudio reportaron que conocen el diagnóstico de esquizofrenia desde hace más de 10 años, únicamente el 35.11 % refirió tener ese tiempo a cargo del cuidado de su paciente

(Grafica3), lo que nos sugiere que aproximadamente el 10% de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia cambia de cuidador primario en los primeros 10 años posteriores al diagnóstico.

Nuestros resultados muestran que más de la mitad de los cuidadores reciben ayuda de algún otro miembro de la familia, sin embargo los cuidadores del sexo masculino reciben más ayuda que los cuidadores del sexo femenino.

Únicamente el 6.38% de los cuidadores estudiados mencionaron que su familiar con diagnóstico de esquizofrenia recibe pensión económica por discapacidad y solamente el 4.46% refirieron haber recibido capacitación para el cuidado de su familiar, datos que cobran importancia particular ya que estos dos factores han sido reportados en la bibliografía como factores protectores para el desarrollo de sobrecarga del cuidador.

Entre los cuidadores de pacientes atendidos en la consulta externa la media en la puntuación de la escala de Zarit fue de 29.75 y en los cuidadores de pacientes atendidos en hospitalización se obtuvo una media de 38.66, lo en ambos casos se considera sin sobrecarga, sin embargo no debemos perder de vista la diferencia de más de 8 puntos, estadísticamente significativa, que nos muestra la tendencia hacia la sobrecarga que muestran de los cuidadores de los pacientes hospitalizados, significancia estadística que además se demostró no está influida por las variables demográficas básicas.

## **CONCLUSIONES**

A pesar de haberse realizado una muestra limitada, los datos obtenidos en este estudio sugieren que aunque en ambos grupos se encontraron pacientes con sobrecarga del cuidador medida con la escala de Zarit, el grupo de cuidadores cuyos pacientes se encuentran hospitalizados tiene una media de puntuación mayor, lo que sugiere mayor sobrecarga, datos que nos invitan a reflexionar sobre la necesidad de crear

intervenciones específicas en este grupo de cuidadores, ya que como se menciono previamente la presencia de sobrecarga del cuidador aumenta la morbimortalidad en los cuidadores y es un factor de riesgo importante para una mala evolución del propio paciente con diagnostico del Esquizofrenia . No obstante análisis y estudios posteriores serán necesarios para conocer las variables específicas que influyen en la sobrecarga de los cuidadores en nuestro medio.

## BIBLIOGRAFIA

1. Wilson H. Family Caregiving for a relative with Alzheimer's Dementia coping with negative choice. *Nursing Research* 1989 38(2): 94-98.
2. Fadden G, Bebbington P, Kuipers L. The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *Br J Psychiatry*. 1987 Mar;150:2 85-92.
3. Rascon M. Trastornos emocionales, físicos y psiquiátricos en los familiares de pacientes con esquizofrenia en México. *Revista de investigación clínica* vol. 62. Num. 6, nov-dic 2010 509-515
4. Organización Mundial De La Salud. Clasificación de deficiencias, minusvalías y discapacidades. Madrid: Insero: 1984
5. Breinbauner H, Vázquez H, Mayan S, Guerra C, Millán T. Validación En Chile de la Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev. Med Chile* 2009;137:657-665
6. Juntras SM, Veilleux F. Informal Caregiving: correlates of perceived burnout. *Can J Aging* 1991 ;10: 40-50
7. Gonzalez F, Graz A, Pitiot D, Potestad J. Sobrecarga del cuidador de personas con lesiones neurológicas. *Revista del hospital J.M. Ramos Mejía*, 2004; 9(4) 1-9
8. López- Montero De Cruz, De Maftos Pinedo CA, Kurita GP, De Olivera AC. Caregivers of patient with chronic pain: responses to care international. *Journal of Nursing Terminology and classifications* 2004; 15(1) 5-13.
9. Martínez L. Carga Percibida del cuidador primario del paciente con parálisis cerebral infantil severa del centro de Rehabilitación Infantil Teletón. *Revista Mexicana de Medicina física y rehabilitación* 2008; 20: 23-39.
10. Montorio I, Fernández M, López A, Sánchez M. La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de psicología* 1998; 14 (2): 263-285
11. Ramírez G, Ríos A. Niveles de sobrecarga y estilos de afrontamiento en cuidadores de familiares con discapacidad física por lesión neurológica. *Interpsiquis* 2004.
12. Leal Mi, Sales R, Ibañez E, Giner J, Leal C. Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales en pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativo. *Actas Esp Psiquiatr* 2008; 36(2): 63-39
13. Gonzalez T. Calidad de vida del cuidador familiar del enfermo mental diagnosticado en el instituto de neurociencias de Caribe Santa Marta 2009. *Revista de la facultad de ciencias de la salud*. 2010 vol. 7 Num. 2: 191-198
14. Rascon M, Diaz R. La necesidad de dar atención a los familiares responsables del cuidado de pacientes esquizofrénicos. *Salud Mental* V. 20 julio 1997.
15. Tovar AH. La ampliación de la cobertura a la población en la atención primaria de la salud mental. En la psiquiatría al filo del siglo XXI. *Asociación Psiquiátrica Mexicana*. México. 1987
16. Alpuche RV. Validación de la Entrevista de carga del cuidador en una población de cuidadores primarios informales. Tesis de licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM.
17. Tellez J. Aspectos neurocognitivos de la esquizofrenia. Primera edición. Nuevo milenio editores. Bogota 2001.
18. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock Sinopsis de psiquiatría. 10ª edición. Lippincott Williams & Wilkins. Barcelona 2008.
19. Maurin J, Barmann C. Burden of Mental Illness on the Family: a Critical Review. *Arch Psychiat Nurs*. 1990 April;IV(2):99-107

20. Yaffe K, Fox P, Newcomer R, Sands L, Lindquist K, Dane K, et al. Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. *JAMA*. 2002;287(16):2090-7
21. Yamamoto Y, Hayashino Y, Yamasaky S. Violent patient behavior is associated with bodily pain and a high burden on informal caregivers. *J Gen Inter Med* 24 (10):1085-8.
22. Medina Mora M. Prevalencia de los trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de México. *Salud Mental*, Vol. 26, No. 4, agosto 2003.
23. Fakhoury W, Priebe S. The process of deinstitutionalization: an international overview. *Curr Opin Psychiatr* 2002, 15:187–192.
24. Brown P. The mental patients' rights movement and mental health institutional change. *Int J Health Serv* 1981, 11:523–540.
25. Goffman E. *Asylums; essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Garden City: Anchor Books; 1961
26. Moos RH. Changing the social milieus of psychiatric treatment settings. *J Appl Behav Sci* 1973, 9:575–593
27. KILLASPY H: From the asylum to community care: learning from experience. *Br Med Bull* 2006, 79–80:245–258
28. Turner T, Priebe S: Forget community care—reinstitutionalisation is here. *Br J Psychiatry* 2002, 181:253.
29. Saxena S, Sharan P, Saraceno B. Budget and financing of mental health services: baseline information on 89 countries from who's project atlas. *j ment health policy econ* 2003, 6:135–143
30. Navidia A, Bahari F. Burden Experienced by family caregivers of patients with mental disorders. *Pakys J Psychol Res* 2008, 23(2-1):19-28
31. European Commission. *The state of mental health in the European Union*. Bruxelles: European Commission, 2004
32. Thornicroft G, Tansella M. *Better mental health care*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009
33. Thornicroft G, Tansella M. Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World Psychiatry* 2002;1:84-90.
34. Semrau M, Barley E, Law A, Thornicroft G. Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry* 2011; 10:217-225.
35. <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2007>
36. Iesm-Oms Informe Sobre Sistema De De Salud Mental En México 2011. OMS OPS
37. Navidian A, Kermansaravi F, Navabi S. The effectiveness of a group psycho-educational program on family caregiver burden of patients with mental disorders. *BMC Researc Notes* 2012, 5:399

## ANEXOS

| 2013                                                              |            |   |   |   |         |   |   |   |           |   |   |   |           |   |   |      |         |   |   |   |         |   |   |   |         |   |   |   |         |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------|------------|---|---|---|---------|---|---|---|-----------|---|---|---|-----------|---|---|------|---------|---|---|---|---------|---|---|---|---------|---|---|---|---------|--|--|--|
| Actividad                                                         | Mayo       |   |   |   | Junio   |   |   |   | Julio     |   |   |   | Agosto    |   |   |      | Sept    |   |   |   | Oct     |   |   |   | Nov     |   |   |   | Dic     |  |  |  |
|                                                                   | Semanas    |   |   |   | Semanas |   |   |   | Semanas   |   |   |   | semanas   |   |   |      | Semanas |   |   |   | Semanas |   |   |   | Semanas |   |   |   | Semanas |  |  |  |
| Realizar Anteproyecto                                             | 1          | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4    | 1       | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 |         |  |  |  |
| 2014                                                              |            |   |   |   |         |   |   |   |           |   |   |   |           |   |   |      |         |   |   |   |         |   |   |   |         |   |   |   |         |  |  |  |
| Actividad                                                         | Enero      |   |   |   | Febrero |   |   |   | Marzo     |   |   |   | Abril     |   |   |      | Mayo    |   |   |   | Junio   |   |   |   | Julio   |   |   |   | Agosto  |  |  |  |
|                                                                   | Semanas    |   |   |   | Semanas |   |   |   | Semanas   |   |   |   | Semanas   |   |   |      | Semanas |   |   |   | Semanas |   |   |   | Semanas |   |   |   | Semanas |  |  |  |
| Realizar Anteproyecto                                             | 1          | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4    | 1       | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 |         |  |  |  |
| Rotación Externa del Investigador Responsable (Proyecto detenido) |            |   |   |   |         |   |   |   |           |   |   |   |           |   |   |      |         |   |   |   |         |   |   |   |         |   |   |   |         |  |  |  |
| Valoración por comité de ética                                    | 1          | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4    | 1       | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 |         |  |  |  |
| 2014                                                              |            |   |   |   |         |   |   |   |           |   |   |   |           |   |   | 2015 |         |   |   |   |         |   |   |   |         |   |   |   |         |  |  |  |
| Actividad                                                         | Septiembre |   |   |   | Octubre |   |   |   | Noviembre |   |   |   | Diciembre |   |   |      | Enero   |   |   |   | Febrero |   |   |   |         |   |   |   |         |  |  |  |
|                                                                   |            |   |   |   |         |   |   |   |           |   |   |   |           |   |   |      |         |   |   |   |         |   |   |   |         |   |   |   |         |  |  |  |
| Rotación Externa del Investigador Responsable (Proyecto detenido) | 1          | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4    | 1       | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 |         |   |   |   |         |  |  |  |
| Aplicación del instrumento                                        | 1          | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4    | 1       | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 |         |   |   |   |         |  |  |  |
| Vaciamiento de datos                                              | 1          | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4    | 1       | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 |         |   |   |   |         |  |  |  |
| Análisis Estadístico                                              | 1          | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4    | 1       | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 |         |   |   |   |         |  |  |  |
| Análisis de Resultados y redacción del documento de tesis         | 1          | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4    | 1       | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 |         |   |   |   |         |  |  |  |
| Entrega del documento final                                       | 1          | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4    | 1       | 2 | 3 | 4 | 1       | 2 | 3 | 4 |         |   |   |   |         |  |  |  |

## RECURSOS

### Recursos humanos

La aplicación del instrumento se llevará a cabo por la médico residente de la especialidad de psiquiatría encargada de este proyecto. El vaciamiento de datos, análisis estadístico, redacción de resultados, será realizado por la médico residente de la especialidad de psiquiatría encargada de este proyecto.

### Recursos materiales

| Material                                            | Cantidad        |
|-----------------------------------------------------|-----------------|
| Hojas de papel tamaño carta                         | 684 piezas      |
| Lápices para llenado de instrumento                 | 30 piezas       |
| Fotocopias                                          | 684 copias      |
| Material de encuadernado                            | 8 encuadernados |
| Programa para análisis estadístico SPSS versión 20. | 1 equipo        |
| Equipo de computo                                   | 1 computadora   |
| Impresora                                           | 1 impresora     |

### Recursos financieros

Se requerirá una cantidad aproximada de \$1012 pesos para la realización completa del protocolo, incluyendo las fases de muestreo, análisis de datos y publicación de resultados. El costo total será financiado por la médico residente encargada del protocolo.

| Material/Equipo                       | Costo (pesos mexicanos)                 |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|
| Hojas de papel tamaño carta (550pzas) | \$ 120.00                               |
| 30 lápices número 2                   | \$ 50.00                                |
| Fotocopias (550)                      | \$342.00                                |
| Material de encuadernado              | \$500.00                                |
| Equipo de computo                     | \$0.00 (propiedad del médico residente) |
| Impresora                             | \$ 0.00 (propiedad del hospital sede)   |
| Costo total                           | \$1012.00                               |

## FICHA DE IDENTIFICACION

No. Expediente del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del cuidador: \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

Edad del cuidador: \_\_\_\_\_ Sexo del cuidador: ☒ F ☐ M

Escolaridad del cuidador:

☐ Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Preparatoria ☐ Licenciatura ☐ Posgrado  
☐ Otro:

Estado civil del cuidador:

☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo

Ocupación del cuidador:

Servicio en el que recibe atención:

☐ Consulta Externa ☐ Hospitalización.

¿Hace cuanto tiempo le dieron el diagnóstico de Esquizofrenia a su familiar?

☐ Menos de 1 año ☐ 1 a 5 años ☐ 5 a 10 años ☐ 10 a 15 años ☐ 15 a 20 años  
☐ Más de 20 años

¿Hace cuanto tiempo que usted se hace cargo del cuidado de su familiar con diagnóstico de Esquizofrenia?

☐ Menos de 1 año ☐ 1 a 5 años ☐ 5 a 10 años ☐ 10 a 15 años ☐ 15 a 20 años  
☐ Más de 20 años

¿Cuántas horas al día dedica al cuidado de su familiar con diagnóstico de Esquizofrenia?

☐ 1 a 2 horas ☐ 2 a 4 horas ☐ 4 a 6 horas ☐ 6 a 8 horas ☐ 8 a 10 horas  
☐ 10 a 12 horas ☐ Más de 12 horas

¿Alguien le ayuda con el cuidado de su familiar con diagnóstico de Esquizofrenia?

☒ Sí ☐ No ¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Su familiar con diagnóstico de Esquizofrenia recibe alguna pensión por discapacidad?

☒ Sí ☐ No

¿Recibió alguna capacitación para el cuidado de su familiar?

☐ Sí ☒ No

## ESCALA DE ZARIT

1. Señale el numero que corresponda a la manera como usted se siente respecto al cuidado de su familiar.

0= NUNCA    1= RARA VEZ    2= ALGUNAS VECES    3= BASTANTES VECES  
4= CASI SIEMPRE

|                                                                                                                              |   |   |   |   |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?                                                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. ¿Piensa que debido al tiempo que le dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?                                                                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. ¿Se siente enfadado cuando esta cerca de su familiar?                                                                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. ¿Piensa que el cuidar a su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?                                                                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. ¿Piensa que su familiar depende de usted?                                                                                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. ¿Se siente tenso cuando esta cerca de su familiar?                                                                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?                                               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar a su familiar?                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. ¿Se siente incomodo por distanciarse de sus amistades por tener que cuidar a su familiar?                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. ¿Piensa que su familiar la considera usted le única persona que lo puede cuidar?                                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. ¿Siente que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar además de sus otros gastos? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?                                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 5 |
| 17. ¿Siente que perdió el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?                                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?                                                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?                                                                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?                                                                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?                                                                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Globalmente ¿Qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar.                                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

## CARTA DE CONCENTIMIENTO INFORMADO

A quien corresponda:

Yo \_\_\_\_\_ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio **“Sobrecarga Del Cuidador En Cuidadores Primarios Informales De Pacientes Esquizofrénicos en un servicio de salud mental comunitaria”** que se realizara en el Instituto de **Psiquiatría del Estado de Baja California**, cuyos objetivos consisten en conocer si el nivel de sobrecarga de los cuidadores primarios familiares informales de los pacientes esquizofrénicos que son atendidos en salud mental comunitaria es menor que la que presentan los cuidadores primarios familiares informales de pacientes esquizofrénicos que son atendidos en la consulta externa.

Estoy consciente de que la participación en el estudio consistirá en contestar una ficha de identificación y una escala auto aplicable y no representa ningún riesgo para mi persona.

Entiendo que la realización de este estudio derivará en obtener conocimientos que permitan una mejoría en la atención de los pacientes esquizofrénicos y sus cuidadores.

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que así lo desee, que puedo pedir información adicional acerca de los riesgos y beneficios de la participación en este estudio, que la información otorgada será tratada con estricta confidencialidad y que en caso que decidiera retirarme la atención que recibo como paciente en esta institución no se verá afectada.

---

**Firma de Conformidad**

## TABLAS

Tabla1. Edad

|                    | Hombre<br>n=20 | Mujer<br>n=74 | <i>p-value</i> |
|--------------------|----------------|---------------|----------------|
| Edad <i>M (SD)</i> | 49.9 (20.0)    | 52.4 (14.9)   | 0.73           |

Tabla2. Parentesco

|                            | Total<br>n(%) | Hombre<br>n=20(%) | Mujer<br>n=74(%) | <i>p-value</i> |
|----------------------------|---------------|-------------------|------------------|----------------|
| <i>Parentesco Cuidador</i> |               |                   |                  |                |
| Padres                     | 45(47.87)     | 9(20)             | 36(80)           | 0.06           |
| Hermanos                   | 15(15.96)     | 6(40)             | 9(60)            |                |
| Hijos                      | 19(20.21)     | 1(5)              | 18(95)           |                |
| Pareja                     | 3(3.19)       | 2(67)             | 1(33)            |                |
| Abuelos                    | 3(3.19)       | 0                 | 3(100)           |                |
| Otros                      | 9(9.57)       | 2(22)             | 7(78)            |                |

Tabla3. Estado civil

|                         | Total<br>n(%) | Hombre<br>n=20(%) | Mujer<br>n=74(%) | <i>p-value</i> |
|-------------------------|---------------|-------------------|------------------|----------------|
| <i>Estado Civil (%)</i> |               |                   |                  |                |
| Soltero                 | 21(22.34)     | 4(19)             | 17(81)           | 0.41           |
| Casado/Unión Libre      | 52(55.32)     | 14(27)            | 38(73)           |                |
| Divorciado              | 8(8.51)       | 1(12)             | 7(88)            |                |
| Viudo                   | 13(13.82)     | 1(7)              | 12 (93)          |                |

Tabla4. Escolaridad

|                 | Total<br>n(%) | Hombre<br>n=20(%) | Mujer<br>n=74(%) | p-value |
|-----------------|---------------|-------------------|------------------|---------|
| Escolaridad (%) |               |                   |                  |         |
| Ninguna         | 5(5.32)       | 1 (20)            | 4 (80)           | 0.41    |
| Primaria        | 33(35.11)     | 4 (12)            | 29 (88)          |         |
| Secundaria      | 34(36.17)     | 8 (24)            | 26 (76)          |         |
| Preparatoria    | 15(15.96)     | 4 (27)            | 11 (73)          |         |
| Licenciatura    | 7(7.45)       | 3 (43)            | 4 (57)           |         |

Tabla5. Ocupación

|                   | Total<br>n(%) | Hombre<br>n=20(%) | Mujer<br>n=74(%) | p-value |
|-------------------|---------------|-------------------|------------------|---------|
| Ocupacion (%)     |               |                   |                  |         |
| Hogar             | 56(59.57)     | 0                 | 56 (100)         | 0.001   |
| Pensionado        | 9(9.57)       | 7 (78)            | 2 (22)           |         |
| Empleo remunerado | 26(27.66)     | 12 (46)           | 14 (54)          |         |
| Ninguna           | 3(3.19)       | 1 (33)            | 2 (67)           |         |

Tabla6. Años de Diagnostico

|                                | Total<br>n(%) | Hombre<br>n=20(%) | Mujer<br>n=74(%) | p-value |
|--------------------------------|---------------|-------------------|------------------|---------|
| Tiempo Dx de Esquizofrenia (%) |               |                   |                  |         |
| Menos de 1 Año                 | 20(21.28)     | 5 (25)            | 15 (75)          | 0.41    |
| 1 - 5 Años                     | 18(19.15)     | 5 (28)            | 13 (72)          |         |
| 6-10 Años                      | 16(17.02)     | 1 (6.2)           | 15 (93.8)        |         |
| >10 Años                       | 40(42.5)      | 9 (22.5)          | 31 (77.5)        |         |

Tabla7. Años de cuidado

|                                      | <b>Total</b><br><b>n(%)</b> | <b>Hombre</b><br><b>n=20(%)</b> | <b>Mujer</b><br><b>n=74(%)</b> | <b>p-value</b> |
|--------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------|
| Duracion al Cuidado del paciente (%) |                             |                                 |                                |                |
| Menos de 1 Año                       | <b>24(25.5)</b>             | <b>5 (25)</b>                   | <b>19 (79.2)</b>               | <b>0.98</b>    |
| 1 - 5 Años                           | <b>21(22.34)</b>            | <b>5 (25)</b>                   | <b>16 (76.2)</b>               |                |
| 6-10 Años                            | <b>16(17.2)</b>             | <b>3 (15)</b>                   | <b>13 (81.3)</b>               |                |
| >10 Años                             | <b>33(35.11)</b>            | <b>7 (35)</b>                   | <b>26 (78.8)</b>               |                |

Tabla8. Horas dedicadas al cuidado

|                                | <b>Total</b><br><b>n(%)</b> | <b>Hombre</b><br><b>n=20(%)</b> | <b>Mujer</b><br><b>n=74(%)</b> | <b>p-value</b> |
|--------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------|
| Horas dedicadas al Cuidado (%) |                             |                                 |                                |                |
| Menos de 6 horas               | <b>36(38.3)</b>             | <b>11 (28.6)</b>                | <b>25 (71.4)</b>               | <b>0.11</b>    |
| 7 a 12 horas                   | <b>15(15.96)</b>            | <b>4 (26.6)</b>                 | <b>11 (73.4)</b>               |                |
| Mas de 12horas                 | <b>43(45.74)</b>            | <b>5 (11.9)</b>                 | <b>38 (88.1)</b>               |                |

Tabla9. Ayuda Recibida

|                    | <b>Total</b><br><b>n(%)</b> | <b>Hombre</b><br><b>n=20(%)</b> | <b>Mujer</b><br><b>n=74(%)</b> | <b>p-value</b> |
|--------------------|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------|
| Ayuda Recibida (%) |                             |                                 |                                |                |
| Si                 | <b>54(57.54)</b>            | <b>15 (27.8)</b>                | <b>39 (72.2)</b>               | <b>0.07</b>    |
| No                 | <b>40(42.55)</b>            | <b>5 (12.5)</b>                 | <b>35 (87.5)</b>               |                |

Tabla10. Pensión por discapacidad.

|                                 | Total<br>n(%) | Hombre<br>n=20(%) | Mujer<br>n=74(%) | <i>p-value</i> |
|---------------------------------|---------------|-------------------|------------------|----------------|
| Recibe Pensión Discapacidad (%) |               |                   |                  |                |
| Si                              | 6(6.38)       | 3 (50)            | 3 (50)           | 0.07           |
| No                              | 88(93.6)      | 17 (19.3)         | 71(80.7)         |                |

Tabla 11. Capacitación.

|                              | Total<br>n(%) | Hombre<br>n=20(%) | Mujer<br>n=74(%) | <i>p-value</i> |
|------------------------------|---------------|-------------------|------------------|----------------|
| Ha recibido Capacitación (%) |               |                   |                  |                |
| Si                           | 4(4.26)       | 0                 | 4 (100)          | 0.28           |
| No                           | 90(95.74)     | 20 (22.2)         | 70 (77.8)        |                |

Tabla12. Media escala de Zarit

|                  | <i>Media</i> | <i>DE</i> | <i>Contraste</i> | <i>P</i> |
|------------------|--------------|-----------|------------------|----------|
| Hospitalización  | 38.6         | 4.06      | 8.91             | 0.051    |
| Consulta Externa | 29.7         | 1.9       |                  |          |

Tabla13. Servicio vs sexo

|                          | <i>Media</i> | <i>DE</i> |
|--------------------------|--------------|-----------|
| Mujeres/Hospitalización  | 39.6         | 2.6       |
| Hombres/Hospitalización  | 35.2         | 8.6       |
| Mujeres/Consulta Externa | 29.5         | 2.2       |
| Hombres/Consulta Externa | 30.4         | 4.3       |

Tabla14. Comparación de Medias influenciada por sexo

|                                                       | <b>Contraste</b> | <b>DE</b> | <b>P</b> |
|-------------------------------------------------------|------------------|-----------|----------|
| Mujeres/ Hospitalización Vs hombres/ Hospitalización  | 4.39             | 9.8       | 0.657    |
| Mujeres/ Hospitalización Vs Mujeres /Consulta Externa | 10.07            | 5.1       | 0.054    |
| Mujeres/Hospitalización Vs Hombres/Consulta Externa   | 9.2              | 6.3       | 0.125    |
| Hombres/Hospitalización Vs Mujeres/Consulta Externa   | 5.6              | 8.9       | 0.529    |
| Hombres/Hospitalización Vs Hombres/Consulta Externa   | 4.8              | 9.7       | 0.622    |
| Mujeres Consulta Externa Vs Hombres Consulta externa  | .87              | 4.8       | 0.85     |

Tabla 15. Coeficiente de Coorelacion.

| <b>Zarit</b> | <b><math>\beta</math></b> | <b>95% CI</b> | <b>P</b>     |
|--------------|---------------------------|---------------|--------------|
| Crudo        | -8.91                     | -17.88,0.05   | 0.05         |
| Modelo 2     | -10.72                    | -20.30,-1.15  | <b>0.23*</b> |
| Modelo 3     | -8.51                     | -18.62,1.59   | 0.09         |
| Modelo 4     | -6.76                     | -16.54,3.02   | 0.173        |

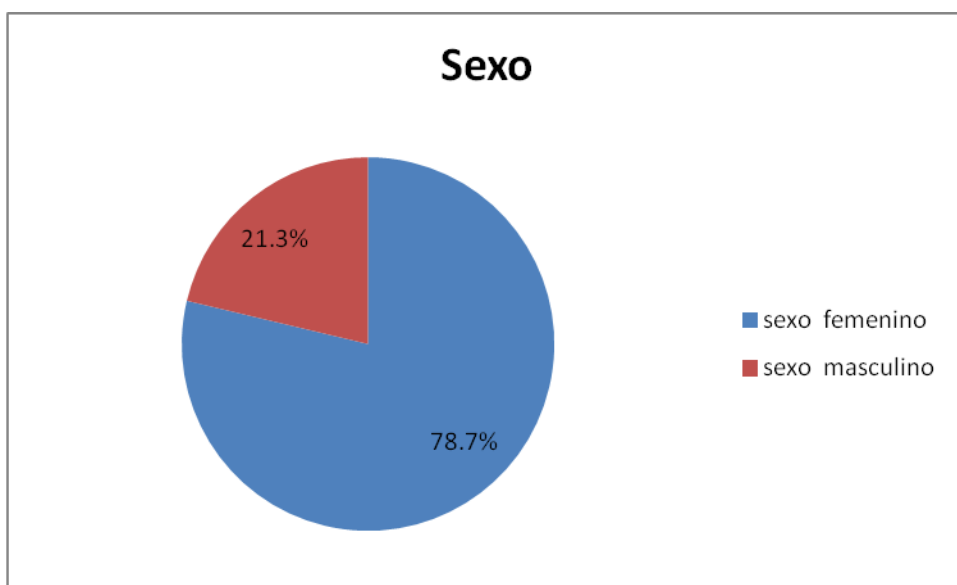
*Modelo 2:* Edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación

*Modelo 3:* + Años de diagnostico, años de cuidado.

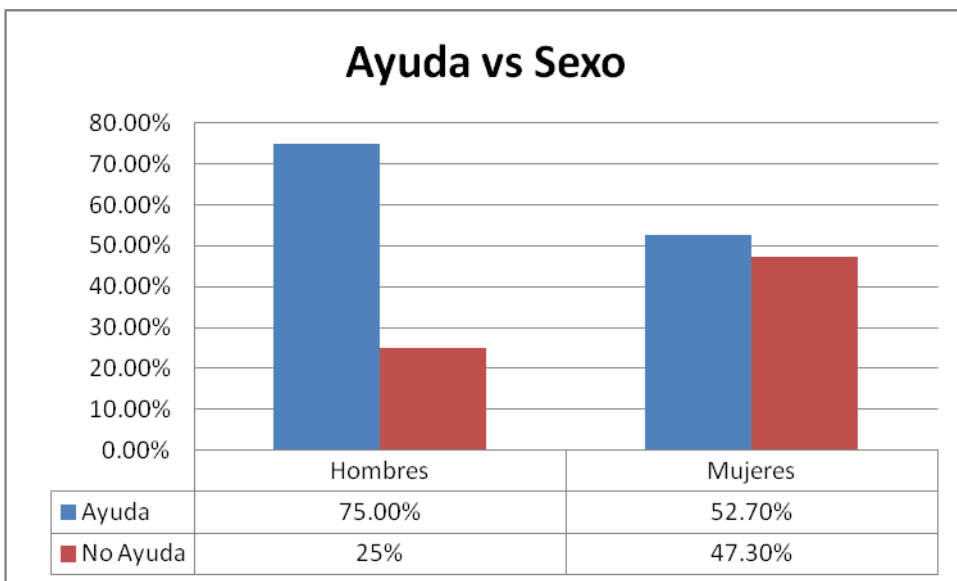
*Modelo 4:* + Ayuda recibida, pensión, capacitación.

## GRAFICAS

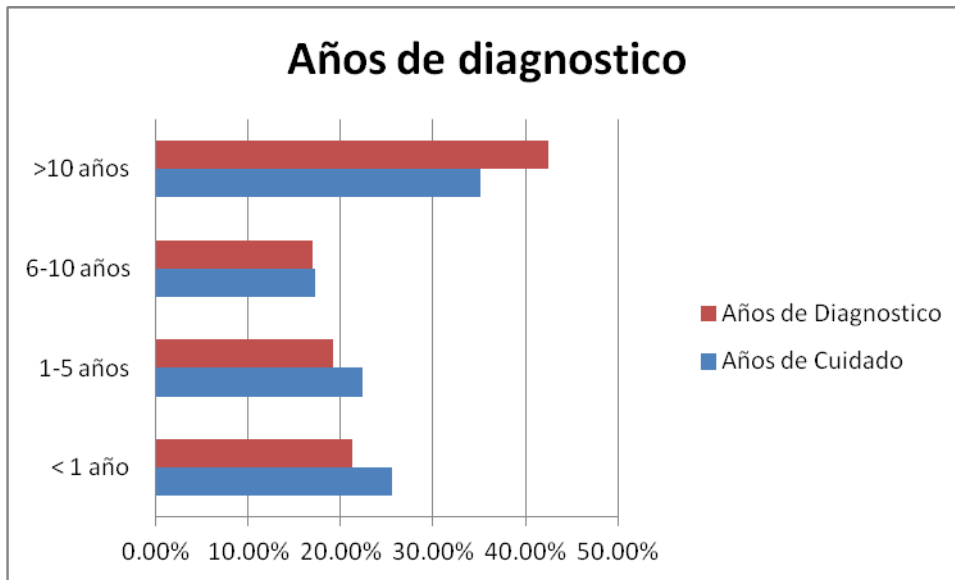
Grafica1



Grafica2



Grafica 3



Grafica4

