



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO

**NIVELES DE SOBRECARGA RELACIONADOS  
CON LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL  
CUIDADOR DE PACIENTE PSIQUIÁTRICO GRAVE  
HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA 2022**

PRESENTADA POR

**CELMIRA YADIRA LAZARO LOYOLA**

ASESOR

**RICARDO AURELIO CARREÑO ESCOBEDO**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN  
PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

LIMA – PERÚ

2022



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual  
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
UNIDAD DE POSGRADO**

**NIVELES DE SOBRECARGA RELACIONADOS  
CON LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL  
CUIDADOR DE PACIENTE PSIQUIÁTRICO GRAVE  
HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA 2022**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA**

**PRESENTADO POR  
CELMIRA YADIRA LAZARO LOYOLA**

**ASESOR  
DR. RICARDO AURELIO CARREÑO ESCOBEDO**

**LIMA, PERÚ**

**2022**

# ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Índice</b>	ii
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>1</b>
1.1. Descripción de la situación problemática	1
1.2. Formulación del problema	3
1.3. Objetivos	3
1.3.1 Objetivo general	3
1.3.2 Objetivos específicos	3
1.4. Justificación	4
1.4.1. Importancia	4
1.4.2 Viabilidad y factibilidad	4
1.5. Limitaciones	4
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>6</b>
2.1. Antecedentes	6
2.2. Bases teóricas	9
2.3 Definición de términos básicos	13
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	<b>14</b>
3.1 Hipótesis	14
3.2 Operacionalización de variables	14
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA</b>	<b>18</b>
4.1. Diseño metodológico	18
4.2. Diseño muestral	19
4.3. Técnicas de recolección de datos	20
4.4. Procesamiento y análisis de datos	21
4.5. Aspectos éticos	22
<b>CRONOGRAMA</b>	<b>23</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>25</b>
<b>ANEXOS</b>	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumentos de recolección de datos	
3. Asentimiento informado	

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. Descripción de la situación problemática**

Años atrás, el paciente psiquiátrico pasaba periodos prolongados de tiempo internado, siendo su cuidado proporcionado por el personal sanitario; actualmente, esto ha variado, debido al fin del paradigma de la psiquiatría institucionalizada (1), el cual otorga al cuidador del enfermo mental, que es un miembro de la familia, gran responsabilidad y, generalmente, recae sobre un único miembro (2).

En los últimos años, las familias han obtenido conocimientos que les permiten proporcionados cuidados a los enfermos mentales, supervisado por una expansión en los servicios de atención mental hacia extramuros; las familias, si bien son sujetas a estrés, les preocupa más la actitud de los cuidadores institucionalizados, pues la percepción que tienen sobre estos cuidadores es negativa (3). Esta situación expuesta hace que los cuidadores, entre la familia estén exentos de sobrecarga, ansiedad y depresión, pues existen reportes científicos que así lo señalan (4).

En los países bajos, se estima que hasta el 70% de sujetos con diagnóstico de demencia permanecen en casa, y la mayoría de estos requieren cuidados durante las 24 horas del día, rol que lo asume el pariente más cercano, siendo el más usual el cónyuge; en este país europeo, se espera que la cantidad de estos pacientes sea el doble en las siguientes dos décadas (5).

Los reportes de Estados Unidos indican una cantidad que supera los 5 millones de sujetos con demencia, situación que se relaciona con estrés y ansiedad en la familia y proporcionalmente las instituciones que llevan el control externo de estos pacientes, elaboran programas de actividades encaminados a menguar la sintomatología de ansiedad y estrés de cuidadores familiares (6).

En Bolivia, Perú y Chile, el rol del principal cuidador es asumido por la madre del paciente y se conoce que el sobreesfuerzo, conocido como sobrecarga, tiene repercusiones negativas en el estándar de vida del que cuida al paciente (7).

La situación de salud del cuidador puede verse comprometida con la entidad y es denominada síndrome del cuidador, el cual es una alteración que se caracteriza por un aumento del estrés, con riesgo de consumir los recursos físicos, mentales, económicos y sociales; ello lleva a un colapso en el cuidador y repercute en la situación del enfermo mental, lo que puede propiciar una recaída (8).

Las publicaciones han señalado que el efecto del grupo familiar o cuidador, tanto en la faceta clínica como social, está influenciado por situaciones como la relación entre la persona que cuida y el paciente, la actitud de los demás integrantes del grupo familiar, la manifestación emocional ante los pacientes y la calidad del soporte profesional y social que puedan recibir las familias (9).

Los integrantes de la familia que cuidan pacientes con enfermedades mentales severas presentan dificultades mayores para el desempeño de su vida diaria y están muy limitados en actividades sociales y económicas (10, 11). Actualmente, los datos locales relacionados a esta condición son escasos, siendo común el pasar desapercibidos e incluso se ven limitados para acudir a tratar sus propios problemas de salud.

El Hospital Víctor Larco Herrera constituye un establecimiento que brinda atención a pacientes psiquiátricos con más de 100 años de funcionamiento y realiza más de 90 mil atenciones psiquiátricas por año entre niños y adultos, entre las cuales alrededor de mil corresponden a adicciones. Sin embargo, es importante recalcar que, este 2021, el boletín epidemiológico de este hospital solo muestra la sala situacional COVID-19, debido al contexto actual de pandemia (12).

La sala situacional epidemiológica del Hospital Víctor Larco Herrera registra atenciones de pacientes psiquiátricos por consulta externa; hasta febrero de 2020, el hospital atendió por consulta externa a pacientes psiquiátricos, los cuales fueron acompañados por sus cuidadores. Las cifras son 2539 mujeres y 2232 varones.

El paradigma de la desinstitucionalización ha incrementado la carga familiar, especialmente sobre el miembro de la familia designado como cuidador y apoya

esta afirmación la cantidad de consultas externas atendidas durante los primeros dos meses del año 2020 que asciende a 4771 consultas, en la que los pacientes fueron acompañados por su cuidador; esta situación es prevalente. En esta institución, la sobrecarga en los familiares es ignorada, pero afecta en tiempo al cuidador y se postergan sus necesidades, lo cual conlleva a depresión o ansiedad.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es la relación de los niveles de sobrecarga con la ansiedad y depresión en el cuidador del paciente psiquiátrico grave, en el Hospital Víctor Larco Herrera 2022?

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar la relación de los niveles de sobrecarga con la ansiedad y depresión en el cuidador del paciente psiquiátrico grave, en el Hospital Víctor Larco Herrera 2022.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

Determinar los niveles de sobrecarga en el cuidador del paciente psiquiátrico grave del hospital Víctor Larco Herrera 2022.

Determinar los niveles de ansiedad en el cuidador del paciente psiquiátrico grave del hospital Víctor Larco Herrera 2022.

Determinar los niveles de depresión en el cuidador del paciente psiquiátrico grave del hospital Víctor Larco Herrera 2022.

Analizar la relación de los niveles de sobrecarga con los niveles de ansiedad y de depresión en el cuidador del paciente psiquiátrico grave.

Caracterizar según edad, sexo y parentesco al cuidador de paciente psiquiátrico grave del hospital Víctor Larco Herrera 2022.

## **1.4. Justificación**

### **1.4.1. Importancia**

La ejecución del presente proyecto es relevante, pues permitirá conocer el excesivo trabajo o nivel de sobrecarga, el grado de ansiedad que presenten, así como el estado de depresión de las personas que están al cuidado de pacientes que presentan trastorno psiquiátrico grave y la relación de la sobrecarga con el nivel de ansiedad y con el estado de depresión. Una búsqueda realizada por internet puso en evidencia que los estudios nacionales son escasos.

Si bien no aportamos un nuevo método, el presente proyecto puede ser útil como estímulo en planeamiento y ejecución de más estudios, los cuales van a beneficiar no sólo a los cuidadores dentro de la familia, si no al paciente, ya que es dependiente del cuidador y conocer de antemano como se ve afectado el rol de dicho cuidador en trastornos por ansiedad y depresión debido a la sobrecarga de lo asumido; puede ayudar a que las intervenciones periódicas del equipo de salud con este conocimiento tengan un impacto positivo, primero determinando la influencia de la sobrecarga, lo cual puede informarnos sobre la pertinencia de alterar la sobrecarga y repercutir positivamente, disminuyendo la ansiedad y depresión del cuidador, favoreciendo la evolución del paciente psiquiátrico.

### **1.4.2 Viabilidad y factibilidad**

Se solicitará permiso a la dirección del hospital Víctor Larco Herrera, así mismo se cuenta con el material humano, los recursos logísticos y de software necesarios; así como los recursos financieros para poder realizar el presente proyecto.

## **1.5. Limitaciones**

El diseño relacional del estudio y la muestra conformada por sujetos que se encuentran en su domicilio, hace que existan variables que no puedan ser tomadas en cuenta, cuya influencia que puedan tener con las variables sobrecarga, y su relación con las variaciones de ansiedad y el estado depresivo, son desconocidas. Puede haber influencia sobre estas variables por la situación



mental o patológica de otros miembros de la familia en el domicilio, lo que no está al alcance de este estudio.

Se propone revisar antecedentes buscando estas variables que pudieran influenciar, y que no son consideradas en este estudio, teniendo para ellas dos posibles alternativas: primero incorporarlas al estudio como una variable más; si son poco frecuentes serán consideradas como criterio de exclusión. Esto no va a desaparecer en un 100% las limitaciones, pero disminuirá los sesgos.

Las limitaciones propias de extensión espacio-temporal al ámbito de usuarios del hospital Larco Herrera y circunscrito al año 2022, puede minimizarse con el uso de instrumentos validados y tamaño de muestra probabilístico.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

Rajak S y Samson P, en Kathmandu, Nepal, en 2021, evaluaron una serie de 72 personas encargadas de cuidar a sus familiares con enfermedades mentales, la investigación fue transversal y con el fin de estudiar las variaciones en el sobre esfuerzo que presentan los sujetos encargados de evaluar a familiares con enfermedades psiquiátricas atendidos ambulatoriamente. La información que se recopiló mediante un instrumento estructurado y validado para este estudio fue sociodemográfica, variables clínicas y un cuestionario validado que evaluó la carga de los cuidadores. Entre los resultados, se reportó una media para la edad de los familiares cuidadores en 35.9 años, conformando las mujeres conformaron el 59.7%. El 46% sus niveles de sobrecarga fueron moderados, un 33% tuvo sobrecarga severa y 21% sobrecarga leve y se encontró sobrecarga elevada en el dominio psicológico. Se concluyó que casi la mitad de los cuidadores presentó niveles de carga moderada y más de un cuarto carga severa (13).

Maximiano et al., en São Carlos, Brasil, en 2021, realizaron una investigación analítica transversal en 111 cuidadores de adultos mayores con trastornos mentales buscando identificar la relación de la sobrecarga con síntomas depresivos. Fue aplicado el test de Zarit que evalúa sobrecarga y autoinforme SRQ-20 evaluó la depresión. Se encontró una edad media de 45,4 años y el 91,0% fueron mujeres. Se encontró que el proceso de atención causa daños como la sobrecarga y síntomas depresivos, y que estos eran mayores si el cuidador era no remunerado. El coeficiente de correlación para la carga de cuidador de Pearson fue 0,557 ( $p < 0,001$ ) para el cuidador no remunerado y 0,573 ( $p < 0,001$ ) en el cuidador remunerado (14).

Bequis M et al., en Bogotá, Colombia, en 2019, en su estudio cuantitativo, observacional, transversal y de nivel descriptivo, realizado en 94 cuidadores de esquizofrénicos, tuvieron el objetivo de estudiar el grado de sobrecarga y el estado del nivel de vida de los que cuidan a estos enfermos. Fueron utilizados el test de Zarit que evalúa la sobrecarga y el cuestionario SF-36. Se encontró que el 94.8% de los cuidadores tuvo de 19 a 68 años, el sexo femenino se presentó

en 63% y un 63% presentó sobrecarga, un 32% fue ligera y 31% fue grande. En nivel de vida en la dimensión función física presentó puntaje elevado, lo mismo que la dimensión que evalúa el estado de salud en forma general, la dimensión vitalidad y salud mental presentaron puntajes bajos. Se concluye que la acción de cuidar a pacientes esquizofrénicos ocasiona alteraciones desmejorando el estándar de vida del sujeto al cuidado del enfermo, lo que lo lleva a ansiedad y depresión y se vincula proporcionalmente con el nivel de esfuerzo realizado en el cuidado del enfermo (15).

Yu W et al., en China, en 2019, ejecutaron un diseño cuantitativo, no experimental y transversal, evaluando 355 cuidadores primarios, siendo en años el promedio de edad de 41.28 y 54.1% fueron varones. Se realizó un modelo de ecuaciones cuadráticas estructuradas con el objeto de examinar la asociación entre el esfuerzo realizado por cuidador y el estado de salud mental, y además determinar si está asociada con la personalidad, el estilo del cuidador y el funcionamiento familiar. Para ello, se utilizó una función de no paramétrica de tipo chi cuadrado. La ecuación de ajuste demostró que el esfuerzo realizado por el cuidador se relaciona significativamente con los resultados de salud mental; el modelo mostró también que los rasgos de personalidad, así como el estilo de la persona que cuida y la dinámica de la familia influyeron en el estado psíquico del individuo al cuidado del enfermo. Se concluyó que el modelo propuesto puede aplicarse clínicamente para predecir los resultados de salud mental a partir de la carga del cuidador (16).

Hu P et al., en Chongqing, China, en 2019, realizaron un estudio transversal en 117 cuidadores. Fueron utilizados los cuestionarios de Hamilton, que evalúan la ansiedad y el estado de depresión y para evaluar el esfuerzo del cuidador, la entrevista de sobrecarga de Zarit. La técnica estadística fue la regresión lineal múltiple y el análisis de correlación. Se reportó que la media para la edad de las personas a cargo fue 56.7 años y el 61.5% fueron mujeres los síntomas depresivos leves se presentaron en 43.9%, los moderados 26.5% y algunos graves 27.4%. El tiempo de cuidado diario y el método de pago médico fueron factores que influyeron en la ansiedad y la depresión ( $p < 0.05$ ); ambos se correlacionaron positivamente con la puntuación de la carga total de cuidados ( $p < 0.01$ ). La ansiedad y la depresión son frecuentes en los cuidadores de

pacientes con accidente cerebrovascular y están estrechamente relacionadas con las cargas del cuidador (17).

Alqahtani M et al., en Arabia Saudita, en 2018, hicieron un diseño observacional, transversal y correlacional en 110 cuidadores de pacientes con enfermedades de Alzheimer buscando identificar los factores de riesgo de depresión. Se encontró una edad media para los cuidadores de 41.1 años y el 53.6% fue mujer. Entre los factores asociados se encontró que las caídas repetidas de paciente influyo en una mayor depresión de cuidador ( $p=0.011$ ). La sobrecarga en relación a un mayor tiempo o duración del cuidado presentó un coeficiente de correlación de Pearson de 0.272 ( $p=0.004$ ). Se concluye que se debe mantener la seguridad en el hogar para evitar caídas y que otras personas colaboren en la atención del paciente para reducir sobrecarga y ansiedad (18).

Liu S et al., en Tianjin, China, en 2018, realizaron un diseño transversal analítico en 456 parejas de pacientes cuidadores, siendo el objetivo de estudiar el esfuerzo del cuidador, las características del sueño y el estrés en cuidadores de pacientes que padecen trastornos mentales. Como instrumento, fue utilizado el test de Zarit, el test de sueño de Pittsburgh, el PHQ-9 y las puntuaciones GAD-7. Se obtuvo un promedio para la edad de las personas que cuidan de 59.9 años y el 55.5% fueron mujeres, se encontró carga mayor en los cuidadores y además diferencias para las diferentes afecciones mentales, así la carga fue mayor en los sujetos con alteraciones demenciales con cuerpos de Lewy y en las alteraciones del lóbulo frontotemporal en relación a los individuos al control y cuidado de pacientes con trastorno esquizofrénico. Se concluyó que los sujetos con degeneración lobar frontotemporal y con demencia con cuerpos de Lewy demandan recibir más apoyo (19).

Cortijo X et al., en el estado de Veracruz, en México, en 2018, ejecutaron un diseño correlacional que buscaba evaluar la frecuencia de ansiedad, depresión y sobreesfuerzo de la persona al cuidado del enfermo mental y cáncer. Se evaluaron 37 cuidadores, se recabaron datos sociodemográficos, el cuestionario de Beck para la depresión y ansiedad, el cuestionario de Zarit para el exceso de carga. Se encontró un promedio para la edad de 40.9 años, el 78.4% fueron mujeres, el puntaje Zarit fue 40.7 frente a 32.12 ( $p>0.05$ ) para los cuidadores de

cáncer y el esfuerzo del cuidador de Robinson 8.60 frente a 6.70 ( $p>0.05$ ). Se concluyó que las personas a cargo de pacientes con cáncer poseen mayor estrés, puntaje de ansiedad mayor, así como un peor estado de depresión que las personas al cuidado de enfermos psiquiátricos (20).

Torres B et al., en Medellín, Colombia, en 2017, ejecutaron un diseño transversal cualitativo en 135 sujetos cuidadores primarios, con el propósito de estudiar variables sociodemográficas y características propias del cuidado, así como el sobre esfuerzo del cuidador. Como técnica, se utilizó la entrevista por teléfono y el instrumento fue el cuestionario de Zarit utilizado para medir la intensidad de la sobrecarga de los cuidadores; para el grado de dependencia, se utilizó el cuestionario Katz como método estadístico de contraste fue utilizado el análisis bivariado. Se encontró que el 92.6% de cuidadores fueron mujeres, con 57 años para la edad media, el estado de salud fue percibido como regular o malo en 53.89%, se encontró sobrecarga en 39.7%. Las características que se asociaron con una mala percepción del estado de salud fueron el dejar su vida rutinaria y laboral y la carencia de capacitación adecuada para su rol de cuidador (21).

No se encontraron estudios de procedencia nacional.

## **2.2. Bases teóricas**

El cuidador es el sujeto que brinda atención y asistencia al paciente enfermo. Se pueden clasificar en dos tipos: el cuidador primario y el secundario (22).

Entre los cuidadores el que tiene una relación directa con el paciente, es decir pertenece al núcleo familiar, se denomina cuidador primario (23).

Los familiares lejanos del paciente o personas contratadas para cuidar a estos pacientes, aquellos que laboran en instituciones de salud, cuya labor consiste en cuidar de un enfermo se denomina cuidador secundario. Existen evidencias de la ocurrencia de trastornos físicos y mentales en los sujetos cuya labor consiste en cuidar a un enfermo, situación que altera su ritmo rutinario de vida (24).

Cuando se evalúa el estado de salud del cuidador y del nivel de sobrecarga que este posee, es importante evaluar detalladamente las tareas que estos realizan,

pues esta actividad siempre va a acarrear trastornos, sobre todo cuando no se hace seguimiento a estas personas, de lo que resulta que la monitorización de la condición física y del estado mental, así como de la sobrecarga resulta vital para tener un diagnóstico oportuno y evitar complicaciones (25).

El cuidador está motivado a cumplir con un deber u obligación, puede estar de por medio el altruismo, la reciprocidad, e incluso reciprocidad y sentimientos de culpa, está también aquel que lo hace buscando aprobación social. La razón o razones que influyen a adoptar la función de cuidador, según la causa va a verse reflejada en la cantidad, calidad y tipo de ayuda proporcionada. Las variaciones al respecto son desde un desentendimiento del enfermo hasta el apoyo y compromiso total.

El grueso de familias donde el cuidador pertenece al núcleo familiar, lo asumen pues entienden que los servicios de ayuda al respecto son escasos o también no se puede cubrir la demanda de cuidadores institucionalizados. Es probado la intencionalidad y deseo de los familiares de mantener al enfermo necesitado de cuidados en casa, sin embargo, no se toman en cuenta las condiciones y provisión de cuidados necesarios que necesita el enfermo, por lo que muchas veces la rutina familiar, sobre todo la del cuidador debe ser modificada, buscando apoyo y formación que aporte un soporte afectivo y material que permita sobrellevar el reto (26).

Es conocido que aquellos que cuidan a los enfermos mentales poseen mayor riesgo que la población general a presentar trastornos psicológicos, siendo esto proporcional al grado de dependencia física del enfermo mental al que cuida y al mayor tiempo empleado en su cuidado. Estos trastornos se inician por tristeza, preocupación y que posteriormente evolucionan a irritabilidad, soledad, culpabilidad, frustración y depresión (27, 28). Existen reportes que identifican que cuanto mayor es el esfuerzo que exige el cuidar a un paciente psiquiátrico, esto empeora el estándar de vida del cuidador, en la esfera sensitiva y afectiva, así como la salud mental (15). Este esfuerzo ha sido denominado como carga del cuidador y cuando es extremo se habla de sobrecarga (8).

Hasta la actualidad, el uso de términos como carga o sobrecarga, en referencia al cuidador del paciente psiquiátrico, no han sido adecuadamente conceptualizados, mucho menos consensuados, por lo que no son empleados de forma universal por la comunidad científica. Cuando se hace referencia a la carga del cuidador persisten diferencias según autores (29).

Chou K señala al término sobrecarga del cuidador como una situación de agresión hacia el sujeto que hace el rol de cuidador, la misma que va a perjudicarlo en su vida física como psicológica y todo esto desencadenado por la acción de cuidar a un paciente (30), idea que no es contradictoria con lo expuesto por Dillehay R y Sandys M quienes en el uso del término “carga del cuidador” la exponen a nivel de un resultado en la esfera mental, resultante del trabajo motriz, el estrés del grupo, emocional y un agregado de dificultades económicas, siendo definitivamente negativa este estado psicológico resultante del cuidador (31). Este resultado negativo del estado psicológico del cuidador se incrementa cuando el paciente que es cuidado padece de comportamientos anómalos, los cuales se denominan alteraciones mentales, y a mayor severidad de estos trastornos mayor es el impacto sobre el cuidador (32).

Las alteraciones mentales se caracterizan por el concurso de manifestaciones psicológicas anormales acompañados de trastornos en el comportamiento, cuyo origen puede ser variado entres los que se pueden señalar al: orgánico, psicológico, herencia biológica e incluso aquellos en los que la explicación es social, estos trastornos se conocen también como enfermedades mentales (33).

Las alteraciones clínicas en la esfera cognitiva, afectiva y comportamental son las que involucran lo conocido como enfermedad mental. Esta va a ir progresivamente alterando el desarrollo del individuo en su nexos familiar, social, educativo y laboral, llegando a un deterioro y daño total en el sujeto (34).

Las enfermedades mentales se caracterizan por trastornos en el pensamiento, en los sentidos, la expresión de emociones, aspectos conductuales y de interacción social, no implica solo una de ellas, sino que puede haber combinaciones y de forma evolutiva suelen agregarse cada vez más (35).

Los trastornos mentales se clasifican en orgánicos que incluye aquellos que están asociados al uso de sustancias psicotrópicas, la esquizofrenia entre otros trastornos. Alteraciones fisiológicas, retardo mental, cambios hormonales como los trastornos de la menstruación repercuten favoreciendo trastornos en el comportamiento, los cuales puede verse desde la infancia y la adolescencia. Entran también en este grupo los trastornos del humor y las ideas delirantes (36).

Las enfermedades mentales que están asociadas al consumo de sustancias psicótropas, no siempre están asociadas al consumo de una, sino que es habitual el uso simultaneo de varias de ellas, siendo la manifestación de las mismas y la severidad de las manifestaciones se relaciona con la cantidad de dosis y con la frecuencia del consumo, siendo aquí muy frecuente los cambios psicóticos. El diagnóstico está asociado al tipo de elemento psicotrópico consumido, esta molécula se puede determinar mediante la información que es proporcionada por el enfermo, la corroboración se realiza con análisis de laboratorio de muestras, siendo la más frecuente la orina, pero puede también determinarse en sangre, aliento, sudor o cabello (37).

El consumo de alcohol ocasiona un trastorno mental en el que el sujeto presenta problemas que suelen llegar hasta la incapacidad para desarrollar sus actividades cotidianas, con consecuencias siempre adversas, desde la desaprobación social, pasando por detenciones, hasta accidentes fatales, que no solo lo afectan a él, sino que también a personas ajenas. El consumidor habitual de alcohol padece el deseo de seguir consumiendo, desarrollando tolerancia y ante el intento de no consumir el síndrome de abstinencia. Es también conocido el deterioro orgánico somático y la pérdida de sensación de placer o de disfrutar de las situaciones que habitualmente producen placer (38).

La esquizofrenia es una enfermedad mental, de forma vulgar conocido como demencia, en el que se manifiestan claras alteraciones del pensamiento, severos cambios emocionales, con un deterioro de su funcionabilidad como persona y un notorio cambio en su comportamiento. Se reporta del sensorio, que inicialmente preservan la capacidad intelectual, pero con el curso de la enfermedad, esta se va a deteriorar (39).



La esquizofrenia se presenta igual en hombres y mujeres, su etiología asociada a la edad refiere que es común su aparición en la adolescencia, el inicio de la adultez también es frecuente en el debut de la esquizofrenia (40). Se conocen tres fases de la esquizofrenia, siendo la primera la fase aguda, seguida de una de estabilización y finalmente una fase de mantenimiento. En la fase aguda la sintomatología no se prologa por más de medio año, con el concurso de alucinaciones, delirios, en resumen, una psicosis grave. En la fase de estabilización los síntomas reducen su intensidad, para seguir con la fase de mantenimiento donde los síntomas ya no están presentes dando lugar a ansiedad, depresión e insomnio, en esta fase algunos pacientes pueden tener persistencia de estos síntomas, suelen ser más autocontrolados, sin llegar a la psicosis (41.42).

La ansiedad se conoce como una situación o estado mental caracterizado por un estado de miedo, existen escalas que permiten estimar el estado de ansiedad de una persona, entre las que se señala es cuestionario de Ansiedad de Hamilton, la que consiste en un sistema jerarquizado que califica a la ansiedad como: sin ansiedad cuando se tiene hasta 5 puntos, ansiedad leve cuando se tiene de 6 a 17 puntos y ansiedad moderada/severa cuando el puntaje es mayor a 17(43).

La depresión se concibe como un estado de ánimo o de disposición emocional interna y prolongada, que altera la conducta del ser humano modificando la percepción del mundo que lo rodea (44). El cuestionario de depresión de Beck, es práctico en su detección, este instrumento presenta una escala ordinal y permite clasificar la depresión en ausencia de la misma si no alcanza un puntaje de 10, y será depresión leve para un puntaje de 10 a 18, será moderada para un puntaje de 19 a 29 y la depresión se clasificará como grave si su puntaje es de 30 a 63 (45).

### **2.3 Definición de términos básicos**

**Paciente psiquiátrico:** Es la persona que consume los servicios otorgados por los equipos de salud mental, proporcionada por un médico psiquiatra y se somete a un tratamiento con la finalidad de mejorar o controlar su condición (46).

**Sobrecarga:** Una revisión al Diccionario de la Real Academia Española, sobrecarga es todo exceso de carga, molestia, pena, es la obligación es la obligación exagerada a un servicio y aflicción del ánimo con ella relacionada (47).

**Trastorno mental grave:** Es el concurso de alteraciones comprendido por diferentes diagnósticos como: esquizofrenia, estados maníacos depresivos, trastornos de desestructuración de la personalidad, entre otros (48).

**Ansiedad:** Es el estado mental de gran inquietud, intensa excitación y extrema inseguridad (49).

**Depresión:** Es un estado de ánimo o de disposición emocional interna y prolongada, que altera la conducta del ser humano modificando la percepción del mundo que lo rodea (44).

## **CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **3.1 Hipótesis**

#### **Hipótesis general**

Ha: Los niveles de sobrecarga se relacionan con la ansiedad y depresión en el cuidador de paciente psiquiátrico grave, hospital Víctor Larco Herrera 2022.

Ho: Los niveles de sobrecarga no se relacionan con la ansiedad y depresión en el cuidador de paciente psiquiátrico grave, hospital Víctor Larco Herrera 2022.

#### **Hipótesis específica 1**

Ha: El nivel de sobrecarga intensa se relaciona con ansiedad moderada a grave.

Ho: El nivel de sobrecarga intensa no se relaciona con ansiedad moderada a grave.

#### **Hipótesis específica 2**

Ha: El nivel de sobrecarga intensa se relaciona con ansiedad depresión grave.

Ho: El nivel de sobrecarga intensa no se relaciona con ansiedad depresión grave.

### 3.2. Tabla de operacionalización de variables

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Sobrecarga	Obligación ajena a un estado, empleo u oficio y las aflicciones del ánimo con las que se relacionan (47).	Cualitativa	Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit	Ordinal	Ausencia < 46 Ligera 47-56 Intensa > 56	Encuesta
Ansiedad	Trastorno mental caracterizado por sentimiento de miedo (49).	Cualitativa	Escala de ansiedad de Hamilton	Ordinal	No ansiedad 0-5 Leve 6-17 > 17 Mod/grave	Encuesta
Depresión	Es un estado de ánimo o de disposición emocional interna y prologada, que altera la conducta del ser humano modificando la percepción del mundo que lo rodea (44).	Cualitativa	Inventario de depresión de Beck	Ordinal	No depresión 0-9 Leve 10-18 Moderado 19-29 Grave 30-63	Encuesta
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta un momento determinado (50).	Cuantitativa	Encuesta	Razón	Años	Encuesta
Sexo	Condición orgánica masculina o femenina (51).	Cualitativa	Encuesta	Nominal	Masculino Femenino	Encuesta

Parentesco del cuidador	Relación jurídica entre el cuidador y el enfermo psiquiátrico grave, la cual puede deberse a ancestro común, matrimonio o adopción (52).	Cualitativa	Encuesta	Nominal	Padre Madre Hijo Cónyuge Otro	Encuesta
-------------------------	--	-------------	----------	---------	---	----------

## CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

### 4.1. Diseño metodológico

En relación al enfoque metodológico, se clasifica como cuantitativo, pues se usan instrumentos estructurados y se utilizan técnicas estadísticas.

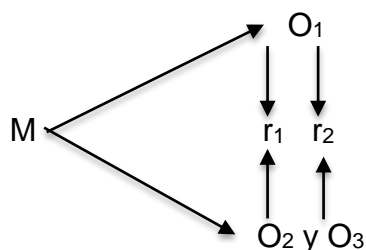
según la manipulación del investigador es no experimental, pues en el estudio no hay manipulación de las variables realizadas por el investigador.

En relación al alcance es analítico, porque busca evaluar la relación entre las variables niveles de sobrecarga con la ansiedad y depresión.

Las variables son medidas una sola vez, lo que califica a nuestro estudio como transversal.

Es prospectivo en relación a la recolección de información, pues esta se realiza a propósito de la investigación, pues se recopilarán durante la ejecución del estudio.

Se analiza la relación de la sobrecarga del cuidador de paciente psiquiátrico con el estado de ansiedad y depresión durante el año 2022. Se presenta el diseño del presente estudio según Ñaupas H et al (53).



Dónde: M, es la muestra  
O<sub>1</sub>, es la sobrecarga.  
O<sub>2</sub>, es la ansiedad.  
O<sub>3</sub>, es la depresión.  
r<sub>1</sub>, es la correlación entre sobrecarga y ansiedad  
r<sub>2</sub>, es la correlación entre sobrecarga y depresión

## 4.2. Diseño muestral

### Población universo

Es el total de cuidadores de paciente psiquiátrico grave, Hospital Víctor Larco Herrera.

### Población de estudio

Es el total de cuidadores de pacientes psiquiátricos graves usuarios del Hospital Víctor Larco Herrera durante el año 2022.

### Criterios de elegibilidad (de inclusión y exclusión)

#### De inclusión

Cuidadores con tiempo mayor de 30 días.

Cuidadores con edad de 18 años a más.

Cuidadores que sepan leer y escribir.

#### De exclusión

Cuidadores de pacientes que, al momento del estudio, el paciente que cuida se encuentre internado.

Cuidador que rechaza formar parte del presente estudio.

Historial de ansiedad/depresión previa del cuidador.

### Tamaño de la muestra

Se utiliza la fórmula para determinar una correlación (54).

$$n = \left[ \frac{Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta}}{\frac{1}{2} \ln \left( \frac{1+r}{1-r} \right)} \right]^2 + 3$$

Donde:

- $Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1,96$  y corresponde al coeficiente Z para el nivel de confianza de 95%.
- $Z_{1-\beta} = 1,84$  y corresponde al coeficiente Z para el poder estadístico del 90%.
- $r$ , es el valor de una correlación previa, en este caso se obtiene del estudio de Hu P et al(17), Quien obtiene un r de Pearson para ansiedad y sobrecarga

de 0.559 y p de 0.01 y para depresión y sobrecarga un Rho de 0.377 y p de 0.03.

Al reemplazar los valores se obtiene.

$$n = \left[ \frac{1,96 + 1,84}{\frac{1}{2} \ln \left( \frac{1 + 0,337}{1 - 0,337} \right)} \right]^2 + 3 = 94,8 = 95$$

Se obtiene una muestra de 95 cuidadores.

### **Muestreo**

Se propone un muestreo probabilístico sistemático, se conoce que durante noviembre del año 2021 se atendieron 2591 consultas externas a la que los pacientes fueron acompañados por su cuidador. Por lo que se asume una población grande y con la necesidad de realizar muestreo.

Los individuos serán captados en la consulta externa, se asume un valor k aproximado en base al cociente entre la población y la muestra  $2591/95 = 27.3$  lo redondeamos por defecto a 27 y se atenderán uno cada 27 según la lista de pacientes citados, siendo estos entrevistados en la sala de espera.

### **4.3. Técnicas de recolección de datos**

Será solicitado un permiso al director del hospital Víctor Larco Herrera de Lima, para acudir sin acompañante los días de consulta externa martes y jueves, en los turnos de mañana, por cuatro horas y entrevistar a los cuidadores de los pacientes citados, guardando todas las medidas de seguridad debido a la coyuntura sanitaria, se aplicará la encuesta a los acompañantes que afirman ser los cuidadores y que acepten voluntariamente formar parte del estudio.

La encuesta será aplicada mediante el dispositivo electrónico Tablet, el tiempo será de 10 minutos para aplicar el cuestionario de Zarit que mide la sobrecarga, así como el cuestionario de Hamilton que evaluará la ansiedad, tomará un tiempo de 10 a 20 minutos y 10 minutos para el inventario de Beck, siendo un tiempo medio de 40 minutos por cuidador realizando las preguntas y registrando las respuestas en cuestionarios confeccionados con ayuda de la plataforma google formularios. Se espera entrevistar a cuatro cuidadores por turno, por lo que se acudirá 21 días,



logrando este objetivo en tres meses, por lo que se propone marzo, abril y mayo de 2022.

### **Instrumentos de recolección y medición de variables**

En este estudio, los instrumentos que serán utilizados son el cuestionario de Zarit (anexo 3) que mide la sobrecarga, el cuestionario de Hamilton que mide la ansiedad (anexo 4) y el cuestionario de Beck que mide el estado de depresión (anexo 5).

El cuestionario de Zarit, que mide el nivel de sobrecarga, consiste en un instrumento de 22 ítems, con respuestas tipo Likert de 1 hasta 5 puntos, se le asigna al puntaje 1, el significado de nunca y al puntaje 5 el significado de siempre. Los baremos de esta escala permiten clasificarla en tres categorías: para un puntaje inferior a 46 se denomina ausencia, para un puntaje entre 47 y 56 se denomina ligera y es intensa cuando el puntaje es mayor de 56.

El cuestionario de Hamilton que mide la ansiedad, tiene un total de 14 ítems y valora elementos psíquicos, así como en la esfera física y somática. Cada ítem tiene una validación de 0 a 4, es 0 cuando se considera ausente hasta un máximo de 4, que se considera muy grave incapacitante. Luego de terminado el instrumento se suman los números marcados y la calificación es: no ansiedad cuando los puntos van de 0 a 5, es leve de 6 a 17 puntos y moderado cuando es mayor de 17.

El cuestionario de Beck que evalúa el estado de depresión tiene de 21 preguntas y evalúa el grado de sintomatología depresiva.

### **4.4. Procesamiento y análisis de datos**

Concluida la recopilación de los datos, que serán procesados en un equipo de cómputo core i7 con software ofimático office 2019, el software estadístico será el SPSS versión 26. Se realizarán una parte descriptiva que consiste en distribución de frecuencias absolutas, presentadas en número y en porcentajes para la sobrecarga, ansiedad y depresión de la persona al cuidado del paciente psiquiátrico, la parte analítica será mediante la correlación de Pearson o Spearman según los puntajes de los instrumentos tengan distribución normal o no, la prueba

de normalidad será determinada con la prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov. Para todas las pruebas estadísticas será utilizado una significancia de 0.05.

#### **4.5. Aspectos éticos**

En el presente estudio se hará uso del asentimiento informado (ver anexo 6), se garantiza que la información obtenida será de uso exclusivo académico y por el investigador y asesor, manteniéndose en anonimato los nombres de los individuos entrevistados al momento de mostrar los resultados obtenidos. Se tuvo presente los principios de Helsinki II, en los numerales: 24 sobre privacidad y confidencialidad y 25 sobre el consentimiento informado (55) y la Ley General de Salud en el Decretos supremos D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA que regulan los derechos de los sujetos en investigación sobre la confidencialidad y consentimiento informado (56).

## CRONOGRAMA

<b>FASES</b>	<b>MESES</b>	<b>2022</b>					
	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>A</b>	<b>M</b>	<b>J</b>	
Aprobación del proyecto de investigación	X	X					
Recopilación de la información			X	X	X		
Proceso y análisis de la información						X	
Realización del informe final						X	

## PRESUPUESTO

---

<b>Personal</b>	<b>Costos</b>	<b>Costo total</b>
Digitador	200	
Corrector	100	800
Analista estadístico	500	
<b>Servicios</b>		
Impresiones	200	
Empastado	30	
Fotocopias	200	460
Anillados	5	
Pasajes	5	
Alimentación	20	
<b>Suministros, insumos</b>		
Papel bond A-4 80 gr.	30	
Papel bulky A-4	20	
Lapiceros	2	
Resaltador	5	155
Lápices	2	
Corrector líquido	5	
Libreta de apuntes	10	
Folder Manila	1	
USB	80	
<b>Total</b>		<b>1415</b>

---

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hudson CG. Deinstitutionalization of mental hospitals and rates of psychiatric disability: An international study. *Health Place*. 2019; 56:70-9.
2. Hsiao C-Y, Lu H-L, Tsai Y-F. Factors associated with family functioning among people with a diagnosis of schizophrenia and primary family caregivers. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. oct 2020;27(5):572-83.
3. Hsiao C-Y, Lu H-L, Tsai Y-F. Factors Associated With Primary Family Caregivers' Perceptions on Quality of Family-Centered Care in Mental Health Practice. *J Nurs Scholarsh Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs*. Nov 2019;51(6):680-8.
4. de Oliveira AM, Radanovic M, Homem de Mello PC, Buchain PC, Dias A, Harder J, et al. An intervention to reduce neuropsychiatric symptoms and caregiver burden in dementia: Preliminary results from a randomized trial of the tailored activity program-outpatient version. *Int J Geriatr Psychiatry*. sep 2019;34(9):1301-7.
5. Birkenhäger-Gillesse EG, Kollen BJ, Zuidema SU, Achterberg WP. The "more at home with dementia" program: a randomized controlled study protocol to determine how caregiver training affects the well-being of patients and caregivers. *BMC Geriatr*. 22 oct 2018; 18:252.
6. Gitlin LN, Piersol CV, Hodgson N, Marx K, Roth DL, Johnston D, et al. Reducing neuropsychiatric symptoms in persons with dementia and associated burden in family caregivers using tailored activities: Design and methods of a randomized clinical trial. *Contemp Clin Trials*. 2016; 49:92-102.
7. Caqueo-Urizar A, Alessandrini M, Zendjidjian X, Urzúa A, Boyer L, Williams DR. Religion involvement and quality of life in caregivers of patients with schizophrenia in Latin-America. *Psychiatry Res*. 30 dic de 2016; 246:769-75.
8. Salazar-Torres LJ, Castro-Alzate ES, Dávila-Vásquez PX. Carga del cuidador en familias de personas con enfermedad mental vinculadas al programa de hospital de día de una institución de tercer nivel en Cali (Colombia). *Rev Colomb Psiquiatr*. 2019;48(2):88-95.
9. Irazábal Giménez M. La carga familiar de los cuidadores de personas jóvenes y adultas diagnosticadas de discapacidad intelectual y trastorno mental: una revisión sistemática. *Psiquiatr Biológica*. 2016;23(3):93-102.

10. Solano Murcia MI, Vasquez Cardozo S. Familia, en la salud y en la enfermedad... mental. *Rev Colomb Psiquiatr.* 1 oct 2014;43(4):194-202.
11. Mora-Castañeda B, Márquez-González M, Fernández-Liria A, de la Espriella R, Torres N, Arenas Borrero Á. Variables demográficas y clínicas relacionadas con la carga y el afrontamiento de los cuidadores de personas diagnosticadas de esquizofrenia. *Rev Colomb Psiquiatr.* 1 ene de 2018;47(1):13-20.
12. Hospital Víctor Larco Herrera. Epidemiología institucional [Internet]. 2021 [citado 5 nov 2021]. Disponible en: <https://larcoherrera.gob.pe/epidemiologia/>
13. Rajak S, Samson P. Burden on Family Members of Psychiatric Patients attending Out Patient Department of a Teaching Hospital. *World J Adv Healthc Res.* 2021;5(4):99-105.
14. Maximiano-Barreto MA, Fabrício D de M, de Moura AB, Brito TRP de, Luchesi BM, Chagas MHN. Relationship of burden with depressive symptoms, mental disorders and older adults' functional dependence: A study with paid and unpaid caregivers in Brazil. *Health Soc Care Community* [Internet]. 2021 [citado 15 de diciembre de 2021]; n/a(n/a). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/hsc.13607>
15. Bequis M, Muñoz Y, Duque O, Guzmán A, Numpaque A, Rojas A, et al. Sobrecarga y calidad de vida del cuidador de un paciente con esquizofrenia. *Duazary.* 9 may 2019;16(2):280-92.
16. Yu W, Chen J, Hu J, Hu J. Relationship between Mental Health and Burden among Primary Caregivers of Outpatients with Schizophrenia. *Fam Process.* jun 2019;58(2):370-83.
17. Hu P, Yang Q, Kong L, Hu L, Zeng L. Relationship between the anxiety/depression and care burden of the major caregiver of stroke patients. *Medicine (Baltimore).* oct 2018;97(40): e12638.
18. Alqahtani MS, Alshbriqe AA, Awwadh AA, Alyami TA, Alshomrani MS, Alhazzani A. Prevalence and Risk Factors for Depression among Caregivers of Alzheimer's Disease Patients in Saudi Arabia. *Neurol Res Int.* 2018; 2018:2501835.
19. Liu S, Liu J, Wang X-D, Shi Z, Zhou Y, Li J, et al. Caregiver burden, sleep quality, depression, and anxiety in dementia caregivers: a comparison of

- frontotemporal lobar degeneration, dementia with Lewy bodies, and Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr.* ago 2018;30(8):1131-8.
20. Cortijo-Palacios X, Aguilar GO, Cibrián-Llenderal T. Comparación psicoafectiva entre cuidadores principales de pacientes psiquiátricos y con cáncer en estadios avanzados de la enfermedad. *Acta Médica Cent.* 2019;13(1):96-102.
  21. Torres B, Agudelo MC, Pulgarin ÁM, Berbesi DY. Factores asociados a la sobrecarga en el cuidador primario. Medellín, 2017. *Univ Salud.* 2018;20(3):261-9.
  22. Sadat Hejazi S, Hosseini M, Ebadi A, Alavi Majd H. Family Caregiver: The Forgotten Savior. *Int J Community Based Nurs Midwifery.* Oct 2021;9(4):346-7.
  23. Baron MGB, Ragay AKS. From agony to adaptation: journey of mothers as primary caregiver for their children with PDA. *Malays J Nurs MJN.* 1 abr 2020;11(4):20-40.
  24. Padovani C, Lopes MC de L, Higahashi IH, Pelloso SM, Paiano M, Christophoro R. Being caregiver of people with Parkinson's Disease: experienced situations. *Rev Bras Enferm.* 2018; 71:2628-34.
  25. Sinthania D, Putit Z, Putri DE. The Relations between Burden and Resourcefulness with Life Quality of Severe Mental Illness Caregiver. *Elev Int J Nurs Educ Pract Res.* 1 jul 2018;1(1):98-104.
  26. Choi S, Seo J. Analysis of caregiver burden in palliative care: An integrated review. *Nurs Forum (Auckl).* 2019;54(2):280-90.
  27. Chevance A, Ravaud P, Tomlinson A, Le Berre C, Teufer B, Touboul S, et al. Identifying outcomes for depression that matter to patients, informal caregivers, and health-care professionals: qualitative content analysis of a large international online survey. *Lancet Psychiatry.* 1 ago 2020;7(8):692-702.
  28. Zhao Y, Feng H, Hu M, Hu H, Li H, Ning H, et al. Web-Based Interventions to Improve Mental Health in Home Caregivers of People with Dementia: Meta-Analysis. *J Med Internet Res.* 6 may 2019;21(5): e13415.
  29. Liu Z, Heffernan C, Tan J. Caregiver burden: A concept analysis. *Int J Nurs Sci.* 10 oct 2020;7(4):438-45.

30. Chou KR. Caregiver burden: a concept analysis. *J Pediatr Nurs.* diciembre de 2000;15(6):398-407.
31. Dillehay RC, Sandys MR. Caregivers for Alzheimer's patients: what we are learning from research. *Int J Aging Hum Dev.* 1990;30(4):263-85.
32. Pérez JJN, Marqués AC. Sobrecarga familiar, apoyo social y salud comunitaria en cuidadores de personas con trastorno mental grave. *Rev Esc Enferm USP [Internet].* 11 oct 2018 [citado 27 feb 2022];52. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/reeusp/a/VDDTb87zr6jkqVM7DMr8v6f/abstract/?lang=es>
33. Bartlett C, Bichindaritz I. Machine Learning Based Classification of Mental Disorders from Methylation Data. En: Chen Y-W, Zimmermann A, Howlett RJ, Jain LC, editores. *Innovation in Medicine and Healthcare Systems, and Multimedia.* Singapore: Springer; 2019; 355-65.
34. Gaebel W, Zielasek J, Reed GM. Mental and behavioural disorders in the ICD-11: Concepts, methodologies, and current status. *Psychiatr Pol.* 2017;51(2):169-95.
35. Reed GM, First MB, Kogan CS, Hyman SE, Gureje O, Gaebel W, et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry.* 2019;18(1):3-19.
36. Ruppel J. ["Allowing the Data to «Speak for Themselves»" - The Classification of Mental Disorders and the Imaginary of Computational Psychiatry]. *Psychiatr Prax.* 1 mar-2021;48(S 01): S16-20.
37. Murthy P, Mahadevan J, Chand PK. Treatment of substance use disorders with co-occurring severe mental health disorders. *Curr Opin Psychiatry.* Jul 2019;32(4):293-9.
38. Saunders JB, Degenhardt L, Reed GM, Poznyak V. Alcohol Use Disorders in ICD-11: Past, Present, and Future. *Alcohol Clin Exp Res.* 2019;43(8):1617-31.
39. McCutcheon RA, Reis Marques T, Howes OD. Schizophrenia—An Overview. *JAMA Psychiatry.* 1 feb-2020;77(2):201-10.
40. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. *Fòrum de Salut. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente.* Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y



- Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. No 2006/05-2.; 2009.
41. Manger S. Lifestyle interventions for mental health. *Aust J Gen Pract.* octubre de 2019;48(10):670-3.
  42. Murthy P, Mahadevan J, Chand PK. Treatment of substance use disorders with co-occurring severe mental health disorders. *Curr Opin Psychiatry.* Jul 2019;32(4):293-9.
  43. Rodriguez-Seijas C, Thompson JS, Diehl JM, Zimmerman M. A comparison of the dimensionality of the Hamilton Rating Scale for anxiety and the DSM-5 Anxious-Distress Specifier Interview. *Psychiatry Res.* feb 2020; 284:112788.
  44. Zichen C, Huijuan Z, Xinjian W, Xiaokang LV. Three theoretical perspectives on the origin of depression. *Adv Psychol Sci.* 2018;26(6):1041.
  45. Ciharova M, Cígler H, Dostálová V, Šivicová G, Bezdicek O. Beck depression inventory, second edition, Czech version: demographic correlates, factor structure and comparison with foreign data. *Int J Psychiatry Clin Pract.* nov 2020;24(4):371-9.
  46. León-Puello A. Aspectos generales de la enfermería psiquiátrica [Internet]. 2012 [citado 19 feb 2022]. Disponible en: <http://www.authorstream.com/Presentation/alejoenfermo-1602183-aspectos-generales-de-la-enfermer-psi-qui-trica/>
  47. ASALE R-, RAE. Sobrecarga | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 19 nov 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/sobrecarga>
  48. Guilera G, Pino O, Barrios M, Rojo E, Vieta E, Gómez-Benito J. Towards an ICF Core Set for functioning assessment in severe mental disorders: Commonalities in bipolar disorder, depression and schizophrenia. *Psicothema.* feb 2020;32(1):7-14.
  49. Yeung AY, Yuliawati L, Cheung S-H. A systematic review and meta-analytic factor analysis of the depression anxiety stress scales. *Clin Psychol Sci Pract.* 2020;27(4): e12362.
  50. Oyola-García AE. La variable. *Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Almazor Aguinaga Asenjo.* ene 2021;14(1):90-3.

51. Climent Catalá MT. Sexo, género, enfermedad [Internet]. 1.a ed. Vol. 1. Valencia: Art Gráfico; 2021. Disponible en: <https://afcv.es/public/Attachment/2021/7/discursoMaiteCliment.pdf>
52. ASALE R-, RAE. Parentesco | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 19 nov 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/parentesco>
53. Ñaupas Paitán H, Palacios Vileta JJ, Romero Delgado HE, Valdivia Dueñas MR. Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis [Internet]. 5a ed. Bogotá: Ediciones de la U; 2018 [citado 26 ene 2022]. Disponible en: <http://www.ebooks7-24.com/?il=8046>
54. Santabárbara J. Cálculo del tamaño de muestra necesario para estimar el coeficiente de correlación de Pearson mediante sintaxis en SPSS. REIRE Rev Innovació Recer En Educ. 2021;14(1).
55. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. 2021 [citado may 2022]. Available from: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/#:~:text=16.,que%20participa%20en%20la%20investigaci%C3%B3n.>
56. Ley General de Salud [Internet]. 26842 jul 15, 1997. Disponible en: <http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/LEYN26842.pdf>

## ANEXOS

### 1. Matriz de consistencia

Pregunta de investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección de datos
<p>¿Cuál es la relación de los niveles de sobrecarga con la ansiedad y depresión en el cuidador del paciente psiquiátrico grave, hospital Víctor Larco Herrera 2020?</p>	<p><b>Objetivo general</b></p> <p>Determinar la relación de los niveles de sobrecarga con la ansiedad y depresión en el cuidador del paciente psiquiátrico grave, hospital Víctor Larco Herrera 2020.</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <p>Determinar los niveles de sobrecarga en el cuidador del paciente psiquiátrico grave.</p> <p>Determinar los niveles de ansiedad en el cuidador del paciente psiquiátrico grave.</p> <p>Determinar los niveles de depresión en el cuidador del paciente psiquiátrico grave.</p> <p>Asociar la relación de los niveles de sobrecarga con los niveles de ansiedad y de depresión en el cuidador del paciente psiquiátrico grave.</p> <p>Caracterizar según edad, sexo y parentesco al cuidador de paciente psiquiátrico grave.</p>	<p><b>Ho:</b> Los niveles de sobrecarga se relacionan con la ansiedad y depresión en el cuidador del paciente psiquiátrico grave, hospital Víctor Larco Herrera 2020.</p> <p><b>Ha:</b> Los niveles de sobrecarga no se relacionan con la ansiedad y depresión en el cuidador del paciente psiquiátrico grave, hospital Víctor Larco Herrera 2020.</p>	<p><b>Diseño metodológico</b></p> <p>Estudio cuantitativo, observacional, analítico, transversal y prospectivo.</p>	<p><b>Población universo</b></p> <p>Total, de cuidadores de pacientes psiquiátricos graves usuarios del Hospital Víctor Larco Herrera.</p> <p><b>Muestra</b></p> <p>95 cuidadores de pacientes psiquiátricos del Hospital Víctor Larco Herrera.</p> <p><b>Procesamiento de datos</b></p> <p>Distribución de frecuencias absolutas y relativas.</p> <p>correlación de Pearson o Spearman según los puntajes de los instrumentos tengan distribución normal o no. La significancia estadística utilizada será de 0,05</p>	<p>Escala de sobrecarga de cuidador de Zarit.</p> <p>Escala de ansiedad de Hamilton</p> <p>Inventario de depresión de Beck</p>

## 2. Instrumentos de recolección de datos

### FICHA DE DATOS GENERALES

Edad		Años
Sexo		Masculino
		Femenino
Parentesco del cuidador		Padre
		Madre
		Hijo
		Cónyuge
		Otro

## ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

PREGUNTAS	1	2	3	4	5
1. ¿Siente usted que su familiar/paciente solicita más ayuda de la que realmente necesita?	1	2	3	4	5
2. ¿Siente usted, que a causa del tiempo que gasta con su familiar/paciente, ya no tiene tiempo suficiente para Ud. mismo?	1	2	3	4	5
3. ¿Se siente estresada(o) al tener que cuidar a su familiar paciente y tener además que atender otras responsabilidades?	1	2	3	4	5
4. ¿Se siente avergonzada(o) por el comportamiento de su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
5. ¿Se siente irritada(o) cuando está cerca de su familiar paciente?	1	2	3	4	5
6. ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?	1	2	3	4	5
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
8. ¿Siente que su familiar/paciente depende de usted?	1	2	3	4	5
9. ¿Se siente agotada(o) cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
10. ¿Siente Ud. que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
12. ¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
13. (solamente si el entrevistado vive con el paciente) ¿Se siente incómoda(o) para invitar amigos a casa, a causa de su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
14. ¿Cree que su familiar/paciente espera que Ud. lo cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar?	1	2	3	4	5
15. ¿Cree Ud. que no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
16. ¿Siente que no va ser capaz de cuidar de su familiar paciente durante mucho más tiempo?	1	2	3	4	5
17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó?	1	2	3	4	5
18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar/paciente a otra persona?	1	2	3	4	5
19. Se siente insegura(o) cerca de lo que debe hacer con su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
21. ¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que lo hace?	1	2	3	4	5
22. En general, ¿Se siente muy sobrecargada(o) al tener que cuidar de su familiar/paciente?	1	2	3	4	5

## ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, anotando en el casillero de la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

<b>SINTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD</b> 0 = AUSENTE, 1 = LEVE, 2 = MODERADO, 3=GRAVE y 4=MUY GRAVE (INCAPACITANTE)	N
<b>1. Estado de ánimo ansioso</b> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0 1 2 3 4
<b>2. Tensión</b> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0 1 2 3 4
<b>3. Temores</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0 1 2 3 4
<b>4. Insomnio</b> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0 1 2 3 4
<b>5. Intelectual (cognitivo)</b> Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0 1 2 3 4
<b>6. Estado de ánimo deprimido</b> Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0 1 2 3 4
<b>7. Síntomas somáticos generales (musculares)</b> Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0 1 2 3 4
<b>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b> Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0 1 2 3 4
<b>9. Síntomas cardiovasculares</b> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0 1 2 3 4
<b>10. Síntomas respiratorios</b> Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0 1 2 3 4
<b>11. Síntomas gastrointestinales</b> Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0 1 2 3 4
<b>12. Síntomas genitourinarios</b> Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0 1 2 3 4
<b>13. Síntomas autónomos</b> Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0 1 2 3 4
<b>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</b> Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial, tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0 1 2 3 4

Ansiedad psíquica, ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14.

Ansiedad somática, ítems: 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13.

## INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

A continuación, encontrará varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. escoja en cada uno la frase que mejor refleje su situación actual en las últimas dos semanas.

<p>1. Estado de ánimo</p> <p><input type="checkbox"/> No me siento triste</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento triste</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento triste todo el tiempo y no puede librarme de ello</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento tan triste y desdichado que no puedo soportarlo</p>	<p>12. Aislamiento social</p> <p><input type="checkbox"/> No he perdido interés en otras personas</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar</p> <p><input type="checkbox"/> He perdido la mayor parte de mi interés en los demás</p> <p><input type="checkbox"/> He perdido todo el interés en los demás</p>
<p>2. Pesimismo</p> <p><input type="checkbox"/> No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento desanimado con respecto al futuro</p> <p><input type="checkbox"/> Siento que no puedo esperar nada del futuro</p> <p><input type="checkbox"/> Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar</p>	<p>13. Indecisión</p> <p><input type="checkbox"/> Tomo decisiones como siempre</p> <p><input type="checkbox"/> Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones</p> <p><input type="checkbox"/> Ya no puedo tomar ninguna decisión</p>
<p>3. Sentimiento de fracaso</p> <p><input type="checkbox"/> No me siento fracasado</p> <p><input type="checkbox"/> Siento que he fracasado más que la persona normal</p> <p><input type="checkbox"/> Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos</p> <p><input type="checkbox"/> Siento que como persona soy un fracaso completo</p>	<p>14. Imagen corporal</p> <p><input type="checkbox"/> No creo que me vea peor que antes</p> <p><input type="checkbox"/> Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a)</p> <p><input type="checkbox"/> Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a)</p> <p><input type="checkbox"/> Creo que me veo horrible</p>
<p>4. Insatisfacción</p> <p><input type="checkbox"/> Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes</p> <p><input type="checkbox"/> No disfruto de las cosas como solía hacerlo</p> <p><input type="checkbox"/> Ya nada me satisface realmente</p> <p><input type="checkbox"/> Todo me aburre o desagrada</p>	<p>15. Capacidad laboral</p> <p><input type="checkbox"/> Puedo trabajar tan bien como antes</p> <p><input type="checkbox"/> Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa</p> <p><input type="checkbox"/> No puedo hacer ningún tipo de trabajo</p>
<p>5. Sentimientos de culpa</p> <p><input type="checkbox"/> No siento ninguna culpa particular</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento culpable buena parte del tiempo</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento culpable todo el tiempo</p>	<p>16. Trastorno del sueño</p> <p><input type="checkbox"/> Puedo dormir tan bien como antes</p> <p><input type="checkbox"/> No duermo tan bien como antes</p> <p><input type="checkbox"/> Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir</p> <p><input type="checkbox"/> Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme</p>
<p>6. Sentimiento de castigo</p> <p><input type="checkbox"/> No siento que este siendo castigado</p> <p><input type="checkbox"/> Siento que puedo estar siendo castigado</p> <p><input type="checkbox"/> Espero ser castigado</p> <p><input type="checkbox"/> Siento que estoy siendo castigado</p>	<p>17. Cansancio</p> <p><input type="checkbox"/> No me canso más de lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme</p> <p><input type="checkbox"/> Me canso al hacer cualquier cosa</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa</p>
<p>7. Odio a sí mismo</p> <p><input type="checkbox"/> No me siento decepcionado en mí mismo</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy decepcionado conmigo</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy harto de mí mismo</p> <p><input type="checkbox"/> Me odio a mí mismo</p>	<p>18. Pérdida del apetito</p> <p><input type="checkbox"/> Mi apetito no ha variado</p> <p><input type="checkbox"/> Mi apetito no es tan bueno como antes</p> <p><input type="checkbox"/> Mi apetito es mucho peor que antes</p> <p><input type="checkbox"/> Ya no tengo nada de apetito</p>
<p>8. Autoacusación</p> <p><input type="checkbox"/> No me siento peor que otros</p> <p><input type="checkbox"/> Me critico por mis debilidades o errores</p> <p><input type="checkbox"/> Me culpo todo el tiempo por mis faltas</p> <p><input type="checkbox"/> Me culpo por todas las cosas malas que suceden</p>	<p>19. Pérdida de peso</p> <p><input type="checkbox"/> Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo</p> <p><input type="checkbox"/> He perdido más de 2 kilos</p> <p><input type="checkbox"/> He perdido más de 4 kilos</p> <p><input type="checkbox"/> He perdido más de 6 kilos</p>
<p>9. Impulsos suicidas</p> <p><input type="checkbox"/> No tengo ninguna idea de matarme</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo</p> <p><input type="checkbox"/> Me gustaría matarme</p> <p><input type="checkbox"/> Me mataría si tuviera la oportunidad</p>	<p>20. Hipocondría</p> <p><input type="checkbox"/> No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy preocupado por problemas físicos como malestares y dolores de estómago o constipación</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más</p>
<p>10. Periodos de llanto</p> <p><input type="checkbox"/> No lloro más de lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Lloro más que antes</p> <p><input type="checkbox"/> Ahora lloro todo el tiempo</p> <p><input type="checkbox"/> Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca, aunque quisiera</p>	<p>21. Libido</p> <p><input type="checkbox"/> No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy interesado por el sexo menos de los que solía estar</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora</p> <p><input type="checkbox"/> He perdido por completo mi interés por el sexo</p>

### 3. Asentimiento informado

#### ASENTIMIENTO INFORMADO

Mi nombre es Lázaro Loyola Celmira Yadira y se le invita a participar del estudio de investigación titulado: **Niveles de sobrecarga relacionados con la ansiedad y depresión en el cuidador de paciente psiquiátrico grave, hospital Víctor Larco Herrera 2022**. Este es un estudio realizado por investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad San Martín de Porres: Lázaro Loyola Celmira Yadira.

El presente estudio busca evaluar la relación de la sobrecarga con la ansiedad y depresión en el cuidador del paciente psiquiátrico grave que se atiende en el Hospital Víctor Larco Herrera. Esto es importante porque no solo beneficiará a los cuidadores, si no al paciente. Permitirá conocer cómo se ve afectado el cuidador en relación a trastornos como ansiedad y depresión ocasionados por la sobrecarga del rol de cuidador.

Por favor coloca (☐) si desea formar parte de este estudio.

Si quiero participar

---

**Firma del Participante**

DNI: