



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**SOBRECARGA DE LOS CUIDADORES FAMILIARES  
PRINCIPALES DEL PACIENTE CON EZQUIZOFRENIA EN LA  
CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VICTOR LARCO**

**HERRERA. MAGDALENA 2016**

**PRESENTADA POR  
MARÍA CONSUELO GALLARDO REYES**

**ASESORA  
MG. ROCIO DEL CARMEN ADRIAZOLA CASAS**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN  
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN  
ENFERMERÍA**

**LIMA – PERÚ**

**2017**



**Reconocimiento-No comercial-Sin obra derivada  
CC BY-NC-ND**

La autora solo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



**USMP**  
UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE  
OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

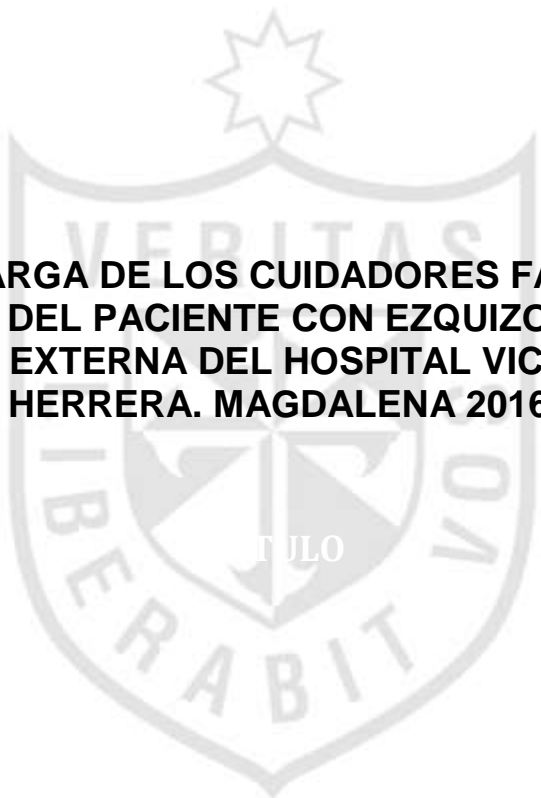
**SOBRECARGA DE LOS CUIDADORES FAMILIARES  
PRINCIPALES DEL PACIENTE CON EZQUIZOFRENIA EN LA  
CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VICTOR LARCO  
HERRERA. MAGDALENA 2016**

**PRESENTADA POR  
MARÍA CONSUELO GALLARDO REYES**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN  
ENFERMERÍA**

**LIMA – PERÚ**

**2017**



**SOBRECARGA DE LOS CUIDADORES FAMILIARES  
PRINCIPALES DEL PACIENTE CON EZQUIZOFRENIA EN LA  
CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VICTOR LARCO  
HERRERA. MAGDALENA 2016**

TULO

## **ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO**

**Asesor (a): MG. ROCIO DEL CARMEN ADRIAZOLA CASAS**

### **Miembros del jurado**

Presidente	:	Nancy Castañeda Farro
Vocal	:	Antonieta Bazalar Nicho
Secretaria	:	Isabel Carhuapoma Acosta



## DEDICATORIA

*A mi señora madre Filomena y en homenaje póstumo a mi padre Andrés*



## AGRADECIMIENTOS

*A la universidad, docentes y personal administrativo, por la formación y la gestión para concluir este trabajo.*



## ÍNDICE DE CONTENIDO

TITULO.....	iv
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO .....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTOS .....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDO .....	viii
ÍNDICE DE TABLAS .....	ix
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.....	x
RESUMEN .....	xi
ABSTRACT.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	1
MATERIAL Y MÉTODO.....	2
2.1. DISEÑO METODOLÓGICO.....	2
2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	2
2.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	3
2.4. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	3
2.5. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	4
2.6. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION.....	5
2.7. ASPECTOS ÉTICOS.....	5
RESULTADOS.....	7
DISCUSIÓN.....	14
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	19
RECOMENDACIONES.....	20
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	21
ANEXOS .....	26



## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Nº de la tabla</b>	<b>Nombre de la tabla</b>	<b>Nº de pagina</b>
1	Nivel de sobrecarga familiar de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia. Consulta externa del Hospital "Víctor Larco Herrera". 2016	7
2	Sobrecarga de los cuidadores familiares principales del paciente con esquizofrenia según las actividades de la vida diaria.	8
3	Sobrecarga de los cuidadores familiares principales del paciente con esquizofrenia según la contención del comportamiento alterado.	9
4	Sobrecarga de los cuidadores familiares principales del paciente con esquizofrenia según cambios en la rutina diaria del cuidador.	10
5	Sobrecarga de los cuidadores familiares principales del paciente con esquizofrenia según motivos de preocupación por el paciente	11

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

<b>Nº de la ilustración</b>	<b>Nombre de la ilustración</b>	<b>Nº de pagina</b>
Tabla 6	Características generales del cuidador principal de pacientes con esquizofrenia. Consulta externa del Hospital "V́ctor Larco Herrera". 2016	12
Tabla 7	Características generales del paciente con Esquizofrenia. Consulta externa del Hospital "V́ctor Larco Herrera". 2016	13



## RESUMEN

**Objetivos:** Determinar la sobrecarga de los cuidadores familiares principales del paciente con esquizofrenia en la consulta externa del hospital “Víctor Larco Herrera”, 2016.

**Material y método:** La investigación es de enfoque cuantitativo, tipo descriptiva, de carácter prospectivo. De diseño no experimental de corte transversal. Se empleó la técnica de entrevista y el cuestionario ECFOS-II validado en el Perú por León, F. en el 2013 quien además demostró la confiabilidad con un coeficiente Alfa de Crombach de 0.898.

**Resultados:** Una de las principales sobrecargas familiares de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia es el cambio en la rutina diaria del cuidador, ya que representa un nivel intenso de sobrecarga (71.9%), al igual que los motivos de preocupación que tiene el cuidador respecto al paciente. Asimismo, la tercera parte de los cuidadores experimental sobrecarga intensa respecto a la contención de comportamientos alterados (31.2%)

**Conclusiones:** Las dos terceras partes de los cuidadores familiares evidencian complicaciones relacionadas con la sobrecarga objetiva, expresados en limitaciones económicas, cuidado personal y, tiempo para otras actividades de la vida como trabajo, amigos y familia. Esto se complementa con sobrecarga subjetiva, que se traduce sobre todo en preocupaciones por el bienestar personal y familiar.

**Palabras claves:** sobrecarga familiar, pacientes con esquizofrenia.

## ABSTRACT

**Objectives:** To determine the overload of the main family caregivers of the patient with schizophrenia in the out patient clinic “V́ctor Larco Herrera” Hospital, 2016.

**Material and method:** The research is of a quantitative, descriptive, prospective type. Of non-experimental cross-section design. We used the interview technique and the ECFOS-II questionnaire validated in Peru by León, F. in 2013 who also demonstrated there liability with an alpha coefficient of Crombach of 0.898.

**Results:** One of the main Family overload softcare givers of patients with schizophrenia is the change in the daily routine of the caregiver, since it represents an intense level of overload (71.9%), as well as the care givers' concerns regarding the patient Likewise, one third of the care givers experienced intense overload with respect to the containment of faltered behaviors (31.2%).

**Conclusions:** Two-thirds of Family care givers show complications related to objective overload, expressed in economic constraints, personal care, and time for other life activities such as work, friends and family. This is complemented by subjective overload, which translates into concerns for personal and Family well-being.

**Key words:** familial overload, patients with schizophrenia

## INTRODUCCIÓN

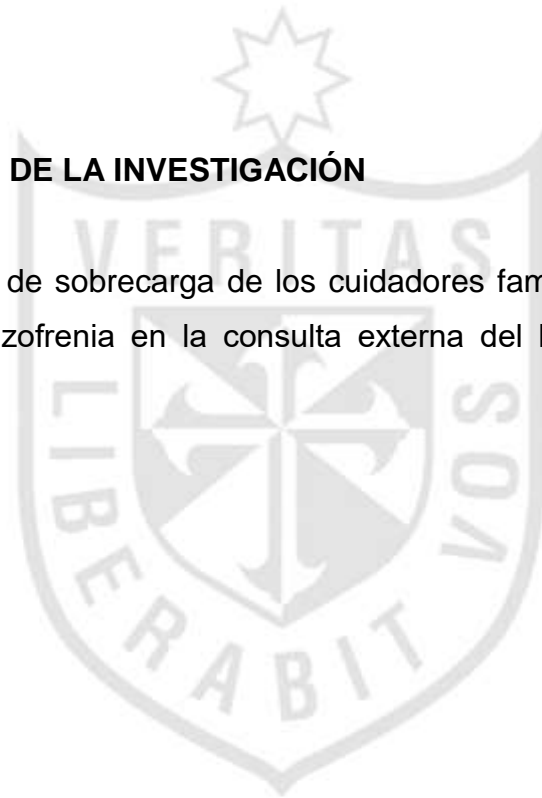
### 1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo expuesto, se formuló el siguiente problema a modo de pregunta:

¿Cuáles son los niveles de carga familiar en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia, en la consulta externa, del hospital “Víctor Larco Herrera” Magdalena del Mar 2016?

### 1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Determinar el nivel de sobrecarga de los cuidadores familiares principales del paciente con esquizofrenia en la consulta externa del hospital “Víctor Larco Herrera”, 2016



## MATERIAL Y MÉTODO

### 2.1. DISEÑO METODOLÓGICO

La presente investigación es de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, prospectivo, con diseño no experimental de corte transversal

### 2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

#### 2.2.1. Población

La población está representada por familiares cuidadores de pacientes esquizofrénicos que acuden como acompañante a la consulta externa del Hospital Nacional "Víctor Larco Herrera". Son personas adultas, de ambos sexos y participaron durante el último trimestre\* de 2016

#### 2.2.2. Muestra

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula para población finita que permite estimar una proporción poblacional.

La Muestra estará conformada por los cuidadores familiares de pacientes esquizofrénicos de 18 a 55 años de ambos sexos, que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión, con sus respectivos cuidadores.

#### Formula del tamaño muestral para una población finita

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} \quad \rightarrow \quad n_0 = \frac{Z^2}{4E^2}$$

**Datos:**  
N = 835  
Z = 1.96  
E = 0.05

$$n = \frac{\frac{z^2}{4E^2}}{1 + \frac{z^2}{4E^2} \frac{1}{N}} = \frac{\frac{1.96^2}{4(0.05)^2}}{1 + \frac{1.96^2}{4(0.05)^2} \frac{1}{835}} = 263.1103383 \cong 263$$

Por tanto, el tamaño mínimo necesario de la muestra quedó determinada en 263 cuidadores familiares de pacientes, los cuales, a través del muestro probabilístico estratificado según sexo:

**Estratificación de la muestra**

Variable	N	n
Varón	276	87
Mujer	559	176
Total	835	263

### 2.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN

- **Criterios de inclusión**
  - Cuidador principal del paciente esquizofrénico entre 18 a 64 años que se atienden en consulta externa del hospital “Víctor Larco Herrera”.
  - Ser identificado por el paciente.
  - Cuidadores que lleven más de 6 meses en dicho rol.
  
- **Criterios de exclusión**
  - Pacientes con diagnóstico de retraso mental.
  - Pacientes con tipo de convivencia distinto al descrito en el apartado anterior.
  - Pacientes con dificultades lingüísticas (idioma) que impida la comprensión y expresión adecuadas para completar las encuesta.

### 2.4. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

## 2.5. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó fue la entrevista y el instrumento fue un cuestionario denominado El ECFOS-II el que ha sido validado por el grupo PSICOST. Permite medir la carga o impacto familiar objetiva y subjetiva. Ha sido validada en Chile por P. Grandón en el 2011 y existen versiones similares validadas en el Brasil.

Fue validado en el Perú por León, F. en el 2013 del estudio “Factores asociados a mayores niveles de carga familiar en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia”, mediante el análisis de confiabilidad a través del estudio de homogeneidad, tanto la variable analizada como las dimensiones alcanzaron coeficientes  $\alpha$  (Alfa de Crombach) de 0.898 lo que indica que este instrumento tiene un grado de confiabilidad aceptable, validando su uso para la recolección de datos. Asimismo, para el cálculo del coeficiente de Alfa-Crombach, fue necesario cuantificar las variables de acuerdo a la escala de Likert. Se divide en 4 secciones:

- **Sección A:** asistencia en actividades de la vida cotidiana, carga subjetiva (preocupación o malestar) y objetiva (frecuencia de las intervenciones).
- **Sección B:** supervisión de comportamientos molestos o problemáticos, carga objetiva y subjetiva.
- **Sección D:** impacto en la rutina diaria del cuidador y pérdida de oportunidades sociolaborales y personales a lo largo de la vida.
- **Sección E:** preocupaciones generales.

Los ítems de cada módulo se han numerado por separado para que puedan ser usados de forma independiente. Por ejemplo, los ítems de la asistencia objetiva en las actividades de la vida diaria (A1a, A2a, A3a, A4a, A5a, A6a, A7a y A8a) tienen un rango de 0 a 4, en el que 0 es ninguna, 1 es menos de una vez por semana, 2 es una o dos veces a la semana, 3 es tres a seis veces por semana y 4 es diariamente.

Con fines interpretativos, se propuso el siguiente baremo con el fin de obtener los resultados cualitativos de la variable central de la investigación, teniendo como soporte de rangos inter cuartílicos. Así, para la dimensión “Actividades de



la vida diaria”no hay sobre carga si las puntuaciones oscilan entre 0 – 2.66, la sobrecarga es leve se encuentra entre 2.67 a 5.32, e intensa si está ente 5.33 a 8; para la dimensión “Contención de comportamientos alterados” no hay sobre carga si las puntuaciones oscilan de 0 a 2, es leve si va de 2.1 a 3.99, y es intensa si oscila de 4 a 6; para la dimensión “Cambios en la rutina diaria del cuidador”, no hay sobrecarga si las puntuaciones van de 0 a 6.66, es leve si van de 6.67 a 13.33 y es intensa si va de 18.67 a 28.

## 2.6. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

1) **Prueba no paramétrica:** Chi Cuadrado ( $X^2$ ): Es una prueba estadística para evaluar hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas, no consideradas relaciones causales. La prueba Chi cuadrado se calcula por medio de una tabla de contingencias o tabulación cruzada de dos dimensiones y cada dimensión contiene una variable. A su vez cada variable se subdivide en dos o más categorías.

Puesto que, en la distribución de los datos, algunos no se ajustarán a la normalidad, fue necesario aplicar esta prueba para conocer la independencia o no, entre las variables y conocer, si hubiera dependencia, las categorías identificadas.

$$X^2 = \sum \frac{(o - e)^2}{e}$$

$$\text{g.l.} = (Tf - 1) (Tc - 1)$$

**$H_0$  = Independencia**

**$H_1$  = Dependencia**

**Si  $p \leq 0.05$  Rechazo  $H_0$**

## 2.7. ASPECTOS ÉTICOS

Se solicitó autorización a los directivos del Hospital “Víctor Larco Herrera” para realizar el estudio (ver anexo 2), así mismo se pidió la autorización escrita a los familiares para su participación mediante el consentimiento informado; se aplicó

la entrevista en forma individual a los familiares de los pacientes esquizofrénicos participaron en esta investigación. La información fue recolectada a través de un instrumento previamente diseñado que contó con las características generales del paciente esquizofrénico y del cuidador.



## RESULTADOS

Gráfico 01.  
Nivel de sobrecarga familiar de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia. Consulta externa del Hospital “Víctor Larco Herrera”. 2016

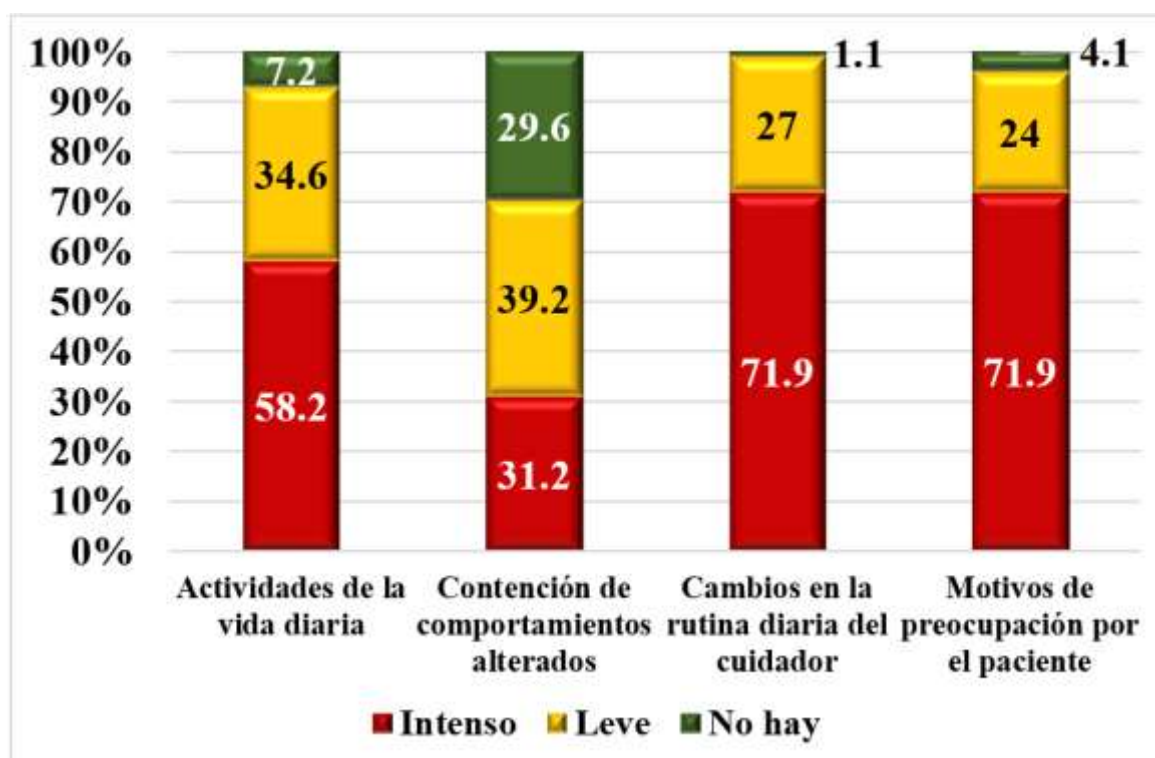


Gráfico 1 se puede observar que, una de las principales sobrecargas familiares de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia es el cambio en la rutina diaria del cuidador, ya que representa un nivel intenso de sobrecarga (71.9%), al igual que los motivos de preocupación que tiene el cuidador respecto al paciente. Asimismo, la tercera parte de los cuidadores experimental sobrecarga intensa respecto a la contención de comportamientos alterados (31.2%)

**Gráfico 02**  
**Sobrecarga de los cuidadores familiares principales del paciente con esquizofrenia según las actividades de la vida diaria.**

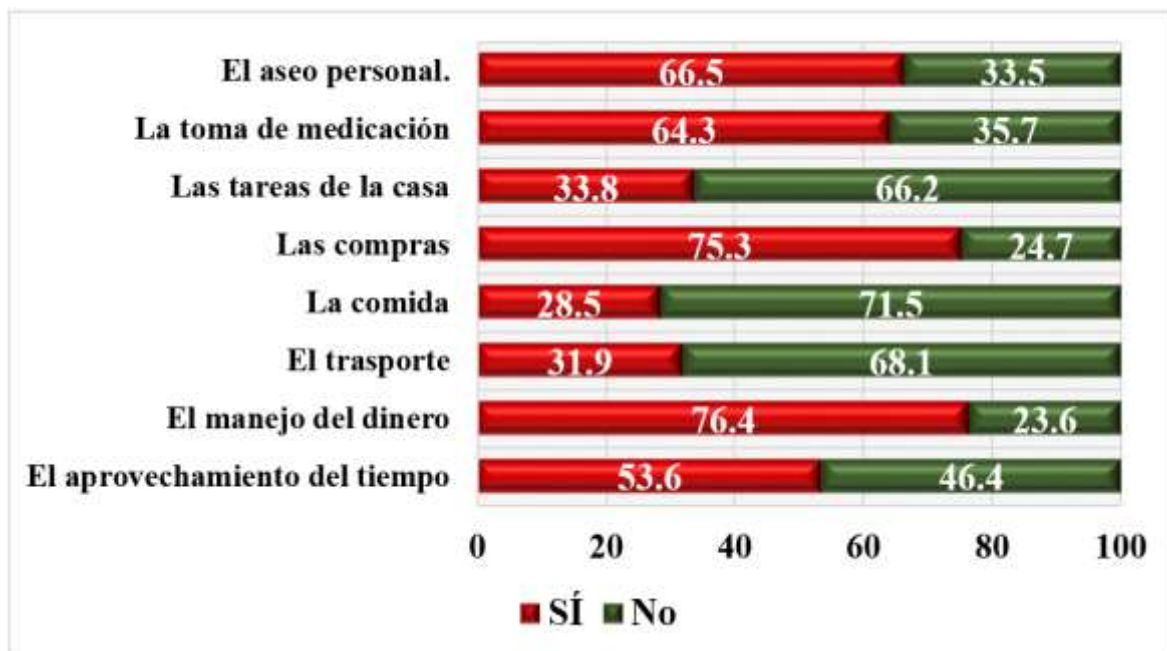


Gráfico 02 se presentan los resultados del análisis descriptivo de la sobrecarga de los cuidadores familiares principales del paciente con esquizofrenia según las actividades de la vida diaria. Se observa que, el 76.4 % de los cuidadores considera el manejo del dinero como la principal carga, seguido por la realización de compras con un 75.3 %, aseo personal (66.5 %), toma de medicación (64.3%) y aprovechamiento del tiempo (53.6 %).

**Gráfico 03**  
**Sobrecarga de los cuidadores familiares principales del paciente con esquizofrenia según la contención del comportamiento alterado.**

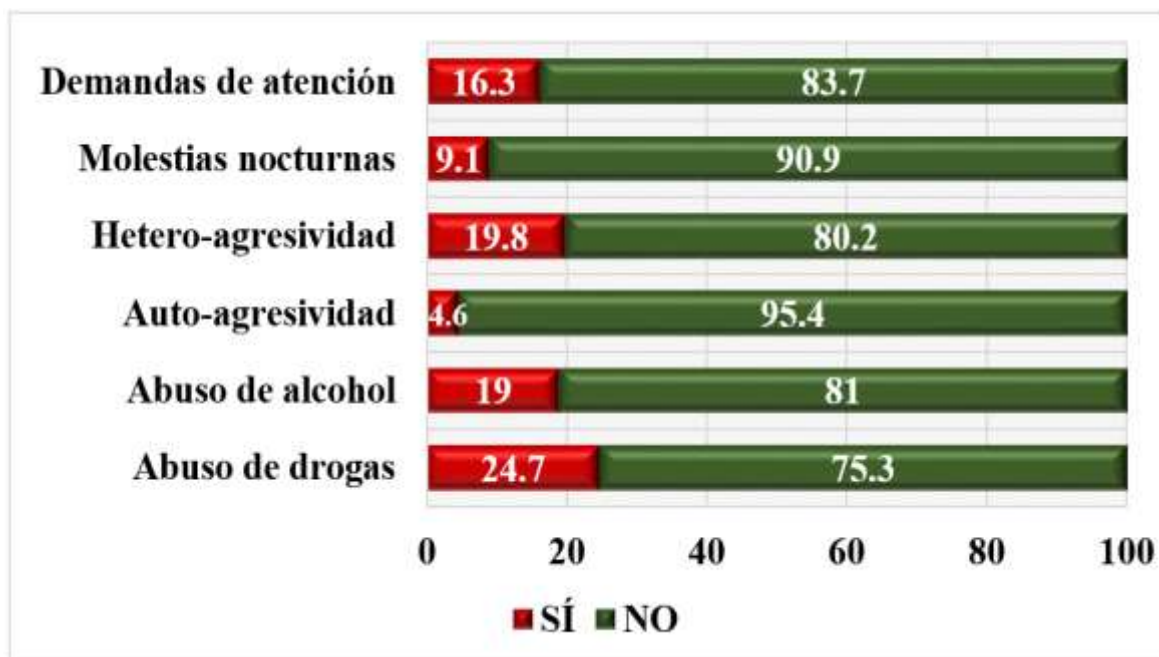


Gráfico 03, se presentan los resultados descriptivos de la percepción de sobrecarga de los cuidadores según la contención del comportamiento alterado, donde se observa que la cuarta parte de los cuidadores se enfrentan a contener conductas del paciente con tendencia al abuso de drogas (24.7%), asimismo, la quinta parte de ellos señalan que los comportamientos alterados a contener están relacionados con la hetero-agresividad de los pacientes (19.8%), una proporción similar de cuidadores se enfrentan a contener conductas de los pacientes asociadas al abuso del alcohol (19.0%).

**Gráfico 04**  
**Sobrecarga de los cuidadores familiares principales del paciente con esquizofrenia según cambios en la rutina diaria del cuidador.**

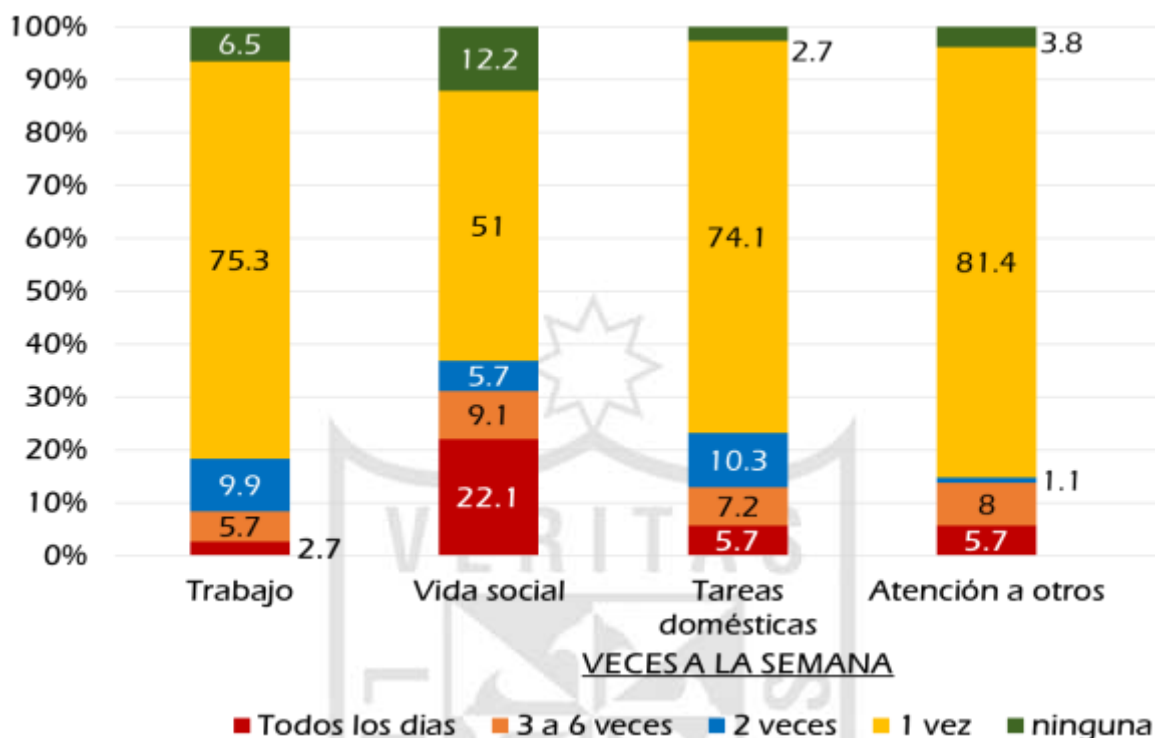


Gráfico 04 se presentan los resultados descriptivos de la sobrecarga de los cuidadores familiares principales del paciente con esquizofrenia según cambios en la rutina diaria del cuidador. Se observa que, la tercera parte de los cuidadores, todos los días o de 3 a 6 veces a la semana, tienden a percibir cambios en su vida social (31.2%) y la quinta parte tiende a percibir cambios en la familia.

**Gráfico 05**  
**Sobrecarga de los cuidadores familiares principales del paciente con esquizofrenia según motivos de preocupación por el paciente.**

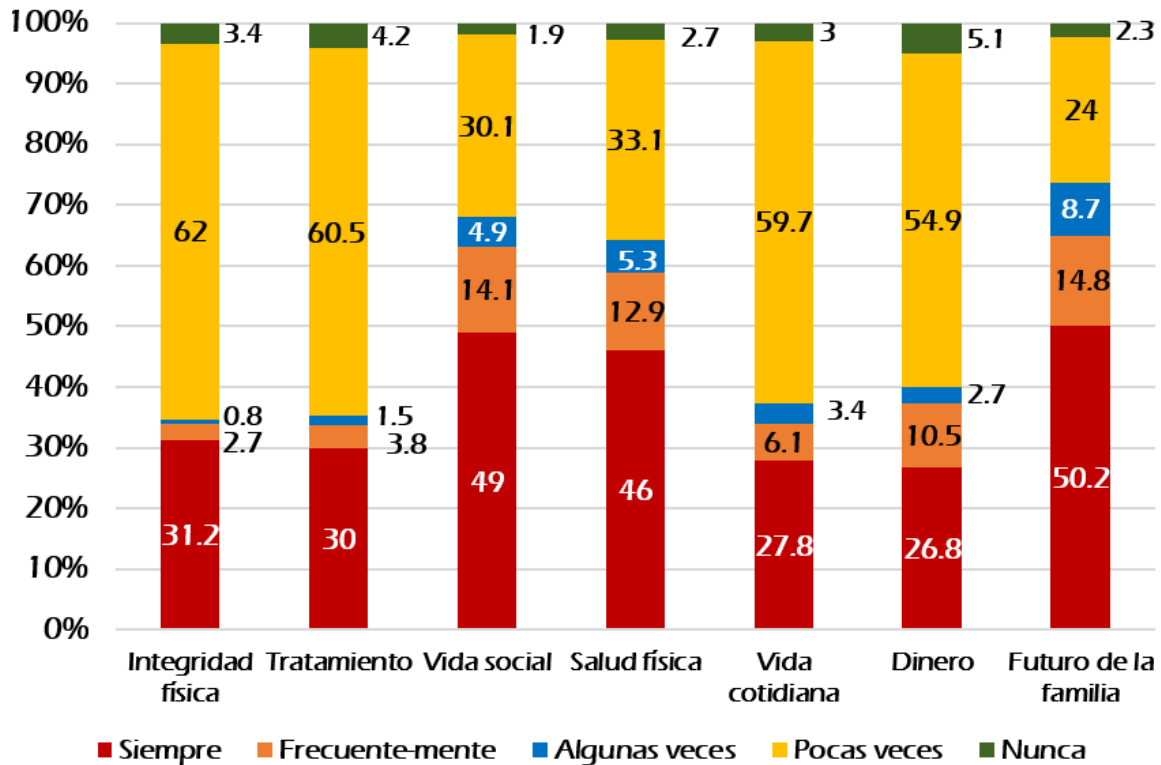


Gráfico 05 se presentan los resultados descriptivos de la sobrecarga de los cuidadores familiares principales del paciente con esquizofrenia según motivos de preocupación por el paciente. Una de las principales preocupaciones que tiene el cuidador con mayor frecuencia está relacionada con el futuro de la familia (65.0%), así como las relacionadas con la vida social del paciente (63.10%) y finalmente, la salud física del paciente (58.90%). Finalmente, la tercera parte de los cuidadores, tienden a preocuparse frecuentemente por la integridad física del paciente, así como de su tratamiento y su vida cotidiana.

**Tabla 06**  
**Características generales del cuidador principal de pacientes con**  
**esquizofrenia. Consulta externa del Hospital “Víctor Larco Herrera”. 2016**

<b>Indicadores</b>	<b>Categoría</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>	18 - 30 años	12.90%
	31 - 42 años	49.80%
	43 - 55 años	37.30%
<b>Sexo</b>	Varón	24.70%
	Mujer	75.30%
<b>Estado civil</b>	Soltero	6.80%
	Casado	54.40%
	Conviviente	38.80%
<b>Nivel académico</b>	Primaria	39.20%
	Secundaria	37.20%
	Universidad	23.60%
<b>Parentesco</b>	Padre	7.20%
	Madre	43.30%
	Esposo (a)	5.70%
	Hermano (a)	29.70%
	Hijos	14.10%
<b>Ocupación</b>	No trabaja	57.80%
	Sólo trabaja	14.80%
	Sólo estudia	8.80%
	Trabaja y estudia	18.60%
<b>Relación con el pariente</b>	Buena	15.0%
	Normal	43.0%
	Regular	34.0%
	Mala	8.0%
<b>Convivencia con el paciente</b>	Sí	89.70%
	No	10.30%

En la tabla N° 06 se observan que el 49.8 % de los cuidadores tienen edades de entre 31 – 42 años y, el 37.3 % entre 43 y 55 años; el 75.3 % son mujeres, asimismo, prevalece el estado civil de casados 54.4 %; el 39.2% tiene estudios básicos, seguido por un 37.2 % de educación secundaria; el 43.3% son madres del paciente, y el 29.7 % son hermanos; el 57.8 % no trabaja, el 18.6% trabaja y estudia. El 43.0% de los cuidadores mantienen una relación “normal” con el paciente, cabe señalar que sólo el 15.0% tiene una “buena” relación con el paciente; por otro lado, el 89.7% de los cuidadores sí conviven con el paciente.



**Tabla 07**  
**Características generales del paciente con Esquizofrenia. Consulta externa del Hospital "Víctor Larco Herrera". 2016**

<b>Indicadores</b>	<b>Categoría</b>	<b>%</b>
Edad	18 - 30 años	21.30
	31 - 42 años	56.65
	43 - 55 años	22.05
Sexo	Varón	33.10%
	Mujer	66.90%
Estado civil	Soltero	6.40%
	Casado	48.90%
	Conviviente	44.70%
Nivel académico	Primaria	75.30%
	Secundaria	17.90%
	Universidad	6.80%
Ocupación	No trabaja	56.60%
	Sólo trabaja	23.30%
	Sólo estudia	5.70%
	Trabaja y estudia	14.40%
Tipo de Familia	Familia nuclear	14.80%
	Familia extensa	73.40%
	Familia Monoparental	11.80%
Tiempo de enfermedad	< de 5 años	8.0%
	6- 10 años	12.3%
	11 años a más	79.7%
Re hospitalizaciones	Sí	83.30%
	No	16.70%

Dentro de la características de los pacientes esquizofrénicos, se puede observar dentro de la tabla N° 07, que el 56.6 % presenta una edad de 31 a 42 años, seguido por el 22.1 % que posee una edad de 43 a 55 años, finalmente el 21.3 % tienen entre 18 a 30 años; de todos ellos el 66.9 % son mujeres, así mismo, prevalece el estado civil de casado (a) con un 48.9 %, seguido por el 44.7% que corresponde a los convivientes; el 75.3 % de los pacientes poseen estudios primarios, seguido por 17.9% que poseen estudios secundarios; así mismo, el 56.6% no trabaja, mientras que el 23.3 %sólo trabaja; el 73.4% proviene de una familia extensa. Por otro lado, el 79.7 % posee de 11 años a más con la enfermedad, seguido por el 12.3% de paciente que llevan de 6-10 años con la enfermedad. Finalmente, el 83.3% de pacientes fueron re-hospitalizados.

## DISCUSIÓN

En atención al objetivo general, los resultados muestran que la mayor sobrecarga que experimenta el cuidador está relacionada con aspectos objetivos vinculados a los cambios en su rutina diaria (71.9%), lo cual influye en las actividades de su vida diaria (58.2%); asimismo, la tercera parte de los cuidadores perciben una sobrecarga intensa respecto a la contención de comportamientos alterados del paciente (31.2%); por otro lado, está presente en gran proporción la sobrecarga subjetiva explicada a través de los motivos de preocupación por el paciente (71.9%)

Estos resultados se asemejan a los encontrados por Mendoza en el 2014 <sup>(21)</sup>, quien encontró sobrecarga intensa en 72,1 % en los familiares a cargo del cuidado. Así mismo, se oponen a los encontrados por Fabián, A. (2015)<sup>(19)</sup>, quien dentro de su investigación indica que los cuidadores familiares experimentan un nivel de sobrecarga leve 61.5 % (40), seguido de un 13.8% que presenta sobrecarga intensa y el 24.6% (16) no presenta sobrecarga; del mismo modo, Ling, Quiroga, Alipázaga, Osada y León (2015)<sup>(20)</sup> encontró en su estudio que una cantidad elevada de familiares cuidadores presentan sobrecarga emocional (72,95 % -89/122-), entre los cuales la más frecuente fue una sobrecarga leve (69,66 % -62/89-).

Estos resultados pueden darse debido a que el familiar cuidador, deja de lado su rutina en totalidad para dedicarse sumamente al paciente hospitalizado, trayendo como consecuencia desajuste en su vida diaria, abandonando las labores del hogar, trabajos, los gastos se hacen más fuertes, pues no sólo son del paciente sino también del cuidador, ya que se encuentra lejos de casa, aumentando así el nivel de sobrecarga.

Respecto al primer objetivo específico de la investigación la cual señala describir la sobrecarga de los cuidadores familiares principales del paciente con esquizofrenia según las actividades de la vida diaria. Se observa que la mayor sobrecarga se vincula con el manejo del dinero (76.4%), por ende, también con asuntos relacionados con las compras (75.3%) estos resultados se explican por la dificultad que tiene los pacientes respecto a manejo asertivo del dinero o simplemente manifestaciones de enfado, molestia u oposición por parte del

paciente frente al apoyo de la administración del dinero; por otro lado, otro aspecto de la vida diaria al cual se expone frecuentemente el cuidador está vinculado con el aseo personal (66.5%) donde el paciente presenta dificultades para bañarse, vestirse, cambiarse de ropa, mantener el cabello y la barba de manera higiénica (en el caso de los varones), peinado (en el caso de las mujeres) o simplemente se mostró hostil cuando se le recordó que hiciera o ayudarle a hacerlas; finalmente, otras de las sobrecargas proporcionalmente notables son las tomas de medicación del paciente (64.3%), dado que el cuidador tiene que estar con la necesidad frecuente de hacerle recordar, animar o incluso presionar al paciente para que tome su medicación respectiva.

Respecto al segundo objetivo específico, que está orientado a describir la sobrecarga de los cuidadores familiares principales del paciente con esquizofrenia según la contención del comportamiento alterado; los resultados presentados en la tabla 3 señalan que la principal sobrecarga está vinculada con la contención de la conducta del paciente frente al consumo de drogas (24.7%) dado que los cuidadores constantemente intervienen para evitar o solucionar las consecuencias del consumo de drogas; asimismo, la quinta parte de los cuidadores presentan sobre carga respecto a la heteroagresividad de los pacientes (19.8%) y frente al consumo de alcohol(19.0%).

En atención al tercer objetivo específico, el cual está orientado a describir la sobrecarga de los cuidadores familiares principales del paciente con esquizofrenia según los cambios en la rutina diaria del cuidador. Los resultados presentados en la tabla 04, señalan que la tercera parte de los cuidadores tienden a percibir mayor sobrecarga en cuando a los cambios que representa el cuidado del paciente, en su vida social (31.2%) y la quinta parte de los cuidadores tienen dificultades en cuando la restricción de oportunidades que puede dedicar a otros miembros de la familia.

Respecto a la evaluación de la dimensión “motivos de preocupación por el paciente” que atiende al cuarto objetivo específico, se observa que más de la mitad de los cuidadores señalan que su mayor preocupación recae en el futuro que pueda tener el paciente como persona individual (65.0%) y su desenvolvimiento en su entorno social (63.1%), asimismo, un grupo notable de cuidadores manifiestan que uno de los motivos de mayor preocupación está

relacionada con la salud física del paciente. Finalmente, la tercera parte de los cuidadores, muestran preocupación respecto a la integridad física del paciente, su tratamiento y la vida social que pueda tener el paciente sobre todo en su relación con otras personas de su misma edad.

De acuerdo a los resultados de esta investigación, el 49.8% de los cuidadores son personas que tienen edades que oscilan entre los 31 a 42 años, otra cantidad importante (37.3%) tienen más de 43 años de edad, y sólo el 12.9% tiene menos de 30 años de edad. Estos resultados concuerdan con Mendoza (2014)<sup>(21)</sup>, quien halla una edad promedio de 45,2 años en los cuidadores. Estos resultados pueden darse ya que, las personas mayores de 31 años poseen mayor responsabilidad, cuidado y atención hacia los pacientes, a diferencia de un joven. En cuanto al sexo de los cuidadores prevalece el número de mujeres con un 75.3% frente a un 24.7% de varones, este resultado concuerda con los hallados en el estudio de Ling, Quiroga, Alipázaga, Osada y León (2015)<sup>(20)</sup>, pues, encontraron que el 68,85% (84/122) de los cuidadores fueron mujeres. Estos resultados pueden darse ya que por lo general son las madres y/o esposas, quienes acompañan a su familiar hospitalizado. Para el estado civil, los familiares casados predominaron con el 54.37%, seguido por los familiares convivientes 38.78%, finalmente, 6.84% de los cuidadores tuvieron un estado civil de soltero. En cuanto al nivel educativo de los cuidadores, se encontró que el 39.16% de ellos tienen estudios de educación primaria, mientras que 37.26% poseen estudios secundarios y el 23.57% poseen estudios universitarios. Sobre el parentesco de los cuidadores, se encontró que el 43.35% de ellos son madres de los pacientes, así mismo, el 29.66% son hermanos (as), el 14.07% de los cuidadores son hijos, mientras que 7.22% son padres y el 5.70% son esposos (a). Los datos obtenidos en esta área pueden darse ya que, son las madres quienes brindan un mejor cuidado al hijo enfermo, velan por el cuidado, sin dejar de lado a los demás miembros de familia, por otro lado, los hermanos forman parte importante del cuidado, ya que junto con la madre turnan sus horarios para poder acompañar al paciente. Del 100% de los cuidadores se encontró que un grupo significativo no trabaja (57.79%), mientras que el 18.63% de ellos estudia y trabaja, otro grupo de cuidadores compuesto por el 14.83% sólo estudia y el 8.75% trabaja. Estos resultados pueden darse ya que la mayor parte de

cuidadores son las madres de los pacientes y/o hermanos que no poseen responsabilidades de trabajo por lo que tienden a tener mayor tiempo para acompañar al familiar enfermo. Este resultados, se ve reforzado por el estudio de Mendoza (2014)<sup>(21)</sup> quien encontró que del 100% de los cuidadores, el 77,9 % de ellas eran amas de casa. Respecto a la relación que el cuidador mantiene con el paciente, se puede observar que la mayoría tiende a calificar dicha relación como “normal” representado por el 43.0% y sólo el 15% de ellos, manifiesta una buena relación con el paciente; sobre esto, cabe resaltar que el 8.0% tiene dificultades para relacionarse con el paciente, haciendo esto un indicador negativo para un cuidado adecuado. Finalmente, la mayor parte de los cuidadores conviven con el paciente (89.7%) y el 10.3% no lo hace; frente a estos resultados cabe mencionar que los cuidadores que no conviven con el paciente, tienen dificultad de acceso al cuidado del paciente generando de esta manera un posible escenario de descuido o de malestar por ambas partes.

Como segundo objetivo específico se planteó describir las características generales del paciente con esquizofrenia en la consulta externa del Hospital “Víctor Larco Herrera”. De acuerdo a los resultados de esta investigación, el 56.65% de los pacientes con esquizofrenia tienen edades que oscilan entre los 31 a 42 años, otra cantidad importante (22.0%) tienen de 43 a 55 años de edad, y el 21.3% tiene menos de 30 años de edad. Del total de pacientes, las mujeres forman un grupo significativo (66.9%), mientras los varones conforman el 33.05% de los pacientes. El 48.9% de pacientes entre hombre y mujeres son casados, otro grupo son conviviente 44.7%, y un grupo minoritario de ellos son solteros 6.4%. Así mismo, la mayor parte de los pacientes poseen estudios primarios (75.3%), seguido los pacientes con estudios secundarios (17.9%), mientras el 6.84% poseen estudios universitarios. Por otro lado, más de la mitad de ellos no trabaja (56.6%), seguido del 23.3% que sólo trabaja, siendo el 14.4% de los pacientes quienes estudian y trabajan y el 5.7% que sólo estudio. Más de la mitad de los pacientes con esquizofrenia provienen de familias extensas (73.4%), otro grupo proviene de una familia nuclear (14.8%), finalmente, el 11.8% provienen de familias monoparentales.

Por otro lado, el 79.7% de los pacientes que tienen esquizofrenia poseen esta enfermedad desde hace más de 11 años, mientras que el 12.3% de los pacientes

tienen la enfermedad desde hace 6 a 10 años, siendo un 8.0% quienes tienen la enfermedad hace menos de 5 años. Finalmente, del total de pacientes el 83.3% fueron re-hospitalizados, siendo 16.7% aquellos que están hospitalizados por primera vez.

Como tercer objetivo se propuso identificar la carga objetiva y subjetiva de los cuidadores principales en la consulta externa del Hospital "Víctor Larco Herrera". Encontrándose así dentro de las sobrecargas objetivas, a las actividades de la vida diaria, en el cual, el 76.5% de los cuidadores familiares considera el manejo del dinero como la principal sobrecarga para el cuidador, esto puede darse ya que al cuidador se le dificulta trabajar y con el dinero que poseen debe manejarlo correctamente para que alcance tanto para alimentos y medicamentos del paciente, causando así un gran nivel de sobrecarga, seguido de ello se encontró la realización de compras con un 75.3%, el aseo personal (66.5%), la toma de medicación (64.3%) y aprovechamiento del tiempo (53.6%). En cuanto a la contención de comportamientos alterados del paciente, no se muestra sobrecarga predominante, mientras que para los gastos realizados el 54.4% de los cuidadores familiares consideraron esta área como una sobrecarga. Finalmente, dentro de los cambios de la rutina diaria del cuidador, se tiene que las mayores alteraciones en el cuidador se dan en cuanto su vida social por atender al paciente (22.1%), y en el 14.8% de los cuidadores, las alteraciones se dan en cuanto a la dedicación de tiempo a otros miembros de la familia.

Dentro de sobrecarga subjetiva, los motivos más frecuentes de preocupación por el paciente están relacionados con el futuro de la familia, la vida social y la salud física. Más de la mitad de los cuidadores, tiene preocupación constante sobre el futuro familiar del paciente, así como de su vida social y su salud física. Esto puede darse ya que los pacientes están hospitalizados mucho tiempo y debido a su enfermedad, les resulta difícil poder socializarse y poseen temor de no formar una familia, o si la tienen, de no compartir tiempos con ellos, se preocupan más de su enfermedad y de las cosas que puedan suceder.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### CONCLUSIONES

Dentro del resultado se encontró que la sobre carga que experimentan los cuidadores familiares es de nivel intenso.

- 1) Las dos terceras partes de los cuidadores familiares evidencian complicaciones relacionadas con los cambios en la rutina diaria del cuidador, asimismo, evidencian mayor sobrecarga respecto a los motivos de preocupación y finalmente se evidencia sobrecarga explicada por la ayuda familiar en actividades de la vida cotidiana del paciente.
- 2) Las principales dificultades de sobrecarga derivadas de la ayuda familiar en las actividades de la vida cotidiana por parte del paciente, están relacionadas con el manejo adecuado del dinero en cuanto a la administración y compras, así como en el aseo personal del paciente y la toma de sus medicaciones.
- 3) Respecto a las principales sobrecargas del cuidador relacionadas con la contención de comportamientos alterados del paciente, muestran que la cuarta parte de los cuidadores se enfrentan a contener a pacientes frente al consumo de drogas y la quinta parte se enfrentan a conductas agresivas y el abuso del alcohol de los pacientes.
- 4) Las principales dificultades respecto a los cambios en la rutina diaria del cuidador, la tercera parte de los cuidadores, todos los días o de 3 a 6 veces a la semana, tienden a percibir cambios en su vida social y la quinta parte tiende a percibir cambios en la familia.
- 5) La sobrecarga subjetiva explicada por los motivos de preocupación por el paciente, radica principalmente en la preocupación del futuro del paciente tanto individual como familiar, así como la salud física.
- 6) Como principales características del familiar cuidador se tiene que se trata de un adulto entre 43 y 55 años aproximadamente, las tres cuartas partes son mujeres, amas de casa y no tienen trabajo remunerado.
- 7) Dentro de las principales características del paciente se tiene que, las dos terceras partes son mujeres con edades entre 31 a 42 años, la mitad son casadas, con estudios básicos (primaria) y procede de familia extensa;

asimismo se tiene que llevan once años en promedio con la enfermedad y 70 % de pacientes fueron re-hospitalizados.

## **RECOMENDACIONES**

- 1) Realizar estudios replica en otros contextos tanto dentro como fuera de Lima, para contrastar los resultados hallados dentro de esta investigación.
- 2) A la comunidad científica realizar estudios periódicamente que evalúen la carga familiar a fin de identificar los principales predictores de dicho fenómeno.
- 3) Al personal asistencial de salud tener en cuenta los resultados obtenidos en esta investigación, para que por medio de ellos puedan realizarse talleres en cuanto a la prevención de dicho fenómeno, tanto para los pacientes como para los familiares.





## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Frith C. La esquizofrenia: un enfoque neuropsicológico cognitivo. 1.<sup>a</sup> ed. España: Ariel Publications; Spanish edition; 2003. 208 p.
2. González H. Esquizofrenia [Internet]. Salud al día. 2016. Disponible en: <http://www.webconsultas.com/salud-al-dia/esquizofrenia/esquizofrenia-894>
3. Rebolledo S, Lobato M. Cómo afrontar la esquizofrenia: Una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas [Internet]. España: Aula Médica; 2005. 205 p. Disponible en: <http://www.fundaciodrissa.com/wp-content/uploads/2010/04/Com-afrontar-lesquizofr%C3%A8nia.pdf>
4. Ustün T, Rehm J, Chatterji S, Saxena S, Trotter R, Room R, et al. Clasificación múltiple informante de los efectos discapacitantes de las diferentes condiciones de salud en 14 países. OMS / NIH de proyecto conjunto CAR Grupo de Estudio. Lanceta. 1999;354(9173):111-5.
5. Muela J. Programa de intervención familiar en esquizofrenia [Internet] [Tesis Doctoral]. [Granada, España]: Universidad de Granada; 1999. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=5247431&pid=S0718-6924201400030001100050&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=5247431&pid=S0718-6924201400030001100050&lng=es)
6. Bermejo C, Martínez M. Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar. Nure Investigación. 2005;(11):1-7.
7. Carretero S, Garcés J, Ródenas F. La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes [Internet]. 1.<sup>a</sup> ed. Tirant lo Blanch; 2006. 444 p. Disponible en: <http://www.tirant.com/editorial/libro/la-sobrecarga-de-las-cuidadoras-de-personas-dependientes-stephanie-carretero-gomez-9788484565543>

8. Rubio M, Ibáñez A, Ibáñez E, Galve R, Martí T, Mariscal B. Perfil médico social del cuidador crucial ¿Se trata de un paciente oculto? *Aten Primaria*. 1995;16 (4):181-6.
9. Serrano C, Serrano C. Estrés y Enfermedades Psicosomáticas [Internet]. En el Estrés hay que considerar 2 tipos de factores intervinientes. 2016. Disponible en: <http://www.planeartemejor.com/articulos-estres.php>
10. Mc Cubbi H, Patterson J. The Family Stress Process: The Double ABCX Model of Adjustment and Adaptation. *Marriage & Family Review*. 1983;6(1):7-37.
11. Rascón M, Díaz R, Jiménez J, Reyes C. La necesidad de dar atención a los familiares responsables del cuidado de pacientes esquizofrénicos. *Salud Mental*. 1997;20(1):55-64.
12. Czuchta D, McCay E. Help-seeking for parents of individuals experiencing a first episode of schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*. 2001;15(4):159-70.
13. Lara M, Robles R, Orozco R, Saltijeral M. Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la esquizofrenia en México. *Rev Salud Mental*. 2010;33 (3):211-8.
14. Scazufca M, Kuipers E. Stability of expressed emotion in relatives of those with schizophrenia and its relationship with burden of care and perception of patients' social functioning. 1998;28(2):453-61.
15. Kohn R, Levav I, Caldas J, Vicente B, Andrade L, Caraveo J, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública*. 2005;18 (4/5):229-40.
16. Velásquez A. La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento universal. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2009; 26 (2):222-31.
17. Oliva A, Antolín L, Pertegal M, Ríos M, Parra Á. Título: Instrumentos para la evaluación de la salud mental y el desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven. Junta de Andalucía; 2014.

18. MINSA. Datos estadísticos del Hospital Víctor Larco Herrera [Internet]. Estadísticas del 2012. 2012. Disponible en: <http://www.larcoherrera.gob.pe/estadisticas/estadistica/2012.html>
19. Fabián A. Nivel de sobre carga en el cuidador familiar de pacientes con esquizofrenia del Hospital «Víctor Larco Herrera» [Tesis de Licenciatura]. [Perú]: Universidad Winer; 2015.
20. Li M. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con esquizofrenia y factores asociados en el Hospital Regional Docente las Mercedes [Internet] [Tesis de titulación]. [Chiclayo - Perú]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2014. Disponible en: [http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/303/1/TL\\_Li\\_Quiroga\\_MeyLing.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/303/1/TL_Li_Quiroga_MeyLing.pdf)
21. Mendoza G. Síndrome de sobrecarga en familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica. Rev Soc Peru Med Interna. 2013; 27 (1):12-8.
22. Caqueo A, Miranda C, Lemos S, Lee S, Ramirez M, Mascayano F. An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients. Psicothema. 2014; 26 (2):235-43.
23. León F, Perales A. Factores asociados a mayores niveles de carga familiar en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia en actual atención ambulatoria del Hospital Víctor Larco Herrera. [Internet] [Tesis de titulación]. [Lima - Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/463/1/Leon\\_sf.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/463/1/Leon_sf.pdf)
24. Lifshitz A. Estrés y Salud Mental [Internet]. Vida y salud. 2017. Disponible en: <http://www.vidaysalud.com/tema/diario/estres-y-salud-mental/>
25. Aparicio T. Diferentes tipos de esquizofrenia [Internet]. PULEVA. 2016. Disponible en: <https://www.lechepuleva.es/nutricion-y-bienestar/diferentes-tipos-de-esquizofrenia>
26. Sociedad de Esquizofrenia de British Columbia. La esquizofrenia [Internet]. 2003. Disponible en: <http://www.bcsm.org/documents/pdf/multilingual/FactSheetSpan.pdf>

27. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders [Internet]. Ginebra; 1993. Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>
28. Warner R, Girolamo G. Schizophrenia. World Health Organization Geneva; 2003.
29. Hoenig Marian J, Hamilton W. The Schizophrenic Patient in the Community and His Effect On the Household. International Journal of Social Psychiatry. 2006;12(3):165-76.
30. Roick C, Heider D, Toumi M, Angermeyer M. The impact of caregivers' characteristics, patients' conditions and regional differences on family burden in schizophrenia: a longitudinal analysis. Pubmed. 2006;114(5):363-74.
31. Ochoa S, Vilaplana M, Haro J, Villalta V, Martínez F, Negredo M, et al. Do needs, symptoms or disability of outpatients with schizophrenia influence family burden? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2008;43 (8):612-8.
32. Villamar R. Presencia del «Síndrome del cuidador» en cuidadores de pacientes con esquizofrenia ingresados en el instituto de Neurociencias de la JBG [Internet] [Tesis de Grado]. [Ecuador]: Universidad De Guayaquil; 2014. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/6283/1/TESIS%20SINDROME%20DEL%20CUIDADOR.pdf>
33. Allora J. EL CUIDADOR DEL ENFERMO ESQUIZOFRÉNICO: SOBRECARGA Y ESTADO DE SALUD. [2014];
34. Gracia E, Martínez I. El control de emociones en el trabajo: una revisión teórica del trabajo emocional [Internet]. [España]: Universitat Jaume - I; 2015. Disponible en: [http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/78950/forum\\_2004\\_14.pdf?sequence=1](http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/78950/forum_2004_14.pdf?sequence=1)
35. Caqueo A, Miranda C, Lemos S, Sau L, Ramírez M, Mascayano F. Una revisión actualizada sobre la sobrecarga en cuidadores de pacientes con esquizofrenia. Psicothema. 2015;16 (2):235-43.

36. Ribé J. El cuidador principal del paciente con esquizofrenia: Calidad de vida, carga del cuidador, apoyo social y profesional [Internet] [Tesis de Licenciatura]. [Barcelona, España]: Universidad Ramón Llull; 2014. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/146134/tesis+doctorado+ribe.pdf;jsessionid=D1965E8C991692F415B722EEB06ED5B7?sequence=1>
37. León F, Perales A. Factores asociados a mayores niveles de carga familiar en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia en actual atención ambulatoria del Hospital Víctor Larco Herrera. [Internet] [Tesis de titulación]. [Lima - Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/463/1/Leon\\_sf.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/463/1/Leon_sf.pdf)



## ANEXOS

### ENTREVISTA DE CARGA FAMILIAR OBJETIVA Y SUBJETIVA

Mediante esta entrevista queremos conocer los efectos que sobre su propia vida ha tenido la enfermedad de \_\_\_\_\_.

Los resultados de esta investigación los utilizaremos para valorar las repercusiones de los trastornos mentales en los familiares de los pacientes. Procure contestar con la mayor sinceridad y precisión posibles. Toda la información es estrictamente confidencial.

### INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE EL CUIDADOR:

- 0.- Motivo de no cumplimentación:**
- 1.- Negativa del paciente ( )
  - 2.- Negativa del cuidador ( )
  - 3. Ausencia del cuidador ( )
  - 4. Paciente autónomo ( )
  - 5.

Otras \_\_\_\_\_

#### 1.-Elección del informante:

- Elegido por el paciente como cuidador principal SI ( ) NO ( )
- Elegido por el profesional como cuidador principal SI ( ) NO ( )
- Acompañante ocasional SI ( ) NO ( )

#### 2.-Relación con el paciente:

1. Ninguna 2. Cónyuge 3. Padre/Madre 4. Hijo 5. Hermano 6. Amigo 7. Otra

**3.-Convive con el paciente:** SI ( ) NO ( )

**4.-Frecuencia de la relación:** ( )

¿Cuántas horas a la semana pasa con el paciente?

1. Menos de una hora a la semana
2. Entre 1 y 4 horas a la semana (menos de ½ hora al día)
3. De 5 a 7 horas a la semana (Entre ½ hora y 1 hora al día)
4. De 8 a 14 horas a la semana (Entre 1 hora y 2 horas al día)
5. De 15 a 21 horas a la semana (Entre 2 horas y 3 horas al día)
6. De 22 y 28 horas a la semana (Entre 3 y 4 horas al día)
7. Más de 28 horas a la semana (Más de 4 horas al día)

#### 5.-Calidad de la relación del cuidador con el paciente:

- Evaluada por el cuidador:
  - 1. Muy buena 2. Buena 3 Normal
  - 4. Regular 5. Mala 6. Muy mala
- Evaluada por el paciente:
  - 1. Muy buena 2. Buena 3 Normal
  - 4. Regular 5. Mala 6. Muy mala

**6.-Sexo del cuidador:** 1. Masculino 2. Femenino

**7.-Edad del cuidador:** ( )

**8.- Trabaja el cuidador fuera de casa:** 1. Tº total ( ) 2. Tº parcial ( ) 3. NO ( )



9.- Edad a la que el cuidador finalizó los estudios: ( )

8.- ¿Coincide el cuidador con el de la evaluación previa? : SI ( ) NO ( )

(En caso de evaluaciones seriadas)

**MODULO A: AYUDA FAMILIAR EN ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA DEL PACIENTE**

A1. ¿(NOMBRE) se ocupa de su aseo personal (bañarse, vestirse, cambiarse de ropa, cortarse el pelo, las uñas, etc.) el sólo de forma adecuada? SI ( ) NO ( )  
Si responde SI, pasar a la pregunta A2.

A1a. ¿Durante los últimos 30 días, con qué frecuencia (cuántas veces) le recordó a (NOMBRE) que tenía que mantener su aseo personal o fue necesario que le ayudara a realizarlo? Lo hizo:

(0) Ninguna (1) Menos de 1 vez por semana (2) 1 ó 2 veces por semana  
(3) 3 a 6 veces por semana (4) Todos los días

A1b. ¿En qué medida (hasta qué punto/ cuánto) le preocupó (le supuso una molestia/ le resultó incómodo/ le cambió sus planes/le "incordió") tener que recordarle a (NOMBRE) que hiciera estas cosas o ayudarle a hacerlas? Le preocupó:

(0) Nada (1) Poco (2) Bastante (3) Mucho

A1c. ¿Cuántas horas a la semana ha dedicado como media a ayudarle en su aseo personal? ( )

1. Menos de una hora a la semana
2. Entre 1 y 4 horas a la semana (menos de ½ hora al día)
3. De 5 a 7 horas a la semana (Entre ½ hora y 1 hora al día)
4. De 8 a 14 horas a la semana (Entre 1 horas y 2 horas al día)
5. De 15 a 21 horas a la semana (Entre 2 horas y 3 horas al día)
6. De 22 y 28 horas a la semana (Entre 3 y 4 horas al día)
7. Más de 28 horas a la semana (Más de 4 horas al día)

A2. ¿(NOMBRE) se ocupa por sí mismo de la medicación y la toma adecuadamente? SI ( ) NO ( )

Si responde SI, pasar a la pregunta A3.

A2a. ¿Durante los últimos 30 días, cuántas veces (con qué frecuencia) fue necesario insistir, recordar, animar o presionar a su familiar para que se tomara la medicación, o se la tuvo que dar personalmente o administrar a escondidas? Lo hizo:

(0) Ninguna/No toma medicación (1) Menos de 1 vez por semana  
(2) 1 ó 2 veces por semana (3) 3 a 6 veces por semana (4) Todos los días

A2b. ¿En qué medida (hasta qué punto/ cuánto) le preocupó (le supuso una molestia/ le resultó incómodo/ le cambió sus planes/le "incordió") tener que

recordar, presionar, insistir o forzar para que (NOMBRE) se tomara la medicación?  
Le preocupó:

(0) Nada                      (1) Poco                      (2) Bastante                      (3) Mucho

**A2c.** ¿Cuántas horas a la semana ha dedicado, como media, a que se tomara la medicación?

1. Menos de una hora a la semana
2. Entre 1 y 4 horas a la semana (menos de ½ hora al día)
3. De 5 a 7 horas a la semana (Entre ½ hora y 1 hora al día)
4. De 8 a 14 horas a la semana (Entre 1 horas y 2 horas al día)
5. De 15 a 21 horas a la semana (Entre 2 horas y 3 horas al día)
6. De 22 y 28 horas a la semana (Entre 3 y 4 horas al día)
7. Más de 28 horas a la semana (Más de 4 horas al día)

**A3.** ¿(NOMBRE) realiza las tareas de la casa que le corresponden: limpiar, barrer, fregar, hacer la cama, etc. de forma adecuada? (Valorar en el contexto de su propia familia, comparado con los hermanos y otros miembros de la familia que tareas de la casa tendría que hacer)    SI ( )    NO ( )

Si responde SI, pasar a la pregunta A4.

**A3a.** ¿Durante los últimos 30 días, cuántas veces (con qué frecuencia) le recordó, insistió o presionó a (NOMBRE) para que hiciera sus tareas de la casa o le ayudó a hacerlas? Lo hizo:

- (0) Ninguna    (1) Menos de 1 vez por semana    (2) 1 ó 2 veces por semana  
(3) 3 a 6 veces por semana    (4) Todos los días

**A3b.** ¿En qué medida (hasta qué punto/cuanto) le preocupó (le supuso una molestia/ le resultó incómodo/ le cambió sus planes/le "incordió") tener que recordar o ayudar a (NOMBRE) para que hiciera estas cosas? Le preocupó:

(0) Nada                      (1) Poco                      (2) Bastante                      (3) Mucho

**A3c.** ¿Cuántas horas a la semana ha dedicado como media hacerle las tareas domésticas propias de (NOMBRE)? ( )

1. Menos de una hora a la semana
2. Entre 1 y 4 horas a la semana (menos de ½ hora al día)
3. De 5 a 7 horas a la semana (Entre ½ hora y 1 hora al día)
4. De 8 a 14 horas a la semana (Entre 1 horas y 2 horas al día)
5. De 15 a 21 horas a la semana (Entre 2 horas y 3 horas al día)
6. De 22 y 28 horas a la semana (Entre 3 y 4 horas al día)
7. Más de 28 horas a la semana (Más de 4 horas al día)

**A4.** ¿(NOMBRE) hace la compra (de comida, ropa, y otras cosas que necesita) que tiene que hacer. SI ( )    NO ( )

Si responde SI, pasar a la pregunta A5.

**A4a.** ¿Durante los últimos 30 días, cuántas veces (con qué frecuencia) recordó, insistió o presionó a (NOMBRE) para que hiciera las compras, le ayudó a hacerlas o se las tuvo que hacer usted? Lo hizo:

- (0) Ninguna    (1) Menos de 1 vez por semana    (2) 1 ó 2 veces por semana



(3) 3 a 6 veces por semana (4) Todos los días

**A4b.** ¿En qué medida (*hasta qué punto/ cuánto*) le preocupó (*estuvo pendiente/ le supuso una molestia/ le resultó incómodo/ le cambió los planes/ le "incordió"*) tener que recordarle o ayudar a (NOMBRE) para que hiciera estas cosas? Le preocupó:

(0) Nada (1) Poco (2) Bastante (3) Mucho

**A4c.** ¿Cuántas horas a la semana ha dedicado como media a hacer compras para (NOMBRE) que hubiera hecho él si no fuera por su enfermedad? ( )

1. Menos de una hora a la semana
2. Entre 1 y 4 horas a la semana (menos de ½ hora al día)
3. De 5 a 7 horas a la semana (Entre ½ hora y 1 hora al día)
4. De 8 a 14 horas a la semana (Entre 1 horas y 2 horas al día)
5. De 15 a 21 horas a la semana (Entre 2 horas y 3 horas al día)
6. De 22 y 28 horas a la semana (Entre 3 y 4 horas al día)
7. Más de 28 horas a la semana (Más de 4 horas al día)

**A5.** ¿En las comidas, (NOMBRE) se amolda a la rutina familiar (come a las mismas horas, el mismo menú, etc)? SI ( ) NO ( )

*Si responde SI, pasar a la pregunta A6.*

**A5a.** ¿Durante los últimos 30 días, cuántas veces hizo especialmente la comida para (NOMBRE), o le ayudó a preparar la comida? Lo hizo:

(0) Ninguna (1) Menos de 1 vez por semana (2) 1 ó 2 veces por semana  
(3) 3 a 6 veces por semana (4) Todos los días

**A5b.** ¿En qué medida (*hasta qué punto/ cuánto*) le preocupó (*le supuso una molestia/ le resultó incómodo/ le cambio los planes/ le "incordió"*) tener que hacerle la comida o ayudarle a prepararla? Le preocupó:

(0) Nada (1) Poco (2) Bastante (3) Mucho

**A5c.** ¿Cuántas horas a la semana ha dedicado como media a preparar comida específicamente para él? ( )

1. Menos de una hora a la semana
2. Entre 1 y 4 horas a la semana (menos de ½ hora al día)
3. De 5 a 7 horas a la semana (Entre ½ hora y 1 hora al día)
4. De 8 a 14 horas a la semana (Entre 1 horas y 2 horas al día)
5. De 15 a 21 horas a la semana (Entre 2 horas y 3 horas al día)
6. De 22 y 28 horas a la semana (Entre 3 y 4 horas al día)
7. Más de 28 horas a la semana (Más de 4 horas al día)

**A6.** ¿(NOMBRE) puede ir solo a los sitios andando o usando los medios de transporte normales? SI ( ) NO ( )

*Si responde SI, pasar a la pregunta A7.*

**A6a.** ¿Durante los últimos 30 días, cuántas veces ha tenido que ayudar a (NOMBRE) a ir (*trasladarse a los sitios, acompañarle*) andando, en coche, en

transporte público u otros medios (*o tuvo que llevarle a los sitios porque no "sabía" ir*)? Lo hizo:

- (0) Ninguna (1) Menos de 1 vez por semana (2) 1 ó 2 veces por semana  
(3) 3 a 6 veces por semana (4) Todos los días

**A6b.** ¿En qué medida (*hasta qué punto/ cuánto*) le preocupó (*le supuso una molestia/ le resultó incómodo/ le cambió sus planes*) tener que ayudarlo a ir (*trasladarse a los sitios/acompañarlo/llevarle*)? Le preocupó:

- (0) Nada (1) Poco (2) Bastante (3) Mucho

**A6c.** ¿Cuántas horas a la semana ha dedicado como media a ayudarlo en los desplazamientos? ( )

1. Menos de una hora a la semana
2. Entre 1 y 4 horas a la semana (menos de ½ hora al día)
3. De 5 a 7 horas a la semana (Entre ½ hora y 1 hora al día)
4. De 8 a 14 horas a la semana (Entre 1 horas y 2 horas al día)
5. De 15 a 21 horas a la semana (Entre 2 horas y 3 horas al día)
6. De 22 y 28 horas a la semana (Entre 3 y 4 horas al día)
7. Más de 28 horas a la semana (Más de 4 horas al día)

**A7.** ¿(NOMBRE) se maneja y administra sólo el dinero? SI ( ) NO ( )  
*Si responde SI, pasar a la pregunta A8.*

**A7a.** ¿Durante los últimos 30 días, cuántas veces ayudó a (NOMBRE) a administrar el dinero o lo administró usted directamente (*le dio dinero en pequeñas cantidades para que no lo malgaste, hizo pagos en su nombre, manejó las cuentas de ahorro, fue a los bancos, etc*)? Lo hizo:

- (0) Ninguna (1) Menos de 1 vez por semana (2) 1 ó 2 veces por semana  
(3) 3 a 6 veces por semana (4) Todos los días

**A7b.** ¿En qué medida (*hasta qué punto/ cuánto*) le preocupó (*le supuso una molestia/ le resultó incómodo/ le cambió los planes*) tener que ayudarlo en el manejo del dinero? Le preocupó:

- (0) Nada (1) Poco (2) Bastante (3) Mucho

**A7c.** ¿Cuántas horas a la semana ha dedicado como media en administrarle el dinero? ( )

1. Menos de una hora a la semana
2. Entre 1 y 4 horas a la semana (menos de ½ hora al día)
3. De 5 a 7 horas a la semana (Entre ½ hora y 1 hora al día)
4. De 8 a 14 horas a la semana (Entre 1 horas y 2 horas al día)
5. De 15 a 21 horas a la semana (Entre 2 horas y 3 horas al día)
6. De 22 y 28 horas a la semana (Entre 3 y 4 horas al día)
7. Más de 28 horas a la semana (Más de 4 horas al día)

**A8.** ¿(NOMBRE) organiza bien el tiempo : cumple los horarios, acude al trabajo o a los estudios, ocupa su tiempo libre en entretenerse, etc. SI ( ) NO ( )  
*Si responde SI, pasar a la pregunta A9.*



**A8a.** ¿Durante los **últimos 30 días**, cuántas veces tuvo que intervenir para que (NOMBRE) no malgastase el tiempo o permaneciese ocioso y lo emplease en actividades como trabajar, estudiar, divertirse o visitar a los amigos? Lo hizo:

- (0) Ninguna (1) Menos de 1 vez por semana (2) 1 ó 2 veces por semana  
(3) 3 a 6 veces por semana (4) Todos los días

**A8b.** ¿En qué medida (*hasta qué punto/ cuánto*) le preocupó (*le supuso una molestia/ le resultó incómodo/ le cambió los planes*) tener que ayudar a (NOMBRE) a utilizar bien su tiempo (a organizarse los horarios, a organizarse el tiempo)? Le preocupó:

- (0) Nada (1) Poco (2) Bastante (3) Mucho

**A8c.** ¿Cuántas horas a la semana ha dedicado como media en hacerle compañía porque no le quería dejar solo o en acompañarle a actividades sociales y de entretenimiento (cine, restaurantes, paseos, etc.) porque no tenía con quién ir o porque quería estimularle a “hacer algo”? ( )

1. Menos de una hora a la semana
2. Entre 1 y 4 horas a la semana (menos de ½ hora al día)
3. De 5 a 7 horas a la semana (Entre ½ hora y 1 hora al día)
4. De 8 a 14 horas a la semana (Entre 1 horas y 2 horas al día)
5. De 15 a 21 horas a la semana (Entre 2 horas y 3 horas al día)
6. De 22 y 28 horas a la semana (Entre 3 y 4 horas al día)
7. Más de 28 horas a la semana (Más de 4 horas al día)

**A9.** ¿(NOMBRE) **acude solo a las consultas, revisiones, centros de tratamiento, etc?** SI ( ) NO ( )

*Si responde SI, pasar a la pregunta A10.*

**A9a.** ¿Durante los **últimos 30 días**, cuántas veces tuvo que acompañar a (NOMBRE) a las consultas, revisiones, o centros de tratamiento? Lo hizo:

- (0) Ninguna (1) Menos de 1 vez por semana (2) 1 ó 2 veces por semana  
(3) 3 a 6 veces por semana (4) Todos los días

**A9b.** ¿En qué medida (*hasta qué punto/ cuánto*) le preocupó (*le supuso una molestia/ le resultó incómodo/ le cambió los planes*) tener que acompañar a (NOMBRE) las consultas, revisiones, centros, etc.? Le preocupó:

- (0) Nada (1) Poco (2) Bastante (3) Mucho

**A9c.** ¿Cuántas horas a la semana ha dedicado como media a acompañar a (NOMBRE) a las consultas, revisiones, centros de tratamiento, etc.? ( )

1. Menos de una hora a la semana
2. Entre 1 y 4 horas a la semana (menos de ½ hora al día)
3. De 5 a 7 horas a la semana (Entre ½ hora y 1 hora al día)
4. De 8 a 14 horas a la semana (Entre 1 horas y 2 horas al día)
5. De 15 a 21 horas a la semana (Entre 2 horas y 3 horas al día)
6. De 22 y 28 horas a la semana (Entre 3 y 4 horas al día)
7. Más de 28 horas a la semana (Más de 4 horas al día)

**A10.** ¿(NOMBRE) realiza por si mismo las gestiones administrativas, “papeleos”, solicitudes de trabajo, pensiones, etc. SI ( ) NO ( )

*Si responde SI, pasar a la sección B.*

**A10a.** ¿Durante los últimos 30 días, cuántas veces tuvo que realizar gestiones o “papeleos” para (NOMBRE)? Lo hizo:

- (0) Ninguna (1) Menos de 1 vez por semana (2) 1 ó 2 veces por semana  
(3) 3 a 6 veces por semana (4) Todos los días

**A10b.** ¿En qué medida (*hasta qué punto/ cuánto*) le preocupó (*le supuso una molestia/ le resultó incómodo/ le cambió los planes*) tener que realizar las gestiones o “papeleos” a (NOMBRE)? Le preocupó:

- (0) Nada (1) Poco (2) Bastante (3) Mucho

**A10c.** ¿Cuántas horas a la semana ha dedicado como media a realizar las gestiones o “papeleos” a (NOMBRE).? ( )

1. Menos de una hora a la semana
2. Entre 1 y 4 horas a la semana (menos de ½ hora al día)
3. De 5 a 7 horas a la semana (Entre ½ hora y 1 hora al día)
4. De 8 a 14 horas a la semana (Entre 1 horas y 2 horas al día)
5. De 15 a 21 horas a la semana (Entre 2 horas y 3 horas al día)
6. De 22 y 28 horas a la semana (Entre 3 y 4 horas al día)
7. Más de 28 horas a la semana (Más de 4 horas al día)

#### **MODULO B: CONTENCION DE COMPORTAMIENTOS ALTERADOS**

En ocasiones, las personas que sufren una enfermedad mental pueden presentar comportamientos extraños y llamativos, hacer cosas que molestan a los demás, ó - en ocasiones- romper cosas o incluso estar agresivos con otras personas o agredirse a sí mismos. En estos casos, las familias y amigos suelen intervenir para tratar de evitarlo. Puede que esto no le haya pasado nunca a (NOMBRE) pero, en cualquier caso, por favor preste atención a las siguientes preguntas.

**B1.** ¿En ocasiones (NOMBRE) se comporta de forma extravagante, embarazosa, molesta o inadecuada, de tal forma que puede sentir usted vergüenza o incomodidad? SI ( ) NO ( )

*Si responde NO, pasar a la pregunta B2.*

**B1a.** ¿Durante los últimos 30 días, cuántas veces (con qué frecuencia) ha intervenido para prevenir, evitar o solucionar las consecuencias de estos comportamientos? Lo hizo:

- (0) Ninguna (1) Menos de 1 vez por semana (2) 1 ó 2 veces por semana  
(3) 3 a 6 veces por semana (4) Todos los días

**B1b.** ¿En qué medida lo pasó mal, (*se preocupó, se sintió molesto o incómodo*) por los comportamientos inadecuados de (NOMBRE)? Le preocupó:

- (0) Nada (1) Poco (2) Bastante (3) Mucho



**B2. ¿(NOMBRE) hace cosas para llamar la atención, o para que todo el mundo esté pendiente de él? SI ( ) NO ( )**

*Si responde NO, pasar a la pregunta B3.*

**B2a. ¿Durante los últimos 30 días, cuántas veces (con qué frecuencia) intentó prevenir o tuvo que cortar las excesivas demandas de atención de (NOMBRE)? Lo hizo:**

- (0) Ninguna (1) Menos de 1 vez por semana (2) 1 ó 2 veces por semana  
(3) 3 a 6 veces por semana (4) Todos los días

**B2b. ¿En qué medida lo pasó mal, (se preocupó, se sintió molesto o incómodo) por las llamadas de atención de (NOMBRE)? Le preocupó:**

- (0) Nada (1) Poco (2) Bastante (3) Mucho

**B3. ¿Por las noches (NOMBRE) ocasiona molestias a los demás por su actividad o por sus comportamientos? SI ( ) NO ( )**

*Si responde NO, pasar a la pregunta B4.*

**B3a. ¿Durante los últimos 30 días, cuántas veces (con qué frecuencia) ha intervenido para prevenir, evitar o solucionar las consecuencias de estos comportamientos? Lo hizo:**

- (0) Ninguna (1) Menos de 1 vez por semana (2) 1 ó 2 veces por semana  
(3) 3 a 6 veces por semana (4) Todos los días

**B3b. ¿En qué medida lo pasó mal, (se preocupó, se sintió molesto o incómodo) por este motivo? Le preocupó:**

- (0) Nada (1) Poco (2) Bastante (3) Mucho

**B4. ¿En ocasiones (NOMBRE) ha insultado, amenazado o atacado a otras personas? SI ( ) NO ( )** *Si responde NO, pasar a la pregunta B5.*

**B4a. ¿Durante los últimos 30 días, cuántas veces (con qué frecuencia) ha tenido que intervenir o hacer algo para prevenirlo o solucionar las consecuencias de los comportamientos agresivos de (NOMBRE)? Lo hizo:**

- (0) Ninguna (1) Menos de 1 vez por semana (2) 1 ó 2 veces por semana  
(3) 3 a 6 veces por semana (4) Todos los días

**B4b. ¿En qué medida lo pasó mal, (se preocupó, se sintió molesto o incómodo) por el riesgo de que (NOMBRE) hiciese daño (le hiciese pasar un mal rato) a alguien?**

- (0) Nada (1) Poco (2) Bastante (3) Mucho

**B5. ¿Ha manifestado (NOMBRE) deseos de muerte, ideas de suicidio o ha intentado suicidarse en alguna ocasión? SI ( ) NO ( )**

*Si responde NO, pasar a la pregunta B6.*

**B5a. ¿Durante los últimos 30 días, cuántas veces (con qué frecuencia) ha hecho cosas para quitarle esa idea de la cabeza o evitar que intentara suicidarse? Lo hizo:**

- (0) Ninguna (1) Menos de 1 vez por semana (2) 1 ó 2 veces por semana  
(3) 3 a 6 veces por semana (4) Todos los días

**B5b.** ¿En qué medida lo pasó mal, (*se preocupó, se sintió molesto o incómodo*) por los comentarios, planes o intentos de suicidio de (NOMBRE)? Le preocupó:  
(0) Nada (1) Poco (2) Bastante (3) Mucho

**B6.** ¿Abusa (NOMBRE) del alcohol? SI ( ) NO ( )  
*Si responde NO, pasar a la pregunta B7.*

**B6a.** ¿Durante los últimos 30 días, cuántas veces (con qué frecuencia) ha intervenido para prevenir, evitar o solucionar las consecuencias del abuso de alcohol? Lo hizo:  
(0) Ninguna (1) Menos de 1 vez por semana (2) 1 ó 2 veces por semana  
(3) 3 a 6 veces por semana (4) Todos los días

**B6b.** ¿En qué medida lo pasó mal, (*se preocupó, se sintió molesto o incómodo*) por los problemas de (NOMBRE) con el alcohol? Le preocupó:  
(0) Nada (1) Poco (2) Bastante (3) Mucho

**B7.** ¿Toma (NOMBRE) drogas? SI ( ) NO ( )  
*Si responde NO, pasar la pregunta B8.*

**B7a.** ¿Durante los últimos 30 días, cuántas veces (con qué frecuencia) ha intervenido para prevenir, evitar o solucionar las consecuencias de su consumo de drogas? Lo hizo:  
(0) Ninguna (1) Menos de 1 vez por semana (2) 1 ó 2 veces por semana  
(3) 3 a 6 veces por semana (4) Todos los días

**B7b.** ¿En qué medida lo pasó mal, (*se preocupó, se sintió molesto o incómodo*) por el problema con las drogas de (NOMBRE)? Le preocupó:  
(0) Nada (1) Poco (2) Bastante (3) Mucho

**BC.** ¿Cuántas horas como media a la semana ha dedicado a controlar y contener los comportamientos de (NOMBRE) a fin de evitar conductas inadecuadas, molestas y problemáticas?

1. Menos de una hora a la semana
2. Entre 1 y 4 horas a la semana (menos de ½ hora al día)
3. De 5 a 7 horas a la semana (Entre ½ hora y 1 hora al día)
4. De 8 a 14 horas a la semana (Entre 1 horas y 2 horas al día)
5. De 15 a 21 horas a la semana (Entre 2 horas y 3 horas al día)
6. De 22 y 28 horas a la semana (Entre 3 y 4 horas al día)
7. Más de 28 horas a la semana (Más de 4 horas al día)

#### **MODULO D: CAMBIOS EN LA RUTINA DIARIA DEL CUIDADOR**

**D1a.** ¿Durante los últimos 30 días, cuántas veces faltó (*tuvo que dejar de ir*) o llegó tarde al trabajo (a su ocupación o sus estudios) por tener que ocuparse de (NOMBRE)? Lo hizo:

- (0) Ninguna (1) Menos de 1 vez por semana (2) 1 ó 2 veces por semana  
(3) 3 a 6 veces por semana (4) Todos los días

**D1a2.** ¿Cuántos días en el último mes ha faltado al trabajo total o parcialmente para atender necesidades de (NOMBRE)? \_\_\_\_\_

**D1a3.** Anotar las “jornadas equivalentes completas” (cuántas jornadas completas faltó durante el último mes sumando todas las horas empleadas en atender al paciente) \_\_\_\_\_



**D1b. ¿Durante los últimos 30 días, cuántas veces tuvo que cambiar, interrumpir o alterar sus planes de diversión, sus actividades sociales o de ocio para atender a (NOMBRE)? Lo hizo:**

- (0) Ninguna (1) Menos de 1 vez por semana (2) 1 ó 2 veces por semana  
(3) 3 a 6 veces por semana (4) Todos los días

**D1c. ¿Durante los últimos 30 días, cuántas veces tuvo que cambiar, interrumpir o alterar las labores de la casa y la rutina doméstica para atender a (NOMBRE)? Lo hizo:**

- (0) Ninguna (1) Menos de 1 vez por semana (2) 1 ó 2 veces por semana  
(3) 3 a 6 veces por semana (4) Todos los días

**D1d. ¿Durante los últimos 30 días, cuántas veces el cuidar de (NOMBRE) le impidió dedicar a otros miembros de la familia el tiempo y la atención que necesitaban? Lo hizo:**

- (0) Ninguna (1) Menos de 1 vez por semana (2) 1 ó 2 veces por semana  
(3) 3 a 6 veces por semana (4) Todos los días

**D2. ¿La enfermedad de (NOMBRE) le ha obligado a realizar cambios más o menos permanentes en su rutina diaria, trabajo, o vida social como por ejemplo : (PUEDE MARCAR CON UN CIRCULO MAS DE UNA RESPUESTA)**

	SI	NO
d2a. trabajar menos o dejar de trabajar	1	0
d2b. retirarse antes de lo planeado	1	0
d2c. no tener vida social	1	0
d2e. perder las amistades	1	0
d2f. no tener vacaciones	1	0
d2g. Otros: especificar	1	0
_____	1	0

## **MODULO E: MOTIVOS DE PREOCUPACION POR EL PACIENTE**

Nos gustaría preguntarle sobre algunos aspectos de la vida de (NOMBRE) que pueden causarle a usted **preocupación, desasosiego, malestar, agobio u “obsesión”**.

**E1.** Le preocupa la **seguridad** (*la integridad física*) de (NOMBRE) (que le pueda pasar algo malo : tener un accidente, una pelea, fugarse, etc) :

- (4) siempre o casi (3) frecuentemente (2) algunas veces (1) pocas veces (0) nunca

**E2.** Está usted preocupado porque (NOMBRE) puede no estar correctamente atendido, o no estar recibiendo un buen **tratamiento** (*adecuado, correcto y de calidad, suficiente*) para su enfermedad:

- (4) siempre o casi (3) frecuentemente (2) algunas veces (1) pocas veces (0) nunca

**E1c.** Le preocupa que (NOMBRE) no tenga una adecuada **vida social**, que no se relacione, ni salga de casa, que tenga pocos amigos o por el contrario que salga con gente o amigos que no le convienen:

- (4) siempre o casi (3) frecuentemente (2) algunas veces (1) pocas veces (0) nunca

**E1d.** Le preocupa la **salud física** (*enfermedades orgánicas*) de (NOMBRE) más de lo habitual (comparado con otras personas de su entorno, de su edad) :

(4) siempre o casi (3) frecuentemente (2) algunas veces (1) pocas veces (0) nunca

**E1e.** Le preocupa que (NOMBRE) no se las arregle bien en la **vida cotidiana** (*en el día a día*) (comparado con otras personas de su misma edad y de su entorno.) :

(4) siempre o casi (3) frecuentemente (2) algunas veces (1) pocas veces (0) nunca

**E1f.** Le preocupa cómo (NOMBRE) manejaría el **dinero** (*solucionaría sus problemas económicos*) si usted no estuviera ahí para ayudarle:

(4) siempre o casi (3) frecuentemente (2) algunas veces (1) pocas veces (0) nunca

**E1g.** Le preocupa el **futuro** que le espera a (NOMBRE) más de lo que le preocuparía si no estuviera enfermo:

(4) siempre o casi (3) frecuentemente (2) algunas veces (1) pocas veces (0) nunca





**Carta de aceptación de la Dirección del Hospital en el que se ha realizado el trabajo.**



Jesús María, 01 de abril de 2015

**OFICIO N° 314 - 2015-D-FOE-USMP**

Doctora  
**CRISTINA EQUIGUREN LI**  
Directora General  
Hospital Victor Larco Herrera  
Presente.-

Ref.: Oficio N°019-2015-DG-HVLH/IGSS

**CARGO**



De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente y en atención al oficio de la referencia, remitirle adjunto el Proyecto de Tesis de Srta. **María Consuelo Gallardo Reyes**, egresada de la Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad a mi cargo, para el desarrollo de su trabajo de investigación titulada: **"CARGA DE LOS CUIDADORES FAMILIARES PRINCIPALES DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA - MAGDALENA 2014"**, a fin de cumplir con el trámite respectivo.

Agradeciendo la atención que le brinde al presente, hago propicia la ocasión para manifestarle mi aprecio y estima.

Atentamente,  
  
Dra. Hilda Baca Neglia  
Decana

HBN:shr  
Adj.: 01 Proyecto de Tesis - M. Gallardo Reyes

Facultad de Obstetricia y Enfermería  
Av. Salaverry N° 1136 - Jesús María  
Tel: 471-1171 / 471-9682 / 471-6791

## Consentimiento informado

### Anexo 1

#### Consentimiento Informado

Acepto libre y voluntariamente ser participante del Proyecto de Investigación que conduce la Bachiller Enfermera María Gallardo Reyes en el Hospital Víctor Larco Herrera .

Entiendo que el propósito de la investigación es el de entender mejor la sobrecarga familiar como cuidadores principales en pacientes con esquizofrenia que asisten a consulta externa y así mejorar los programas recibidos. También entiendo que si participo en el proyecto, me preguntarán sobre aspectos relacionados a mis sentimientos, pensamientos y acciones que tomo ante situaciones que me generan malestar.

Asimismo, se me ha explicado que me entrevistarán y llenaré cuestionarios. Entiendo que mi participación es totalmente voluntaria, y que si deseo, puedo retirarme en cualquier momento. Se me ha explicado que las respuestas a los cuestionarios son de carácter confidencial y que nadie tendrá acceso a ellas. Asimismo, que mis datos personales también se mantendrán confidenciales y se me identificará dentro del estudio mediante un código.

Entiendo que los resultados de la investigación serán presentados de manera grupal, no individual, por lo que no se mencionarán mis datos personales ni mis respuestas en ningún momento.

He leído y entendido este consentimiento informado.

El día \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

---

Firma

## Anexo 1

### Consentimiento Informado

Acepto libre y voluntariamente ser participante del Proyecto de Investigación que conduce la Bachiller Enfermera María Gallardo Reyes en el Hospital Víctor Larco Herrera .

Entiendo que el propósito de la investigación es el de entender mejor la sobrecarga familiar como cuidadores principales en pacientes con esquizofrenia que asisten a consulta externa y así mejorar los programas recibidos. También entiendo que si participo en el proyecto, me preguntarán sobre aspectos relacionados a mis sentimientos, pensamientos y acciones que tomo ante situaciones que me generan malestar.

Asimismo, se me ha explicado que me entrevistarán y llenaré cuestionarios. Entiendo que mi participación es totalmente voluntaria, y que si deseo, puedo retirarme en cualquier momento. Se me ha explicado que las respuestas a los cuestionarios son de carácter confidencial y que nadie tendrá acceso a ellas. Asimismo, que mis datos personales también se mantendrán confidenciales y se me identificará dentro del estudio mediante un código.

Entiendo que los resultados de la investigación serán presentados de manera grupal, no individual, por lo que no se mencionarán mis datos personales ni mis respuestas en ningún momento.

He leído y entendido este consentimiento informado.

El día 18 del mes Noviembre del año 2016



Firma

Nombre: Samela Ausa Candenas  
Dirección: Felipe Pando y Aliaga 119, Callao.  
teléfono: 2256416



**Anexo 1**

**Consentimiento Informado**

Acepto libre y voluntariamente ser participante del Proyecto de Investigación que conduce la Bachiller Enfermera María Gallardo Reyes en el Hospital Víctor Larco Herrera .

Entiendo que el propósito de la investigación es el de entender mejor la sobrecarga familiar como cuidadores principales en pacientes con esquizofrenia que asisten a consulta externa y así mejorar los programas recibidos. También entiendo que si participo en el proyecto, me preguntarán sobre aspectos relacionados a mis sentimientos, pensamientos y acciones que tomo ante situaciones que me generan malestar.

Asimismo, se me ha explicado que me entrevistarán y llenaré cuestionarios. Entiendo que mi participación es totalmente voluntaria, y que si deseo, puedo retirarme en cualquier momento. Se me ha explicado que las respuestas a los cuestionarios son de carácter confidencial y que nadie tendrá acceso a ellas. Asimismo, que mis datos personales también se mantendrán confidenciales y se me identificará dentro del estudio mediante un código.

Entiendo que los resultados de la investigación serán presentados de manera grupal, no individual, por lo que no se mencionarán mis datos personales ni mis respuestas en ningún momento.

He leído y entendido este consentimiento informado.

El día 4 del mes Octubre del año 2016



Firma

Nombre: Miriam Campos Orihuela

Dirección: Calle Pedro Tejada 183, hogar policial VMT

teléfono: No tiene