

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMAN GUERRERO

ESCUELA DE RESIDENTADO MEDICO Y ESPECIALIZACION

**SOBRECARGA EMOCIONAL EN FAMILIARES CUIDADORES DE
PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO
ALMENARA IRIGOYEN 2020**



**PROYECTO DE INVESTIGACION PARA OPTAR AL TITULO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA**

PRESENTADO POR DANA E SARE D SANCHEZ CALLE

LIMA PERU 2020

Índice

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

1.2 Formulación del problema

1.3 Objetivos

1.4 Justificación

1.5 Delimitaciones

1.6 Viabilidad

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.2 Bases teóricas

2.3 Definiciones conceptuales

2.4 Hipótesis

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

3.2 Diseño de investigación

3.3 Población y muestra

3.4 Operacionalización de variables

3.5 Técnicas de recolección de datos. Instrumentos

3.6 Técnicas para el procesamiento de la información

3.7 Aspectos éticos

CAPÍTULO IV RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 Recursos

4.2 Cronograma

4.3 Presupuesto

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

1. Matriz de consistencia
2. Instrumentos de recolección de datos
3. Solicitud de permiso institucional
4. Consentimiento informado
5. Escala de Zarit

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La OMS define a la Según la esquizofrenia como una enfermedad mental grave, crónica , sin cura y afecta a más de 21 millones de personas en el mundoa, de estos; 12 millones son varones y 9 millones del sexo femenino.¹ Se caracteriza por tener un inicio temprano en la mayoría de los casos, la edad de inicio en hombre es entre los 15 a 25 años y en mujeres de 25 a 35 años; observándose que en pacientes de sexo femenino hay menor deterioro a pesar de tener la misma prevalencia entre ambos sexos. El riesgo de padecer esta enfermedad se calcula en aproximadamente 1% para la población general, y una incidencia aproximada de 2 millones de casos a nivel mundial, lo que conlleva un elevado costo humano y económico.²

Se asocia a un grado considerable de discapacidad en diversas áreas, como la laboral, educativa, social, familiar, personal y física, la OMS indica que estos pacientes tienen entre 2 a 2.5 veces más probabilidad de morir a edad temprana, comparada con la población general.¹ La enfermedad produce una mengua en sus capacidades mentales, afectando los procesos del pensamiento, la percepción, las emociones, el lenguaje, la conciencia del yo, la conciencia misma, los instintos y la voluntad, es por este motivo que a menudo necesitan asistencia constante. Esta resulta una enfermedad estresante no solo para la persona que la padece, sino para los miembros de la familia y para el cuidador, que ve afectada su salud física, mental y disminución de la calidad de vida. Los estudios han demostrado que los cuidadores de pacientes con esquizofrenia perciben su carga emocional demasiado alta, y esta percepción se puede ver afectada por variables, demográficas, económicas y culturales. ⁵

Alrededor del 50-80% de los pacientes viven o mantienen un vínculo con los miembros de la familia, depende de estos en varios aspectos, para obtener cuidados, vivienda, soporte emocional, soporte económico. En la mayoría de los casos se puede observar que el cuidado recae sobre un miembro de la familia. En base a esto, se han realizado estudios, para intentar encontrar la relación entre los síntomas de los pacientes y el nivel de sobrecarga emocional. ⁶

Razón por la cual es necesario tomar en cuenta que el tratamiento, involucra al paciente, a su entorno familiar y al cuidador. Ciertos estudios determinaron que factores como género, educación, trabajo estado, participación en programas relacionados con esquizofrenia, fueron las principales variables que afectan la salud mental de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia. Un mayor estado de independencia en las actividades de vida diaria de estos pacientes reduce la carga emocional en sus cuidadores. ⁵ De hecho, el estrés experimentado por los

cuidadores durante un episodio o crisis a veces puede obstaculizar la recuperación e incluso conducir a una recaída.⁷

Por lo que en lugar de estigmatizar a estos pacientes y excluirlos de sociedad, es necesario proporcionarles cuidado con la reintegración capacitándolos; esto no solo beneficia al paciente, sino a la carga que lleva el cuidador.

Tanto el tratamiento farmacológico como la psicoeducación son pilares importantes para lograr la recuperación del paciente y como disminuir la carga que asume el cuidador, por ello en varias guías de prácticas recomiendan su uso, No obstante, varios ensayos clínicos han demostrado que los programas breves de psicoeducación pueden mejorar la recuperación sintomática, reducir las recaídas y mejorar los resultados a corto plazo para la psicosis y la esquizofrenia.⁷

En Lima Metropolitana el nivel de prevalencia de episodio psicótico es 1.3% y la esquizofrenia se coloca entre las 20 primeras causas de carga de enfermedad. En nuestra realidad como en otros países latinoamericanos es común que el cuidado del enfermo con esquizofrenia caiga en manos de un familiar del paciente. Se han hecho estudios en otras realidades sin embargo los resultados no pueden ser extrapolables a nuestra realidad, por lo cual es necesario tener estudios locales.³

Actualmente existen diversos instrumentos psicométricos a disposición para poder medir la carga objetiva y/o subjetiva a la que están enfrentados los cuidadores de enfermos con patologías crónicas. Entre estos, se cuenta con la “Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit”, que se ha adaptado a diversas realidades, ha sido traducida y validada para la aplicación en otros idiomas, entre ellos el español..

Es importante realizar una evaluación para conocer la sobrecarga que tiene el cuidador de un paciente con esquizofrenia, comprometerlos no solo en el cuidado del enfermo, sino en el del propio, ya que el declive de la salud de este repercute en el cuidado del paciente. Es importante darle el soporte adecuado y realizar la psicoeducación correspondiente, que en muchas realidades ha visto ser beneficiosa, para ambos.

El objetivo del presente estudio es conocer el nivel de sobrecarga emocional en familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en 2020, y que esto sirva como base para posteriores estudios y o realizar guías de práctica.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son las características y sobrecarga emocional en los familiares cuidadores en pacientes con Esquizofrenia en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2020?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar las características y sobrecarga emocional en familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en el 2020

1.3.2 Objetivos específicos

- Conocer las características sociodemográficas de los cuidadores familiares de los pacientes con esquizofrenia cuidados por familiares, que son atendidos en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en 2020.
- Conocer las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con esquizofrenia cuidados por familiares, que son atendidos en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en 2020.
- Determinar la prevalencia del nivel de sobrecarga emocional en familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia utilizando la escala de Zarit, en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en 2020.
- Relacionar el nivel de sobrecarga emocional del cuidador familiar evaluado por la escala de Zarit, con las características sociodemográficas y clínicas del paciente con esquizofrenia cuidados por familiares, que son atendidos en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en 2020.

1.4 Justificación del estudio

La esquizofrenia es una enfermedad que causa gran deterioro personal y familiar, por lo cual la persona que la padece en muchas ocasiones requiere asistencia, especialmente cuando hay una mayor agresividad de la enfermedad, un pobre soporte, por lo cual es necesario una adecuada psicoeducación tanto para quien la padece como para su entorno. La labor del cuidador, es un trabajo muchas veces sub valorado, Graf y Sainsbury en 1963 por primera vez, daban alerta sobre el concepto de carga para describir

las consecuencias físicas, emocionales y económicas percibida por los familiares encargados de cuidar en el domicilio a los individuos afectados por alguna enfermedad mental.⁽²⁾ Esta situación se vuelve una carga creciente para las personas involucradas que posteriormente genera agotamiento, disminución de la calidad de vida tanto del afectado como de sus cuidadores.

Siendo la incidencia de Esquizofrenia en el Perú de 1% aproximadamente y las regiones más afectadas las zonas urbanas, cuyos cuidadores no se encuentra capacitados en la mayoría de casos para dicha labor, es necesario tomarlo en cuenta como precedente y los resultado para poder elaborar una guía de práctica para los cuidadores con participación multidisciplinaria a fin de cuidar la salud física y mental de los involucrados y proteger la economía de la familia, de la Institución y por ende del país, de este modo brindarles a los cuidadores las herramientas adecuadas para continuar su labor, como se hace en otras realidades.

1.5 Delimitación

Cuidadores familiares mayores de 18 y menores de 60 años, con un nivel de relación familiar verificable, que estén a cargo del cuidado de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide, que por dicho diagnóstico hayan sido hospitalizados en el servicio de Psiquiatría de Adultos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante los meses de junio a diciembre del año 2020.

1.6 Viabilidad

El trabajo de investigación es viable, porque la institución autoriza la investigación, se cuenta con el apoyo de los especialistas y los recursos necesarios para desarrollarla. Se accederá al sistema de Historias Clínicas Electrónicas SGSS, Historias Clínicas físicas que se encuentran en el archivo de la institución y se tomará en cuenta a los pacientes diagnosticados de Esquizofrenia paranoide que acuden al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, durante el periodo establecido

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de investigación

Mc Williams, Stephen et al en su estudio de seguimiento retrospectivo de casos y controles "Schizophrenia: A five-year follow-up of patient outcome following psycho-education for caregivers", halló que los pacientes cuyos cuidadores aprendieron más del curso de psicoeducación de seis semanas tuvieron un tiempo significativamente más largo hasta la recaída ($P=0.04$) y una estadía significativamente más corta durante su primera recaída ($P<0.05$). Los pacientes cuyos cuidadores asistieron al curso, independiente de cuánto aprendieron, tuvieron menos recaídas ($P<0.01$), mayor tiempo entre recaída ($P<0.01$), menor estadía durante su primera recaída ($P<0.01$) y un menor número de días de cama durante cinco años ($P<0.01$). El estudio concluyó que las personas con esquizofrenia o psicosis esquizofreniforme cuyos familiares realizan un breve programa de educación psicopedagógica tienen menos probabilidades de recaer en los siguientes cinco años que aquellos cuyos familiares no lo hacen.

Sally Wai-chi Chan et al se realizaron un ensayo controlado aleatorio "Evaluation of a psychoeducation program for Chinese clients with schizophrenia and their family caregivers. Patient Education and Counseling", se observó un mayor cuidado por el varón con esquizofrenia en comparación a la mujer, que se explica como una situación cultural; y que las personas al cuidado de estos pacientes eran principalmente las madres que contaban con ingresos mensuales bajos. Así mismo concluyendo que la intervención de psicoeducación tuvo efectos positivos en los pacientes chinos y sus cuidadores; respecto a la adhesión al tratamiento, y al conocimiento del paciente sobre su enfermedad mental. Por otra parte, los cuidadores vieron una mejora en su percepción de la carga familiar, su autoeficacia y su satisfacción con el apoyo social.

S. Vasudeva et al en su estudio "Caregivers Burden of Patients with Schizophrenia and Bipolar Disorder: A Sectional Study" encontraron que los cuidadores del grupo de esquizofrenia tuvieron significativamente mayor puntaje de carga total en comparación con los cuidadores de trastorno bipolar ($P < 0.05$) consistente con estudios anteriores. La perturbación en las actividades diarias de los cuidadores fue otro aspecto importante de la carga, debido a que la esquizofrenia es una enfermedad crónica necesita un seguimiento a largo plazo y los cuidadores deben acompañar al paciente cada vez que consulta. Como consecuencia, los cuidadores no tienen tiempo para cuidar su salud y actividades. Su comportamiento causó interrupción de la interacción y actividades familiares y fue muy angustiante para los cuidadores de la

esquizofrenia. Finalmente se vio que era más beneficioso contar con un sistema familiar extendido, respecto a familiar nucleares, que muestran mayor carga.

Li-Quiroga, Mey-Ling et al en su estudio transversal descriptivo con análisis exploratorio “Nivel en su estudio de sobrecarga emocional en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia en un hospital público de Lambayeque-Perú” encontró una elevada sobrecarga emocional de familiares cuidadores (72,95%), entre los cuales la más frecuente es la sobrecarga leve (69,66%). Las mayores frecuencias se encontraron en el cuidador: cónyuge (94,12%), padre (94,44%) y en cuidador sin instrucción (90,00%); estos resultados sugieren la necesidad de realizar intervenciones que permitan identificar y afrontar este problema.

Correa Loayza, Dicia Eny en su estudio de tipo cuantitativo, de nivel aplicativo y de corte transversal, “Nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia que asisten a un servicio de salud – 2014”, en el estudio realizó mediante encuesta intradomiciliaria a 33 cuidadores familiares cuyos pacientes eran tratados en el Centro de salud mental de Reus ; para, que en su mayoría era población femenina, usándose como instrumento la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. Se encontró que la sobrecarga que experimentan era leve, siendo la dimensión Impacto del cuidado sobre el cuidador es la más afectada. El estudio reveló que la mayoría de los cuidadores, tienen edades entre 40-49 años (30.35%). De todos los cuidadores, el 51.5% tienen educación primaria, 39.4% educación secundaria y solo 9.1% tienen una educación superior. El 48.5%, tiene sobrecarga leve, el 27.3% sobrecarga intensa y el 24.2% no presenta sobrecarga. Además, en dicho estudio se observó que el 51.5% Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar, además siente que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar y además que desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona.

A Martínez et al, en su estudio “Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: factores determinantes” evaluaron la carga de 67 cuidadores de pacientes esquizofrénicos; la relación entre las dimensiones de la carga familiar y las características del paciente, del cuidador, los síntomas de la enfermedad y la discapacidad asociada a la misma; para las mediciones usaron instrumentos como; la entrevista de carga familiar objetiva y subjetiva (ECFOS). Exploración psicopatológica mediante la Escala de Evaluación del Síndrome Positivo y Negativo (PANSS) y la discapacidad se evaluó por la Escala de Evaluación del Funcionamiento General y Social del DSM-IV (GAF) y la Escala de Evaluación de Discapacidad de la OMS (DAS). De dicho estudio se obtuvieron los siguientes resultados; GAF clínico ($49,24 \pm 14,88$); social ($45,41 \pm 13,89$) y global ($47,48 \pm 13,79$) lo que indica niveles moderados de alteración del funcionamiento general. El DAS cuidado personal ($0,631 \pm 0,821$) indica una

alteración leve; funcionamiento familiar ($1,446 \pm 1,5$) y social ($2,0 \pm 1,311$) una alteración moderada y ocupacional ($3,815 \pm 1,960$) una alteración grave. El 73,8% de los pacientes eran varones; de edad media ($39,42 \pm 10,95$); 81,5% solteros; 73,8% no habían finalizado la secundaria; 78,5% no tenían empleo remunerado; el 76,9% vivían con la familia de origen. La edad media del cuidador era 55 años. El parentesco de los cuidadores fue de 48% progenitores; 34% hermanos y 12% cónyuges. La correlación entre la carga objetiva (frecuencia de las intervenciones del cuidador) y subjetiva (intensidad de la preocupación o malestar generado por las mismas) debida a la ayuda en actividades de la vida cotidiana y a la contención de las alteraciones de conducta era muy alta. El 35,8% de los cuidadores consideran que la enfermedad es una carga económica constante. El 44,8% de cuidadores veían alterada su rutina diaria por atender a los pacientes. El 43,3% de los cuidadores han sufrido pérdidas significativas de oportunidades sociolaborales por la enfermedad de su familiar. El 12,1% de cuidadores presentan patologías relacionadas con las tareas de atención al paciente. El 40% de los cuidadores no reciben ayuda de otros cuidadores. Estas tareas generaron malestar al 88,1% de cuidadores. Los gastos económicos y la preocupación que éstos generan son mayores para los progenitores y hermanos; de los pacientes más jóvenes, solteros, que conviven con la familia de origen y causan especial preocupación a las cuidadoras, de pacientes con más de 2,5 años de evolución que han sufrido varios episodios que han precisado tratamiento hospitalario. La repercusión en la vida diaria del cuidador correlaciona con los días de recaídas y los días de hospitalizaciones. A mayor edad de los cuidadores y mayor número de hospitalizaciones, mayores son las preocupaciones generales por el paciente. Las mujeres cuidadoras experimentan una mayor carga negativa global. Los pacientes con más días de recaída y más días de hospitalización generan mayor carga global subjetiva.

M. I. Leal et al en su estudio “Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativo”, dicho estudio estuvo compuesto por 90 pacientes diagnosticados de psicosis esquizofrénica siguiendo criterios diagnósticos habituales (DSM-IV). y sus cuidadores respectivos, se llevó a valorar la sobrecarga de los familiares y el beneficio de un programa educativo, para esto se dividieron en tres grupos: a) familiares de pacientes esquizofrénicos que recibían un programa educativo previo; b) padres o familiares de pacientes esquizofrénicos que estaban en programas educativos, y c) grupo control (ni los padres ni los hijos estaban adscritos a programas educativos). Se evaluó la sobrecarga de los familiares de los tres grupos utilizando la escala de Zarit antes y después de cumplimentar con el programa educativo.

La edad media de los pacientes es de $34,20 \pm 7,96$ años; el domicilio de los pacientes es preferentemente urbano (86/90, 95,6 %). En su historia clínica

consta el episodio de ingreso hospitalario (últimos 3 años) en 36 pacientes (40%).

En cuanto a las variables del paciente que influyen en la sobrecarga, las edades más jóvenes se asociaban a una mayor sobrecarga antes y después del programa psicoeducativo ($68,56 \pm 12,63$ frente a $55,71 \pm 13,98$, respectivamente). Entre las variables de los cuidadores, el mayor nivel cultural de estos se asoció a una menor sobrecarga tanto antes ($64,87 \pm 14,98$) como después ($58,87 \pm 15,25$) del programa psicoeducativo. También se asoció a una mayor sobrecarga la percepción de una pensión no contributiva por parte del paciente ($70,90 \pm 14,07$ frente a $61,89 \pm 14,06$; $p=0,006$, y $64,73 \pm 14,54$ frente a $56,39 \pm 13,72$; $p=0,012$; antes y después del programa respectivamente).

Hayo Breinbauer K et al. realizaron un trabajo “Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada”, para conocer el nivel de sobrecarga presentada por los cuidadores, en pacientes demenciados. En dicha publicación se encontró que la edad promedio de los cuidadores era de 55.6 años, la gran mayoría eran mujeres, 89.3% y llevaban un promedio de 10.1 años haciendo dicha labor. El 77.3% solo realizaba labor de cuidador. De los cuales el 52.9%, mostro una intensa sobrecarga, 17.6% ligera y 29.4% sin sobrecarga.

Franco Guillermo León Saavedra, en su trabajo de tesis “Factores asociados a mayores niveles de carga familiar en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia en actual atención ambulatoria del hospital Víctor Larco herrera. Marzo - julio 2012”. Evaluó 50 pacientes con sus cuidadores principales. Respecto a los pacientes, se obtuvo que el 52% eran mujeres; el 60% tenían entre 20 y 42 años; el 6% tenía educación primaria, 60 % secundaria y el 2% educación superior; el 34% vivían con la familia de origen, 12 % vivían con la familia propia y el 36% convivía con niños menores de 12 años. El 72% estaba desempleado y el 4% cursaba estudios. El 36% de los pacientes tenía un tiempo de enfermedad mayor de 20 años ($15,06 \pm 8,4$) y 28% sufrieron recaídas en el último año.

Respecto a los cuidadores principales; el 66% eran mujeres, el 62% tenían entre los 39 y 64 años ($50,4 \pm 12,35$) y el 18% era mayor de 65 años. Según el grado de instrucción el 8% tenía primaria completa, el 36% secundaria y 44% tenía educación superior. El 96% de cuidadores convive con el paciente; el 36% era ama de casa, el 38% no trabajaba fuera de casa, el 30% trabaja fuera de casa a tiempo completo y el 32% lo hace parcialmente.

J. Addington et al, en su estudio “The first episode of psychosis: the experience of relatives” tomaron una muestra de 238 familiares de sujetos que experimentaron un primer episodio de psicosis, en donde el 26% presentó estrés

severo y 21% estrés moderado, concluyendo que las familias que asan por esta experiencia consideran que la enfermedad de su familiar ha afectado sus vidas.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 La Esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno mental crónico que, durante su historia natural, pasa por diversas fases. Está caracterizada principalmente por la distorsión de todos los procesos parciales, que principalmente distorsiona el pensamiento, alteraciones de la percepción, emoción, cognición y comportamiento. Es una enfermedad sin una causa determinada, se considera que su etiología es multicausal. ^{17, 18}

La incidencia anual media de la esquizofrenia, similar en todo el mundo, se estima en un 20-40/100.000/año, alrededor del 0,7% de la población general, siendo algo mayor en varones. Se asocia una mayor incidencia en zonas urbanas, bajo nivel socioeconómico e inmigración. ¹⁸

Se presentan alteraciones estructurales y funcionales reconocibles en los estudios de neuroimagen y un componente genético, detectado en los estudios sobre gemelos. ¹⁷

“Entre sus fenómenos psicopatológicos más importantes se cuentan el pensamiento con eco, la inserción o el robo del pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante y los delirios de control, de influencia o de pasividad, voces alucinatorias que comentan o discuten al paciente en tercera persona, trastornos del pensamiento y síntomas de negativismo”. ¹⁶

A lo largo del tiempo esta enfermedad ha sido revisada, estudiada y nombrada en formas distintas. Monreal en el año 1952, la describe por primera vez con el término de “demencia precoz”, para describir esta patología que afectaba principalmente a personas de edades jóvenes que evolucionaba en el tiempo hacia el pensamiento demenciado. En 1971 Hecker describe la “hebefrenia”. En 1974 Kahlbaum describe la “catatonía”. Siendo Kraepelin en 1989 que agrupa la sintomatología clínica bajo el término de “demencia precoz” a este grupo de enfermedades que tienen su inicio de síntomas en forma insidiosa, comenzando en edad temprana, principalmente en la adolescencia y se encamina hacia el pensamiento demencial de quien la padece. En 1911 Bleuer introduce una nueva nominación bajo el nombre de “grupo de las esquizofrenias”, y este va a

presentar el concepto de los síntomas fundamentales, las llamadas “las *cuatro A*, que presentan las siguientes características de alteraciones: alteraciones asociativas, trastornos afectivos, autismo y ambivalencia” .¹⁷

En la actualidad esta enfermedad responde a las definiciones y a la clasificación de sistemas internacionales; CIE-10 y DSM-5

Los síntomas generalmente debutan entre los 15 y 25 años en personas del sexo masculino y 25 a 35 años en mujeres.² La sintomatología se agrupa en tres categorías: síntomas positivos, negativos y cognitivos .¹⁹

están presentes las percepciones sensoriales falsa o alucinaciones (auditivas, somáticas-táctiles, olfatorias y visuales). Ideas delirantes o falsas creencias incorregibles a la experiencia. Conducta extravagante que comprende aspectos visuales, como por ejemplo vestimenta, apariencia, conductuales (conducta sexual, conducta social), un pobre control de la conducta (agresiva y/o agitada, repetitiva o estereotia). Con un importante menoscabo en el pensamiento, presentan los denominados “trastornos formales del pensamiento”, que abarcan alteraciones en el curso, contenido (descarrilamiento, tangencialidad, incoherencia, circunstancialidad, presión del habla, distraibilidad y asonancia.)¹⁷

Síntomas negativos, referidos a la disminución o ausencia de una o varias funciones, que tienden a persistir, pudiéndose observar por ejemplo: aplanamiento afectivo, disminución de la espontaneidad de los movimientos, hipomimia, apatía; alogia, bloqueo del pensamiento, abulia, anhedonia, hipo u alosexia, fallas en la memoria.

Síntomas positivos: comportamientos psicóticos, es decir que pueden perder contacto con la realidad. Incluyen alucinaciones, trastornos del pensamiento, trastornos del movimiento.

Síntomas cognitivos: alteraciones en los distintos aspectos de la memoria, la hipoprosia o alosexia.

La evolución puede ser continua o episódica, con déficit progresivo o estable, o bien puede haber uno o más episodios, con remisión completa o incompleta. No debe hacerse diagnóstico cuando hay síntomas depresivos o maníacos extensos, a menos que haya quedado en claro que los síntomas esquizofrénicos antecedieron a la perturbación afectiva. Tampoco cuando existe una enfermedad cerebral manifiesta, ni durante los estados de intoxicación o de abstinencia de drogas.¹⁶

2.2.1.1 Tipos de esquizofrenia

Los tipos de esquizofrenia son definidos por los síntomas que predominan en la evaluación del paciente con esquizofrenia, y es frecuente que el cuadro incluya síntomas que son característicos de más de un subtipo. Por esta falta de especificidad, en la última actualización americana de enfermedades mentales (DSM-V) recientemente se han suprimido estos subtipos. Pero según la clasificación de uso aun vigente CIE-10, aun se subclasifica.^{2,17}

Según predominen algunas manifestaciones de la enfermedad, el CIE-10 lo clasifica en los siguientes tipos:

2.2.1.1.1 Esquizofrenia paranoide (cie-10, F20.0)

Predominan los delirios a menudo de tipo paranoide, que por lo general se acompañan de alucinaciones, especialmente del tipo auditivo, frecuentemente asociados a un tema recurrente como la persecución, por parte de un tercero. Estos pacientes suelen mostrarse tensos, suspicaces, cautelosos, reservados, a veces, hostiles o agresivos. No van a presentar incoherencia, asociaciones laxas, afecto aplanado o totalmente inadecuado, comportamiento catatónico o muy desorganizado. La inteligencia permanece sin alteraciones. ^{2, 16, 17, 18}

2.2.1.1.2 Esquizofrenia desorganizada (cie-10, F20.1)

Antes conocida como hebefrenia, en donde se observa un deterioro del comportamiento y regresión al comportamiento primitivo, desinhibido y caótico. Además de alteraciones en el pensamiento, incoherencia, disminución de la asociación de ideas, afecto aplanado o totalmente inadecuado, trastorno agudo del pensamiento. El aspecto es descuidado, sonrisa abierta e incongruente y gesticulación. ^{2, 16, 17, 18}

2.2.1.1.3 Esquizofrenia catatónica (cie-10, F20.2)

Presenta una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, peculiaridades del movimiento voluntario, rigidez, ecolalia, mutismo, ecopraxia, pueden adoptar posturas incómodas durante mucho tiempo. Un rasgo clásico es la presencia de *flexibilidad cérea o catalepsia, donde aparentemente, la actividad motora excesiva carece de propósito y no está influida por estímulos externos*. Los movimientos voluntarios se manifiestan por la adopción voluntaria de posturas raras o inapropiada o muecas llamativas, como las estereotipias, manierismos y la obediencia automática o la imitación burlona. Durante el estupor o la agitación catatónica graves, puede requerir supervisión para evitar el auto y/o hetero agresividad, el riesgo de desnutrición aguda. ^{2, 16, 17, 18}

2.2.1.1.4 Tipo indiferenciado (cie-10, F20.3)

Cumple con los criterios de esquizofrenia, pero no los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico. Lo característico es la presencia de alucinaciones, incoherencia o alteraciones graves del comportamiento. ^{2, 16, 17, 18}

2.2.1.1.5 Tipo residual (cie-10, F20.5)

Definida cuando el paciente ha tenido, por lo menos, un episodio anterior de esquizofrenia y al presente no tiene síntomas psicóticos prominentes, pero hay evidencia de una continuación de la enfermedad, por los síntomas negativos o por dos o más síntomas positivos atenuados. En caso de que existen ideas delirantes o alucinaciones, no son muy acusadas y no se acompañan de una carga afectiva fuerte. El curso de esta puede ser limitado en el tiempo y representar una transición entre un episodio florido y la remisión completa. No obstante, también puede persistir durante muchos años, con o sin exacerbaciones agudas. ^{2, 16, 17, 18}

2.2.2 La carga del cuidador y la sobrecarga

La primera concepción de carga del cuidador surgió en la década de 1960 con el trabajo de Grad y Sainsbury (1963) cuando se interesaron en conocer cómo afecta a la vida familiar y doméstica la convivencia con pacientes psiquiátricos, Definieron la carga como “cualquier coste para la familia”. Este tipo de asistencia brindada llevó a la necesidad de evaluar sus efectos, y puso de manifiesto las dificultades conceptuales en torno al término “carga”, dando origen a la distinción entre carga objetiva y carga subjetiva. ^{20, 21, 22}

En 2008 se diseñó la entrevista de carga de Zarit. Que define la sobrecarga como el impacto que los cuidados tienen sobre el cuidador principal, es decir, mide como el encargado del enfermo percibe que las diferentes esferas de su vida (vida social, tiempo libre, salud, privacidad) y como estas son afectadas por dicha labor. ^{21, 22}

2.2.2.1 Carga individual objetiva

Este concepto se refería a acontecimientos, actividades y demandas con relación al familiar enfermo. Que incluye cinco ámbitos. ^{20, 21}

- Reducción del tiempo disponible para actividades como descanso y ocio, entretenimiento, relaciones sociales, por las demandas de atención y cuidado con trastorno mental severo.

- Incremento de la carga de actividades y responsabilidades adicional a las tareas y obligaciones propias del cuidado.

- Efectos sobre la salud, enfermedades física y mental o lesiones que son consecuencias del propio cuidado del paciente, esto algunos autores lo consideran dentro de la carga subjetiva.

- Disminución de la red social del cuidador, con la consecuente pérdida del apoyo que esta le brindaba.

- Reducción en la capacidad financiera, ya sea por el mayor gasto que supone el cuidado del enfermo o por disminución de los ingresos económicos del cuidador.

2.2.2.3 Carga individual subjetiva

Referida a los sentimientos, actitudes y emociones que experimenta el cuidador mientras es responsable del cuidado de un enfermo; esto incluye el malestar subjetivo, preocupaciones y emociones de tono negativo que están asociadas. Algunos autores la miden a través del nivel de tensión general y distrés emocional del cuidador sin relacionarlo con las tareas específicas del cuidado.

20, 21

2.2.2.4 Factores relacionados con la carga del cuidador

Existen factores que pudiesen estar asociados con el nivel de carga que experimentan los cuidadores, los cuales se subclasifican en cuatro grupos de factores.^{20, 21}

2.2.2.4.1 Factores del contexto.

Aquí se han estudiado dos aspectos: diferencias entre grupos étnicos y diferencias de género. Observándose diferencias entre grupos étnicos respecto de las características de la de percepción de la carga, de las condiciones que producen mayor tensión dentro de la familia y de la forma de concebir la enfermedad. Por ejemplo, se ha descrito que entre los afroamericanos existe menos tolerancia a las conductas psicóticas y disruptivas, en población latina se ha encontrado una mayor aceptación de la discapacidad psíquica que se relacionaría con una menor carga subjetiva. Respecto del género se ha encontrado una tendencia a que el paciente de sexo masculino tiende a generar mayor distrés familiar, en comparación a las mujeres. Así mismo existe un mayor porcentaje de las personas que asumen el rol del cuidado, son mujeres.^{20, 21}

2.2.2.4.2 Factores relativos a la enfermedad del paciente.

Se ha visto que hay ciertos síntomas y/o conductas que generan una mayor carga en los cuidadores. Como por ejemplo las conductas violentas, como irritabilidad, agresión, violencia e ideas suicidas, generan mayor distrés familiar.

20, 21

2.2.2.4.3 Factores relativos al cuidador

Acá hay características propias del cuidador que generarán por sí solas mayor carga, como por ejemplo ser hija, los conflictos de roles y responsabilidades, no tener apoyo con el cuidado del enfermo, bajo apoyo social y la insatisfacción con el rol que cumple como cuidador y el significado tanto emocional como otros significados que tiene el padecimiento del enfermo y que como es que el cuidador lo experimenta.^{20, 21}

2.2.2.4.4 Factores relacionados con los servicios sanitarios y sociales

Se han presentado observaciones en otros estudios donde una pobre capacidad de resolución de servicios sanitarios y sociales, para el apoyo y acogimiento de los cuidadores y esto permite la presencia de un gran estrés para realizar su labor. A partir de la década de los ochenta se han comenzado a desarrollar modelos de intervenciones destinadas al apoyo específico de los cuidadores, para ser aplicadas dentro de sistemas de atención basados en la comunidad, con resultados tanto positivos como negativos.^{20, 21}

2.3 Definiciones conceptuales

BPRS o The Brief Psychiatric Rating Scale o Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica, diseñada por Overall y Gorham con el objeto de valorar la respuesta al tratamiento farmacológico en pacientes psicóticos, Cada ítem de los 18 debe valorarse entre 1 y 7 puntos. debe ser administrada por un terapeuta experimentado tras una entrevista semiestructurada de 15-25 minutos.²²

Características Sociodemográficas: son el conjunto de caracteres de tipo, biológicos, culturales, sociales, que se encuentran presentes en un grupo poblacional, que dentro de un estudio, pueden ser objeto de medición y así mismo alterar el patrón de desarrollo de una persona.⁶

Características clínicas : Son los signos de las manifestaciones clínicas objetivas, observadas en una exploración médica.¹²

Escala de Zarit: es una prueba psicométrica, creada por Zarit en 1980 en idioma original inglés, ha sido adaptada y validada a la lengua española, por Martín y colaboradores en 1996, tiene una consistencia interna de la escala es de 0,91 y la fiabilidad test-re-test es de 0,96. Su función es evaluar la sobrecarga de los cuidadores de los pacientes con demencia desde la teoría general de los ítems, Consta de 22 ítems que evalúan las repercusiones negativas sobre determinadas áreas de la vida diaria asociada con la prestación de cuidados. Para lo cual las preguntas se responden en una escala de tipo Likert de 5 puntos. La puntuación total resulta de la suma de las puntuaciones en los 22 ítems tiene un rango de valores que va de 22 a 110 puntos. Para su interpretación de la

puntuación total se consideran 3 grupos; sin sobrecarga: 22- 46 puntos, sobrecarga: 47-55 puntos y sobrecarga intensa: 56-110 puntos.²³

Esquizofrenia: trastorno mental crónico, afecta al 1 % de la población aproximadamente, principalmente a jóvenes. Caracterizada por Se caracteriza alteraciones formales del pensamiento, alteraciones de la percepción, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. ^{1,2}

Cuidador primario: la persona del entorno del paciente que asume el papel de responsable en un sentido amplio de la palabra y dispuesto a la toma de decisiones por y para el paciente, de esta manera cubrirá las necesidades de este en manera directa o indirecta. ¹

Cuidadores familiares, son personas que otorgan cuidado informal, no remunerado, “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones” ^{3,12, 14}

PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale o Escala de síntomas positivos y negativos Es una prueba basada en la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), ampliada con la evaluación de síntomas negativos de pacientes diagnosticado con esquizofrenia. Valora la severidad de síntomas y permite la monitorización de respuesta terapéutica, incluso se puede usar como indicador de mal pronóstico de la evolución de la enfermedad , cuando predominan los síntomas negativo. Esta conformada por 30 ítems que se puntúan de 1 a 7. ²³

Psicoeducación es una aproximación terapéutica tanto en psiquiatría y psicología clínica es brindada por un profesional de la salud y tiene como función informar al paciente y a sus familiares sobre la enfermedad, la evolución, sus posibles causas, sus síntomas, signos de agudización, la importancia del cumplimiento de la medicación; consejería y brindar entrenamiento en técnicas de afronte de problemas. ¹

Psicosis: Término acuñado por Ernst von Feuchtersleben con el significado de trastorno de la mente a diferencia de la neurosis a la que consideraba una enfermedad cerebral Es una enfermedad mental caracteriza por una alteración del sentido de la realidad. ²

Sobrecarga emocional: Termino relativo a la obligación ajena y a la tensión existente en aspectos emocionales, físicos, sociales y económicos, que asumen los cuidadores de personas con algún grado de dependencia física y/o mental. ^{3, 12}

2.4 Hipótesis

No hay sobrecarga emocional en familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Hay sobrecarga emocional en familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

III METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

Cuantitativo, descriptivo, observacional, transversal.

3.2 Diseño de investigación

Cualitativo

La naturaleza de la información que se obtiene se centra en describir los sucesos en su medio natural. Es decir, nos permitiría describir las características sociodemográficas y clínica de la población estudiada.

Descriptivo

Describiremos los hechos tal y como son observados, sin manipular las variables de la investigación. Describir los fenómenos que producen mayor estrés en el cuidador del paciente con esquizofrenia.

Observacional

El objetivo es la observación del fenómeno y registro de este, sin la intervención en su curso. Es decir, la observación de la población y como esta se ve afectada por el estrés de cuidar a un paciente con esquizofrenia.

Transversal

La temporalidad del estudio se realizará en un periodo definido y corto, durante el 2020. Con el propósito de describir las variables y analizar sobre la incidencia del problema.

3.3 Población y muestra

3.3.1 Población

Población: ser tomará en cuenta a todos los cuidadores familiares, de ambos sexos, cuyas edades comprendan los 18 a 60 años, de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide cuyas edades se encuentra entre los 18 a 60 años, que acuden y hayan sido hospitalizados en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en 2020; a los cuidadores se aplicará la escala de Zarit Original, previa aceptación firmada en el Consentimiento informado por parte del cuidador.

Población conformada por 100 cuidadores familiares de pacientes esquizofrénicos.

3.3.1.1 Criterios de inclusión del paciente

Pacientes con atención actual en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

Pacientes con diagnostico de Esquizofrenia Paranoide, que cumplan con los criterios diagnósticos del CIE-10.

Pacientes cuyas edades se encuentran entre los 18 a 60 años cumplidos y verificable a través de DNI.

Paciente cuyo cuidador firme el consentimiento informado.

3.3.1.2 criterios de inclusión del cuidador

Edad del cuidador entre 18 años y 60 años cumplidos y verificable a través de DNI.

Ser identificado por el paciente como el cuidador principal.

Ser identificado por el paciente que este cuente con grado de familiaridad.

Ser paciente que se atiende en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

Haber sido hospitalizado en el servicio de psiquiatría general en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el 2020.

Aceptación y firma de consentimiento informado para participar en el estudio

3.3.1.3 criterios de exclusión del paciente

No cumple con todos los criterios de inclusión del paciente.

3.3.1.4 criterios de exclusión del cuidador

No cumplir con los criterios de exclusión del cuidador.

Presentar un trastorno mental diagnosticado o que comprometa su nivel de entendimiento.

Estar al cuidado de mas de un paciente al mismo, con patología mental y/o orgánica.

No aceptar ni firma de consentimiento informado para participar en el estudio.

3.3.2 Tamaño de la muestra

Conformada por los cuidadores familiares y pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del tipo Paranoide, y que cumplan con los criterios de inclusión.

Para lo cual se espera llegar a un nivel de confianza de 95% y el margen de error o precisión de 5%.

La muestra será considerada igual a la población, es decir 100 cuidadores familiares y pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

3.3.3 Selección de la muestra

No probabilístico, por conveniencia.

3.4 Operacionalización de variables

I ANEXOS

a) OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Tipo de variable relación y naturaleza	Categoría o unidad
Edad del cuidador	Años cumplidos	Número de años según fecha de nacimiento del DNI	Razón Discreta	Independiente Cuantitativa	Número de años cumplidos
Sexo del cuidador	Genero orgánico	Genero indicado en el DNI	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	M=0 F=1
Grado de instrucción del cuidador	Nivel o grado educativo más elevado de estudios realizados o en curso	Nivel de instrucción obtenido indicado en la ficha de recolección de datos	Nominal	Independiente Cualitativa	Sin educación=0 Primaria =1 Secundaria=2 Técnico=3 Universitaria=4
Estado civil del cuidador	Clase o condición de una persona en el orden social.	Condición establecida de orden social	Nominal	Independiente Cualitativa	Soltero/a=0 Casado/a=1 Conviviente=2

					Divorciado/a=3 Viudo/a=4
Años que esta al cuidado del paciente	Número total de años cumplidos al cuidado del paciente	Número total de años cumplidos al cuidado del paciente	Razón discreta	Independiente Cuantitativa	<5 años =0 5-10 años =1 >10 años= 2
Parentesco del cuidador	Vínculo que une a las personas que tienen un ascendiente común o por virtud de la ley	Relación establecida entre cuidador y paciente	Nominal	Independiente Cualitativa	Conyugue =1 Hijo/a=2 Hermano/a=3 Padre/madre=4 Otro Familiar =5
Ocupación del cuidador	Trabajo asalariado al servicio de un empleador	Situación laboral	Nominal	Independiente Cualitativa	No tiene =0 Independiente=1 Dependiente=2
Sexo del paciente	Genero orgánico	Genero indicado en el DNI	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	M=0 F=1

Edad del paciente	Años cumplidos	Número de años según fecha de nacimiento del DNI	Razón Discreta	Independiente Cuantitativa	Número de años cumplidos
Grado de instrucción del paciente	Nivel o grado educativo más elevado de estudios realizados o en curso	Nivel de instrucción obtenido indicado en la ficha de recolección de datos	Nominal	Independiente Cualitativa	Sin educación=0 Primaria =1 Secundaria=2 Técnico=3 Universitaria=4
Estado civil del paciente	Clase o condición de una persona en el orden social.	Condición establecida de orden social	Nominal	Independiente Cualitativa	Soltero/a=0 Casado/a=1 Conviviente=2 Divorciado/a=3 Viudo/a=4
Parentesco del paciente	Vínculo que une a las personas que tienen un ascendiente común o por virtud de la ley	Relación establecida entre cuidador y paciente	Nominal	Independiente Cualitativa	Conyugue =1 Hijo/a=2 Hermano/a=3 Padre/madre=4

					Otro Familiar =5
Años de diagnostico	Número de años que tiene el paciente con el diagnostico de esquizofrenia paranoide	Número de años que tiene el paciente con el diagnostico de esquizofrenia paranoide	Razón Discreta	Independiente Cuantitativa	<5 años =0 5-10 años =1 >10 años= 2
Ocupación del paciente	Trabajo asalariado, al servicio de un empleador	Situación laboral	Nominal	Independiente Cualitativa	No tiene =0 Independiente=1 Dependiente=2
Escala de Zarit	Escala de sobrecarga del cuidador	Puntaje consignado en la toma de la prueba	Razón Discreta	Independiente cualitativa	22-46 =1 47-55 =2 56-110=3

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para recolectar la información elaboramos una ficha de recolección de información y la escala de sobrecarga de Zarit.

Escala de Zarit: es una prueba psicométrica, creada en 1980, traducida y adaptada al idioma español; a partir de su lengua original, inglés. Consta de 22 ítems que evalúan las repercusiones negativas sobre determinadas áreas de la vida diaria asociada con la prestación de cuidados. Las preguntas se responden en una escala de tipo Likert de 5 puntos. Para su interpretación de la puntuación total se consideran; sin sobrecarga: 22- 46 puntos, sobrecarga: 47-55 puntos y sobrecarga intensa: 56-110 puntos.²³

3.6 Procesamiento y plan de análisis de datos

Se tabularán los datos recogidos en el programa SPSS-20 y se elaboran las tablas en Excel.

3.6 Aspectos éticos

Consentimiento informado firmado por los familiares cuidadores, permiso institucional para realizar el estudio.

IV RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 Recursos

Recursos humanos	Recursos materiales
Revisión de historias clínicas	Laptop
Análisis de información	Impresora
Procesadores de datos	Libros de psiquiatría
Elaboración de informe final	Internet

	Papel bond
	Lapiceros

4.2 Cronograma

	dic	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic
Planteamiento de problema													
Elaboración del proyecto de investigación													
Presentación y aprobación del proyecto de investigación													
Revisión de historias clínicas													
Recolección de datos													
Procesamiento de datos													
Elaboración del informe final													

4.3 Presupuesto

El autor declara que el estudio es autofinanciado y no recibirá financiamiento externo alguno.

El presupuesto estimado es de S/.1000.00 nuevos soles.

Referencias Bibliográficas

1. WHO: World Health Organization [Internet]: [citado 5 feb 2020]
Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
2. M Centeno, O, Pino, J.E. Rojo. Esquizofrenia. En: Vallejo Ruiloba J. director. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría: Sinopsis de psiquiatría. 7ª ed. Barcelona: ElSevier Masson. 2006. p 449-468.
3. Li-Quiroga M, Alipázaga - Perez P, Osada J, León- Jimenez F. Nivel de Sobrecarga emocional en familiares cuidadores de personas con Esquizofrenia en un Hospital Público de Lambayeque-Perú. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2015 [citado 5 feb 2020]; 78(4): p 232-239.
Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972015000400006
4. AEESME: Asociación Española de Enfermería de Salud Mental. [Internet]. Madrid. [citado 10 feb 2019]. El cuidador del Enfermo Esquizofrénico sobrecarga y estado de Salud. Disponible en:
<http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/06/1-El-cuidador-del-enfermo-esquizofrenicosobrecarga-y-estado-de-salud.pdf>
5. Ozen ME, Orum MH, Kalenderoglu A. The burden of schizophrenia on caregivers. Psychiatry and Behavioral Sciences [Internet]. 2018. [citado 20 feb 2020]; 8(3): p 105-110. Disponible en:
<https://doi.org/10.5455/jmood.20171228112101>
6. Sharif, F; Shaygan M.; Mani, A. Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran. BMC Psychiatry. [Internet]; 2012 [citado: 20 feb 2020]; 12(48). Disponible en:
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-48>
7. S. McWilliams , S. Hill , N. Mannion, A. Fetherston , A. Kinsella, E. O'Callaghan. Schizophrenia: A five-year follow-up of patient outcome following psycho-education for caregivers. Eur Psychiatry [Internet], 2012 [citado: 20 feb 2020]. 27: p 56–61. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21982177>
8. Chan, S. W., Yip, B., Tso, S., Cheng, B., Tam, W. Evaluation of a psychoeducation program for Chinese clients with schizophrenia and their family caregivers. Patient Education and Counseling [Internet]. 2009

[citado 5 mar 2020];75(1): p 67–76. Disponible en:
doi:10.1016/j.pec.2008.08.028

9. Vasudeva, S; Sekhar, Chandra K.; Rao Prasad G. Caregivers Burden of Patients with Schizophrenia and Bipolar Disorder: A Sectional Study. *Indian J Psychol Med* [Internet]. 2013 [citado 10 mar 2020]; 35(4): p 352-357. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3868085/>
10. Correa Loayza, Diccía Eny. Nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia que asisten a un servicio de salud- 2014. [Internet]. Vol 470. Tesis EP Enfermería – Repositorio UNMSM. Lima. [actualizado 2015, citado 5 feb 2020]. Disponible en:
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4177>
11. A. Martínez, S. Nadal, M. Beperet, P. Mendióroz y grupo Psicost. Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: factores determinantes. *ANALES Sis San Navarra*. [Internet]. 2000 [actualizado en 2000, citado 10 marzo 2020]; 23 (1): p 101-110. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/6419>
12. M. I. Leal, R. Sales E. Ibáñez J. Giner C. Leal. Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativo. *Actas Esp Psiquiatr*. [Internet]. 2008 [citado 20 marzo 2020]; 36(2):p 63-69. Disponible en:
https://sid.usal.es/idocs/F8/ART12816/valoracion_de_la_sobrecarga_fa_miliares_esquizofrenicos.pdf
13. Hayo Breinbauer K, Hugo Vásquez V, Sebastián Mayanz S, Claudia Guerra, Teresa Millán K. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev Méd Chile*. [Internet]. 2009 [citado 20 marzo 2020]; 137: p 657-665. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872009000500009&script=sci_arttext
14. León Saavedra, Franco G. Factores asociados a mayores niveles de carga familiar en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia en actual atención ambulatoria del hospital Víctor Larco herrera, marzo - julio 2012. [Internet]. Vol. 338: Tesis EP Medicina Humana- Repositorio UNMSM. Lima [actualizado en 2013, citado 5 marzo 2020]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/463>
15. Addington J., Coldham E. L., Jones B., Ko, T., Addington, D. The first episode of psychosis: the experience of relatives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. [Internet]. 2003. [citado 22 marzo 2020]; 108(4): p 285-289. Disponible en: <http://doi:10.1034/j.1600-0447.2003.00153.x>

16. OPS: Organización Panamericana de la Salud. Esquizofrenia. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. Servicio editorial Programa de Publicaciones de la OPS. Washington. 2008. P: 308-310.
17. Benjamin J. Sadock; Samoon Ahmad; Virginia A. Sadock. Esquizofrenia. En: Kaplan & Sandock Manual de bolsillo de psiquiatría. 6ª ed. Edición y traducción a español: Armando Anthony Robles Hmilowicz. Philadelphia. Wolters Kluwer. 2018. p: 174-193
18. G. Rubio Valladolid. Trastornos psicóticos. En: Gabriel Rubio Valladolid, director; Javier Sanz Fuentenebro, coordinador. Fundamentos de Psiquiatría: Bases científicas para el manejo clínico. p: 104-126
19. NIMH: National Institute of Mental Health [Internet]. Bethesda [última actualización feb 2016; citado 20 mar 2020] Schizophrenia. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/index.shtml>
20. Alvarado R, Oyanedel X, Aliste F, Pereira C, Soto F, de la Fuente M. Carga de los cuidadores informales de personas con esquizofrenia: Un desafío pendiente para la reforma de la atención en salud mental. Rev. Salud Pública (Córdoba) [Internet]. 2011 [citado 14 de abril de 2020];15(2):p 6-17. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/7020>
21. Crespo María, Rivas Mª Teresa. La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. Clínica y Salud [Internet]. 2015 [citado 06 Abr 2020]; 26(1): p 9-15. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742015000100002&lng=es.
22. Ortunio Calabres Magaly, Herrera Leonet Edimar, Guevara Rivas Harold. Síndrome de carga y calidad de vida del cuidador de pacientes pediátricos. Rev Bioet Latinoam. [Internet]. 2016 [citado 20 feb 2020]; 17(1), p: 1-17. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/41611/articulo1.pdf?sequence=1>
23. CIBERSAM.ES[Internet]. Madrid: CIBERSAM. [citado: 20 marzo 2020]. Disponible en: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos>

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta de investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
Sobrecarga emocional en familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2020	¿Cuáles son las características y sobrecarga emocional en los familiares cuidadores en pacientes con Esquizofrenia en el Hospital Nacional	<p><u>General</u></p> <p>Determinar las características y sobrecarga emocional en familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en el 2020</p>	<p><u>Nula</u></p> <p>No hay sobrecarga emocional en familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen</p>	Cualitativo, descriptivo, observacional, transversal	Todos los cuidadores familiares, de ambos sexos, de 18 a 60 años, de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide cuyas edades se encuentra	<p>Ficha de recolección de información</p> <p>Escala de sobrecarga de Zarit</p>

	<p>Guillermo Almenara Irigoyen 2020?</p>	<p><u>Específicos</u></p> <p>1: Conocer las características sociodemográficas de los cuidadores familiares de los pacientes con esquizofrenia</p> <p>2: Conocer las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con esquizofrenia cuidados por familiares, que son atendidos en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en 2020.</p> <p>3: Determinar la prevalencia del nivel de sobrecarga emocional en familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia utilizando la escala de Zarit, en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en 2020.</p> <p>4: Relacionar el nivel de sobrecarga emocional del cuidador familiar evaluado por la escala de Zarit, con las características sociodemográficas y clínicas del paciente con esquizofrenia</p>	<p><u>Alternativa</u></p> <p>Hay sobrecarga emocional en familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.</p>		<p>entre los 18 a 60 años, que acuden y hayan sido hospitalizados en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en 2020</p>	
					<p>SPSS-20</p> <p>Excel.</p>	

Instrumentos de recolección de datos

NOMBRE DEL CUIDADOR					FECHA
Edad del cuidador	18-24 años	25-35 años	35-50 años	50-60 años	
Sexo del cuidador	Masculino	Femenino			
Grado de instrucción del cuidador	Sin educación	Primaria	Secundaria	Técnico	Universitaria
Estado civil del cuidador	Soltero/a	Casado/a	Conviviente	Divorciado/a	Viudo/a
Años que esta al cuidado del paciente	<5 años	5-10 años	>10 años		
Parentesco del cuidador	Conyugue	Hijo/a	Hermano/a	Padre/madre	Otro Familiar
Ocupación del cuidador	No tiene	Independiente	Dependiente		
Escala de Zarit	22-46 puntos	47-55 puntos	56-110 puntos		
NOMBRE DEL PACIENTE					FECHA
Sexo del paciente	Masculino	Femenino			
Edad del paciente	18-24 años	25-35 años	35-50 años	50-60 años	
Grado de instrucción del paciente	Sin educación	Primaria	Secundaria	Técnico	Universitaria
Estado civil del paciente	Soltero/a	Casado/a	Conviviente	Divorciado/a	Viudo/a
Parentesco del paciente	Conyugue	Hijo/a	Hermano/a	Padre/madre	Otro Familiar
Años de diagnostico	<5 años	5-10 años	>10 años		
Ocupación del paciente	No tiene	Independiente	Dependiente		

3. Solicitud de permiso institucional.

Dr. Director Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen

Por medio de la presente me dirijo a Usted, para saludarlo y a la vez solicitar autorización para la recolección de datos en el área de Hospitalización del Departamento de Psiquiatría, para la realización del trabajo de investigación: “Sobrecarga emocional en familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia paranoide Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2020”.

Sin otro particular agradezco de antemano su atención a mi solicitud.

Atentamente.

Dra. Dánae Sánchez Calle

Médico Residente de Psiquiatría

4. Consentimiento informado

HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN

Consentimiento informado

Yo....., con DNI....., cuidador principal del paciente.....

declaro haber comprendido el objetivo de la investigación y deseo participar libremente en el mismo.

Así mismo que el médico.....CMP.....ha explicado y estoy satisfecho con la información recibida.



Firma del medico

Firma del cuidador

Nombre y Apellido del médico:

Nombre y Apellido del cuidador

CMP:

DNI:

En caso de revocación del consentimiento:

Firma, nombre, fecha

5. Escala de Zarit

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