



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA

Tesis para obtener el grado de especialidad médica en Psiquiatría

Título:

“Correlación del síndrome de desgaste y co-morbilidad psiquiátrica del cuidador primario de pacientes con esquizofrenia con el apego a la consulta externa en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”

Autor:

Dra. Janeth Karina Aguilar Silva
Médica Residente 4º año

Asesor Teórico:

Dr. Miguel A. Herrera Estrella
Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Asesor Metodológico:

Soc. Juana Freyre Galicia
Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

México D.F., Mayo del 2014.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A los pacientes y cuidadores que aceptaron participar en la realización de este proyecto, manifiesto hacia ellos mi respeto y agradecimiento.

A mis asesores por su apoyo, enseñanza y paciencia a lo largo de este trabajo.

A mis maestros y compañeros de profesión por las enseñanzas diarias, los comentarios y el apoyo brindado.

A mis padres y hermanos que desde lejos en otra ciudad están siempre conmigo, brindándome su amor, apoyo y comprensión en la realización de mis metas.

A Jaime por su amor y compañía constantes.

Contenido

INTRODUCCIÓN:	1
MARCO TEÓRICO:	3
PLANTEAMIENTO:	12
OBJETIVO:.....	13
OBJETIVO GENERAL	13
OBJETIVOS PARTICULARES	13
HIPÓTESIS:	14
Tipo de estudio:	15
Operacionalización de variables:	15
Criterios de selección:	17
Muestra:	18
PROCEDIMIENTO:	20
PLAN DE ANALISIS ESTADÍSTICO:	21
RESULTADOS:.....	23
DISCUSIÓN:	30
ANEXO 1	35
ANEXO 2	36
ANEXO 3	37
ESCALA DE SOBRECARGA ZARIT	37
ANEXO 4	38
ANEXO 5	39

Resumen

Antecedentes: El desgaste y la psicopatología que sufre el cuidador y a su vez el involucramiento emocional que ejerce casi inconscientemente en relación al enfermo, puede influir negativamente en la recuperación de los pacientes con esquizofrenia y debilitar la ya antes, endeble estructura familiar. Todos estos son puntos a tomar en cuenta para indicar un manejo integral. En la literatura se describe el “síndrome del cuidador primario” como el fenómeno relacionado directamente con la sobrecarga que, a nivel físico como emocional, pueden padecer quienes ocupan este desgastante papel. Se insiste en la necesidad de atender el cuidado que el cuidador requiere para que este pueda soportar el sobre esfuerzo que tiene que realizar durante un tiempo prolongado en la atención diaria y constante que brinda al enfermo, ya que existe el riesgo de que este personaje se convierta en un “enfermo secundario”.

Objetivo general: Conocer el grado de correlación entre el desgaste y los trastornos psiquiátricos que se presentan con mayor frecuencia en los cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia y su influencia en el apego que estos muestran hacia la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Material y métodos: Se obtuvo una muestra por cuota no probabilística que consistió en 30 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia con sus respectivos cuidadores quienes acudieron al servicio de consulta externa. Se obtuvieron datos de la ficha de identificación del paciente por medio del expediente clínico, se aplicaron una ficha sociodemográfica, la entrevista MINI y la entrevista de Zarit a los cuidadores, con el objetivo de determinar la presencia de trastornos psiquiátricos y el grado de desgaste o sobrecarga.

Resultados: No se encontró correlación entre el grado de sobrecarga y la presencia de patología psiquiátrica del cuidador, con la adherencia a la consulta externa. Sin embargo la presencia de un diagnóstico psiquiátrico en el cuidador se relaciona de manera significativa con mayor grado de sobrecarga. Los diagnósticos de Trastorno de ansiedad y Trastorno depresivo mayor se encontraron con mayor frecuencia en la muestra estudiada.

Conclusiones: Se observa que un porcentaje importante de estos cuidadores si cursan con psicopatología y no reciben tratamiento. Este punto es importante para determinar en próximas investigaciones, medidas que puedan beneficiar considerablemente al cuidador y su ambiente.

INTRODUCCIÓN:

Es importante tener presente que los cuidadores constituyen una pieza clave en la triada terapéutica “equipo sanitario – persona enferma – cuidador primario”, por lo tanto un alto grado de carga o desgaste, así como repercusiones en su salud física y mental pueden influir directamente en la evolución de los pacientes que están a su cuidado, por ello es necesario la detección oportuna de estas condiciones, considerando que cuidando a los cuidadores, cuidaremos mejor a nuestros pacientes.

El desgaste y la psicopatología que sufre el cuidador y a su vez el involucramiento emocional que ejerce, casi inconscientemente, en relación con el enfermo, puede influir negativamente en la recuperación de los pacientes con esquizofrenia y debilitar la ya antes, endeble estructura familiar. Todos estos son puntos a tomar en cuenta para indicar un manejo integral (5).

Se ha estudiado ampliamente cómo la manera de proveer este cuidado se relaciona con altos niveles de estrés, siendo este resultado de largas y pesadas demandas de atención ante la sintomatología, las discapacidades y conductas asociadas a la enfermedad.

También se han encontrado aspectos positivos acerca de ejercer el cuidado hacia el paciente con enfermedad mental, como sería la satisfacción del cuidador primario, sentimientos de seguridad y cariño en la relación del cuidador y quién recibe cuidado, así como la percepción de recompensa personal de actuar como cuidador.

Hay razones importantes por las cuales la literatura reciente se ha enfocado en las necesidades de la familia como cuidadores primarios. Ya que posterior a la desinstitucionalización de los enfermos mentales, fueron puestas grandes expectativas sobre los familia-

res de estas personas acerca de su manejo. El cuidado y atención son entendidos como responsabilidades de los miembros de la familia que tienen compromisos personales entre sí y toman el cuidado y atención del paciente mental como extensión de ese compromiso. Sin embargo dicho compromiso conlleva un costo personal e interpersonal significativo. Los miembros de la familia quienes se comprometen con el cuidado de un paciente con enfermedad crónica en este caso, un paciente con enfermedad mental, presentan con frecuencia disrupción en sus relaciones personales entre los mismos miembros de la familia, así como con personas externas a ella. La transición a ser una familia afectada por una enfermedad mental involucra cambios conductuales, cognitivos y emocionales importantes, de la misma forma como los vive el individuo que ha sido diagnosticado con una enfermedad mental como serían: el convertirse en receptor de los cuidados, cambio de sus expectativas y relaciones emocionales, así como de su rol dentro de la familia y la sociedad (7).

MARCO TEÓRICO:

El cuidado diario y a largo plazo de un paciente enfermo, así se asuma de manera voluntaria y con cariño, conlleva a riesgos para la salud de las personas que lo realizan, principalmente si toda la responsabilidad recae sobre una sola persona. Dentro de la familia, la mayor responsabilidad de cuidado suele recaer sobre uno de sus miembros, asumiendo así el papel de cuidador principal, cuidador informal o cuidador crucial, y en un elevado porcentaje es una mujer (madre, esposa, hija o nuera) (4). Por lo tanto la gran función que desempeña el cuidador principal, puede ocasionar problemas de salud no solo de tipo físico, sino de tipo mental. En la literatura se describe el “síndrome del cuidador primario” como el fenómeno relacionado directamente con la sobrecarga que, a nivel físico como emocional, pueden padecer quienes ocupan este desgastante papel. Se insiste en la necesidad de atender el cuidado que el cuidador requiere para que este pueda soportar el sobre esfuerzo que tiene que realizar durante un tiempo prolongado en la atención diaria y constante que brinda al enfermo, ya que existe el riesgo de que este personaje se convierta en un “enfermo secundario”. Tras el diagnóstico de una discapacidad severa o de una enfermedad crónico - degenerativa, suele modificarse significativamente la dinámica familiar, pues gran parte de la atención y energía se dirigen hacia el enfermo (5). Acorde con las costumbres mexicanas, es común observar que sea alguien de la familia quien se convierta en el apoyo principal de la persona enferma, es decir, en su cuidador principal.

El concepto de carga se remonta a los años sesenta, cuando Grad y Sainsbury (1963) se interesaron en conocer cómo afecta a la familia y a la vida doméstica la convivencia con pacientes psiquiátricos. Posterior a esto se hizo la primer distinción entre “carga objetiva” y “carga subjetiva”, describiéndose que la primera tiene que ver con la dedicación

al desempeño del rol de cuidador y se relaciona con variables del paciente así como con características que determinan la demanda de cuidados; tiempo de dedicación, carga física, actividades objetivas que desempeña el cuidador y la exposición a situaciones estresantes en relación con los cuidados. En cambio la carga subjetiva se ha definido como las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar, y se relaciona con la forma en que se percibe la situación, tanto con las dificultades como con las recompensas. Se ha comprobado que los cuidadores con mayor nivel de carga, muestran peor percepción de la salud propia y mayor probabilidad de tener trastornos emocionales (6). Es frecuente que los profesionales de salud dirijan su atención y recursos al manejo de las enfermedades del paciente, sin tener en cuenta el contexto familiar donde se generan un sinnúmero de cambios, algunos nocivos para la salud de quienes desempeñan la función de cuidadores (5). Además los cuidados que ejercen estos, son un importante predictor sobre la institucionalización de enfermos crónicos y discapacitados, de tal manera de que un buen apoyo familiar puede evitar o reducir el número de ingresos hospitalarios de estos pacientes (4).

En 1999, la OMS definió al cuidador primario como “la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente, decisiones para el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta” (7).

Cuidador primario se define según Astudillo, et. al. (2008) como la persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, papel que por lo general lo juegan el cónyuge, hijos, un familiar cercano o alguien que es significativo

para el paciente. Su trabajo adquiere una gran relevancia para el grupo que atiende y rodea al enfermo conforme progresa la enfermedad, no solo por la atención directa al paciente, sino también por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia (5). La mayoría de los cuidadores primarios al responsabilizarse de las personas enfermas ignoran toda la carga y las implicaciones que conlleva el cuidado. El cuidador progresivamente incrementa el tiempo de cuidado a la persona y disminuye el tiempo de descanso para él, con tendencia a la sobreprotección, lo que implica mayor tiempo, trabajo y dedicación, enfrentando los riesgos asociados a estrés y agotamiento (7). El síndrome del cuidador primario suele estar provocado por la dificultad que conlleva para el cuidador el cambio radical de su modo de vida y el desgaste que provoca ver cómo un ser querido va perdiendo progresivamente sus facultades físicas y psíquicas, pasando, conforme avanza el curso de la enfermedad, de ser un mero supervisor de las actividades del paciente, al que procura los cuidados más básicos.

Para Zambrano y cols., las características más prevalentes del síndrome del cuidador primario son: trastornos del patrón de sueño, irritabilidad, altos niveles de ansiedad, reacción exagerada a las críticas, dificultad en las relaciones interpersonales, sentimientos de desesperanza la mayor parte del tiempo, resentimiento hacia la persona que recibe el cuidado, pensamientos de suicidio o de abandono, frecuentes síntomas somáticos como cefaleas o lumbalgias, pérdida de energía, sensación de cansancio o aislamiento (7). Por lo cual el síndrome constituye una situación estresante con peligro de desbordar y agotar los recursos y repercutir en la salud física y mental del cuidador. Entre las alteraciones físicas más frecuentes se encuentran el cansancio, cefaleas, dispepsia, vértigo, dificultades para dormir y artralgias (5).

Chang y cols. (2007) realizaron un estudio donde concluyen que la calidad de sueño puede tener un impacto sobre varios aspectos de la calidad de vida de los cuidadores, y que la ayuda al mejoramiento del sueño, brinda capacidad para atender a los pacientes y a sí mismos (5).

En un estudio de Morales y cols. (2000) se encontró que el cuidador primario está sometido a un estrés importante en su labor, demostrando la presencia de depresión y ansiedad, hasta en un 32 y 60% respectivamente (5).

Existe evidencia en cuanto al rol del género del paciente con esquizofrenia, y se ha reportado que los familiares de pacientes masculinos desarrollan con mayor frecuencia disfunción social y mayores discapacidades que los familiares de pacientes del género femenino (8).

Otro estudio realizado por Dueñas y cols., en el 2006, donde participaron 102 cuidadores, se encontró que de acuerdo a la escala de Goldberg (Escala de ansiedad y depresión), 85.2% de los cuidadores presentaron ansiedad y 81.3% depresión. En la evaluación de la escala de Zarit, hubo 48 cuidadores que presentaron el síndrome del cuidador, de estos el 96% presentó un trastorno de ansiedad y el 100% un trastorno depresivo. Estos síntomas psiquiátricos “ocultos” hacen que los cuidadores no soliciten atención de manera oportuna a los servicios de salud por lo tanto se vuelven trastornos crónicos (5).

El cuidador primario requiere apoyo social, el cual debe ser proporcionado por la familia o las instituciones de salud. De igual manera el cuidador requiere planificar su asistencia y cuidados al enfermo dejando un tiempo para sí mismo, estableciendo límites en el desempeño de su tarea, delegando funciones a otros miembros de la familia o amigos

cercanos, dejando de lado su papel de persona indispensable y sobre todo recordando que eso no quiere decir que ame menos a la persona enferma.

En la mayoría de los estudios se afirma que el rol de cuidador recae en un miembro de la familia, quienes son en la mayoría mujeres (7).

Siendo con mayor frecuencia la madre del paciente, no es sorprendente que las mujeres cuidadoras reporten mayores percepciones negativas respecto a su propio estado de salud y un alto nivel de sobrecarga (9).

El desgaste o percepción de carga del cuidador primario afecta de manera significativa la prestación de servicios, así como la calidad de vida del mismo cuidador y del paciente que tiene a su cuidado (9).

La calidad de vida es un concepto multidimensional dinámico que abarca una serie de aspectos en la vida de una persona, el concepto enfatiza no solo el sentimiento de satisfacción y bienestar personal, sino también involucra aspectos objetivos relacionados con la condición de vida y la interacción que establece la persona con su entorno (10).

La preocupación social por conocer la calidad de vida familiar de pacientes con alguna discapacidad o enfermedad crónico - degenerativa ha ido en aumento los últimos años, dado que las familias contemporáneas se han visto influenciadas por un conjunto de cambios y nuevas exigencias que han impactado en su estructura y clima generando situaciones de conflicto y estrés (10).

La familia constituye un elemento crucial en la promoción de la calidad de vida del paciente con trastorno mental, hay que considerarla como un factor importante en nuestra labor profesional, por lo que es necesario brindarles apoyo, capacitación, asesoramiento y orientación (10).

Se ha demostrado que intervenciones educativas e informativas en familiares del paciente con enfermedad mental, proveen mayor satisfacción así como disminución en las necesidades respecto al cuidado que brindan. El recibir información acerca de la etiología y tratamiento del padecimiento ayuda a los familiares y al cuidador a tener un mejor entendimiento de la conducta de sus pacientes (11).

Anderson y cols. sostienen que como una consecuencia del estrés crónico asociado al cuidado, los familiares de los pacientes experimentan una serie de conflictos y tienden a mostrar respuestas emocionales tales como angustia, miedo, estigma, frustración, ira y tristeza. Las familias pueden responder de maneras diferentes: adaptándose a la situación, buscar cómo relacionarse de una mejor manera con el paciente, ignorar su conducta, o bien, tomar mayores responsabilidades adicionales lo que incrementa la carga de cuidado (9).

Como sabemos la salud mental es un problema de salud pública, entre los padecimientos más frecuentes con una prevalencia de 1% en la población mundial se encuentra la Esquizofrenia padecimiento que representa grandes pérdidas en la condición humana de quien la padece. Su inicio en la adolescencia o en adultos jóvenes y sus características de enfermedad crónica e incurable tienen un fuerte impacto en su nivel de vida y en sus años productivos. En nuestro país, entre las principales quince causas de pérdida de años de vida saludable (AVISA), se encuentran las enfermedades psiquiátricas y neurológicas, que representan en conjunto el 18% del total de AVISA; las cuales tienen un fuerte impacto en la economía y en la sociedad al impedir la participación activa de millones de individuos en actividades productivas (13).

En México se ha calculado una cifra entre quinientos mil y setecientos mil pacientes esquizofrénicos. Su atención no puede llevarse a cabo por un solo sector de la sociedad, por lo que es indispensable la participación concertada y decidida de instituciones y organismos públicos sociales y privados para brindar atención a la salud integral de esta población (12).

Pocas son las familias que reciben una terapia en conjunto, y también son pocas las que se interesan por el proceso terapéutico, y así se hace una suposición básica: que el esquizofrénico que vive en su casa con la familia es un “problema”. Los problemas que debe enfrentar la familia son muchos y variados. El paciente que vuelve a su casa después del internamiento, no es exactamente como era antes. Aunque haya desaparecido lo peor de su conducta anormal, puede quedar retraído y aislado, difícil de tratar y sin deseos de hacer nada; puede estar agresivo o de mal humor, o directamente cruel. La familia es la que debe enfrentar todo esto. Aunque tenga la mejor voluntad del mundo, la persona se ha convertido en un “problema”. El familiar responsable se siente cansado, ansioso y deprimido, duerme y come mal, parece mayor de lo que es y goza muy poco de la vida. Esta persona, junto con el enfermo, soporta la carga de la esquizofrenia (13). Este padecimiento crónico, en la mayoría de las veces incapacitante, trae consigo grandes cambios: a nivel personal, en la dinámica familiar y a nivel psicosocial. Significa un gran costo para el paciente en términos de sufrimiento personal, un gran costo en el cuidador como consecuencia (emocional, física, económica) de la importante carga de cuidados y en la sociedad en términos de costos directos e indirectos, como sería el costo de las hospitalizaciones, la necesidad de apoyo psicosocial y la pérdida de productividad del propio paciente (8).

Los familiares de los pacientes con esquizofrenia presentan un nivel muy alto de carga como consecuencia de la atención, lo que afecta negativamente a todas las áreas de su vida (3).

JUSTIFICACIÓN:

Es sabido que un mayor desgaste deteriora la salud mental, social y física del cuidador, presentando con mayor frecuencia co - morbilidades. Si la persona que cuida no goza de bienestar físico y mental no puede dar una atención de buena calidad. Durante las últimas décadas se ha obtenido evidencia consistente sobre el hecho de que la familia y más específicamente el cuidador primario, tiene niveles moderadamente altos de carga o desgaste, derivados de su rol. En un estudio realizado en el 2006 en Arica, Chile con familiares de pacientes con esquizofrenia, se demostró que la mayoría de cuidadores muestran un alto grado de desgaste, especialmente las madres de avanzada edad, con bajo nivel de escolaridad y sin empleo, que se hacen cargo de sus hijos, llegando a repercutir de manera significativa en la calidad de vida de estas. Esto hace necesario evaluar la condición del cuidador primario y su influencia en la evolución de la enfermedad de nuestros pacientes con un trastorno psiquiátrico (3).

En otro estudio realizado en el HPFBA en Agosto del año 2008, donde se tomaron en cuenta 48 cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia, se encontró que más del 50% fueron del sexo femenino, en el subgrupo en el que los cuidados eran ejercidos por los progenitores, las madres representaban el doble de los padres. Se les aplicó además el cuestionario SCL-90 (Lista de 90 síntomas), y se encontró que el 27% de los cuidadores primarios caían en la categoría comprendida entre “riesgo de patología” y “patología severa”, encontrándose dentro de la psicopatología más frecuente trastornos afectivos como la depresión y trastornos por somatización (1).

Durante el año 2013, en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, se realizaron un total de 16,223 consultas a pacientes subsecuentes en el servicio de consulta externa,

de las cuales el 47.61% (7,725) fueron a pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia en todas sus variantes.

Por lo tanto este trabajo pretende brindar un panorama más amplio de la importancia institucional que tendría el tomar acciones dirigidas a apoyar al cuidador primario de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

PLANTEAMIENTO:

Como ya se ha comentado en apartados anteriores, la sobrecarga y la co-morbilidad psiquiátrica que puede ser encontrada en los cuidadores primarios secundario al desgaste físico y emocional que experimenta la persona que convive y cuida diariamente al paciente crónicamente enfermo, alteraciones emocionales que se manifiestan en alteraciones de la conducta, del carácter y en diversas perturbaciones psicosomáticas, influyen de manera directa en la vida personal y la dinámica familiar de la persona que cuida. Es por eso que es importante conocer cómo se relacionan dichas consecuencias del cuidado con la labor misma del cuidador y la evolución del paciente que está a su cargo. Con dicha información se pretende resolver la siguiente pregunta de investigación: ¿La presencia de trastorno mental o de desgaste en el cuidador primario, afecta el éxito en la adherencia terapéutica, en este caso el apego a la consulta externa del paciente con esquizofrenia?

OBJETIVO:

OBJETIVO GENERAL

Conocer el grado de correlación entre el desgaste y los trastornos psiquiátricos que se presentan con mayor frecuencia en los cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia y su influencia en el apego que estos muestran hacia la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

OBJETIVOS PARTICULARES

1. Medir el grado de desgaste en cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia
2. Diagnosticar el estado de salud mental de los cuidadores primarios de los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia.
3. Conocer si los trastornos encontrados son tratados actualmente.

HIPÓTESIS:

Investigación:

La presencia de enfermedades psiquiátricas y un alto grado de desgaste en los cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia, influye de manera negativa en el apego de los pacientes a la consulta externa.

Nula:

La presencia de enfermedades psiquiátricas y un alto grado de desgaste en los cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia, no influye en el apego de los pacientes a la consulta externa.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Tipo de estudio:

Transversal, descriptivo, prospectivo y de correlación.

Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEF. CONCEPTUAL	TIPO VARIABLE	NIVEL MEDICION	PARAMETROS
PACIENTE: Edad	Tiempo vivido, medido en años	Dependiente	Cuantitativa continua	18 a 60
Sexo	Conjunto de características biológicas que diferencian a los hombres de las mujeres	Dependiente	Cualitativa nominal	Hombre = 1 Mujer = 2
Escolaridad	Nivel máximo de estudios	Dependiente	Cualitativa ordinal	Número de años
Años de diagnóstico	Tiempo con la enfermedad, medido en años	Dependiente	Cuantitativa continua	Número de años
Tiempo de tratamiento en el Hospital	Tiempo que ha sido tratado en el HPFBA	Dependiente	Cuantitativa continua	Número de años
No. de internamientos en último año	Número de veces que ha requerido internamiento en el HPFBA desde que lleva tratamiento en esta institución.	Dependiente	Cuantitativa continua	0-10
Asistencia a consultas		Dependiente	Cualitativa nominal	Ausencia Presencia
CUIDADOR: Edad	Tiempo vivido, medido en años	Dependiente	Cuantitativa continua	18 – 80 años

Sexo	Conjunto de características biológicas que diferencian a los hombres de las mujeres	Dependiente	Cualitativa nominal	Hombre = 1 Mujer = 2
Escolaridad	Nivel máximo de estudios	Dependiente	Cualitativa ordinal	Número de años
Ocupación		Dependiente	Cualitativa nominal	---
Tipo de parentesco del cuidador	Tipo de relación con el paciente	Independiente	Cualitativa nominal	Padre, madre, cónyuge, hijo(a), otro.
Tiempo dedicado al cuidado de su paciente	Horas en un día	Dependiente	Cuantitativa continua	1 – 24 hrs
Diagnóstico Psiquiátrico del cuidador	Criterios clínicos cumplidos para una enfermedad	Independiente	Cualitativa nominal	CIE-10 DSM IV TR
Escala MINI		independiente	Cualitativa nominal	Diagnóstico Psiquiátrico
Escala Zarit de Desgaste		Independiente	Cualitativa nominal	Grado de desgaste

Criterios de selección:

Criterios de inclusión para pacientes:

- Pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia según criterios clínicos del DSM IV TR / CIE-10 que acudan al servicio de Consulta Externa del HPFBA.
- Pacientes que han sido hospitalizados en el HPFBA.
- Pacientes que han acudido en el último año a la consulta externa del HPFBA.
- Pacientes de 18 a 60 años de edad.

Criterios de inclusión para cuidadores:

- Cuidador que tenga por lo menos 1 año haciéndose cargo y/o viviendo con el paciente.
- Cuidador que acepte participar de manera voluntaria en el estudio y firme el consentimiento informado.

Criterios de exclusión para pacientes:

- Pacientes que vivan solos.
- Pacientes con más de 1 año sin acudir a recibir atención al HPFBA.

Criterios de exclusión para cuidadores:

- Cuidadores que no terminen las escalas de evaluación.
- Cuidador que no sepa leer o escribir.
- Cuidador que presente un trastorno psicótico en el momento del estudio.

Muestra:

Se obtuvo una muestra por cuota no probabilística, de 30 pacientes con sus respectivos cuidadores, recabados para el estudio en un periodo de 5 meses a los cuales:

1. Se realizó una ficha de identificación que contestó de manera consensuada el cuidador que incluye datos como edad, sexo, escolaridad, parentesco con el paciente y tiempo dedicado al cuidado. Se recabaron los mismos datos acerca del paciente por medio del expediente clínico, agregándose años de diagnóstico, tiempo tratado en el HPFBA y número de internamientos en el último año.
2. Se utilizó la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit.

Es una prueba psicométrica de calificación objetiva que evalúa la presencia o ausencia de la carga del cuidador, y mediante el análisis por cada uno de sus factores se puede determinar la calidad de esta. Consta de 22 preguntas tipo Likert de 5 opciones (1-5 puntos), cuyos resultados se suman en un puntaje total (22-110 puntos). Este resultado clasifica al cuidador en: “ausencia de sobre carga” (menor o igual a 46 puntos), “sobrecarga ligera” (47-55) o “sobrecarga intensa” (56 ó más). Esta herramienta presenta gran confiabilidad inter-observador (coeficiente de correlación intra-clase (CCI) 0.71 en su estudio original y 0.71-0.85 en validaciones internacionales), consistencia interna (alfa de Cronbach 0.91, en estudio original, y 0.85-0.93 en varios países). Siendo esta validada para población mexicana tanto en sus versiones original como abreviada (14).

3. Se utilizó la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional versión en español.

Es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y CIE-10. Con una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, administrada en un tiempo medio de 15 minutos. La MINI está dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo se presentan varias preguntas filtro correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno.

Dichos instrumentos fueron aplicados durante el tiempo en el cual el paciente pasaba a su cita de consulta subsecuente.

PROCEDIMIENTO:

Después de que se obtuvo la aprobación del Comité de Investigación y ética del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez para el presente proyecto de tesis, se solicitó autorización del Jefe de Consulta Externa para abordar a los familiares de los pacientes que acuden al servicio. Se solicitó la participación de aquellas diadas (paciente –familiar) que asistieron a consulta durante los meses que la sustentante realizó su rotación en el Servicio de Consulta Externa.

Con previa firma del consentimiento informado por parte del cuidador, se registraron de este datos sociodemográficos como edad, sexo, escolaridad, ocupación, tipo de parentesco con el paciente, tiempo dedicado al cuidado, y los resultados que obtuvieron de la aplicación de entrevistas Zarit y MINI, los cuales fueron utilizados para la detección de trastornos mentales más frecuentes así como la medición del grado de desgaste o carga que estuvo presente en ese momento.

Del paciente se obtuvo información del expediente clínico durante las sesiones de evaluación, dicha información relativa a los años de diagnóstico y años de tratamiento en el HPFBA, número de internamientos y el número de veces que ha acudió al servicio de urgencias en el último año. Se realizó un seguimiento de los casos de manera prospectiva en un periodo de cinco meses (Octubre 2013 a 28 Febrero de 2014).

La recolección de datos y aplicación de entrevistas se realizó durante un periodo de 30 minutos aproximadamente mientras el paciente pasó a la consulta.

PLAN DE ANALISIS ESTADÍSTICO:

Se obtuvo estadística descriptiva no paramétrica (frecuencias) y paramétrica (media y desviación estándar) para la información de variables cualitativas y no cualitativas según fue el caso, posteriormente se buscó correlacionar el grado de sobrecarga, psicopatología en el cuidador primario y el apego en la consulta externa, así como las recaídas en el paciente con diagnóstico de Esquizofrenia, por lo que se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Con el presente trabajo se buscó mediante la detección de los familiares en riesgo y su oportuno tratamiento, fortalecer una adecuada adherencia terapéutica que se traduce en un mejor apego a la consulta externa de los pacientes que están a su cuidado.

Las encuestas aplicadas al cuidador primario fueron realizadas con su previa autorización y consentimiento informado, así mismo al participante a quien se le detectó algún padecimiento psiquiátrico o riesgo de tenerlo, fue canalizado al servicio de preconsulta para su adecuada atención y tratamiento correspondiente.

Durante la realización de este estudio se mantuvo un apego estrecho a la declaración de Helsinki, que considera la autonomía de los participantes, así como los principios de justicia, respeto y confidencialidad.

Este proyecto se llevó a cabo de acuerdo a los lineamientos de la Ley General de Salud, según la NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos; y la NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico (15,16).

De acuerdo al reglamento de la Ley general de Salud para investigación, este estudio es clasificado de bajo riesgo, por lo que el procedimiento no afecta o pone en peligro a ninguno de los participantes.

Este proyecto fue aprobado por el comité de ética del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

RESULTADOS:

La muestra consistió en 30 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que asistieron al servicio de Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, de los cuales el 76.6% (n=23) fueron de género masculino y 23.3% (n=7) del género femenino. Con una edad promedio de 37.6 años (DE 10.64), siendo secundaria el grado académico con mayor frecuencia (50%). Con una media de internamientos totales de 2.13 internamientos (DE 2.25) y con una media de internamientos en el último año de 0.13 internamientos (DE 0.43). Ver Tabla 1.

Se incluyeron además los cuidadores primarios correspondientes de los cuales el 86.6% (n=26) fueron del género femenino y 13.3% (n=4) del género masculino. Siendo el parentesco más frecuente “madre” en un 60% (n=18) seguido por “hermano o hermana” del paciente en un 23.3% (n=7). Con una edad mínima del cuidador de 23 años hasta una edad máxima de 80 años, una media de 57.33 años (DE 13.93). Cuentan con un grado máximo de estudios de primaria 56.6% (n=17) de los cuidadores, siendo las ocupaciones más frecuentes el trabajo independiente y las labores del hogar, con 50% y 26.6% respectivamente. Respecto al estado civil del cuidador se encontró que el 36.6% (n=11) de estos se encuentran casados, 26.6% (n=8) solteros, 16.6% (n=5) viudos, 10% (n=3) separados y 10% (n=3) en unión libre. Ver Tabla 2.

La media de años de vivir con el paciente fue de 30.93 años (DE 15.68). La media de horas/día dedicadas al cuidado del paciente por el cuidador fue de 17.37 horas/día (DE 6.05).

Los dos instrumentos utilizados fueron la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) y la Entrevista de carga del cuidador de Zarit, los cuales se aplicaron a todos los

cuidadores. Entre la psicopatología que se encontró más frecuente fue el Trastorno de ansiedad generalizada en 43.3% (n=13) del total de la muestra, seguido por 13.3% (n=4) quienes tuvieron más de un diagnóstico psiquiátrico consistente en Trastorno de ansiedad generalizada más Trastorno depresivo mayor. Respecto a los resultados de la Entrevista Zarit, se obtuvo el 20% (n=6) de los sujetos con sobrecarga ligera y el 16.6% (n=5) con sobrecarga intensa. Ver Tabla 3 y 4.

Se observó una correlación lineal positiva ($r = 0.037$) entre el tiempo que ha vivido el cuidador primario con el paciente y el tiempo que este ha recibido atención psiquiátrica en el Hospital, ya que entre mayor es el primero, resulta también mayor el segundo.

Se encontró una diferencia significativa en el género del cuidador, observándose que las mujeres cuidan más a los pacientes y de estas el parentesco predominante fue la madre ($\chi^2 = 0.000$).

Se obtuvo una correlación significativa entre los resultados de la entrevista de MINI y la entrevista de Zarit ($r = 0.01$) para el 49.8% de la muestra. Lo que nos dice que se encuentra una correlación positiva entre el diagnóstico resultante del cuidador primario y el grado de sobrecarga o desgaste. Ver Tabla 5.

Se demostró que la presencia de más de un diagnóstico psiquiátrico, aumenta el grado de sobrecarga en el cuidador primario, observándose una correlación de Pearson significativa ($r = 0.000$). Ver Tabla 6.

También se encontró una diferencia significativa entre el género del paciente y el resultado de la entrevista MINI aplicada al cuidador, observándose que aquellos que tuvieron más de un diagnóstico psiquiátrico (n = 4) el 100% son cuidadores de pacientes varones ($r = 0.000$).

No hay diferencia significativa entre el género de los pacientes y el cumplimiento de la consulta (3 citas por año), ya que el 66.66% (n = 20) de la muestra cumplió con su asistencia. Ver Tabla 7.

Aunado a esto, no se encontró correlación entre el grado de sobrecarga y la asistencia a la consulta externa. Ver Tabla 8.

Tampoco se encontró relación significativa entre la presencia de un diagnóstico psiquiátrico en el cuidador primario y la asistencia a la consulta externa por parte del paciente.

Tabla 1. Características de los pacientes que participaron en el estudio.

VARIABLE	N	%
Género		
Femenino	7	23.33
Masculino	23	76.66
Escolaridad		
Primaria	6	20
Secundaria	15	50
Preparatoria	5	16.66
Nivel técnico	1	3.33
Profesional	3	10
Edad (años)		
	Media	DE
Femenino	47	7.04
Masculino	33.69	9.87

Tabla 2. Características sociodemográficas de los cuidadores primarios.

VARIABLE	N	%
Género		
Femenino	26	86.66
Masculino	4	13.33
Escolaridad		
Primaria	17	56.66
Secundaria	3	10
Preparatoria	3	10
Nivel técnico	2	6.66
Profesional	4	13.33
Ninguna	1	3
Estado Civil		
Soltero	8	26.66
Unión Libre	3	10
Casado	11	36.66
Separado	3	10
Viudo	5	16.66
Ocupación		
Empleado	6	20
Trabaja Independiente	15	50
Labores Hogar	8	26.66
Sin ocupación	1	3.33
Parentesco		
Padre	1	3.33
Madre	18	60
Hermano (a)	7	23.33
Hijo (a)	1	3.33
Cónyuge	2	6.66
Otros familiares	1	3.33

Tabla 3. Frecuencia de diagnósticos MINI.

DIAGNÓSTICO	N	%
TAG	13	43.33
TDM	1	3.33
Más de 1 Diagnóstico	4	13.33
Ninguno	12	40
TOTAL	30	100

Tabla 4. Frecuencia de grados de desgaste obtenidos por Zarit.

ZARIT	N	%
Sin sobrecarga	19	63.33
Sobrecarga ligera	6	20
Sobrecarga intensa	5	16.66

Tabla 5. Correlación existente entre MINI (diagnóstico psiquiátrico) y Zarit (grado de sobrecarga).

		ZARIT	CONSULTA/AÑO	MINI
ZARIT	Correlación	1	-.059	.498
	Pearson		.756	.005
CONSUTA/AÑO	Correlación	-.059	1	.075
	Pearson	.756		.695
MINI	Correlación	.498	.075	1
	Pearson	.005	.695	

Tabla 6. Correlación entre grado de sobrecarga y presencia de diagnóstico psiquiátrico.

DIAGNÓSTICO MINI

ZARIT	NINGUNO	TAG	TDM	TAG + TDM	TOTAL
Sin sobrecarga	11	8	0	0	19
Sobrecarga ligera	1	2	0	3	6
Sobrecarga intensa	0	3	1	1	5
TOTAL	12	13	1	4	30

Tabla 7. Correlación entre género del paciente y asistencia a la consulta externa.

CONSULTA/AÑO

GENERO	UNO	DOS	TRES
Femenino	1	2	4
Masculino	1	6	16
TOTAL	2	8	20

Tabla 8. Correlación entre el grado de sobrecarga y la asistencia a la consulta externa.

ZARIT	CONSULTA/AÑO			TOTAL
	UNO	DOS	TRES	%
Sin sobrecarga	1	6	12	63.3
Sobrecarga ligera	1	1	4	20
Sobrecarga intensa	0	1	4	16.7
TOTAL	2	8	20	100

DISCUSIÓN:

Tras el análisis de los resultados obtenidos en esta investigación, es importante el hallazgo encontrado respecto al género predominante del cuidador primario, así como el parentesco con el paciente, se observó en más de la mitad de la población estudiada, el género femenino, siendo la madre (60%) quien ejerce el rol de cuidador la mayor parte de las veces, esto concuerda con lo descrito anteriormente por Camacho Estrada y cols. además de Gutiérrez-Maldonado y cols. en su estudio realizado en 2009. De igual manera, se encuentra que un porcentaje importante de la muestra de cuidadores (36.6%) presenta un síndrome de desgaste, que va desde sobrecarga ligera a intensa. Esto aunado con los diagnósticos encontrados de Trastorno de ansiedad y Trastorno depresivo mayor (ambos suman hasta un 60%), que como refieren Barrón y Alvarado en su estudio (2009), resultan ser los más frecuentes en una población de estas características. De acuerdo a este hallazgo podemos inferir que una proporción importante de cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia pueden presentar síntomas afectivos sin recibir tratamiento actualmente.

Otro hallazgo importante que concuerda con lo dicho por George Awad y cols. (2008) en estudios previos, es el hecho de que los pacientes de género masculino suponen mayor grado psicopatología y mayor grado de sobrecarga para sus cuidadores, encontrándose que en el 100% (n = 4) de los cuidadores con más de un diagnóstico psiquiátrico, su paciente es varón.

El hecho de que no se encontrara correlación entre el grado de sobrecarga y la presencia de patología psiquiátrica del cuidador, con la adherencia a la consulta externa puede tener varias explicaciones. Una de ellas es que al parecer la muestra de pacientes estudia-

dos presenta buen control sintomático (promedio de internamientos al año 0.13), observándose que la mayoría de estos (66.66%) cumplieron con la totalidad de sus consultas. Lo cual podría estar relacionado también con la labor que psicoeducación que se ofrece en el servicio de Consulta Externa así como en otras áreas del Hospital. Quizá existan otras variables en cuanto al ambiente que rodea al paciente y a su cuidador que determinen la adecuada adherencia y su seguimiento a la consulta externa. Sin embargo no debemos restar importancia al hecho de que la presencia de un diagnóstico psiquiátrico en el cuidador se relaciona de manera significativa con mayor grado de sobrecarga, predisponiendo como tal a un síndrome de desgaste. Tomando en cuenta todo lo anterior, podemos suponer que las madres de los pacientes, representan un grupo de población vulnerable para el desarrollo de psicopatología y síndrome de desgaste del cuidador.

CONCLUSIONES:

De acuerdo con los resultados de la muestra analizada, no se puede suponer que hay una relación existente entre la adherencia a la consulta externa del paciente con esquizofrenia y la presencia de sobrecarga o patología psiquiátrica presente en su cuidador, sin embargo se observa que un porcentaje importante de estos cuidadores si cursan con psicopatología y no reciben tratamiento. Este punto es importante para determinar en próximas investigaciones, medidas que puedan beneficiar considerablemente al cuidador y su ambiente. Se sabe que un enfoque terapéutico que involucre al paciente y a su cuidador de manera integral, predispone a un mayor éxito en el tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Cerda de la O B. Psicopatología y Calidad de Vida en Cuidadores Informales Primarios de Pacientes con Esquizofrenia. UNAM. Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. (Tesis de especialidad en Psiquiatría) Agosto 2008.
2. Charmaine C, Mfofo-M'Carthy W, C. Care: Giving, receiving and meaning in the context of mental illness. *Psychiatry* Spring 2006, 69 (1): 26-46.
3. Caqueo-Urizar A, Gutierrez Maldonado J. Burden of Care in Families of Patients with Schizophrenia. Universidad de Barcelona España. *Quality of Life Research* 2006 (15): 719-724.
4. Hidalgo-García I. Estado de los cuidadores principales de pacientes domiciliarios. *Boletín epidemiológico de Murcia, Dirección general de salud pública.* 2003, 649(24):45-48.
5. Barrón y Alvarado, Desgaste físico y emocional del cuidador primario en Cáncer. *Cancerología* 2009 (4): 39-46.
6. Alpuche Ramírez VJ, Ramos del Río B, Rojas Russell M, Figueroa López C. Validity of the Zarit Burden Interview in a sample of informal primary caregivers. *Psicología y Salud*, 2008; 18(2):237-245.
7. Camacho Estrada L, Yokebed Hinostrosa Arvizu G, Jiménez Mendoza A. Primary caregiver overloads people with cognitive impairment and its relationship with time care. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM* 2010; 7(4): 35-41.
8. A. George Awad, Lakshmi N.P. Voruganti. The Burden of Schizophrenia on Caregivers. *Pharmacoeconomics* 2008; 26(2): 149-162.

9. Gutierrez-Maldonado J, Caqueo-Úrizar A, Ferrer-García M. Effects of a psychoeducational intervention program on the attitudes and health perceptions of relatives of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 44:343-348.
10. Breinbauer H, Vásquez H, Mayanz S, Guerra C, Millán T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev Méd Chile* 2009; 137:657-665.
11. Susan A. Pickett-Schenk, PhD, Cynthia Bennett, MA, Changes in Caregiving satisfaction and information needs among relatives of adults with mental illness: Results of a randomized evaluation of a family-led education intervention. *American Journal of Orthopsychiatry* 2006; 76 (4): 545-553.
12. Secretaría de Salud. Programa de Esquizofrenia. México D.F.: Dirección General de Servicios de Salud Mental; 2001-2006.
13. Consenso Internacional de Esquizofrenia. Esquizofrenia Problema en la Familia. *Psiquiatría de la Universidad del Valle*. Santa Cruz de la Sierra, Noviembre 2005.
14. Alpuche-Ramírez J. Ramos del Río B. Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y Salud* 2008, 18 (2):237-245.
15. NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. *Diario Oficial*. Ley General de Salud. Octubre 2012.
16. NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. *Diario Oficial*. Ley General de Salud. Enero 2013.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:

“Correlación del síndrome de desgaste y co-morbilidad psiquiátrica del cuidador primario de pacientes con esquizofrenia con el apego a la consulta externa en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”

- Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas de dos escalas (Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit y MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional versión en español), lo que tomará aproximadamente de 15 a 20 min de su tiempo.
- La participación en este estudio es estrictamente voluntaria.
- El estudio no conlleva ningún riesgo.
- En caso de detectarse un trastorno psiquiátrico en el participante, se canalizará al servicio de pre consulta donde se le brindará atención correspondiente.
- No se dará compensación económica por participar.
- La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.
- Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto serán anónimas.
- Si tiene alguna duda sobre el proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.
- El participante tendrá el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento en que lo desee, sin que esto repercuta en su atención.
- En caso de dudas o aclaraciones comunicarse con:

Dra. Janeth Karina Aguilar Silva al teléfono 55731500 Ext. Horarios 08:00 – 15:00hrs

Se agradece su participación.

AUTORIZACIÓN

He leído el procedimiento descrito arriba. El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de *“Correlación del síndrome de desgaste y co-morbilidad psiquiátrica del cuidador primario de pacientes con esquizofrenia con el apego a la consulta externa en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”*

Nombre y Firma del Participante

Fecha

ANEXO 2

FICHA IDENTIFICACIÓN:

1. Nombre: _____
2. Sexo: Femenino () Masculino ()
3. Edad: _____ (años cumplidos)
4. Estado civil: Soltero () Casado () Unión libre () Separado () Divorciado () Viudo ()
5. ¿Con quién vive actualmente?
Solo () Con pareja o cónyuge () Con sus hijos () Con un familiar () Otro ()
¿Quién? _____
6. ¿Cuál es su nivel máximo de estudios?
Ninguno () Primaria () Secundaria () Nivel técnico () Bachillerato ()
Profesional ()
7. ¿Cuál es su actividad principal?
Empleado () Trabaja por su cuenta () Retirado/jubilado/pensionado ()
Labores del hogar () Sin ocupación actual ()
8. ¿Cuenta con algún ingreso económico? Si () No ()
9. ¿Quién se lo proporciona? _____
10. ¿Cuál es su parentesco con el paciente?
Padre/Madre () Hermano (a) () Hijo (a) () Cónyuge () Otro () ¿Cuál? _____
11. ¿Cuánto tiempo lleva viviendo con el paciente? _____
12. ¿Se encuentra Ud. enfermo en este momento? Si () No ()
13. ¿Cuál es su enfermedad? _____
14. Mencione los tres problemas o preocupaciones más significativos que vive en este momento:
a. _____ b. _____ c. _____

ANEXO 3

ESCALA DE SOBRECARGA ZARIT

TEST DE ZARIT - ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	
¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
¿Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	
TOTAL	

OPCIONES

1= Nunca 2= Rara vez 3= Algunas veces 4=Bastantes veces 5=Casi siempre

ANEXO 4

MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIATRICA

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

2

Nombre del paciente: _____	Número de protocolo: _____
Fecha de nacimiento: _____	Hora en que inició la entrevista: _____
Nombre del entrevistador: _____	Hora en que terminó la entrevista: _____
Fecha de la entrevista: _____	Duración total: _____

Módulos	Periodo explorado	Cumple los criterios	DSM-IV	CIE-10
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	299.20-296.26 episodio único	F32.x
EDM CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)	Recidivante	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
B TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 episodio único	F32.x
C RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
	Riesgo: <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> alto	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
D EPISODIO MANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
EPISODIO HIPOMANÍACO	Pasado	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	Actual	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
E TRASTORNO DE ANGUSTIA	Pasado	<input type="checkbox"/>		
	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>		
F AGORAFOBIA	De por vida	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
G FOBIA SOCIAL (Trastorno de ansiedad social)	Actual	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
K DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
L TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por vida	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1	F20.xx-F29
	Actual	<input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82	
		<input type="checkbox"/>	293.89/298.8/298.9	
TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
M ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVA/PURGATIVA	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)	De por vida	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

ANEXO 5

CARTA DE CONSENTIMIENTO AL JEFE DE LA CONSULTA EXTERNA:



**DR. FRANCISCO JAVIER MESA RÍOS
JEFE DE LA CONSULTA EXTERNA
PRESENTE.**

Por medio de la presente, se le solicita a usted de la manera más atenta su aprobación para llevar a cabo en el servicio de Consulta Externa el proyecto de tesis titulado:

“Correlación del síndrome de desgaste y co-morbilidad psiquiátrica del cuidador primario de pacientes con esquizofrenia con el apego a la consulta externa en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”

Este se realizará durante el tiempo que llevare acabo mi rotación en la Consulta Externa permitiendo la participación de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y su familiar que realice el rol de cuidador primario, a quien se aplicaran las escalas de Zarit (Escala de Sobrecarga), MINI (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional) y una ficha de identificación, en un tiempo aproximado de 30 min. De igual manera se recolectará información del expediente clínico acerca del paciente.

Sin otro particular asunto por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

Janeth Karina Aguilar Silva
Médica Residente de 3er año.