

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



“NIVELES DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA; AREQUIPA – 2014”

Tesis presentada por el Bachiller:

MIGUEL PAUL ANDIA YABAR

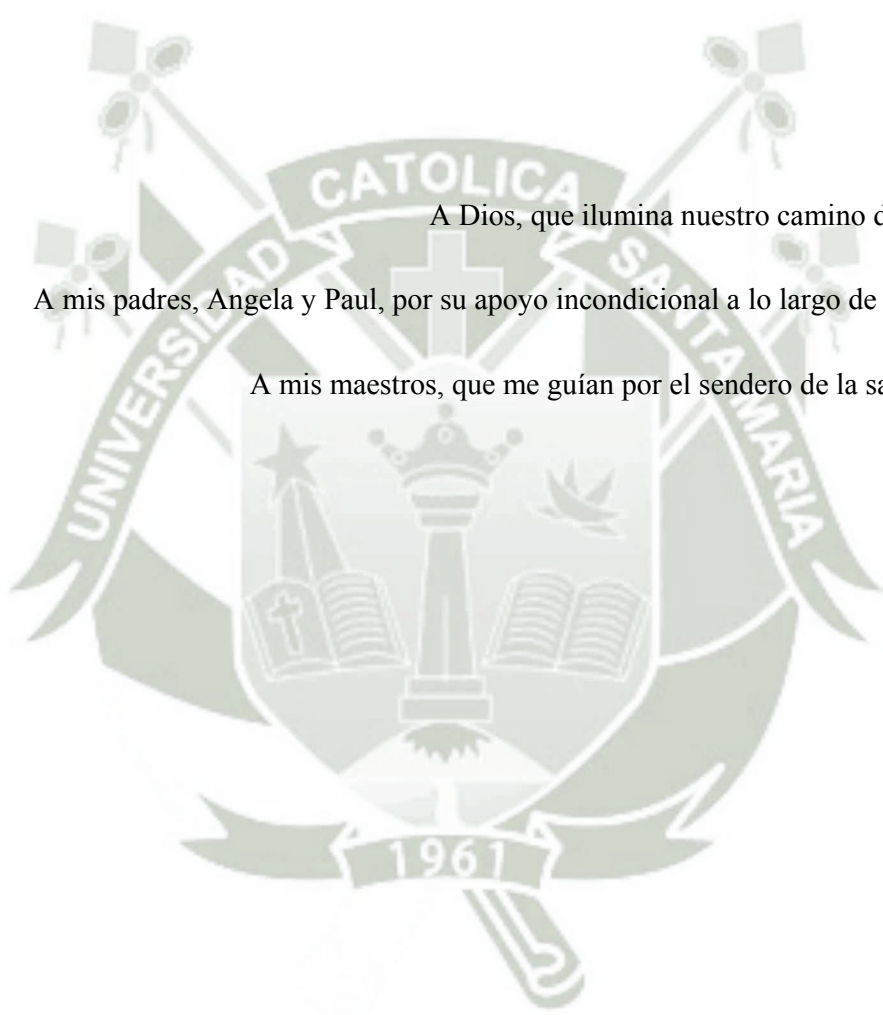
Para obtener el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

Arequipa - Perú

2014

DEDICATORIA



A Dios, que ilumina nuestro camino día a día
A mis padres, Angela y Paul, por su apoyo incondicional a lo largo de mi vida
A mis maestros, que me guían por el sendero de la sabiduría

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	3
CAPÍTULO II RESULTADOS.....	7
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	33
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	38
BIBLIOGRAFÍA.....	41
ANEXOS.....	44
Anexo 1 Proyecto de Investigacion.....	45
Anexo 2 Matriz de Sistematizacion de Informacion	21

RESUMEN

El cuidado de pacientes con esquizofrenia como trastorno crónico puede producir un estado de depresión en los responsables de su atención, por lo que se planteó determinar los niveles de depresión y sus factores asociados, en cuidadores de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado, haciendo una entrevista a una muestra representativa de cuidadores de pacientes con esquizofrenia, aplicando el Inventario de depresión de Beck. Se asocian variables mediante prueba chi cuadrado.

La muestra evaluada fue de 96 cuidadores; el 71.88% fueron mujeres y 28.13% varones. La edad promedio de los varones de 41.44 años y de las mujeres 51.35 años ($p < 0.05$). El 21.88% fueron solteros, 33.33% casados y 27.08% convivientes, con 15.63% de cuidadores separados. El 12.50% fueron los padres, el 51.04% madres, y en 27.08% hermanos. El tiempo que permanecen cuidando al paciente fue de 9.97 años. El 81.25% de ellos refirió estar sano y 18.75% refirió alguna patología. El 33.33% fueron independientes, 29.17% eran amas de casa, 15.63% obreros, 11.46% empleados, entre otros. El 33.33% de cuidadores manifestó algún antecedente de depresión, 15.63% en la familia, 7.29% como antecedente personal y en 10.42% en ambos. El 33.33% de casos no tiene apoyo en el cuidado, 65.63% tiene apoyo de la familia. Según escala de depresión de Beck, hubo depresión en 68.75% de casos, siendo leve en 38.54%, moderada en 25% y severa en 5.21% de cuidadores. Las características de los cuidadores relacionados a la depresión fueron la edad del cuidador mayor a 40 años ($p < 0.05$), el estado civil del cuidador ($p = 0.05$), con más depresión en viudos (100%), separados (93.33%), convivientes (69.23%) o casados (68.75%); el parentesco ($p < 0.05$); con más depresión en madres (83.67%) y padres (66.67%), y el antecedente de depresión del cuidador ($p > 0.05$).

La depresión en cuidadores de pacientes con esquizofrenia alcanza proporciones elevadas y de severidad moderada a severa que requiere intervención y puede ser reconocida por ciertos factores del cuidador.

PALABRAS CLAVE: depresión – inventario de Beck – cuidadores – esquizofrenia.

ABSTRACT

The care of patients with schizophrenia as a chronic disorder can produce a state of depression in those responsible for their care, so it propounded determine the levels of depression and its associated factors in caregivers of patients with schizophrenia treated at the Regional Hospital Honorio Delgado, doing an interview with a representative sample of caregivers of patients with schizophrenia, using the Beck Depression Inventory. Variables are associated by chi square test.

The sample was evaluated 96 caregivers, the women were 71.88% and 28.13% males. The average age of males was 41.44 years and 51.35 years for women ($p < 0.05$). They were singles in 21.88%, 33.33% married and 27.08 % cohabitants, with 15.63% of caregivers separated. The 12.50 % were fathers, mothers in 51.04 %, and 27.08% brothers. The time spent caring for the patient was 9.97. A 81.25 % of them were healthy and 18.75 % reported some pathology. In 33.33 % occupation was independent, 29.17 % were housewives, workers in 15.63%, 11.46% employees, among others. The 33.33 % of caregivers had history of depression, familiar in 15.63%, personal in 7.29 % and both in 10.42%. The 33.33% of cases had no support in the care, 65.63 % have family support. According to Beck Depression Scale, 68.75 % of cases had depression, mild in 38.54 %, moderate in 25% and severe in 5.21% of caregivers. The characteristics of caregivers related to depression were caregiver age older than 40 years ($p < 0.05$), caregiver marital status ($p = 0.05$), with more depression in widows (100%), separated (93.33%), cohabitants (69.23%) or married (68.75%), the family relationship ($p < 0.05$), with more depression in mothers (83.67%) and fathers (66.67%), and a history of depression in caregiver ($p > 0.05$).

Depression in caregivers of patients with schizophrenia is high and of moderate to severe level, requiring intervention and can be recognized by certain caregiver factors.

KEYWORDS: Depression - Beck depression inventory - caregivers - schizophrenia.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es una enfermedad compleja caracterizada por alucinaciones, ideas delirantes, trastornos conductuales, funcionamiento social alterado y síntomas coexistentes, en lo que suele ser un sensorio por lo de más claro. No hay ningún síntoma que sea por sí solo patognomónico de la esquizofrenia.

Se puede afirmar que la esquizofrenia es una enfermedad de distribución universal, que aparece en todas las culturas, clases sociales a cualquier edad y en personas con distintos niveles intelectuales. La prevalencia mundial oscila entre 0,9 a 3,8 casos por cada 1000 habitantes, siendo las tasas de prevalencia similares en todo el mundo, es uno de los trastornos menos prevalentes pero de los que más afectan la vida propia y de la familia, generando un estigma social irreparable (2)

En el Perú los datos estadísticos muestran que en establecimientos del MINSA entre enero y noviembre de 2012 se atendieron 17 mil 758 casos a nivel nacional. De ello, puede notarse que las regiones con más casos diagnosticados y con tratamiento son: Lima, La Libertad, Junín, Callao y Apurímac. De acuerdo a las estadísticas del sector, el trastorno esquizofrénico se presenta mayoritariamente a partir de los 18 años, es así que contamos con más de 3 mil 704 atenciones a nivel nacional a pacientes entre los 18 y 29 años, mientras que alrededor de 8mil 153 pacientes entre 30 y 59 años reciben atención especializada (7)

Pocas veces nos ponemos a reflexionar sobre las personas que tienen que lidiar día a día con estos pacientes, pero el trabajo de cuidar de un paciente con esquizofrenia abarca una gran responsabilidad además de un desgaste tanto físico como emocional el cual al final repercute en la salud mental del cuidador, además de las posibles desventajas socioeconómicas y factores socio-culturales, problemas emocionales, entre otros, todo lo cual a la larga desencadena en el cuidador un estado de ánimo depresivo que no ha sido estudiado hasta el momento en nuestro medio

Teniendo en mente que nuestros pacientes estarán bien, en la medida en que sus cuidadores también lo estén, genera inquietud la idea de saber que hasta el momento, no existe un estudio en este hospital en el que se analice la situación del cuidador del paciente con esquizofrenia

Si bien es cierto existen estudios donde se evidencia la carga y repercusiones en la salud, que afronta la familia del paciente esquizofrénico (8), así como también la afectación de la economía familiar (5) no se ha hecho un estudio de cómo influye la enfermedad en el estado de ánimo del cuidador

Luego de realizado el estudio hemos encontrado que la depresión en cuidadores de pacientes con esquizofrenia alcanza proporciones elevadas, 68.75% de un total de 96 encuestados, lo cual revela que la esquizofrenia causa un gran impacto en la familia del paciente en especial en su cuidador, y nos hace notar la necesidad de implementar en el futuro programas de apoyo a las familias de los pacientes con esquizofrenia que son atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado, así como también ampliar estudios de investigación similares a este, en otros hospitales de nuestra ciudad



CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos, y en el inventario de depresión de Beck para hallar los niveles de depresión en los cuidadores de los pacientes esquizofrénicos.

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: El presente estudio se realizó en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado.

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizó en forma coyuntural durante el primer bimestre del 2014.

2.3. Unidades de estudio: Cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia.

Población: Todos los cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Honorio Delgado.

Muestra: Se calculó una muestra mediante la fórmula del muestreo para

proporciones en población finita conocida

$$n = \frac{N \cdot p \cdot q}{\frac{(N-1) \cdot E^2}{Z\alpha^2} + p \cdot q}$$

Dónde:

N = población estudiada; en promedio en el periodo se atendieron 148 pacientes

p = frecuencia de depresión, establecida en población general en 0.20

q = 1 – p

E = error absoluto, establecido en 5% para estudios en ciencias de la salud

Zα = coeficiente de confiabilidad para precisión del 95% = 1.96

De donde $n = 92.62 \approx 93$ cuidadores como mínimo.

Además los integrantes de la muestra deberán cumplir los criterios de selección.

Criterios de selección

- ♦ **Criterios de Inclusión**

- Cuidadores principales de pacientes con diagnóstico primario de esquizofrenia atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado
- Participación voluntaria en el estudio

- ♦ **Criterios de Exclusión**

- Dificultades lingüísticas, de idioma, que impidan la comprensión y expresión adecuadas para completar la ficha de recolección de datos
- Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas

3. Tipo de investigación: Se trata de un estudio de campo, transversal y de nivel descriptivo

4. Estrategia de Recolección de datos

4.1. Organización

Contando con el proyecto de tesis, planeamiento y permiso del Director Del

Hospital Regional Honorio Delgado así como del Jefe de Medicina y el Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado.

Se identificó a los pacientes con esquizofrenia del Hospital mediante el registro de atención del Servicio de Psiquiatría; sea los que acuden por consultorio externo así como los que se encontraban hospitalizados, se hizo la revisión de las historias clínicas, verificando que tengan el diagnóstico principal de esquizofrenia, luego se realizó la entrevista a los respectivos cuidadores; haciendo uso del inventario de depresión de Beck, y la ficha de recolección de datos, asegurando que estos fueron manejados de forma confidencial y anónima.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos fueron organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

4.2. Validación de los instrumentos

El inventario de Depresión de Beck es una escala utilizada para valorar la presencia de Depresión en población general.

Muestra una buena sensibilidad al cambio, con una correlación alta con la mejoría clínica evaluada por expertos, tanto en terapias farmacológicas, como psicológicas. Su validez predictiva como instrumento diagnóstico de cribado ha sido recientemente estudiada en una amplia muestra de población general de entre 18 y 64 años de edad, con buen rendimiento: sensibilidad 100%, especificidad 99%, valor predictivo positivo 0.72, y valor predictivo negativo 1.

El inventario de depresión de Beck muestra una correlación variable con otras escalas. En pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0,55 y 0,96 (media 0,72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0,55 y 0,73 (media 0,6).

Fiabilidad: Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0,76 – 0,95). La fiabilidad test oscila alrededor de $r = 0,8$.

4.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

c) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas) para variables categóricas, y con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas. La asociación de variables categóricas entre grupos se realizó con la prueba chi cuadrado. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSS v.20.0.



CAPÍTULO II

RESULTADOS

**NIVELES DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN LOS CUIDADORES DE PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA; AREQUIPA – 2014**

Tabla 1

**Distribución de cuidadores de pacientes con esquizofrenia según edad
y sexo**

Edad (años)	Varones		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
20-29 a	4	4.17%	3	3.13%	7	7.29%
30-39 a	11	11.46%	9	9.38%	20	20.83%
40-49 a	7	7.29%	18	18.75%	25	26.04%
50-59 a	1	1.04%	21	21.88%	22	22.92%
60-69 a	1	1.04%	13	13.54%	14	14.58%
70-79 a	3	3.13%	5	5.21%	8	8.33%
Total	27	28.13%	69	71.88%	96	100.00%

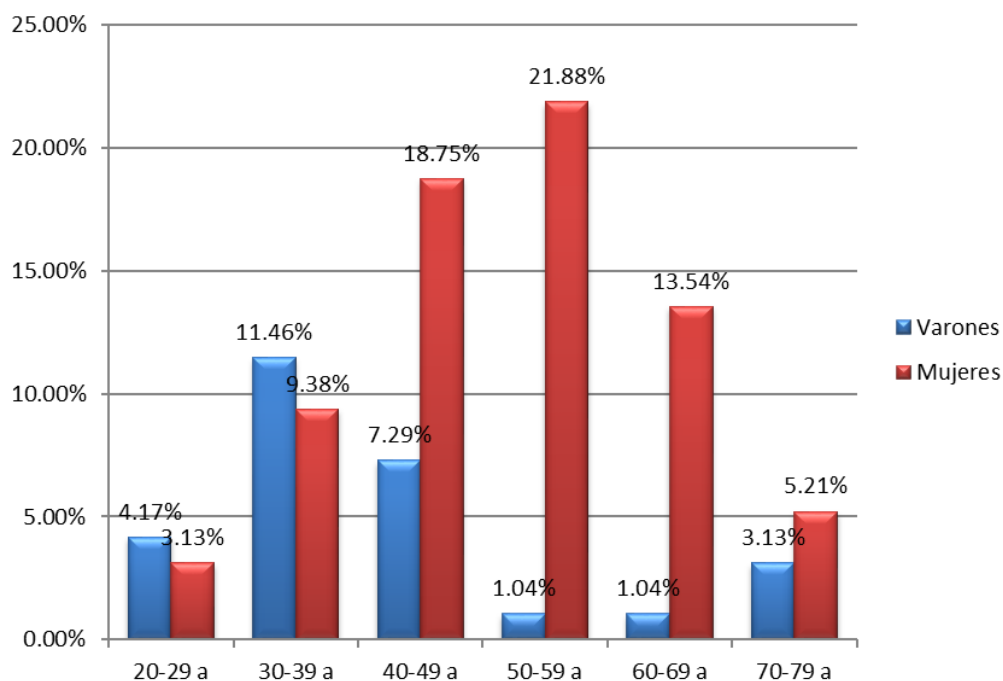
Fuente: El autor

Tabla y Gráfico 1: La distribución de los cuidadores según edad y sexo muestra que el 71.88% fueron mujeres mientras que el 28.13% fueron varones, de estos, el 26.04% tuvieron edades de entre 40 y 49 años, mostrando los varones una edad promedio de 42.44 años y las mujeres una edad promedio de 51.35 años, siendo la diferencia de edades entre los varones y mujeres significativa ($p < 0.05$). Además se evidencia que por encima de los 40 años son principalmente las mujeres quienes asumen el rol de cuidadoras, a diferencia del varón.

**NIVELES DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN LOS CUIDADORES DE PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA; AREQUIPA – 2014**

Gráfico 1

**Distribución de cuidadores de pacientes con esquizofrenia según edad
y sexo**



Fuente: El Autor

Edad promedio $\pm$ D. estándar (mín – máx)

- Varón: 41.44 ± 14.37 años (20-75 años)
- Mujer: 51.35 ± 12.18 años (20-74 años)

Prueba t = 3.40

G. libertad = 94

p < 0.01

**NIVELES DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN LOS CUIDADORES DE PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA; AREQUIPA – 2014**

Tabla 2

**Distribución de cuidadores de pacientes con esquizofrenia según
estado civil**

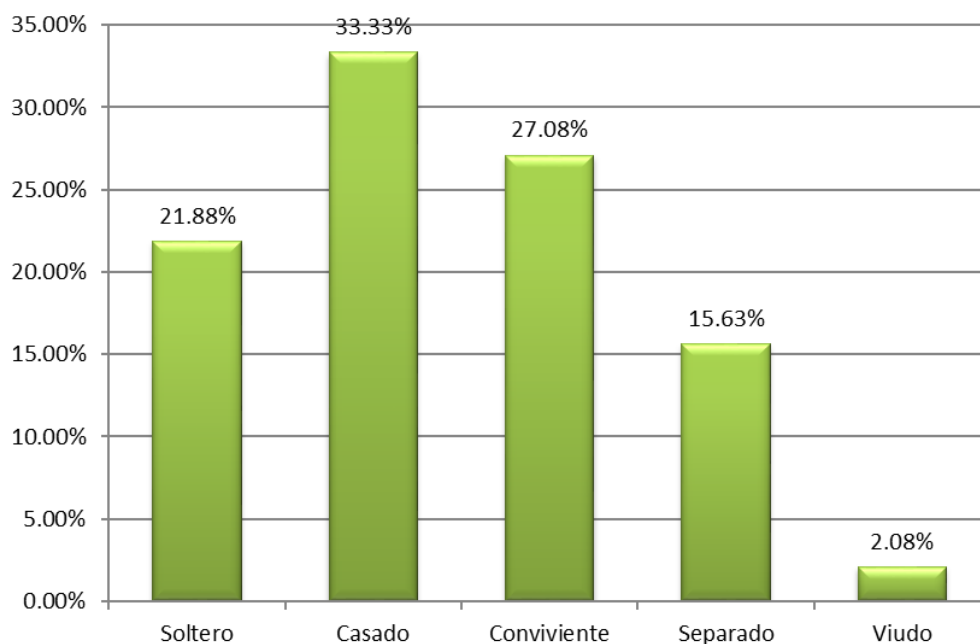
	N°	%
Soltero	21	21.88%
Casado	32	33.33%
Conviviente	26	27.08%
Separado	15	15.63%
Viudo	2	2.08%
Total	96	100.00%

Fuente: El Autor

NIVELES DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN LOS CUIDADORES DE PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA; AREQUIPA – 2014

Gráfico 2

Distribución de cuidadores de pacientes con esquizofrenia según
estado civil



Fuente: El Autor

En la **Tabla y Gráfico 2** se observa el estado civil de los cuidadores; predominando los casados con un 33.33% de cuidadores, y el grupo menos predominante correspondió a los viudos con un 2.08% del total, no se evidencia significativa entre los grupos etarios

**NIVELES DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN LOS CUIDADORES DE PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA; AREQUIPA – 2014**

Tabla 3

**Distribución de cuidadores de pacientes con esquizofrenia según
parentesco con el paciente**

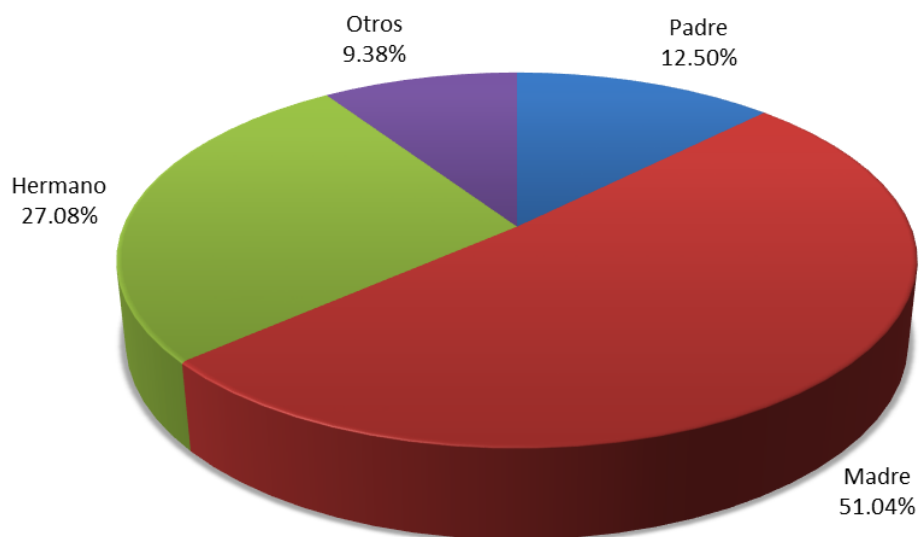
	N°	%
Padre	12	12.50%
Madre	49	51.04%
Hermano	26	27.08%
Otros	9	9.38%
Total	96	100.00%

Fuente: El Autor

**NIVELES DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN LOS CUIDADORES DE PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA; AREQUIPA – 2014**

Gráfico 3

**Distribución de cuidadores de pacientes con esquizofrenia según
parentesco con el paciente**



Fuente: El Autor

En la **Tabla y Gráfico 3** se muestra el vínculo familiar haciéndose notar que en la mayoría de los casos fue la madre la que hace el papel de cuidador principal, con un 51.04% del total de cuidadores, representando el padre del paciente solo un 12.50% del total, aun en menos cantidad que los hermanos, lo cual demuestra el papel preponderante que asume la madre en nuestro medio como cuidadora del paciente con esquizofrenia

**NIVELES DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN LOS CUIDADORES DE PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA; AREQUIPA – 2014**

Tabla 4

**Distribución de cuidadores de pacientes con esquizofrenia según
tiempo de cuidado**

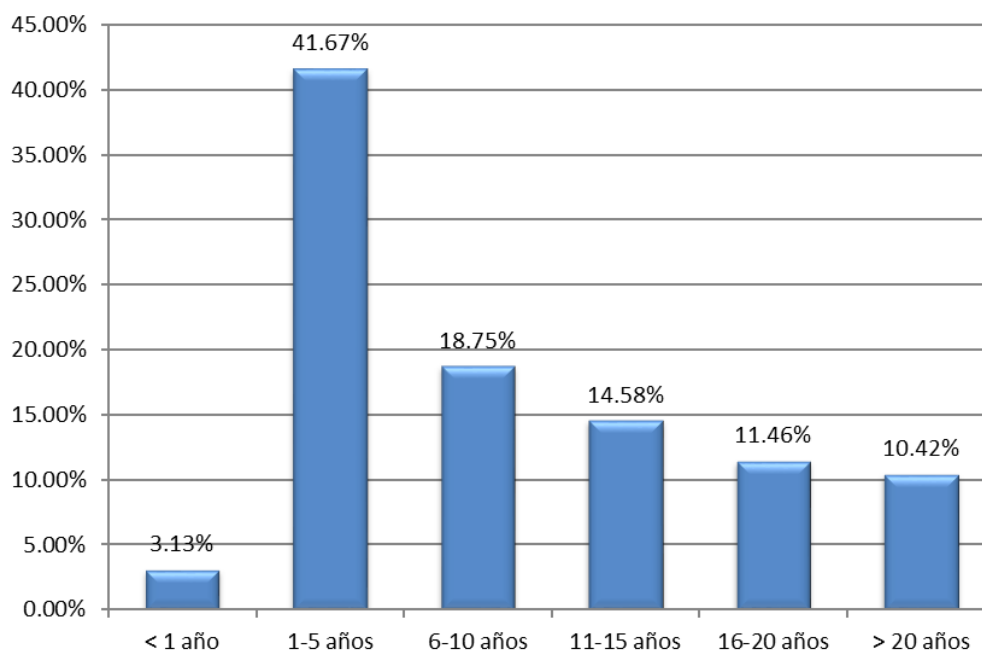
	N°	%
< 1 año	3	3.13%
1-5 años	40	41.67%
6-10 años	18	18.75%
11-15 años	14	14.58%
16-20 años	11	11.46%
> 20 años	10	10.42%
Total	96	100.00%

Fuente: El Autor

**NIVELES DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN LOS CUIDADORES DE PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA; AREQUIPA – 2014**

Gráfico 4

**Distribución de cuidadores de pacientes con esquizofrenia según
tiempo de cuidado**



Tiempo promedio: 9.97 ± 9.18 años (3 m – 47 años)

Fuente: El Autor

En la **Tabla y Gráfico 4** se muestra el tiempo que permanecen cuidando al paciente con esquizofrenia, en la mayoría de los casos el cuidador se encuentra a cargo del paciente entre 1 a 5 años representando el 41.67% de los casos, mientras que el menor tiempo de cuidado es menor a 1 año con un 3.13% del total de casos.

**NIVELES DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN LOS CUIDADORES DE PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA; AREQUIPA – 2014**

Tabla 5

**Distribución de cuidadores de pacientes con esquizofrenia según
estado de salud**

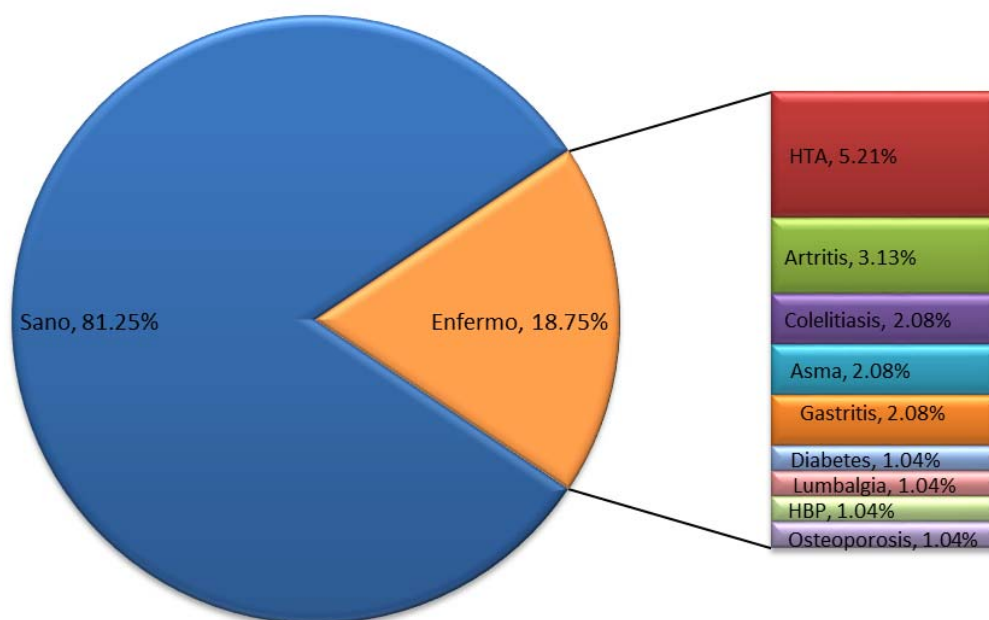
	N°	%
Sano	78	81.25%
Enfermo	18	18.75%
HTA	5	5.21%
Artritis	3	3.13%
Colelitiasis	2	2.08%
Asma	2	2.08%
Gastritis	2	2.08%
Diabetes	1	1.04%
Lumbalgia	1	1.04%
HBP	1	1.04%
Osteoporosis	1	1.04%
Total	96	100.00%

Fuente: El Autor

**NIVELES DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN LOS CUIDADORES DE PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA; AREQUIPA – 2014**

Gráfico5

**Distribución de cuidadores de pacientes con esquizofrenia según
estado de salud**



Fuente: El Autor

En la **Tabla y Gráfico 5** se muestra el estado de salud referido por los cuidadores de los pacientes; el 81.25% de los cuidadores refirieron ser sanos, mientras que el 18.75% refirió presentar algún tipo de patología, entre las cuales fue la hipertensión arterial la más frecuente representando el 5.21% del total de cuidadores enfermos, y siendo la osteoporosis, hiperplasia benigna de próstata, lumbalgia y diabetes mellitus las menos frecuentes con cada una en un 1.04% del total.

**NIVELES DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN LOS CUIDADORES DE PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA; AREQUIPA – 2014**

Tabla 6

**Distribución de cuidadores de pacientes con esquizofrenia según
ocupación**

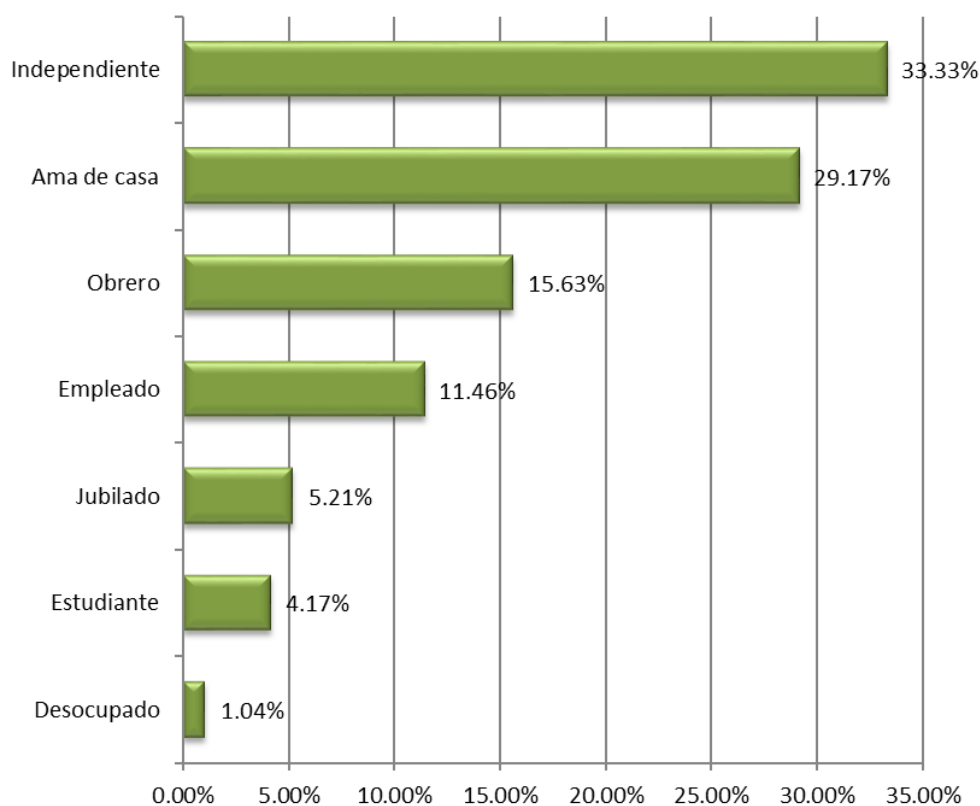
	N°	%
Independiente	32	33.33%
Ama de casa	28	29.17%
Obrero	15	15.63%
Empleado	11	11.46%
Jubilado	5	5.21%
Estudiante	4	4.17%
Desocupado	1	1.04%
Total	96	100.00%

Fuente: El Autor

**NIVELES DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN LOS CUIDADORES DE PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA; AREQUIPA – 2014**

Gráfico 6

**Distribución de cuidadores de pacientes con esquizofrenia según
ocupación**



Fuente: El Autor

La **Tabla y Gráfico 6** muestran la ocupación de los cuidadores de los pacientes con esquizofrenia; en la mayoría de los casos los cuidadores refirieron ser trabajadores independientes lo cual represento el 33.33%, solo el 1.04% se encontraba desocupado

**NIVELES DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN LOS CUIDADORES DE PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA; AREQUIPA – 2014**

Tabla 7

**Distribución de cuidadores de pacientes con esquizofrenia según
ingreso familiar**

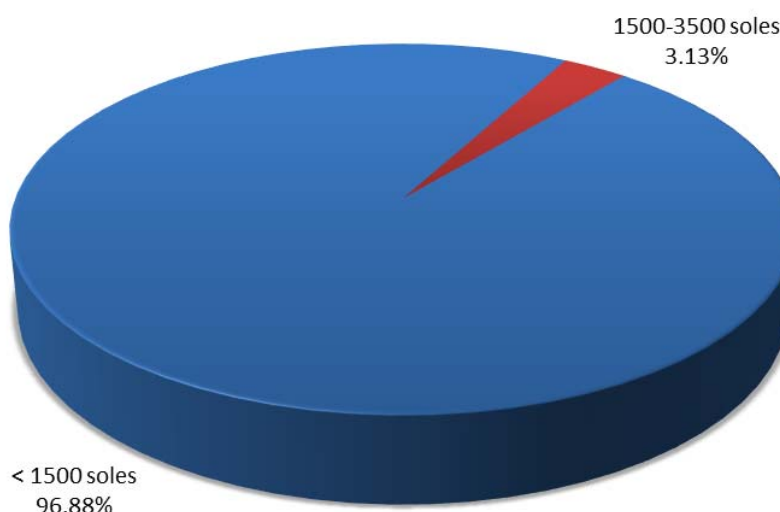
	N°	%
< 1500 soles	93	96.88%
1500-3500 soles	3	3.13%
Total	96	100.00%

Fuente: El Autor

**NIVELES DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN LOS CUIDADORES DE PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA; AREQUIPA – 2014**

Gráfico 7

**Distribución de cuidadores de pacientes con esquizofrenia según
ingreso familiar**



Fuente: El Autor

En la **Tabla y Gráfico 7** se muestra el estado socioeconómico de los cuidadores, se observa que el 96.88% de casos ganaban menos de 1500 soles mensuales, y sólo 3.13% ganaba entre 1500 y 3500 soles, ninguno de los entrevistados refirió tener ingresos mayores a 3500 soles. Esto hace notar que la población mayoritaria que viene siendo atendida en el Hospital Regional Honorio Delgado es de una condición socioeconómica no adinerada

**NIVELES DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN LOS CUIDADORES DE PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA; AREQUIPA – 2014**

Tabla 8

**Distribución de cuidadores de pacientes con esquizofrenia según
antecedentes de depresión**

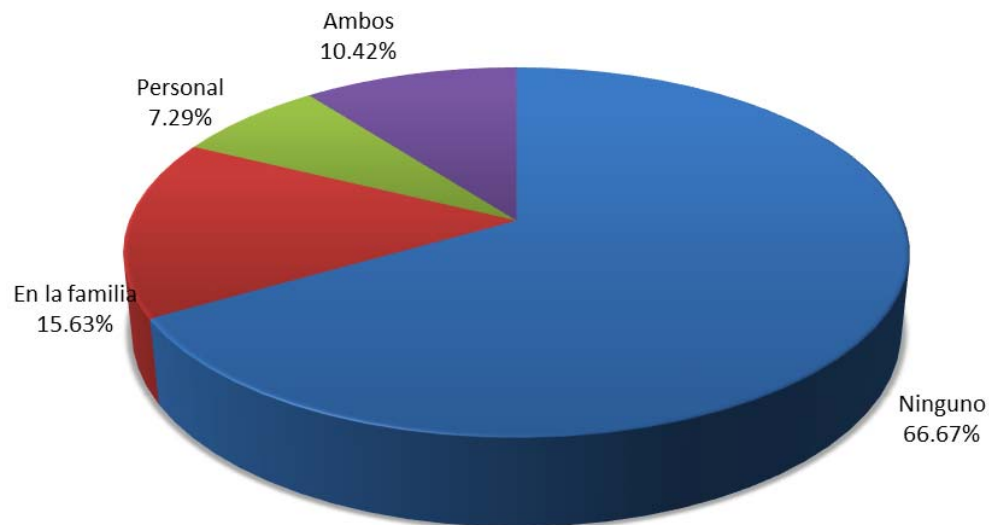
	N°	%
Ninguno	64	66.67%
En la familia	15	15.63%
Personal	7	7.29%
Ambos	10	10.42%
Total	96	100.00%

Fuente: El Autor

NIVELES DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN LOS CUIDADORES DE PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA; AREQUIPA – 2014

Gráfico 8

Distribución de cuidadores de pacientes con esquizofrenia según
antecedentes de depresión



Fuente: El Autor

En la **Tabla y Gráfico 8** se muestran el antecedente de depresión tanto personal como familiar, la mayoría de los entrevistados refirió no presentar antecedentes de depresión con un total de 66.67% de los casos, mientras que el 33.33% de cuidadores manifestó algún antecedente de depresión

**NIVELES DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN LOS CUIDADORES DE PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA; AREQUIPA – 2014**

Tabla 9

**Distribución de cuidadores de pacientes con esquizofrenia según
apoyo en el cuidado del paciente**

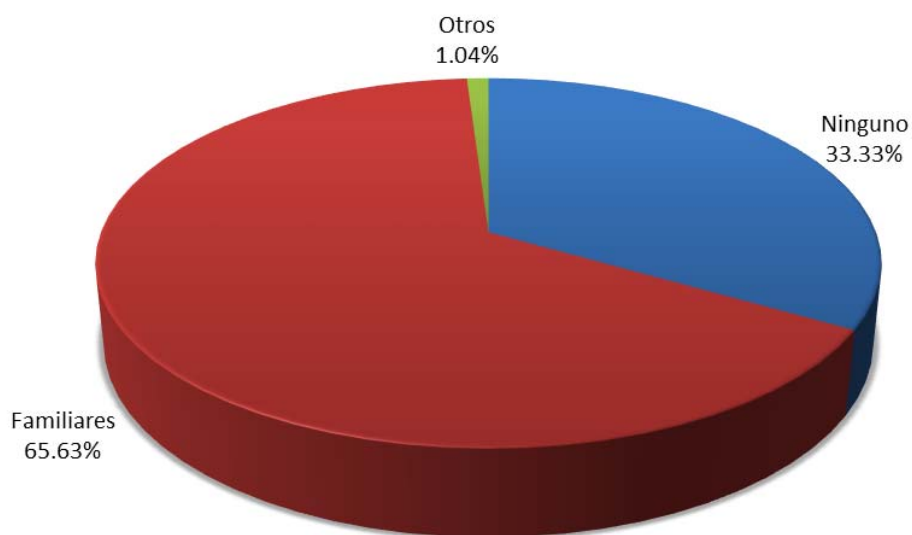
	N°	%
Ninguno	32	33.33%
Familiares	63	65.63%
Otros	1	1.04%
Total	96	100.00%

Fuente: El Autor

NIVELES DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN LOS CUIDADORES DE PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA; AREQUIPA – 2014

Gráfico 9

Distribución de cuidadores de pacientes con esquizofrenia según
apoyo en el cuidado del paciente



Fuente: El Autor

En la **Tabla y Gráfico 9** se muestra el apoyo brindado a los cuidadores en la atención de los pacientes con esquizofrenia; del total de entrevistados el 65.63% respondió que tiene apoyo de sus familiares para el cuidado, mientras que el 33.33% respondió que no contaba con ningún tipo de apoyo

**NIVELES DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN LOS CUIDADORES DE PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA; AREQUIPA – 2014**

Tabla 10

**Niveles de depresión presentados por los cuidadores de pacientes con
esquizofrenia**

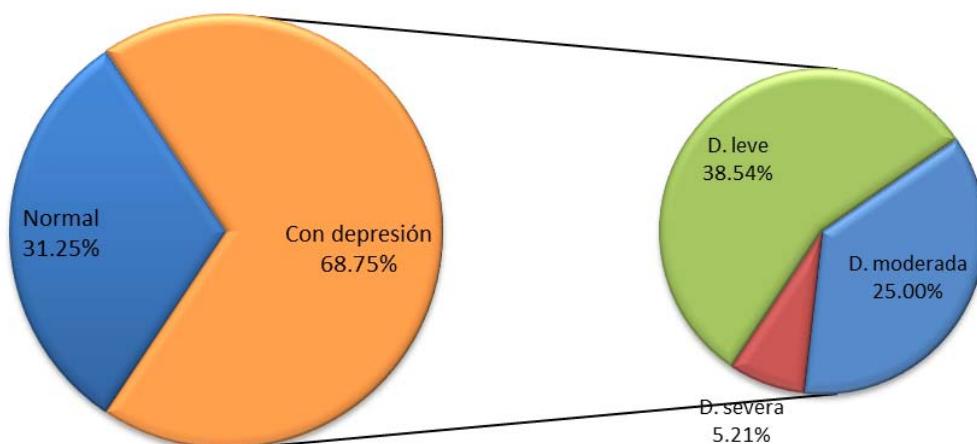
	N°	%
Normal	30	31.25%
D. leve	37	38.54%
D. moderada	24	25.00%
D. severa	5	5.21%
Total	96	100.00%

Fuente: El Autor

NIVELES DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN LOS CUIDADORES DE PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA; AREQUIPA – 2014

Gráfico 10

Niveles de depresión presentados por los cuidadores de pacientes con
esquizofrenia



Fuente: El Autor

En la **Tabla y Gráfico 10** se muestra el estado de depresión en el cuidador del paciente con esquizofrenia, el cual fue medido por la escala de depresión de Beck, se muestra que la mayoría de los entrevistados presentan algún grado de depresión siendo este en el 68.75% de los casos, mientras que el 31.25% de los casos no presentan depresión.

Del total de cuidadores con depresión, es la leve la que prevalece, en un 38.54% de los casos, moderada en 25% y severa en 5.21% de cuidadores

**NIVELES DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN LOS CUIDADORES DE PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA; AREQUIPA – 2014**

Tabla 11 A

**Distribución de factores asociados a la depresión en cuidadores de pacientes
con esquizofrenia**

		Con depresión			Sin depresión		Chi²	p
		Total	Nº	%	Nº	%		
Edad	20-29 a	7	3	42.86%	4	57.14%	24.89	0.00
	30-39 a	20	6	30.00%	14	70.00%		
	40-49 a	25	20	80.00%	5	20.00%		
	50-59 a	22	17	77.27%	5	22.73%		
	60-69 a	14	14	100.00%	0	0.00%		
	70-79 a	8	6	75.00%	2	25.00%		
Sexo	Mujer	69	50	72.46%	19	27.54%	1.57	0.21
	Varón	27	16	59.26%	11	40.74%		
E civil	Soltero	21	10	47.62%	11	52.38%	9.50	0.05
	Casado	32	22	68.75%	10	31.25%		
	Conviviente	26	18	69.23%	8	30.77%		
	Separado	15	14	93.33%	1	6.67%		
	Viudo	2	2	100.00%	0	0.00%		
Parentesco	Padre	12	8	66.67%	4	33.33%	16.55	0.00
	Madre	49	41	83.67%	8	16.33%		
	Hermano	26	10	38.46%	16	61.54%		
	Otro	9	7	77.78%	2	22.22%		
Tiempo a cargo	< 1 año	3	2	66.67%	1	33.33%	5.92	0.31
	1-5 años	39	23	58.97%	16	41.03%		
	6-10 años	18	11	61.11%	7	38.89%		
	11-15 años	14	11	78.57%	3	21.43%		
	16-20 años	11	10	90.91%	1	9.09%		
	> 20 años	10	8	80.00%	2	20.00%		
Total		96	66	68.75%	30	31.25%		

NIVELES DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN LOS CUIDADORES DE PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA; AREQUIPA – 2014

Tabla 11 B

Distribución de factores asociados a la depresión en cuidadores de pacientes
con esquizofrenia (*con*)

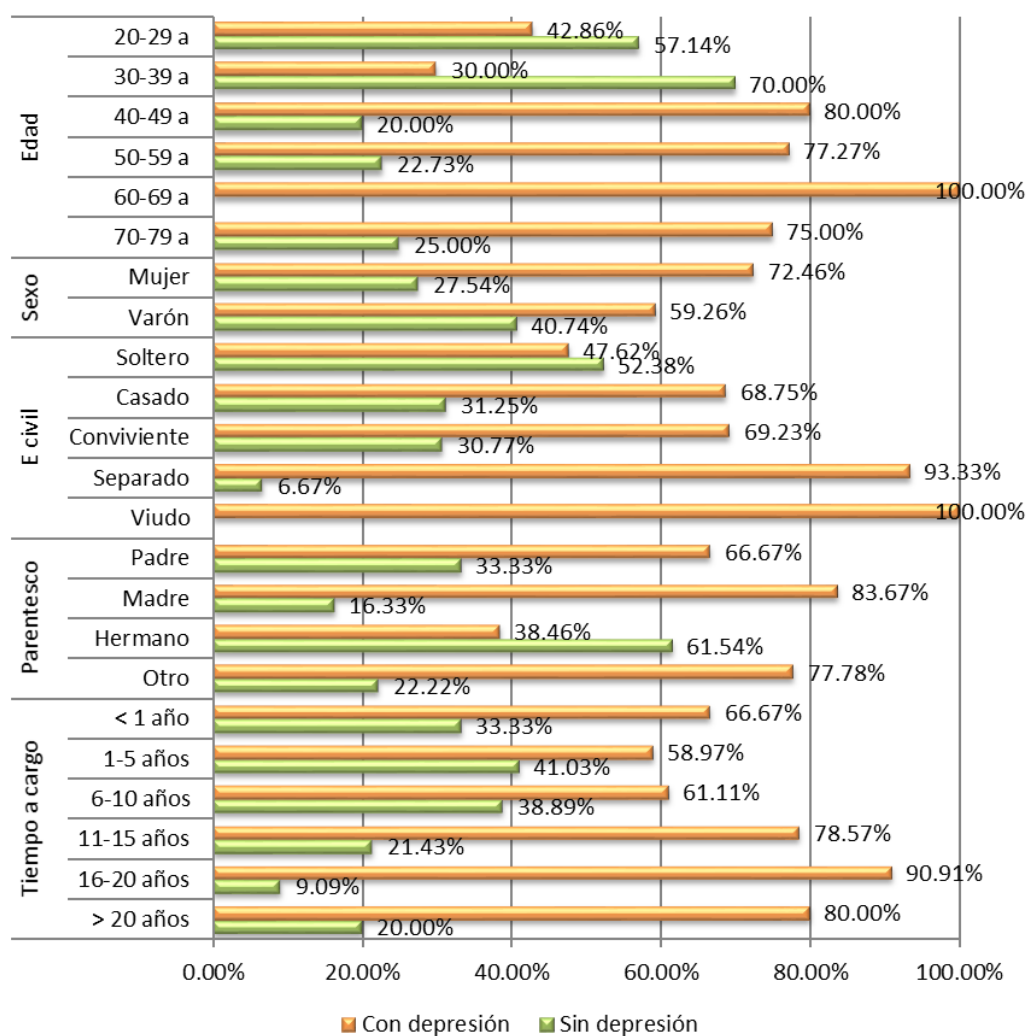
		Con depresión			Sin depresión		Chi²	p
		Total	Nº	%	Nº	%		
Estado de salud	Enfermo	18	15	83.33%	3	16.67%	2.19	0.14
	Sano	78	51	65.38%	27	34.62%		
Ocupación	Independiente	32	21	65.63%	11	34.38%	1.22	0.98
	Obrero	15	11	73.33%	4	26.67%		
	Empleado	11	7	63.64%	4	36.36%		
	Ama de casa	28	20	71.43%	8	28.57%		
	Jubilado	5	3	60.00%	2	40.00%		
	Estudiante	4	3	75.00%	1	25.00%		
	Desocupado	1	1	100.00%	0	0.00%		
Ingreso familiar	< 1500	93	64	68.82%	29	31.18%	0.01	0.94
	1500-3500	3	2	66.67%	1	33.33%		
Ant. Fam. depresión	Presente	25	20	80.00%	5	20.00%	1.99	0.16
	Ausente	71	46	64.79%	25	35.21%		
Ant. Pers depresión	Presente	17	16	94.12%	1	5.88%	6.19	0.01
	Ausente	79	50	63.29%	29	36.71%		
Apoyo en el cuidado	Ninguno	32	25	78.13%	7	21.88%	2.57	0.28
	Familiar	63	40	63.49%	23	36.51%		
	Otro	1	1	100.00%	0	0.00%		
Total		96	66	68.75%	30	31.25%		

Fuente: El Autor

CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA; AREQUIPA – 2014

Gráfico 11 A

Distribución de factores asociados a la depresión en cuidadores de pacientes
con esquizofrenia

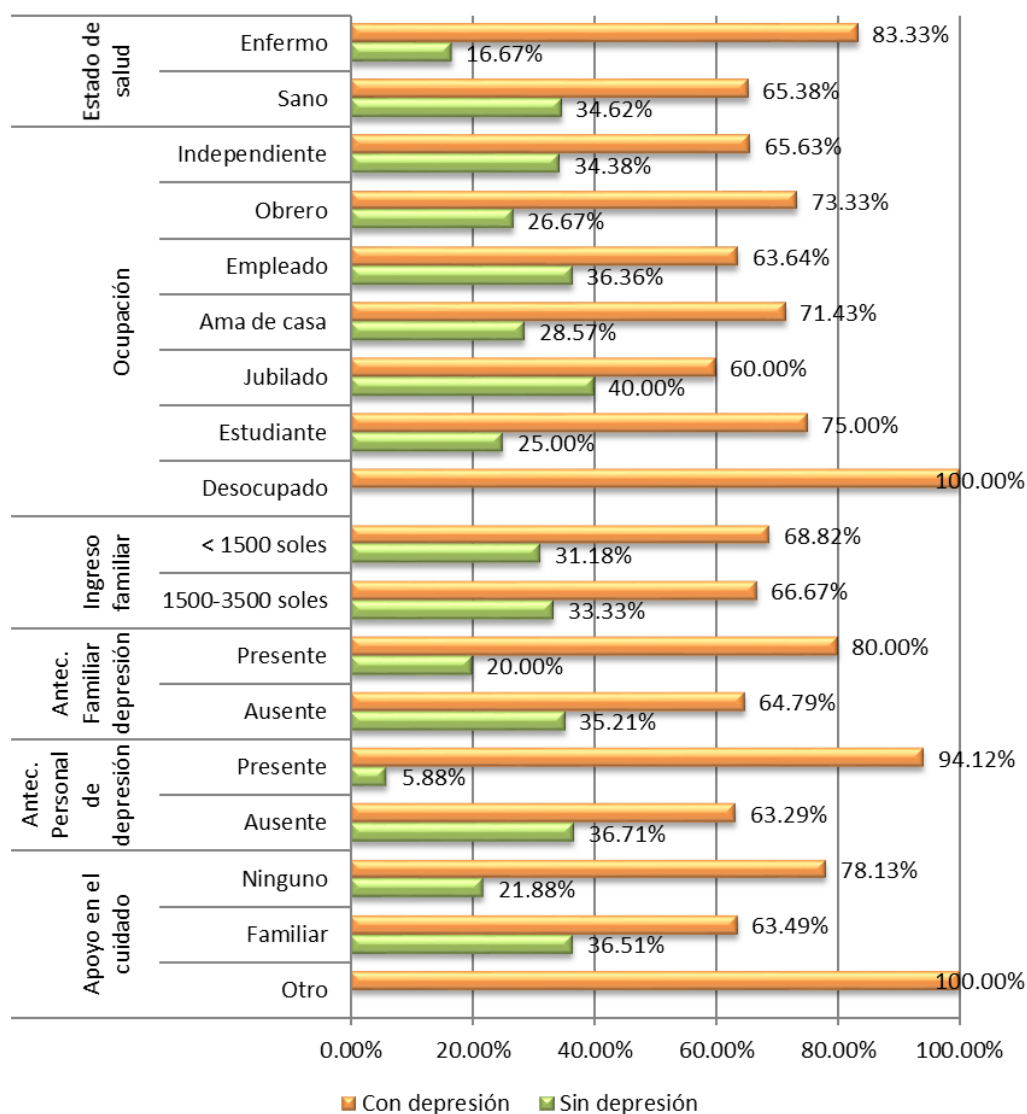


Fuente: El Autor

**NIVELES DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN LOS CUIDADORES DE PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA; AREQUIPA – 2014**

Gráfico 11 B

**Distribución de factores asociados a la depresión en cuidadores de pacientes
con esquizofrenia (con)**



Fuente: El Autor

En la **Tabla y Gráfico 11** se muestra las características de los cuidadores relacionados a la presencia de depresión

La edad es un factor relevante, sobre todo en mayores de 40 años ($p < 0.01$) con un 75% a 100% de cuidadores de 40 a más años portadores de depresión, comparado con 30 a 42.86% de depresión en menores de 40 años. El estado civil del cuidador influye en la depresión ($p = 0.05$), presentando más depresión los viudos (100%), separados (93.33%), convivientes (69.23%) o casados (68.75%), mientras que sólo 47.62% de solteros tenía depresión. El parentesco es también un factor asociado ($p < 0.05$); las madres tuvieron más depresión (83.67%) comparado con los padres (66.67%) mientras que los hermanos tuvieron menos depresión (38.46%). El antecedente de depresión en la familia, aunque mayor en los que tenían depresión (80% versus 64.79%) no influyó en la depresión del cuidador ($p > 0.05$), pero sí el antecedente de depresión en el cuidador (94.12% en cuidadores con depresión actual y en 63.29% sin antecedente de depresión; $p < 0.05$).

El sexo de los cuidadores no parece ser un factor relevante ($p > 0.05$), aunque se vio discretamente más depresión en mujeres (72.46%) que en varones (59.26%). El tiempo que permanecieron a cargo del cuidado del paciente no influyó en la depresión ($p > 0.05$). En relación al estado de salud del cuidador aunque hubo más depresión en los que tenían alguna patología (83.33%) que en los que eran sanos (65.38%), no hubo diferencias significativas ($p > 0.05$). La ocupación tampoco no influyó en la depresión ($p > 0.05$) así como tampoco el ingreso económico familiar ($p > 0.05$).

CAPÍTULO III.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó para determinar los niveles de depresión y sus factores asociados, en cuidadores de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza; Arequipa – 2014. Se realizó la presente investigación debido a la importante cantidad de pacientes con esquizofrenia que acuden diariamente a este hospital, ayudados por sus cuidadores y los escasos estudios realizados en nuestro medio para valorar el impacto que produce esta enfermedad en la salud mental del cuidador del paciente con esquizofrenia

Para tal fin se realizó una entrevista a una muestra representativa de cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia, aplicando una ficha de datos y el Inventario de depresión de Beck. Se muestra los resultados mediante estadística descriptiva y se comparan grupos mediante prueba chi cuadrado.

La muestra evaluada en el periodo de estudio fue de 96 cuidadores de pacientes con esquizofrenia; en la **Tabla y Gráfico 1** se muestra la distribución de los cuidadores según edad y sexo; el 71.88% de cuidadores fueron mujeres y 28.13% varones. El 26.04% del total tuvieron de 40 a 49 años, con la edad promedio de los varones de 41.44 años y de las mujeres 51.35 años, siendo la diferencia de edades entre los varones y mujeres significativa ($p < 0.05$). Llama la atención que el 71.88% de cuidadores son mujeres, estos resultados concuerdan con otros estudios como los publicados por Algor G. José (8); Arcana C. Vanessa (18) en los cuales se halla también mayor cantidad de mujeres como cuidadoras. Resalta también que el sexo masculino tiene de media menor edad que las mujeres, esto puede ser debido a que en las familias de nuestro medio es la madre quien asume el cuidado principal del paciente, siendo el varón quien asume el cuidado, ya sea padre o hermano, cuando la madre no se encuentra presente dentro de la familia, o se encuentra limitada física o emocionalmente.

En la **Tabla y Gráfico 2** se observa el estado civil de los cuidadores; el 21.88% fueron solteros, 33.33% casados y 27.08% convivientes, con 15.63% de cuidadores separados y 2.08% viudos; estando casados la tercera parte de los encuestados, igual

a la proporción de casados encontró Steele Britton H (25) en su estudio, donde refiere que la tercera parte de cuidadores son casados,

El vínculo familiar del cuidador con el paciente portador de esquizofrenia se muestra en la **Tabla y Gráfico 3**. El 12.50% fueron los padres, 51.04% la madre, y en 27.08% hermanos, siendo otros familiares como tíos, sobrinos o cuñados en 9.38%. Se hace notar que es la madre quien asume el rol de cuidadora en nuestro medio, concordando con Algor G. José (8), Arcana C. Vanessa (18) y Hidalgo Padilla L. (24) mientras que el padre lo hace en mucho menos de la mitad del total de entrevistados, aun en menos cantidad que los hermanos, y otros.

El tiempo que permanecen cuidando al paciente con esquizofrenia (**Tabla y Gráfico 4**) fue en 41.67% de casos entre 1 y 5 años, con un 10.42% de casos que van más de 20 años cuidando al paciente; en promedio el tiempo de cuidado fue de 9.97 años, variando entre 3 meses hasta 47 años. Siendo similar la edad promedio en otros estudios como el realizado por Castillo M. Humberto (5) donde halla un promedio de 9.6 años de tiempo en el que el cuidador permanece a cargo del paciente

En la **Tabla y Gráfico 5** se muestra el estado de salud referido por los cuidadores de los pacientes; el 81.25% de ellos refirió estar sano y 18.75% refirió alguna patología, siendo la más frecuente la hipertensión arterial (5.21%), la presencia de artritis (3.13%), coleditiasis, gastritis o asma en 2.08% y en casos aislados hubo diabetes, lumbalgia, hipertrofia prostática u osteoporosis.

La **Tabla y Gráfico 6** muestran la ocupación de los cuidadores de los pacientes con esquizofrenia; el 33.33% fueron independientes, 29.17% eran amas de casa, 15.63% eran obreros, 11.46% eran empleados, 5.21% eran jubilados, 4.17% estudiantes y un cuidador no tenía empleo (1.04%). Discrepando con Ávila T; García C, Jaisa; Gaitá R (11), ya que en su estudio con las amas de casa las que abarcan un mayor porcentaje de su muestra, mientras que en nuestro estudio son los trabajadores independientes quienes ocupan un mayor porcentaje, lo cual muestra que en nuestro medio los cuidadores además de asumir la responsabilidad del cuidado, se ven también obligados a colaborar con el sustento del hogar, lo cual sería necesario ya que la mayoría de nuestra muestra son personas de escasos recursos económicos

En relación al estado socioeconómico, en la **Tabla y Gráfico 7** se observa que el 96.88% de casos ganaban menos de 1500 soles mensuales, y sólo 3.13% ganaba entre 1500 y 3500 soles. Esto deja en evidencia que en el Hospital Regional Honorio Delgado la mayoría de la población atendida pertenece a un estado socioeconómico no adinerado, lo cual representa una carga más para el cuidador del paciente, además coincidimos con Castillo M. Humberto(5) que en su estudio halla que el 95% de entrevistados cuenta con ingresos en promedio de 724 Nuevos Soles aproximadamente.

La **Tabla y Gráfico 8** muestran el antecedente de depresión en la familia o personales en los cuidadores; el 33.33% de cuidadores manifestó algún antecedente de depresión, 15.63% en la familia, 7.29% como antecedente personal y en 10.42% antecedente tanto en la familia como personal.

En la **Tabla y Gráfico 9** se aprecia el apoyo brindado a los cuidadores en la atención de los pacientes con esquizofrenia; el 33.33% de casos no tiene apoyo, 65.63% tiene apoyo de la familia y un caso tiene apoyo de otro tipo de persona.

El estado de depresión en el cuidador, medido por la escala de depresión de Beck, dio un estado normal en 31.25%, con depresión en 68.75% de casos, siendo leve en 38.54%, moderada en 25% y severa en 5.21% de cuidadores (**Tabla y Gráfico 10**). Se hace notar el elevado porcentaje de depresión que se encuentra en los cuidadores lo cual concuerda con estudios similares como el realizado por Pérez G. (21), salvando las diferencias de que en el presente estudio es la depresión leve la que predomina frente a la moderada, lo cual puede deberse a la las diferencias sociodemográficas de las poblaciones estudiadas. En otros estudios tales como el publicado por Ávila T; García C, Jaisa; Gaitá R (11) donde hallan niveles de depresión en el 46,9% de los casos, se ratifican los resultados obtenidos pero no de una manera tan elevada como las encontradas en este trabajo de investigación, si bien es cierto en el estudio antes mencionado cuenta con una población de cuidadores de pacientes con demencia esto puede ser la causa de tal discrepancia, ya que los pacientes en dicha población tienen una edad promedio de 74.56 años los cuales se encuentran en edad avanzada y el cuidado de este a futuro seria corto, lo cual no causaría en su cuidador un impacto tan importante con respecto a proyecciones

futuras, mientras que en nuestro estudio los pacientes son de todas las edades y una buena parte de ellos son hijos de los cuidadores los cuales se proyectan a futuro a lo largo de toda la vida asumiendo de manera definitiva la responsabilidad del cuidado durante toda su vida, lo cual representaría un impacto mayor en el cuidador

En la **Tabla y Gráfico 11** se muestra las características de los cuidadores relacionados a la presencia de depresión; se encontró que la edad es un factor relevante, sobre todo en mayores de 40 años ($p < 0.01$) con un 75% a 100% de cuidadores de 40 a más años portadores de depresión, comparado con 30 a 42.86% de depresión en menores de 40 años. Esto discrepa con el estudio realizado por Algor G. José(8), en referencia a los padres, donde encontró que los padres cuidadores de mayor edad presentan una menor sobrecarga que los de menor edad. Esta discrepancia pueda ser debida a que en nuestro estudio se observa que por encima de 40 años se encontraron a la mayoría de los padres de los pacientes, los cuales tienen un mayor compromiso con el cuidado del hijo, asumiendo el cuidado de este proyectado hacia el futuro a lo largo de sus vidas, y fueron los menores de 40 años los cuidadores comprendidos entre hermanos y otros, los cuales asumen el cuidado pero de forma transitoria, asumiendo la responsabilidad de forma temporal y no definitiva.

El estado civil del cuidador influye en la depresión ($p = 0.05$), presentando más depresión los viudos (100%), separados (93.33%), convivientes (69.23%) o casados (68.75%), mientras que sólo 47.62% de solteros tenía depresión. Aquí coincidimos con Caqueo, Gutiérrez, Ferrer y Darrigrande (13), donde hallan que los cuidadores viudos, separados se ven más afectados, lo cual hace notar la importancia que tiene en el ánimo del cuidador contar con una pareja estable.

El parentesco es también un factor asociado ($p < 0.05$); las madres tuvieron más depresión (83.67%) comparado con los padres (66,67%) mientras que los hermanos tuvieron menos depresión (38.46%). Similar a lo hallado por Algora G. José (8) y Arcana C. Vanessa (18) donde hallan que son las madres de los pacientes las más afectadas, lo cual se debería a que en la mayoría de las familias el rol principal recae en las madres de familia, y no solo el rol de cuidar del hijo enfermo si

no de asumir las tareas cotidianas del hogar, lo cual representa una mayor responsabilidad y carga para esta, repercutiendo en su estado de ánimo.

El antecedente de depresión en la familia, aunque mayor en los que tenían depresión (80% versus 64.79%) no influyó en la depresión del cuidador ($p > 0.05$), pero sí el antecedente de depresión en el cuidador (94.12% en cuidadores con antecedente de depresión y en 63.29% sin antecedente de depresión; $p < 0.05$). Este hecho es de esperar, ya que los cuidadores que anteriormente han sufrido de uno o más episodios depresivos, tienen una mayor predisposición a desarrollar nuevamente cuadros similares, aun en mayor medida si es que presentan episodios recurrentes con anterioridad, lo cual concuerda con la bibliografía estudiada (2)

El tiempo que permanecieron a cargo del cuidado del paciente no influyó en la depresión ($p > 0.05$). El sexo de los cuidadores no parece ser un factor relevante ($p > 0.05$), aunque se vio discretamente más depresión en mujeres (72.46%) que en varones (59.26%), pero concordamos con Ávila T; García C, Jaisa; Gaitá R (11), donde afirman que el género masculino o femenino no muestran relaciones significativas con la depresión

En relación al estado de salud del cuidador aunque hubo más depresión en los que tenían alguna patología (83.33%) que en los que eran sanos (65.38%), no hubo diferencias significativas ($p > 0.05$). La ocupación tampoco influyó en la depresión ($p > 0.05$). Así como tampoco el ingreso económico familiar ($p > 0.05$) lo que respalda a los resultados hallados por Ávila T; García C, Jaisa; Gaitá R (11) en cuyo estudio afirman que no se encontraron diferencias significativas para depresión. El apoyo en el cuidado del paciente tampoco influyó de manera significativa en la presencia de depresión en el cuidador.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



CONCLUSIONES

- Primera.** La presencia de depresión en cuidadores de pacientes con esquizofrenia es alta
- Segunda.** Los factores asociados a depresión en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia son que el cuidador sea mayor de 40 años, que sea viudo o separado, que tenga un parentesco como ser madre o padre, y que presente el antecedente personal de depresión.

RECOMENDACIONES

- 1) **Primera:** Se recomienda a la Jefatura del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado implementar un programa que aborde al cuidador del paciente con esquizofrenia desde el momento del diagnóstico y que este involucre psicoeducación, para así mejorar la calidad de vida del cuidador y por ende de la familia
- 2) **Segunda:** Se recomienda a los Médicos Asistentes y Médicos Residentes del Servicio de Psiquiatría, detectar los síntomas depresivos de los cuidadores, para poder brindar terapia de apoyo así como de ser necesario tratamiento especializado a aquellos que presenten elevados niveles de depresión
- 3) **Tercera:** Se recomienda a la Jefatura del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado, crear un club de familiares de pacientes con esquizofrenia, para que ellos mismos se organicen y velen por sus necesidades, así como implementar nuevas estrategias a largo plazo para mejorar su calidad de vida
- 4) **Cuarta:** Se recomienda a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María de Arequipa, establecer una línea de investigación que se ocupe de investigar los niveles de depresión y otras co-morbididades en los cuidadores y familiares de pacientes que padezcan de otras enfermedades mentales

BIBLIOGRAFÍA

1. Llaza, L., Gloria: "Avances en Psiquiatría". Primera Edición UCSM. Arequipa - Perú; 2011.
2. Toro G. Ricardo; Yepes R. Luis; Palacio A. Carlos; "Fundamentos de Medicina: Psiquiatría" Editorial Corporación para Investigaciones Biológicas; Quinta Edición; Bogotá – Colombia; 2013.
3. Rotondo, Humberto; "Compendio de Psiquiatría"; Primera Edición; UNMSM; Lima Peru; 2008
4. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013
5. Castillo M. Humberto; "Esquizofrenia y economía familiar en un hospital psiquiátrico de Lima" Instituto Nacional de Salud Mental, "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", Lima, Perú; 2003
6. García-Sancho, Julio C; Guía práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental. Murcia - Junio 2009
7. "Esquizofrenia Es Uno De Los Trastornos Mentales Menos Frecuentes Pero De Mayor Impacto En El Funcionamiento De La Persona" Ministerio de Salud del Perú – Sala de Prensa. Publicado el 28 de Enero del 2013; Lima - Perú – 2013. Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/notas_auxiliar.asp?nota=12133
8. Algora G. José; "El cuidador del enfermo esquizofrénico: sobrecarga y estado de salud"; Centro de Salud Mental (CSM) de Reus, España; 2011
9. Rodríguez Vega, B. et al. Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. Eur. J. Psychiat. (Ed. esp.) 2002, vol.16, n.1: pp. 27-38 .
10. Mediavilla. Jose ; Royal College of Psychiatrists., Actualización de 2009
11. Hernando Ávila T, José; García-C, Jaisa; Gaitá Ruiz, Janedid "Habilidades para el cuidado y depresión en cuidadores de pacientes con demencia" Revista colombiana de psicología; Bogotá Colombia – 2010

12. Cervera, Gaspar ; Guía para el tratamiento de los trastornos depresivos o ansiosos ; Clínica del Sistema Nervioso ; Segunda Edición; España; 2011
13. Caqueo U. Alejandra; Gutiérrez M. José; Ferrer G. Marta; Darrigrande M. Paulina; “Sobrecarga en cuidadores aymaras de pacientes con esquizofrenia” Elsevier Doyma; Revista de Psiquiatría y Salud Mental; Universidad de Tarapacá; Arica; Chile - 2011
14. Carranza E. Renzo; Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck Para Universitarios de Lima; Universidad Peruana Unión; Lima, Noviembre 2011
15. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud: CIE-10; Decima Revisión; Washington DC; USA - 2003
16. Guía de Educación Sanitaria; Servicios de Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa y de los Programas Específicos de Osakidetza; Gobierno Vasco – España 2011
17. Moral R. José; Validación de un formato simplificado del Inventario de Depresión de Beck; Universidad Autónoma de Nuevo León Psicología Iberoamericana , vol. 21; octubre, 2012
18. Arcana C. Vanessa; “Factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador de pacientes esquizofrénicos atendidos en el Hospital III Yanahuara – EsSalud, Arequipa 2010”; UNSA; Arequipa; 2010
19. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente; Agencia de Evaluación de Tecnología y Recursos Médicos, Roc Boronat, 81-95 0800; Ministerio de Sanidad y Consumo; Primera Edición; Barcelona – España 2009
20. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson 2003
21. Pérez Gonzáles L.; “Nivel de depresión y ansiedad en el cuidador principal de pacientes esquizofrénicos en el Centro de Salud San Martín de Porres jurisdicción del INSM-HD-HN: 2011”; UNMSM; Lima – Perú; 2011
22. Organización mundial de la salud; “Temas de Salud: Depresión”; Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>

23. National Institute Of Mental Health; Departamento De Salud Y Servicios Humanos De Los Estados Unidos ; institutos nacionales de la Salud; División de Redacción Científica, Prensa, y Difusión 6001 Executive Boulevard; USA 2011; Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov>
24. Hidalgo Padilla L. Sobrecarga y afrontamiento en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia. tesis para optar el título de licenciada en Psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú. 2013. Disponible en: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/4700>
25. Steele H. “Prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador en cuidadores informales de pacientes del Hospital Diurno del Hospital Nacional Psiquiátrico”. San José: 2010. Disponible: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis20.pdf>
26. Machado M , Torres V , Mesaque A, Modena C. A Sobrecarga de cuidadores de pacientes con Esquizofrenia. Belo Horizonte: 2010. disponible: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v32n3/1312.pdf>
27. Crespo L. María; López M. Javier; “El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa”; Instituto de mayores y servicios sociales – IMSERSO; Primera Edicion; Madrid – España 2007; Disponible en: <http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/apoyocuidadores.pdf>

ANEXOS



Anexo 1
Proyecto de Investigación

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



TITULO

**“NIVELES DE DEPRESION Y FACTORES ASOCIADOS EN LOS
CUIDADORES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA; AREQUIPA – 2014”**

Proyecto de Tesis presentado por:

MIGUEL PAUL ANDIA YABAR

Para obtener el título profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

AREQUIPA – PERÚ

2014

I. PREÁMBULO

La esquizofrenia es una enfermedad compleja caracterizada por alucinaciones, ideas delirantes, trastornos conductuales, funcionamiento social alterado y síntomas coexistentes, en lo que suele ser un sensorio por lo de más claro. No hay ningún síntoma que sea por sí solo patognomónico de la esquizofrenia.

Se puede afirmar que la esquizofrenia es una enfermedad de distribución universal, que aparece en todas las culturas, clases sociales a cualquier edad y en personas con distintos niveles intelectuales. La prevalencia mundial oscila entre 0,9 a 3,8 casos por cada 1000 habitantes, siendo las tasas de prevalencia similares en todo el mundo, es uno de los trastornos menos prevalentes pero de los que más afectan la vida propia y de la familia, generando un estigma social irreparable. (2)

En el Perú los datos estadísticos muestran que en establecimientos del MINSA entre enero y noviembre de 2012 se atendieron 17 mil 758 casos a nivel nacional. De acuerdo a las estadísticas del sector, el trastorno esquizofrénico se presenta mayoritariamente a partir de los 18 años, es así que contamos con más de 3 mil 704 atenciones a nivel nacional a pacientes entre los 18 y 29 años, mientras que alrededor de 8mil 153 pacientes entre 30 y 59 años reciben atención especializada (7)

Pocas veces nos ponemos a reflexionar sobre las personas que tienen que lidiar día a día con estos pacientes, pero el trabajo de cuidar de un paciente con esquizofrenia abarca una gran responsabilidad además de un desgaste tanto físico como emocional el cual al final repercute en la salud mental del cuidador, además de las posibles desventajas socioeconómicas y factores socio-culturales, problemas emocionales, entre otros, todo lo cual a la larga desencadena en el cuidador un estado de ánimo depresivo que no ha sido estudiado hasta el momento en nuestro medio

Teniendo en mente que nuestros pacientes estarán bien, en la medida en que sus cuidadores también lo estén, genera inquietud la idea de saber que hasta el momento, no existe un estudio en este hospital en el que se analice la situación del cuidador del paciente con esquizofrenia

(2) Toro G. Ricardo; Yepes R. Luis; Palacio A. Carlos; “Fundamentos de Medicina: Psiquiatría” Editorial Corporación para Investigaciones Biológicas; Quinta Edición; Bogotá – Colombia; 2013.

(7) “Esquizofrenia Es Uno De Los Trastornos Mentales Menos Frecuentes Pero De Mayor Impacto En El Funcionamiento De La Persona” Ministerio de Salud del Perú – Sala de Prensa. Publicado el 28 de Enero del 2013; Lima - Perú – 2013

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuáles son los niveles de depresión y sus factores asociados, en cuidadores de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado; Arequipa – 2014?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Depresión

b) Análisis de Variables

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Variable dependiente			
Depresión	Puntaje en escala de Beck	5 - 9: Normal. 10 - 18: Depresión leve. 19 - 29: Depresión moderada. 30 - 63: Depresión severa.	Ordinal
Variables independientes			
Factores asociados a depresión	Edad	Años	De razón
	Sexo	Varón / Mujer	Nominal
	Parentesco	Padre, Madre, Hijo, Hermano, Pareja, Amigo, Otro	Nominal
	Tiempo a cargo del paciente	Meses	De razón
	Estado de salud del cuidador	Sano, enfermo	Nominal
	Ocupación	Estudiante, ama de casa, empleado, obrero, independiente, jubilado, desocupado	Nominal
	Nivel socioeconómico	< 1500 soles, 1500 a 3500 soles, > 3500 soles	Ordinal
	Antecedentes familiares de depresión	Ausente, presente	Nominal
	Antecedente	Ausente, presente	Nominal

	personal de depresión		
	Apoyo en el cuidado	Ninguna, otros familiares, personal técnico	Nominal

c) Interrogantes básicas

1. ¿Cuáles son los niveles de depresión en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia a través del inventario de depresión de Beck, atendidos en el Hospital Honorio Delgado Espinoza – Arequipa - 2014?
2. ¿Cuáles son los factores asociados a depresión en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Honorio Delgado Espinoza – Arequipa - 2014?

d) Tipo de investigación: Se trata de un estudio de campo, transversal

e) Nivel de investigación: Es un estudio descriptivo

1.3. Justificación del problema

Originalidad: No se han realizado estudios que evalúen los niveles de depresión ni los factores asociados a este, en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Honorio Delgado.

Relevancia científica: Pone de manifiesto la influencia del entorno familiar y social en la salud mental de las personas.

Relevancia práctica: Permitirá establecer los niveles de depresión, e identificar cuáles son los factores que se relacionan a esta, los cuales pueden ser tratables en familiares de un grupo importante de pacientes.

Relevancia social. Al haber, dentro de la población un gran número de pacientes con esquizofrenia, la gran mayoría de ellos a cargo de un cuidador, y al ser el Hospital Regional Honorio Delgado hospital de referencia del sur del país, en donde se atiende un gran número de pacientes con esquizofrenia, este trabajo resulta ideal para mostrar los niveles de depresión que existen en los cuidadores, además de establecer los factores asociados a la depresión en estos, esto nos brindara una idea de lo que pasa en la población general

Contemporaneidad: Ya que los trastornos depresivos son un problema de salud pública, y sobre todo porque pueden afectar a un grupo de la sociedad de mayor riesgo.

Factibilidad: Por tratarse de un estudio de campo en un grupo de cuidadores de pacientes identificados.

Motivación personal: De realizar una investigación en el área de la salud mental.

Contribución académica: La depresión en el cuidador del paciente esquizofrénico aumenta la morbilidad de la familia así como de la sociedad, conociendo su gravedad y factores asociados, podremos proyectar medidas de salud mental que contribuyan a mejorar la salud de nuestra población, en especial los atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado donde se realiza el estudio

Políticas de investigación de la Universidad: Por tratarse de un requisito para la obtención del título profesional.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. DEPRESION

2.1.1. Concepto

Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana, falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (22)

La depresión puede llegar a dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional (12)

Se afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. Aunque ése es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático. En la mayor parte de los casos, el diagnóstico es clínico, aunque debe diferenciarse de cuadros de expresión parecida, como los trastornos de ansiedad. La persona aquejada de depresión puede no vivenciar tristeza, sino pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades lúdicas habituales, así como una vivencia poco motivadora y más lenta del transcurso del tiempo. Su origen es multifactorial, aunque hay que destacar factores desencadenantes tales como el estrés y sentimientos, factores de predisposición como la genética o un condicionamiento educativo. La depresión puede tener importantes consecuencias sociales y personales, desde la incapacidad laboral incluso hasta el suicidio; conforme el curso de la enfermedad progresa los pacientes tienen a tener episodios más frecuentes y de mayor duración.(3)

(3) Rotondo, Humberto; "Compendio de Psiquiatría"; Primera Edición; UNMSM; Lima Peru; 2008

(12) Cervera, Gaspar ; Guía para el tratamiento de los trastornos depresivos o ansiosos ; Clínica del Sistema Nervioso ; Segunda Edición; España; 2011

(22) Organización mundial de la salud; "Temas de Salud: Depresión"; Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>

En el caso que nos avoca los factores desencadenantes se relacionan al estrés físico y emocional que conlleva el cuidado del paciente esquizofrénico.

2.1.2. Epidemiología

La prevalencia de casos de depresión mayor en el estudio epidemiológico realizado en Norteamérica es 2,2% (en Colombia 1,9%) y la de distimia del 3%.⁽¹⁾ del 3 al 6% en la población en general ⁽²⁾.

El riesgo de un individuo tiene de sufrir un episodio depresivo mayor durante su vida es de 4,4%, y de distimia es de 3 a 5%. ⁽¹⁾

Otros estudios sugieren cifras de 10-25% en mujeres y 5-12% en los hombres en la depresión en general, en el sexo femenino 2 a 3 veces más que en los hombres⁽¹⁾

La depresión en la mujer: Las estadísticas muestran que las mujeres padecen más depresión que los hombres, esto se debe a que existen diferencias biológicas entre ambos.

Los cambios hormonales, parecen tener un efecto importante en el estado de ánimo de las mujeres. Los cambios en los niveles hormonales se producen durante una serie de acontecimientos que están asociados a la depresión, en particular los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de niños, el mantenimiento del hogar y un empleo.

Asimismo ciertos sucesos traumáticos como violaciones y otras formas de abuso sexual pueden contribuir a la incidencia creciente de la depresión en mujeres.

La depresión en el hombre: Aunque el hombre tiene menos probabilidad de sufrir, depresiones que la mujer, y a la vez es más reacio para admitir que tienen depresión.

Por lo tanto, el diagnóstico puede ser más difícil de hacer. El hombre es diagnosticado menos que la mujer. La depresión también puede afectar la salud física del hombre, aunque en una forma diferente a la de la mujer.

(1) Llaza L., Gloria: "Avances en Psiquiatría". Primera Edición UCSM. Arequipa - Peru; 2011.

(2) Toro G. Ricardo; Yepes R. Luis; Palacio A. Carlos; "Fundamentos de Medicina: Psiquiatría" Editorial Corporación para Investigaciones Biológicas; Quinta Edición; Bogotá – Colombia; 2013.

En relación a la edad, aunque la depresión puede ocurrir en todas las etapas cronológicas, la frecuencia aumenta con el transcurrir del tiempo. El máximo de frecuencia para las mujeres esta entre los 30 y 60 años, y en los hombres entre los 40 y 70 años. La alta frecuencia en la edad madura y en la vejez se atribuye primordialmente a los factores psicosociales propios de estas etapas (2)

2.1.3. Clasificación

CIE-10 (15)

- Trastorno depresivo mayor episodio único: Síndrome depresivo completo de días o meses de duración
- Trastorno depresivo mayor recurrente: varios episodios de depresión mayor
- Trastorno distímico : alteración crónica duración de dos años o más, del estado de ánimo con síndrome incompleto de depresión
- Otros trastornos depresivos : grupo residual para cuadro depresivos atípicos

DSM-5 (4)

- a) Episodio depresivo
- b) Trastorno depresivo recurrente
- c) Distimia
- d) Otros trastornos depresivos

(2) Toro G. Ricardo; Yepes R. Luis; Palacio A. Carlos; “Fundamentos de Medicina: Psiquiatría” Editorial Corporación para Investigaciones Biológicas; Quinta Edición; Bogotá – Colombia; 2013.

(4) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013

(15) Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud: CIE-10; Decima Revisión; Washington DC; USA - 2003

2.1.4. Criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor (4)

a) Criterios Diagnósticos Episodio Depresivo Mayor según DSM-5

A	Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer. NOTA: no incluye síntomas que claramente son atribuidos a otras condiciones medicas
	(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.(En niños y adolescentes puede ser irritabilidad)
	(2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días. (Referido por el propio sujeto u observado por otros)
	(3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, (cambio de las de 5% de peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En niños considerar fracaso de ganancia de peso esperada)
	(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
	(5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.
	(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
	(7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).
	(8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).
	(9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.
B	Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.
C	Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una

	sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), o a otra condición medica
D	La ocurrencia de episodio depresivo mayor no es explicado por desórdenes esquizoafectivos, esquizofrenia, desordenes esquizofrénicos, desordenes delirantes u otros específicos o inespecíficos espectros esquizofrénicos, u otros desordenes psicóticos Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor
E	Nuca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco

Nota 1: Criterios A – C representan un episodio depresivo mayor

Nota 2: Las respuestas a una pérdida significativa pueden incluir los sentimientos o la tristeza intensa, la reflexión sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso se indica en el criterio A, cosa que puede ser similar a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o considerados apropiados para la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor, en adición a la respuesta normal a una pérdida significativa también debe ser considerado cuidadosamente. Esta decisión requiere inevitablemente el ejercicio del juicio clínico basado en la historia de la persona y las normas culturales para la expresión de angustia en el contexto de la pérdida

Nota 3: La exclusión del criterio E no se aplica si todos los episodios similares a maniacos e hipomaniacos son incluidos o son atribuibles a los efectos psicológicos de otras condiciones medicas

Criterios Especificadores de gravedad/ características psicóticas/ remisión del episodio depresivo mayor actual (o más reciente) del DSM-5

Leve: Pocos síntomas, o ninguno, aparte de los requeridos para arribar al diagnóstico, y los síntomas provocan sólo deterioro menor del desempeño laboral o de las actividades sociales habituales.

Moderado: Síntomas o deterioro funcional entre “leve” y “grave”.

Grave: Varios síntomas aparte de los requeridos para arribar al diagnóstico, y síntomas que interfieren notoriamente con el desempeño laboral, o las actividades sociales habituales o las relaciones con los demás.

Grave con características psicóticas: Ideas delirantes o alucinaciones están presentes

a) Características psicóticas congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido es completamente compatible con los temas depresivos habituales de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido.

b) Características psicóticas incongruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido no corresponde a los temas depresivos habituales de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. Se incluyen síntomas, como ideas delirantes de persecución (no directamente relacionados con temas depresivos), inserción del pensamiento, transmisión del pensamiento e ideas delirantes de control.

En remisión parcial: Hay síntomas de un episodio depresivo mayor previo inmediato, pero no se cumplen los criterios completos, o hay un período menor a 2 meses sin ningún síntoma significativo de episodio depresivo mayor tras el final del episodio depresivo mayor.

En remisión completa: Durante los últimos 2 meses, no hubo signos ni síntomas significativos de la alteración.

Sin otra especificación.

Nota.- Un episodio para ser considerados episodios separados, debe haber un intervalo de, por lo menos 2 meses consecutivos en los que no se cumplen los criterios de episodio depresivo mayor.

2.1.5. Evaluación del grado de depresión

Inventario de depresión de Beck (17)

Creado por el psiquiatra, investigador, [Aaron T. Beck](#), es un cuestionario que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple.

El cuestionario evalúa el grado de depresión que puede tener una persona. Dentro de cada grupo escoge una sola respuesta; aquella que mejor define cómo se ha sentido en la última semana, incluyendo hoy.

Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión. A cada frase le corresponde una puntuación

- 5 - 9 Existencia de altibajos que se consideran normales.
- 10 - 18 Depresión leve.
- 19 - 29 Depresión moderada.
- 30 - 63 Depresión severa.

Las puntuaciones inferiores a 4 muestra la posibilidad de que se esté negando la existencia de una depresión o fingiendo estar bien.

Se trata de una puntuación que está por debajo de la obtenida por personas normales, no deprimidas. Las puntuaciones por encima de 40 son más altas que las que suelen obtener incluso las personas con depresión severa. Indica una posible exageración de la depresión o la posibilidad de que exista algún trastorno de personalidad, como trastorno histriónico o límite. No obstante, aún es posible que existan niveles significativos de depresión.

2.1.6. Manejo de la depresión

Psicoterapia

El uso exclusivo de diferentes psicoterapias en el tratamiento de la depresión era recomendado en el pasado. La tendencia actual favorece la combinación de psicofármacos y técnicas en los casos de depresión. Sin embargo en casos muy leves con historia de estresantes psicosociales que explican el cuadro depresivo, y también en ciertas depresiones crónicas llamadas caracterológicas, el tratamiento puede ser exclusivamente psicoterapéutico de tipo dinámico, conductual y grupal (2)

Terapia Farmacológica

La importancia del tratamiento de la depresión se basa en la necesidad del mismo, pues de lo contrario, con frecuencia, la enfermedad empeora. Así pues, tan importante es tratar la depresión como hacerlo bien, y a ese respecto debemos afirmar que el tratamiento más eficaz es el combinado: fármacos y terapia. En esta línea, se ha estimado que sin tratamiento únicamente un 40% de pacientes se recuperan, mientras que otro 40% permanecerán deprimidos y por lo tanto evolucionarán a la cronicidad. El 20% restante evolucionará a la recuperación pero incompleta, quedando lo que denominamos como distimia. (12)

Los antidepresivos son un grupo extenso y muy diverso de fármacos utilizados debido a su amplio perfil farmacológico para un amplio abanico de indicaciones.

En cualquier caso una característica común de los antidepresivos es que todos ellos presentan un período inicial de latencia de aproximadamente 3-4 semanas hasta que empiezan aparecer sus efectos beneficios y durante el cual puede aparecer efectos secundarios específicos de los diversos tipos de antidepresivos. El desconocimiento de ello por parte de los pacientes les lleva al abandono del tratamiento. (12)

Principales antidepresivos utilizados (1)

Farmaco	Dosis por día
Fluoxetina	20 – 40mg
Sertralina	50 – 100mg
Paroxetina	20 – 40mg
Fluvoxamina	100 – 200mg
Reboxetina	8mg
Venlafaxina	75 – 150mg
Mirtazapina	30mg
Amitriptilina (2)	75 – 300mg
Citalopram (2)	20 – 60mg

2.2. ESQUIZOFRENIA

2.2.1. Concepto

La esquizofrenia es una enfermedad o grupo de trastornos que se caracterizan por alteraciones de tipo cognoscitivo, afectivo y del comportamiento que producen desorganización severa del comportamiento social. Su importancia en el campo de la salud mental depende tanto del número de personas afectadas como de la gravedad del fenómeno psicopatológico, pues su comienzo en plena juventud y sus manifestaciones residuales o recidivantes influyen de manera negativa en el rendimiento académico, el trabajo productivo, la vida familiar y la calidad de vida (2) Es poco frecuente antes de la pubertad y más probable que comience entre los 15 y los 35 años. Esta enfermedad con frecuencia dura toda la vida. (10)

Tiende a aparecer en familias. Un niño que tiene un padre con esquizofrenia tiene una probabilidad entre 10 de desarrollar esquizofrenia. Las infecciones virales

(1) Llaza L., Gloria: "Avances en Psiquiatría". Primera Edición UCSM. Arequipa - Peru; 2011

(2) Toro G. Ricardo; Yepes R. Luis; Palacio A. Carlos; "Fundamentos de Medicina: Psiquiatría" Editorial Corporación para Investigaciones Biológicas; Quinta Edición; Bogotá – Colombia; 2013.

(10) Mediavilla. Jose ; Royal College of Psychiatrists., Actualización de 2009

durante el embarazo, complicaciones en el parto, y el uso de drogas también parecen jugar un papel en el desarrollo de esta enfermedad.

2.2.2. Epidemiología

La prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida es variable, a nivel mundial oscila entre 0.9 a 3.8 casos por 1000 habitantes y la incidencia varía entre 0.16 y 0.28 por 1000 habitantes, las tasas de prevalencia son similares en todo el mundo, a pesar de la variabilidad cultural, étnica y socioeconómica, lo cual da paso al concepto de una vulnerabilidad heredada a la enfermedad con una frecuencia genómica relativamente estable (2)

En cuanto a la incidencia de esquizofrenia para la edad de riesgo 15-54 años de 1,9/10.000 habitantes por año, y que no había diferencias estadísticamente significativas entre los sexos. La edad media de la primera aparición de la enfermedad es a los 26 años, y es significativamente más alta en las mujeres que en los hombres (19)

Dado que la esquizofrenia suele aparecer en una fase temprana de la vida y, a menudo, puede ser de carácter crónico, los costes que provoca el trastorno son considerables. En EE.UU., según la revisión de estudios llevada a cabo por la American Psychiatric Association (APA), la esquizofrenia fue la causa de un 2,5% del total de gastos directos de asistencia sanitaria; es decir, de unos 16.000-19.000 millones de dólares en 1990. Los costes indirectos motivados por factores como la pérdida de productividad y la carga familiar se estimaron en unos 46.000 millones de dólares. Además, las tasas de desempleo pueden alcanzar un 70-80% en los casos graves y se calcula que los pacientes esquizofrénicos constituyen un 10% de los que están en invalidez permanente (19)

2.2.3. Cuadro Clínico

La esquizofrenia es un cuadro que puede afectar a todas las funciones de las que dependemos a diario, difiere grandemente en cuando a sus modos de inicio y formas clínicas, lo que ha llevado a postular que en realidad se trataría de un conjunto de

(2) Toro G. Ricardo; Yepes R. Luis; Palacio A. Carlos; “Fundamentos de Medicina: Psiquiatría” Editorial Corporación para Investigaciones Biológicas; Quinta Edición; Bogotá – Colombia; 2013.

(19) Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente; Agencia de Evaluación de Tecnología y Recursos Médicos, Roc Boronat, 81-95 0800; Ministerio de Sanidad y Consumo; Primera Edición; Barcelona – España 2009

entidades que se irán desgajando paulatinamente en la medida en que se vayan dilucidando sus aspectos etiológicos y fisiopatológicos, así como su expansión fenotípica. (1)

En algunos casos se reportan particularidades en el comportamiento del paciente desde la niñez o adolescencia, encontrándose datos acerca de tendencia de aislamiento, con pobre contacto social, siendo descritos como introvertidos, tímidos, con poca capacidad para mantener amigos, acompañados de problemas académicos, no son infrecuentes las quejas somáticas que no llegan a explicarse adecuadamente; también se inmiscuyen en hobbies poco comunes y llamativos, pueden expresar pensamiento bizarro, lenguaje inusual, o afecto anormal. En otros casos sin embargo, no hay tales manifestaciones hasta la aparición del periodo prodrómico, durante el cual – que tiene una duración variable, de meses en general – se aprecia un cambio en el comportamiento y funciones cognitivas del paciente, con alteraciones de la personalidad, disminución en el rendimiento académico y profesional, menor interés en actividades que anteriormente resultaban placenteras o interesantes, descuido en la higiene y cuidado personal, irritabilidad, tendencia a no acatar normas, etc. Como quiera que en la adolescencia estos problemas se ven frecuentemente, a veces resulta difícil identificar un estado prodrómico de tipo psicótico. Dentro del cuadro clínico ya instalado es necesario hacer referencia a tres sub síndromes identificados a partir de estudios analíticos de la psicopatología presente en esquizofrenia: los síntomas positivos, síntomas negativos y síntomas de desorganización (1)

a) Síntomas positivos (23)

Las personas con síntomas positivos frecuentemente “pierden contacto” con la realidad. Estos síntomas pueden aparecer y desaparecer, a veces son intensos y otras veces casi imperceptibles; dependiendo si el individuo está recibiendo tratamiento o no. Los síntomas positivos incluyen:

Las alucinaciones son cosas que una persona puede ver, escuchar, oler o sentir y que nadie más puede verlas, escucharlas, olerlas o sentirlas. Las “voces” son el tipo de

(1) Llaza L., Gloria: "Avances en Psiquiatría". Primera Edición UCSM. Arequipa - Peru; 2011.

(23) National Institute Of Mental Health; Departamento De Salud Y Servicios Humanos De Los Estados Unidos ; institutos nacionales de la Salud; División de Redacción Científica, Prensa, y Difusión 6001 Executive Boulevard; USA 2011; Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov>

alucinación más común relacionado con la esquizofrenia. Muchas personas que padecen este trastorno escuchan voces.

Otros tipos de alucinaciones incluyen: ver personas u objetos que no están presentes, oler aromas que nadie más percibe y sentir cosas como dedos invisibles que tocan su cuerpo cuando no hay nadie cerca.

b) Síntomas negativos (23)

Los síntomas negativos se asocian con la interrupción de las emociones y los comportamientos normales. Estos síntomas son más difíciles de reconocer como parte de este trastorno, ya que muchas veces se confunden con los de la depresión u otras condiciones. Estos síntomas incluyen:

“Afecto plano” (la persona no mueve el rostro o habla con una voz desanimada y monótona) Falta de satisfacción en la vida diaria, falta de habilidad para iniciar y mantener actividades planificadas

Las personas que tienen síntomas negativos necesitan ayuda con las tareas diarias. Muchas veces hasta descuidan la higiene personal básica. Esto puede hacerlas parecer personas perezosas o personas que no quieren salir adelante, pero en realidad son los síntomas de la esquizofrenia.

c) Síntomas de desorganización (23)

Los síntomas cognitivos son más sutiles. Al igual que los síntomas negativos, estos síntomas son difíciles de reconocer como parte de este trastorno. Con frecuencia, sólo se detectan cuando se realizan pruebas por otras razones. Estos síntomas incluyen:

“Funcionamiento ejecutivo” (habilidad para comprender información y utilizarla para tomar decisiones) deficiente

Problemas para concentrarse o prestar atención, problemas con la “memoria de trabajo” (habilidad para utilizar información inmediatamente después de haberla aprendido).

2.2.4. Manejo de la esquizofrenia

La esquizofrenia es tratada comúnmente con fármacos antipsicóticos, siendo a veces necesaria la hospitalización durante la fase aguda. El objetivo del tratamiento es reducir los síntomas durante la fase aguda y prevenir las recaídas. Hoy en día, no hay cura definitiva para la esquizofrenia.

En general los antipsicóticos poseen efectos sedantes, con mayor efecto sedante los neurolepticos típicos como la clorpromazina y el haloperidol, que producen efectos adversos como la hipotensión postural y síntomas extrapiramidales como distonia muscular, parkinsonismo. La ventaja de estos fármacos es su presentación en forma parenteral y la amplia experiencia que se tiene, sobre todo en los cuadros de agitación psicomotriz. Los antipsicóticos atípicos (olanzapina, quetiapina, risperidona) logran la tranquilización del paciente sin sedación, lo que permite una mayor adherencia al tratamiento.(2)

Dosis diaria de antipsicóticos en el tratamiento de la esquizofrenia: (2)

Fármaco	Dosis en mg
Clorpromazina	300 – 1000
Haloperidol	5 – 50
Trifluoperazina	4 – 30
Aripripazol	15 – 30
Clozapina	100 – 800
Olanzapina	10 – 20
Quetiapina	100 - 800
Risperidona	6 – 20

La psicoterapia individual puede ayudar a la persona con esquizofrenia a diferenciar lo real de lo irreal. La terapia de grupo puede ayudar a que las personas con esquizofrenia aprendan formas de comportamiento y de relación con otras personas.

Los grupos psicoeducativos familiares pueden ser de gran ayuda, ya que los miembros de la familia tienen un papel activo en el cuidado de la persona con esquizofrenia. Es importante que la familia entienda lo que es la enfermedad y su tratamiento para proveer el apoyo necesario una vez el paciente es dado de alta del hospital. (16)

2.3. CUIDADORES CRUCIALES

Si consideramos que cada día aumentan el número de personas con discapacidades que son atendidas en el ámbito doméstico y que unidos a los cuidados de procesos leves y agudos conforman el 88% del tiempo total dedicado a la salud en el ámbito doméstico formando parte de la normalidad de la vida cotidiana.

Un cuidador, es aquella persona responsabilizada en el cuidado del paciente portador de patología crónica, ya sea familiar directo o amigos, vecinos u otras personas, que mantienen el contacto humano estrecho con el paciente incapacitado, lo provee de afecto, satisface diariamente sus necesidades básicas y lo mantiene vinculado a la sociedad, es la persona que más tiempo permanece al cuidado del enfermo, viviendo con o separadamente de dicha persona, que muchas veces no reciben retribución económica

Existen diferentes definiciones o conceptualizaciones del cuidador, Crespo y Lopez, lo definen como “Los familiares, amigos o vecinos que dan sus servicios a las personas, que por motivos de enfermedad crónica o incapacidad, les resulta imposible vivir de manera totalmente independiente”; pero con el servicio que brinda el cuidador les permiten seguir viviendo en la comunidad de una manera confortable y segura.(27)

Los miembros de una familia ayudan a la persona dependiente, por lo general, es el cónyuge o el familiar femenino más cercano, se convierten en el cuidador principal (esposa, hija o nuera). Diversos estudios recogen en parejas o matrimonios mayores, la importancia del cónyuge como cuidador de su pareja actualmente, ya que se han producido cambios importantes en la unidad familiar que les obliga a asumir

65.

(16) Guía de Educación Sanitaria; Servicios de Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa y de los Programas Específicos de Osakidetza; Gobierno Vasco – España 2011

(27) Crespo L. María; López M. Javier; “El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa”; Instituto de mayores y servicios sociales – IMSERSO; Primera Edición; Madrid – España 2007.

Disponible en: <http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/apoyocuidadores.pdf>

el cuidado que requiere. Factores tales como familias pequeñas, mayor presencia de mujeres en el mundo laboral, creciente tasa de separaciones/divorcios, madres solteras y movilidad familiar reducen o disminuyen cada vez más la disponibilidad de la cuidadora tradicional, es decir de la mujer adulta, sin duda todos estos cambios van a tener repercusión o efectos significativos para la calidad de la atención comunitaria. (11)

Está demostrado que el apoyo de las personas cercanas es fuente de bienestar y calidad de vida para las personas que padecen una enfermedad crónica o discapacidad, ya que la vida en familia les proporciona:

- Una mayor atención, que va desde los aspectos de prevención como nutrición adecuada, higiene personal, doméstica, uso adecuado de los medicamentos; a una atención directa en caso de problemas, achaques, accidentes, enfermedades, etc.
- El apoyo psicoafectivo conlleva una disminución del estrés, que genera la incertidumbre de un accidente o enfermedad, la falta de recursos económicos y la ayuda para la realización de las actividades de la vida cotidiana
- La ayuda a adquirir hábitos saludables a personas en proceso de cambio
- La mejora de las condiciones de vida de las personas con dificultades para ser independientes, ayudándoles a cubrir sus necesidades.
- El aumento o incremento de la capacidad de las personas para adaptarse a sus limitaciones, mejorando así los procesos de rehabilitación, produciéndose una mayor, mejor y rápida incorporación a las actividades de la vida diaria

Si a todo ello le añadimos el tiempo de dedicación a la salud en el sistema informal de cuidados vemos la importancia y la necesidad de tenerlos en cuenta desde el sistema formal, siendo un verdadero e importante recurso con aportaciones de gran valor, sin señalar las funciones de la familia en las diferentes etapas del ciclo vital familiar necesarias para el desarrollo integral de las personas y la repercusión del papel de la misma en la salud de sus miembros.(24)

La acción del cuidador no está exenta de repercusiones para su salud y bienestar.

66.

(11) Hernando Ávila T, José; García-C, Jaisa; Gaitá Ruiz, Janedid "Habilidades para el cuidado y depresión en cuidadores de pacientes con demencia" Universidad de Sinu, Moteria; Bogotá Colombia – 2010

(24) Hidalgo Padilla L. "Sobrecarga y afrontamiento en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia" Tesis para optar el título de licenciada en Psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú. 2013. Disponible en: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/4709>

Se ha estudiado esta problemática y se ha puesto de manifiesto la sobrecarga física y emocional que presenta los cuidadores familiares pudiendo manifestarse en algunos lo que se denomina Síndrome del Cuidador, que constituye una situación estresante con peligro de desbordar y agotar los recursos y repercutir en su salud física, su estado de ánimo y en la modificación de los umbrales de percepción del sufrimiento y del dolor del enfermo a su cuidado con el riesgo de que este se convierta en un enfermo secundario.

Para valorar las repercusiones que tiene el cuidado a personas dependientes sobre el cuidador se tendrían que analizar teniendo en cuenta la interacción de diferentes variables como son:

a) Las características del receptor de cuidados como por ejemplo la personalidad del mismo unida a la limitación influyen tremendamente, agravándose cuando presenta alguna patología asociada.

b) Los distintos tipos de tareas o cuidados a realizar relacionadas con la situación funcional de la persona como por ejemplo actividades de la vida cotidiana, administración de medicación, etc.

c) Las características personales del cuidador como variables de la personalidad, habilidades para afrontar las tareas de cuidados, parentesco con la persona anciana, proximidad física, etc. A esto hay que añadir las repercusiones que pueden derivarse de la atención continuada de los cuidados como cambios en la actividad laboral, salud, relaciones de pareja,

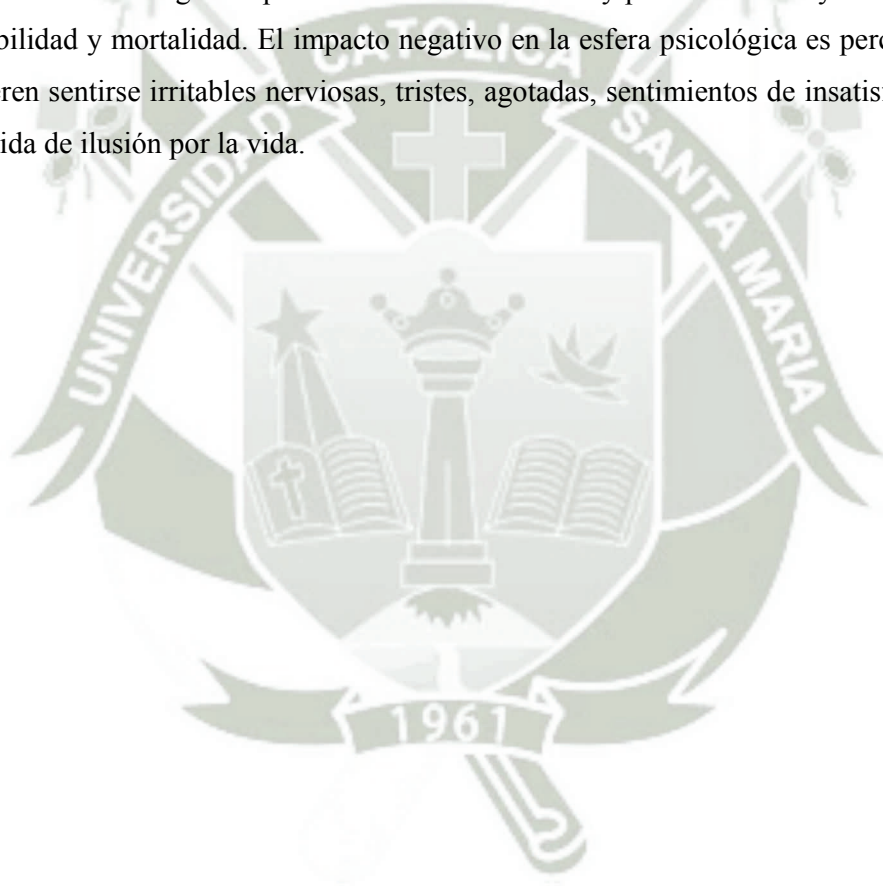
d) Los recursos de los que dispone el cuidador, intrafamiliares y extra familiares, tanto formales como informales.

La economía familiar también se ve afectada para el cuidado del paciente esquizofrénico, tal es así que se ha visto que el gasto promedio mensual por paciente es de 170 Nuevos Soles (US \$ 49), suma que representa la cuarta parte del presupuesto familiar mensual. El 74 % de estos gastos se destina a medicamentos. El 80 % de los tratamientos se basa, en el uso de antipsicóticos “tradicionales”, de bajo costo y con efectos colaterales que interfieren en la calidad de vida de los pacientes. Para solventar los gastos de tratamiento, el 67 % de las familias postergan la

satisfacción de alguna necesidad básica, y cerca del 50 % se han visto obligadas a vender parte de sus bienes o a contraer préstamos para tal fin (5)

Todas estas variables junto con las condiciones en las que proporciona los cuidados, la intensidad y la duración de los mismos son los que van a condicionar o delimitar los efectos originados por el cuidado de una persona con patología crónica.

En definitiva las consecuencias que tiene para los cuidadores la prestación de cuidados continuados pueden producir un impacto psicosocial negativo, significando una restricción de la vida social de los cuidadores, abandono temporal o definitivo del trabajo remunerado o acceder a un empleo, mayor vulnerabilidad biológica incrementa los riesgos de problemas físicos de salud y por tanto un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad. El impacto negativo en la esfera psicológica es percibido y refieren sentirse irritables nerviosas, tristes, agotadas, sentimientos de insatisfacción, pérdida de ilusión por la vida.



3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

3.1. Autor: Arcana Catachura, Vanessa C.

Título: Factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador de pacientes esquizofrénicos atendidos en el Hospital III Yanahuara – EsSalud, Arequipa 2010

Fuente: Tesis presentada en la Universidad Nacional de San Agustín. 2010

Resumen: Este trabajo pretende identificar qué factores influyen en el síndrome del cuidador de pacientes esquizofrénicos, se entrevistó a 94 cuidadores de los pacientes que acuden al hospital Yanahuara – EsSalud en el año 2010, fueron evaluados usando la ficha de recolección de datos acerca del cuidador y del paciente, además del cuestionario de evaluación de carga de Zarit y se usó la escala de funcionamiento global del paciente DSM-IV

Se obtuvo un 54% de síndrome de sobrecarga del cuidador, luego de lo cual se trabaja en base a dos grupos, compuesto por 51 cuidadores que tienen el síndrome de sobrecarga del cuidador y 43 cuidadores que no lo tienen. Se analizó si la edad, contar con pareja, ser progenitor, contar con apoyo para el cuidado, realizar otra actividad extra fuera de casa, tiempo del cuidador, tiempo de enfermedad, tiempo desde la última hospitalización y el nivel de funcionamiento global del paciente se asocian a este síndrome. Por lo cual se hace uso de la regresión lineal, obteniéndose tres factores con nivel de significancia $p < 0.05$

De esta manera podemos concluir que el síndrome de sobrecarga de los cuidadores de pacientes esquizofrénicos del hospital Yanahuara – EsSalud en el año 2010 se ven influenciado por enfermedad médica del cuidador, por el nivel de funcionamiento global y tiempo de enfermedad del paciente.

A nivel nacional

3.2. Autor: Pérez Gonzáles L.

Título: Nivel de depresión y ansiedad en el cuidador principal de pacientes esquizofrénicos en el Centro de Salud San Martín de Porres jurisdicción del INSM-HD-HN: 2011.

Fuente: Tesis presentada Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2012.

Resumen: La esquizofrenia es una enfermedad mental, crónica, grave e incapacitante. El 1% de la población es afectada por esta enfermedad en algún momento de su vida. La esquizofrenia afecta al hombre y a la mujer con la misma frecuencia. Las personas con esquizofrenia a menudo sufren síntomas aterradores tales como escuchar voces, estar convencido que otras personas pueden leer su mente, controlar sus pensamientos o están conspirando en contra de ellos. Estos síntomas causan temor y retraimiento, con un curso habitualmente crónico y que produce diversas incapacidades psíquicas, familiares, sociales y laborales y esto se traduce en un alto costo para el paciente, la familia y la sociedad. La aparición del "cuidador principal" es frecuente en la mayoría de las unidades familiares, por consecuente está expuesto de sufrir alguna descompensación física y psicológica. El objetivo fue determinar el nivel de ansiedad y depresión en el cuidador principal de pacientes esquizofrénicos. Material y Método, el estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población en estudio fue conformado por 100 cuidadores, el tamaño de la muestra la conformaron 50 cuidadores, seleccionados según criterios de inclusión y exclusión, el instrumento que se utilizó fue la encuesta y la escala de ansiedad y depresión, aplicado previo consentimiento informado. Resultados del 100% (50), 40% (20) fue el nivel moderado la ansiedad, seguido de la ansiedad leve 26% (13), y siendo menor la ansiedad grave 8% (4), en cuanto a depresión 50% (25) fue depresión moderada, 32% (16) leve y 8% (8) grave.

3.3. Autor: Hidalgo Padilla L.

Título: Sobrecarga y afrontamiento en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia.

Fuente: Tesis para optar el título de licenciada en Psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú. 2013

Resumen: La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de Sobrecarga del Cuidador y las Estrategias de Afrontamiento en familiares de pacientes con esquizofrenia en Rehabilitación. Con dicho fin, se

aplicaron la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit y el Cuestionario de Estimación del Afrontamiento a 33 familiares de pacientes con esquizofrenia en rehabilitación. Se encontraron correlaciones entre la sobrecarga y algunas estrategias de afrontamiento específicas. Del mismo modo, se observaron diferencias significativas evidenciando que según el sexo del cuidador, el tiempo de cuidado y la fase de rehabilitación, los cuidadores pueden hacer uso de diferentes estrategias de afrontamiento.

A nivel internacional

3.4. Autor: Steele Britton H

Título: Prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador en cuidadores informales de pacientes del Hospital Diurno del Hospital Nacional Psiquiátrico durante los meses de octubre y noviembre de 2009

Fuente: Tesis de postgrado en psiquiatría, Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, San José, Costa Rica. Abril, 2010

Resumen: El estudio es descriptivo y de corte transversal en la población de cuidadores informales a cargo de pacientes que asistieron al Hospital Diurno del Hospital Nacional Psiquiátrico, durante el período comprendido entre los meses de octubre y noviembre de 2009. Se le aplicó a los participantes dos instrumentos de evaluación: 1. Hoja de recolección de datos donde se obtuvo información que involucra variables socio-demográficas y variables de la relación cuidador-paciente; 2. Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, que es un instrumento autoaplicado que detecta la presencia del síndrome de sobrecarga del cuidador. Se obtuvieron los siguientes resultados: un 57% de los sujetos estudiados presentaron el síndrome de sobrecarga del cuidador. 90% de los cuidadores son de género femenino, con una edad promedio de 53 años. La tercera parte de los cuidadores son casados, y en su mayoría, con estudios de primaria como grado máximo académico alcanzado. 17% de los cuidadores correspondían a los progenitores del paciente, y en su mayoría, no recibían remuneración por su labor de cuidado. Las variables, estadísticamente significativas, relacionadas con la presencia de sobrecarga del cuidador fueron:

1. Tener primaria completa, 2. No recibir algún pago o remuneración por su labor de cuidado y 3. No realizar alguna actividad extra-cuido.

3.5. Autor: Ávila-Toscano J, García-Cuadrado J, Gaitán-Ruiz J.

Título: Habilidades para el cuidado y depresión en cuidadores de pacientes con demencia.

Fuente: Revista Colombiana de Psicología, 2010; 19(1):71-84.

Resumen: El objetivo de este estudio fue identificar relaciones entre las habilidades para el cuidado (conocimiento, valor y paciencia) y depresión en cuidadores de pacientes con demencia. Se evaluaron 32 cuidadores a quienes se les aplicó el Inventario de depresión de Beck y el Caring Ability Inventory. Los datos se analizaron con SPSS 18.0 Statistics empleando el coeficiente de correlación de Pearson y un modelo de regresión lineal de pasos sucesivos. Se obtuvieron promedios elevados de conocimientos, paciencia y valor, lo cual indica un buen rendimiento de las habilidades para cuidar, mientras que la presencia de manifestaciones depresivas se halló en el 46.9% de la muestra. Finalmente, se establece que la depresión se asoció más a los cuidadores noveles con poca formación educativa y con buen nivel de conocimientos.

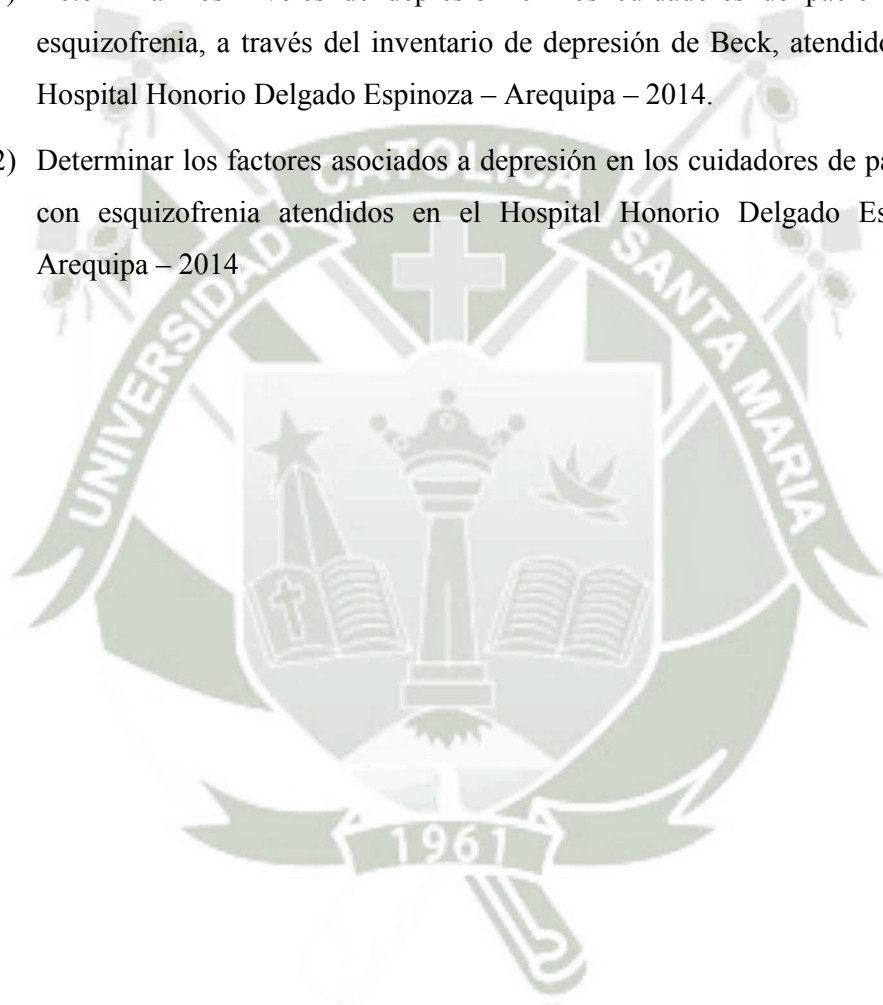
4. Objetivos.

4.1. General

Determinar los niveles de depresión y sus factores asociados, en cuidadores de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza; Arequipa – 2014

4.2. Específicos

- 1) Determinar los niveles de depresión en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia, a través del inventario de depresión de Beck, atendidos en el Hospital Honorio Delgado Espinoza – Arequipa – 2014.
- 2) Determinar los factores asociados a depresión en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Honorio Delgado Espinoza; Arequipa – 2014



III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1), y se aplicará el inventario de depresión de Beck para hallar los niveles de depresión en los cuidadores de los pacientes esquizofrénicos (Anexo 2).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: La presente investigación se realizará en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizará en forma coyuntural durante el primer bimestre del 2014.

2.3. Unidades de estudio: Cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia.

2.4. Población: Todos los cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Honorio Delgado.

Muestra: Se calculara una muestra mediante la fórmula del muestreo para proporciones en población finita conocida

$$n = \frac{N \cdot p \cdot q}{\frac{(N-1) \cdot E^2}{Z\alpha^2} + p \cdot q}$$

Donde:

N = población estudiada; en promedio en el periodo se atendieron 148 pacientes

p = frecuencia de depresión, establecida en población general en 0.20

$q = 1 - p$

E = error absoluto, establecido en 5% para estudios en ciencias de la salud

$Z\alpha$ = coeficiente de confiabilidad para precisión del 95% = 1.96

De donde $n = 92.62 \approx 93$ cuidadores como mínimo.

Además los integrantes de la muestra deberán cumplir los criterios de selección.

Criterios de selección:

- ♦ **Criterios de Inclusión**
 - Cuidadores principales de pacientes con diagnóstico primario de esquizofrenia atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado
 - Participación voluntaria en el estudio, firma de consentimiento (Anexo 3)
- ♦ **Criterios de Exclusión**
 - Dificultades lingüísticas, de idioma, que impidan la comprensión y expresión adecuadas para completar la ficha de recolección de datos
 - Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Contando con el proyecto de tesis, planeamiento y permiso del Director Del Hospital Regional Honorio Delgado así como del Jefe de Medicina y el Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado; se identificará a los pacientes con esquizofrenia del Hospital mediante el registro de atención del Servicio de Psiquiatría; sea los que acuden por consultorio externo así como los que se encuentran hospitalizados, haciéndose la revisión de las historias clínicas y verificando que tengan el diagnóstico principal de esquizofrenia, luego se realizará la entrevista a los respectivos cuidadores; haciendo uso del inventario de depresión de Beck, y la ficha de recolección de datos, cuidando que estos sean de forma confidencial y anónima.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

a) Humanos

- Investigador
- Asesor

b) Materiales

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

c) Financieros

- Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

El inventario de Depresión de Beck es una escala utilizada para valorar la presencia de Depresión en población general.

Muestra una buena sensibilidad al cambio, con una correlación alta con la mejoría clínica evaluada por expertos, tanto en terapias farmacológicas, como psicológicas. Su validez predictiva como instrumento diagnóstico de cribado ha sido recientemente estudiada en una amplia muestra de población general de entre 18 y 64 años de edad, con buen rendimiento: sensibilidad 100%, especificidad 99%, valor predictivo positivo 0.72, y valor predictivo negativo 1.

Validez del inventario de depresión de Beck muestra una correlación variable con otras escalas. En pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0,55 y 0,96 (media 0,72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0,55 y 0,73 (media 0,6).

Fiabilidad del inventario de depresión de Beck; sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0,76 – 0,95). La fiabilidad test oscila alrededor de $r = 0,8$.

3.4. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribirán los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

c) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contengan indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleará estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. Para la asociación de factores entre grupos de cuidadores con y sin depresión, se empleará la prueba de Chi Cuadrado. Para el análisis de datos se empleará el paquete estadístico SPSSv.20.0 para Windows.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Tiempo	2013								2014											
	Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo			
Actividades	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Búsqueda de información			X	X	X															
Elaboración de proyecto					X	X	X	X												
Presentación y revisión de proyectos								X	X	X	X									
Recolección de datos												X	X	X	X					
Análisis e interpretación														X	X					
Elaboración de informe final															X	X				

V. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- 1) Llaza L., Gloria: "Avances en Psiquiatría". Primera Edición UCSM. Arequipa - Peru; 2011.
- 2) Toro G. Ricardo; Yepes R. Luis; Palacio A. Carlos; "Fundamentos de Medicina: Psiquiatría" Editorial Corporación para Investigaciones Biológicas; Quinta Edición; Bogotá – Colombia; 2013.
- 3) Rotondo, Humberto; "Compendio de Psiquiatria"; Primera Edicion; UNMSM; Lima Peru; 2008
- 4) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013
- 5) Castillo M. Humberto; "Esquizofrenia y economía familiar en un hospital psiquiátrico de Lima" Instituto Nacional de Salud Mental, "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", Lima, Perú; 2003
- 6) García-Sancho, Julio C; Guía práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental. Murcia - Junio 2009
- 7) "Esquizofrenia Es Uno De Los Trastornos Mentales Menos Frecuentes Pero De Mayor Impacto En El Funcionamiento De La Persona" Ministerio de Salud del Perú – Sala de Prensa. Publicado el 28 de Enero del 2013; Lima - Perú – 2013.
- 8) Algora G. José; "El cuidador del enfermo esquizofrénico: sobrecarga y estado de salud"; Centro de Salud Mental (CSM) de Reus, España; 2011
- 9) Rodríguez Vega, B. et al. Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. Eur. J. Psychiat. (Ed. esp.) 2002, vol.16, n.1: pp. 27-38 .
- 10) Mediavilla. Jose ; Royal College of Psychiatrists., Actualización de 2009

- 11) Hernando Ávila T, José; García-C, Jaisa; Gaitá Ruiz, Janedid “Habilidades para el cuidado y depresión en cuidadores de pacientes con demencia” Universidad de Sinu, Moteria; Bogotá Colombia – 2010
- 12) Cervera, Gaspar ; Guía para el tratamiento de los trastornos depresivos o ansiosos ; Clínica del Sistema Nervioso ; Segunda Edición; España; 2011
- 13) Caqueo U. Alejandra; Gutiérrez M. José; Ferrer G. Marta; Darrigrande M. Paulina; “Sobrecarga en cuidadores aymaras de pacientes con esquizofrenia” Elsevier Doyma; Revista de Psiquiatría y Salud Mental; Universidad de Tarapacá; Arica; Chile - 2011
- 14) Carranza E. Renzo; Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck Para Universitarios de Lima; Universidad Peruana Unión; Lima, Noviembre 2011
- 15) Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud: CIE-10; Decima Revisión; Washington DC; USA - 2003
- 16) Guía de Educación Sanitaria; Servicios de Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa y de los Programas Específicos de Osakidetza; Gobierno Vasco – España 2011
- 17) Moral R. José; Validación de un formato simplificado del Inventario de Depresión de Beck; Universidad Autónoma de Nuevo León Psicología Iberoamericana , vol. 21; octubre, 2012
- 18) Arcana C. Vanessa; “Factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador de pacientes esquizofrénicos atendidos en el Hospital III Yanahuara – EsSalud, Arequipa 2010”; UNSA; Arequipa; 2010
- 19) Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente; Agencia de Evaluación de Tecnología y Recursos Médicos, Roc Boronat, 81-95 0800; Ministerio de Sanidad y Consumo; Primera Edición; Barcelona – España 2009
- 20) American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson 2003

- 21) Pérez Gonzáles L.; “Nivel de depresión y ansiedad en el cuidador principal de pacientes esquizofrénicos en el Centro de Salud San Martín de Porres jurisdicción del INSM-HD-HN: 2011”; UNMSM; Lima – Perú; 2011
- 22) Organización mundial de la salud; “Temas de Salud: Depresión”; Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- 23) National Institute Of Mental Health; Departamento De Salud Y Servicios Humanos De Los Estados Unidos ; institutos nacionales de la Salud; División de Redacción Científica, Prensa, y Difusión 6001 Executive Boulevard; USA 2011; Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov>
- 24) Hidalgo Padilla L. “Sobrecarga y afrontamiento en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia” Tesis para optar el título de licenciada en Psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú. 2013. Disponible en: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/4700>
- 25) Steele H. “Prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador en cuidadores informales de pacientes del Hospital Diurno del Hospital Nacional Psiquiátrico”. San José: 2010. Disponible: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis20.pdf>
- 26) Machado M. Torres V. Mesaque A, Modena C. A Sobrecarga de cuidadores de pacientes con Esquizofrenia. Belo Horizonte: 2010. Disponible: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v32n3/1312.pdf>
- 27) Crespo L. María; López M. Javier; “El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa”; Instituto de mayores y servicios sociales – IMSERSO; Primera Edición; Madrid – España 2007; Disponible en: http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/apoyo_cuidadores.pdf

ANEXOS

ANEXO 1

Ficha de recolección de datos

Ficha N° _____

Datos del cuidador

Edad: ____ años

Sexo: Varón ☐

Mujer ☐

Estado civil:

Soltera ☐

Conviviente ☐

Casada ☐

Separada ☐

Viudo ☐

Parentesco

Padre ☐

Madre ☐

Hijo ☐

Hermano ☐

Pareja ☐

Amigo ☐

Otro ☐

Tiempo a cargo del paciente: _____ Meses

Estado de salud del cuidador: Sano ☐

enfermo ☐

Ocupación

Estudiante ☐

ama de casa ☐

empleado ☐

obrero ☐

independiente ☐

jubilado ☐

desocupado ☐

Nivel socioeconómico

< 1500 soles ☐

1500 a 3500 soles ☐

> 3500 soles ☐

Antecedentes familiares: Ausente ☐

presente ☐

Antecedente personal

Ausente ☐

presente ☐

Apoyo en el cuidado Ninguna ☐

otros familiares ☐

personal técnico ☐

ANEXO 2.

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1. Tristeza.

- 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste.
- 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0. No me siento tan desanimado cuando miro al futuro.
- 1. Me siento desanimado cuando miro al futuro.
- 2. Siento que no hay nada por lo que luchar.
- 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

- 0. No me siento fracasado.
- 1. He fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
- 3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

- 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- 1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
- 3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

- 0. No me siento especialmente culpable.
- 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- 3. Me siento culpable constantemente.

6. Expectativas de castigo

- 0. No creo que esté siendo castigado.
- 1. Siento que quizás esté siendo castigado.
- 2. Espero ser castigado.
- 3. Siento que estoy siendo castigado

7. Autodesprecio

- 0. No estoy descontento de mí mismo.
- 1. Estoy descontento de mí mismo.
- 2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
- 3. Me detesto.

8. Autoacusación

- 0. No me considero peor que cualquier otro.
- 1. Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
- 2. Continuamente me culpo por mis faltas.
- 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Idea suicidas

- 0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
- 2. Desearía poner fin a mi vida.
- 3. Me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

- 0. No lloro más de lo normal.
- 1. Ahora lloro más que antes.
- 2. Lloro continuamente.
- 3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

- 0. No estoy especialmente irritado.
- 1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- 2. Me siento irritado continuamente.
- 3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social

- 0. No he perdido el interés por los demás.
- 1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
- 2. He perdido gran parte del interés por los demás.
- 3. He perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

- 0. Tomo mis propias decisiones igual que antes.
- 1. Evito tomar decisiones más que antes.
- 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal

- 0. No creo tener peor aspecto que antes
- 1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
- 2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco Atractivo.
- 3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

- 0. Trabajo igual que antes.
- 1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
- 2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
- 3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

- 0. Duermo tan bien como siempre.
- 1. No duermo tan bien como antes.
- 2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
- 3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

- 0. No me siento más cansado de lo normal.
- 1. Me canso más que antes.
- 2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

- 0. Mi apetito no ha disminuido.
- 1. No tengo tan buen apetito como antes.
- 2. Ahora tengo mucho menos apetito.
- 3. He perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

- 0. No he perdido peso últimamente.
- 1. He perdido más de 2 kilos.
- 2. He perdido más de 4 kilos.
- 3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

- 0. No estoy preocupado por mi salud
- 1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
- 2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
- 3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Bajo nivel de energía

0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.

1. La relación sexual me atrae menos que antes.

2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.

3. He perdido totalmente el interés sexual.

Puntaje Final : _____



ANEXO 3

CONSENTIMIENTO

Expreso mi consentimiento para participar de este estudio dado que he recibido toda la información necesaria de lo que incluirá el mismo y que tuve la oportunidad de formular todas las preguntas necesarias para mi entendimiento, las cuales fueron respondidas con claridad, donde además se me explicó que el estudio a realizar no implica ningún tipo de riesgo, que los resultados podrían aparecer en una publicación científica, o ser divulgados en una reunión científica, pero de una manera anónima.

Dejo constancia que mi participación es voluntaria.

FIRMA DEL PARTICIPANTE:.....

Anexo 2
Matriz de Sistematización de Información

Nº	Edu	Cat edad	Sexo	cuid	E Civil	Parentesco	Tiempo carg	Saud cuidador	Cat salud	Ocupacion cni NSE	Ant Fam De Ant pers DiApoyo ciudad	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10	B11	B12	B13	B14	B15	B16	B17	B18	B19	B20	B21	Puntaje	Nivel	Cat depre		
1 43	40-49 a	Varon	Mujer	Casado	Tia	2	Sano	Sano	Sano	Obrero <1500	0	0	Familiares	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	2	15 D. leve	Con depresión	
2 63	60-69 a	Varon	Mujer	Separado	Padre	19	Sano	Sano	Sano	Desocupado <1500	0	1	No	1	0	1	2	1	1	2	1	1	0	0	1	0	1	2	0	1	0	0	0	0	15 D. leve	Con depresión	
3 46	40-49 a	Varon	Mujer	Conviviente	Madre	19	Sano	Sano	Sano	O Familiares	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	2	0	0	1	1	1	1	0	0	1	18 D. leve	Con depresión
4 30	30-39 a	Varon	Mujer	Soltero	Hermano	6	Sano	Sano	Sano	Independient <1500	0	0	Familiares	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	7 Normal	Sin depresión	
5 38	30-39 a	Varon	Mujer	Conviviente	Hermano	15	Sano	Sano	Sano	Ama de casa <1500	0	0	Familiares	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	6 Normal	Sin depresión
6 56	50-59 a	Mujer	Mujer	Separado	Tia	10	Sano	Sano	Sano	Independient <1500	1	1	Familiares	2	1	1	1	1	0	0	0	0	1	2	0	1	1	1	2	1	1	1	0	0	1	20 D. moderada	Con depresión
7 48	40-49 a	Varon	Casado	Padre	14	Sano	Sano	Sano	Empleado 1500-3500	1	0	Familiares	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	9 Normal	Sin depresión
8 60	60-69 a	Mujer	Casado	Madre	1	Diabetes	Enfermo	Sano	Sano	Ama de casa <1500	0	0	Familiares	1	1	1	1	1	2	1	1	0	0	2	1	1	2	2	0	2	2	0	2	1	25 D. moderada	Con depresión	
9 52	50-59 a	Mujer	Mujer	Separado	Madre	0.5	HTA	Enfermo	Sano	Ama de casa <1500	0	1	Familiares	0	3	0	1	0	3	2	1	0	0	0	0	2	2	1	0	1	0	0	0	2	18 D. leve	Con depresión	
10 42	40-49 a	Mujer	Mujer	Separado	Madre	8	Sano	Sano	Sano	Independient <1500	0	1	No	2	0	0	0	1	1	1	1	1	2	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	17 D. leve	Con depresión	
11 54	50-59 a	Mujer	Mujer	Casado	Madre	17	Lumbalgia	Enfermo	Sano	Ama de casa <1500	0	0	Familiares	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	9 Normal	Sin depresión
12 30	30-39 a	Varon	Mujer	Conviviente	Hermano	7	Sano	Sano	Sano	Independient <1500	1	0	Familiares	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2 Normal	Sin depresión	
13 75	70-79 a	Varon	Casado	Padre	43	0	Sano	Sano	Sano	Jubilado <1500	0	0	Familiares	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1 Sin depresión	
14 28	20-29 a	Varon	Soltero	Hermano	3	Sano	Sano	Sano	Sano	Independient <1500	0	0	Familiares	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	0	1	0	0	2	23 D. moderada	Con depresión	
15 62	60-69 a	Mujer	Casado	Madre	2	Artrosis	Enfermo	Sano	Sano	Independient <1500	0	1	Familiares	2	1	1	1	1	0	0	0	0	2	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	15 D. leve	Con depresión
16 46	40-49 a	Varon	Soltero	Hermano	3	Litiasis	Enfermo	Sano	Sano	Obrero <1500	1	0	Familiares	1	0	0	1	1	0	1	3	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	11 D. leve	Con depresión
17 50	50-59 a	Mujer	Casado	Madre	12	Sano	Sano	Sano	Sano	Ama de casa <1500	1	1	No	1	0	2	0	1	1	1	3	0	0	3	0	0	0	2	1	2	0	0	2	2	21 D. moderada	Con depresión	
18 57	50-59 a	Mujer	Casado	Madre	13	Sano	Sano	Sano	Sano	Ama de casa <1500	0	0	No	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0 Normal	Sin depresión
19 63	60-69 a	Mujer	Casado	Madre	13	Sano	Sano	Sano	Sano	Obrero <1500	0	0	No	2	2	1	1	1	3	1	2	0	2	2	2	2	2	1	2	2	2	3	1	3	37 D. severa	Con depresión	
20 45	40-49 a	Mujer	Soltero	Hermano	15	Sano	Sano	Sano	Sano	Estudiante 1500-3500	1	1	Familiares	1	1	0	2	1	1	1	1	1	1	0	1	2	2	1	0	0	0	0	1	2	19 D. moderada	Con depresión	
21 43	40-49 a	Mujer	Casado	Madre	21	Sano	Sano	Sano	Sano	Empleado <1500	0	0	No	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	2	1	1	1	0	1	0	13 D. leve	Con depresión	
22 20	20-29 a	Mujer	Soltero	Hermano	3	Sano	Sano	Sano	Sano	Estudiante <1500	0	0	Familiares	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	3 Normal	Sin depresión	
23 28	20-29 a	Mujer	Soltero	Hermano	3	Sano	Sano	Sano	Sano	Independient <1500	1	0	Familiares	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	3 Normal	Sin depresión	
24 63	60-69 a	Mujer	Mujer	Conviviente	Madre	4	Sano	Sano	Sano	Independient <1500	1	0	Familiares	2	0	0	0	2	3	0	0	2	1	3	2	2	1	2	0	1	0	0	2	3	26 D. moderada	Con depresión	
25 32	30-39 a	Varon	Mujer	Conviviente	Primo	1	Sano	Sano	Sano	Obrero <1500	0	0	Familiares	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14 Normal	Sin depresión	
26 62	60-69 a	Mujer	Casado	Madre	2	Sano	Sano	Sano	Sano	Independient <1500	1	1	No	0	1	0	0	1	3	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	11 D. leve	Con depresión	
27 59	50-59 a	Mujer	Casado	Madre	5	Sano	Sano	Sano	Sano	Ama de casa <1500	0	0	Familiares	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4 Normal	Sin depresión	
28 43	40-49 a	Mujer	Conviviente	Madre	2	Sano	Sano	Sano	Sano	Ama de casa <1500	1	1	Familiares	2	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	2	1	0	0	0	0	1	0	1	2	18 D. leve	Con depresión	
29 48	40-49 a	Mujer	Soltero	Madre	7	Sano	Sano	Sano	Sano	Independient <1500	0	0	No	1	0	0	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	8 Normal	Sin depresión	
30 74	70-79 a	Mujer	Casado	Madre	47	HTA	Enfermo	Sano	Sano	Jubilado <1500	1	0	No	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7 Normal	Sin depresión	
31 37	30-39 a	Varon	Conviviente	Padre	4	Sano	Sano	Sano	Sano	Obrero <1500	1	0	Familiares	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	1	1	1	8 Normal	Sin depresión	
32 43	40-49 a	Mujer	Casado	Tia	5	Sano	Sano	Sano	Sano	Ama de casa <1500	0	0	No	2	2	1	0	1	0	1	0	0	0	2	1	0	1	1	2	0	2	0	0	3	18 D. leve	Con depresión	
33 50	50-59 a	Mujer	Casado	Hermano	11	Sano	Sano	Sano	Sano	Independient <1500	1	0	Familiares	2	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	2	0	2	1	2	2	0	2	2	20 D. moderada	Con depresión	
34 27	20-29 a	Varon	Soltero	Hermano	2	Sano	Sano	Sano	Sano	Independient <1500	0	0	Familiares	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	6 Normal	Sin depresión	
35 47	40-49 a	Mujer	Casado	Madre	19	Sano	Sano	Sano	Sano	Independient <1500	0	0	Familiares	1	2	0	1	1	0	1	3	0	1	0	2	3	2	0	0	2	0	0	2	3	24 D. moderada	Con depresión	
36 72	70-79 a	Mujer	Casado	Padre	3	HPB	Enfermo	Sano	Sano	Obrero <1500	0	0	Familiares	2	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	2	16 D. leve	Con depresión	
37 67	60-69 a	Mujer	Casado	Madre	3	Sano	Sano	Sano	Sano	Ama de casa <1500	0	0	Familiares	3	2	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	1	13 D. leve	Con depresión
38 42	40-49 a	Mujer	Soltero	Madre	17	Sano	Sano	Sano	Sano	Obrero <1500	0	0	No	2	0	3	1	0	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	17 D. leve	Con depresión
39 49	40-49 a	Mujer	Casado	Madre	0.5	Sano	Sano	Sano	Sano	Ama de casa <1500	0	0	No	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	3	2	2	2	1	1	0	3	23 D. moderada	Con depresión
40 44	40-49 a	Mujer	Soltero	Madre	3	Asma	Enfermo	Sano	Sano	Independient <1500	0	0	No	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	5 Normal	Sin depresión	
41 54	50-59 a	Mujer	Casado	Madre	12	Asma	Enfermo	Sano	Sano	Ama de casa <1500	1	0	No	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	2	1	2	3	0	0	1	0	17 D. leve	Con depresión	
42 30	30-39 a	Mujer	Conviviente	Madre	6	Litiasis	Enfermo	Sano	Sano	Obrero <1500	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	12 D. leve	Con depresión	
43 36	30-39 a	Varon	Conviviente	Hermano	3	Gastritis	Enfermo	Sano	Sano	Estudiante <1500	0	0	Familiares	2	1	2	1	0	0	1	1	2	0	1	3	2	1	2	1	1	2	0	2	1	26 D. moderada	Con depresión	
44 28	20-29 a	Varon	Conviviente	Hermano	3	Sano	Sano	Sano	Sano	Obrero <1500	0	0	Familiares	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	6 Normal	Sin depresión	
45 28	20-29 a	Mujer	Soltero	Hermano	1.666666667	Sano	Sano	Sano	Sano	Empleado <1500	0	0	Familiares	2	0	0	2	2	3	2	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	2	0	23 D. moderada	Con depresión
46 33	30-39 a	Mujer	Soltero	Primo	4	Sano	Sano	Sano	Sano	Empleado <1500	0	0	Familiares	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2 Normal	Sin depresión	
47 55	50-59 a	Mujer	Soltero	Madre	3	Sano	Sano	Sano	Sano	Independient <1500	0	0	No	1	1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	2	1	0	1	3	28 D. moderada	Con depresión
48 50	50-59 a	Mujer	Conviviente	Madre	27	Sano	Sano	Sano	Sano	Ama de casa <1500	1	0	No	0	0	0																					

