

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS Y EL NIVEL DE SOBRECARGA
EMOCIONAL EN EL CUIDADOR FAMILIAR DE PACIENTES
PSIQUIÁTRICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS
HERESI AREQUIPA 2017**

Tesis presentada por las Bachilleres:
HELEN STEPHANY BALDARRAGO BASURCO
GIULIANA ROSA OLINDA ROAS GUTIÉRREZ

Para optar el Título Profesional de
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA.

Asesora: Mg. Miriam A. Delgado Valdivia

AREQUIPA – PERÚ

2017

PRESENTACIÓN

PRESENTACIÓN SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA.

S.D.

De conformidad con lo establecido en la Facultad De Enfermería que Usted dignamente dirige, presentamos a su consideración y a las señoras Miembros del Jurado del presente trabajo de investigación: **RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y EL NIVEL DE SOBRECARGA EMOCIONAL EN EL CUIDADOR FAMILIAR DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA 2017**, requisito indispensable para optar el Título Profesional de Licenciadas en Enfermería.

Esperamos que el presente trabajo sea de conformidad y que cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Setiembre 2017

Helen Stephany Baldarrago Basurco

Giuliana Rosa Olinda Roas Gutiérrez

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A: Dra. Sonia Nuñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería

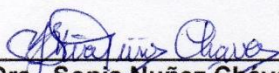
DE: Jurado Dictaminador
Dra. Sonia Nuñez Chávez
Dra. Teresa Chocano Rosas
Mgter. Rosemary Zapana Begazo

ASUNTO: Dictamen del Borrador de Tesis Titulado
**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS Y EL NIVEL DE SOBRECARGA
EMOCIONAL EN EL CUIDADOR FAMILIAR DE PACIENTES
PSIQUIÁTRICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS
HERESI AREQUIPA 2017**
Bachilleres: HELEN STEPHANY BALDARRAGO BASURCO
GIULIANA ROSA OLINDA ROAS GUTIÉRREZ

FECHA: 04 de Octubre de 2017

Previo atento saludo, me dirijo a usted para informarle que el Jurado Dictaminador luego de haber revisado el borrador de tesis presentado por las interesadas y habiendo subsanado las observaciones hechas, dicho documento cuenta con el **DICTAMEN FAVORABLE**, pudiendo pasar a la fase de sustentación.

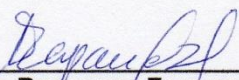
Atentamente.



Dra. Sonia Nuñez Chávez
Presidenta



Dra. Teresa Chocano Rosas
Vocal



Mgter. Rosemary Zapana Begazo
Secretaria



UNIVERSIDAD CATOLICA "SANTA MARIA"
FACULTAD DE ENFERMERÍA

INFORME ASESORÍA DE TESIS

A : Dra. Sonia Núñez Chávez
DE : Mg. Miriam A. Delgado Valdivia, Docente Asesora de Borrador de Tesis
ASUNTO : INFORME ASESORÍA DE TESIS:
Relación entre las Características Sociodemográficas y el nivel de Sobrecarga Emocional en el Cuidador Familiar de Pacientes Psiquiátricos del Centro de Salud Mental Moisés Heres Arequipa 2017
AUTORAS : Baldarrago Basurco Hele Stehany
Roas Gutierrez, Giuliana Rosa Olinda
FECHA : Arequipa, 21 de Abril del 2017

Revisado el Proyecto de Tesis, se hicieron las siguientes observaciones

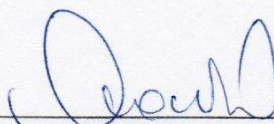
- Variables: Indicadores, Datos de las Unidades de estudio.
Incluir datos de tipo de actividad ocupacional de los cuidadores y/o familiares, a fin de determinar el nivel de preparación para el cuidado familiar de dichos pacientes.
- Justificación: Requiere mayor sustentación el componente genético del familiar y la vulnerabilidad de la sobrecarga emocional. Además mencionar en qué medida su Investigación aportaría para atenuar la sobrecarga emocional del cuidador.
- Marco Teórico: Factores de Riesgo, incluir el aspecto hereditario/genético de los cuidadores y el impacto en el apoyo adecuado a sus familiares con trastornos psiquiátricos.
- Antecedentes Investigativos: Referencias Investigativas muy generales. Precisar fuente geográfica para precisar relación de ambos antecedentes de investigación.

Dichas Observaciones fueron debidamente subsanadas por las autoras, por lo que se considera que el Presente Proyecto de Tesis está en condiciones de solicitar el tercer Jurado para su respectiva sustentación

Es cuanto tengo que informar para los fines correspondientes.

Sin otro particular, me suscribo de Ud.

Atentamente



Mg. Miriam A Delgado Valdivia
Docente de Practica Clínica
Facultad Enfermería UCSM



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Dra. Sonia Nuñez Chavez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Jurado Dictaminador


Asunto : Dictamen de Proyecto de Tesis:
**SOBRECARGA EMOCIONAL EN EL CUIDADOR FAMILIAR DE
PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL
MOISES HERESI AREQUIPA 2017**

Autoras : Baldarrago Basurco, Helen Stephany
Roas Gutiérrez, Giuliana Rosa Olinda

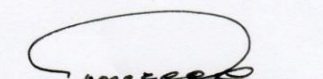
Fecha : Arequipa, 24 de marzo del 2017

Después de haber subsanado las observaciones realizadas por el Jurado Dictaminador, el proyecto queda apto para su ejecución.

Atentamente,



Dra. Teresa Chocano Rosas
Jurado Dictaminador



Dra. Gloria Nuñez de Pinto
Jurado Dictaminador

Nuestro sincero agradecimiento a:

- *Dios por guiarnos siempre y darnos fuerza en los momentos precisos.*
- *A nuestros padres, quienes nos apoyaron incondicionalmente para lograr este sueño.*
- *A la Facultad de Enfermería de la UCSM por la formación académica recibida.*
- *A nuestra asesora principal quien nos orientó durante este proceso para así poder lograr una de nuestras metas.*
- *Al Centro de Salud Mental Moisés Heresi por permitirnos realizar el estudio en dicho nosocomio y de manera especial a los participantes, porque sin ellos no tendría significado dicho estudio.*

Helen y Giulliana

DEDICATORIA

A Dios, porque el camino no ha sido fácil pero la experiencia que gane es invaluable, sin el nada de esto hubiera sido posible.

A mis padres Rodolfo y Marilú, pilares fundamentales en mi vida que siempre me aconsejaron, porque su esfuerzo ha hecho que nunca me falte nada, por ser mi guía, gracias a ustedes hoy estoy aquí.

A mis hermanos, Gerson y Susan, que con su apoyo incondicional me motivo para seguir adelante y a mi sobrino que llena de alegría cada día de mi vida.

A mi compañera de Tesis por los años de amistad, por confiar en mí, por apoyarme en los momentos difíciles y juntas recorrer y llegar al final de este camino

Helen.

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme lograr este sueño, por guiarme, por su fortaleza en los momentos de debilidad.

A mis padres, Giuliana y Elfer, por compartir conmigo no solo su amor incondicional; sino también la sabiduría de sus experiencias que son mi inspiración.

A mis tíos, Carlos y Oscar porque con palabras de aliento y ejemplo me fortalecieron para así nunca dejar de soñar y por siempre confiar en mí.

A tí, porque durante muchos días y meses fuiste mi compañero, y con tus ocurrencias aliviabas mis momentos de cansancio; para así continuar este camino, me decías que lo lograría perfectamente.

A mi compañera de Tesis, por confiar en mí y por ser quien es, y juntas superar los obstáculos que se presentaban y así paso a paso lograr este gran anhelo.

Giuliana.

ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE DE TABLAS.....	12
RESUMEN	13
ABSTRACT.....	13
INTRODUCCIÓN	14
CAPÍTULO I.....	16
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	16
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	16
1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA	16
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	16
1.2.1. Campo, Área y Línea	16
1.2.2. Operacionalización de variables	17
1.2.3. Interrogantes básicas.....	19
1.2.4. Tipo y Nivel de Investigación.....	19
1.3. JUSTIFICACIÓN	19
2. OBJETIVOS	21
3. MARCO TEÓRICO.....	22
3.1. SOBRECARGA EMOCIONAL.....	22
3.1.1. Factores de Riesgo para la Sobrecarga Emocional. 22	
3.1.2. Síntomas.....	26
3.1.3. Tipos de Sobrecarga Emocional	27
3.1.4. Sobrecarga del Cuidador	28
3.2. CUIDADOR FAMILIAR	28
3.2.1. Tipo de Cuidador Familiar.....	29
3.2.2. Funciones que desempeña el Cuidador Familiar en el Paciente Psiquiátrico.....	29
3.2.3. Importancia del Cuidador Familiar	33
3.2.4. Experiencia del Cuidador Familiar de Pacientes Psiquiátricos.	33

3.2.5.	Cómo puede Afrontar el Cuidador la Sobrecarga Emocional.....	36
3.2.6.	Rol de la Enfermera en la Orientación del Cuidador Familiar en el Paciente Psiquiátrico.....	37
3.3.	TRASTORNOS Y ENFERMEDADES MENTALES.	38
3.3.1.	Factores de Riesgo de Trastornos Mentales.....	38
3.3.2.	Principales Trastornos.....	40
3.4.	PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL	50
4.	ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	52
4.1.	LOCAL.....	52
4.2.	NACIONAL	52
4.3.	INTERNACIONAL	53
5.	HIPÓTESIS	53
	CAPÍTULO II.....	54
	PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	54
1.	TÉCNICA E INSTRUMENTO	54
1.1.	Técnica	54
2.	CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	55
2.1.	Ubicación Espacial.....	55
2.2.	Ubicación Temporal	56
2.3.	Unidades de Estudio	56
2.4.	Criterios de Inclusión.....	56
2.5.	Criterios de Exclusión.....	56
3.	ESTRATEGIA DE REDACCIÓN DE DATOS	56
4.	RECURSOS:	57
4.1.	Humanos.....	57
4.2.	Materiales	57
4.3.	Económicos.....	57
4.4.	Físico	57
	CAPÍTULO III.....	58
	RESULTADOS.....	58

CONCLUSIONES	79
BIBLIOGRAFÍA	81
ANEXOS	85



ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
1. TABLA N° 1: CUIDADOR RESPONSABLE, EDAD Y GÉNERO	61
2. TABLA N° 2: ESTADO CIVIL, INGRESOS ECONÓMICOS Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN	62
3. TABLA N° 3: TIEMPO DE ENFERMEDAD DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO Y TIEMPO QUE BRINDA CUIDADO EL FAMILIAR	63
4. TABLA N° 4: NIVEL DE SOBRECARGA EMOCIONAL	64
5. TABLA N° 5: RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y EL NIVEL DE SOBRECARGA EMOCIONAL DEL CUIDADOR FAMILIAR	65
6. TABLA N° 6: RELACIÓN ENTRE EL GÉNERO Y EL NIVEL DE SOBRECARGA EMOCIONAL DEL CUIDADOR FAMILIAR	67
7. TABLA N° 7: RELACIÓN ENTRE EL CUIDADOR RESPONSABLE Y EL NIVEL DE SOBRECARGA EMOCIONAL DEL CUIDADOR FAMILIA.....	69
8. TABLA N° 8: RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y EL NIVEL DE SOBRECARGA EMOCIONAL DEL CUIDADOR FAMILIAR	71
9. TABLA N° 9: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y EL NIVEL DE SOBRECARGA EMOCIONAL DEL CUIDADOR FAMILIAR	73
10. TABLA N° 10: RELACIÓN ENTRE EL INGRESO ECONÓMICO Y EL NIVEL DE SOBRECARGA EMOCIONAL DEL CUIDADOR FAMILIAR	75
11. TABLA N° 11: RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE ENFERMEDAD Y EL NIVEL DE SOBRECARGA EMOCIONAL DEL CUIDADOR FAMILIAR	77
12. TABLA N° 12: RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO QUE BRINDA EL CUIDADO Y EL NIVEL DE SOBRECARGA EMOCIONAL DEL CUIDADOR FAMILIAR	79

RESUMEN

RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y EL NIVEL DE SOBRECARGA EMOCIONAL EN EL CUIDADOR FAMILIAR DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA 2017¹ Baldarrago Basurco, Helen Stephany² Roas Gutiérrez, Giuliana Rosa Olinda

El presente estudio de investigación tiene como objetivos: Identificar las características sociodemográficas del cuidador familiar de pacientes psiquiátricos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi Arequipa; precisar el nivel de sobrecarga emocional de dicho cuidador familiar; y establecer la relación entre las características sociodemográficas y el nivel de sobrecarga emocional. Es un estudio de campo de nivel descriptivo, explicativo de corte transversal. Como instrumento se usó la Cédula de preguntas utilizando la Escala de Zarit aplicados a 83 cuidadores familiares seleccionados con los criterios de inclusión y exclusión. Los resultados obtenidos indican: El cuidador familiar responsable es principalmente la madre (46%) de 48 años a más (51%), casada (48%), con ingreso económico básico (42%), con un grado de instrucción secundaria (45%), y el tiempo que brinda el cuidado es de 1 a 5 años (40%). Así mismo la sobrecarga encontrada en la población de estudio es de nivel leve (24%) siguiendo el de nivel intensa (27%). Los resultados muestran que existe relación directa entre las características sociodemográficas del cuidador responsable y el nivel de sobrecarga emocional.

Palabras claves: Características Sociodemográficas -- Sobrecarga emocional – Cuidador Familiar

ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND THE EMOTIONAL OVERLOAD LEVEL IN THE FAMILY CAREGIVER OF PSYCHIATRIC PATIENTS OF THE MENTAL HEALTH CENTER MOISES HERESI AREQUIPA 2017

The research's main objective is: Identify the sociodemographic characteristics of the family caregiver of psychiatric patients of the Mental Health center Moisés Heresi Arequipa; to specify the level of emotional overload of the family caregiver and establish the relationship between the Sociodemography characteristics and level of emotional overload. It is a descriptive level field study, explanatory cross-section. As an instrument, the card of questions was used through the scale of Zarit applied to 83 family caregivers who were selected with the application of the inclusion and exclusion criteria. The results obtained indicate: the responsible family caregiver was mainly the mother (46%) of 48 years to more (51%), married (48%), with basic economic income (42%), with a secondary instructional degree (45%), and the time it provides care is 1 to 5 years (40%). In the same way, the overload found in the population is mild (24%) following the intense level (27%). The results show that there is a direct relationship between the sociodemographic characteristics of the responsible caregiver and the level of emotional overload.

Keywords: Sociodemography characteristics - Emotional Overload - Family Caregiver

¹ Bachiller en Enfermería. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada. Urb. Entel Perú Mz. C Lt. 2 Dpt 2 Yanahuara. Cel. 993742555.baldarragoh18@gmail.com

² Bachiller en Enfermería. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada. Urb. Tahuaycani Mz. B Lt. 8 Sachaca. Cel: 940234203. giulianaroas@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Hoy en día para mantener la vida y el confort de las personas, se debe lograr un equilibrio de la salud, tanto física como mental.

Los estudios epidemiológicos realizados en los últimos años indican que los trastornos mentales en el Perú alcanzan el 37,9 %, con pequeñas diferencias entre las poblaciones de costa, sierra y selva.

Las cifras de estudios del Banco Mundial y de la Organización Mundial de la Salud-OMS, señalan que dentro de las diez primeras causas de discapacidad entre los 15 y 44 años de edad, el 50% se relaciona con problemas de salud mental, entre los que se encuentran la depresión, el uso nocivo de alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar. El Ministerio de Salud es el principal proveedor de servicios de salud mental en nuestro país, dirigiendo aproximadamente el 3% de su presupuesto a la salud mental, siendo el 98% de estos recursos destinados a las tres instituciones psiquiátricas de Lima³.

El efecto que causa el cuidar y vivir con un paciente psiquiátrico afecta en lo social, emocional - físico y económico en los integrantes de la familia, es inevitable si este trastorno se presenta en el momento menos esperado y en las condiciones menos favorable; generando la carga familiar, cuya percepción es decisiva en el cuidado de personas con alguna afección mental.

El presente trabajo de investigación tiene como fin determinar el nivel de sobrecarga que presenta el cuidador familiar de pacientes psiquiátricos que acuden al Centro de Salud Mental Moisés Heresi.

Los resultados ayudaran en el quehacer profesional de enfermería quien interpretando esta situación, tomará decisiones que podrá respaldar su compromiso en la realización de intervenciones tanto terapéutico, social y emocional según las necesidades que presente cada familia que cuida al integrante que padece algún trastorno mental.

3 MINSa. Informe sobre los servicios de Salud Mental del Subsector Ministerio de Salud del Perú 2008 http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/09_saludmental_minsa2008.pdf

Es por eso que se observa con frecuencia una presión significativa en el cuidador familiar, porque se sienten responsables de la enfermedad y sus recaídas, ya que deben satisfacer las necesidades que el enfermo no puede realizar.

La idea que tiene la sociedad sobre los pacientes psiquiátricos al considerarlos peligrosos, es una carga significativa para el cuidador, ya que causa presión de las relaciones familiares y son más susceptibles a desarrollar cuadros de depresión, ansiedad y otras enfermedades por falta de autocuidado y por la situación de angustia, temor de vivir con un paciente psiquiátrico.

Desde este punto de vista, es indispensable para el profesional de enfermería adoptar medidas en relación a la atención en salud mental para brindar apoyo a los cuidadores quienes muchas veces no cuentan con la información respecto a la sintomatología de los trastornos mentales, ni con las aptitudes adecuadas, para asumir estas funciones de cuidado. Es por eso que las intervenciones psicosociales juegan un papel significativo en el tratamiento integral del paciente y su familiar.

Los resultados finales del proceso investigativo se reflejan en el informe denominado tesis, que está organizado en tres capítulos; el primero contiene el Planteamiento Teórico, el segundo el Planteamiento Operacional y el tercero los resultados, conclusiones y recomendaciones.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Relación entre las características sociodemográficas y el nivel de sobrecarga emocional en el cuidador familiar de pacientes psiquiátricos del centro de Salud Mental Moisés Heresi Arequipa 2017

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Campo, Área y Línea

- **Campo:** Ciencias de la Salud.
- **Área:** Enfermería en Salud Mental
- **Línea:** Sobrecarga Emocional

1.2.2. Operacionalización de variables

VARIABLES	INDICADORES	SUB INDICADORES
1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL CUIDADOR FAMILIAR	1.1. Edad	30 - 35 36 - 40 41 - 45 46 – 50 50 a más
	1.2. Género	Masculino Femenino
	1.3. Cuidador responsable	Madre Padre Hermano (a) Hijo (a) Otro
	1.4. Estado Civil	Soltero Casado Viudo Divorciado
	1.5. Grado De Instrucción	Primaria Secundaria Técnico Superior
	1.6. Ingreso Económico	Menos del Básico Básico Más del Básico

VARIABLE	INDICADORES	SUB INDICADORES
2. SOBRECARGA EMOCIONAL	2.1. Tiempo de enfermedad	1 – 5 años 6 – 10 años 10 años a más
	2.2. Tiempo que brinda el cuidado	1 – 5 años 6 – 10 años 10 años a más
	2.3. Agobio.	No sobrecarga (22 a 46) Sobrecarga leve (47 a 55) Sobrecarga intensa (> 56 a 88)
	2.4. Vergüenza familiar.	
	2.5. Pérdida de la privacidad y la intimidad.	
	2.6. Miedo hacia el futuro.	
	2.7. Tensión y ausencia frente al familiar.	
	2.8. Deterioro en las relaciones familiares.	
	2.9. Impotencia del cuidado al familiar.	

1.2.3. Interrogantes básicas

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas del cuidador familiar de paciente psiquiátrico?
- ¿Cuál es el nivel de sobrecarga emocional en el cuidador familiar de paciente psiquiátricos?
- ¿Qué relación existe entre las características sociodemográficas y el nivel de sobrecarga emocional en el cuidador familiar de paciente psiquiátrico?

1.2.4. Tipo y Nivel de Investigación

Tipo: De campo y explicativo

Nivel: De corte transversal.

1.3. JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades mentales constituyen un problema de primera magnitud en la actualidad, tanto por su elevada incidencia como por el impacto y la desestructuración que sufre el propio enfermo y su familia, especialmente si se trata de personas que sufren un trastorno mental.

La probabilidad de que una persona sufra un trastorno mental específico es mayor si los miembros de la familia lo padecen. Aunque puede ser hereditario en una familia, puede haber diferencias considerables en la gravedad de los síntomas entre los miembros de tal familia. Esto significa que una persona de la familia puede tener un caso leve y otra un caso más grave del trastorno mental. Los trastornos mentales, sin embargo, no siguen los patrones típicos de herencia. La mayoría de los trastornos mentales son provocados por una combinación de múltiples factores genéticos y ambientales.

Los pacientes psiquiátricos requieren del cuidado y vigilancia constante de otra persona; ante ello desde ya algún tiempo los profesionales de la salud

cuentan con el apoyo de los cuidadores informales, que por lo general son los familiares del paciente.

Se ha evidenciado en el cuidador familiar, que la experiencia de cuidar involucra una gran responsabilidad y un enorme esfuerzo, siendo vulnerables a presentar una sobrecarga emocional, debido a los cambios y experiencias que atraviesan al satisfacer las necesidades de la otra persona; además pueden aparecer repercusiones físicas, mentales y socioeconómicas, comprometiendo la vida, el funcionamiento individual, la salud, el bienestar, el cuidado y autocuidado no sólo del cuidador, sino también de la persona dependiente de cuidados.

Es importante considerar como grupo de estudio al cuidador familiar de los pacientes psiquiátricos, ya que la participación de ellos es fundamental en la recuperación y rehabilitación de los pacientes, y su salud debe ser óptima, por ello se necesita conocer la sobrecarga emocional, lo cual permitirá al profesional de enfermería identificar riesgos y poder realizar las intervenciones necesarias para prevenir situaciones de estrés y/o trastornos psiquiátricos futuros, contribuyendo de esta manera al bienestar del cuidador familiar y de los pacientes.

Es así como surge la idea de investigar si existe Sobrecarga Emocional en el cuidador familiar de pacientes psiquiátricos, que asisten regularmente al Centro de Salud Mental Moisés Heresi, Arequipa.

Es de relevancia social, ya que la sociedad considera a los pacientes psiquiátricos como peligrosos, es importante que el cuidador familiar sepa controlar sus emociones y logre crear un ambiente cálido y tranquilo para así mejorar las relaciones con su entorno

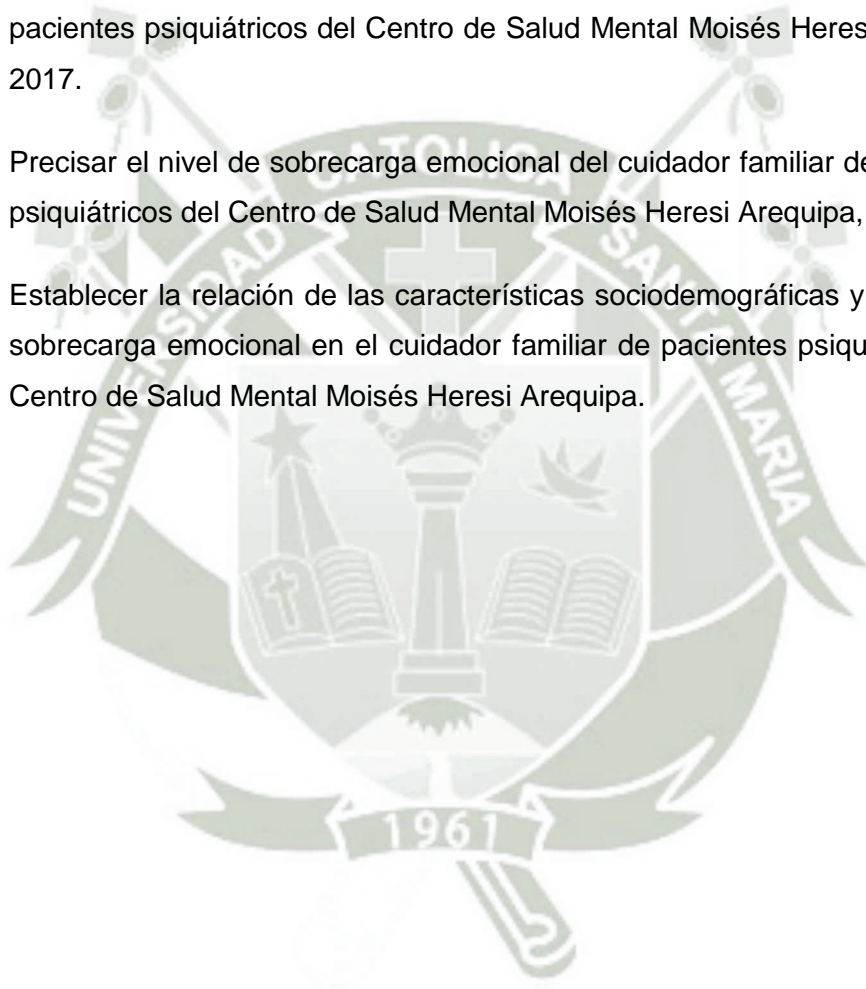
Es de relevancia humana, ya que el cuidador familiar podrá reconocer los síntomas de la sobrecarga emocional logrando así un cuidado positivo hacia su familiar que presenta un trastorno mental.

El estudio tiene relevancia científica ya que aportará nuevos conocimientos y permitirá al profesional de enfermería identificar riesgos y prevenir la

sobrecarga emocional en el cuidador familiar que son considerados como soporte fundamental para la inclusión a la sociedad de la persona con enfermedad psiquiátrica; contribuyendo de esta manera al bienestar de los familiares cuidadores y de los pacientes.

2. OBJETIVOS

- 2.1. Identificar las características sociodemográficas del cuidador familiar de pacientes psiquiátricos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi Arequipa, 2017.
- 2.2. Precisar el nivel de sobrecarga emocional del cuidador familiar de pacientes psiquiátricos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi Arequipa, 2017.
- 2.3. Establecer la relación de las características sociodemográficas y el nivel de sobrecarga emocional en el cuidador familiar de pacientes psiquiátricos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi Arequipa.



3. MARCO TEÓRICO

3.1. SOBRECARGA EMOCIONAL

La sobrecarga ⁴ se ha definido como el impacto que provoca la enfermedad en la calidad de vida de quien desempeña el rol del cuidado, teniendo como resultado un conjunto de sentimientos y percepciones negativas, generándose por la combinación de las características clínicas y duración del trastorno del paciente, las características propias de la personalidad de los familiares, las responsabilidades en el hogar, las formas de apoyo social que posean y finalmente, del costo económico que conlleva el trastorno.

3.1.1. Factores de Riesgo para la Sobrecarga Emocional

- **Vivir sólo con el enfermo, sin otra actividad**

La soledad y la exclusividad son uno de los principales factores que resaltan en el estudio.

Si las tareas del cuidar las asume una persona que no convive con nadie más que con el afectado (por ejemplo, típicamente el otro cónyuge o una hija soltera-separada cuidando aun parental viudo) y si además no trabaja fuera o dentro de casa, sino que no hace otra cosa todo el día más que estar pendiente del enfermo, el riesgo de desarrollar trastornos emocionales y psicosomáticos es el cuádruple que si convive el cuidador principal con alguien más en el domicilio o si tiene, además, algún otro tipo de actividad o responsabilidad⁵.

⁴ http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/333/1/Chomba_a_m.pdf

⁵ Chomba A. Sobrecarga en el cuidador familiar del paciente con esquizofrenia, hospital Hermilio Valdizán agosto 2013, (serie de internet) 2013 (citado en agosto) 115 pág. disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/333/1/Chomba_a_m.pdf

- **Tener edad avanzada del cuidador**

Se detecta una relación lineal positiva entre la edad del cuidador y la vulnerabilidad para adquirir la sobrecarga emocional del cuidador⁶.

- **Nivel de salud del cuidador familiar**

Correlacionado con el anterior punto (las personas mayores presentan mayor número de dolencias), el cuidador familiar que a su vez muestra previos problemas de salud física o psíquica, tiende a descompensarse antes frente al estrés producido por las responsabilidades del cuidar.

- **No disponer de familiares en el entorno cercano**

Si el cuidador familiar sabe que puede contar y «echar mano» de unos familiares que vivan suficientemente cerca de su domicilio (hermanos, hijos, primos), por ejemplo, en situaciones de crisis o en momentos de dobles tareas (cuidar y realizar otra actividad), psicológicamente, la presión no resulta tan agobiante, independientemente del número de veces (generalmente escasas) que el cuidador pida y se beneficie de estas ayudas.

- **No disponer de una persona cercana**

Tener el cuidador por lo menos un amigo o familiar o vecino con quien poder hablar y «descargarse» emocionalmente y sentirse comprendido (aunque sea por teléfono) y más aún si recibe por lo menos una visita a la semana, es un factor contrario al rápido desencadenamiento del burnout.

⁶ Calderón F. Añacata C. Niveles de sobrecarga emocional en familiares cuidadores de pacientes con retardo mental en el centro de salud mental Moisés Heresi, Arequipa. 2013; Universidad Católica Santa María Arequipa 2013.

- **Intensidad de la enfermedad**

En nuestro estudio, más que el número de años dedicado a cuidar al enfermo sobrecarga el hecho de asistir a un afectado (porque al familiar no le da tiempo a adaptarse psicológicamente y a tomar medidas instrumentales). Sin embargo, las enfermedades de evolución muy rápidas sobrecargan algo menos, probablemente porque, por la gravedad del caso, tales pacientes son institucionalizados en breve y fallecen en pocos años⁷.

- **Síntomas de agresividad, agitación intensa y psicosis**

Un afectado que sólo muestra síntomas amnésicos, de lenguaje, de desorientación y déficits de comprensión, resulta que agobia (y asusta) menos al familiar que si presenta síntomas de agresividad verbal, física, o sexual; y asimismo si muestra agitación psicomotora intensa o bizarrías psicóticas asociadas a la desorientación.

- **Empeoramiento Nocturno Intenso**

El cuidador familiar necesita descansar y dormir suficientemente. Si este reposo nocturno se ve interferido por un frecuente (más de 3 noches a la semana) y notable empeoramiento nocturno del estado del enfermo (deambulación y vagabundeo, voces y quejas, obnubilación), este factor representa uno de los cuatro más significativos a la hora de predecir un mayor deterioro subjetivo de la calidad general de vida del cuidador primario.

- **Médico de cabecera inaccesible**

Más que el neurólogo, el mejor apoyo médico posible para el familiar resulta ser el de su médico de cabecera. Dadas las

⁷ Calderón F. Añacata C. Niveles de sobrecarga emocional en familiares cuidadores de pacientes con retardo mental en el centro de salud mental Moisés Heresi, Arequipa. 2013; Universidad Católica Santa María Arequipa 2013.

múltiples funciones clave que este profesional de la atención primaria y las frecuentes visitas que el familiar cuidador debe realizar para el afectado y para sí mismo, resulta la mejor inversión posible para la familia encontrar un médico generalista que se involucre en el caso y que sea comprensivo y de fácil acceso.

- **No disponer de centro asistencial para el enfermo**

Por oneroso económicamente y haga sentir culpabilidad psicológicamente que resulte, el hecho de que el enfermo acuda diaria o, por lo menos, frecuentemente a un Centro, resulta ser un factor en nuestro estudio de lo más relevante para aliviar la presión a la que se ve sometido el familiar principal, tenga tiempo libre para «airearse»⁸ y ocuparse de propios asuntos y retome hábitos diarios saludables casi abandonados.

- **Ausencia de formación e información sobre la enfermedad**

Los cuidadores que han recibido cursillos sobre el RM sufren menos sensación subjetiva de impotencia y desamparo y se encuentran mejor preparados para reconocer, anticipar y resolver problemas propios de la enfermedad. Son las más valoradas, por orden: trato y manejo al enfermo, técnicas de enfermería práctica, nutrición y hogar, y autocuidados, neurología y farmacología básica.

- **No pertenecer a una asociación**

El estado subjetivo de aislamiento y desamparo del familiar cuidador se constata en el estudio que se ve aliviado si el familiar logra imbricarse en una red de autoayuda, tal como las Asociaciones de Familiares de Enfermos de RM, ONG's tipo Cruz

⁸ Calderón F. Añacata C. Niveles de sobrecarga emocional en familiares cuidadores de pacientes con retardo mental en el centro de salud mental Moisés Heresi, Arequipa. 2013; Universidad Católica Santa María Arequipa 2013.

Roja, Grupos de Ayuda Mutua o incluso grupos religiosos de caridad. El apoyo emocional y ser un punto de referencia de orientación, son funciones clave que pueden cumplir estas organizaciones.

3.1.2. Síntomas

El síndrome se manifiesta en aspectos psicosomáticos, conductuales y emocionales.

a. Psicosomáticos:

- Fatiga crónica.
- Cefalalgia frecuente.
- Trastornos del sueño.
- Desordenes gastrointestinales.
- Pérdida de peso⁹.
- Dolores musculares, taquicardia, etc.

b. Conductuales:

- Ausencia laboral.
- Abuso de drogas.
- Incapacidad para relajarse.
- Superficialidad en el contacto con los demás.
- Comportamientos de alto riesgo.

⁹ Calderón F. Añacata C. Niveles de sobrecarga emocional en familiares cuidadores de pacientes con retardo mental en el centro de salud mental Moisés Heresi, Arequipa. 2013; Universidad Católica Santa María Arequipa 201.

- Aumento de conductas violentas.
- Bajo rendimiento personal.
- Conflictos interpersonales.

c. Emocionales:

- Distanciamiento afectivo como forma de protección del yo.
- Aburrimiento y actitud cínica.
- Impaciencia e irritabilidad.
- Sentimiento de omnipotencia.
- Desorientación.
- Incapacidad de concentración.
- Sentimientos depresivos¹⁰.

3.1.3. Tipos de Sobrecarga Emocional

- a. Sobrecarga Objetiva:** Se refiere a la disrupción de la vida social del cuidador, a la cantidad de tiempo y dinero invertido en los cuidados del enfermo, así como a los problemas conductuales que este presenta¹¹.
- b. Sobrecarga Subjetiva:** La relacionan con la “forma en que se percibe la situación y en concreto, la respuesta emocional del cuidador ante la experiencia de ejercer ese rol, siendo definido

¹⁰ Calderón F. Añacata C. Niveles de sobrecarga emocional en familiares cuidadores de pacientes con retardo mental en el centro de salud mental Moisés Heresi, Arequipa. 2013; Universidad Católica Santa María Arequipa 2013.

¹¹ Jocik G.; Rivero B.; Ramírez A.; Percepción de sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia (serie de internet) 2003. Disponible en: <http://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=143>

como el sentimiento psicológico que se asocia al hecho de cuidar¹².

3.1.4. Sobrecarga del Cuidador

La sobrecarga del cuidador¹³ es un término utilizado para englobar los efectos del costo físico, emocional y económico al proporcionar atención a los pacientes.

3.2. CUIDADOR FAMILIAR

Hay numerosas definiciones de “cuidador familiar”¹⁴. El acuerdo general es que los cuidadores informales son miembros de la familia, amigos y vecinos que proveen atención que excede la cantidad normal de atención dispensada dentro de estas relaciones. La atención proporcionada puede ser primaria o secundaria, a tiempo completo o parcial, y el cuidador puede residir con quien recibe la atención o en forma separada. Los servicios de atención proporcionados a menudo están relacionados con el baño, vestido, alimentación, y otras actividades del manejo personal y del hogar.

La tarea de cuidar no se puede definir en el tiempo, ya que en ocasiones sólo se trata de unos pocos meses, pero en otras, de largos años que afectarán lógicamente a todo el entorno del cuidador. Por eso, no hay que olvidar que cuidarse a sí mismo es tan importante como cuidar.

A veces la situación de dependencia llega de manera repentina y otras veces el cuidador va viendo poco a poco cómo su familiar cada día precisa más ayuda para moverse. Cualquiera de las dos situaciones supone un desgaste físico y psicológico que puede afectar seriamente a su salud.

¹² Jocik G.; Rivero B.; Ramírez A.; Percepción de sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia (serie de internet) 2003. Disponible en: <http://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=143>

¹³ Weiner M. Manual de enfermedad de Alzheimer y otras demencias, Editorial Panamericana, España, 2010

¹⁴ Schulz, Martire: Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support. Am J Geriatr Psychiatry, 2004

3.2.1. Tipo de Cuidador Familiar

a. Cuidador principal: Es la persona encargada de la mayor parte del cuidado del enfermo. Suele vivir en el mismo domicilio que el enfermo, o muy cerca de éste, y suele tener una relación familiar muy próxima.

b. Cuidador informal: Son aquellas personas que forman parte del entorno familiar y colaboran en mayor o menor medida en la atención al enfermo.¹⁵

3.2.2. Funciones que desempeña el Cuidador Familiar en el Paciente Psiquiátrico

a. Bañar

Independiente: Se baña completamente¹⁶ sin ayuda o necesita ayuda sólo para lavarse una parte del cuerpo (espalda).

Dependiente: Necesita ayuda para lavarse más de una parte o para salir o entrar de la bañera.

b. Vestir

Independiente: Coge la ropa del armario, se pone la ropa solo, excluye atarse los zapatos.

Dependiente: No es capaz de vestirse solo.

c. Usar el baño

Independiente: Accede a él; es capaz de limpiarse y asearse.

¹⁵ Cantos A. Guía de Atención al cuidador (serie de internet) 2008 Disponible en <http://www.telefonodelaesperanza.org/cuidando-cuidador/download/18>

¹⁶ <http://www.fundacioncaser.org/autonomia/cuidadores-y-promocion-de-la-autonomia/cuidadores-familiares/definicion-de-cuidador-familiar>

Dependiente: Usa orinal o cuña, o precisa ayuda para acceder y utilizar el retrete.

d. Movilidad

Independiente: Entra y sale de la cama sin ayuda, se sienta y se levanta solo de la silla.

Dependiente: Precisa ayuda para utilizar la cama y/o la silla.

e. Continencia

Independiente: Control completo de la micción y defecación.

Dependiente: Incontinencia total o parcial urinaria o fecal. Necesidad permanente de enemas, sondas, colectores o cuñas.

f. Alimentación

Independiente: Lleva la comida del plato a la boca (se excluye cortar carne o untar el pan).

Dependiente: Precisa ayuda para beber o alimentarse, no come o precisa nutrición enteral o parenteral (artificial).¹⁷

g. Realización de ejercicios y actividades recreativas: Debido a la medicación que estos pacientes son sometidos, estos tienden a subir de peso, para evitar la obesidad se suele recomendar la realización de ejercicios. Así como también algunos investigadores observaron que la realización de programas de ejercicios tanto física como recreativa (ludo, crucigrama) mejoran las condiciones del estado mental como la ansiedad y la depresión¹⁸.

¹⁷ <http://www.fundacioncaser.org/autonomia/cuidadores-y-promocion-de-la-autonomia/cuidadores-familiares/definicion-de-cuidador-familiar>

¹⁸ Nolasco M. "ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA EL CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO EN EL HOGAR. HVLH. 2014". Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4091/1/Nolasco_vm.pdf

h. Conversar con el paciente: El conversar con nuestro familiar esquizofrénico contribuirá a que se sienta aceptado, cuidado y sobre todo querido. La mejor manera para que la familia pueda entender los sentimientos y pensamientos de los pacientes esquizofrénicos es que aprenda buenas habilidades de comunicación.

Unos de los puntos que se deben tener en cuenta son:

- **Tener un vocabulario sencillo;** decir las cosas del modo más claro y directo posible. Por ejemplo: “Lávate las manos ahora porque es hora de cenar”, por ejemplo, es preferible a “Ve a prepararte para la cena”, que pueda resultar confuso y se puede malinterpretar como si quisiera que la persona prepare la cena.
- **Elegir cuidadosamente el momento para comunicarse;** propiciar un lugar agradable, tranquilo sin que puedan presentarse interrupciones en el dialogo.
- **Establecer reglas, pero sea claro, directo y, sobre todo, realista;** trátelo con respeto, incluso si no entiende lo que está diciendo.
- **Apóyelo y sea lo más positivo que pueda:** trate de tener conversaciones informales o de compartir con él actividades en las que usted sepa que se siente cómodo. Nunca lo toque o bromee con él a menos que esté seguro de que no le va a molestar. Evite temas delicados como la religión, la política o cualquier otro tema que pueda ser parte de su sistema delirante. Si no le gusta alguno de sus comportamientos, dígaselo con calma y sea específico.
- **Escucha activa;** es importante tener en consideración, entender qué es lo que su familiar está tratando de decir. Una de las mejores maneras de conseguir esto es escuchar

activamente. Escuchar activamente significa prestar mucha atención a lo que la persona está diciendo.¹⁹

i) Realización de actividades del hogar; la familia muchas veces no incentiva a que el paciente realice ninguna actividad, provocando poco a poco un deterioro mental más significativo. Por lo que es importante señalar que para evitar este deterioro el paciente debe mantenerse ocupado con una actividad de baja complejidad que provoca un mínimo estrés, ya sea barrer, limpiar, así como también es importante la vigilancia a estos pacientes durante la realización de estas actividades, debido a que no se sabe que puede el paciente estar escuchando o viendo, lo que podía provocar que él se haga daño como a los demás.²⁰

j) Cuidado en su control terapéutico:

- **Administración de medicamentos;** dosis completa y en su horario establecido. Existe un gran número de tratamientos para el manejo farmacológico²¹ de los trastornos mentales. Se ha observado que muchos de estos tratamientos son eficaces en las etapas agudas y para prevenir recaídas, pero otros muchos siguen sin demostrar su eficacia en los tratamientos a largo plazo y el control diario de los trastornos mentales.

No hay pautas claras de tratamiento que deberá ajustarse a la evolución del paciente.

¹⁹ Nolasco M. "ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA EL CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO EN EL HOGAR. HVLH. 2014". Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4091/1/Nolasco_vm.pdf

²⁰ Nolasco M. "ACTITUD DE LOS FAMILIARES HACIA EL CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO EN EL HOGAR. HVLH. 2014". Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4091/1/Nolasco_vm.pdf

²¹ http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic_book_spanish.pdf

3.2.3. Importancia del Cuidador Familiar

El paciente psiquiátrico que cuenta con apoyo de su familia tendrá menos recaídas en su proceso de recuperación y tendrá un mejor apego al tratamiento, lo cual es básico para el control de su patología.

El enfermo necesita un soporte emocional²² que le permita lidiar con todas estas etapas de manera óptima y, sobre todo, la noción de que su cotidianidad no se verá severamente alterada por su padecimiento. En este sentido, el apoyo de los familiares del paciente cumple una función sumamente importante, puesto que incluye muchas tareas cotidianas al convertirse directamente en proveedores de atención en la salud.

El soporte emocional que brinda la familia no puede igualarse en ninguna instancia, ni siquiera con la relación que el paciente forma con su doctor, aun cuando este es quien puede darle las respuestas que necesita en los momentos de incertidumbre.

En la mayoría de los casos, lo que destruye las relaciones entre las personas con enfermedades psiquiátricas y sus familias es el no poder aceptar la enfermedad y el enojo de todos por la situación. El psiquiatra E. Fuller Torrey, cuya hermana tiene la enfermedad, dice que “la aceptación pone a la enfermedad en perspectiva como una de las grandes tragedias de la vida, pero impide que se convierta en una herida abierta que desgasta el alma misma de la vida”.²³

3.2.4. Experiencia del Cuidador Familiar de Pacientes Psiquiátricos.

²² Monge J. Disponible en: <http://hogaremaus.org/la-importancia-del-apoyo-familiar-en-situaciones-de-enfermedad/>

²³ Monge J. Disponible en: <http://hogaremaus.org/la-importancia-del-apoyo-familiar-en-situaciones-de-enfermedad/>

La experiencia de ser cuidador modifica la vida de las personas de manera importante. La experiencia va más allá de tener una tarea o responsabilidad por otra persona para generar una forma de vida y relación diferente consigo misma, con la persona cuidada y con el mundo.²⁴

El cuidador se ve sometido a un estrés permanente por la limitación física, psicológica o cognitiva para realizar su labor, la alteración de la ejecución habitual del rol, la de las interacciones sociales, la percepción de la falta de soporte social y de apoyo de los sistemas de cuidado de la salud, la falta de actividad, de dispersión, la alteración de la ejecución del trabajo habitual, la severidad de la enfermedad del receptor del cuidado, la cantidad de cuidado o supervisión requerida y la alteración de la relación cuidador-cuidado.

En sus reportes los cuidadores señalan que no saber la evolución de la enfermedad de su ser querido, sentirse solos, la fatiga física de responder por muchos roles y el cansancio emocional son malos compañeros en estas experiencias. Las situaciones familiares, la intolerancia de quienes no comprenden la experiencia y las exigencias explícitas o implícitas de su ser querido los hacen sentirse en algunos momentos sometidos. Los riesgos para la salud son evidentes, aunque en algunas condiciones son más dramáticos que en otras, por el estigma social y la perspectiva de la pérdida.

Son muchos los momentos críticos que debe afrontar el cuidador de un familiar, cuando el estrés y el agotamiento lo embargan, cuando la enfermedad del ser querido se complica, cuando no encuentra apoyo en los otros miembros de la familia y cuando se debe responder ante otros familiares que algunas veces toman roles de jueces o veedores. Esta angustia de la familia se ha categorizado en cuatro grandes aspectos que incluyen: la condición del ser querido, la

²⁴ Pinto N. Barrera L. Sánchez B. Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa "Cuidando a los cuidadores" (serie de internet) http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972005000100013&script=sci_arttext&tlng=en

atención que recibe por parte del equipo de salud, el cuidado futuro que dará el cuidador familiar y los aspectos financieros.

Estar listo para ser cuidador familiar significa estar disponible para los momentos de verdad en la labor, es saber escuchar y tener el valor, el conocimiento y la paciencia para cuidar. Para ello requiere de una capacitación mínima, debe reconocer al ser cuidado en todos los aspectos de la vida y, además, aceptar ser cuidador. Sin embargo, es preciso recordar que la expresión de la habilidad no depende en todos los casos de capacidades sino de factores de motivación internos o externos para el desarrollo de la misma²⁵.

El cuidador que es hábil tendrá la posibilidad de encontrar significado en los hallazgos, de mantener un vínculo significativo, de hacer actividades de una forma armónica, de tomar las decisiones pertinentes para determinar el curso de la acción y poder conducir de manera honrosa su actividad. El cuidador hábil es capaz de comprender que él y la persona a su cargo son en todo momento seres trascendentes y totales que pertenecen a un contexto con el cual interactúan, que tienen una historia individual y una historia compartida y que tienen capacidad de desarrollarse en la acción de cuidar.

La experiencia de cuidado varía con el género; la mujer, por su naturaleza, comprende y entiende el cuidado como una situación del diario vivir. Ella cuida de sus hijos, de sus padres, de quienes le rodean. Tiende a ser detallista y observadora, y de manera casi instintiva busca, en la mayor parte de los casos, preservar la vida. La mujer entiende con familiaridad aspectos de las situaciones de enfermedad, de los problemas diarios y de la conservación del entorno. El hombre, por el contrario, busca ser planificador, organizado y responsable, es más práctico y, en ese sentido,

²⁵ Pinto N. Barrera L. Sánchez B. Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa "Cuidando a los cuidadores" (serie de internet) http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972005000100013&script=sci_arttext&tlng=en

participa y colabora en el cuidado mirando otros aspectos que las mujeres en algunos momentos no valoran²⁶.

3.2.5. Cómo puede Afrontar el Cuidador la Sobrecarga Emocional

- **Reconocer la sobrecarga** y explorar ²⁷qué circunstancia o aspecto de nosotros mismos está causando en nuestra vida. Algunas veces es fácil reconocer, qué cosas nos producen este estrés y sobrecarga emocional.
- **La actividad física nos ayudará a relajarnos.** realizar algún deporte, para poder liberar la tensión que sentimos a nivel físico, Una vez sabemos cómo se manifiesta nuestro estrés podemos darle salida, facilitar a nuestro cuerpo una vía de escape para que no acumule tanta sobrecarga emocional.
- **Un buen descanso y dormir las horas suficientes** que nos pide el cuerpo es fundamental para reposar nuestra mente y regular nuestras horas del sueño para así poder estar más tranquilos.
- **Respetar nuestras necesidades**, aprender a comunicarnos de una forma asertiva, primero debemos de estar bien nosotros, para luego poder atender las necesidades de los demás. Buscar espacios para nosotros, cuidarnos, darnos pequeños placeres, como, por ejemplo, un baño de vez en cuando, un paseo, realizar una actividad que nos gusta. Todo esto va a ayudar a estar mejor con nosotros mismos y mejorar nuestro agotamiento emocional.

²⁶ Pinto N. Barrera L. Sánchez B. Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa "Cuidando a los cuidadores" (serie de internet) http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972005000100013&script=sci_arttext&tlng=en

²⁷ Reyes A. La fatiga emocional (serie de internet) <http://www.psicoeemocionat.com/1/post/2015/04/la-fatiga-emocional.html>

- Por último, **abandonar la culpa, de no poder llegar a todo**, y empezar a responsabilizarnos de nuestra vida, ser más suaves y menos exigentes con nosotros mismos.²⁸

3.2.6. Rol de la Enfermera en la Orientación del Cuidador Familiar en el Paciente Psiquiátrico.

Es preciso reconocer²⁹ que las necesidades del cuidador deben ser evaluadas de manera individual; sin embargo, hay algunos puntos esenciales para ofrecer apoyo a los cuidadores informales:

- 1) Proporcionar formación sobre cuidados con el objetivo de mejorar la prestación, pero también para reducir el estrés por la inseguridad de no saber prestar cuidados de calidad.
- 2) Proporcionar información sobre planificación de actividades. Como gestionar mejor el tiempo.
- 3) Enseñar a obtener apoyo de otras personas, entrenando al cuidador para que sea capaz de identificar otras fuentes de apoyo informal, obtener mayor participación de otros miembros de la familia o informándoles de los sistemas de apoyo formal.
- 4) Identificar los problemas de salud del cuidador, diagnosticarlos y tratarlos adecuadamente. Ofrecer apoyo emocional y enseñar estrategias de afrontamiento al estrés.
- 5) Facilitar o favorecer la comunicación cuidador/ beneficiario cuando esta esté alterada.

²⁸ Reyes A. La fatiga emocional (serie de internet) <http://www.psycoemocionat.com/1/post/2015/04/la-fatiga-emocional.html>

²⁹ Chomba A. Sobrecarga en el cuidador familiar del paciente con esquizofrenia, hospital Hermilio Valdizán agosto 2013, (serie de internet) 2013 (citado en agosto) 115 pág. disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/333/1/Chomba_a_m.pdf

La enfermera debe favorecer a que la familia se sienta involucrada en el tratamiento, pero debe evitar culpabilizarlos; por ello requieren de estrategias alternativas e innovadoras junto a una atención especializada. Dentro de la institución hospitalaria la enfermería forma parte de un grupo de ayuda terapéutica, como parte activa de este equipo asistencial.³⁰

3.3. TRASTORNOS Y ENFERMEDADES MENTALES.

Los trastornos mentales son enfermedades con síntomas relacionados con el pensamiento, los sentimientos o la conducta. Se deben a influencias genéticas, biológicas, sociales, químicas o psicológicas. Estas enfermedades producen deterioro del desempeño de funciones y otros síntomas.³¹

3.3.1. Factores de Riesgo de Trastornos Mentales

a. FACTORES AMBIENTALES

Los factores ambientales³² que contribuyen al desarrollo de trastornos mentales son, entre otros:

- **Traumas:** el abuso físico, sexual y emocional durante la infancia produce un aumento en la probabilidad de tener un trastorno mental. Los entornos de mucho estrés en el hogar, la pérdida de un ser querido y los desastres naturales también son factores importantes.
- **Daño emocional:** las experiencias escolares negativas y el acoso escolar también pueden ocasionar daños emocionales graves a largo plazo. La concientización sobre

³⁰ Chomba A. Sobrecarga en el cuidador familiar del paciente con esquizofrenia, hospital Hermilio Valdizán agosto 2013, (serie de internet) 2013 (citado en agosto) 115 pág. disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/333/1/Chomba_a_m.pdf

³¹ Brown, Eby. Cuidados de enfermería en salud mental. 2da edición. México: interamericana; 2010.

³² Trastornos mentales hereditarios (serie de internet) 2016 Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/emotional-problems/Paginas/inheriting-mental-disorders.aspx>

estas cuestiones generó campañas contra el acoso escolar a nivel nacional y la implementación de estas campañas le ha dado más importancia a la salud mental de los niños en edad escolar y los adolescentes.

- **Abuso de sustancias:** la exposición al tabaco, al alcohol y a las drogas ilegales tanto antes de nacer como en la infancia se ha asociado con el desarrollo de trastornos mentales, además de los trastornos o la adicción al consumo de sustancias.

Los factores ambientales por sí solos no causan trastornos mentales. Los factores genéticos también desempeñan un papel en el desarrollo de un trastorno mental.

b. FACTORES GENÉTICOS

Los factores genéticos que contribuyen al desarrollo de trastornos mentales son, entre otros:

- **Regulación epigenética:** La epigenética afecta la forma en que una persona reacciona a los factores ambientales y puede afectar la probabilidad de que esa persona desarrolle un trastorno mental como consecuencia de ello. La epigenética no es constante a lo largo del tiempo. Esto significa que un gen no está siempre activo o inactivo. Debe existir la combinación adecuada de factores ambientales y regulación epigenética para que se desarrolle un trastorno mental.
- **Polimorfismos genéticos:** Estos cambios en nuestro ADN nos hacen únicos como individuos. Un polimorfismo por sí solo no provocará el desarrollo de un trastorno mental. Sin embargo, la combinación de uno o más polimorfismos específicos y determinados factores ambientales pueden provocar el desarrollo de un trastorno mental.

- **Cambios de un solo gen:** Son poco comunes.³³

3.3.2. Principales Trastornos.

A. ESQUIZOFRENIA

Reacción psicótica caracterizada por un trastorno básico de las relaciones y la incapacidad para pensar y comunicarse con claridad.³⁴

a.1. TIPOS DE ESQUIZOFRENIA.

a.1.1. Esquizofrenia paranoide

- **Características esenciales: ideas delirantes sistematizadas o alucinaciones auditivas.**
- El individuo puede estar suspicaz, discutidor, hostil y agresivo.
- Menos conductas regresivas, menos deterioro social y mejor pronóstico que los otros tipos.

a.1.2. Esquizofrenia catatónica

- **Características esenciales: marcado trastorno psicomotor que puede consistir en inmovilidad o en exceso de actividad.**
- El individuo puede presentar inactividad, negativismo y flexibilidad cérica (mantienen posturas). Esto se denomina **estupor catatónico**.

³³ Trastornos mentales hereditarios (serie de internet) 2016 Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/emotional-problems/Paginas/inheriting-mental-disorders.aspx>

³⁴ Isaacs Ann. Enfermería en salud mental y psiquiátrica. 2da Edición. España: Interamericana; 2002.

- La excitación catatónica consiste en una agitación extrema y puede acompañarse de ecolalia y ecopraxia.

a.1.3. Esquizofrenia Hebefrénica.

- **Características esenciales:** lenguaje y comportamiento desorganizados, junto con afecto plano o inadecuado; son frecuentes los trastornos asociativos.³⁵
- El individuo puede exhibir extraños manierismos, retraimientos sociales extremo e higiene y aspectos descuidados.
- Suele comenzar antes de los 25 años y su curso puede ser crónico.
- El comportamiento es regresivo, con escasas interacciones sociales y poco contacto con la realidad.

a.2. TRATAMIENTO PARA LA ESQUIZOFRENIA

- **Pauta psicobiológica:** empleo de fármacos antipsicóticos junto con la relación de apoyo con una terapeuta durante la fase aguda es frecuente el ingreso en una unidad de psiquiatría
- **Psicoterapia individual:** orientada hacia la realidad con el objetivo de aumentar la confianza del cliente en el otro y de disminuir sus niveles de ansiedad; debido a la dificultad que entraña establecer esta confianza, puede ser de larga duración.

³⁵ Isaacs Ann. Enfermería en salud mental y psiquiátrica. 2da Edición. España: Interamericana; 2002.

- **Terapia conductista:** tiene por objetivo disminuir la conducta inadecuada que acompañan a los trastornos esquizofrénicos; entrenamiento en habilidades sociales mediante técnicas de interpretación de roles y reforzamiento de las conductas aceptables.
- **Terapia de grupo:** suele ser ambulatoria y su éxito es máximo cuando se combina con farmacoterapia; es difícil con individuos que están en fase aguda.³⁶
- **Terapia familiar:** se centra en el sistema familiar de apoyo, evitando las recaídas, fomentando la resolución de problemas y el manejo del estrés en los familiares, y formando a la familia sobre la enfermedad, los tratamientos, etc.

B. DEPRESIÓN MAYOR

Se caracteriza por ánimo depresivo o pérdida del interés o placer en las actividades usuales. Hay evidencia de las alteraciones en el funcionamiento social y ocupacional que han existido por, al menos, dos semanas, sin historia de comportamiento maniaco y síntomas que no son atribuidos al uso de sustancias o a una condición médica general.

b.2. TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

- **Psicoterapia**
- **Tratamientos somáticos:** antidepresivos
- **Luminoterapia:** con fluorescentes de amplio espectro
- **Grupos de autoayuda:** depresivos anónimos.³⁷

³⁶ Isaacs Ann. Enfermería en salud mental y psiquiátrica. 2da Edición. España: Interamericana; 2002.

³⁷ Isaacs Ann. Enfermería en salud mental y psiquiátrica. 2da Edición. España: Interamericana; 2002.

C. RETRASO MENTAL

El retraso mental³⁸ está definido por deficiencias en el funcionamiento intelectual y adaptativo. El funcionamiento intelectual general es medido por rendimiento individual en las pruebas de coeficiente de inteligencia.

El funcionamiento de adaptación es la capacidad de la persona para adecuarse a los requerimientos de la vida diaria y las expectativas de su edad y grupo cultural.

El DSM-IV-TR identifica los criterios para retraso mental con un IQ de 70 o menos con deficiencias o alteraciones en la comunicación, cuidado personal, de vivienda, habilidades sociales e interpersonales, usos de recurso de la comunidad, autodirección, habilidades académicas funcionales, pasatiempos, trabajo, salud y seguridad.

c.1. TIPOS DE RETRASO MENTAL ³⁹

c.1.1. Retraso Mental Leve.

- Se considera en la categoría pedagógica como educables. Incluye la mayoría (el 85 por 100). De las personas afectadas.
- Durante su vida adulta acostumbran a adquirir habilidades sociales y laborales adecuadas para una autonomía mínimo pero pueden necesitar supervisión, y asistencia en situaciones de estrés social o económico desusado.

³⁸ Sarason, Irwin, Patología anormal: El problema de la conducta inadaptada. 11ma edición. México 2006

³⁹ Río M. Retraso mental: definición, clasificación y sistemas de apoyo. 2da Ed. España: Alianza; 1999.

c.1.2. Retraso Mental Moderado.

- Este grupo constituye alrededor del 10 por 100 de toda la población afectada.
- La mayoría de los individuos con este nivel de retraso mental adquieren habilidades de comunicación durante los primeros años de la niñez.
- Pueden aprovecharse de una forma laboral, y con supervisión moderada, atender a su propio cuidado personal.

c.1.3. Retraso Mental Grave.

- Incluyen el 3-4 por 100 de los individuos con Retraso Mental.
- Durante los primeros años de la niñez adquieren un lenguaje comunicativo escaso o nulo.
- En su mayoría se adaptan bien a la vida en la comunidad, sea en hogares colectivos o con sus familias, a no ser que sufran alguna discapacidad asociada que requiera cuidados especializados o cualquier tipo de asistencia.

c.1.4. Retraso Mental Profundo.

- Incluye aproximadamente, el 1-2 por 100 de las personas con retraso mental.
- La mayoría presenta una enfermedad neurológica identificada que explica su retraso mental.

- Durante los primeros años de la niñez desarrollan considerables alteraciones del funcionamiento sensorio-motor. Llegan a realizar tareas simples y estrechamente supervisadas.⁴⁰

D. ALZHEIMER

La enfermedad de Alzheimer⁴¹(EA), también denominada demencia senil de tipo Alzheimer (DSTA) o simplemente alzhéimer, es una enfermedad neurodegenerativa que se manifiesta como deterioro cognitivo y trastornos conductuales. Se caracteriza en su forma típica por una pérdida de la memoria inmediata y de otras capacidades mentales (tales como las capacidades cognitivas superiores), a medida que mueren las células nerviosas (neuronas) y se atrofian diferentes zonas del cerebro. La enfermedad suele tener una duración media aproximada después del diagnóstico de 10 años, aunque esto puede variar en proporción directa con la severidad de la enfermedad al momento del diagnóstico.

d.1. TIPOS DE ALZHEIMER.

d.1.1. Pre Demencia

Los primeros síntomas se confunden, con frecuencia, con la vejez o estrés en el paciente. Una evaluación neuropsicológica detallada es capaz de revelar leves dificultades cognitivas hasta 8 años antes de que la persona cumpla los criterios de diagnóstico. Estos signos precoces pueden tener un efecto sobre las actividades de la vida diaria. La deficiencia más notable es la pérdida de memoria, manifestada como la dificultad de recordar hechos recientemente

⁴⁰ Río M. Retraso mental: definición, clasificación y sistemas de apoyo. 2da Ed. España: Alianza; 1999.

⁴¹ Weiner M. Manual de Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, Editorial Panamericana, España, 2010

aprendidos y una inhabilidad para adquirir nueva información.

Dificultades leves en las funciones ejecutivas — atención, planificación, flexibilidad y razonamiento abstracto— o trastornos en la memoria semántica — el recordar el significado de las cosas y la interrelación entre los conceptos— pueden también ser síntomas en las fases iniciales del Alzheimer. Puede aparecer apatía, siendo uno de los síntomas neuropsiquiátricos persistentes a lo largo de la enfermedad.

La fase preclínica de la enfermedad es denominada por algunos deterioros cognitivos leves, pero aún existe debate sobre si el término corresponde a una entidad diagnóstica independiente o si, efectivamente, es la primera etapa de la enfermedad.

d.1.2. Demencia Inicial

La disminución en la destreza de la coordinación muscular de pequeños movimientos, como el tejer, comienzan a aparecer en el paciente de Alzheimer en las fases iniciales de la enfermedad.

Los síntomas en esta fase inicial van desde una simple e insignificante, pero a veces recurrente, pérdida de memoria (como la dificultad en orientarse uno mismo en lugares como calles al estar conduciendo el automóvil), hasta una constante y más persuasiva pérdida de la memoria conocida como memoria a corto plazo, presentando dificultades al interactuar en áreas de índole familiar como el vecindario donde el individuo habita.

Además de la recurrente pérdida de la memoria, una pequeña porción de los pacientes presenta dificultades para el lenguaje, el reconocimiento de las percepciones —agnosia— o en la ejecución de movimientos —apraxia— con mayor prominencia que los trastornos de la memoria.

El alzheimer no afecta las capacidades de la memoria de la misma forma.

La memoria a largo plazo o memorias episódicas, así como la memoria semántica o de los hechos aprendidos y la memoria implícita, que es la memoria del cuerpo sobre cómo realizar las acciones (tales como sostener el tenedor para comer), se afectan en menor grado que las capacidades para aprender nuevos hechos o el crear nuevos recuerdos.⁴²

Los problemas del lenguaje se caracterizan, principalmente, por reducción del vocabulario y disminución en la fluidez de las palabras, lo que conlleva a un empobrecimiento general del lenguaje hablado y escrito⁴³.

El paciente con alzheimer suele ser capaz de comunicar adecuadamente las ideas básicas. También aparece torpeza al realizar tareas motoras finas, tales como escribir, dibujar o vestirse, así como ciertas dificultades de coordinación y de planificación. El paciente mantiene su autonomía y sólo necesita supervisión cuando se trata de tareas complejas.

⁴² Weiner M. Manual de Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, Editorial Panamericana, España, 2010

⁴³ Townsend Mary. Fundamentos de enfermería en psiquiatría. 4ta Edición. México: interamericana; 2011.

En esta etapa es frecuente que la persona se desoriente en la calle y llegue a perderse, por lo que se recomienda tomar precauciones:

Colocándole en la muñeca una pulsera con un número de teléfono de contacto.

Avisando a los que conocen la situación, para que alerten a la familia en caso de encontrar deambulando al enfermo de Alzheimer.

Usando un localizador GPS para personas con Alzheimer, con el que la familia siempre pueda saber dónde está. Existen localizadores por teleasistencia, en los que el cuidador debe de llamar a una teleoperadora para saber la ubicación del enfermo que lleva el dispositivo, y localizadores directos, en los que el cuidador tiene un receptor con el que, pulsando un botón, ve en la pantalla un mapa y la posición exacta de la persona enferma.

d.1.3. Demencia Moderada.

Conforme avanza la enfermedad, los pacientes pueden realizar tareas con cierta independencia (como usar el baño), pero requerirán asistencia para tareas más complejas (p. ej. ir al banco, pagar cuentas, etc.). Paulatinamente llega la pérdida de aptitudes, como las de reconocer objetos y personas. Además, pueden manifestarse cambios de conducta como, por ejemplo, arranques violentos incluso en personas que jamás han presentado este tipo de comportamiento.

Los problemas del lenguaje son cada vez más evidentes debido a una inhabilidad para recordar el

vocabulario, lo que produce frecuentes sustituciones de palabras erróneas, una condición llamada parafasia. Las capacidades para leer y escribir empeoran progresivamente. Las secuencias motoras complejas se vuelven menos coordinadas, reduciendo la habilidad de la persona para hacer sus actividades rutinarias. Durante esta fase, también empeoran los trastornos de la memoria y el paciente empieza a dejar de reconocer a sus familiares y seres más cercanos. La memoria a largo plazo, que hasta ese momento permanecía intacta, se deteriora.

El paciente con alzhéimer no muere por la enfermedad, sino por infecciones secundarias, como una llaga de presión o úlcera de decúbito, lesiones que se producen cuando una persona permanece en una sola posición por mucho tiempo.⁴⁴

En esta etapa se vuelven más notorios los cambios en la conducta.

Las manifestaciones neuropsiquiátricas más comunes son las distracciones, el desvarío y los episodios de confusión al final del día (agravados por la fatiga, la poca luz o la oscuridad), así como la irritabilidad y la labilidad emocional, que incluyen llantos o risas inapropiadas, agresión no premeditada e incluso resistencia a las personas a cargo de sus cuidados.

En el 30% aproximadamente de los pacientes aparecen ilusiones en el reconocimiento de personas. También puede aparecer la incontinencia

⁴⁴ Weiner M. Manual de Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, Editorial Panamericana, España, 2010

urinaria. Estos síntomas estresan a los familiares y a las personas al cuidado del paciente y pueden verse reducidos si se le traslada a un centro de cuidados a largo plazo.

d.1.4. Demencia Avanzada

La enfermedad trae deterioro de la masa muscular, perdiéndose la movilidad, lo que lleva al enfermo a un estado de encamamiento, la incapacidad de alimentarse a sí mismo, junto a la incontinencia, en aquellos casos en que la muerte no haya llegado aún por causas externas (infecciones por úlceras o neumonía, por ejemplo).

El lenguaje se torna severamente desorganizado, llegándose a perder completamente. A pesar de ello, se conserva la capacidad de recibir y enviar señales emocionales.

Los pacientes no podrán realizar ni las tareas más sencillas por sí mismos y requerirán constante supervisión, quedando así completamente dependientes. Puede aún estar presente cierta agresividad, aunque es más frecuente ver extrema apatía y agotamiento.⁴⁵

3.4. PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

La salud mental⁴⁶ es un concepto tan amplio y de límites tan poco precisos que prácticamente todas las actividades que favorecen el bienestar individual o colectivo podrían considerarse con cierta validez, instrumentos

⁴⁵ Weiner M. Manual de Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, Editorial Panamericana, España, 2010

⁴⁶ Chocano T. Abordaje en Salud Mental y Factores Socioculturales. Universidad Católica Santa María, Arequipa, 2009

para su promoción. Por ejemplo, los programas de vivienda y alfabetización, la construcción de acueductos, la provisión de servicios públicos en sitios carentes de ellos, la apertura de fuentes de trabajo, y en general, todas las acciones que contribuyan a mejorar la calidad de la vida pueden considerarse actividades promotoras de la salud en general y de la salud mental en particular. Así Lemkay hace cuarenta años definió la promoción de la salud mental como “el conjunto de esfuerzos que se hagan para la asimilación saludable de las experiencias vitales en la estructura de la personalidad. Más recientemente, Perimutter la describió como una actividad cuyo objetivo es aumentar el sentimiento de competencia, coherencia y control de la gente, de manera tal que ésta pueda llegar a vivir efectiva y satisfactoriamente en un estado de bienestar social.

Según una publicación de la OMS, “el fomento de la Salud no sólo ha de dirigirse a preservar el elemento biológico del organismo humano, sino que además ha de ocuparse de estimular su vida mental”. La vida mental es un concepto que vincula la experiencia interior del individuo con la experiencia interpersonal del grupo. “En otras palabras, la vida mental es lo que valora las vidas de las personas.” El ser humano “es pensar, sentir, aspirar, desear y conseguir, y ser social”.

Algunas actividades tienen un carácter definitivamente preventivo: como la práctica de deportes, la utilización racional del tiempo libre o el fomento de la propia estima, son más el dominio de la promoción. Pero la mayoría de las actividades propuestas en uno u otro campo pueden tener cualidades tanto profilácticas como de fomento de la salud mental.

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

4.1. LOCAL:

- Calderon Tipacti Flor De Maria, Añacata Torres Carmen (2013) AREQUIPA “NIVELES DE SOBRECARGA EMOCIONAL EN FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES CON RETARDO MENTAL EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI” (tesis de bachiller). **Concluyó:**

Los Niveles de Sobrecarga Emocional encontrados en la población de estudio son: Sobrecarga Emocional Intensa en un 60% de la población seguido de la Sobrecarga Emocional Leve 35% y con no sobrecarga un 5% de la población en estudio.⁴⁷

4.2. NACIONAL:

- Diccía Eny Correa Loayza. (2014) LIMA “NIVEL DE SOBRECARGA DE LOS FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA QUE ASISTEN A UN SERVICIO DE SALUD”⁴⁸ (tesis de bachiller). **Concluyó:**

La sobrecarga en la dimensión impacto del cuidado sobre el cuidador que experimentan los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia, en su mayoría, es de nivel leve y ésta se relaciona con deterioro de la salud y vida social; y sentimientos de que su familiar depende de ellos y solicita más ayuda de la que realmente necesita.

La sobrecarga en la dimensión relación interpersonal que experimentan los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia, en su mayoría, es de nivel leve y ésta se relaciona con inseguridad acerca de lo que debe hacer con su familiar y deseo de delegar el cuidado en otros.

⁴⁷ Calderón F. Añacata C. Niveles de sobrecarga emocional en familiares cuidadores de pacientes con retardo mental en el centro de salud mental Moisés Heresi, Arequipa. 2013; Universidad Católica Santa María Arequipa 2013

⁴⁸ Correa D. Nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia que asisten a un servicio de salud – 2014 (serie de internet) 2014 (citado en Lima 2015) disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4177/1/Correa_Id.pdf

4.3. INTERNACIONAL:

- José Miguel Ribé Buitrón (2014) ESPAÑA “EL CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA CALIDAD DE VIDA, CARGA DEL CUIDADOR, APOYO SOCIAL Y PROFESIONAL MADRID” (tesis doctoral) **Concluyó:**

Las relaciones encontradas entre la sobrecarga y la calidad de vida del cuidador confirman la hipótesis principal planteada en la que una elevada “carga percibida” por el cuidador se relaciona directamente con puntuaciones más bajas en la calidad de vida.⁴⁹

5. HIPÓTESIS

Dado que la sobrecarga emocional es una situación de tensión emocional, exceso de responsabilidad y trabajo agotador que pueden presentar el cuidador familiar de un paciente psiquiátrico trayendo como complicaciones problemas laborales, sociales, familiares y económicos.

Es probable que las características sociodemográficas se relacionen con la sobrecarga emocional en el cuidador familiar de pacientes psiquiátricos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi.

⁴⁹ Ribé J. “El cuidador principal del paciente con esquizofrenia calidad de vida, carga del cuidador, apoyo social y profesional Madrid – España 2014” (serie de internet) Disponible en: <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/146134/tesis%20doctorado%20ribe.pdf?sequence=1>



CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO

1.1. Técnica

La técnica a usarse será el Cuestionario y como Instrumento: Cédula de preguntas (Escala de Zarit⁵⁰).

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR - TEST DE ZARIT

Indicación: Medir el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de familiares afectos de trastornos mentales.

⁵⁰ http://salpub.uv.es/SALPUB/practicum12/docs/visidom/Escalas+Instrum_valoracion_atencion_domiciliaria/069_ESCALA_SOBRECARGA_CUIDADOR_Test_Zarit.pdf

Esta escala consta de 22 ítems relacionados con las sensaciones del cuidador cuando cuidan a otra persona, cada uno de los cuales se puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde 0 (nada) a 4 (extremada).

Autoadministrada.

Interpretación:

- No sobrecarga (22 a 46)
- Sobrecarga leve (47 a 55)
- Sobrecarga intensa (> 56 a 88)

Reevaluación: Cuando la situación del paciente cambie o se sospeche aparición de sobrecarga en el cuidador. De forma genérica con carácter anual.

Propiedades psicométricas Se ha estudiado la validez de concepto y la validez de constructo. La consistencia interna de la escala es de 0,91 y la fiabilidad test-retest es de 0,86

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial

El estudio se llevará a cabo en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi, se encuentra ubicado en Av. Pumacahua S/N, Cerro Colorado – Arequipa. Este Centro de Salud Mental; tiene como misión la promoción y prevención de la salud mental, además del diagnóstico, el tratamiento y rehabilitación de las personas con trastornos mentales; cuenta con servicios de consultorios externos, hospitalización.

2.2. Ubicación Temporal

Diciembre 2016 a Julio 2017.

2.3. Unidades de Estudio

- Universo: 83 cuidadores familiares que constituyen el 100%.

2.4. Criterios de Inclusión

- Todos los cuidadores familiares de los pacientes psiquiátricos que se atienden durante un mes.
- Cuidadores mayores de 30 años.
- Cuidadores que acepten participar en el estudio.

2.5. Criterios de Exclusión

- Cuidadores menores de 30 años.
- Cuidadores que no acepten participar en el estudio

3. ESTRATEGIA DE REDACCIÓN DE DATOS

- Coordinar con la decana de la facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María.
- Coordinar con la Sociedad de Beneficencia Pública de Arequipa.
- Coordinar con el jefe a cargo del Centro de salud Moisés Heresi.
- Coordinar con la jefa/e del Servicio de Enfermería del Centro de salud Moisés Heresi.
- Coordinar con la enfermera/o a cargo de Consultorios Externos para aplicar el instrumento antes de la consulta ya que los pacientes van acompañados de sus familiares

- Horario para la recolección de datos será en las mañanas a partir de las 7:00 a.m.
- Motivar al cuidador familiar que en la aplicación del instrumento, brinden información veraz.
- Una vez recolectados los datos, estos se analizan e interpretan para la matriz de datos.

4. RECURSOS:

4.1. Humanos:

- Investigadoras del proyecto: Helen Baldarrago B. y Giuliana Roas G.
- Asesora del proyecto: Mg. Miriam A. Delgado Valdivia.

4.2. Materiales:

- Computadora
- Papel bond
- Lapiceros
- Internet
- Folders
- Material de escritorio
- Fotocopias
- Antecedentes investigativos.

4.3. Económicos:

- Recursos propios.

4.4. Físico:

- Área de consultorios externos del Centro de Salud Moises Heresi, Arequipa.



TABLA N° 1
CUIDADOR RESPONSABLE, SEGÚN EDAD Y GÉNERO

CARACTERÍSTICAS	N°	%
1. CUIDADOR RESPONSABLE		
Padre	12	14.5
Madre	36	43.4
Hermano/a	16	19.3
Hijo/a	12	14.5
Esposo/a	5	6.0
Otro	2	2.4
TOTAL	83	100.0
2. EDAD		
30 a 35 años	14	16.9
36 a 41 años	10	12.0
42 a 47 años	17	20.5
48 años a más	42	50.6
TOTAL	83	100.0
3. GÉNERO		
Femenino	58	69.9
Masculino	25	30.1
TOTAL	83	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa 2017

En la Tabla N° 1 se observa que el mayor porcentaje de cuidador familiar responsable es la madre, con un 43.4%, que el mayor porcentaje de edad es de 48 años a más siendo un 50.6 % y el género que mayor representa es femenino con un 69.9 % respectivamente.

De lo que se deduce al cuidador responsable casi la mitad de la población es la madre, en cuanto la edad más representativa es de 48 años a más y respectivamente el género es femenino.

TABLA N° 2

**ESTADO CIVIL, INGRESO ECONÓMICO Y GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL
CUIDADOR FAMILIAR**

CARACTERÍSTICAS	N°	%
1. ESTADO CIVIL		
Soltero(a)	17	20.5
Casado(a)	36	43.4
Conviviente	17	20.5
Divorciado(a)	6	7.2
Viudo(a)	7	8.4
TOTAL	83	100.0
2. INGRESO ECONÓMICO		
Menos del básico	31	37.3
Básico	35	42.2
Más del básico	17	20.5
TOTAL	83	100.0
3. GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Primaria	13	15.7
Secundaria	37	44.6
Técnico	20	24.1
Superior	13	15.7
TOTAL	83	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa 2017

En la Tabla N° 2 se observa que el mayor porcentaje del estado civil del cuidador familiar es el casado/a con un 43.4 % y que el ingreso económico del cuidador familiar con mayor porcentaje es el Básico siendo un 42.2 % y su nivel de instrucción es Secundaria con un 44.6 %.

De lo que se deduce el estado civil casi la mitad de la población es casada, en cuanto a ingreso económico casi la mitad genera el básico y su grado de instrucción casi la mitad de la población es secundaria.

TABLA N° 3

NIVEL DE SOBRECARGA EMOCIONAL DEL CUIDADOR FAMILIAR

SOBRECARGA	N°	%
No presenta sobrecarga	41	49.4
Sobrecarga Leve	20	24.1
Sobrecarga Intensa	22	26.5
TOTAL	83	100.0

Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras. (Escala de Zarit)
Arequipa 2017

En la Tabla N° 3 se observa que hay un acumulado de nivel de sobrecarga emocional leve e intensa con un 50.6%.

De lo que se deduce que más de la mitad de la población presenta nivel de sobrecarga emocional leve e intensa.

TABLA N° 4

TIEMPO DE ENFERMEDAD DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO Y TIEMPO QUE BRINDA EL CUIDADO EL FAMILIAR

CARACTERÍSTICAS	N°	%
1. TIEMPO DE ENFERMEDAD		
1 a 5 años	28	33.7
6 a 10 años	22	26.5
10 años a más	33	39.8
TOTAL	83	100.0
2. TIEMPO QUE BRINDA EL CUIDADO		
1 a 5 años	33	39.8
6 a 10 años	22	26.5
10 años a más	28	33.7
TOTAL	83	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa 2017

En la Tabla N° 4 se observa que el mayor porcentaje de tiempo de enfermedad de pacientes psiquiátricos es de 10 años a más con un 39.8 % y el tiempo que brinda cuidado el cuidador familiar es de 1 a 5 años con un 39.8 % respectivamente.

De lo que se deduce que el tiempo de enfermedad casi la mitad es de 10 años a más, en cuanto a tiempo que brinda el cuidado casi la mitad es de 1 a 5 años.

TABLA N° 5

RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y EL NIVEL DE SOBRECARGA EMOCIONAL
DEL CUIDADOR FAMILIAR

EDAD	SOBRECARGA							
	NO PRESENTA		LEVE		INTENSA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
30 a 35 años	11	78.6	1	7.1	2	14.3	14	100.0
36 a 41 años	1	10.0	4	40.0	5	50.0	10	100.0
42 a 47 años	9	52.9	6	35.3	2	11.8	17	100.0
48 años a más	20	47.6	9	21.4	13	31.0	42	100.0
TOTAL	41	49.4	20	24.1	22	26.5	83	100.0

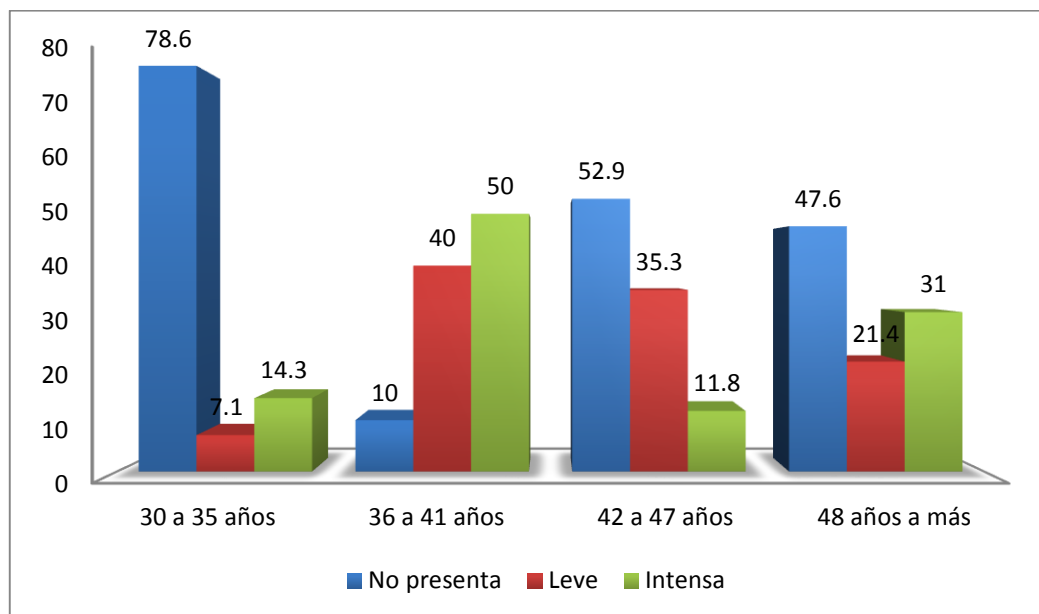
Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras. (Escala de Zarit) Arequipa 2017
P = 0.070 (P ≥ 0.05) N.S.

En la presente tabla podemos apreciar que el mayor porcentaje de cuidadores tanto de 30 a 35 años (78.6%), de 42 a 47 años (52.9%) y de 48 a más (47.6%) no presentaron sobrecarga en el cuidado, sin embargo, los de 36 a 41 años, en mayor porcentaje (50.0%) llegaron a un nivel de sobrecarga intensa como cuidador.

Según la prueba estadística, las diferencias encontradas no son significativas, es decir no hay relación entre la edad del cuidador familiar y el nivel de sobrecarga emocional.

GRÁFICO N° 1

RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y EL NIVEL DE SOBRECARGA EMOCIONAL DEL CUIDADOR FAMILIAR



Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras. (Escala de Zarit) Arequipa 2017



TABLA N° 6

RELACIÓN ENTRE EL GÉNERO Y EL NIVEL DE SOBRECARGA
EMOCIONAL DEL CUIDADOR FAMILIAR

GÉNERO	SOBRECARGA							
	NO PRESENTA		LEVE		INTENSA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Femenino	23	39.7	15	25.9	20	34.5	58	100.0
Masculino	18	72.0	5	20.0	2	8.0	25	100.0
TOTAL	41	49.4	20	24.1	22	26.5	83	100.0

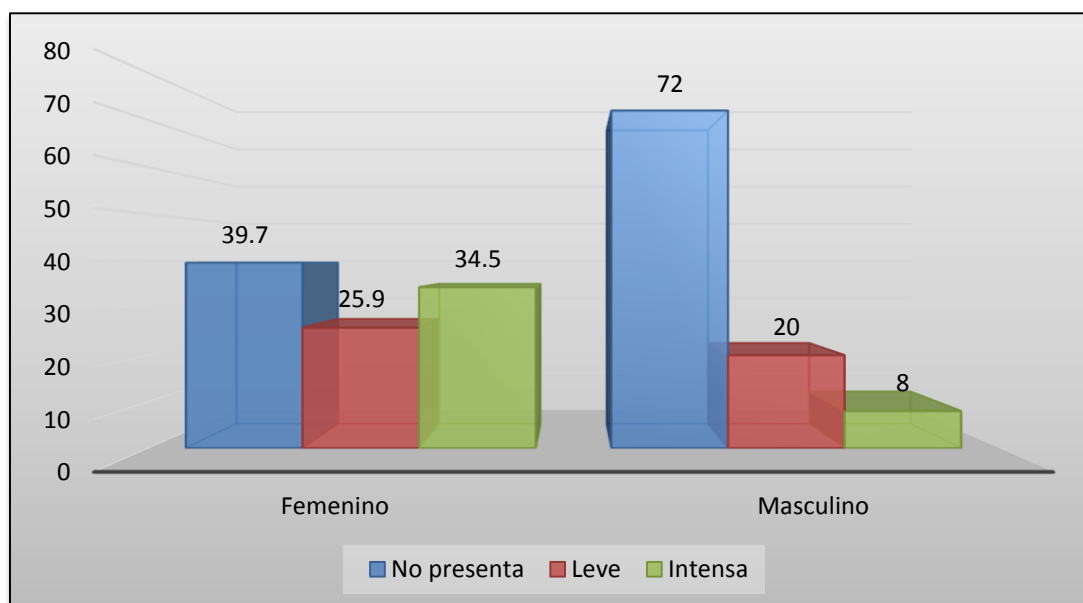
Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras. (Escala de Zarit) Arequipa 2017
P = 0.014 (P < 0.05) S.S.

En la presente tabla podemos apreciar que el género que presenta el mayor porcentaje con algún nivel de sobrecarga es el femenino (60.4%) y el género en el cual no presentaron nivel de sobrecarga es el masculino (72.0%).

Según la prueba estadística, la diferencia encontrada es significativa, es decir hay relación entre ambas; puesto que el género femenino experimenta mayor sobrecarga emocional de leve e intensa.

GRÁFICO N° 2

RELACIÓN ENTRE EL GÉNERO Y EL NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR FAMILIAR.



Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras. (Escala de Zarit) Arequipa 2017

TABLA N° 7

RELACIÓN ENTRE EL CUIDADOR RESPONSABLE Y EL NIVEL DE SOBRECARGA EMOCIONAL DEL CUIDADOR FAMILIAR

CUIDADOR RESPONSABLE	SOBRECARGA							
	NO PRESENTA		LEVE		INTENSA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Padre	8	66.7	2	16.7	2	16.7	12	100.0
Madre	10	27.8	10	27.8	16	44.4	36	100.0
Hermano/a	10	62.5	4	25.0	2	12.5	16	100.0
Hijo/a	8	66.7	2	16.7	2	16.7	12	100.0
Esposo/a	3	60.0	2	40.0	0	0.0	5	100.0
Otro	2	100.0	0	0.0	0	0.0	2	100.0
TOTAL	41	49.4	20	24.1	22	26.5	83	100.0

Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras. (Escala de Zarit) Arequipa 2017

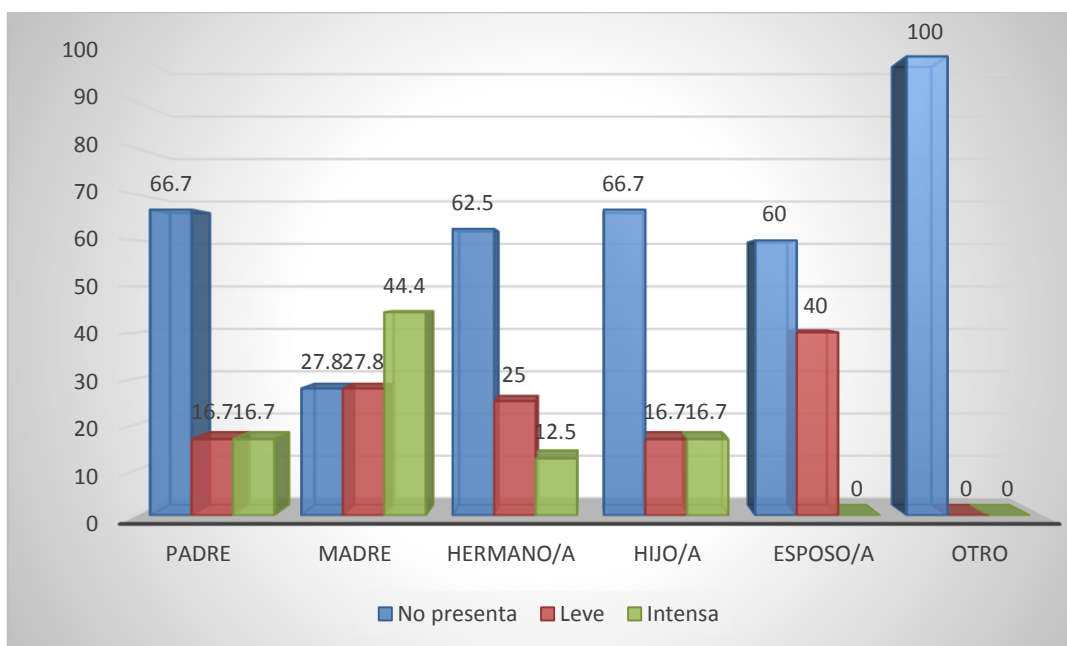
P = 0.043 (P < 0.05) S.S.

En la presente tabla podemos apreciar que el mayor porcentaje de cuidador familiar padre (66.7%), hermano/a (62.5%), hijo/a (66.7), y esposo/a (60.0%) no presentaron nivel de sobrecarga en el cuidado, sin embargo, la madre presenta un (44.4%) de nivel de sobrecarga intensa como cuidador familiar.

Según la prueba estadística, la diferencia encontrada es significativa; puesto que cuando el cuidador responsable es la madre tiene mayor nivel de sobrecarga emocional.

GRÁFICO N° 3

RELACIÓN ENTRE EL CUIDADOR RESPONSABLE Y EL NIVEL DE SOBRECARGA EMOCIONAL DEL CUIDADOR FAMILIAR



Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras. (Escala de Zarit) Arequipa 2017



TABLA N° 8

RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y EL NIVEL DE SOBRECARGA EMOCIONAL DEL CUIDADOR FAMILIAR

ESTADO CIVIL	SOBRECARGA							
	NO PRESENTA		LEVE		INTENSA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Soltero/a	10	58.8	3	17.6	4	23.5	17	100.0
Casado/a	18	50.0	11	30.6	7	19.4	36	100.0
Conviviente	7	41.2	5	29.4	5	29.4	17	100.0
Divorciad/a	4	66.7	0	0.0	2	33.3	6	100.0
Viudo/a	2	28.6	1	14.3	4	57.1	7	100.0
TOTAL	41	49.4	20	24.1	22	26.5	83	100.0

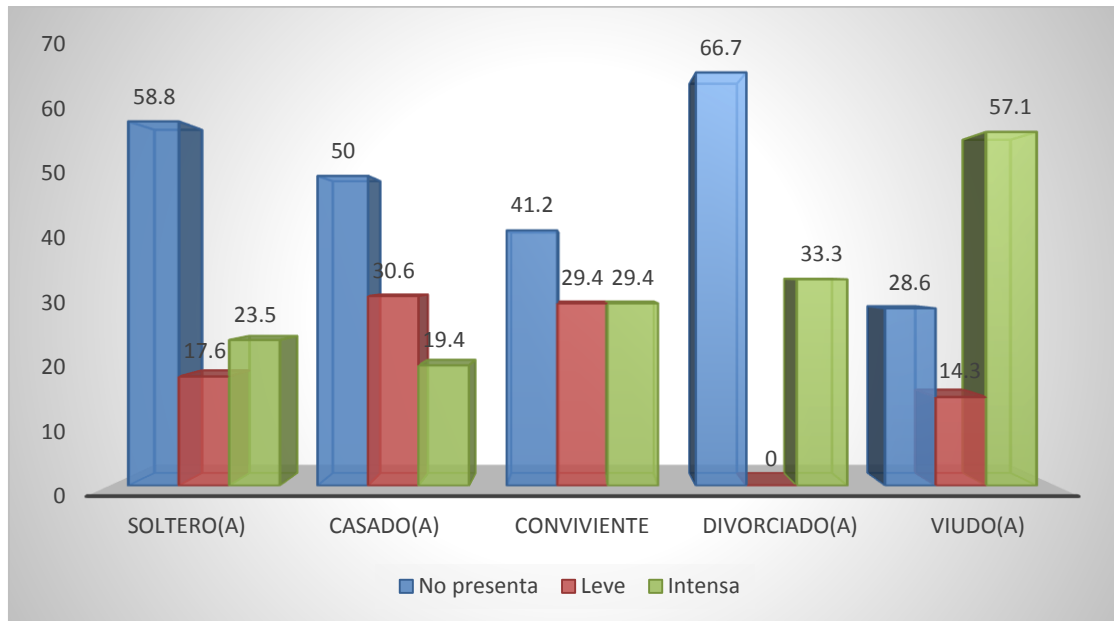
Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras. (Escala de Zarit) Arequipa 2017
P = 0.460 (P ≥ 0.05) N.S.

En la presente tabla podemos apreciar que el mayor porcentaje del estado civil de cuidador familiar soltero/a (58.8%), casado/a (50.0%), conviviente (41.2%), y divorciado/a (66.7%) no presentaron nivel de sobrecarga en el cuidado, sin embargo, el estado civil viudo/a presenta un (57.1%) de nivel de sobrecarga intensa como cuidador familiar.

Según la prueba estadística, las diferencias encontradas no son significativas, es decir no hay relación entre el estado civil del cuidador familiar y el nivel de sobrecarga emocional.

GRÁFICO N° 4

RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y EL NIVEL DE SOBRECARGA EMOCIONAL DEL CUIDADOR FAMILIAR.



Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras. (Escala de Zarit) Arequipa 2017



TABLA N° 9
RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL CUIDADOR FAMILIAR Y EL NIVEL DE SOBRECARGA EMOCIONAL DEL CUIDADOR FAMILIAR

GRADO DE INSTRUCCIÓN	SOBRECARGA						TOTAL	
	NO PRESENTA		LEVE		INTENSA			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Primaria	5	38.5	4	30.8	4	30.8	13	100.0
Secundaria	15	40.5	7	18.9	15	40.5	37	100.0
Técnico	10	50.0	8	40.0	2	10.0	20	100.0
Superior	11	84.6	1	7.7	1	7.7	13	100.0
TOTAL	41	49.4	20	24.1	22	26.5	83	100.0

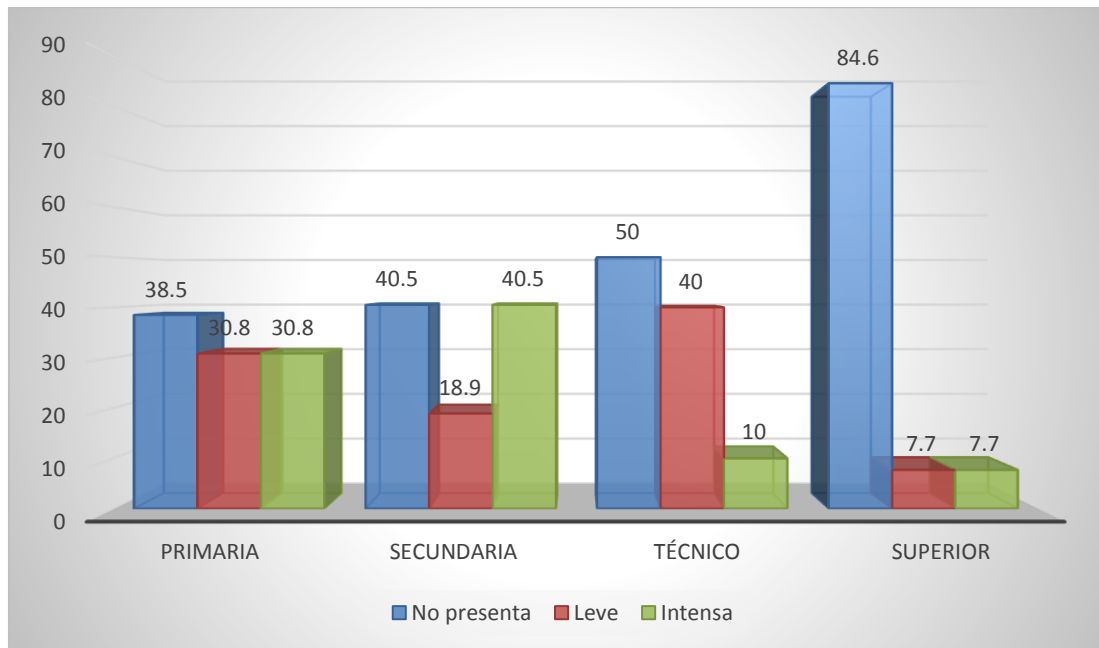
Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras. (Escala de Zarit) Arequipa 2017
P = 0.020 (P < 0.05) S.S.

En la presente tabla podemos apreciar que a mayor porcentaje 84.6% de cuidadores tienen grado de instrucción superior y no presentan sobrecarga emocional, en un 40.5% de cuidadores tienen grado de instrucción secundaria y presentan nivel de sobrecarga intensa y en un 40.0% de cuidadores que tienen grado de instrucción técnico presentan sobrecarga emocional leve.

Según la prueba estadística, la diferencia encontrada es significativa; puesto que a mayor grado de instrucción menor es el nivel de sobrecarga emocional del cuidador familiar.

GRÁFICO N° 5

RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL CUIDADOR FAMILIAR Y EL NIVEL DE SOBRECARGA EMOCIONAL DEL CUIDADOR FAMILIAR



Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras. (Escala de Zarit) Arequipa 2017



TABLA N° 10

RELACIÓN ENTRE EL INGRESO ECONÓMICO Y EL NIVEL DE
SOBRECARGA EMOCIONAL DEL CUIDADOR FAMILIAR

INGRESO ECONÓMICO	SOBRECARGA							
	NO PRESENTA		LEVE		INTENSA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Menos del básico	8	25.8	10	32.3	13	41.9	31	100.0
Básico	18	51.4	9	25.7	8	22.9	35	100.0
Más del básico	15	88.2	1	5.9	1	5.9	17	100.0
TOTAL	41	49.4	20	24.1	22	26.5	83	100.0

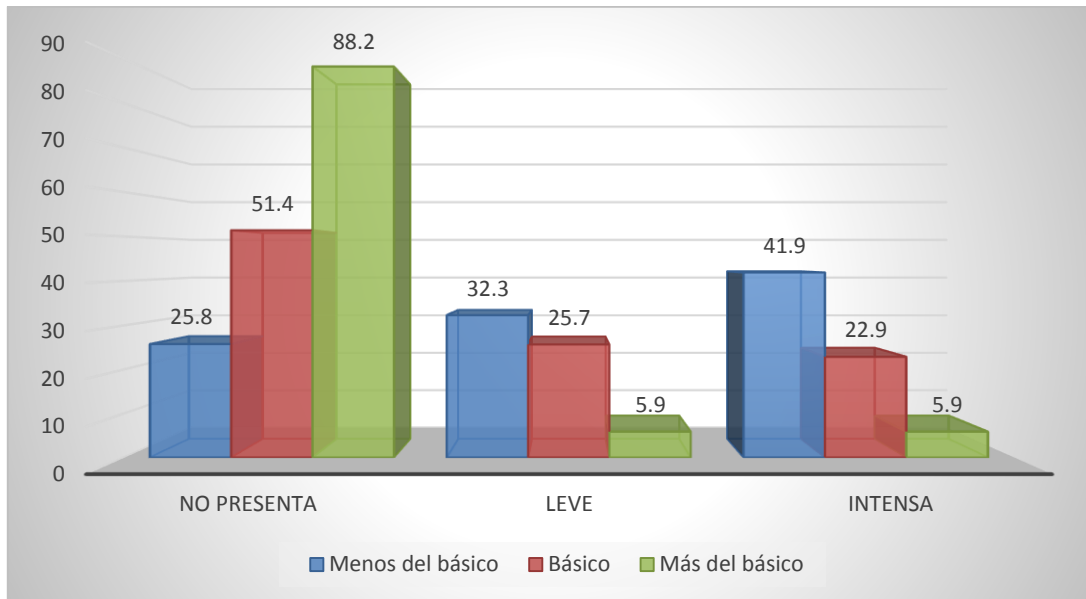
Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras. (Escala de Zarit) Arequipa 2017
P = 0.001 (P < 0.05) S.S.

En la presente tabla podemos apreciar que a más ingreso económico (88.2%) del cuidador familiar no presentaron nivel de sobrecarga en el cuidado, sin embargo, a menos ingreso económico (48.6%) presentaron algún nivel de sobrecarga como cuidador familiar.

Según la prueba estadística, la diferencia encontrada es significativa; puesto que a mayor ingreso económico menor es el nivel de sobrecarga emocional del cuidador familiar.

GRÁFICO N° 6

RELACIÓN ENTRE EL INGRESO ECONÓMICO Y EL NIVEL DE SOBRECARGA EMOCIONAL DEL CUIDADOR FAMILIAR



Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras. (Escala de Zarit) Arequipa 2017



TABLA N° 11

**RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE ENFERMEDAD DEL PACIENTE
PSIQUIÁTRICO Y EL NIVEL DE SOBRECARGA EMOCIONAL DEL
CUIDADOR FAMILIAR**

TIEMPO DE ENFERMEDAD	SOBRECARGA							
	NO PRESENTA		LEVE		INTENSA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1 a 5 años	18	64.3	4	14.3	6	21.4	28	100.0
6 a 10 años	6	27.3	9	40.9	7	31.8	22	100.0
10 años a más	17	51.5	7	21.2	9	27.3	33	100.0
TOTAL	41	49.4	20	24.1	22	26.5	83	100.0

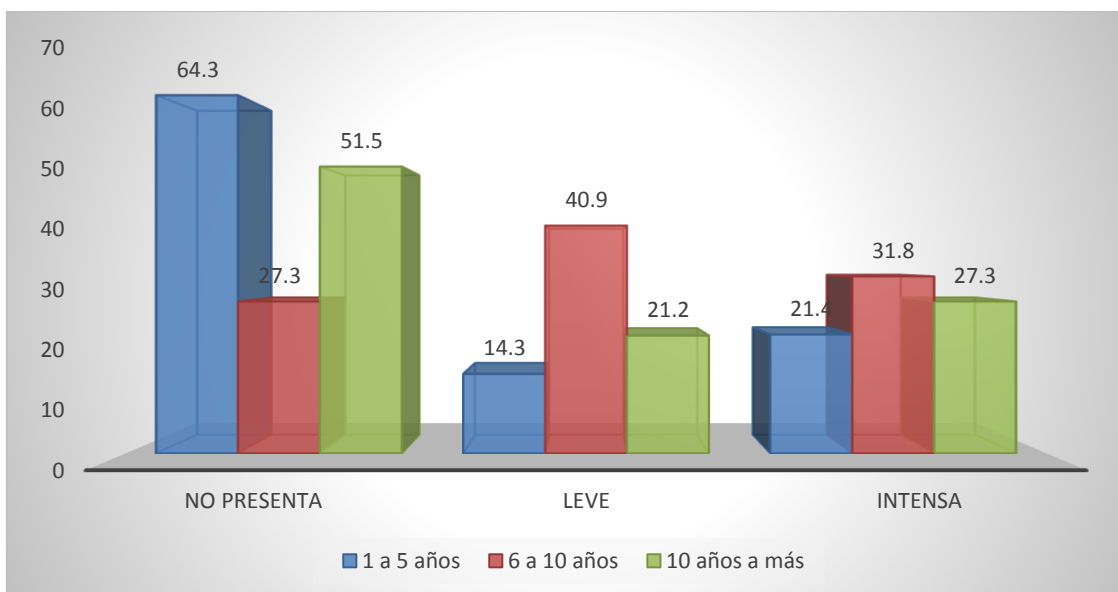
Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras. (Escala de Zarit) Arequipa 2017
P = 0.099 (P ≥ 0.05) N.S.

En la presente tabla podemos apreciar que el tiempo de enfermedad de 1 a 5 años (64.3%), de 10 años a más (51.5%) no presentaron nivel de sobrecarga en el cuidado, sin embargo, de 6 a 10 años (72.7%) presentaron algún nivel de sobrecarga como cuidador familiar.

Según la prueba estadística, las diferencias encontradas no son significativas, es decir no hay relación entre el tiempo de enfermedad que presenta el paciente psiquiátrico y el nivel de sobrecarga emocional que pueda presentar el cuidador familiar.

GRÁFICO N° 7

RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE ENFERMEDAD DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO Y EL NIVEL DE SOBRECARGA EMOCIONAL DEL CUIDADOR FAMILIAR



Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras. (Escala de Zarit) Arequipa 2017



TABLA N° 12

RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO QUE BRINDA EL CUIDADO Y EL NIVEL DE SOBRECARGA EMOCIONAL DEL CUIDADOR FAMILIAR

TIEMPO QUE BRINDA CUIDADO	SOBRECARGA							
	NO PRESENTA		LEVE		INTENSA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1 a 5 años	22	66.7	5	15.2	6	18.2	33	100.0
6 a 10 años	6	27.3	9	40.9	7	31.8	22	100.0
10 años a más	13	46.4	6	21.4	9	32.1	28	100.0
Total	41	49.4	20	24.1	22	26.5	83	100.0

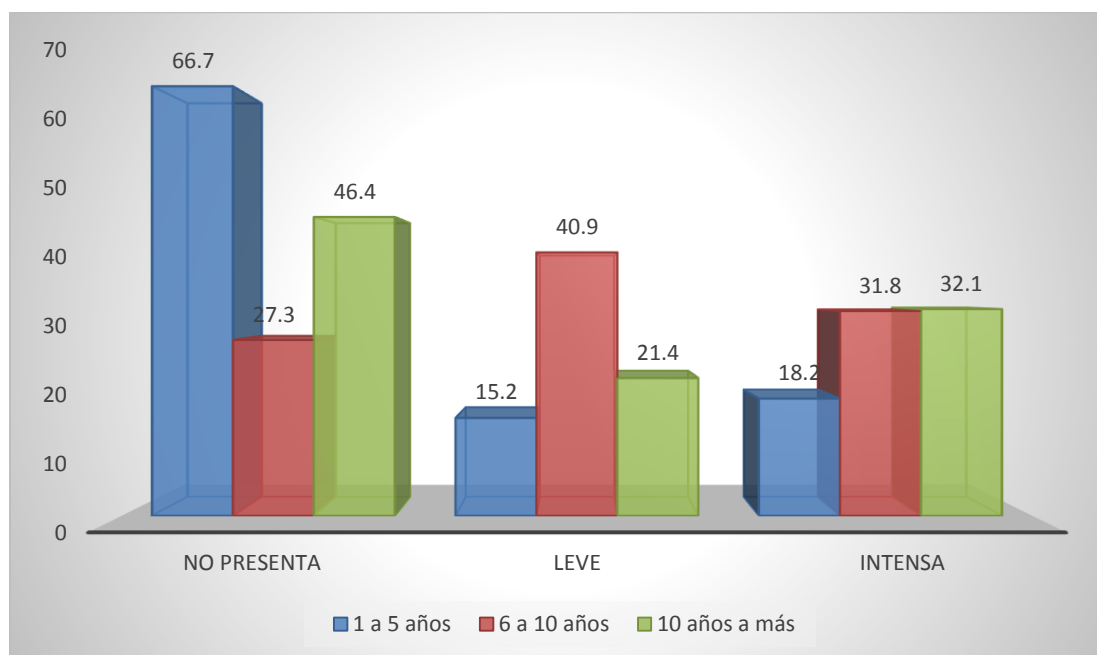
Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras. (Escala de Zarit) Arequipa 2017
P = 0.062 (P ≥ 0.05) N.S.

En la presente tabla podemos apreciar que el tiempo que brinda cuidado de 1 a 5 años (66.7%), de 10 años a más (46.4%) no presentaron nivel de sobrecarga en el cuidado, sin embargo, de 6 a 10 años (72.7%) presentaron algún nivel de sobrecarga como cuidador familiar.

Según la prueba estadística, las diferencias encontradas no son significativas, es decir no hay relación entre el tiempo que brinda el cuidado y el nivel de sobrecarga emocional del cuidador familiar.

GRÁFICO N° 8

RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO QUE BRINDA EL CUIDADO Y EL NIVEL DE SOBRECARGA EMOCIONAL DEL CUIDADOR FAMILIAR



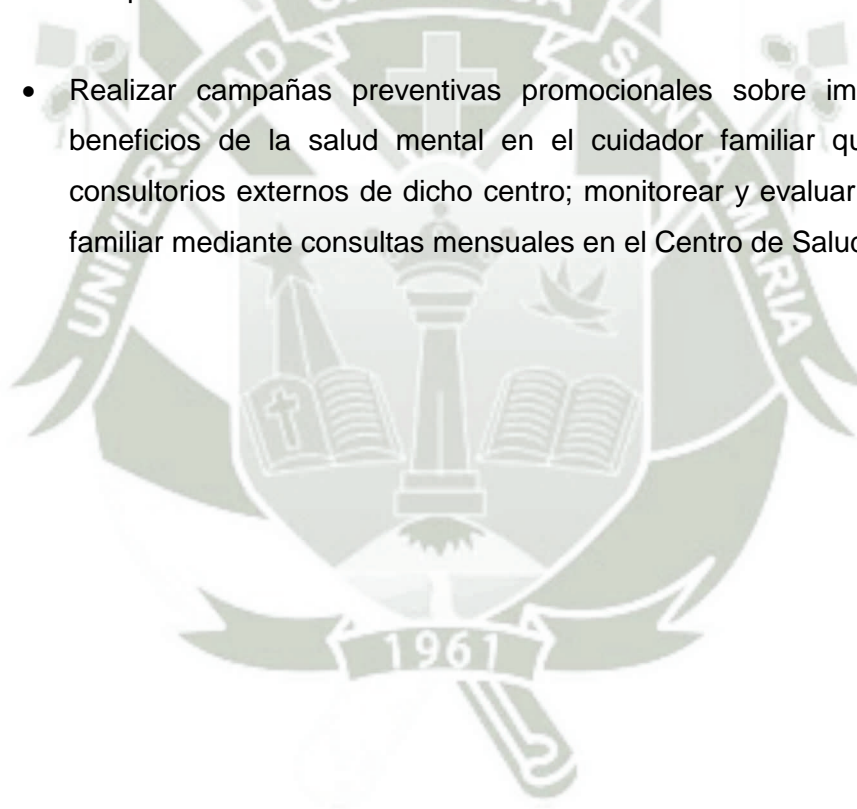
Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras. (Escala de Zarit) Arequipa 2017

CONCLUSIONES

- PRIMERA:** Los mayores porcentajes indican que: Las características sociodemográficas del cuidador familiar responsable del paciente psiquiátrico del Centro de Salud Mental Moisés Heresi tienen una edad de 48 años a más, son del género femenino, casada, con un grado de instrucción secundaria, con ingreso económico el básico.
- SEGUNDA:** Los cuidadores familiares de los pacientes psiquiátricos tienen una sobrecarga emocional de nivel intensa siguiendo el de nivel leve.
- TERCERA:** De acuerdo al chi – cuadrado; existe relación directa de las características sociodemográficas del cuidador responsable siendo las siguientes: Género, el cuidador responsable, grado de instrucción, ingreso económico con el nivel de sobrecarga emocional

RECOMENDACIONES

1. Al director del Centro de Salud Mental Moisés Heresi recomendamos:
 - Reforzar el programa educativo para el cuidador familiar; en el cual se brinda orientación y consejería sobre el cuidado del paciente psiquiátrico en el hogar, poniendo énfasis en el cumplimiento del tratamiento farmacológico; para así lograr la estabilización y recuperación del familiar.
 - Realizar campañas preventivas promocionales sobre importancia y beneficios de la salud mental en el cuidador familiar que acude a consultorios externos de dicho centro; monitorear y evaluar al cuidador familiar mediante consultas mensuales en el Centro de Salud Mental.



BIBLIOGRAFÍA

1. Baca, S. Guía práctica para el manejo de la Esquizofrenia. España: Editorial Pirámide; Madrid, 2004.
2. Brown N. cuidados de enfermería en salud mental. 2da edición. México: interamericana; Distrito Federal, 2010.
3. Calderón F. Añacata C. Niveles de sobrecarga emocional en familiares cuidadores de pacientes con retardo mental en el centro de salud mental Moisés Heresi, Arequipa. 2013; Universidad Católica Santa María Arequipa 2013
4. Chocano T. abordaje en Salud Mental y Factores Socioculturales. Universidad Católica Santa María, Arequipa, 2009
5. Cruz Marin, Carlos. Sobrecarga emocional entenderlo es manejarlo. México: Alfa y Omega; 2001.
6. Isaacs A. Enfermería en salud mental y psiquiatría. 2da Edición. España: Interamericana; Madrid, 2002.
7. Jenaro Río, María Cristina. Retraso mental: definición, clasificación y sistemas de apoyo. 2da Ed. España: Alianza; 1999.
8. Sarason, Irwin, Patología anormal: El problema de la conducta inadaptada. 11ma edición .México 2006.
9. Schulz R, Martire LM: Family caregiving of persons with dementia: prevalence,health effects, and support. Am J Geriatr Psychiatry 12: 240-249 , 2004
10. Townsend M. Fundamentos de enfermería en psiquiatría. 4ta Edición. México: interamericana; 2011.
11. Weiner, MD Myron F, Lipton, MD, PhD Anne M. Manual de Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias.

PÁGINAS WEB:

1. Chomba A. Sobrecarga en el cuidador familiar del paciente con esquizofrenia, hospital Hermilio Valdizán agosto 2013, (serie de internet) 2013 (citado en agosto) 115 pág. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/333/1/Chomba_a_m.pdf
2. Informe sobre los servicios de Salud Mental del Subsector Ministerio de Salud del Perú (serie de internet) 2008 (citado 22 de octubre 2012) 79 pág. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/09_saludmental_minsa2008.pdf
3. Breinbauer H. Vásquez H. Mayanz S. Guerra C. Millán T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Revista médica de Chile (serie de internet). 2009. (citado 2 octubre de 2012) Disponible en: http://salpub.uv.es/SALPUB/practicum12/docs/visidom/Escalas+Instrum_valoracion_atencion_domiciliaria/069_ESCALA_SOBRECARGA_CUIDADOR_Test_Zarit.pdf
4. Correa D. Nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia que asisten a un servicio de salud – 2014 (serie de internet) 2014 (citado en Lima 2015) Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4177/1/Correa_Id.pdf
5. Quiroga L. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con esquizofrenia y factores asociados en el hospital regional docente las mercedes durante el periodo octubre – diciembre 2013 (serie de internet) 2014 (citado en febrero) Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/208/1/TL_Li_Quiroga_MeyLing.pdf

6. Funciones que desempeña el cuidador familiar en el paciente psiquiátrico (serie de internet) 2017 Disponible en: <http://www.fundacioncaser.org/autonomia/cuidadores-y-promocion-de-la-autonomia/cuidadores-familiares/definicion-de-cuidador-familiar>
7. OMS. Cuidado en su control terapéutico: Administración de medicamentos (serie de internet) 2009. 80 pág. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic_book_spanish.pdf
8. Monge J. Importancia del cuidador familiar (serie de internet) 2015 Disponible en: <http://hogaremaus.org/la-importancia-del-apoyo-familiar-en-situaciones-de-enfermedad/>
9. MINSA. Informe sobre los servicios de Salud Mental del Subsector Ministerio de Salud del Perú 2008 http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/09_saludmental_minsa2008.pdf
10. Jocik G.; Rivero B.; Ramírez A.; Percepción de sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia (serie de internet) 2003. Disponible en: <http://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=143>
11. Cantos A Guia de Atención al cuidador(serie de internet) 2008 Disponible en: <http://www.telefonodelaesperanza.org/cuidando-cuidador/download/18>
12. Pinto N. Barrera L. Sánchez B. Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa "Cuidando a los cuidadores" (serie de internet) 2005 Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S165759972005000100013&script=sci_arttext&tIq=en
13. Reyes A. La fatiga emocional (serie de internet) 2015 Disponible en: <http://www.psicomocionat.com/1/post/2015/04/la-fatiga-emocional.html>
14. Trastornos mentales hereditarios (serie de internet) 2016 Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/emotional-problems/Paginas/inheriting-mental-disorders.aspx>

15. Ribé J. “El cuidador principal del paciente con esquizofrenia calidad de vida, carga del cuidador, apoyo social y profesional Madrid – España 2014” (serie de internet) 279 pág. Disponible en: <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/146134/tesis%20doctorado%20ribe.pdf?sequence=1>



ANEXOS

- Instrumento de recolección de datos.
- Consentimiento informado.
- Constancia del Centro de Salud Mental de haber aplicado el instrumento.
- Informe Turnitin

CUESTIONARIO DE SOBRECARGA EMOCIONAL EN EL CUIDADOR FAMILIAR DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA 2017

Datos Generales del Cuidador:

Edad	Sexo	Cuidador responsable	Estado civil del familiar	Ingreso económico
30 - 35 años ()	Femenino ()	Padre ()	Soltero/a ()	Menos del básico ()
36 - 41 años ()	Masculino ()	Madre ()	Casado/a ()	Básico ()
42 - 47 años ()		Hermano ()	Conviviente ()	Más del básico ()
48 a más ()		Hijo ()	Divorciado/a ()	
		Esposo/a ()	Viudo/a ()	
		Otros ()		

Tiempo de enfermedad del paciente:

- 1 - 5 años ()
- 6 - 10 años ()
- 10 a más años ()

Tiempo que brinda el cuidado

- 1 a 5 año ()
- 6 a 10 años ()
- 10 años a más ()

Grado de instrucción

- Primaria ()
- Secundaria ()
- Técnico ()
- Superior ()

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR:

ÍTEM	PREGUNTAS A REALIZAR	PUNTUACIÓN				
		0	1	2	3	4
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para Ud.?					
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar de su familiar y atender además otras responsabilidades?					
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Cree que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8	¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9	¿Se siente agobiado cuando está cerca de su familiar?					
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?					
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17	¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22	Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					
TOTAL						

LEYENDA: 0 = Nunca 1 = Casi nunca 2 = A veces 3 = Bastantes veces 4 = Casi siempre

PUNTAJE: **No sobrecarga** (22 a 46) **Sobrecarga leve** (47 a 55) **Sobrecarga intensa** (> 56 a 88)

FUENTE: Breinbauer H. Vásquez H. Mayanz S. Guerra C. Millán T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Revista médica de Chile (serie de internet). 2009. (citado 2 octubre de 2012)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Relación entre las características sociodemográficas y el nivel de sobrecarga emocional en el cuidador familiar de pacientes psiquiátricos del Centro de Salud Mental Moises Heresi, Arequipa 2017

Yo,.....he leído la información proporcionada, he tenido la oportunidad de preguntar sobre lo relacionado a la investigación, a las Srtas. Bachilleres Helen Stephany Baldarrago Basurco y Giuliana Rosa Olinda Roas Gutierrez. Y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin tener que dar explicaciones y sin que me afecte en ninguna manera.

Por consiguiente, manifiesto libremente mi conformidad para participar en el estudio de la investigación arriba mencionado.

Arequipa, ___ de _____ del 2017 _____
Hora: _____ Firma del participante



Sociedad de
Beneficencia
Pública de Arequipa



CONSTANCIA

El Médico Jefe del Centro de Salud Mental "Moisés Heresi", que suscribe:

Deja constancia que las Srtas. GIULIANA ROSA OLINDA ROAS GUTIERREZ Y HELEN STEPHANY BALDARRAGO BASURCO, han aplicado el instrumento para su Tesis " SOBRECARGA EMOCIONAL EN EL CUIDADO FAMILIAR DE PACIENTES PSIQUIATRICOS" que Acuden al Consultorios Externos de este programa.

Se expide la presente constancia a solicitud de las interesadas para los fines que consideren convenientes.

Arequipa, 2017 mayo 05.

Sociedad de Beneficencia Pública de Arequipa

DR. JOSÉ ALVARADO ACO
C.M.P. 14051 R.E. 9805
Adm. Dir. C.S.M. "Moisés Heresi"

cc. : Archivo.

www.sbparequipa.gob.pe



Calle Piérola 201 cercado
T: (054) 213371
De la caridad al bienestar





Universidad Católica de Santa María

(51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

INFORME N° 0355 -CB- 2017

A : Doctor JOSEFINA SONIA NUÑEZ CHAVEZ
DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

De : CENTRO DE INFORMACIÓN Y BIBLIOTECAS. SECCIÓN PROCESOS TÉCNICOS

Asunto : Evaluación de la Producción Intelectual

Expediente : 2017-0355

Fecha : 16 de mayo de 2017

De acuerdo a lo dispuesto, informo a usted que la tesis:

SOBRECARGA EMOCIONAL EN EL CUIDADOR FAMILIAR DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI AREQUIPA 2017

Autor(es):

BALDARRAGO BASURCO HELEN STEPHANY/ROAS GUTIERREZ GIULIANA ROSA OLINDA

Ha sido sometida a la plataforma de originalidad Turnitin obteniendo **20 %** en el sumario de coincidencias en el marco teórico pero las citas y referencias, se han hecho correctamente

Es cuanto informo para conocimiento y fines consiguientes

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
Facultad de Enfermería

RECEPCIÓN

FECHA: 16 MAY 2017
HORA: 10:00 AM
PIRMA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA



PROF. AMÉRICO HERRERA VERA

Coordinación del Centro de Información y Bibliotecas