UNIVERSIDAD PRIVADA ARZOBISPO LOAYZA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

NIVEL DE SOBRECARGA DE LOS FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA, 2017

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORAS:

Bachiller. Tocto Cespedes, Joynarith Thalia

Bachiller. Peralta Guzmán, Jocelyn

ASESOR:

Mg. Huamaní Alhuay, Edward Filomeno

LIMA – PERÚ

2018

DEDICATORIA

A Dios, por haber estado conmigo en todo momento y a él debo todos mis logros.

A mis padres, por apoyarme siempre y brindarme la mejor herencia de esta vida que es una carrera profesional basada en principios y valores.

A mis hermanas por apoyarme en los momentos más difíciles de mi vida con sus consejos y dándome animo en todo momento. A mi abuela que desde el cielo siempre guía mi camino.

Tocto Cespedes Joynarith Thalia

A Dios por darme las fuerzas para vencer todos los obstáculos desde el principio de mi vida. A mis padres por todo su esfuerzo y sacrificio, por brindarme todo el amor, la comprensión, el apoyo incondicional y la confianza en cada momento de mi vida. A mis dos hermanos que me brindaron su confianza su cariño y su ejemplo para seguir adelante.

Peralta Guzmán Jocelyn

AGRADECIMIENTOS

A Dios porque nos dio el don de la perseverancia para alcanzar nuestra meta.

A la Universidad Privada Arzobispo Loayza que nos abrió sus puertas para ser mejores personas y buenos profesionales.

Agradecer a nuestro asesor de Tesis el Mg. Huamaní Alhuay, Edward Filomeno por habernos brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, así como también a su dedicación y paciencia durante el desarrollo de la tesis, por su incondicional apoyo en la revisión y orientación a lo largo del desarrollo de la tesis.

Agradecemos a todas las personas que contribuyeron con sus valiosas sugerencias, críticas constructivas para lograr la presente tesis.

A todos ellos, infinitas gracias.

Las autoras

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Nosotras, Joynarith Thalia Tocto Cespedes con DNI N° 74371777 y Jocelyn Peralta Guzmán con DNI N° 70264936, Bachilleres de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Arzobispo Loayza, con la tesis titulada: “Nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017”.

Declaramos bajo juramento que:

1) La tesis es de nuestra autoría
2) Hemos respetado las normas Vancouver de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
3) La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún título profesional o grado académico previo.
4) Los datos presentados en los resultados reales, no ha sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por consiguiente los resultados que se presentan en la tesis constituirán aportes a la realidad investigada.

De incumplir el juramento, asumimos las consecuencias y sanciones que de nuestra acción se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente de la Universidad Privada Arzobispo Loayza.

Lima, 28 de diciembre del 2017

---------- ----------

Tocto Cespedes, Thalia Joynarith Peralta Guzmán, Jocelyn

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado:

Dando cumplimiento al Título IV Capítulo III del Reglamento General de Grados y Títulos de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, presentamos el trabajo de investigación denominado:

"Nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017".

Línea de investigación: Enfermería y Salud Mental

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Declaración de autenticidad	iv
Presentación	v
Índice de contenido	vi
Índice de tablas	ix
Índice de figuras	xi
Resumen	xii
Abstract	xiii
Introducción	xiv
CAPÍTULO I	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Descripción del problema	2
1.2. Formulación del problema	5
1.2.1. Problema general	5
1.2.2. Problemas específicos	5
1.3. Objetivos	6
1.3.1. Objetivo general	6
1.3.2. Objetivos específicos	6
1.4. Justificación	6
1.5. Limitaciones	7
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de investigación	9
2.2. Bases teóricas	12

2.3. Definición de términos básicos 26

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Formulación de hipótesis 30

3.2. Variables 30

3.2.1. Definición conceptual 30

3.2.2. Definición operacional 30

3.2.3. Operacionalización de variables 31

3.3. Tipo de estudio 32

3.4. Diseño de estudio 32

3.5. Población, muestra y muestreo 32

3.5.1. Población 32

3.5.2. Criterios de selección 32

3.5.3. Muestra y muestreo 33

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos 34

3.6.1. Técnicas de recolección de datos 34

3.6.2. Instrumentos de recolección de datos 34

3.6.3. Validez y confiabilidad de los instrumentos 35

3.6.4.Procedimiento de recolección de datos 37

3.7. Técnicas para el procesamiento y análisis de datos 38

3.8. Consideraciones éticas 38

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo 41

4.2. Discusión de resultados 51

CONCLUSIONES 55

SUGERENCIAS 56

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 57

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos

Anexo 3: Certificado de validez de instrumentos

Anexo 4: Autorización para recolección de datos

Anexo 5. Consentimiento informado

Anexo 6: Confiabilidad del instrumento de medición

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

Tabla 1.	Operacionalización del variable: Nivel de Sobrecarga de los familiares cuidadores	31
Tabla 2.	Evaluación de jueces para validación del instrumento	36
Tabla 3.	Distribución de familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia según datos generales en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017	41
Tabla 4.	Distribución de pacientes con esquizofrenia según datos generales en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017	43
Tabla 5.	Distribución de familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia según nivel de sobrecarga en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017	44
Tabla 6.	Distribución de familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia según nivel de sobrecarga en la dimensión impacto del cuidado sobre el cuidador en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017	45
Tabla 7.	Distribución de familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia según nivel de sobrecarga en la dimensión relación interpersonal en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017	46
Tabla 8.	Distribución de familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia según nivel sobrecarga en la dimensión expectativa de autoeficacia en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017	47

Tabla 9. Distribución de familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia según comparación de dimensiones del nivel de sobrecarga en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017. 48

Tabla10. Distribución de familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia según ítems y niveles de sobrecarga en el hospital Víctor Larco Herrera, 2017. 49

ÍNDICE DE FIGURAS

Pág.

Figura 1. Distribución porcentual de familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia según nivel de sobrecarga en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017. 44

Figura 2. Distribución porcentual de familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia según la dimensión impacto del cuidado sobre el cuidador 45

Figura 3. Distribución porcentual de familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia según la dimensión relación interpersonal. 46

Figura 4. Distribución porcentual de familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia según la dimensión expectativa de autoeficacia. 47

Figura 5. Distribución porcentual de familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia según comparación de dimensiones del nivel de sobrecarga en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017. 48

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como **objetivo** determinar el nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia en el hospital Víctor Larco Herrera, 2017. El **tipo de estudio** fue de enfoque cuantitativo con diseño metodológico no experimental, descriptivo de corte transversal. La **población** estuvo conformada por un total de 118 familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia en el servicio de consulta externa del hospital Víctor Larco Herrera. Se aplicó el cuestionario escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit que contó con 21 ítems. Para el procesamiento de la información, se empleó el programa Excel y SPSS versión 22. Obteniéndose los siguientes **resultados**: del total de familiares cuidadores en estudio, la edad promedio era de 41± 50 años de edad y la mayoría eran de sexo femenino (75.4%), con secundaria (78.9%) y convivientes (39.8%). En relación al nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores, el 61.9% obtuvieron sobrecarga intensa y el 38.1% sobrecarga leve. Teniendo en cuenta la mayoría, en la dimensión impacto del cuidado sobre el cuidador el 81.4% de cuidadores familiares obtuvieron sobrecarga intensa; en la dimensión relación interpersonal el 91.5% obtuvieron sobrecarga leve; en la dimensión expectativa de autoeficacia el 91.5% obtuvieron sobrecarga leve. En **conclusión**: la mayoría de los familiares cuidadores tienen un nivel de sobrecarga intensa; en cada una de las dimensiones el nivel de sobrecarga fue leve, excepto en la dimensión impacto del cuidado sobre el cuidador tienen sobrecarga intensa, siendo la dimensión más afectada.

Palabras claves: sobrecarga, Familiares cuidadores y Esquizofrenia.

ABSTRACT

The present research work had as objective of this research was to determine the level of overload of family caregivers of patients with schizophrenia in the Víctor Larco Herrera hospital, 2017. The type of study was a quantitative approach with a non-experimental, descriptive cross-sectional methodological design. The population consisted of a total of 118 family caregivers of patients with schizophrenia in the outpatient service of the Víctor Larco Herrera hospital. The Zarit Carer Overload Scale questionnaire was applied, which included 21 items. For the processing of the information, the Excel program and SPSS version 22 were used. The following results were obtained: of the total family caregivers under study, the average age was 41 ± 50 years of age and the majority were female (75.4 %), with secondary (78.9%) and cohabitants (39.8%). In relation to the level of overload of the family caregivers, 61.9% obtained intense overload and 38.1% overload. Taking into account the majority, in the impact dimension of care on the caregiver 81.4% of family caregivers obtained intense overload; in the interpersonal relationship dimension 91.5% obtained slight overload; in the dimension of expectation of self-efficacy 91.5% obtained slight overload. In conclusion: most of the family caregivers have a high level of overload; in each of the dimensions the level of overload was slight, except in the impact dimension of the care over the caregiver they have intense overload, being the dimension most affected.

Key words: Overload, Family caregivers and Schizophrenia.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es considerada como un trastorno de salud mental, que afecta a millones de personas alrededor del mundo, no solo altera el bienestar físico y mental de la persona que la padece, sino también a la familia de éste, ya que son ellos los que generalmente asumen el rol de cuidador permanente del individuo enfermo.

La mayor cantidad de pacientes atendidos, en el hospital Víctor Larco Herrera, según morbilidad es la Esquizofrenia, la misma que ha presentado un incremento de atendidos en los últimos años. Donde el paciente acude siempre acompañado de un familiar por lo general es la madre o hermana del paciente.

La presente investigación se realiza con el objetivo de determinar el nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017. Que permitirá identificar riesgos y poder realizar las intervenciones necesarias para prevenir situaciones de estrés y/o trastornos psiquiátricos futuros, contribuyendo de esta manera al bienestar de los familiares cuidadores y de los pacientes.

La investigación está dividida en cuatro capítulos:

Primer capítulo describe el planteamiento del problema, donde se presenta lo que viene ocurriendo respecto al tema de investigación: Nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores, además se indica la formulación del problema, los objetivos de la investigación: general y específicos, justificación y limitaciones del estudio.

Segundo capitulo presenta el marco teórico de la investigación, en el cual se expone los antecedentes de la investigación: internacional como nacional, bases teóricas de la variable y la definición de términos básicos.

Tercer Capítulo se refiere al marco metodológico, en el que se conceptualiza la variable para definirla operacionalmente, asimismo se escribe y explica el tipo y

diseño de estudio, además de la población y muestra del estudio. En los criterios de selección se menciona las características de los familiares estudiados y aquellos que no cumplan con los criterios mencionados. En la técnica e instrumento de recolección de datos, se indica el procedimiento a seguir para la recopilación de los datos, en el procesamiento para el análisis de los datos se expone la técnicas estadísticas que corresponden según el tipo y el nivel de medición de la variable, finalmente se incluye algunas consideraciones éticas.

Cuarto capítulo describe los resultados de la investigación, presenta el análisis descriptivo y la discusión de los resultados. Para finalizar se presentan las conclusiones, sugerencias, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

La Esquizofrenia según la OMS es un conjunto de desórdenes fundamentales y característicos del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta; causando alteraciones tanto en el paciente como en el entorno familiar de las personas que lo cuidan (1).

Los estudios epidemiológicos a nivel mundial han mostrado que las tasas de incidencia de la esquizofrenia son comparativamente bajas, aproximadamente 15.2 por 100 000 habitantes al año. A pesar de ello, es uno de los problemas de salud que más contribuye a la carga global de enfermedades producto tanto de su inicio a edades tempranas como del alto porcentaje de personas afectadas que mantienen alguna sintomatología a lo largo de su vida (2).

El estudio multicéntrico internacional realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para determinar los radios de incidencia en ocho lugares de siete países y la publicación del informe preliminar, mostró una incidencia de la esquizofrenia con un rango de entre 7 y 14 por 100 000 (2).

Los estudios estadísticos realizados anteriormente indicaban que el 1 % de la población mundial padecía esquizofrenia. En el apartado de esquizofrenia, del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, ya se indica que la probabilidad en los adultos de padecer la esquizofrenia oscila entre el 0.5 y 1.5% (2).

Los análisis realizados recientemente mostraron que los hombres tienen un riesgo mayor que las mujeres de desarrollar esquizofrenia alguna vez en la vida, con riesgo relativo hombre-mujer de 1,48 este riesgo relativo aumenta en la medida que se utilizan criterios diagnósticos más estrictos. Asimismo, los hombres desarrollan esquizofrenia generalmente a una edad más temprana (2).

Las tasas observadas en los estudios realizados en Estados Unidos oscilan entre el 0.30 % y el 0.70 %, y las tasas inglesas son uniformemente menores, desde 0.11 % hasta 0.25 %v (3).

En un estudio de campo realizado en Suecia, 5 personas desarrollaron esquizofrenia en una población expuesta por un total de 24 400 hombres/año, dando una tasa de incidencia de 0.2 % por año. En los países en vías de desarrollo, la magnitud de la incidencia es aparentemente similar a la de los países desarrollados, según los informes de la OMS al respecto (4).

El Ministerio de Salud, a través del Seguro Integral de Salud (SIS), informó que a nivel nacional, unas 428 mil personas han sido atendidas por trastornos de salud mental durante el 2016. Estas enfermedades afectan a más de 5 millones de personas en el país, según cifras del Ministerio de Salud (Minsa); sin embargo, aproximadamente el 80% de ellas no recibe el tratamiento especializado que necesita, indican las estadísticas del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM).

La esquizofrenia, afecta al 2% de la población peruana. El cuadro requiere de un tratamiento con fármacos y se caracteriza por alucinaciones constantes, delirios y miedo. Se estima que en Lima existen 32 000 personas con esta enfermedad que no reciben el tratamiento adecuado. (5).

La mayor cantidad de pacientes atendidos en el área de consulta externa de hospital Víctor Larco Herrera, según morbilidad, es la Esquizofrenia, la misma que ha presentado un incremento de atendidos, durante los últimos años. El mayor porcentaje de atendidos según morbilidad específica, en este último año, sigue siendo la esquizofrenia (14.6%). La tendencia anual de casos atendidos por Esquizofrenia, en los últimos cinco años se ha incrementado a partir del 2013, hasta el presente año, con predominancia del género masculino; con el grupo etario comprendido entre 30 – 59 años (51).

Algunas de las investigaciones desarrolladas en los últimos años, han tenido como objetivo principal establecer la influencia que tiene la familia sobre el familiar afectado. Los aportes señalan que los familiares de pacientes esquizofrénicos viven bajo niveles de estrés que provocan sentimientos negativos: como culpa, incompetencia, incertidumbre, desesperanza e impotencia los que se manifiestan en respuesta a conductas desconcertantes e inapropiadas del enfermo o como consecuencia de su enfermedad (6).

En el estudio analítico realizado en España durante el 2013, concluye que la interacción del personal de salud con el paciente mejora el funcionamiento social-familiar y, desde el punto de vista clínico es la intensidad de los síntomas, positivos o negativos, la principal variable que influye en la sobrecarga (7).

El desarrollo de los tratamientos comunitarios de las enfermedades mentales crónicas y graves tras la sobrepoblación de los hospitales psiquiátricos, ha supuesto una carga para los familiares cuidadores de los pacientes, deteriorando el funcionamiento familiar y se creando un fenómeno de sobrecarga emocional, física, social, y psicológica en el cuidador que genera efectos negativos en la evolución del paciente (8).

Al 2016, el Hospital Larco Herrera mantiene 270 internos, entre hombres y mujeres. Una cifra que poco se compara a los 560 que dieron inicio al centro en 1918. Aunque la disminución parece importante, para la directora del hospital esto va conforme al enfoque de reinserción a la sociedad que se pretende con los pacientes de salud mental. (9)

Pero los médicos luchan contra otro mal. Uno peor y más cruel que cualquier esquizofrenia, neurosis, estrés, drogadicción o discapacidad mental: que los familiares abandonen a sus pacientes. En enero de este año, se contabilizaron 164 pacientes abandonados, de los que no se sabe mucho más que su nombre real o el que imaginan. Ellos ocupan los cuartos y camas del hospital, imaginando que alguien pronto los visitará.

De modo que con mucha frecuencia la familia de un miembro con Esquizofrenia se ve muy afectada por la presión que significa cuidar al paciente, pues se sienten responsables de la enfermedad y sus recaídas. El estigma social que existe sobre estos pacientes al considerarlos peligrosos, también significa una carga para el cuidador; incluso llegan a abandonarlos tras hospitalizarlos.

El familiar cuidador se ve forzado a asumir tareas extras simultáneamente a su rol habitual debido al cuidado que debe brindar al paciente en casa, alterando su rutina y provocando en el cansancio físico como malestar emocional, teniendo que intervenir además en el manejo de las conductas alteradas por la crisis típica de la enfermedad.

Es por ello que surge la necesidad de identificar cómo se ve afectado el cuidador informal presentando niveles de sobrecarga, ya que quienes en la mayoría de los casos no son evaluados y orientados para lidiar con los cambios producto del cuidado continuo al paciente con esquizofrenia. Y así poder intervenir como personal de enfermería y contribuir a que la familia, el paciente y su cuidador consigan superar la implicancia de la enfermedad, logrando alcanzar niveles de salud y bienestar aceptable.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema General

¿Cuál es el nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuál es el nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia en la dimensión impacto del cuidado sobre el cuidador en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017?

¿Cuál es el nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia en la dimensión relación interpersonal en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017?

¿Cuál es el nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia en la dimensión expectativa de autoeficacia en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar el nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017.

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar el nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia en la dimensión impacto del cuidado sobre el cuidador en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017.

Identificar el nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia en la dimensión relación interpersonal en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017.

Identificar el nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia en la dimensión expectativa de autoeficacia en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017.

1.4. Justificación

Tradicionalmente la mayor parte de los estudios sobre la familia de los pacientes esquizofrénicos se centran en el efecto de la familia sobre la enfermedad del paciente o se dirigen a los familiares solo como fuentes de

información, pero son menos los estudios que lo enfocan desde el impacto que genera este trastorno mental en los familiares cuidadores.

La investigación es importante porque con los resultados de este estudio se podrá conocer desde la perspectiva de quienes cuidan, cuál es el nivel de sobrecarga, lo cual permitirá al profesional de enfermería identificar riesgos que pueden provocar consecuencias negativas para la salud y así poder realizar y establecer estrategias de intervención que permitan prevenir situaciones de estrés y/o trastornos psiquiátricos futuros, contribuyendo de esta manera al bienestar de los familiares cuidadores y de los pacientes. Ya que la participación de los familiares es fundamental en la recuperación y rehabilitación de los pacientes, y su salud debe ser óptima.

En el plano de investigación servirá como base para dar punto de partida a otras investigaciones relacionadas con el tema, a fin de contribuir tempranamente en la prevención de la enfermedad que ocasiona alto costo económico, moral y desmedro en la sociedad; fortaleciendo la salud mental en la persona, familia, comunidad y Hospital Víctor Larco Herrera.

1.5. Limitaciones

Las limitaciones que se encontraron durante el desarrollo del estudio de investigación fueron:

- Existe poca información actualizada y sistematizada en los servicios de salud sobre el tema investigado.
- Los resultados obtenidos no se podrán generalizar en otras poblaciones de estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1. Antecedentes de la investigación

Antecedentes internacionales

Andueza M, Rodríguez P, Benavides B, Peralta C. realizaron la investigación “Sobrecarga emocional del cuidador del enfermo mental ingresado en una unidad de subagudos; 2013”. Objetivo: determinar el nivel de sobrecarga emocional del cuidador del enfermo mental ingresado en una unidad de subagudos del Hospital Psiquiátrico de Zaldibar, España. El estudio es de tipo descriptivo transversal realizado a una muestra de 32 cuidadores principales de pacientes ingresados en la unidad de subagudos del Hospital Psiquiátrico de Zaldibar, durante el año 2010. Instrumentos de medida, la Escala de sobrecarga Zarit, y la Escala y Depresión de Goldberg. En los resultados: Se encontró que el nivel de sobrecarga presentado por un 53% de cuidadores es intenso, unido a un estado de ánimo predominantemente ansioso. Tras el ingreso, en un 69% de estos cuidadores la sobrecarga disminuye, y en un 59,5% mejora tanto la sintomatología ansiosa como depresiva. En conclusión demostraron: La labor de cuidar recae sobre los padres principalmente, quienes manifiestan temor por el futuro de sus hijos y sienten que éstos dependen en gran medida de ellos, lo que les genera una gran sobrecarga (10).

Jaen D, Callisaya E, Quisbert H. realizaron la investigación “Evaluación de la sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia del Hospital de Psiquiatría “Dr. José María Alvarado”, Bolivia. Rev. Méd. 2014”. Objetivo: analizar el concepto y conocer las características del cuidador informal, el cual fue un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, con la población que demanda asistencia sanitaria del Hospital de Psiquiatría "Dr. José María Alvarado", dependiente de la Caja Nacional de Salud, en la ciudad de La Paz, Bolivia. Se utilizó la entrevista de carga familiar objetiva y subjetiva (ECFOS). El ECFOS se ha desarrollado tomando como base "The Family Burden Interview Schedule-Short Form" (FBIS/SF).Resultados. En general podemos decir que el perfil del cuidador es el de una mujer (84,2%), de alrededor de 60 años. Normalmente madre del

paciente (72,5 %), que no trabaja, pasa con el enfermo más de 4 horas al día (75%), afirma mantener una buena relación con el paciente y que no piensa que el enfermo sea una Carga Negativa ni para ella ni para su familia. En conclusión: se debe realizar intervenciones con los familiares de los pacientes esquizofrénicos. Se debe incorporar los programas de psicoeducación familiar debido que han demostrado su utilidad para prevenir recaídas y reducir la tensión familiar (11).

Izquierdo D, Manjarrés J, Nieves K, Pacheco W, Pérez B. realizaron la investigación “Nivel de sobrecarga y características del cuidado en cuidadores de personas con trastorno mentales, Cartagena – 2016**”** Objetivo: Determinar la relación entre el nivel de sobrecarga y las características de cuidado de cuidadores de personas con trastorno mentales, en Cartagena. Metodología: Se diseñó un estudio de tipo analítico de corte transversal. La población y muestra estuvo conformada por 139 cuidadores que asistieron en un trimestre a instituciones de salud. La información fue recolectada mediante la encuesta de caracterización de cuidadores, y la escala de sobrecarga de Zarit . Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSSS versión 17.0. Se calcularon frecuencias y porcentajes, para el cálculo de las asociaciones se realizó una regresión logística y se estimaron razones de disparidad. En el presente estudio se respetaron los principios éticos para las leyes colombianas. Resultados: De los cuidadores de pacientes con trastornos mentales pertenecieron al género femenino el67,6% , las edades de los cuidadores oscilaron entre 36 a 59 años el 54%, con menor rango de edad que el cuidador en44,6% , dedican más de 7 horas al cuidado el 37.4% . La sobrecarga percibida, fue sobrecarga intensa 46,8%, ausencia de sobrecarga 40,3% y sobrecarga ligera el 12,9%, las variables que se asociaron con las características del cuidado fueron: ser único cuidador OR 2,68(I.C.95% 1,2-5,6) y tener la misma edad o ser mayor que el paciente OR 3,10 (I.C. 95% 1,45-6,61). Conclusiones**:** En los cuidadores predomino sobrecarga intensa y ligera, asociada a las características del cuidado, ser único cuidador y tener la misma edad o ser mayor que el paciente (12).

Antecedentes nacionales

Chomba A. realizó la investigación "Sobrecarga en el cuidador familiar del paciente con esquizofrenia, Hospital Hermilio Valdizán. 2013". Objetivo: determinar el nivel de sobrecarga en el cuidador familiar del paciente con esquizofrenia, Hospital Hermilio Valdizán. Metodología: fue un estudio con enfoque cuantitativo, diseño descriptivo, población de 52 cuidadores familiares de pacientes hospitalizados con esquizofrenia; se aplicó la Escala de Sobrecarga de Zarit, previa validez y confiabilidad del instrumento. La investigación fue evaluada por un comité de ética. En los resultados de la investigación, se determinó que 44% de los cuidadores familiares presentaban Sobrecarga Leve; en la dimensión Impacto del cuidado 48% y Calidad de las relaciones Interpersonales 56% tuvieron Sobrecarga Leve, mientras que 63% no presenta sobrecarga en Expectativas de autoeficacia. En conclusión: Los familiares de los pacientes con esquizofrenia en el Hospital Hermilio Valdizán evidencian Sobrecarga Leve (13).

Correa D. realizó la investigación "Nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia que asisten a un servicio de salud. 2014". Objetivo: determinar el nivel de sobrecarga que experimentan los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia, Considerando el impacto del cuidado sobre el cuidador, la relación interpersonal y expectativas de autoeficacia como sus dimensiones. El estudio es de tipo cuantitativo, de nivel aplicativo y de corte transversal. Se realizó en los respectivos hogares de los pacientes. Entrevistando a 33 familiares cuidadores. El instrumento aplicado fue la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit y colaboradores, validada y aplicada en otros estudios, sometida a confiabilidad con el Alfa de Crombach, obteniendo un coeficiente de 0.949 y a validez con el coeficiente de Pearson resultando válido en cada uno de sus ítems. Se encontró que la sobrecarga que experimentan los familiares cuidadores es mayoritariamente de nivel leve. La sobrecarga, en cada una de las dimensiones, en su mayoría es de nivel leve. La dimensión Impacto del cuidado sobre el cuidador es la más afectada (14).

Li M. realizó la investigación “Nivel de sobrecarga y sus factores asociados en familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Regional Docente Las Mercedes (HRDLM) durante Octubre - Diciembre del 2013”. Objetivo: describir el nivel de sobrecarga y sus factores asociados en familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Regional Docente Las Mercedes (HRDLM) durante Octubre - Diciembre del 2013. Es un estudio transversal descriptivo con análisis exploratorio. Se captó a una muestra de familiares cuidadores mayores de edad que tenían a cargo pacientes esquizofrénicos atendidos en consultorio externo. Se evaluó el nivel de sobrecarga mediante la Escala de Sobrecarga de Cuidador de Zarit, que se aplicó posterior a un consentimiento informado. En los resultados: Se encontró que una cantidad elevada de familiares cuidadores presentan sobrecarga, sobre todo a predominio leve 69,66% (62/89), en cuidadores cónyuges (94.12% -16/17-), en padres (94,44% -17/18-) y a menor grado de instrucción (90,00% -9/10-). Conclusiones: Existe una gran proporción de sobrecarga en nuestros familiares cuidadores. Al identificarse grupos específicos vulnerables a tener este problema nos permitirá desarrollar intervenciones enfocadas a estos grupos para mejorar la calidad de vida de estas personas y por lo tanto la salud los pacientes a su cargo (15).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Concepto de esquizofrenia

La esquizofrenia es un conjunto de trastornos mentales, caracterizados por alteraciones sustanciales y específicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, que comprometen las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma y suelen, por tanto, alterar de forma muy importante la vida de las personas que las padecen y también la de sus familiares y amigos (16).

Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan, en general, por distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento y de la

percepción, junto con una afectividad inadecuada o embotada. Habitualmente se mantienen tanto la lucidez de la conciencia, como la capacidad intelectual, aunque con el transcurso del tiempo pueden desarrollarse ciertas deficiencias intelectuales. Entre sus fenómenos psicopatológicos más importantes se cuentan el pensamiento con eco, la inserción o el robo del pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante y los delirios de control, de influencia o de pasividad, voces alucinatorias que comentan o discuten al paciente en tercera persona, trastornos del pensamiento y síntomas de negativismo (16).

2.2.2. Evolución de la esquizofrenia

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

2.2.3. Etiología y factores de riesgo de la esquizofrenia

Factores genéticos

Existe un factor genético importante en esta enfermedad. El riesgo de esquizofrenia para el hermano gemelo idéntico de un esquizofrénico es del 47% y el de un hermano no gemelo es del 8%, en tanto que para la población general es del 0.8-1% (17).

Es bien conocido que el riesgo de padecer esquizofrenia aumenta cuando existen antecedentes de esta enfermedad en la familia y que este riesgo es mayor en la medida que aumenta el grado de afinidad genética con el miembro de la familia afectado (18).

Sin embargo, esta supuesta base genética de la esquizofrenia fue cuestionada hasta fines de los 60, argumentando que el factor familiar se podría deber a las dinámicas e interacciones propias de las familias afectadas (19) (20).

En definitiva es posible afirmar que la esquizofrenia tiene una base genética, sin embargo, el mecanismo exacto de la herencia aún sigue siendo desconocido (21).

Factores ambientales:

Se han estudiado una serie de factores de riesgo ambientales relacionados con la esquizofrenia, tanto de tipo biológico como de tipo psicosocial y durante distintas etapas del desarrollo (pre y perinatal, niñez temprana, adolescencia y edad adulta temprana). En el periodo prenatal, infecciones en la madre, particularmente influenza, así como deficiencia alimentaria en el primer y tercer trimestre del embarazo y eventos vitales adversos severos experimentados por la madre durante el primer trimestre de embarazo, se han relacionado con un mayor riesgo de esquizofrenia (22)(23).

Del mismo modo, varias complicaciones obstétricas y perinatales se han asociado a un riesgo de casi el doble para que el recién nacido desarrolle esquizofrenia alguna vez. En todo caso, la evidencia no permite identificar aún los mecanismos por los cuales las complicaciones obstétricas/perinatales pueden aumentar el riesgo de desarrollar una esquizofrenia, siendo la hipoxia fetal el factor citado con mayor frecuencia (23).

La edad avanzada de los padres al momento de la concepción también se ha asociado a un riesgo cercano al doble para desarrollar esquizofrenia; pero también se desconoce el mecanismo mediante el cual el riesgo aumenta (24).

Nacer a finales del invierno o a principios de primavera se ha asociado con un riesgo de 5 a 10% mayor de desarrollar esquizofrenia, esta asociación aparece más fuertemente en las latitudes más altas y con inviernos más severos (25).

Entre los factores de riesgo en la infancia, el trauma psicosocial (como por ejemplo el abuso sexual), se ha asociado con un incremento del riesgo de desarrollar esquizofrenia del mismo modo el incremento del riesgo de desarrollar esquizofrenia se ha asociado con daño cerebral, separación y muerte de los padres, adversidades en la crianza e infecciones (26).

En la adolescencia, el consumo de marihuana se ha asociado a un incremento del riesgo de desarrollar esquizofrenia, sin embargo, algunos expertos sugieren que más que una relación de causa efecto, el consumo de marihuana podría precipitar la aparición de esquizofrenia en personas vulnerables o modificar la expresión de la enfermedad pero no aumentar el riesgo de desarrollarla (27).

2.2.4. Síntomas de la esquizofrenia

En la actualidad, las manifestaciones propias de la esquizofrenia son conceptualizadas como pertenecientes a cuatro grandes dimensiones (28).

- Síntomas positivos como alucinaciones y delirios, trastornos del pensamiento.
- Síntomas negativos como ensimismamiento, aplanamiento afectivo, abulia, falta de proyectos y propósitos.
- Síntomas cognitivos como déficit en la atención, memoria y función ejecutiva.
- Síntomas afectivos como disforia, humor depresivo, impulsividad.

La mayoría de las veces el diagnóstico de esquizofrenia se hace luego de un episodio agudo con muchos síntomas positivos, sin embargo, la

enfermedad suele comenzar de manera insidiosa y se presenta inicialmente con síntomas muy inespecíficos, razón por la cual el proceso diagnóstico exige una actitud de búsqueda activa para descartar o confirmar la sospecha de esquizofrenia(28).

Por lo general, en el primer episodio agudo prevalecen síntomas llamados positivos, en cambio en la esquizofrenia crónica es más frecuente encontrar síntomas negativos. Aunque la mayoría de las veces el inicio de la esquizofrenia es con un síndrome agudo, con muchos síntomas positivos, esto no siempre es así, y puede comenzar de manera insidiosa, lo que tiene peor pronóstico (29). Aunque en sentido estricto no se han identificado síntomas patognomónicos, ciertos fenómenos psicopatológicos tienen una significación especial para el diagnóstico de esquizofrenia, los cuales suelen presentarse asociados entre sí (29).

2.2.5. Tipos de esquizofrenia

Existen diversos tipos de esquizofrenia, los más resaltantes según Pérez etal (28). Son 4:

Esquizofrenia Simple: Este tipo de esquizofrenia sin síntomas psicóticos graves caracterizada por el retraimiento social y el pragmatismo.

Esquizofrenia Hebefrénica: Suelen ser frecuentes los trastornos conductuales, hay tendencia a la pseudofilosofía y consumo de drogas en forma sintomática. Es de mal pronóstico y paulatinamente se van agregando síntomas positivos.

Esquizofrenia Catatónica: El rasgo más distintivo es la alteración de la psicomotricidad. Puede variar desde el mutismo y estupor hasta la franca agitación y agresividad. Este tipo de esquizofrenia puede llegar a ser peligrosa en raptos de violencia del paciente.

Esquizofrenia Paranoide. Es la más frecuente, predomina las ideas delirantes (persecución, celos, temor, desconfianza frente a otro, reticencia, actitudes defensivo agresivas) que suelen acompañarse de alucinaciones, predominando las auditivas (que le dan órdenes) o sin contenido verbal (como silbidos, risas).

2.2.6. Tratamiento de la esquizofrenia

Considerando que la esquizofrenia es una condición compleja y que cada persona es diferente, el tratamiento debe ser personalizado en un Plan Individual de Tratamiento Integral que se elabora en base al diagnóstico integral y en consenso con el usuario y su familia (29).

En todo caso, los objetivos generales del tratamiento deben apuntar a lograr:

- Mejoría de los síntomas positivos, cognitivos, afectivos y negativos.
- Prevención de la hospitalización.
- Capacidad de vivir independiente.
- Capacidad de establecer y perseguir objetivos ocupacionales.
- Ausencia de efectos relacionados con los medicamentos.
- Adecuada calidad de vida en general e interacción social.

Se debe considerar que la persona con un primer episodio de esquizofrenia requerirá tratamiento durante toda su vida, mientras persista el diagnóstico de esquizofrenia, aunque lo más probable es que la intensidad y énfasis de las intervenciones varíen según se manifiesten las distintas etapas de la enfermedad (29).

Diferencias relativas al sexo son reconocidas es múltiples aspectos de la esquizofrenia, tales como la fisiopatología, la respuesta sintomática al tratamiento y los efectos colaterales (24). Las mujeres experimentan el inicio de la esquizofrenia en edades más avanzadas que los hombres, presentan mayores índices de comorbilidad y polimedicación.

Presentan mayores concentraciones plasmáticas con dosis equivalentes de antipsicóticos y más efectos colaterales (30).

El tratamiento de la esquizofrenia se basa fundamentalmente en fármacos antipsicóticos y el tratamiento psicosocial, para que la persona deje de alucinar y recupere sus hábitos de vida. A continuación se detallan las medidas a tomar (31).

Medicación Antipsicótica: El tratamiento farmacológico de la esquizofrenia se efectúa mediante unos fármacos llamados antipsicóticos. Desde la introducción las medicaciones psicotrópicas se han convertido en el pilar del tratamiento para la esquizofrenia y otras enfermedades psiquiátricas (31).

Terapia Electro Convulsiva: Consiste en hacer pasar corriente eléctrica alterna entre dos electrodos colocados en ambas sienes. El resultado es un típico acceso epiléptico y una corta apnea residual. La anestesia, ventilación con oxígeno y relajación muscular se practican actualmente antes del tratamiento. El efecto más común es la pérdida de la memoria (31).

Rehabilitación Psicosocial: Es necesario un buen soporte terapéutico para la buena evolución de la enfermedad; ya que de nada sirve que el paciente tome su tratamiento si su única actividad es estar todo el día en la cama o que tenga prescrita una medicación y por falta de conciencia de enfermedad y de control no tome la dosificación correcta de antipsicóticos (31).

2.2.7. La familia

La familia es un grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas. Según la Declaración de los Derechos Humanos, la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del estado (52).

Los lazos principales que definen a una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad y vínculos de consanguinidad. También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus

miembros; por lo tanto la familia como cualquier institución social tiende a adaptarse al contexto de una sociedad (52).

2.2.8. Definición de Carga familiar

La carga familiar repercute en distintas áreas de la vida del cuidador: las tareas de la casa, las relaciones de pareja, familiares y sociales, el desarrollo personal del tiempo libre, la economía familiar, la salud mental y el malestar subjetivo del cuidador relacionado con la enfermedad (32).

Las familias de las personas con enfermedad mental severa pueden tener que enfrentarse a comportamientos exigentes, cargas financieras, limitaciones a su desarrollo social y familiar, y en ocasiones un riesgo para su propia seguridad (33).

Dimensiones de carga familiar

- La carga objetiva se define como cualquier alteración potencialmente verificable y observable de la vida del cuidador causada por la enfermedad del paciente y se origina en las labores de supervisión y estimulación del paciente (34). Está constituida principalmente por sus propios problemas emocionales o somáticos, los problemas económicos y el clima de convivencia en casa, cuestiones que podrían verse aliviadas por acciones terapéuticas en el Centro de Salud Mental, por una mayor adecuación de programas de familias en la rehabilitación y por prestaciones sociales (35).

- La carga subjetiva hace referencia a la sensación de soportar una obligación pesada y opresiva originada en las tareas propias del cuidador y en el hecho mismo de que un familiar sufra una enfermedad de estas características (34). La mayor carga subjetiva familiar está constituida por las conductas del paciente, especialmente por la sintomatología negativa (apatía, anhedonia,

abulia) y también se relaciona con las preocupaciones generales por la salud, seguridad, tratamiento y futuro del paciente (35).

2.2.9. La carga del cuidado

En nuestro entorno, la familia es la fuente principal de cuidados para las personas de cualquier edad que se encuentran en situación de fragilidad o dependencia. Respecto al enfermo mental, las bases de la reforma psiquiátrica exigen cada vez más a las familias el papel de cuidadora de los pacientes psicóticos, al eliminar las alternativas asilares tradicionales. Esto supone un impacto determinado y unas repercusiones tanto a nivel emocional como en la dinámica familiar habitual y en la situación económica, ya que la familia tiene que satisfacer las necesidades que el enfermo por sí mismo no puede cubrir. A su vez, implica una obligación no retribuida ni esperada, debiendo hacer frente a situaciones difíciles derivadas de los trastornos de conducta del familiar enfermo y prestando asistencia continúa en la vida diaria del mismo (36).

Los cuidadores constituyen una pieza clave en la tríada terapéutica “equipo de salud-paciente-cuidador primario”. Se entiende como cuidador principal a la persona del hogar familiar que se encarga habitualmente de cuidar la salud de las personas dependientes, sin recibir retribución económica a cambio (36). Algunos autores hablan del “Síndrome del Cuidador” (37). Como de una sobrecarga física y emocional que conlleva el riesgo de que el cuidador se convierta en un paciente y se produzca la claudicación familiar. Es importante diagnosticar esta situación en la familia, ya que es necesario actuar dada la repercusión que tiene: a) sobre la salud del cuidador principal y especialmente sobre su estado emocional; b) sobre la dinámica familiar; c) sobre la calidad de los cuidados otorgados a la persona discapacitada, y es posible que los cuidados requeridos por la persona no se cubran adecuadamente. Además, la percepción de carga por el cuidador puede ser uno de los mejores predictores de institucionalización del paciente (38).

2.2.10. Principales teorías de carga familiar

En la integración del concepto de carga familiar en sus aspectos cuantitativos y cualitativos resultan útiles tres aproximaciones teóricas: sistémica, roles y estrés (42).

a) Teoría sistémica

Aunque se hace referencia a carga como un fenómeno familiar, para entenderlo en su totalidad hay que contemplar la familia en su entorno social. De forma jerárquica se puede distinguir los siguientes subsistemas: Individual (paciente, miembro de la familia), Familia, Red social, Comunidad y cultura. Cada subsistema tiene sus propias características y su propia dinámica (39).

b) Teoría de los roles

Las personas se consideran actores de un sistema de relaciones sociales y existen categorías de personas más o menos similares en determinados aspectos. A estas categorías se les denomina "posiciones": padre, madre, hijo, etc. Una persona en una posición tiene unas expectativas sobre la forma en que con ella se va a portar otra persona de distinta posición. Este conjunto de expectativas se denomina "sector de rol". El rol se define como el conjunto de comportamientos esperados entre dos personas como resultado de las posiciones de cada una de ellas (39).

Las manifestaciones de la enfermedad en forma de síntomas, deficiencias y discapacidades hace que los pacientes no sean capaces de cumplir sus roles en mayor o menor medida. Al no cumplir las expectativas de sus familiares origina malestar en todos los implicados. Las tareas no cumplidas por el paciente pasan a los familiares y se convierten en una carga. Esto constituye una violación pasiva de los roles, la ausencia de actividad lo que se denomina síntomas negativos. Las

alteraciones del comportamiento (auto y heteroagresividad, conductas alteradas, etc.) asociadas a los síntomas positivos (delirios y alucinaciones) también frustran las expectativas de los familiares y suponen una carga en sí mismas (39).

De modo que los síntomas son causa de la carga familiar pero, indirectamente, también son causa de otras cargas objetivas asociadas a la enfermedad (39).

c) Teoría del estrés

Los síntomas del paciente y los límites objetivos que esto impone a los familiares se contemplan como factores estresantes ambientales o tensiones crónicas que dan lugar a los aspectos subjetivos de la carga emocional o malestar subjetivo. La experiencia del cuidador se conceptualiza como una apreciación de las demandas. Tiene en cuenta tanto los factores amenazantes o de riesgo como los aspectos positivos del papel del cuidador (39).

Los factores estresantes son los síntomas, comportamientos y discapacidades del enfermo, así como las alteraciones percibidas en la propia vida por el cuidador. Como factores mediadores actúan la personalidad del cuidador, la calidad de las relaciones familiares o el tipo de soporte social de la familia, que influyen en la apreciación del cuidador de su propia situación (39).

Los resultados en términos de cambios psicológicos se contemplan como producto de la interacción entre la apreciación de la experiencia del cuidador y las estrategias de afrontamiento. Estos resultados pueden ser adversos o beneficiosos para el cuidador (39).

2.2.11. Consecuencias de la enfermedad mental en la familia

La aparición de la enfermedad mental provoca reacciones, efectos, sentimientos y actitudes nuevas en los familiares, las cuales pueden ser:

a) Repercusiones Objetivas, dentro de estas repercusiones se encuentran:

- Aislamiento social: La vida social de los miembros de una familia se reduce cuando en su seno familiar se manifiesta una enfermedad mental. El aislamiento, se produce en doble sentido; por un lado los familiares reducen sus relaciones sociales con amigos y asisten menos a lugares públicos de recreo, y por otro lado, cambia negativamente la actitud de quienes les rodean (39).

- Desorganización del hogar: La rutina diaria se altera generalmente ante cualquier enfermedad. En la familia suele existir una más o menos explícita división de las faenas del hogar y al dejar de realizar las suyas el sujeto afectado, han de ser hechas por otros miembros que conviven con él. El clima psicológico de hogar se vuelve tenso y difícilmente aceptable (39).

- La economía: Ya que la psicopatología afecta la actividad productiva de uno u otro modo, si la persona que mantenía el hogar se enferma, afecta gravemente la economía del hogar. Por otra parte la enfermedad ocasiona gastos (39).

b) Reacciones Emocionales, dentro de las reacciones describe:

- Irritabilidad: Existen varias manifestaciones de la enfermedad mental que provocan fastidio en los familiares, y pueden llegar a producirles exasperación y cólera en casos extremos.

- Tristeza: Si la persona enferma sufre intensamente, entonces el sentimiento de pena lo adquiere el familiar.

- Vergüenza: Ciertos síntomas psicopatológicos se manifiestan a través del comportamiento que causan bochorno a quienes tienen relación con el paciente.

- Miedo: La violencia intrafamiliar provocada por un enfermo mental resulta insoportable para los que conviven con él. Sin duda el comportamiento agresivo es el más difícil de sobrellevar (40).

2.2.12. Enfermería en salud mental y psiquiatría

La esencia de Enfermería se basa en el cuidado de la persona, como un ser totalitario, holístico, y no únicamente como un conjunto de partes o de procesos. Hablar de la totalidad del ser y del cuidado de la persona desde esta visión promueve la integralidad. Es reconocer la condición de persona en el otro, como un ser único e irrepetible (41).

La enfermera de salud mental, en su quehacer cotidiano, con los nuevos conocimientos enfermeros aprendidos y habiendo modificado sus actitudes, afronta las necesidades de cuidados que presentan los ciudadanos a los que atiende. En sus intervenciones practica abordajes individuales, familiares y grupales, potencia la promoción y prevención de la salud mental, ejerce en los diversos ámbitos del servicio de salud mental (Unidades de hospitalización, centros de salud mental comunitarios recursos intermedios, etc.) diversifica sus actividades y usa técnicas y métodos de Enfermería para personalizar, capacitar y socializar al paciente psíquico, procurando su autonomía y su calidad de vida, y asume el incremento de responsabilidades derivadas del ejercicio autónomo de su profesión. Por tanto Enfermería de Salud.

Mental se caracteriza por ser un servicio humano, al que le guía la psicología humanista, cuyo contenido principal es la provisión de cuidados, mediante una relación interpersonal, destinados a satisfacer las necesidades de salud y autocuidados del individuo, familia y comunidad, en las áreas de promoción, asistencia y rehabilitación de la salud mental (42).

2.2.13. Dimensión de sobrecarga familiar

a) **Impacto del cuidado:** Hace referencia a aquellas cuestiones relacionadas con los efectos o consecuencias que se evidencian en el cuidado informal, ocasionados por prestación de cuidados a un familiar dependiente y no son remunerados por su tarea, tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea, se caracteriza por el afecto y una atención sin límites de horarios, es reconocido como segunda víctima de la enfermedad; esto hace que muchas de las familias que desempeñan el rol de cuidador experimenten situaciones estresantes, debido a tener que cuidar de una persona dependiente, requiere un exceso de trabajo ocasionando variaciones en la vida del cuidador. La presencia de este fenómeno en cuidadores de pacientes psiquiátricos, suele denominarse carga del cuidador que trae consigo alteraciones físicas, mentales y socioeconómicas, viéndose afectadas sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio emocional. Así mismo causan efectos sobre el receptor de cuidados, que se ha relacionado con la claudicación o el abandono del cuidado, la institucionalización e incluso con malos tratos y abusos hacia la persona dependiente (13) (14).

b) **Calidad de las relaciones interpersonales:** Denominado carga interpersonal, hace referencia a la percepción que el cuidador o cuidadora tiene representado por aquellos elementos, sentimientos y actitudes acerca de su relación con la persona receptora del cuidado, representado por el grado de interferencia en las relaciones

interpersonales, sentimientos de vergüenza, enfado o tensión hacia su familiar, deseos de delegar el cuidado o sentimientos de indecisión acerca de cómo cuidar (13) (14).

c) **Expectativas de autoeficacia:** Se reflejan las creencias, experiencias, ideas y percepción que refiere el cuidador a la capacidad y calidad que tienen las atenciones que brinda a su familiar a cargo, refleja sentimientos de incapacidad frente a las demandas con su familiar por la falta de recursos económicos para poder cuidar a su familiar adecuadamente o la expectativa de no poder seguir prestando los cuidados por mucho más tiempo (14).

2.3. Definición de términos básicos

Cuidador: Cuando nos referimos a cuidador, nos referimos a aquella persona encargada de dedicar su esfuerzo, para permitir que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, quienes por su situación de salud o presencia de alguna discapacidad física, mental, social o funcional tienen problemas para cuidarse a sí mismos, la cantidad de apoyo tiene que ver mucho con el grado de limitación (43).

Esquizofrenia: Según la Clasificación Internacional de enfermedades mentales (CIE – 10), La esquizofrenia se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento, de las emociones, éstas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas; y de la conducta. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos (44).

Expectativas de autoeficacia: Se reflejan las creencias, experiencias, ideas y percepción que refiere el cuidador sobre su capacidad para brindar un cuidado adecuado y de calidad a su familiar a cargo, es así que tiene pensamientos referentes a la atención (14).

Factores ambientales: El factor ambiental representa todo aquel elemento externo al cuerpo humano, que rodea o se interrelaciona con el individuo, sobre el cual la persona tiene cierto grado de control (45).

Factores de riesgo asociados la esquizofrenia: Se denominan Factores de riesgo a todos y cada uno de los fenómenos de los que depende la probabilidad de sufrir esquizofrenia, o que están asociados a ella. Pueden ser fenómenos biológicos, psicológicos o sociales que anteceden de algún modo a la enfermedad. Pueden ser causa de la misma o simplemente estar relacionados con su causa (46).

Factores genéticos: son los que intervienen en la transmisión de las características de los padres a los hijos. Determinan las características físicas de los organismos y en los seres humanos no se ha podido determinar su influencia en el comportamiento o personalidad (47).

Factores socioeconómicos son las experiencias sociales y económicas y las realidades que te ayudan a moldear la personalidad, las actitudes y la forma de vida (47).

Familiar de paciente: La familia es quien acompaña, informa y recibe la información que se requiere para la prolongación del cuidado, siendo en diversas ocasiones el medio para la comunicación con el paciente, más aún cuando se encuentra descompensado (48).

Gemelos monocigóticos: son genéticamente idénticos, se tomó como premisa que si un miembro de los gemelos idénticos tiene esquizofrenia, entonces el riesgo del otro gemelo debe ser del 100 %, si todo se debiera a los genes (45).

La etapa perinatal: es la que abarca el momento del parto. Comienza con la primera contracción que tiene la madre, pasando por la dilatación del cuello

uterino y la expulsión del bebé (lo que es el parto en sí) y acabando 48 horas después de dicha expulsión (46).

Sobrecarga: La sobrecarga 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 (49).

Sobrecarga familiar: se caracteriza por la existencia de múltiples síntomas, que afectan todas las esferas de la persona, con repercusiones psicológicas, físicas, sociales, económicas y otras que pueden llevar al cuidador a tal grado de sobrecarga que claudique en sus labores de cuidado (36).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Formulación de la Hipótesis

La investigación no requiere plantear hipótesis por ser un estudio de nivel descriptivo. Según Hernández (50) estas hipótesis se utilizan a veces en estudios descriptivos, para intentar predecir un dato o valor en una o más variables que se van a medir u observar. Pero cabe comentar que no en todas las investigaciones descriptivas se formulan hipótesis de esta clase o que sean afirmaciones más generales. No es sencillo realizar estimaciones precisas sobre ciertos fenómenos.

3.2. Variables

Las variables en estudio y sus dimensiones son:

X: Nivel de sobrecarga del familiar cuidador

- X1: Impacto del cuidado sobre el cuidador
- X2: Relación interpersonal
- X3: Expectativa de autoeficacia

3.2.1. Definición conceptual

EL nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores son el resultado de combinaciones de trabajo físico, emocional y restricciones sociales, esto hace referencia a un estado psicológico que surge al cuidar a un enfermo. Esto supone un impacto determinado y unas repercusiones tanto a nivel emocional como en la dinámica familiar habitual y en la situación económica, ya que la familia tiene que satisfacer las necesidades que el enfermo por sí mismo no puede cubrir. A su vez, implica una obligación no retribuida ni esperada, debiendo hacer frente a situaciones difíciles derivadas de los trastornos de conducta del familiar enfermo y prestando asistencia continúa en la vida diaria del mismo.

3.2.2. Definición Operacional

Es la medición del nivel de sobrecarga mediante un cuestionario tomando en cuenta los aspectos: impacto del cuidado sobre el

cuidador, relación interpersonal, y expectativas de autoeficacia el cual consta de 21 ítems; Los datos se obtendrán de las encuestas a los familiares de los pacientes ambulatorios del Servicio de Consulta Externa del Hospital Víctor Larco Herrera y la variable general será evaluada en 3 niveles: No sobrecarga, Sobrecarga leve y Sobrecarga Intensa.

3.2.3. Operacionalización de las variables

Tabla 1: Operacionalización del variable: Nivel de Sobrecarga de los familiares cuidadores

Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Tipo de variable	Valores	Escala de medición	Instrumento
Nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores	Impacto del cuidado sobre el cuidador	Falta de tiempo libre, falta de intimidad, deterioro de la vida social, sensación de pérdida de control sobre su vida, deterioro de la salud.	1,2,3,4, 5,6,7,8, 9,1,0,11, 12.	Cualitativa	No sobrecarga 22-46 Sobrecarga leve 47-55 Sobrecarga intensa 56-110	Ordinal	Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit
	Relación interpersonal	Deseo de delegar el cuidado en otros, sentimiento de vergüenza, enfado o tención hacia su familiar o sentimientos de indecisión acerca del cuidado.	13,14,15, 16,17,18	Cualitativa		Ordinal	
	Expectativa de autoeficacia	Capacidad para cuidar a su familiar, falta de recursos económicos para poder cuidar al familiar adecuadamente o la expectativa de no poder seguir prestando los cuidados por mucho más tiempo.	19,20,21	Cualitativa		Ordinal	

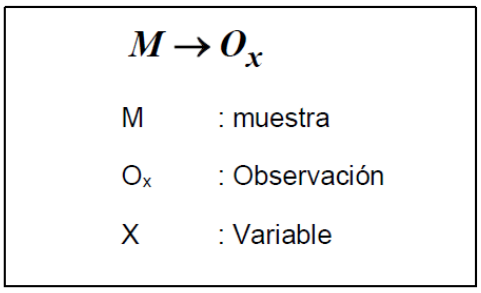
Fuente: elaboración propia

3.3. Tipo de estudio

El presente estudio es de enfoque cuantitativo, porque la recolección de los datos se fundamenta en la medición y análisis de la variable en estudio, y debido a que los datos son producto de mediciones, se representan mediante números (cantidades) y se deben analizar con métodos estadísticos (51).

3.4. Diseño de estudio

El diseño metodológico es no experimental, descriptivo de corte transversal. Es no experimental por que no se manipularan las variables de interés, es descriptivo por que describe las características de la variable de interés y es transversal porque se recolectará datos en un solo momento, en un tiempo único (51). El esquema de diseño es el siguiente:



3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

La población está comprendido por el total de familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia ambulatorios en el servicio de consulta externa del Hospital Víctor Larco Herrera en el año 2016, siendo un total de N° 543 familiares (51).

3.5.2. Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que se atienden en el servicio de consulta externa en el Hospital Víctor Larco Herrera, año 2016.

- Familiar cuidador mayor de 18 años.
- Familiar cuidador principal que atiende al paciente en el hogar.

Criterios de exclusión.

- Familiar cuidador con algún transtorno mental.
- Familiar cuidador analfabeto.

3.5.3 Muestra y Muestreo

Por ser una población grande se obtendrá una muestra representativa aplicando el muestreo aleatorio simple. El tamaño de la muestra se obtendrá mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N.Z^2_{\frac{\alpha}{2}}.pq}{E^2(N-1)+Z^2_{\frac{\alpha}{2}}.pq}$$

Dónde:

N =543 familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia

$Z^2\frac{\alpha}{2}$ =1.96, valor normal estándar con 95% de confiabilidad

E =0.08^2, error permitido

p =0.50, probabilidad de ocurrencia del evento

q =1—p = 0.50, Probabilidad de no ocurrencia del evento

Cálculo del tamaño de muestra**:**

$$\boldsymbol{n = \frac{543\ x\ 1.96^2 x\ 0.5\ x\ 0.5}{0.08^2 x\ (543-1)+1,96^2\ x\ 0.5\ x\ 0.5}}$$

$$\boldsymbol{n = 118.37}$$

Redondeando n=118.37 por lo cual se obtendrá una muestra representativa de 118 familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia.

3.6.Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.6.1. Técnicas de recolección de datos.

La técnica será la encuesta que se aplicara a los familiares cuidadores de pacientes ambulatorios con esquizofrenia en el Servicio de Consulta Externa del Hospital Víctor Larco Herrera.

3.6.2. Instrumento de recolección de datos:

El instrumento usado para medir el nivel de sobrecarga es la “Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit” cuyas características se presentan a continuación:

Ficha técnica

Nombre: Zarit

Autores: Zarit, Rever y Bach-Peterson

Forma de aplicación: Individual

Informantes: Familiares cuidadores

Área de estudio: Hospital Víctor Larco Herrera

Tiempo de duración: 16 minutos

Descripción del cuestionario.

1° Parte: Datos Generales, consisten de 9 ítems, referidos a la edad, estado civil, grado de instrucción, parentesco con el paciente, sexo del paciente, edad del paciente, tiempo de enfermedad del paciente y recibe tratamiento.

2° Parte: El modelo de Zarit fue estructurado en 21 ítems, los que se distribuyeron en tres dimensiones:

- Impacto del cuidado sobre el cuidador Preguntas del 01 al 12
- Relación interpersonal Preguntas del 13 al 18
- Expectativas de autoeficacia Preguntas del 19 al 21

Criterios de evaluación

Cada ítems del cuestionario Zarit fue evaluado usando una escala numérica del 1 al 5, cuyo patrón de respuestas es la siguiente: 1 Nunca, 2 Casi Nunca, 3 Algunas Veces, 4 Frecuentemente y 5 Casi Siempre. Donde el mayor puntaje es sobrecarga intensa. Siendo la escala de puntajes de la variable general.

- No sobrecarga 22-46
- Sobrecarga leve 47-55
- Sobrecarga intensa 56-110

3.6.3. Validez y confiabilidad de los instrumentos

Validez del instrumento

El instrumento como tal se sometió a una prueba de juicio de expertos, para ello se buscó la certificación de cinco connotados docentes en investigación. Los jueces dictaminaron en razón de:

Validez interna: Para verificar la lógica de la construcción del instrumento que responde al problema, objetivo e hipótesis de estudio. Se verifico que el instrumento media lo que se pretende realmente medir en función al objetivo.

Validez de constructo: los jueces certificaron en la medida que el instrumento responde a la construcción lógica de la variable, sus dimensiones, indicadores, que están fundamentadas en el marco teórico.

Validez de contenido: Se verifico que el instrumento debe contener el número suficiente de ítems, que permita profundizar el conocimiento así como se mida las características observables de la variable.

Los jueces en su conjunto dictaminaron los siguientes resultados:

Tabla 2. Evaluación criterio de jueces para validación del instrumento

N°	Expertos	Cuantitativa (%)	Cualitativas
1	Lic. Hilda Gómez Villón	98	Aplicable
2	Lic. Gialina Toledo Méndez	95	Aplicable
3	Mg. Mauricio Mamani Mendevil	97	Aplicable
4	Lic. María Anchelia Ambrosio	98	Aplicable
5	Dr. Allyn Zavaleta Pesantes	96	Aplicable

Fuente: elaboración propia

Como se aprecia en la tabla, los jueces en su conjunto decidieron que el instrumento es aplicable. En la escala cualitativa responde al nivel de excelente, por lo tanto se considera aplicable a la investigación. (Aceptable = 0.70-0.80; Bueno= 0.80-0.90; Excelente por encima de 0.90).

Confiabilidad de los instrumentos

Para determinar el grado de confiabilidad del instrumento de medición del tema de investigación que estamos tratando haremos uso del Coeficiente Alfa de Cronbach, cuya fórmula a usar es

cuya fórmula a usar es

$$\alpha = \frac{K}{(K-1)}\left[1 - \frac{\sum s_i^2}{s_T^2}\right]$$

Donde:

K : Es el número total de ítems

$\sum s_i^2$: Sumatoria de las varianzas de los ítems

S_T^2 : Varianza de la suma de ítems

Nivel de Confiabilidad

- 0,80 a 1,00 Elevada
- 0,60 a 0,79 Aceptable
- 0,40 a 0,59 Moderada
- 0,20 a 0,39 Baja
- 0,00 a 0,19 Muy baja

Para obtener la confiabilidad del instrumento, se aplicó una prueba piloto que estuvo conformada por 30 familiares cuidadores y haciendo uso del Software Estadístico IBM SPSS se determinaron los Coeficientes Alfa de Cronbach a partir de la Matriz de correlaciones de los ítems correspondiente a los indicadores de la variable Nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores.

Observamos que en el anexo 6 se puede apreciar que el coeficiente Alfa de Cronbach correspondiente a la variable nivel de sobrecarga de familiares cuidadores es de 0.715, es decir tomando en cuenta todos los ítems el coeficiente calculado es mayor a 0.600, entonces concluimos que la confiabilidad del instrumento de medición es Aceptable para el presente estudio.

3.6.4. Procedimientos para la recolección de datos

El estudio se inició solicitando un permiso a las autoridades del Hospital Psiquiátrico Víctor Larco Herrera. La recolección de datos se realizó mediante visitas al servicio de consulta externa, en los cuales se explicó el objetivo y los fines de estudio a cada familiar encuestado. Previa aceptación del consentimiento informado, se tomaron los datos generales y se procede la encuesta. El tiempo para la encuesta fue

aproximadamente 10 minutos por cada familiar, al término del trabajo de recolección se procederá el análisis de los datos obtenidos.

Prueba del piloto: se aplicó una prueba piloto que servirá para la validez y confiabilidad del instrumento, se solicitó la autorización del director del Hospital Psiquiátrico Víctor Larco Herrera., se entrevistaran a 30 pacientes en el servicio de consulta externa.

3.7. Técnicas para el procesamiento y análisis de datos

Una vez recolectada la información se procederá al ordenamiento y a la creación de una base de datos a partir de todas las encuestas. Para el procesamiento de los datos se hará uso del Software estadístico IBM SPSS versión 23, con el cual obtendremos tablas, gráficos, parámetros o medidas que servirán para describir la variable en estudio. Una vez procesada la información se analizará e interpretará cada tabla y gráfico que se obtenga por la variable estudiada, realizándose un análisis porcentual para determinar el nivel de sobrecarga leve, moderada e intensa en los familiares cuidadores.

3.8. Consideraciones éticas

Para la ejecución de la presente investigación se contó con la autorización de la Institución de Salud Mental Víctor Larco Herrera y el consentimiento informado que fue firmado por cada paciente elegido (si el sujeto es menor edad será firmado por el padre o apoderado) que participó en el estudio, previa explicación de los objetivos y resolución de dudas de los participantes. Además se consideraron los siguientes principios bioéticos:

- Respeto a la dignidad humana: derecho que da al sujeto a participar voluntariamente, no se obligara a las personas que no deseen participar o colaborar.
- Beneficencia: se evitara los daños en la integridad física o psicológica del sujeto.
- Autonomía: se respetará a las personas reconociendo sus decisiones tomadas de acuerdo con sus valores y convicciones personales.
- Equidad: trato justo y equitativo según las necesidades del sujeto.

- Veracidad: No se mentirá ni engañará a los sujetos de estudio, se informará a detalle el propósito dela investigación.
- Confidencialidad: se salvaguardará la información de carácter personal (anonimato) y se mantendrá el carácter de secreto profesional de esta información.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Análisis Descriptivo

Tabla 3. Distribución de familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia según datos generales en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017.

Edad	n	%
	118	100
20 - 30	25	21.2
31 - 40	23	19.5
41 - 50	35	29.7
50 - 64	35	29.7
Sexo	n	%
	118	100
Masculino	29	24.6
Femenino	89	75.4
Estado Civil	n	%
	118	100
Soltero	34	28.8
Casado	18	15.3
Conviviente	47	39.8
Viudo	8	6.8
Divorciado	11	9.3
Grado de instrucción	n	%
	118	100
Primaria	2	1.7
Secundaria	83	70.3
Superior	33	28.0
Parentesco con el paciente	n	%
	118	100
Padre	18	15.3
Madre	35	29.7

Hermano	63	53.4
Otros	2	1.7

Fuente: Hospital Víctor Larco Herrera, 2017

El instrumento se aplicó a 118 familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia en el hospital Víctor Larco Herrera, cuyas edades estaban comprendidas entre los 20 a 64 años, 21.2 % de los familiares que tenían edades entre 20 a 30 años, 19.5% entre 31 a 40 años, 29.7% entre 41 a 50 años y 29.7 % de 50 a 64 años; siendo el 24.6% de sexo masculino y 75.4% femenino; de los cuales el 28.8% son solteros,15.3% casados, 39.8% convivientes, 6.8% viudos y el 9.3% divorciados. En cuanto al grado de instrucción el 1.7 % tienen instrucción primaria, 70.3% secundaria y 28.0 % superior. Respecto al parentesco con el paciente 15.3% son el padre, 29.7 % madre, 53.4% hermano y el 1.7% otro.

Tabla 4. Distribución de pacientes con esquizofrenia según datos generales en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017

Sexo del paciente	n	%
	118	100
Masculino	72	61.0
Femenino	46	39.0
Edad del paciente	n	%
	118	100
15 - 20	20	16.9
21 - 30	84	71.2
31 - 40	8	6.8
41 - 45	6	5.1
Tiempo de enfermedad del paciente	n	%
	118	100
1 - 5	87	73.7
6 - 10	18	15.3
11 - 15	8	6.8
16 - 20	5	4.2
Recibe tratamiento	n	%
	118	100
Regular	64	54.2
Irregular	54	45.8

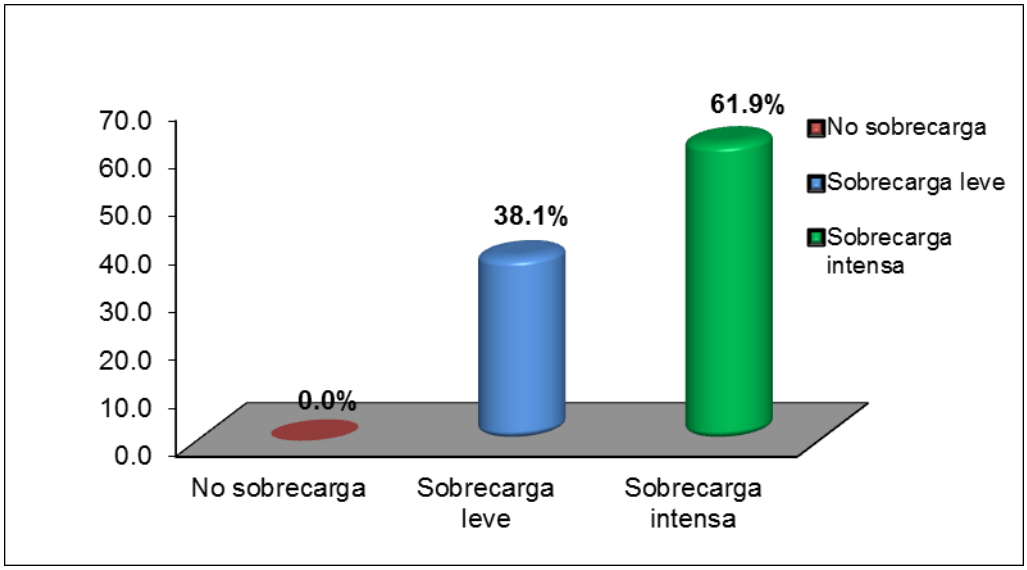
Fuente: Hospital Víctor Larco Herrera, 2017

En la tabla 4 se observa las edades de los pacientes con esquizofrenia están comprendidas entre los 15 a 45 años, 16.9 % de las edades entre 15 a 20 años, 71.2% entre 21 a 30 años, 6.8% entre 31 a 40 años y 5.1 % de 41 a 45 años; siendo el 61.0% de sexo masculino y 39.0% femenino. Presentando un tiempo de enfermedad de 1 a 20 años, 73.7% 1 a 5 años, 15.3% de 6 a 10 años, 6.8% de 11 a 15 años y 4.2 % de 16 a 20 años. El 54.2 % recibe tratamiento regular y el 45.8% de manera irregular.

Tabla 5. Distribución de familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia según nivel de sobrecarga en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017

Niveles	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No sobrecarga	0	0.0	0.0
Sobrecarga leve	45	38.1	38.1
Sobrecarga intensa	73	61.9	100.0
Total	118	100.0	

Fuente: Hospital Víctor Larco Herrera, 2016



Fuente: Hospital Víctor Larco Herrera, 2017

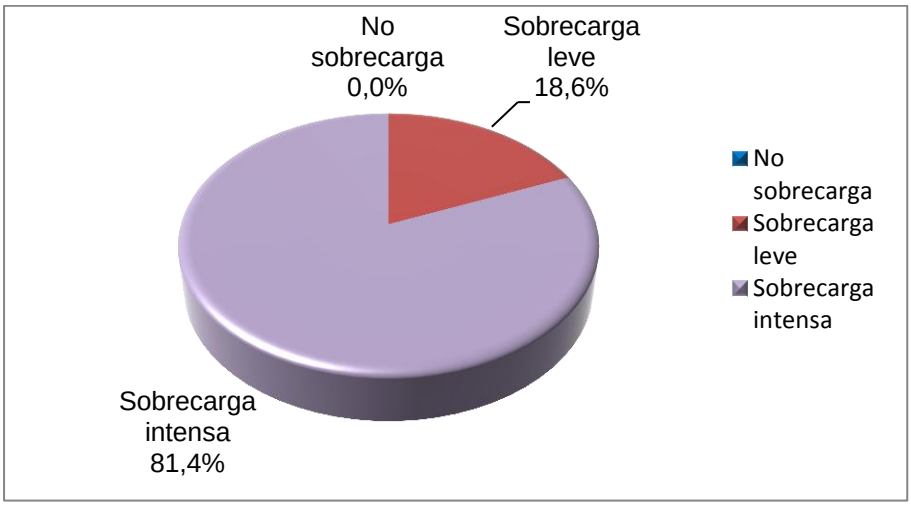
Figura 1. Distribución porcentual de familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia según nivel de sobrecarga en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017

Se observa en la tabla 5 y figura 1, que del total de familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia encuestados sobre nivel de sobrecarga, el 38.1% tienen sobrecarga leve y 61.9% sobrecarga intensa.

Tabla 6. Distribución de familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia según nivel de sobrecarga en la dimensión impacto del cuidado sobre el cuidador en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017

Niveles	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No sobrecarga	0	0.0	0.0
Sobrecarga leve	22	18.6	18.6
Sobrecarga intensa	96	81.4	100.0
Total	118	100.0	

Fuente: Hospital Víctor Larco Herrera, 2017



Fuente: Hospital Víctor Larco Herrera, 2017

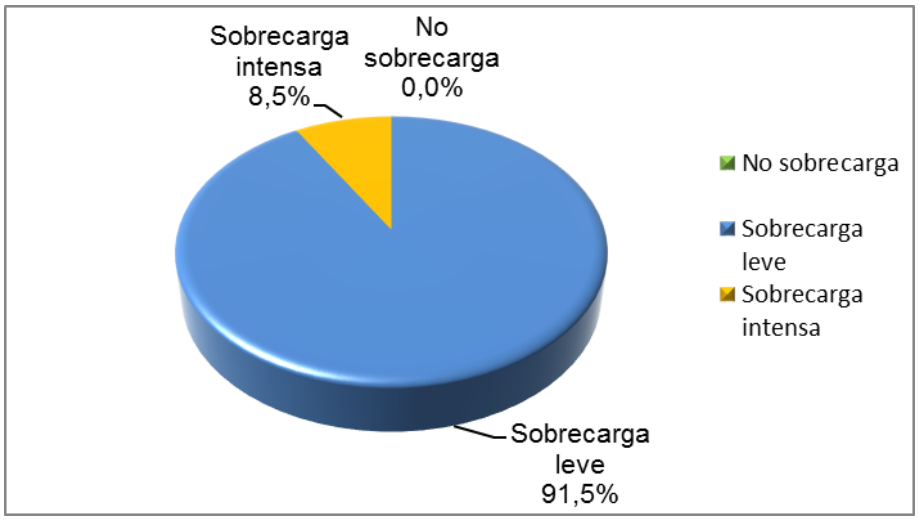
Figura 2. Distribución porcentual de familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia según la dimensión impacto del cuidado sobre el cuidador en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017.

Se observa en la tabla 6 y figura 2, que del total de familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia encuestados sobre nivel de sobrecarga en la dimensión impacto del cuidado, el 38.1% tienen sobrecarga leve y 61.9% sobrecarga intensa.

Tabla 7. Distribución de familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia según nivel de sobrecarga en la dimensión relación interpersonal en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017

Niveles	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No sobrecarga	0	0.0	0.0
Sobrecarga leve	108	91.5	91.5
Sobrecarga intensa	10	8.5	100.0
Total	118	100.0	

Fuente: Hospital Víctor Larco Herrera, 2017



Fuente: Hospital Víctor Larco Herrera, 2017

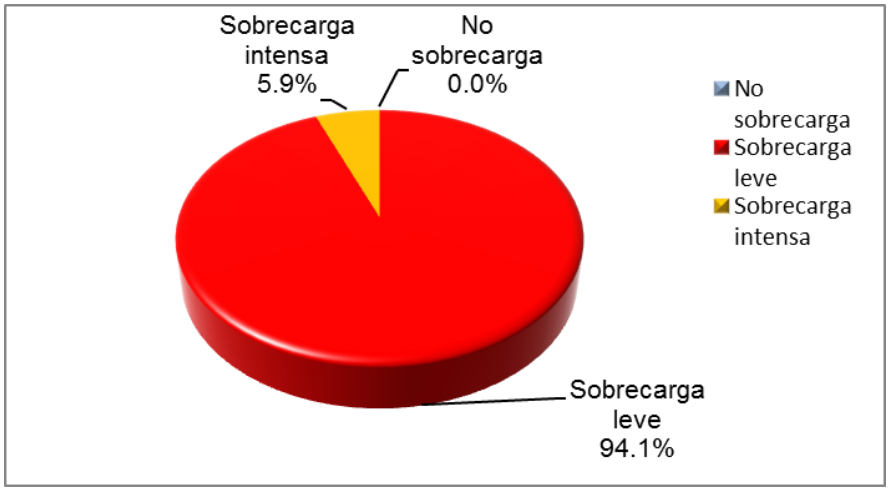
Figura 3. Distribución porcentual de familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia según la dimensión relación interpersonal en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017.

Se observa en la tabla 7 y figura 3, que del total de familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia encuestados sobre el nivel de sobrecarga en la dimensión relación interpersonal, el 91.5% tienen sobrecarga leve y el 8.5% tienen sobrecarga intensa.

Tabla 8. Distribución de familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia según nivel de sobrecarga en la dimensión expectativa de autoeficacia en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017

Niveles	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No sobrecarga	0	0.0	0.0
Sobrecarga leve	108	91.5	91.5
Sobrecarga intensa	10	8.5	100.0
Total	118	100.0	

Fuente: Hospital Víctor Larco Herrera, 2017



Fuente: Hospital Víctor Larco Herrera, 2017

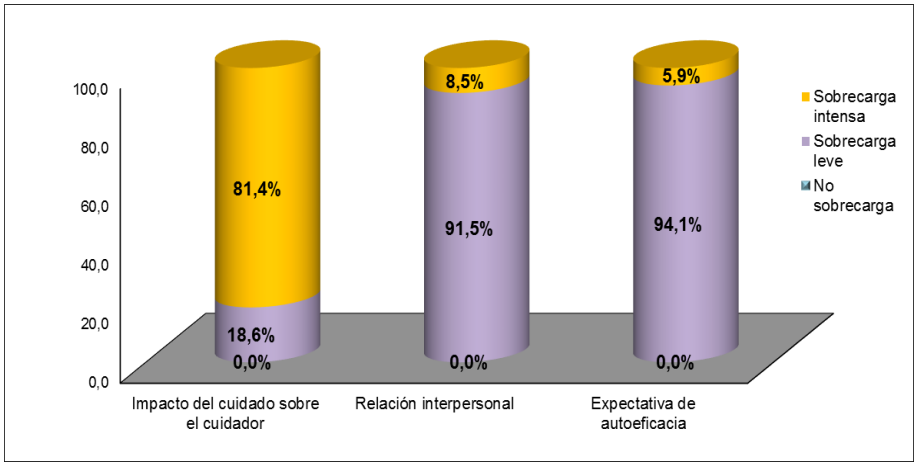
Figura 4. Distribución porcentual de familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia según la dimensión expectativa de autoeficacia.

Se observa en la tabla 8 y figura 4, que del total de familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia encuestados sobre el nivel de sobrecarga en la dimensión expectativa de autoeficacia, el 94.1% tienen sobrecarga leve y el 5.9% tienen sobrecarga intensa.

Tabla 9. Distribución de familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia según comparación de dimensiones del nivel de sobrecarga en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017

	No sobrecarga		Sobrecarga leve		Sobrecarga moderada		TOTAL	
Dimensiones	n1	%	n2	%	n3	%	n	%
Impacto del cuidado sobre el cuidador	0	0.0	22	18.6	96	81.4	118	100
Relación interpersonal	0	0.0	108	91.5	10	8.5	118	100
Expectativa de autoeficacia	0	0.0	111	94.1	7	5.9	118	100

Fuente: Hospital Víctor Larco Herrera, 2017



Fuente: Hospital Víctor Larco Herrera, 2017

Figura 5. Distribución porcentual de familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia según comparación de dimensiones del nivel de sobrecarga en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017

Se observa en la tabla 9 y figura 5, que del total de familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia encuestados la mayoría tiene nivel de sobrecarga intensa en la dimensión impacto del cuidado sobre el cuidador, nivel de sobrecarga leve en las dimensiones relación interpersonal y expectativa de autoeficacia.

Tabla 10. Distribución de familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia según ítems y niveles de sobrecarga en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017.

Dimensiones	Ítems	Nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores						Total	
		No sobrecarga		Sobrecarga leve		Sobrecarga intensa			
		n_1	%	n_2	%	n_3	%	n	%
Impacto del cuidado sobre el cuidador	**P1**	4	3.4	32	27.1	82	69.5	118	100
	P2	3	2.5	32	27.1	83	70.3	118	100
	P3	0	0.0	34	28.8	84	71.2	118	100
	P4	0	0.0	7	5.9	111	94.1	118	100
	P5	0	0.0	44	37.3	74	62.7	118	100
	P6	7	5.9	44	37.3	67	56.8	118	100
	P7	6	5.1	26	22.0	86	72.9	118	100
	P8	2	1.7	39	33.1	77	65.3	118	100
	P9	0	0.0	12	10.2	106	89.8	118	100
	P10	0	0.0	14	11.9	104	88.1	118	100
	P11	12	10.2	25	21.2	81	68.6	118	100
	P12	0	0.0	15	12.7	103	87.3	118	100
Relacion interpersonal	**P13**	1	0.8	59	50.0	58	49.2	118	100
	P14	8	6.8	63	53.4	47	39.8	118	100
	P15	39	33.1	65	55.1	14	11.9	118	100
	P16	14	11.9	50	42.4	54	45.8	118	100
	P17	3	2.5	44	37.3	71	60.2	118	100
	P18	2	1.7	48	40.7	68	57.6	118	100
Expectativa de autoeficacia	**P19**	59	50.0	59	50.0	0	0.0	118	100
	P20	0	0.0	26	22.0	92	78.0	118	100
	P21	0	0.0	41	34.7	77	65.3	118	100

Fuente: Hospital Víctor Larco Herrera, 2017

En la tabla 10 se observa en la dimensión impacto del cuidado sobre el cuidador la pregunta N°4 presenta el mayor porcentaje de sobrecarga intensa (94.1%), sobrecarga leve (5.9%) y no sobrecarga (0.0 %). En la dimensión relación interpersonal se observa la pregunta N° 17 con porcentaje de sobrecarga intensa (60.2%), sobrecarga leve (37.3%) y no sobrecarga (2.5%). En la dimensión expectativa de autoeficacia la pregunta N° 20 presenta el mayor porcentaje de sobrecarga intensa (78.0%), sobrecarga leve (22.0%) y no sobrecarga un (0.0%).

4.2. Discusión de resultados

Al analizar nuestro estudio encontramos que según las características sociodemográficas de los 118 familiares que participan en el estudio, su edad promedio era de 41 ± 50 años además la mayoría era de sexo femenino (75.4%), estado civil conviviente (39.8%) con grado de instrucción secundaria (70.3%), parentesco con el paciente hermano (53.4%).se han encontrado estudios similares en ciertos aspectos a nuestra investigación como lo es de **Jaen et al.** (11) donde el perfil del cuidador pertenece al género femenino (84.2%). También el estudio de **Izquierdo et al**. (12) donde las edades de los curadores oscilaron entre 36 a 50 años (54%).

La familia es la fuente principal de cuidados para las personas de cualquier edad que se encuentran en situación de fragilidad o dependencia. Un impacto determinado y unas repercusiones tanto a nivel emocional como en la dinámica familiar habitual y en la situación económica, ya que la familia tiene que satisfacer las necesidades que el enfermo por sí mismo no puede cubrir, a su vez implica una obligación no retribuida ni esperada, debiendo hacer frente a situaciones difíciles derivadas de los trastornos de conducta del familiar enfermo y prestando asistencia continua en la vida diaria del mismo (37).

En relación al nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores el 61.9% de familiares cuidadores obtuvieron un nivel de sobrecarga intensa y el 38.1% sobrecarga leve. Lo cual indica a nivel global la mayoría de loa familiares cuidadores tienen un nivel de sobrecarga intensa. Similares resultados encontraron de **Izquierdo et al**. (12) de los cuidadores de pacientes con trastornos mentales la sobrecarga percibida fue sobrecarga intensa (46.8%) ausencia de sobrecarga con (40.3%) y sobrecarga leve (12.9%). También de **Andueza et al**. (10) se encontró que el nivel de sobrecarga presentado por un 53% de cuidadores es intenso. Contrariamente **Correa (14)** concluyo que la sobrecarga que experimenta los familiares cuidadores es mayoritariamente de nivel leve**.** No coincide también **Comba (13)** determinó que el el 44% de los cuidadores familiares presentaban sobrecarga leve**.** También **Li (15)** encuentra una cantidad elevada de familiares cuidadores que presentan sobrecarga a predominio leve (69.6%)**.**

La carga familiar repercute en distintas áreas de la vida del cuidador: las tareas de la casa, las relaciones de pareja, familiares y sociales, el desarrollo personal del libre la economía familia, la salud mental y el malestar subjetivo del cuidador relacionado con la enfermedad (33).

La mayoría de familiares cuidadores presentan el nivel de sobrecarga intensa, lo cual indica una situación alarmante, debido a que dichas personas no tienen un adecuado nivel de adaptación frente a las demandas o situaciones nuevas e impredecibles que genera la esquizofrenia; y el porcentaje restante presenta un nivel de sobrecarga leve lo cual implica una situación medianamente tolerable.

El nivel de sobrecarga referido a la dimensión Impacto del cuidado sobre el cuidador, el 81.4% de familiares cuidadores obtuvieron un nivel alto de sobrecarga, 18.6% sobrecarga leve y 0.0% no sobrecarga Lo cual significa que en esta dimensión la mayoría de familiares cuidadores presentan un nivel de sobrecarga intensa. Esto explica que de los familiares cuidadores encuestados frecuentemente sienten que su familiar depende de ellos, siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita y creen que su familiar espera que le cuide como si fuera la única persona con la que pueda contar. Similares resultados encontraron **Correa** (14) indica que la dimensión impacto del cuidado sobre el cuidador es la más afectada.

El impacto del cuidado está relacionado a los efectos o consecuencias que se evidencian en el cuidador informal, ocasionados por prestación de cuidados a un familiar dependiente, se pueden identificar una variedad de situaciones como falta de tiempo libre e intimidad, deterioro de la vida social, pérdida de control sobre su vida etc. (14).

La sobrecarga afecta la calidad de vida de quienes asumen el rol de cuidado, con mucha frecuencia la familia de un miembro con esquizofrenia, se ve muy afectada, por la presión que significa cuidarlo, pues se sienten responsables de la enfermedad y sus recaídas; y tienen que satisfacer las necesidades que el enfermo por sí mismo no puede cubrir. Es así que en nuestro estudio el mayor porcentaje (81.4 %) de sobrecarga pertenece al nivel intenso por lo que se afirma que es la dimensión más afectada.

El nivel de sobrecarga referido a la dimensión relación interpersonal el 91.5% de familiares cuidadores obtuvieron un nivel de sobrecarga leve, 8.5% sobrecarga intensa y 0.0% no sobrecarga. Lo cual significa que en dicha dimensión los familiares cuidadores presentaron una sobrecarga leve. Esto explica que los familiares encuestados algunas veces se sienten inseguros de afrontar o prevenir alguna recaída del familiar, se sienten agotados cuando tiene que estar junto a su familiar y sienten irritación o enojo cuando está cerca su familiar. Similares resultados se han encontrado. Similares resultados se encontraron **Chomba** (13) sonde determino que en la dimensión de relaciones interpersonales presentan una sobrecarga leve con un porcentaje de (56%). **Correa** (14) en su estudio indica que la dimensión relaciones interpersonales presenta un nivel leve de sobrecarga con un porcentaje (48.5%).

La calidad de las relaciones interpersonales es representada por aquellos elementos, sentimientos y actitudes, referido a producto de la relación y convivencia que el cuidador familiar mantiene con la persona receptora del cuidado (14).

Sabemos que la familia es la principal proveedora de cuidados, en la atención a largo plazo del enfermo, por ello no dejan de suscitarse contradicciones debido a una serie de cambios que debe asumir la familia y las decisiones que debe tomar para lo cual pocas veces están preparadas.

El nivel de sobrecarga referido a la dimensión expectativas de autoeficacia el 94.1% de los familiares cuidadores obtuvieron un nivel de sobrecarga leve, 5.9% sobrecarga intensa y 0.0% no sobrecarga. Lo cual significa que en la presente dimensión los familiares cuidadores presentaron una sobrecarga leve. Esto explica que los familiares cuidadores encuestados algunas veces creen que podrían cuidar a sus familiares mejor de lo que lo hacen y sienten que no van a ser capaz de cuidar de su familiar por mucho más tiempo. Similares resultados obtuvieron. **Correa** (14) se encontró que la sobrecarga que se encontraron en los familiares cuidadores es mayoritariamente de nivel leve. No coincide **Chomba** (13) al afirmar que en la dimensión expectativa de autoeficacia no presentan sobrecarga con un porcentaje de (63%).

Las expectativas de auto eficacia se reflejan en las creencias, experiencia, ideas y percepción que refiere al cuidador sobre su capacidad para brindar un cuidado adecuado y de calidad a su familiar a cargo y así tiene pensamientos referentes a la atención (14).

El cuidador por lo general experimenta una variada gama de emociones (ira, culpa, frustración, agotamiento, ansiedad, miedo, dolor, tristeza, amor, aumento de la autoestima y satisfacción) debido al trabajo realizado, dependiendo de las circunstancias individuales en que se asume el rol de cuidador, esto significa un cambio brusco para el que no está preparado y puede originar sentimientos de pérdida importante, de lo que fue antes de asumir el rol de cuidador y de las expectativas que se había trazado.

En los resultados de nuestro estudio hallamos que en forma global la sobrecarga es intensa; en la dimensión impacto del cuidado sobre el cuidador el resultado fue sobrecarga intensa y en las dimensiones relación interpersonal y expectativas de autoeficacia se obtuvo un resultado de sobrecarga leve.

CONCLUSIONES

Primera: La mayoría de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia tienen un nivel de sobrecarga intensa en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017.

Segunda: El nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia en la dimensión impacto del cuidado sobre el cuidador, en su mayoría es intensa.

Tercero: En nivel de sobrecarga familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia en la dimensión relación interpersonal en su mayoría es leve.

Cuarto: En nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia en la dimensión expectativa de autoeficacia en su mayoría es leve.

SUGERENCIAS

Primera: Al profesional de enfermería implementar un programa de evaluación periódica de sobrecarga, en la búsqueda de información relevante y oportuna, que permita identificar los indicios del agotamiento en el cuidador familiar.

Segunda: Al profesional de enfermería realizar programas psicoeducativas dirigido a los familiares, educándoles sobre las medidas de afrontamiento físicas, psicológicas y sociales a optar para prevenir la sobrecarga.

Tercera: Al profesional de enfermería formar grupos de apoyo y reunión entre los familiares de pacientes con esquizofrenia, a fin de que puedan interactuar y compartir experiencias y vivencias entre ellos.

Cuarta: Al equipo multidisciplinario del Hospital Víctor Larco Herrera implementar campañas o talleres sobre estilos de vida saludables, promoviendo el nivel de vida de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia de acuerdo al nivel de sobrecarga que presenta el familiar.

Quinta: Al profesional de enfermería del Hospital Víctor Larco Herrera, brindar un cuidado humanizado al paciente y entorno; teniendo en cuenta la atención de la enfermedad actual y la prevención de las posibles consecuencias en la familia.

Sexta: Promover dentro de los contenidos temáticos en Salud Mental, Psiquiatría y Salud Publica u otros cursos afines en las instituciones formadoras (Universidades, Asociaciones Científicas, Colegio de Enfermeros) haciendo énfasis en la promoción y prevención de la salud mental no solo en el enfermo sino en el entorno.

Séptima: A los investigadores realizar investigaciones similares dirigidas a la problemática en salud mental, debido al aumento de casos de trastornos mentales y la necesidad de abordar la salud del cuidador.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Esquizofrenia. Nota descriptiva Nº 397. [Internet] Octubre -2015 [Acceso 2015 Noviembre 28]; Disponible en: http://bit.ly/1wN5Plh
2. Kaplan A, Sadock B, Sadock V et al. Sinopsis de Psiquiatria ciencias de la conducta/Psiquiatría clínica 10º ed. 2013
3. Hagnell O. A prospective study of the incidence of mental disorders. Estocolmo: Sevenska Bokforlaget 2° ed. 1966.
4. Sartorius N, Jablensky A, Korten A, Ernberg G et al. Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures: A preliminary report on the initial evaluation of the WHO collaborative study on determinants of outcome of severe mental disorders. Psychol Med 1986; 1 (16): 687-909.
5. Esquizofrenia [Internet]. Lima: 2015 [consultado 2017 Diciembre 30]. Disponible en: http://bit.ly/2EWkGlE
6. Zúñiga S, Jobet J. Psicoeducación y Esquizofrenia. Una experiencia en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Base Valdivia. RevPsiquiat., 1991; 5(3): 815-820.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. [Internet] España 2009. [Acceso 2016 Enero 12]. Disponible en: http://bit.ly/2Aqg08E
8. Ruiz, Salaberria K, Echeburúa E. Análisis y Tratamiento Psicológico de la Esquizofrenia en función de los estadíos clínicos. Actas Esp Psquiatr. [Revista en Internet] 2013; 41 (1): 52-9 [Acceso 2017 Enero 22]. Disponible en: http://bit.ly/2nhzQxC
9. Cien años del Hospital Larco Herrera: abriendo mentes- Hospital Víctor Larco Herrera- 2016. Peru21. Disponible en: http://bit.ly/2oAst1B
10. Andueza M, Galán P, Benavides B, Peralta C. Sobrecarga emocional del cuidador del enfermo mental ingresado en una unidad de subagudos. Nure Investigación 2013 (consultado 2017 marzo 10) 9(61):1-10. Disponible en: http://bit.ly/2i0P9W7

11. Jaen D, Callisaya E. Quisbert H. Evaluación de la sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia del Hospital de Psiquiatría “Dr. José María Alvarado”. Revista Médica (serie de internet) 2014 (citado 05 abril 2017) 18(2):21-26. Disponible en: http://bit.ly/2i4wWXK
12. Izquierdo D, Manjarrés J, Nieves K, Pacheco W, Pérez B. Nivel de sobrecarga y características del cuidado en cuidadores de personas con trastorno mentales, Cartagena – 2016 (Tesis de licenciatura). Universidad de Cartagena; 2016
13. Chomba Sánchez A. Sobrecarga en el cuidador familiar del paciente con esquizofrenia, Hospital Hermilio Valdizán, agosto 2013. [Tesis de licenciatura] Lima. Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza afiliada a la Universidad Ricardo Palma. 2013
14. Correa Loayza D. Nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia que asisten a un servicio de salud – 2014. [Tesis de licenciatura] Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2015
15. Mey Ling Li Quiroga. Nivel de sobrecarga y sus factores asociados en familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Regional Docente Las Mercedes (HRDLM) durante Octubre - Diciembre del 2013. [Tesis para optar el título de médico cirujano] Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo. 2014.
16. Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP) Asociación Psiquiátrica de América Latina Sección de Diagnóstico y Clasificación 2004.
17. Stucchi Portocarrero S. La Esquizofrenia. Artículos de Investigación. 2013; 76 (4):11-70
18. Kendler K, McGuire M, Gruenberg A. The Roscommon family study. Methods, diagnosis of probands, and risk of schizophrenia in relatives. Arch. Gen. Psychiatry 1993; 50 (1): 527–540
19. Bateson G, Jackson D, Haley J, Weakland H. Towards a theory of schizophrenia. Behav. Sci. 1956; 1, 251–264
20. Maki P, Veijola J, Jones B. Predictors of schizophrenia — a review. British Medical Bulletin 2005; 73-74: 1–15.

21. Clair D, Xu M, Wang P. Rates of adult schizophrenia following prenatal exposure to the Chinese famine of 1959–61. J.A.M.A. China. 2005; 294: 557–562
22. Geddes J, Verdoux H, Takei N. Schizophrenia and complications of pregnancy and labor: an individual patient data meta-analysis. Schizophr. Bull. 1999; 25: 413–423.
23. Wohl M, Gorwood P. Paternal ages below or above 35 years old are associated with a different risk of schizophrenia in the offspring. Eur. Psychiatry. 2007; 22: 22–26
24. Davies G, Welham J, Chant D. A systematic review and meta-analysis of northern hemisphere season of birth studies in schizophrenia. Schizophr. Bull. 2003; 29, 587–593
25. Read J, vans J, Morrison A, Ross C. Childhood trauma, psychosis, and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. Acta Psychiatr. Scand. 2005; 112, 330–350
26. Semple D, McIntosh A, Lawrie S. Cannabis as a risk factor for psychosis: systematic review. J. Psychopharmacology. 2005; 19, 187–194
27. National Collaborating Centre for Mental Health Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update). Schizophrenia (update): full guideline (March 2009)
28. Pérez F, Juan M, Graber M. Trastornos psicóticos y esquizofrenia. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur. Universidad de Chile. Apuntes para uso exclusivo de docencia. Chile. 2009.
29. Bobes J, González M. Calidad de vida en la esquizofrenia. En: Katsching H, Freeman H, Sartorius N. Calidad de vida en los trastornos mentales. España: Editorial Masson, 2000; 157-69.
30. Halbreich U, Kahn LS. Hormonal aspects of schizophrenias: an overview. Psych neuroendocrinology 2003; 28(2):1–16.
31. Llanos Moreno M E. Actitudes de los familiares de pacientes con esquizofrenia y nivel de conocimiento sobre la enfermedad, Hospital Hermilio Valdizán – 2010 (Tesis de licenciatura).Lima: Escuela de

Enfermería Padre Luis Tezza afiliada a la Universidad Ricardo Palma; 2010.

32. Schene A. Objective and subjective dimensions of family burden. Soc Psych Psychiatr Epidemiol. 1990; 25: 289-97.
33. Caqueo U, Guirierres M, Miranda C. Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: A literature review. Health Qual Life Outcomes. [Internet] 2009; 7 (84): 1-5 [Acceso 2017 Abril 28]. Disponible en: http://bit.ly/2nhto9I
34. Beperet M, Nadal S, Martínez A, Pérez F, Salvador L, Romero C. Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: factores determinantes. An Sist Sanit Navar. 2000; 23(1): 101-10.
35. Otero V, Rebolledo S. Evaluación de la carga familiar en pacientes esquizofrénicos después de un programa de rehabilitación. Psiquiat Pública. 1993; 5(4).
36. Bermejo C, Martínez M. Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar. Rev. Nure Investig. 2001; 5(11). 21-56
37. Pérez J, Abanto J, Labarta J. El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia). Aten Primaria. 1996; 18(4):194-202.
38. Yaffe K, Fox P, Newcomer R, Sands L, Lindquist K, Dane K, et al. Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patiens with dementia. JAMA. 2002; 287(16):2090-7.
39. Martínez A, Nadal S, Beperet M, Mendióroz P. Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia. Anales Sis. San Navarra. 2000; 23(1): 101-110.
40. Asociación Mundial para la Esquizofrenia y Trastornos Relacionados. Para los familiares que cuidan a parientes con un trastorno mental. (serie de internet) 2009 (consultado 2017 mayo 15) Disponible en: http://espanol.world- schizophrenia.org/ publications/07-health.html.
41. Morrison J, Michael M. Fundamentos de Enfermería en Salud Mental, 1o ed., España: Mosby. 1999; 2 (4): 25-82.

42. Juan Manuel. A. Enfermería en Salud Mental. Rev. Esp. de Sanidad Penitenciaria [en internet] 2007; 9 (2): pp. 9-10 [Acceso 2016 Mayo 27]. Disponible en: http://bit.ly/2newfQT
43. Algora Gayan J. El cuidador del enfermo esquizofrénico: sobrecarga y estado de salud. RevPsiquiat.(serie de internet) 2011; 6(1): 1-8 (consultado Junio 18) Disponible en: ww.anesm.net/descargas/cuidador.enfermo.squizofrenia.sobrecarga.salud.pdf.
44. Psicomed.net [Internet].Madrid: Psicomed; 2015 [Acceso: 2016 mayo 29]. CIE – 10. Disponible en: http://bit.ly/2dBfqYI
45. Cannon T, Marco E, Structrual brain abnormalities as indicators of vulnerability to schizophrenia. Schizophr Bull. 1994; 20: 89-102.
46. Gonzales Ramos H. Factores de riesgo de la aparición de la esquizofrenia. Rev.Psiquiat.Biolog. [en línea] 2013; 22(2): 125_227.[Acceso 2017 junio 15] Disponible en: http://bit.ly/1oF3EQC
47. Robles García A. La Genética y la Esquizofrenia, Rev. Psiquiat. [En línea] 2011; 2 (1) 15_35 [Acceso:2016 Jun 08] disponible en: http://bit.ly/2kaBcJq
48. Arredondo Perez G. Factores externos que influyen en la esquizofrenia. Revista de Psiquiatría y Salud Mental [En línea] 2015; 2:22-38 [Acceso: 2016 jun 18] disponible en: http://bit.ly/2ioKbGj
49. Caqueo A, Gutiérrez J, Ferrer M, Darrigrande P. Sobrecarga en cuidadores aymaras de pacientes con esquizofrenia. Revista de Psiquiatría y Salud Mental (serie de internet) 2011 (Acceso 2017 Mayo 26) 5(3):191-196. Disponible en: http://bit.ly/2jxsBfM.
50. Hernanez Sampieri R, Fernandez Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. Sexta ed. México: McGraw Hill; 2014.
51. Hosp. Victor Larco Herrera - registro de familiares cuidadores - oficina de estadística e informática, 2016
52. Enciclopedia Británica en español 2014. La familia: concepto, tipos y evolución – UAEH. Disponible en: http://bit.ly/2aXd33y

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de Consistencia

"Nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia en el hospital Víctor Larco Herrera, 2017"

Problema	Objetivo	Variables	Marco metodológico
Problema General ¿Cuál es el nivel de Sobrecarga de los familiares Cuidadores de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017? **Problemas Específicos** ¿Cuál es el nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia; en la dimensión impacto del cuidado sobre el cuidador en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017?	**Objetivo General** Identificar el nivel de Sobrecarga de los familiares Cuidadores de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017. **Objetivos específicos** Identificar el nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia; en la dimensión impacto del cuidado sobre el cuidador en el Hospital Víctor Larco Herrera,2017	**Variables** Las variables en estudio y sus dimensiones son: X: Nivel de sobrecarga del familiar cuidador X1: Impacto del cuidado sobre el cuidador X2: Relación interpersonal X3: Expectativa de autoeficacia	**Tipo de investigación:** Enfoque cuantitativo **Diseño de investigación**: No experimental, descriptivo de corte transversal. $M \rightarrow O_x$ M : muestra O_x : Observación X : Variable **Población:** Estuvo conformada por un total de N° 543 familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia en el servicio de consulta externa del hospital Víctor Larco Herrera

¿Cuál es el nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia; en la dimensión relación interpersonal en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017? ¿Cuál es el nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia; en la dimensión expectativa de autoeficacia en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017?	Identificar el nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia; en la dimensión relación interpersonal en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017 Identificar el nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia; en la dimensión expectativa de autoeficacia en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017		**Muestra** El tipo de muestreo utilizado fue el aleatorio simple y el tamaño muestral fue de 118 familiares cuidadores. **Técnica**: encuesta **Instrumento:** cuestionario Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. **Análisis de datos** Tablas, gráficos y parámetros que servirán para describir la variable de estudio.

Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos

Nº

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE SOBRECARGA FAMILIAR

I. PRESENTACION

Es grato dirigirnos a usted muy respetuosamente, somos estudiantes de enfermería de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, el presente cuestionario tiene como propósito obtener información acerca del nivel de sobrecarga que genera el cuidar a un familiar con diagnóstico de esquizofrenia. Le agradecemos que proporcione una respuesta lo más sincera posible, expresándole que la información será de carácter anónimo y confidencial.

Se le agradece anticipadamente su participación / apoyo.

II. DATOS GENERALES

Completar los espacios en blanco y marca con un aspa (X) según corresponda

1. Edad:	
2. Sexo:	a) Masculino ( ) b) Femenino ( )
3. Estado civil	a) Soltero ( ) b) Casado( ) c) Conviviente ( ) d) Viudo ( ) e) Divorciado ( )
4. Grado de instrucción	a) Primaria ( ) b) Secundaria ( ) c) Superior ( )
5. Parentesco con el paciente:	a) Padre ( ) b) Madre ( ) c) Hermano ( ) d) otro:_____
6. Sexo del paciente	a) Masculino ( ) b) Femenino ( )
7. Edad del paciente	
8. Tiempo de enfermedad del paciente	
9. Recibe tratamiento	a) Regular ( ) b) Irregular ( ) c) A veces ( )

III. INSTRUCCIONES

Para contestar utilice las alternativas de respuestas y marque con un aspa (X) donde crea usted conveniente.

IV. CONTENIDO

ASPECTOS A EVALUAR	Alternativas				
	nunca	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	siempre
IMPACTO DEL CUIDADO SOBRE EL CUIDADOR					
1. ¿Siente Ud. que, a causa del tiempo que pasa con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para Ud. mismo?					
2. ¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
3. ¿En general, ¿se siente muy sobrecargada(o) al tener que cuidar de su familiar?					
4. ¿Siente que su familiar depende de Ud.?					
5. ¿Se siente estresada(o) al tener que cuidar a su familiar y tener además que atender otras responsabilidades?					
6. ¿Siente Ud. que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?					
7. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?					
8. ¿Se siente incómoda(o) para invitar a amigos a casa, a causa de su familiar?					
9. ¿Siente Ud. que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
10. ¿Cree que su familiar espera que Ud. le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar?					
11. ¿Usted acude a algún tipo de terapia de psicoeducación familiar?					
12. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?					

RELACIÓN INTERPERSONAL					
13. ¿Se siente insegura(o) de afrontar o prevenir alguna recaída de su familiar?					
14. ¿Se siente agotada(o) cuando tiene que estar junto a su familiar?					
15. ¿Siente irritación o enojo cuando está cerca de su familiar?					
16. ¿El comportamiento de su familiar le incomoda socialmente?					
17. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?					
18 ¿Siente que la situación actual afecta a su relación social y familiar de una forma negativa?					
EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA					
19. ¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que lo hace?					
20. ¿Cree Ud. que no puede trabajar por cuidar de su familiar y no dispone de dinero suficiente?					
21. ¿Siente que no va a ser capaz de cuidar de su familiar durante mucho más tiempo?					

"Preguntar qué es esquizofrenia, es preguntar cuál es el futuro de la humanidad"

Observaciones: No hay observación.

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** [X] **Aplicable después de corregir** [ ] **No aplicable** [ ]

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg/ Lic.: Hilda Felicita Gómez Villón **DNI:** 06151870

Especialidad del validador: En Salud Mental y Psiquiatría.

25 de Mayo del 2016

[1]**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
[2]**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
[3]**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Hilda F. Gómez Villón
C.E.P. 12[illegible] R.N.E. 2620

Firma del Experto Informante.
Especialidad

Anexo 3: Certificado de validez de instrumentos

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE:El nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia del hospital Víctor Larco Herrera, 2016

Autor(es): Tocto Céspedes Joynarith - Peralta Guzman Jocelyn

Nº	Dimensiones / preguntas	Pertinencia[1]		Relevancia[2]		Claridad[3]		Sugerencias
	IMPACTO DEL CUIDADO SOBRE EL CUIDADOR	Si	No	Si	No	Si	No	
1	¿Siente Ud. que, a causa del tiempo que pasa con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para Ud. mismo?	X		X		X		Ninguna
2	¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	X		X		X		Ninguna
3	¿En general, ¿se siente muy sobrecargada(o) al tener que cuidar de su familiar?	X		X		X		Ninguna
4	¿Siente que su familiar depende de Ud.?	X		X		X		Ninguna
5	¿Se siente estresada(o) al tener que cuidar a su familiar y tener además que atender otras responsabilidades?	X		X		X		Ninguna
6	¿Siente Ud. que su salud se ha visto afectada por Tener que cuidar a su familiar?	X		X		X		Ninguna
7	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?	X		X		X		Ninguna
8	¿Se siente incómoda(o) para invitar a amigos a casa, a causa de su familiar?	X		X		X		Ninguna
9	¿Siente Ud. que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	X		X		X		Ninguna
10	¿Cree que su familiar espera que Ud. le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar?	X		X		X		Ninguna
11	¿Usted acude a algún tipo de terapia de psicoeducación familiar?	X		X		X		Ninguna
12	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	X		X		X		Ninguna
	RELACIÓN INTERPERSONAL	Si	No	Si	No	Si	No	
13	¿Se siente insegura(o) de afrontar o prevenir alguna recaída de su familiar?	X		X		X		Ninguna
14	¿Se siente agotada(o) cuando tiene que estar junto a su familiar?	X		X		X		Ninguna
15	¿Siente irritación o enojo cuando está cerca de su familiar?	X		X		X		Ninguna
16	¿El comportamiento de su familiar le incomoda socialmente?	X		X		X		Ninguna
17	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?	X		X		X		Ninguna
18	¿Siente que la situación actual afecta a su relación social y familiar de una forma negativa?	X		X		X		Ninguna
	EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA	Si	No	Si	No	Si	No	
19	¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que lo hace?	X		X		X		Ninguna
20	¿Cree Ud. que no puede trabajar por cuidar de su familiar y no dispone de dinero suficiente?	X		X		X		Ninguna
21	¿Siente que no va a ser capaz de cuidar de su familiar durante mucho más tiempo?	X		X		X		Ninguna

Observaciones: EL INSTRUMENTO ES APLICABLE Y SUFICIENTE

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** [X] **Aplicable después de corregir** [ ] **No aplicable** [ ]

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg/ Lic.: Lic. GIANINA TOLEDO MENDEZ **DNI:** 09733921

Especialidad del validador: ESTADÍSTICO PROFESIONAL

30 **de Mayo del 2016**

[1]**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
[2]**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
[3]**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Firma del Experto Informante.
Especialidad

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE:El nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia del hospital Víctor Larco Herrera, 2016

Autor(es): Tocto Céspedes Joynarith - Peralta Guzman Jocelyn

Nº	Dimensiones / preguntas	Pertinencia[1]		Relevancia[2]		Claridad[3]		Sugerencias
	IMPACTO DEL CUIDADO SOBRE EL CUIDADOR	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
1	¿Siente Ud. que, a causa del tiempo que pasa con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para Ud. mismo?	✓		✓		✓		mejor
2	¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	✓		✓		✓		mejor
3	¿En general, ¿se siente muy sobrecargada(o) al tener que cuidar de su familiar?	✓		✓		✓		mejor
4	¿Siente que su familiar depende de Ud.?	✓		✓		✓		mejor
5	¿Se siente estresada(o) al tener que cuidar a su familiar y tener además que atender otras responsabilidades?	✓		✓		✓		mejor
6	¿Siente Ud. que su salud se ha visto afectada por Tener que cuidar a su familiar?	✓		✓		✓		mejor
7	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?	✓		✓		✓		mejor
8	¿Se siente incómoda(o) para invitar a amigos a casa, a causa de su familiar?	✓		✓		✓		mejor
9	¿Siente Ud. que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	✓		✓		✓		mejor
10	¿Cree que su familiar espera que Ud. le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar?	✓		✓		✓		mejor
11	¿Usted acude a algún tipo de terapia de psicoeducación familiar?	✓		✓		✓		mejor
12	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	✓		✓		✓		mejor
	RELACIÓN INTERPERSONAL	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
13	¿Se siente insegura(o) de afrontar o prevenir alguna recaída de su familiar?	✓		✓		✓		mejor
14	¿Se siente agotada(o) cuando tiene que estar junto a su familiar?	✓		✓		✓		mejor
15	¿Siente irritación o enojo cuando está cerca de su familiar?	✓		✓		✓		mejor
16	¿El comportamiento de su familiar le incomoda socialmente?	✓		✓		✓		mejor
17	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?	✓		✓		✓		mejor
18	¿Siente que la situación actual afecta a su relación social y familiar de una forma negativa?	✓		✓		✓		mejor
	EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
19	¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que lo hace?	✓		✓		✓		mejor
20	¿Cree Ud. que no puede trabajar por cuidar de su familiar y no dispone de dinero suficiente?	✓		✓		✓		mejor
21	¿Siente que no va a ser capaz de cuidar de su familiar durante mucho más tiempo?	✓		✓		✓		mejor

Observaciones: Es aplicable a la investigación

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** [X] **Aplicable después de corregir** [ ] **No aplicable** [ ]

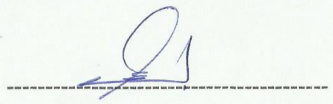
Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg/ Lic.: María Isabel Quichiá Q. **DNI:** 08422900

Especialidad del validador: Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría.

25 de Mayo del 2016

[1]**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
[2]**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
[3]**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



Firma del Experto Informante.
Especialidad

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE:El nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia del hospital Víctor Larco Herrera, 2016

Autor(es): Tocto Céspedes Joynarith - Peralta Guzman Jocelyn

Nº	Dimensiones / preguntas	Pertinencia[1]		Relevancia[2]		Claridad[3]		Sugerencias
	IMPACTO DEL CUIDADO SOBRE EL CUIDADOR	Si	No	Si	No	Si	No	
1	¿Siente Ud. que, a causa del tiempo que pasa con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para Ud. mismo?	X		X		X		Ninguna
2	¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	X		X		X		Ninguna
3	¿En general, ¿se siente muy sobrecargada(o) al tener que cuidar de su familiar?	X		X		X		Ninguna
4	¿Siente que su familiar depende de Ud.?	X		X		X		Ninguna
5	¿Se siente estresada(o) al tener que cuidar a su familiar y tener además que atender otras responsabilidades?	X		X		X		Ninguna
6	¿Siente Ud. que su salud se ha visto afectada por Tener que cuidar a su familiar?	X		X		X		Ninguna
7	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?	X		X		X		Ninguna
8	¿Se siente incómoda(o) para invitar a amigos a casa, a causa de su familiar?	X		X		X		Ninguna
9	¿Siente Ud. que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	X		X		X		Ninguna
10	¿Cree que su familiar espera que Ud. le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar?	X		X		X		Ninguna
11	¿Usted acude a algún tipo de terapia de psicoeducación familiar?	X		X		X		Ninguna
12	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	X		X		X		Ninguna
	RELACIÓN INTERPERSONAL	Si	No	Si	No	Si	No	Ninguna
13	¿Se siente insegura(o) de afrontar o prevenir alguna recaída de su familiar?	X		X		X		Ninguna
14	¿Se siente agotada(o) cuando tiene que estar junto a su familiar?	X		X		X		Ninguna
15	¿Siente irritación o enojo cuando está cerca de su familiar?	X		X		X		Ninguna
16	¿El comportamiento de su familiar le incomoda socialmente?	X		X		X		Ninguna
17	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?	X		X		X		Ninguna
18	¿Siente que la situación actual afecta a su relación social y familiar de una forma negativa?	X		X		X		Ninguna
	EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA	Si	No	Si	No	Si	No	Ninguna
19	¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que lo hace?	X		X		X		Ninguna
20	¿Cree Ud. que no puede trabajar por cuidar de su familiar y no dispone de dinero suficiente?	X		X		X		Ninguna
21	¿Siente que no va a ser capaz de cuidar de su familiar durante mucho más tiempo?	X		X		X		Ninguna

Observaciones: EL INSTRUMENTO ES APLICABLE Y SUFICIENTE

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** [X] **Aplicable después de corregir** [ ] **No aplicable** [ ]

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg/ Lic.: MAURICIO MAMANI M. **DNI:** 10446924

Especialidad del validador: SALUD PUBLICA

30 **de Mayodel 2016**

UNIVERSIDAD PRIVADA ARZOBISPO
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

Mg. MAURICIO MAMANI MENDIVIL
Lic. C.E.P. 39930 Mg. C.E.P. N° 130

Firma del Experto Informante.
Especialidad

[1]**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
[2]**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
[3]**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE:El nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia del hospital Víctor Larco Herrera, 2016

Autor(es): Tocto Céspedes Joynarith - Peralta Guzman Jocelyn

Nº	Dimensiones / preguntas	Pertinencia[1]		Relevancia[2]		Claridad[3]		Sugerencias
	IMPACTO DEL CUIDADO SOBRE EL CUIDADOR	Si	No	Si	No	Si	No	
1	¿Siente Ud. que, a causa del tiempo que pasa con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para Ud. mismo?	✓		✓		✓		Ninguna
2	¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	✓		✓		✓		Ninguno
3	¿En general, ¿se siente muy sobrecargada(o) al tener que cuidar de su familiar?	✓		✓		✓		Ninguno
4	¿Siente que su familiar depende de Ud.?	✓		✓		✓		Ninguna
5	¿Se siente estresada(o) al tener que cuidar a su familiar y tener además que atender otras responsabilidades?	✓		✓		✓		Ninguna
6	¿Siente Ud. que su salud se ha visto afectada por Tener que cuidar a su familiar?	✓		✓		✓		Ninguna
7	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?	✓		✓		✓		Ninguna
8	¿Se siente incómoda(o) para invitar a amigos a casa, a causa de su familiar?	✓		✓		✓		Ninguna
9	¿Siente Ud. que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	✓		✓		✓		Ninguna
10	¿Cree que su familiar espera que Ud. le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar?	✓		✓		✓		Ninguna
11	¿Usted acude a algún tipo de terapia de psicoeducación familiar?	✓		✓		✓		Ninguna
12	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	✓		✓		✓		Ninguna
	RELACIÓN INTERPERSONAL	Si	No	Si	No	Si	No	Ninguna
13	¿Se siente insegura(o) de afrontar o prevenir alguna recaída de su familiar?	✓		✓		✓		Ninguna
14	¿Se siente agotada(o) cuando tiene que estar junto a su familiar?	✓		✓		✓		Ninguna
15	¿Siente irritación o enojo cuando está cerca de su familiar?	✓		✓		✓		Ninguna
16	¿El comportamiento de su familiar le incomoda socialmente?	✓		✓		✓		Ninguno
17	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?	✓		✓		✓		Ninguno
18	¿Siente que la situación actual afecta a su relación social y familiar de una forma negativa?	✓		✓		✓		Ninguno
	EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA	Si	No	Si	No	Si	No	
19	¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que lo hace?	✓		✓		✓		Ninguna
20	¿Cree Ud. que no puede trabajar por cuidar de su familiar y no dispone de dinero suficiente?	✓		✓		✓		Ninguna
21	¿Siente que no va a ser capaz de cuidar de su familiar durante mucho más tiempo?	✓		✓		✓		Ninguna

Observaciones: ES APLICABLE Y SUFICIENTE. EL INSTRUMENTO.

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** [X] **Aplicable después de corregir** [ ] **No aplicable** [ ]

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg/ Lic.: Allyn Zavaleta Pesantes **DNI:** 47871600

Especialidad del validador: Medicina Intensiva / Salud Pública

31 **de Mayo del 2016**

[1]**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
[2]**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
[3]**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Dr. ALLYN ZAVALETA PESANTES
MEDICO INTENSIVISTA
C.M.P. [illegible] R.N.E. 19011

Firma del Experto Informante.
Especialidad

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE:El nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia del hospital Víctor Larco Herrera, 2016

Autor(es): Tocto Céspedes Joynarith - Peralta Guzman Jocelyn

Nº	Dimensiones / preguntas	Pertinencia[1]		Relevancia[2]		Claridad[3]		Sugerencias
	IMPACTO DEL CUIDADO SOBRE EL CUIDADOR	Si	No	Si	No	Si	No	
1	¿Siente Ud. que, a causa del tiempo que pasa con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para Ud. mismo?	✓		✓		✓		Ninguna
2	¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	✓		✓		✓		Ninguna
3	¿En general, ¿se siente muy sobrecargada(o) al tener que cuidar de su familiar?	✓		✓		✓		Ninguna
4	¿Siente que su familiar depende de Ud.?	✓		✓		✓		Ninguna
5	¿Se siente estresada(o) al tener que cuidar a su familiar y tener además que atender otras responsabilidades?	✓		✓		✓		Ninguna
6	¿Siente Ud. que su salud se ha visto afectada por Tener que cuidar a su familiar?	✓		✓		✓		Ninguna
7	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?	✓		✓		✓		Ninguna
8	¿Se siente incómoda(o) para invitar a amigos a casa, a causa de su familiar?	✓		✓		✓		Ninguna
9	¿Siente Ud. que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	✓		✓		✓		Ninguna
10	¿Cree que su familiar espera que Ud. le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar?	✓		✓		✓		Ninguna
11	¿Usted acude a algún tipo de terapia de psicoeducación familiar?	✓		✓		✓		Ninguna
12	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	✓		✓		✓		Ninguna
	RELACIÓN INTERPERSONAL	Si	No	Si	No	Si	No	
13	¿Se siente insegura(o) de afrontar o prevenir alguna recaída de su familiar?	✓		✓		✓		Ninguna
14	¿Se siente agotada(o) cuando tiene que estar junto a su familiar?	✓		✓		✓		Ninguna
15	¿Siente irritación o enojo cuando está cerca de su familiar?	✓		✓		✓		Ninguna
16	¿El comportamiento de su familiar le incomoda socialmente?	✓		✓		✓		Ninguna
17	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?	✓		✓		✓		Ninguna
18	¿Siente que la situación actual afecta a su relación social y familiar de una forma negativa?	✓		✓		✓		Ninguna
	EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA	Si	No	Si	No	Si	No	
19	¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que lo hace?	✓		✓		✓		Ninguna
20	¿Cree Ud. que no puede trabajar por cuidar de su familiar y no dispone de dinero suficiente?	✓		✓		✓		Ninguna
21	¿Siente que no va a ser capaz de cuidar de su familiar durante mucho más tiempo?	✓		✓		✓		Ninguna.

Anexo 4: Autorización para recolección de datos

PERÚ | Ministerio de Salud | HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA" Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación

"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

Hospital "Victor Larco Herrera" Central de Documentación
08 ENE 2018
RECIBIDO
Hora 12:10 Exp.

MEMORANDO Nº 003-OADI/HVLH/MINSA

A : DRA. JUANA VILLA MOROCHO
Jefa del Dpto. de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria

Asunto : Autorización para ejecución de Investigación

Fecha : Magdalena del Mar, 08 de enero del 2018

Me dirijo a usted saludándola cordialmente, a fin de hacer de su conocimiento que el Proyecto de Investigación "Nivel de Sobrecarga de los Familiares Cuidadores de Pacientes con Esquizofrenia en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2017", presentado por las alumnas de la UAL **Peralta Guzmán Jocelyn** y **Tocto Cespedes Joynarith Thalía**, ha sido aprobada por el Comité de Investigación del Hospital y autorizada por la Dirección General; por lo que le agradeceré se sirva brindar las facilidades a las mencionadas alumnas para la ejecución de su Proyecto.

Atentamente,

Ministerio de Salud
Hospital "Víctor Larco Herrera"
.....
Dr. Roger A. Abanto Marín
Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación (e)
C.M.P. 36321 – R.N.E. 18903

RAM/Mariluz.
c.c. Archivo.

www.larcoherrera.gob.pe
Av. El Ejercito Nº. 600
Magdalena del Mar, Lima 17, Perú
Telef. (511) 2617970

Anexo 5: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... con DNI.....

A través del presente documente expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada “NIVEL DE SOBRECARGA DE LOS FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA, 2016" habiendo sido informando(a) del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento será sólo será solo y exclusivamente para fines de investigación.

Firma del Familiar del paciente

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimado
Sr(a):……

Las investigadoras del estudio para el cual Ud. ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado, se comprometen con usted a guardar la máxima confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicaran en lo absoluto.

_____