

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“SOBRECARGA Y CALIDAD DE VIDA DE LOS CUIDADORES DE
PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE SALUD
MENTAL COMUNITARIO LA HEROICA, TACNA.”**

TESIS

PRESENTADO POR:

SALLY KATHERINE MACHICADO GÓMEZ

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

ASESOR:

MÉD. PEDRO ANÍBAL NOVOA ÁVALOS

TACNA – PERÚ

2022

DEDICATORIA

*A mi madre, Nancy, que a diario encuentra innumerables formas de demostrarme su amor y protección. Porque es artífice de cada uno de mis logros, mi mejor amiga y compañera. Todo el tiempo que compartiremos juntas, todos los abrazos que le dé en esta vida no serán ni lo más cercano a ser suficientes.
A ella le dedico absolutamente todo.*

A Manuel, que me permite sentir su presencia ayudando a doblar mis miedos y reforzando mis alegrías, que comparte conmigo los momentos más especiales y que con firmeza hace de mis sueños también los suyos.

A Lua, que con su sola presencia tiene el poder de alegrar hasta el peor de mis días. Sin duda, llegó a completar mi vida y corazón.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por poner cada obstáculo en el lugar perfecto, aunque muchas veces no lo entienda así, y por permitirme tener certeza de su infinito amor.

A mi madre, por su desmedido apoyo, por cada palabra que llena mi alma, por autodesignarse la (en ocasiones) inviable tarea de ayudarme a confiar en mí misma. Por ver más allá de cada uno de mis defectos y por enseñarme con su ejemplo, a ser una mejor persona cada día.

A Manuel, por su inmenso apoyo sin condición, por acompañar firmemente cada uno de mis pasos cuesta arriba, por su preocupación constante, por su amor sincero y por ofrecer paciente su cálida mano para continuar este camino juntos.

A mis amigos Antuanet, Brayan e Israel, con los que compartí grandes momentos en una importante etapa de nuestra formación. De ellos aprendí una especial forma de amistad de la que estaré siempre agradecida.

A mis docentes en cada etapa estudiantil, porque de cada uno me llevo recuerdos imborrables y por la venerable labor que realizan formando profesionales y seres humanos.

RESUMEN

Introducción: La esquizofrenia es un trastorno mental severo considerado una de las 15 primeras causas de discapacidad a nivel mundial, confiriendo a gran parte de estos pacientes la necesidad de ser asistidos continuamente por un cuidador. Se evaluó su tasa de dependencia, encontrando que confiere al paciente el nivel máximo de dependencia. Inevitablemente, asumir esta responsabilidad puede repercutir en la salud mental y física del cuidador del paciente.

Objetivo: Conocer el nivel de sobrecarga y calidad de vida de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario (CSMC) La Heroica de Tacna.

Metodología: Se realizó un estudio de tipo observacional, transversal y cuantitativo, aplicado en los cuidadores de familiares con diagnóstico de esquizofrenia que reciben tratamiento ambulatorio. Se evaluó el nivel de sobrecarga con la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit y la calidad de vida con el Cuestionario de Salud SF-36.

Resultados: Se evaluaron 44 cuidadores, obteniendo que el 61.4% tenía entre 50 a 59 años, el 70.5% era de sexo femenino y el 56.8% tenía la condición de conviviente. Además, se observó que el 50% eran padre o madre del paciente. El 63.6% tenía una sobrecarga intensa, el 29.5% de sobrecarga leve y sólo el 6.8% no conllevó sobrecarga en el cuidado del paciente. En la medición de la calidad de vida, las esferas más comprometidas fueron la vitalidad (Media 49.14) y función social (Media: 49.71). Se encontró que, en la esfera de vitalidad, la mayor correlación fue con salud general, por lo que la vitalidad dependería de un 62.3% (Pearson: 0.623) de la salud general y de un 58.8% (Pearson 0.588) de la salud mental.

Conclusiones: El 63.6% de cuidadores posee una sobrecarga intensa y el 29.5%, un nivel de sobrecarga leve. Respecto a la calidad de vida de los cuidadores, el 90.9% posee una mala calidad de vida mental y un 81.8%, una mala calidad de vida física.

PALABRAS CLAVE: cuidador, esquizofrenia, sobrecarga, calidad de vida

ABSTRACT

Introduction: Schizophrenia is a severe mental disorder considered one of the 15 leading causes of disability worldwide, giving a large part of these patients the need to be continuously assisted by a caregiver. Its disability rate was evaluated, finding that it gives the patient a high functional disability. Inevitably taking on this responsibility could take a toll on the mental and physical health of the patient's caregiver.

Objective: To know the level of burden and quality of life of caregivers of patients with schizophrenia at the Community Mental Health Center (CSMC) La Heroica in Tacna.

Methodology: An observational, cross-sectional, and quantitative study was carried out, applied to caregivers of patients diagnosed with schizophrenia receiving outpatient treatment. The burden level was evaluated with the Zarit Caregiver Burden Scale and the quality of life with the SF-36 Health Survey.

Results: For this study, forty-four caregivers were evaluated, and it was obtained that 61.4% were between 50 and 59 years old, 70.5% were female, and 56.8% had cohabiting status. In addition, it was observed that 50% were the patient's father or mother. The 63.6% had an intense level of caregiver burden, 29.5% had a slight caregiver burden and only 6.8% did not have caregiver burden. In the study of quality of life, the most compromised spheres were vitality (Mean: 49.14) and social function (Mean: 49.71). It was found that, in the sphere of vitality, the highest correlation was with general health, so that vitality would depend 62.3% (Pearson: 0.623) on general health and 58.8% (Pearson 0.588) on mental health.

Conclusions: The 63.6% of caregivers have an intense caregiver burden and 29.5%, a level of slight caregiver burden. Regarding the quality of life of caregivers, 90.9% of them have a poor mental quality of life and 81.8% have a poor physical quality of life.

KEY WORDS: caregiver, schizophrenia, caregiver burden, quality of life

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
ÍNDICE	6
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I.....	9
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.4. JUSTIFICACIÓN	12
1.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	12
CAPÍTULO II	14
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	14
2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	14
2.2. MARCO TEÓRICO	19
CAPÍTULO III.....	32
HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	32
3.1. HIPÓTESIS	32
3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	32
CAPÍTULO IV.....	35
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	35
4.1. TIPO DE ESTUDIO	35

4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO	35
4.3. POBLACIÓN.....	35
4.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL CUIDADOR	36
4.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DEL CUIDADOR.....	36
4.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	36
4.5. ASPECTOS ÉTICOS	38
CAPÍTULO V	40
RECOLECCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS	40
CAPÍTULO VI.....	42
RESULTADOS	42
CAPÍTULO VII	67
DISCUSIÓN.....	67
CONCLUSIONES	71
RECOMENDACIONES	72
BIBLIOGRAFÍA	73
ANEXOS	81
ANEXO 1	81
CONSENTIMIENTO INFORMADO	81
ANEXO 2	82
ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT	84
ANEXO 4.....	86
CUESTIONARIO DE SALUD SF-36	86

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno mental severo que afecta a 24 millones de personas alrededor del mundo aproximadamente y es considerada una de las 15 primeras causas de discapacidad a nivel mundial (1). El diagnóstico frecuentemente se realiza en la adolescencia tardía o adultez temprana y la presentación clínica, así como la severidad de los síntomas, varían en cada individuo. Al considerarse, una enfermedad en gran medida discapacitante, la mayoría de estos pacientes requieren la asistencia continua de un cuidador.

La responsabilidad del cuidado de un paciente con esquizofrenia recae en el cuidador familiar, quien lleva a cabo una labor sin capacitación o experiencia previa, además de emplear gran parte de su tiempo, viéndose impedido de realizar sus actividades diarias con normalidad y sin ningún tipo de remuneración. Sin duda, esta persona asume la tarea implícita de favorecer con sus cuidados el pronóstico y procurar el bienestar del paciente, por lo que podemos afirmar que la esquizofrenia afecta directa e indirectamente la salud física y mental del cuidador del paciente.

Considerando que en Tacna existen muy escasos estudios que evalúen la realidad del cuidador, el objetivo planteado en esta investigación fue medir el nivel de sobrecarga y calidad de vida del cuidador familiar del paciente con diagnóstico de esquizofrenia atendido en el Centro de Salud Mental Comunitario La Heroica de Tacna, con el fin de impulsar la intervención en salud en este grupo de la población, propenso a padecer las consecuencias de su extenuante labor.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

La esquizofrenia es un severo trastorno mental de curso crónico, persistente y altamente incapacitante, que afecta aproximadamente a 24 millones de personas en el mundo con una tasa de prevalencia aproximada del 1% con notables variaciones alrededor del mundo y estando asociada a elevados niveles de deterioro funcional y bajas expectativas de recuperación (2–4). De hecho, se ha catalogado su tasa de dependencia en el nivel máximo, es decir, como dependencia funcional alta, dados los continuos cuidados que precisa (5). Para estos pacientes, sus familiares se han convertido en los principales cuidadores, quienes idealmente desarrollan esta labor bajo indicaciones de médicos u otros profesionales de salud, proporcionando gran soporte y cuidado. Sin embargo, varios estudios, luego de analizar el impacto de la labor del cuidador, han concluido que el cuidado de un paciente con esquizofrenia deriva significativamente en inferiores niveles de calidad de vida (6), además de estar asociado con alteraciones de la salud mental, actividades limitadas y mayor sobrecarga (7).

En Latinoamérica, el soporte a las familias y el acceso a los servicios de salud son en su mayoría escasos. En efecto, Lora et al. desarrollaron un estudio en el que evidenciaron que solo el 31% de las personas con esquizofrenia recibían el tratamiento adecuado. Incluso encontraron que la brecha de atención de los pacientes con esquizofrenia era mayor en países con ingresos bajos (89%) en comparación con países con ingresos medianos bajos (69%) o medianos (63%) (8). De este modo, gran cantidad de cuidadores cuyos pacientes con esquizofrenia aún no obtienen acceso a un tratamiento adecuado se convierten en la única y principal fuente de soporte y cuidado.

Como en muchos casos, en nuestro país la esquizofrenia se ubica dentro de las 10 principales causas de discapacidad por enfermedad. Es por eso que el abordaje de esta enfermedad supone además la intervención familiar e incluso se considera imprescindible, puesto que se ha demostrado su eficacia en la disminución de recaídas psicóticas, en el mejoramiento del clima familiar y el funcionamiento social (9). Resultados similares obtuvieron Caqueo-Urizar et al. cuando realizaron un trabajo de investigación en el que estudiaron la calidad de vida de los cuidadores y su impacto positivo en la sintomatología y calidad de vida de 253 pacientes con esquizofrenia de tres servicios de salud mental en Bolivia (La Paz), Chile (Arica) y Perú (Tacna). En este estudio, luego de analizar los resultados, concluyeron que mejorar la calidad de vida del cuidador tendría un impacto directo en la severidad de los síntomas del paciente, y podría influir indirectamente en la calidad de vida del paciente (10).

Por otro lado, los cuidadores de pacientes con esquizofrenia ven afectada su salud mental y física, incluso en mayor medida que los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple o epilepsia (11). Las personas encargadas del cuidado de un paciente con esquizofrenia experimentan un impacto emocional y económico frecuentemente de gran magnitud, por lo que se consideran un grupo vulnerable y predispuesto a sufrir enfermedades mentales y deterioro de su función física en mayor medida que el resto de la población (12).

Ante la relevancia de desarrollar intervenciones y brindar soporte oportuno a cuidadores familiares para que puedan prevenir o menguar el efecto negativo que su labor puede conllevar, es necesario identificar este grupo en la población y precisar en qué magnitud se ven actualmente afectados. Por ello, en esta investigación planteamos conocer el nivel de sobrecarga y la calidad de vida de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario La Heroica.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de sobrecarga y calidad de vida de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario La Heroica?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Conocer el nivel de sobrecarga y calidad de vida de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario La Heroica de Tacna

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características sociodemográficas del cuidador y del paciente con diagnóstico de esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario La Heroica de Tacna.
- Medir los niveles de sobrecarga de los cuidadores de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario La Heroica de Tacna.
- Medir la calidad de vida de los cuidadores de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario La Heroica de Tacna.
- Identificar la relación entre sobrecarga y calidad de vida de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario La Heroica de Tacna.

1.4. JUSTIFICACIÓN

En nuestro medio, existe un grupo de la población que se encuentra vulnerable y experimenta a diario el deterioro de su bienestar físico y mental, y que a menudo es ajeno a recibir o buscar asistencia médica, a pesar de acudir frecuentemente a establecimientos de salud. Realizar este trabajo nos permitirá conocer el nivel de sobrecarga y la calidad de vida que experimentan los cuidadores familiares que además juega un rol imprescindible en el cuidado y soporte del paciente con esquizofrenia y el resto de su familia. Lograr identificar esta población altamente vulnerable y muy pocas veces estudiada, orientará a quienes proveen de atención en salud a enfocar las intervenciones necesarias y a proporcionar herramientas que permitan mejorar la calidad de vida de estas personas y a la vez contribuir a mejorar la salud de los pacientes a su cargo, beneficiando así a la díada cuidador-paciente, haciéndolos parte de una atención integral.

1.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Esquizofrenia: Trastorno mental grave altamente incapacitante y de curso crónico. Está caracterizado fundamentalmente por la alteración de todos los procesos parciales, que supone la distorsión del pensamiento, alteraciones de la percepción, emoción, cognición y comportamiento, dificultando el desarrollo de las funciones de la persona (13). Su etiología se considera multicausal, y afecta con más frecuencia a personas en la edad adulta.

Cuidador: Persona que realiza o ayuda a desempeñar aquellas funciones que el paciente no puede realizar, además de proporcionar soporte emocional imprescindible para el proceso de adaptación del paciente. Los cuidadores se dividen en dos grupos frecuentemente: el primer grupo conformado por familiares del paciente o personas de su entorno cercano, y el segundo grupo conformado por personal de enfermería, por ejemplo, conocidos como cuidadores profesionales. (14)

Sobrecarga: Estado de malestar físico y mental, caracterizado por sentimientos de estrés, tristeza, agotamiento físico y ansiedad frente al cuidado, producto del cúmulo de factores estresantes que llega a representar su labor, frente a los que carece de estrategias adecuadas de afrontamiento. (14)

Calidad de vida: Según la OMS, es la percepción de la persona de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. La Organización de Naciones Unidas (ONU) describe como parte del concepto de calidad de vida, componentes como la salud, la alimentación, la educación, la vivienda, la seguridad, la vestimenta, el ocio y los derechos. (15)

CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Chen et al., en su estudio retrospectivo denominado “*The burden, support and needs of primary family caregivers of people experiencing schizophrenia in Beijing communities: a qualitative study*” realizado en el año 2019 en Beijing, buscaron explorar la sobrecarga en la atención y la necesidad de apoyo que experimentan los cuidadores familiares de personas con esquizofrenia. Para ello se realizaron entrevistas a veinte cuidadores, a cargo de un miembro del equipo de investigación con amplia experiencia en el manejo de pacientes con patologías crónicas, incluyendo esquizofrenia; en las que se indagaron tanto características demográficas, como las dificultades específicas que han encontrado desarrollando su labor, empleando como único instrumento de evaluación, preguntas directas como: “¿Qué dificultades encontró al atender a los pacientes?, ¿Qué apoyo o recursos ha obtenido?, ¿Qué apoyo adicional necesita para brindar una mejor atención a los paciente?. Los resultados evidenciaron tres importantes términos: carga financiera y de tareas domésticas, comunicación social limitada y estrés psicológico, manifestando que el apoyo en términos de información y servicios médicos era insuficiente. Además, se obtuvo información como la cifra de que catorce de veinte cuidadores padecían de ansiedad o depresión y siete de ellos se encontraban recibiendo terapia. (16)

Hajebi et al. en su trabajo publicado en el 2019, titulado “*Burden experienced by caregivers of schizophrenia patients and its related factors*” realizaron un estudio analítico descriptivo con 172 pacientes con esquizofrenia en tratamiento ambulatorio en un hospital psiquiátrico de Irán, y sus 172 cuidadores principales respectivos para quienes emplearon la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. Los resultados mostraron que el nivel de sobrecarga experimentado por más del 70% de los cuidadores fue de moderado a severo con un puntaje de 49.7 ± 13.8 . El nivel de carga experimentado por el cuidador principal estuvo asociado con la puntuación de las subescalas de comentarios de crítica ($p < 0.001$, Spearman’s rho: $r = 0.46$) y el exceso de vínculo emocional en la familia ($p < 0.001$, Spearman’s rho: $r = 0.38$), resultando que cuanto mayor sean estos términos, mayor será el nivel de sobrecarga del cuidador principal. Además, hubo una correlación estadísticamente significativa entre la sobrecarga percibida y los ingresos ($r = 0.42$, $p < 0.001$), género del paciente ($r = 0.16$, $p = 0.005$), número de miembros de familia ($r = 0.17$, $p = 0.001$), duración de la enfermedad ($r = 0.38$, $p < 0.01$) y edad de inicio de la enfermedad ($r = 0.36$, $p < 0.001$). (17)

En un estudio llevado a cabo por **Bequis-Lacera et al.** titulado “Sobrecarga y calidad de vida del cuidador de un paciente con esquizofrenia” y realizado en la ciudad de Bogotá en el año 2019, se evaluaron variables asociadas al cuidado de un paciente con diagnóstico de esquizofrenia con el fin de conocer el impacto y sobrecarga del cuidador primario para lo cual emplearon la Entrevista de carga del cuidado de Zarit (ZBI) y el Test salud del cuidador SF-36. Incluyeron 94 cuidadores de pacientes esquizofrénicos, siendo un 63% de sexo femenino y un 82% se encontraban entre los 19 y 58 años de edad. El 63% de los cuidadores manifestó algún tipo de sobrecarga (puntuación media de Zarit fue de 49) y las áreas más comprometidas fueron la función física (66%), emocional (45%), social (41,5%) y salud general (35%); con lo que confirma la

validez de una estrecha relación entre calidad de vida y percepción de carga del cuidador del paciente con esquizofrenia. (18)

En un estudio realizado por **Clari et al.** en el año 2022, titulado “*Perceived burden and family functioning among informal caregivers of individuals living with schizophrenia in Tanzania: a cross-sectional study*” se desarrolló en dos ciudades de Tanzania un ensayo aleatorizado de control con 65 pares de individuos, entre pacientes con esquizofrenia en tratamiento ambulatorio y sus cuidadores, con el objetivo de hallar la asociación entre la sobrecarga percibida por el cuidador del paciente con esquizofrenia y el funcionamiento familiar reportado por el cuidador, ambas mediante la aplicación de las escalas: *Burden Assessment Scale (BAS)* y *Systemic Clinical Outcome in Routine Evaluation (SCORE – 15)*, respectivamente. Además, se evaluó la severidad de los síntomas del paciente con esquizofrenia, considerando la escala *Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)*. Obtuvieron que el promedio de sobrecarga del cuidador reportado fue 45.8 (DS = 15.7) en la escala de evaluación de sobrecarga (BAS), ubicando al 63.1% de cuidadores dentro de la categoría más elevada. Según el modelo de regresión logística, encontraron que menores niveles en escalas de funcionamiento familiar estuvieron asociados significativamente con elevados niveles de sobrecarga del cuidador (OR = 11.12; 95% IC = 3.22, 38.40). (19)

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

En el estudio de **Cuentas Anci** de tipo descriptivo y de corte transversal titulado “Factores que influyen en la sobrecarga de los familiares de pacientes con esquizofrenia. Hospital Base Carlos Alberto Segúin Escobedo, Essalud, Arequipa” llevado a cabo en el año 2017, estudiaron una muestra representativa de la población conformada por 154 familiares cuidadores de los pacientes con esquizofrenia atendidos en el Servicio de

Psiquiatría, a los cuales se les aplicó la Escala de Valoración Sociofamiliar y la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. Hallaron que ningún familiar presenta nulo nivel de sobrecarga, mientras que el 22,08% presenta un nivel leve de sobrecarga y el 77,92% presenta un nivel intenso de sobrecarga. Un factor sociodemográfico que demostró influir en el nivel de sobrecarga de los familiares fue la ocupación ($p < 0,05$), siendo mayor la sobrecarga en aquellos que trabajan en casa como amas de casa y jubilados; y siendo menor en empleados y comerciantes. (20)

En un estudio realizado por **Cruzado Donato** en el año 2019, titulado “Sobrecarga del rol y calidad de vida en cuidadores de pacientes esquizofrénicos. Hospital Regional Docente de Trujillo”, bajo un diseño descriptivo correlacional, analizaron la relación entre el nivel de sobrecarga del rol de cuidador y la calidad de vida en cuidadores de pacientes con esquizofrenia. Emplearon la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit y la Escala de calidad de vida de Testa, aplicándola en una población de 120 cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia atendidos en el Hospital Regional Docente de Trujillo, obteniendo una relación estadísticamente significativa entre la sobrecarga de rol y la calidad de vida del cuidador ($p = 0.0017$). Así mismo, el segundo instrumento proporciona información sobre tres dimensiones, obteniendo una relación altamente significativa en la dimensión física ($p = 0.000$), en la dimensión emocional ($p = 0.003$) y en la dimensión social ($p = 0.022$) entre las variables de sobrecarga de rol y calidad de vida del cuidador. (21)

Lima Ccellecaro y Magallanes Pachas, en su trabajo titulado “Nivel de sobrecarga del cuidador primario de pacientes con esquizofrenia en el Centro de Salud Mental de Lima – 2021”, aplicaron el cuestionario de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit a 36 cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario “Wiñay”. Encontraron que el nivel de sobrecarga fue intenso en un 66,7%, mientras que solo el 5,5% de los cuidadores no evidenciaron

sobrecarga. En términos de impacto del cuidado en el cuidador, prevaleció el nivel intenso en un 63%. En términos de calidad de la relación interpersonal de sobrecarga, un 52,8% del total no presento sobrecarga. Por último, en la dimensión de las expectativas de autoeficacia del cuidador primario, predominó el nivel intenso con un 91,7%. (22)

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. Esquizofrenia

Término que deriva del griego “schizo” que significa división y “phren” que significa mente, acuñado por primera vez por Eugen Bleuer en 1908. Según la undécima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) la esquizofrenia se caracteriza por la distorsión de diversas variantes mentales como “el pensamiento, la percepción, la experiencia personal, la cognición, la volición o voluntad, el afecto y el comportamiento” (23). Mientras que el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales o DSM-5 por sus siglas en inglés, nos plantea que un paciente con esquizofrenia ha presentado dos o más síntomas psicóticos como ideas delirantes, lenguaje desorganizado, alucinaciones, síntomas negativos y catatonía o alguna otra conducta anormal; los cuales persistieron por al menos seis meses antes del diagnóstico. Usualmente suele comenzar cerca a los 25 años de edad, por lo que su inicio más allá de los 40 años nos orienta a indagar otro diagnóstico, y aparece más temprano en hombres que en mujeres por causas aún inciertas (24,25). El surgimiento de la esquizofrenia en dicho grupo etario es el motivo de su asociación con los altos costos que se le atribuyen, puesto que afecta a la población adulta temprana ocasionando deficiencia en su función ocupacional y social (26). La esquizofrenia se asocia incluso con la reducción de la esperanza de vida en 15 años a comparación de la población en general, con una proporción de pacientes con esquizofrenia que fallecen por suicidio del 5%, hasta incluso 10%, principalmente en los primeros años de la enfermedad (27). Entre otras causas de la disminución de la esperanza de vida en estos pacientes, se encuentran el infradiagnóstico de comorbilidades, deficiente autocuidado, inadecuado tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico o efectos adversos asociados al tratamiento (28).

2.2.1.1. Manifestaciones clínicas

La presentación clínica de esta enfermedad es heterogénea y su curso varía en cada paciente, pero típicamente se cataloga como persistente y puede llegar a ser tan severa como discapacitante.

Los pacientes con esquizofrenia por lo general presentan síntomas agrupados en dominios psicopatológicos: síntomas positivos, síntomas negativos, así como también síntomas de deterioro cognitivo y relacionados al estado de ánimo (24).

▪ **Síntomas positivos:**

Este grupo comprende síntomas de distorsión de la realidad, como alucinaciones y delirios, así como pensamientos y comportamiento desorganizado. Las alucinaciones son definidas como la percepción errónea de un estímulo no existente, y pueden ser de tipo auditivo, visual, somático, olfatorio o del gusto. Las delusiones son consideradas falsas creencias fijas, que persisten aún frente a fehacientes evidencias que contradicen dichas creencias y puede clasificarse en ideas de referencia, de grandeza, paranoicas, nihilistas y erotomaníacas (24,29). El comportamiento o conducta desorganizada consisten en acciones físicas sin algún objetivo aparente y se pueden percibir directamente mediante la observación, sin embargo, los pensamientos desorganizados deben inferirse del diálogo o forma del habla del paciente. Los patrones del habla mostrarán una interrupción de la organización de los pensamientos.

▪ **Síntomas negativos:**

Los síntomas negativos se interpretan como la disminución o ausencia de los procesos normales, mientras que los síntomas positivos representan una exageración de tales procesos. Entre los

síntomas negativos, podemos mencionar el aplanamiento afectivo que incluye la invariabilidad de la expresión facial, disminución de movimientos espontáneos, escasez de expresiones, pobre contacto visual, ausencia de inflexiones en el habla; alogia definida como la disminución o ausencia del lenguaje espontáneo que puede traducirse también en aumento de la latencia de respuesta verbal; abulia o apatía que puede verse reflejada en una insuficiente higiene personal o inconstancia en el trabajo o centro de estudios; anhedonia o asociabilidad traducidas en escasez de interés en actividades sociales; y falta de atención. (29,30)

▪ **Deterioro cognitivo:**

Algunas áreas de la cognición que parecen ser las afectadas en la esquizofrenia son la rapidez del procesamiento, razonamiento, memoria, aprendizaje visual y verbal, atención, comprensión verbal, cognición social.

Algunos estudios resaltan la aparición temprana de los síntomas negativos, que incluso preceden ampliamente al episodio psicótico agudo que resulta finalmente en el diagnóstico de esquizofrenia, considerando algunos autores a los síntomas negativos como predictivos del episodio psicótico. (31)

2.2.1.2. Diagnóstico

El diagnóstico de esquizofrenia se realiza exclusivamente de forma clínica, luego de obtener una historia psiquiátrica completa y de excluir diagnósticos diferenciales.

En la actualidad, existen dos sistemas de clasificación diagnóstica que conceptualizan los trastornos mentales: la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) elaborado por la Organización Mundial de la

Salud (OMS) y el *Diagnostic Statistical Manual* (DSM) elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Ambos sistemas presentan en sus últimas versiones, undécima y quinta respectivamente, algunas variaciones en los criterios diagnósticos de la esquizofrenia.

Según el DSM-5, el diagnóstico se realiza a partir de los siguientes criterios (24):

- A. Dos o más de los siguientes síntomas, cada uno presente durante una significativa parte de tiempo durante un mes. Al menos uno será 1, 2 o 3.
 1. Delirios
 2. Alucinaciones
 3. Discurso desorganizado
 4. Comportamiento desorganizado o catatónico
 5. Síntomas negativos
- B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio, existe una marcada alteración en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, que se encuentran muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio.
- C. Los signos continuos persisten durante un mínimo periodo de seis meses, que incluye al menos un mes de síntomas que cumplan el criterio A y puede incluir periodos de síntomas prodrómicos o residuales.
- D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con características psicóticas porque 1) no se han presentado episodios maníacos o depresivos mayores de forma simultánea, o 2) si se han producido, su duración ha sido menor a la duración total de los períodos activo y residual.
- E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos de alguna sustancia o a otra condición médica.

F. Si el paciente presenta antecedentes de un trastorno del espectro del autismo u otro trastorno del desarrollo, el diagnóstico de esquizofrenia sólo se realiza si se presentan delirios o alucinaciones notables, durante al menos un mes.

La CIE-11, en cambio, nos señala que la esquizofrenia se caracteriza por trastornos en el pensamiento como ideas delirantes y pensamiento desorganizado; en la percepción como las alucinaciones; en la experiencia personal como la percepción de que los propios pensamientos, impulsos, sentimientos o conductas te encuentran bajo el control de una fuerza desconocida externa; en la cognición presentando alteración de la atención, memoria verbal y cognición social; en la voluntad como la pérdida de motivación; en el afecto como la disminución de expresión de emociones; y la conducta, que puede incluir el comportamiento sin propósito o respuestas emocionales inapropiadas. Además, se consideran alteraciones psicomotoras como la catatonía. Respecto a la duración de los síntomas, estos deben presentarse durante al menos un mes. Por otro lado, también mencionan que los síntomas no deben ser una manifestación de otra afección de salud y no deben estar relacionadas al efecto directo de una sustancia o medicamento, incluida la abstinencia. (23)

Es preciso señalar que la versión CIE-10, consideraba aun subtipos de esquizofrenia: paranoide, hebefrénica, catatónica, indiferenciada, residual, simple, depresión post esquizofrénica y otras esquizofrenias. Sin embargo, la más reciente versión CIE-11, publicada luego de 25 años, y el DSM-5 no incluyen los mencionados subtipos.

2.2.1.3. Tratamiento

Tal como en otros trastornos mentales, el tratamiento en la esquizofrenia está orientado en ayudar al paciente a manejar sus síntomas y a mejorar sus funciones diarias relacionadas con su

educación, trabajo, entorno social, etc. con el objetivo de brindarles todas las herramientas que permitan su desarrollo en todos los ámbitos. Idealmente el tratamiento multidisciplinario debería incluir al paciente y a su entorno familiar más cercano.

Un pilar importante del manejo en estos pacientes son los fármacos antipsicóticos. Para el tratamiento de la fase aguda, inicialmente se recomienda iniciar con antipsicóticos de segunda generación como, por ejemplo: risperidona, aripiprazol, olanzapina, quetiapina, asenapina, etc. Los antipsicóticos de primera generación como haloperidol, trifluoperazina, flufenazina, pimozida, sulpirida, flupentixol, etc. no son usualmente usados como primera línea, pero su elección dependerá de la condición de cada paciente y tomando en cuenta los efectos adversos potenciales. (30)

Por otro lado, la selección del antipsicótico oral o de depósito para la fase de mantenimiento debe estar guiada por la clínica del paciente, las características del fármaco y el criterio del médico tratante. La Guía de Práctica Clínica para el abordaje temprano y manejo de la Esquizofrenia elaborada en el Perú, sugiere que, de haber optado por los antipsicóticos de depósito, considerar escoger entre flufenazina o haloperidol. En cuanto a la terapia psicosocial, se considera que esta debería iniciar luego de la estabilización del primer episodio agudo y podría incluir terapia cognitiva conductual e intervención familiar. (32)

2.2.1.4. Resistencia al tratamiento

Aquellos pacientes con esquizofrenia que reciben tratamiento con dos o más medicamentos antipsicóticos y no presentan adecuada mejoría, pesar de las dosis terapéuticas estándares o la duración del tratamiento típica, son considerados pacientes con esquizofrenia resistente al tratamiento. En los casos de pacientes que respondieron mal al

tratamiento inicial, diversos estudios como los desarrollados por Siskind et al. han demostrado que la clozapina presenta mayor eficacia que otros antipsicóticos. Sin embargo, aún con la adición de este fármaco, existe un porcentaje de pacientes que no alcanzan la respuesta esperada. Este autor, en uno de sus estudios, concluyó que sus resultados sugieren que entre el 12 y el 20% de los pacientes con esquizofrenia serán “ultrarresistentes” (33,34). Por otro lado, es imprescindible mencionar su potencial toxicidad, por lo que su uso es restringido a casos refractarios o pacientes con alto riesgo de suicidio.

De manera similar, hay pacientes con resistencia al tratamiento de la esquizofrenia en quienes está contraindicado el uso de clozapina o sencillamente se niegan a recibir el fármaco. Se han evaluado múltiples alternativas para estos casos y a pesar de las limitaciones encontradas en los ensayos clínicos y la irregularidad de los hallazgos, la necesidad de buscar la mejoría clínica y de calidad de vida del paciente, justifica su uso. Entre las alternativas se encuentran la terapia electroconvulsiva (TEC); el uso de lamotrigina, topiramato o minociclina; y la estimulación magnética transcraneal repetitiva (EMTr).

Para los pacientes que padecen una esquizofrenia resistente al tratamiento, en quienes es incluso no es posible usar clozapina, se recomienda la adición del tratamiento antipsicótico con TEC, debido a la eficacia de esta combinación en la esquizofrenia resistente al tratamiento, en comparación con aquella escasa evidencia sobre la monoterapia con antipsicóticos.

En pacientes que no respondan a esta combinación luego de 8 semanas, se sugiere el tratamiento con lamotrigina. Si luego de 8 semanas, no se evidencia adecuada respuesta, se sugiere continuar con topiramato y minociclina, seguido de una nueva prueba de 8 semanas de EMTr, de tampoco obtener respuesta.

En el año 2016, a través de un metaanálisis realizado con 11 ensayos clínicos, se comparó el uso combinado de TEC y un antipsicótico (no clozapina) con el uso únicamente de un antipsicótico (no clozapina), demostrando que el tratamiento con TEC fue mejor para el control de los síntomas. Además, mencionan la cefalea y deterioro de la memoria como algunos de los efectos secundarios más recurrentes de la TEC. (35)

Por otro lado, en pacientes resistentes al tratamiento con clozapina, varios autores concuerdan en preferir la adición de TEC al tratamiento con clozapina, por encima de la combinación con otros medicamentos. (36,37)

2.2.1.5 . Curso

Como se mencionó anteriormente, este trastorno presenta un curso considerablemente heterogéneo, puesto que puede variar en gran medida de acuerdo a cada paciente. El curso de la esquizofrenia puede verse afectado por innumerables factores, entre los que se encuentran la intervención oportuna, el acceso a atención multidisciplinaria, tipos de síntomas, nivel de factores estresantes, factores socioeconómicos, adherencia al tratamiento o consumo de sustancias psicoactivas.

El tratamiento oportuno ha demostrado tener un efecto positivo en el funcionamiento psicosocial, así como la intervención de múltiples disciplinas de salud se han asociado con tasas más bajas de rehospitalización, menor intensidad de los síntomas y mejores habilidades interpersonales (38). Algunos factores que también demostraron generar un impacto negativo en el curso de la esquizofrenia son eventos estresantes como el fallecimiento de amigos o familiares, problemas financieros o incluso conflictos interpersonales, los cuales se asocian con episodios de recaídas (39).

Hansen et al. realizaron un metaanálisis donde analizaron estudios hasta el 13 de enero de 2022, encontrando una tasa de recuperación clínica entre individuos con un primer episodio de esquizofrenia, de aproximadamente 21 % (IC del 95 % = 17,3 a 24,8) entre 3877 personas y 26 muestras de estudio (40). La Organización Mundial de la Salud llevó a cabo un estudio de seguimiento a 644 pacientes y encontraron que aproximadamente la mitad tuvo resultados favorables, es decir, esta proporción de pacientes tuvo síntomas mínimos o ausencia de síntomas, empleo y puntuaciones superiores a 60 en la *Global Assessment of Functioning* (GAF).

Por último, la regla de los tres tercios es una tradicional forma de explicar el pronóstico de un paciente con esquizofrenia. En términos generales, esta regla nos dice que un tercio de estos pacientes presentará un solo episodio psicótico en la vida, otro tercio experimentará varios episodios psicóticos que cesarán sin causar importante deterioro psicosocial, y un último tercio de pacientes presentará síntomas psicóticos continuamente y experimentará un notable deterioro funcional y psicosocial.

2.2.1.5. Pronóstico

Entre los trastornos psicóticos, la esquizofrenia tiene el peor pronóstico puesto que ocasiona el deterioro en casi todas las funciones psicológicas y obstaculiza la adaptación social, académica y laboral. Actualmente, es la octava causa de años perdidos de vida ajustados por discapacidad entre las edades de 15 – 44 años. El pronóstico en estos pacientes es muy impredecible. Algunos hallazgos nos dicen que solo el 20% de los pacientes muestran resultados favorables, mientras que el resto presenta innumerables episodios psicóticos, cronicidad de los síntomas y pobre respuesta a los antipsicóticos (24).

Entre los factores que indican un peor pronóstico se encuentran el tiempo transcurrido desde la aparición de síntomas hasta el inicio del tratamiento, la precariedad en el funcionamiento previo, el consumo de sustancias y la aparición precoz de síntomas negativos. (41)

Las personas con esquizofrenia tienen además un riesgo incrementado de desarrollar comorbilidades que podrían agravar su pronóstico, como alteraciones circulatorias, endocrinas, gastrointestinales, hematológicas, pulmonares y urogenitales (42). Así mismo, en otros estudios hallaron que estos pacientes, estuvieron más asociados a patologías cardiovasculares, dislipidemia, demencia y diabetes tipo 2 que el resto de la población (43,44).

La tasa de suicidios en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia es mucho mayor que la tasa de suicidios en la población general, como se mencionó antes. En un estudio retrospectivo en Estados Unidos, que incluyó a más de 668 000 personas con esquizofrenia, se pudo comprobar que la tasa de suicidio era aproximadamente 5%, es decir, más del cuádruple que la población general (44). Además, entre todos los suicidios consumados, aproximadamente el 10% ocurre en personas que padecen este trastorno (45).

2.2.2. Cuidador familiar

Las personas que padecen de algún grado de discapacidad requieren de la asistencia de otra persona y de acuerdo a las características de cada individuo variará el grado de dependencia. A esta segunda persona que brinda asistencia y soporte, se le denomina cuidador, quien comúnmente es un familiar directo y convive con la persona dependiente. El rol que cumple el cuidador familiar demanda gran parte de su actividad diaria y puede llegar a limitar incluso sus propias actividades laborales y sociales. Aun cuando esta labor puede perjudicar al cuidador en múltiples aspectos, la función que cumplen es fundamental para el paciente. En el caso

específico de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, el cuidador podría suponer una mejora en, por ejemplo, la adherencia al tratamiento farmacológico, la continua atención en terapia psicosocial, la participación activa en la intervención familiar o la atención oportuna en caso de recaídas.

2.2.3. Sobrecarga del cuidador

Según el diccionario de la lengua española, se define “carga” como la obligación no relacionada a un estado, empleo u oficio, así como “cuidado y aflicciones del ánimo”. Además de definir “sobrecarga” como el exceso de carga.

El término de “carga familiar” hace referencia a los efectos y consecuencias de vivir con un paciente afectado por una enfermedad grave de carácter crónico. Mientras que el concepto de “cuidador” fue desarrollado posteriormente, con el fin de ser utilizado en la evaluación de programas y ensayos clínicos, y la identificación de factores de riesgo en familiares de pacientes.

La sobrecarga del cuidador de un paciente con un trastorno mental como la esquizofrenia, no está asociado a un único episodio estresante agudo, sino a una secuencia de acontecimientos durante un tiempo prolongado en el cual puede percibir la variación en la intensidad de los factores estresantes y en la apreciación propia de estos. (46)

La responsabilidad constante y permanente que recae sobre el cuidador puede llegar a afectar directamente sus actividades sociales, académicas, de interacción familiar, económicas y en ocasiones su propia salud mental y física. Además, se debe considerar que casi la totalidad de cuidadores no cuentan con preparación previa, instrucción sobre la tarea que llevarán a cabo o experiencia en el cuidado de otra persona. Y como se expresó anteriormente, de acuerdo al nivel de dependencia del familiar, el cuidador

empleará mayor parte de su tiempo desarrollando esta labor, lo que incrementará aún más su nivel de sobrecarga.

Existen instrumentos que evalúan la sobrecarga de cuidadores. Entre ellos se encuentra la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, que es una escala tipo Likert originalmente creada para cuidadores de personas con demencia y consta de 22 ítems actualmente. El Cuestionario Entrevista de Carga Familiar Objetiva y Subjetiva, es versión validada en español de *Family Burden Interview Schedule* (FBIS) que permite medir la carga subjetiva y objetiva de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia y evalúa la carga objetiva y subjetiva y además considera la evaluación de los gastos asociados al cuidado del paciente. El Cuestionario de Repercusión Familiar (IEQ) es otra de las escalas que mide las consecuencias derivadas del cuidado en las cuatro semanas previas, está compuesta por 31 ítems y es también una escala tipo Likert.

2.2.4. Calidad de vida

Este término representa un relevante y complejo concepto en el área de la salud. Desde hace muchos se ha definido la calidad de vida de acuerdo a la percepción de la persona, su posición en el entorno cultural, el sistema de valores que la rodean, sus objetivos, expectativas e inquietudes. Se añan, indiscutiblemente, su salud física, salud mental, nivel de independencia, relaciones sociales, factores ambientales y convicciones (47). De este modo, analizar la calidad de vida comprende evaluar una serie de criterios en diversos aspectos, sean estos positivos o negativos. Sin embargo, no se considera en absoluto cualquier opinión externa, como la de un profesional en salud o algún miembro de la familia.

Conocer la calidad de vida puede resultar útil para conducir a la mejora de tratamientos, alivio de síntomas, atención y rehabilitación de un paciente. Además, nos confiere la posibilidad de identificar la variedad de problemas que enfrenta una población y de esta manera nos permite

anticipar a futuros pacientes y comprender las consecuencias de su afección y tratamiento. Muchos de estos problemas pueden prolongarse en el tiempo y ser ignorados sin una adecuada evaluación de la calidad de vida. (48)

Algunas escalas usadas con el fin de evaluar la calidad de vida son: el Cuestionario de Salud SF-36 que es uno de los más evaluados y utilizados internacionalmente e incluye la evaluación de la salud física y mental mediante 36 preguntas que se dividen en 8 dimensiones; el Perfil de Calidad de Vida de Lancashire o LQOLP por sus siglas en inglés que fue estructurada para medir salud y bienestar en pacientes con trastornos mentales, combinando valoraciones objetiva y subjetiva; la Escala de Calidad de Vida (QLS) que fue desarrollada por Heinrichs, Hanlon y Carpenter, en el año 1984 para evaluar la calidad de vida mediante el funcionamiento de estos pacientes y considera la presencia de síntomas negativos, de forma independiente a la presencia o ausencia de síntomas positivos.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1. HIPÓTESIS

No se considerará hipótesis estadística por ser un estudio observacional.

3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

	VARIABLE	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Categoría o unidad
C U I D A D O R	Sexo	Caracteres secundarios	Cualitativa	Nominal	Masculino = 0 Femenino = 1
	Edad	Años cumplidos al estudio	Cuantitativa	Razón	< 20 años = 1 20 – 29 años = 2 30 – 39 años = 3 40 – 49 años = 4 50 – 59 años = 5 > 60 años = 6
	Grado de Instrucción	Nivel máximo completado	Cualitativa	Ordinal	Sin educación = 0 Primaria = 1 Secundaria = 2 Técnico = 3 Universitaria = 4
	Estado civil	Condición de orden social	Cualitativa	Nominal	Soltero/a = 0 Casado/a = 1 Conviviente = 2 Divorciado/a = 3 Viudo/a = 4
	Parentesco	Relación entre cuidador y paciente	Cualitativa	Nominal	Cónyuge = 1 Hijo/a = 2 Hermano/a = 3 Padre/madre = 4 Otro = 5
	Ocupación	Situación laboral	Cualitativa	Nominal	Ninguna = 0 Independiente = 1 Dependiente = 2

	Años al cuidado del paciente	Número de años cumplidos al cuidado del paciente	Cuantitativa	Razón	< 5 años = 0 5 – 10 años = 1 > 10 años = 2
--	------------------------------	--	--------------	-------	--

P A C I E N T E	Sexo	Caracteres secundarios	Cualitativa	Nominal	Masculino = 0 Femenino = 1
	Edad	Años cumplidos	Cuantitativa	Razón	< 20 años = 1 20 – 29 años = 2 30 – 39 años = 3 40 – 49 años = 4 50 – 59 años = 5 > 60 años = 6
	Grado de Instrucción	Nivel máximo completado	Cualitativa	Ordinal	Sin educación = 0 Primaria = 1 Secundaria = 2 Técnico = 3 Universitaria = 4
	Estado civil	Condición de orden social	Cualitativa	Nominal	Soltero/a = 0 Casado/a = 1 Conviviente = 2 Divorciado/a = 3 Viudo/a = 4
	Parentesco	Relación entre cuidador y paciente	Cualitativa	Nominal	Cónyuge = 1 Hijo/a = 2 Hermano/a = 3 Padre/madre = 4 Otro = 5
	Ocupación	Situación laboral	Cualitativa	Nominal	Ninguna = 0 Independiente = 1 Dependiente = 2
	Tiempo de enfermedad	Tiempo transcurrido desde el diagnóstico inicial	Cuantitativa	Razón	< 5 años = 0 5 – 10 años = 1 > 10 años = 2

VARIABLE	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Categoría o unidad
Sobrecarga	Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit	Cualitativa	Nominal	22 – 46 = No hay sobrecarga 47 – 55 = Sobrecarga leve 56 – 110 = Sobrecarga intensa
Calidad de vida*	Cuestionario SF – 36 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Función física ▪ Rol Físico ▪ Dolor corporal ▪ Salud general ▪ Vitalidad ▪ Función social ▪ Rol emocional ▪ Salud Mental ▪ Ítem de Transición de Salud 	Cualitativa	Nominal	Puntaje del 0 al 100.

** Este cuestionario no incluye valores específicos que clasifiquen el nivel del estado de salud. En cada dimensión, los ítems son codificados y convertidos en una escala del 0 al 100, donde 0 es el peor estado de salud para tal dimensión y 100 es el mejor estado de salud.*

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de tipo **observacional**, al no haber manipulación de variables. Al evaluarse los datos en un momento específico y determinado en el tiempo, se trata de un estudio **transversal**. Los datos alcanzados fueron empleados bajo metodología **analítica** de tipo **cuantitativo**.

4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en el Centro de Salud Mental Comunitario “La Heroica”. Se trata de un establecimiento parte de la implementación del Modelo de Atención de Salud Mental Comunitario que abarca la atención de salud mental en establecimientos del primer nivel de atención. Se encuentra ubicado en el Centro Poblado Augusto B. Leguía de la ciudad de Tacna y abarca una población de 100 000 habitantes aproximadamente.

4.3. POBLACIÓN

La población estuvo conformada por los 44 cuidadores de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, que reciben tratamiento ambulatorio y pertenecen al Centro de Salud Mental Comunitario La Heroica, Tacna.

Unidad de análisis: Cuidadores de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia al Centro de Salud Mental Comunitario La Heroica, Tacna.

4.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL CUIDADOR

- ✓ Edad del cuidador mayor a 18 años.
- ✓ Cuidador cuyo paciente con esquizofrenia tenga una mínima edad de 18 años.
- ✓ Cuidador cuyo paciente tenga un diagnóstico definitivo de esquizofrenia y cuente con tratamiento regular.
- ✓ Aceptación voluntaria y firma del consentimiento informado.

4.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DEL CUIDADOR

- ✓ Negativa del cuidador a participar.
- ✓ Dificultades lingüísticas que eviten la comprensión y expresión adecuadas.
- ✓ Llenado incorrecto de los cuestionarios u omisión de preguntas.
- ✓ Cuidador cuyo paciente tenga menos de un año de diagnóstico de esquizofrenia.

4.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El estudio se llevó a cabo mediante la aplicación de los siguientes instrumentos:

Ficha sociodemográfica (ANEXO 2).

Formulario que permitirá la recolección de datos sociodemográficos.

Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (ANEXO 3).

Escala originalmente creada por Steven H. Zarit y elaborada con el fin de medir el nivel de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de ancianos con algún tipo de trastorno mental (49). Sin embargo, en muchas

ocasiones ha sido utilizada para evaluar la sobrecarga en cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia (50). Ha sido adaptada a múltiples idiomas como francés, alemán, sueco, danés, portugués, japonés, chino, etc. En el año 1996 fue adaptada y validada al español por Martín et al. (51). Breinbauer et al. realizaron un estudio en el año 2009 donde validaron esta escala en Chile, hallando un valor en Alpha de Cronbach de 0.87 (52). En el Perú se realizó un trabajo de investigación publicado en el año 2015, donde se aplicó la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, para lo cual realizaron la validación del instrumento con un Alfa de Cronbach de 0.94, resultando un instrumento válido y confiable (53).

La escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, de tipo Likert que incluye 22 preguntas cada una con 5 posibles respuestas: nunca, rara vez, algunas veces, bastantes veces, casi siempre; que corresponde cada una a un puntaje del 1 al 5 respectivamente, obteniendo un puntaje total en el rango de 22 a 110. De acuerdo al puntaje total, se establecerá el nivel de sobrecarga respectivo:

- ≤ 46 = No sobrecarga
- 47 – 55 = Sobrecarga leve
- ≥ 56 = Sobrecarga intensa

Cuestionario de Salud SF-36 (ANEXO 4)

En el año 1991, se inició un estudio denominado “Evaluación internacional de la calidad de vida”, con el objetivo de traducir, adaptar y comprobar la adaptabilidad intercultural de un instrumento genérico conocido como Encuesta de salud SF – 36. Finalmente adaptado al idioma español de SF-36 Health Survey por Alonso et al (54).

Este instrumento evalúa el perfil del estado de salud del cuidador mediante 8 dimensiones: función física (10 ítems), rol físico (4 ítems),

dolor físico (2 ítems), salud general (5 ítems), vitalidad (4 ítems), función social (2 ítems), rol emocional (3 ítems) y salud mental (5 ítems). Incluye 36 ítems que cuantifican estados positivos y negativos de la calidad de vida del cuidador relacionada con la salud física y mental. La versión utilizada en el presente estudio es la “estándar”, en la que las respuestas brindadas por el cuidador deberán corresponder a un periodo recordatorio de 4 semanas (55).

En cada dimensión, los ítems son codificados en el intervalo de una escala entre 0 y 100, representando estos extremos el peor y mejor estado de salud para cada dimensión respectivamente. Alonso et al. establecieron valores de referencia para la población española, encontrando una media de 50 con una desviación estándar de 10 para las ocho dimensiones (56). Este cuestionario no fue diseñado para expresar un índice global, en cambio, mediante la combinación de los resultados de cada dimensión permite distinguir dos puntuaciones: salud física y salud mental.

El cuestionario se recomienda sea autoadministrado, pero se ha demostrado que la administración mediante entrevista personal es admisible.

En un estudio llevado a cabo por Salazar y Bernabé en el año 2012, validaron este instrumento en el Perú. Para la confiabilidad de la consistencia interna, el coeficiente alfa para la escala del Cuestionario SF-36 fue de 0.82, demostrando su confiabilidad para medir el estado de salud en nuestro país. (57)

4.5. ASPECTOS ÉTICOS

El proyecto de tesis fue aprobado por la Universidad Privada de Tacna mediante resolución N° 373-2022-UPT/FACSA-D. Posteriormente, se obtuvo la autorización de la Dirección Ejecutiva de la Red de Salud de la Dirección

Regional de Salud de Tacna para el acceso a información del Centro de Salud Mental Comunitario e inicio de la ejecución.

La participación de los cuidadores fue de carácter voluntario y confidencial. Se explicó detalladamente al familiar cuidador los detalles de la investigación. Además, se solicitó la firma de un consentimiento informado (ANEXO 1) al cuidador, mediante el cual se ofreció los detalles necesarios sobre el estudio. También se aclaró a los cuidadores que los datos y demás información obtenida serían utilizados exclusivamente con fines de investigación y para el desarrollo del presente estudio.

CAPÍTULO V

RECOLECCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS

Tras realizarse el proyecto de investigación, la Universidad Privada de Tacna mediante resolución N° 373-2022-UPT/FACSA-D, aprobó el inicio de la ejecución de este. Además, se presentó a la Red de Salud Tacna, la resolución mencionada, solicitando el permiso para ejecutar la investigación en el Centro de Salud Mental Comunitario La Heroica. Luego de ser evaluado, se obtuvo la autorización emitida por la Dirección Ejecutiva de la Red de Salud Tacna.

Posteriormente, se presentaron dichos documentos al área competente del Centro de Salud Mental Comunitario La Heroica, quienes proporcionaron un padrón de registro de los pacientes, con el que se contactaron a cada uno de los cuidadores.

La recolección de datos se realizó mediante entrevista personal a los cuidadores del paciente con diagnóstico de esquizofrenia, a quienes se aplicó una ficha de recolección de datos sociodemográficos, Escala de Sobrecarga de Zarit y el Cuestionario de Salud SF-36. Los cuidadores fueron ubicados de acuerdo a la información brindada por el Centro de Salud Mental Comunitario La Heroica y fueron entrevistados en sus domicilios, previa coordinación vía telefónica, los días 8, 9 y 10 de Agosto del presente año. Se entrevistó a demás cuidadores los días 10, 11 y 12 de Agosto, en el CSMC cuando acudieron acompañando a los pacientes a talleres grupales de terapia ocupacional organizados por el área de Terapia Física. Con el mismo fin, con fecha 13 de Agosto, se congregó a pacientes y cuidadores en el auditorio del CSMC en un encuentro donde se desarrollaron talleres, charlas informativas y actividades recreativas en horas de la mañana, y a la vez se entrevistó individualmente y de forma gradual a otro grupo de cuidadores en un ambiente contiguo. Por último, los días 15, 16 y 17 de Agosto se realizó nuevamente entrevistas en sus domicilios, a los cuidadores que no pudieron ser

contactados en fechas anteriores.

Luego de obtenida la información, se realizaron tablas de contingencia donde se colocaron valores absolutos y relativos. Se analizaron medidas de tendencia central para las variables continuas de los puntajes de ambos instrumentos de sobrecarga y calidad de vida. Se utilizó el software SPSS Statistics v21. para el análisis estadístico. Para el análisis de calidad de vida del Cuestionario SF-36 se utilizó un software estandarizado que identifica las dimensiones y realizó el consolidado de calidad de vida en salud mental y física.

Se concretó el contraste de las variables intervinientes a través de Chi-cuadrado, considerando un valor P de 0.05 o menor como significativo. Los datos de contraste estadístico, además se analizaron con un intervalo de confianza del 95%.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

El presente estudio incluyó a los cuidadores del 100% de los pacientes con esquizofrenia atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario La Heroica de Tacna, por lo que se contó con una población total de 44 cuidadores de pacientes con esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario La Heroica de Tacna, a quienes se aplicaron una ficha de recolección de datos, la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit y el Cuestionario de Salud SF-36.

Con la información obtenida, se organizaron los resultados en las tablas y gráficos que se presentan a continuación.

TABLA N° 01

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS CUIDADORES DE
PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL
COMUNITARIO LA HEROICA, TACNA.

Del cuidador		n	%
Edad	30 a 39 años	5	11.4%
	40 a 49 años	8	18.2%
	50 a 59 años	27	61.4%
	60 a más	4	9.1%
	Total	44	100.0%
Sexo	Masculino	13	29.5%
	Femenino	31	70.5%
	Total	44	100.0%
Grado de Instrucción	Ninguno	1	2.3%
	Primaria	6	13.6%
	Secundaria	20	45.5%
	Técnico	11	25.0%
	Universitario	6	13.6%
	Total	44	100.0%
Estado civil	Soltero(a)	6	13.6%
	Casado(a)	6	13.6%
	Conviviente	25	56.8%
	Divorciado(a)	3	6.8%
	Viudo(a)	4	9.1%
	Total	44	100.0%
Ocupación	Ninguna	3	6.8%
	Independiente	30	68.2%
	Dependiente	11	25.0%
	Total	44	100.0%

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 01 se muestran las características sociodemográficas de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario la Heroica, Tacna. Podemos observar que el 61.4% tenía edades entre 50 a 59 años. Predominó además el sexo femenino, representando el 70.5% del total. De acuerdo al grado de instrucción la mayoría, es decir el 45.5%, tenía un nivel secundario, seguido de un 25% que contaba con educación superior técnica. Según el estado civil, el 56.8% tenía la condición de conviviente, siendo el grupo mayoritario. Además, el 68.2% de los cuidadores manifestó ser independiente laboralmente.

TABLA N° 02

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN PARENTESCO Y TIEMPO CON EL PACIENTE DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO LA HEROICA, TACNA.

Relación con el paciente		n	%
Parentesco	Cónyuge	6	13.6%
	Hijo(a)	1	2.3%
	Hermano(a)	15	34.1%
	Padre / Madre	22	50.0%
	Otro familiar	0	0.0%
	Total	44	100.0%
Tiempo al cuidado del paciente	Menos de 5 años	1	2.3%
	Entre 5 y 10 años	13	29.5%
	Más de 10 años	30	68.2%
	Total	44	100.0%

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 02 se muestra la distribución de frecuencia según parentesco y tiempo al cuidado del paciente de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario la Heroica, Tacna. Podemos observar que el 50% de los cuidadores tenía la condición de padre o madre del paciente, seguido de un 34.1% que tenía la condición de hermano y tan sólo un 13.6%, la de cónyuge. Además, se observa que, según el tiempo al cuidado del paciente, el 68.2% llevaba más de 10 años cumpliendo esta labor y el 29.5% llevaba entre 5 y 10 años.

TABLA N° 03

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON
ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO LA
HEROICA, TACNA.

Del paciente		n	%
Edad	20 a 29 años	14	31.8%
	30 a 39 años	13	29.5%
	40 a 49 años	7	15.9%
	50 a 59 años	6	13.6%
	60 a más	4	9.1%
	Total	44	100.0%
Sexo	Masculino	18	40.9%
	Femenino	26	59.1%
	Total	44	100.0%
Grado de Instrucción	Ninguno	0	0.0%
	Primaria	3	6.8%
	Secundaria	28	63.6%
	Técnico	10	22.7%
	Universitario	3	6.8%
	Total	44	100.0%
Estado civil	Soltero(a)	34	77.3%
	Casado(a)	1	2.3%
	Conviviente	9	20.5%
	Divorciado(a)	0	0.0%
	Viudo(a)	0	0.0%
	Total	44	100.0%
Ocupación	Ninguna	22	50.0%
	Independiente	18	40.9%
	Dependiente	4	9.1%
	Total	44	100.0%
Tiempo diagnóstico	Menos de 5 años	1	2.3%
	Entre 5 y 10 años	12	27.3%
	Más de 10 años	31	70.5%
	Total	44	100.0%

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 03 podemos observar la distribución de frecuencias de las principales características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario la Heroica, Tacna. Se observa que el 31.8% tenía entre 20 a 29 años, seguido de un 29.5% que oscilaba entre 30 a 39 años. Asimismo, el 59.1% era de sexo femenino y el 40.9%, de sexo masculino. Según el grado de instrucción, el 63.6% tenía un nivel secundario completo, seguido de un 22.7% con un nivel técnico. Según el estado civil, el 77.3% tenía la condición de soltero, seguido de un 20.5% con la condición de conviviente. Según la ocupación, el 50% no tenía ninguna ocupación al momento del estudio, seguido de un 40.9% con ocupación independiente. Según el tiempo de diagnóstico, el 75% tenía más de 10 años y el 27.3% tenía entre 5 y 10 años de tiempo de diagnóstico.

TABLA N° 04

**SOBRECARGA DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA
DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO LA HEROICA, TACNA.**

	n	%
Sin sobrecarga	3	6.8%
Sobrecarga leve	13	29.5%
Sobrecarga Intensa	28	63.6%
Total	44	100.0%
SOBRECARGA		
Media	58	
Máximo	76	
Mínimo	43	
Desviación típica	8	

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 04 se muestran los resultados de la medición de sobrecarga de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario la Heroica, Tacna: Podemos observar que, el 63.6% de cuidadores tenía una sobrecarga intensa, seguido de un 29.5% que tenía un nivel de sobrecarga leve. Sólo el 6.8% percibía no conllevar algún nivel de sobrecarga respecto al cuidado del paciente sujeto de estudio. Por consiguiente, podemos decir que 39 cuidadores que representan el 93.1% del total presentó algún nivel de sobrecarga.

Además, la media o puntaje promedio de sobrecarga obtenido gracias a la Escala de Zarit, fue de 58. Así como, el puntaje máximo obtenido fue de 76 y el mínimo de 43. Por otro lado, la mayoría de los cuidadores tuvo un puntaje entre 50 y 64.

TABLA N° 05

**CALIDAD DE VIDA SEGÚN ESFERAS EN LOS CUIDADORES DE
PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL
COMUNITARIO LA HEROICA, TACNA.**

Estadísticos descriptivos

ESFERAS DE LA CALIDAD DE VIDA	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
FUNCION FISICA (0-100)	44	25.00	100.00	74.0909	17.52980
ROL FISICO (0-100)	44	12.50	100.00	62.7841	17.46854
DOLOR CORPORAL (0-100)	44	31.00	84.00	51.0227	12.62977
SALUD GENERAL (0-100)	44	10.00	85.00	50.2273	20.51530
VITALIDAD (0-100)	44	31.25	62.50	49.1477	7.45516
FUNCION SOCIAL (0-100)	44	25.00	75.00	49.7159	9.52683
ROL EMOCIONAL (0-100)	44	25.00	100.00	64.9621	16.23268
SALUD MENTAL (0-100)	44	30.00	75.00	55.0000	9.27613
N válido (según lista)	44				

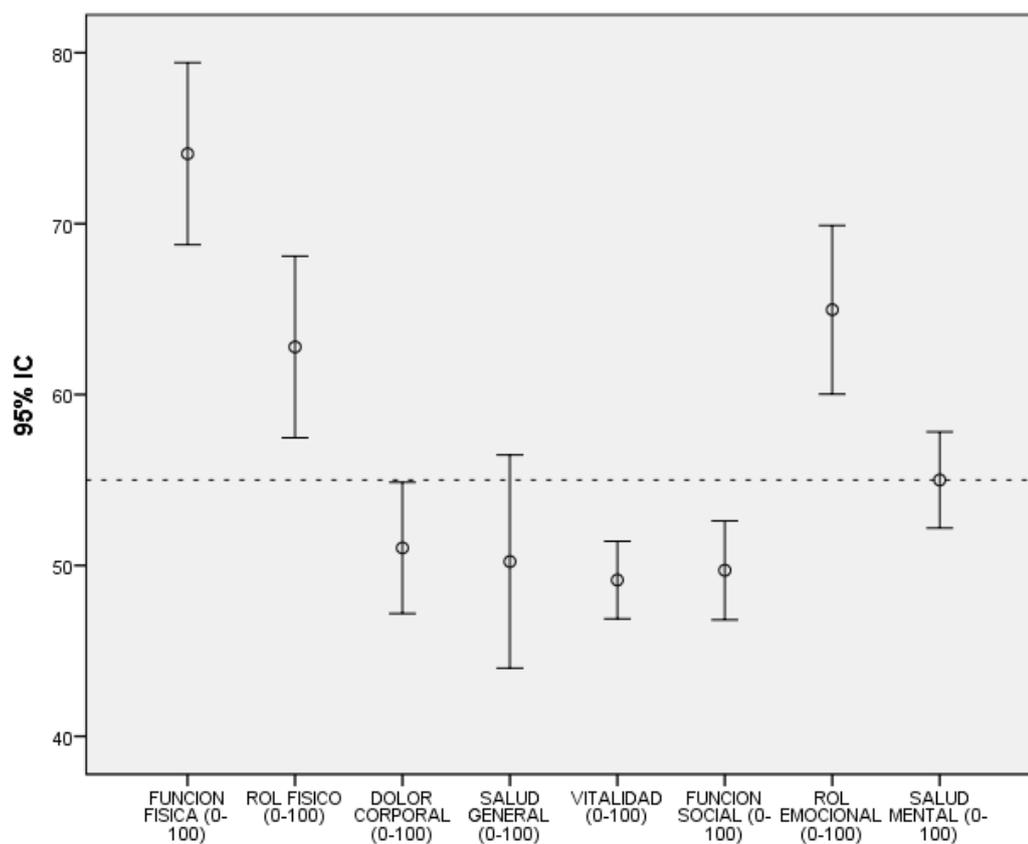
INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 05 y Figura 01 se muestran los valores continuos observados en la medición de calidad de vida según esferas en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario la Heroica, Tacna. Podemos observar que las esferas más comprometidas son la vitalidad (Media 49.14) y función social (Media: 49.71), así como salud general (Media: 50.22), salud mental

(Media: 55.0) y dolor corporal (Media 51.02), principalmente. Sin embargo, las esferas donde se evidencia una mejor calidad de vida son la función física (Media 74.09), seguida del rol físico (Media: 62.78) y rol emocional (Media 64.96).

FIGURA N° 01

CALIDAD DE VIDA SEGÚN ESFERAS EN LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO LA HEROICA, TACNA.

**INTERPRETACIÓN:**

En la Figura 01 se logró medir la tendencia de las diferentes esferas con un intervalo de confianza del 95%, lo que significa que, si el estudio lo repitiéramos en 100 muestras diferentes en el lugar de la presente investigación o se realizarán en la misma población de estudio 100 exploraciones de calidad de vida en diferentes momentos, el 95% manifestaría la tendencia mostrada en la figura expuesta.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 06 se muestra la correlación entre las diferentes esferas de medición de la calidad de vida de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario la Heroica, según nivel de significancia ($p < 0.05$). Podemos observar que en la esfera de vitalidad la mayor correlación fue con salud general pudiéndose explicar que la vitalidad dependería de un 62.3% (Pearson: 0.623) de la salud general y de un 58.8% (Pearson 0.588) de la salud mental. Asimismo, la función social está inversamente relacionada con el dolor corporal donde se evidencia que a mayor dolor corporal menor posibilidades de una adecuada función social, dependiendo hasta en un 39.4% (Pearson: 0.394) la función social del dolor corporal. El nivel de correlación de la salud mental es hasta un 50.4% con la función física (Pearson: 0.504).

TABLA N° 07

CONSOLIDADO CORRELACIONAL SEGÚN ESFERAS DE LAS DIMENSIONES
(FÍSICA Y MENTAL) DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS CUIDADORES DE
PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL
COMUNITARIO LA HEROICA, TACNA.

CORRELACIONES

		DIMENSION FISICA	DIMENSION MENTAL
FUNCION FISICA (0-100)	Correlación de Pearson	.851	.183
	Sig. (bilateral)	.000	.235
	N	44	44
ROL FISICO (0-100)	Correlación de Pearson	.670	.399
	Sig. (bilateral)	.000	.007
	N	44	44
DOLOR CORPORAL (0-100)	Correlación de Pearson	.330	-.338
	Sig. (bilateral)	.029	.025
	N	44	44
SALUD GENERAL (0-100)	Correlación de Pearson	.715	.484
	Sig. (bilateral)	.000	.001
	N	44	44
VITALIDAD (0-100)	Correlación de Pearson	.382	.593
	Sig. (bilateral)	.010	.000
	N	44	44
FUNCION SOCIAL (0-100)	Correlación de Pearson	-.134	.127
	Sig. (bilateral)	.384	.413
	N	44	44
ROL EMOCIONAL (0-100)	Correlación de Pearson	.452	.748
	Sig. (bilateral)	.002	.000
	N	44	44
SALUD MENTAL (0-100)	Correlación de Pearson	.325	.742
	Sig. (bilateral)	.032	.000
	N	44	44

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 07 se muestra el consolidado correlacional de la medición de calidad de vida según dimensión física y mental de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario la Heroica, comparado con cada una de las esferas exploradas de calidad de vida. Podemos observar que en la dimensión física las esferas más relacionadas fueron la función física (Pearson:0.851) con un 85.1% de interrelación, seguido de la salud general con un 71.5% de nivel de correlación principalmente (Pearson: 0.715). Según la dimensión mental, el nivel de correlación más fuerte fue con el rol emocional con un nivel de dependencia del 74.8% (Pearson: 0.748) y la vitalidad con un nivel de correlación hasta en un 59.3% (Pearson:0.593).

TABLA N° 08

CONSOLIDADO DE MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIONES
FÍSICA Y MENTAL DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON
ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO LA
HEROICA, TACNA.

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
DIMENSION FISICA	44	31.83	54.40	44.9425	5.59212
DIMENSION MENTAL	44	27.19	49.40	37.6884	4.45835

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 08 se muestra el consolidado de medición de calidad de vida según dimensiones física y mental de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario la Heroica, Tacna. Se puede observar que la dimensión física alcanzó un puntaje promedio de medición de la calidad de vida de 44.94 y la dimensión mental, un promedio de 37.68, en una escala del cero al 100. Ambas esferas se encuentran comprometidas por tener valores por debajo del 50% de la escala utilizada, pero entre las 2 dimensiones la más comprometida es la mental. Además, podemos inferir que en la mayoría de los cuidadores la dimensión física obtuvo un puntaje entre 39.35 y 50.53, mientras que en la dimensión mental el puntaje de la mayoría estuvo entre 33.23 y 42.15.

TABLA N° 09

CALIDAD DE VIDA DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON
ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO LA
HEROICA, TACNA.

		n	%
CALIDAD DE VIDA FISICA	MALA	36	81.8%
	BUENA	8	18.2%
	Total	44	100.0%
CALIDAD DE VIDA MENTAL	MALA	40	90.9%
	BUENA	4	9.1%
	Total	44	100.0%

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 09 se muestra la distribución de frecuencia de la medición de la calidad de vida de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario la Heroica, en escala nominal. Podemos observar que el 90.9% tiene una mala calidad de vida mental y un 81.8% manifiesta una mala calidad de vida física, principalmente.

TABLA N° 10

DISTRIBUCIÓN DE NORMALIDAD DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON
ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO LA
HEROICA, TACNA.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		ESCALA DE SOBRECARGA	COMPONENTE FISICO	COMPONENTE MENTAL
	N	44	44	44
Parámetros normales^{a,b}	Media	58.11	44.9425	37.6884
	Desviación típica	7.580	5.59212	4.45835
Diferencias más extremas	Absoluta	.155	.085	.096
	Positiva	.155	.085	.090
	Negativa	-.089	-.082	-.096
Z de Kolmogorov-Smirnov		1.030	.566	.634
Sig. asintót. (bilateral)		.239	.906	.816

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 10 se muestra la distribución de normalidad de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario la Heroica, Tacna. Observamos la medición de la prueba de Kolmogorov Smirnov para la determinación de normalidad de las variables continuas de sobrecarga, componente físico y componente mental, pudiéndose evidenciar que en las tres, las mediciones como variables continuas pudo ser factible dado que tenían una distribución normal. Asimismo, esto permitiría también que pudiesen ser tratadas como variables categóricas mediante su dicotomización en buena calidad de vida y mala calidad de vida.

TABLA N° 11

CORRELACIÓN ENTRE LAS ESCALAS DE SOBRECARGA CON LOS COMPONENTES FÍSICO Y MENTAL DE LA MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO LA HEROICA, TACNA.

		Correlaciones		
		ESCALA DE SOBRECARGA	COMPONENTE FISICO	COMPONENTE MENTAL
ESCALA DE SOBRECARGA	Correlación de Pearson	1	-.315*	-.228
	Sig. (bilateral)		.038	.136
	N	44	44	44
COMPONENTE FISICO	Correlación de Pearson	-.315*	1	.045
	Sig. (bilateral)	.038		.770
	N	44	44	44
COMPONENTE MENTAL	Correlación de Pearson	-.228	.045	1
	Sig. (bilateral)	.136	.770	
	N	44	44	44

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

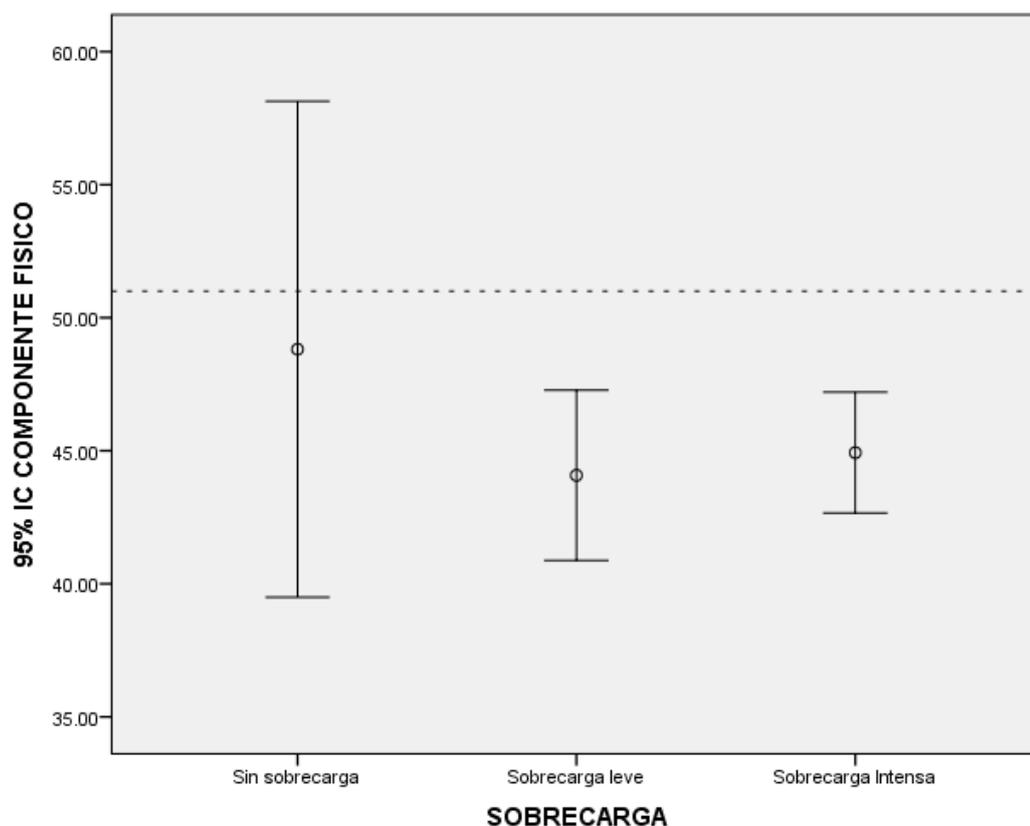
INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla, se muestra que mediante la medición de normalidad se pudo contrastar el nivel de correlación entre sobrecarga y calidad de vida, específicamente entre los componentes físico y mental de la medición de calidad de vida de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario la Heroica, Tacna. Se puede evidenciar que existe una correlación

indirectamente proporcional entre la sobrecarga que tienen los cuidadores con el componente físico de la medición de la calidad de vida, siendo la dependencia hasta en un 31.5% (Pearson:0.315), principalmente ($p=0.038$). Lo que podemos interpretar como la existencia de una mayor asociación entre el componente físico de la calidad de vida y la sobrecarga.

FIGURA N° 02

DIFERENCIACIÓN DE LA CORRELACIÓN DE LOS NIVELES DE SOBRECARGA CON EL COMPONENTE FÍSICO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO LA HEROICA, TACNA.



INTERPRETACIÓN:

En la figura 2 podemos observar el contraste y tendencia de relación de la sobrecarga con el componente físico de la medición de calidad de vida. Se puede evidenciar que, en esta correlación los niveles de sobrecarga más comprometidos con la calidad de vida física son los niveles de sobrecarga leve e intensa, con un intervalo de confianza del 95%.

TABLA N° 12

ASOCIACIÓN DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CALIDAD DE VIDA FÍSICA DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO LA HEROICA, TACNA.

		CALIDAD DE VIDA FÍSICA						p:
		MALA		BUENA		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Edad	30 a 39 años	5	100.0%	0	0.0%	5	100.0%	0.327
	40 a 49 años	5	62.5%	3	37.5%	8	100.0%	
	50 a 59 años	23	85.2%	4	14.8%	27	100.0%	
	60 a más	3	75.0%	1	25.0%	4	100.0%	
	Total	36	81.8%	8	18.2%	44	100.0%	
Sexo	Masculino	11	84.6%	2	15.4%	13	100.0%	0.755
	Femenino	25	80.6%	6	19.4%	31	100.0%	
	Total	36	81.8%	8	18.2%	44	100.0%	
Grado de Instrucción	Ninguno	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	0.213
	Primaria	6	100.0%	0	0.0%	6	100.0%	
	Secundaria	18	90.0%	2	10.0%	20	100.0%	
	Técnico	7	63.6%	4	36.4%	11	100.0%	
	Universitario	4	66.7%	2	33.3%	6	100.0%	
	Total	36	81.8%	8	18.2%	44	100.0%	
Estado civil	Soltero(a)	4	66.7%	2	33.3%	6	100.0%	0.039
	Casado(a)	4	66.7%	2	33.3%	6	100.0%	
	Conviviente	24	96.0%	1	4.0%	25	100.0%	
	Divorciado(a)	1	33.3%	2	66.7%	3	100.0%	
	Viudo(a)	3	75.0%	1	25.0%	4	100.0%	
	Total	36	81.8%	8	18.2%	44	100.0%	
Parentesco	Cónyuge	5	83.3%	1	16.7%	6	100.0%	0.509
	Hijo(a)	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	
	Hermano(a)	12	80.0%	3	20.0%	15	100.0%	
	Padre / Madre	18	81.8%	4	18.2%	22	100.0%	
	Otro familiar	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	Total	36	81.8%	8	18.2%	44	100.0%	
Ocupación	Ninguna	2	66.7%	1	33.3%	3	100.0%	0.357
	Independiente	25	83.3%	5	16.7%	30	100.0%	
	Dependiente	9	81.8%	2	18.2%	11	100.0%	
	Total	36	81.8%	8	18.2%	44	100.0%	
Tiempo al cuidado del paciente	Menos de 5 años	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	0.836
	Entre 5 y 10 años	11	84.6%	2	15.4%	13	100.0%	
	Más de 10 años	24	80.0%	6	20.0%	30	100.0%	
	Total	36	81.8%	8	18.2%	44	100.0%	

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 12 se muestra la asociación de características sociodemográficas y calidad de vida física de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario la Heroica, Tacna. Podemos observar que la variable sociodemográfica principalmente asociada fue la condición de estado civil, donde del grupo con estado de conviviente tuvo una mala calidad de vida el 96.0%, mientras que del grupo con estado civil de divorciado tuvo una buena calidad de vida el 66.7%. Esta diferencia fue significativa ($p: 0.039$) respecto a las demás categorías de la variable.

TABLA N° 13

ASOCIACIÓN DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CALIDAD DE VIDA MENTAL DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO LA HEROICA, TACNA.

		CALIDAD DE VIDA MENTAL						p:
		MALA		BUENA		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Edad	30 a 39 años	5	100.0%	0	0.0%	5	100.0%	0.766
	40 a 49 años	7	87.5%	1	12.5%	8	100.0%	
	50 a 59 años	24	88.9%	3	11.1%	27	100.0%	
	60 a más	4	100.0%	0	0.0%	4	100.0%	
	Total	40	90.9%	4	9.1%	44	100.0%	
Sexo	Masculino	11	84.6%	2	15.4%	13	100.0%	0.347
	Femenino	29	93.5%	2	6.5%	31	100.0%	
	Total	40	90.9%	4	9.1%	44	100.0%	
Grado de Instrucción	Ninguno	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	0.623
	Primaria	5	83.3%	1	16.7%	6	100.0%	
	Secundaria	19	95.0%	1	5.0%	20	100.0%	
	Técnico	9	81.8%	2	18.2%	11	100.0%	
	Universitario	6	100.0%	0	0.0%	6	100.0%	
	Total	40	90.9%	4	9.1%	44	100.0%	
Estado civil	Soltero(a)	6	100.0%	0	0.0%	6	100.0%	0.741
	Casado(a)	5	83.3%	1	16.7%	6	100.0%	
	Conviviente	22	88.0%	3	12.0%	25	100.0%	
	Divorciado(a)	3	100.0%	0	0.0%	3	100.0%	
	Viudo(a)	4	100.0%	0	0.0%	4	100.0%	
	Total	40	90.9%	4	9.1%	44	100.0%	
Parentesco	Cónyuge	5	83.3%	1	16.7%	6	100.0%	0.463
	Hijo(a)	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	
	Hermano(a)	15	100.0%	0	0.0%	15	100.0%	
	Padre / Madre	19	86.4%	3	13.6%	22	100.0%	
	Otro familiar	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	Total	40	90.9%	4	9.1%	44	100.0%	
Ocupación	Ninguna	3	100.0%	0	0.0%	3	100.0%	0.848
	Independiente	27	90.0%	3	10.0%	30	100.0%	
	Dependiente	10	90.9%	1	9.1%	11	100.0%	
	Total	40	90.9%	4	9.1%	44	100.0%	
Tiempo al cuidado del paciente	< 5 años	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	0.358
	5 a 10 años	13	100.0%	0	0.0%	13	100.0%	
	> 10 años	26	86.7%	4	13.3%	30	100.0%	
	Total	40	90.9%	4	9.1%	44	100.0%	

INTERPRETACIÓN:

Finalmente, en la Tabla 13 se muestra la asociación de características sociodemográficas y calidad de vida mental de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario la Heroica, Tacna. Sin embargo, se puede evidenciar que ninguna de las variables sociodemográficas de los cuidadores estuvo significativamente asociada a calidad de vida mental ($p < 0.05$).

TABLA N° 14

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE SOBRECARGA SEGÚN CALIDAD DE VIDA GENERAL DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO LA HEROICA, TACNA.

		CALIDAD DE VIDA GENERAL					
		MALA		BUENA		Total	
		n	%	n	%	n	%
SOBRECARGA (p:0.188)	Sin sobrecarga	2	66.7%	1	33.3%	3	100.0%
	Sobrecarga leve	13	100.0%	0	0.0%	13	100.0%
	Sobrecarga Intensa	24	85.7%	4	14.3%	28	100.0%
	Total	39	88.6%	5	11.4%	44	100.0%

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla se muestran las diferencias proporcionales entre los niveles de sobrecarga y la calidad de vida de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario La Heroica de Tacna.

Podemos observar que, en el grupo con sobrecarga intensa, el 85.7%, percibía una mala calidad de vida. Mientras que en el grupo con sobrecarga leve el 100% percibía mala calidad de vida, y en el grupo sin sobrecarga, el 66.7% percibía mala calidad de vida. En todos los niveles de sobrecarga, predominó la mala calidad de vida general. Si bien el grupo sin sobrecarga tenía menor proporción de cuidadores con mala calidad de vida, esta diferencia no fue estadísticamente significativa (p:0.18).

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN

Los cuidadores de pacientes con esquizofrenia desempeñan esta función a diario que supone muchas veces una elevada sensación de responsabilidad y sobrecarga, que podría desencadenar en la afección de su salud física, mental y percepción de calidad de vida en general.

Según la OMS, una de cada ocho personas a nivel mundial padece algún trastorno mental y la población de cuidadores en el mundo es en gran medida susceptible, sin embargo, tomada en cuenta muy pocas veces. Con el fin de conocer el nivel de sobrecarga y calidad de vida de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario La Heroica de la ciudad de Tacna, se emplearon la Escala de Sobrecarga de Zarit y el Cuestionario de Salud SF-36 que evalúa el estado de salud del cuidador mediante dimensiones.

Se estudió una población total de 44 cuidadores de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, encontrándose que el 61.4% tenían una edad entre 50 y 59 años, y el 70.5% de los cuidadores eran de sexo femenino, similar al estudio realizado por Bequis-Lacera et al. donde la mayoría de los cuidadores fueron de sexo femenino, representando un porcentaje de 63% del total (18). De igual manera, el estudio llevado a cabo por Chen et al. también reportó el predominio del sexo femenino de los cuidadores (55%) (16) y el estudio de Lima Ccelccaro y Magallanes Pachas donde el 75% de los cuidadores eran de sexo femenino (22).

En cuanto al parentesco, el 50% de los cuidadores manifestó ser el padre o madre del paciente, seguido de un 34.1% que manifestó ser hermano(a). Datos que coinciden con lo encontrado por Chen et al., quien halló en su estudio que el 55% de cuidadores eran padre o madre del paciente (16). De similar forma, Lima Ccelccaro y Magallanes Pachas reportaron en su investigación que el 47.2% de los cuidadores eran padre o madre del paciente (22).

Respecto al nivel de sobrecarga de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario La Heroica de Tacna, se encontró que el 63.6% tenía una sobrecarga intensa, mientras que el 29.5% tenía una sobrecarga leve y tan solo el 6.8% resultó sin sobrecarga del cuidado del paciente, resultando que un 93.1% del de cuidadores, presentaba algún nivel de sobrecarga. Resultados similares reportaron Lima Ccelccaro y Magallanes Pachas en su estudio realizado en un Centro de Salud Mental de Lima en el año 2021, en el que utilizaron también la Escala de sobrecarga de Zarit, encontrando que el nivel de sobrecarga fue intenso en un 66,7% de los cuidadores, y solo el 5.5% resultó sin sobrecarga (22). Cuentas Anci, que también empleó la Escala de sobrecarga de Zarit en su investigación realizada en un hospital de Arequipa, halló que todos los cuidadores presentaron algún nivel de sobrecarga: el 22.08% presentó un nivel leve de sobrecarga y el 77.92% presentó un nivel intenso de sobrecarga (20). Clari et al. en un estudio realizado en el presente año en una población de 65 cuidadores usando la *Burden Assessment Scale* (BAS) para evaluar el nivel de sobrecarga, ubicó al 63.1% de cuidadores dentro de la categoría más elevada de sobrecarga, mientras que el promedio de sobrecarga del cuidador reportado fue de 45.8 en la escala mencionada (19). De manera similar, Bequis-Lacera et al. encontró en su estudio que el 63% de los cuidadores presentó algún tipo de sobrecarga, con una puntuación media en la Escala de Zarit de 49; así como Hajebi et al. que halló que el nivel de sobrecarga de más del 70% de los cuidadores fue de leve a intenso, con un puntaje de 49.7 ± 13.8 (18), (17). De manera semejante, en nuestra investigación se halló que el promedio de sobrecarga del cuidador fue de 58 con una desviación típica de 8, lo que significa que la mayoría de los cuidadores tuvieron un puntaje de sobrecarga entre 50 y 64 en la Escala de Zarit.

En cuanto a los hallazgos de la aplicación del Cuestionario de Salud SF-36 que evalúa calidad de vida e incluye las esferas de función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental; se encontró que las esferas más comprometidas son la vitalidad (Media: 49.14) y función social (Media: 49.71), así como salud general (Media: 50.22), salud mental

(Media: 55.0) y dolor corporal (Media 51.02), principalmente. Resultados que se pueden comparar a los del estudio de Bequis-Lacera et al. quien reportó que las áreas más comprometidas fueron la función física con una media de 44, rol emocional con una media de 49, función social con una media de 51 y salud general con una media de 61 (18).

Respecto a la calidad de vida de los cuidadores según dimensiones, se encontró que la dimensión física y mental estaban comprometidas, puesto que en una escala del 0 al 100, la dimensión física alcanzó un promedio de 44.94 y la dimensión mental, un promedio de 37.68, encontrándose ambas por debajo del 50% de la escala. Se destaca el mayor compromiso de la dimensión mental. Asimismo, se detalla que el 90.9% de los cuidadores presenta una mala calidad de vida mental y el 81.8% presenta una mala calidad de vida física. Con un ligero predominio del compromiso a nivel mental, esto podría deberse a que los cuidadores ante el impacto que ocasiona este diagnóstico en su familiar experimentan diversas reacciones emocionales como la ansiedad. Por ejemplo, en un trabajo realizado en Perú, encontraron que el 83,3% de los cuidadores presentaban ansiedad de rasgo y estado en nivel medio y superior (58). A pesar de no haberse encontrado estudios similares y actuales que analicen la calidad de vida de los cuidadores según dimensiones física y mental, es preciso mencionar que Bequis-Lacera et al. reportó en su investigación una menor calidad de vida en los componentes de rol emocional y función social, según lo indicado gracias al Cuestionario de Salud SF-36, además de probar la existencia de una relación estrecha entre la calidad de vida y la percepción de carga del cuidador.

Por otro lado, se encontró que la variable sociodemográfica mayormente asociada fue la condición de estado civil, donde el grupo con el estado de conviviente tuvo una mala calidad de vida física hasta en un 96% ($p < 0.05$), lo que podría explicarse por la proporción de cuidadores con dicho estado civil en este estudio, que fue notablemente superior al resto de categorías en esta variable. Mientras que ninguna de las variables sociodemográficas estuvo asociada a la calidad de vida mental. Estos resultados contrastan con lo obtenido por Cuentas Anci, que dentro del

análisis de las variables sociodemográficas, solo encontró asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre la ocupación y el nivel de sobrecarga, siendo mayor la sobrecarga en aquellos cuidadores que trabajaban como amas de casa y jubilados; y siendo menor en empleados y comerciantes (20).

Por último, en el estudio desarrollado por Cruzado Donato en el que empleó también la Escala de sobrecarga de Zarit, reportó que hubo una relación estadísticamente significativa entre la sobrecarga de rol y calidad de vida del cuidador ($p = 0.0017$) (21). Como se mencionó anteriormente, Bequis-Lacera et al. también confirmó una estrecha relación entre calidad de vida y percepción de carga del cuidador (18). En contraste nuestros resultados mostraron que, si bien es cierto, en todos los niveles de sobrecarga predominó la mala calidad de vida, no hubo diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.18$). Sin embargo, al analizar la calidad de vida dividida en dimensiones física y mental, se encontró que la sobrecarga del cuidador estuvo asociada a una mala calidad de vida física ($p = 0.038$), donde la sobrecarga dependería de hasta un 31.5% de la dimensión física de la calidad de vida (Pearson: -0.315). Es decir, un mayor nivel de sobrecarga se asocia a una menor calidad de vida física. Esto podría explicarse, por la presencia de patologías en el cuidador que generen malestar físico o dolor y los conduzcan a limitar sus actividades, causando efectos negativos en su calidad de vida en la dimensión física.

CONCLUSIONES

1. Se observó que la mayoría de los cuidadores fue de sexo femenino (70.5%), sus edades oscilaban entre los 50 a 59 años (61.4%), y en relación al parentesco, la mitad de los cuidadores manifestaron ser padre o madre del paciente (50%).
2. Del total de cuidadores de pacientes con esquizofrenia incluidos en el estudio, el 93.1% presentó algún nivel de sobrecarga, distribuyéndose en un 63.6% de cuidadores que posee una sobrecarga intensa y el 29.5%, un nivel de sobrecarga leve. Mientras que solo el 6.8% no presentó sobrecarga.
3. Una gran proporción de los cuidadores tiene una mala calidad de vida: el 90.9% del total, posee una mala calidad de vida mental y el 81.8%, una mala calidad de vida física.
4. Al contrastar el nivel de correlación entre las escalas de sobrecarga con los componentes físico y mental de la calidad de vida, se encontró que existe una correlación indirectamente proporcional entre la sobrecarga del cuidador y el componente físico, con un nivel de dependencia de hasta 31.5%.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda el estudio de otros factores que puedan incrementar la sobrecarga o disminuir el nivel de calidad de vida del cuidador, como la presencia de patologías antes de iniciar esta labor, el nivel socioeconómico, o la severidad de los síntomas del paciente.
2. Se recomienda que los cuidadores de pacientes con esquizofrenia accedan a un tamizaje de salud mental previo que permita conocer el estado basal del cuidador y de manera similar favorezca estudios de naturaleza prospectiva para identificar relaciones causales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vos T, Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. 16 de septiembre de 2017;390(10100):1211-59.
2. Dixon L. What It Will Take to Make Coordinated Specialty Care Available to Anyone Experiencing Early Schizophrenia: Getting Over the Hump. *JAMA Psychiatry*. 1 de enero de 2017;74(1):7-8.
3. Charlson FJ, Ferrari AJ, Santomauro DF, Diminic S, Stockings E, Scott JG, et al. Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. *Schizophr Bull*. octubre de 2018;44(6):1195-203.
4. Kahn RS, Sommer IE, Murray RM, Meyer-Lindenberg A, Weinberger DR, Cannon TD, et al. Schizophrenia. *Nat Rev Dis Primer*. 12 de noviembre de 2015;1:15067.
5. Harwood RH, Sayer AA, Hirschfeld M. Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios. *Bull World Health Organ*. abril de 2004;82(4):251-8.
6. Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J, Miranda-Castillo C. Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: A literature review. *Health Qual Life Outcomes*. 11 de septiembre de 2009;7:84.
7. Lasebikan VO, Ayinde OO. Family Burden in Caregivers of Schizophrenia Patients: Prevalence and Socio-demographic Correlates. *Indian J Psychol Med*. 1 de enero de 2013;35(1):60-6.

8. Lora A, Kohn R, Levav I, McBain R, Morris J, Saxena S. Service availability and utilization and treatment gap for schizophrenic disorders: a survey in 50 low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ*. 1 de enero de 2012;90(1):47-54B.
9. SIGN. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2008.
10. Caqueo-Urizar A, Alessandrini M, Urzúa A, Zendjidjian X, Boyer L, Williams DR. Caregiver's quality of life and its positive impact on symptomatology and quality of life of patients with schizophrenia. *Health Qual Life Outcomes*. 19 de abril de 2017;15(1):76.
11. Gupta S, Isherwood G, Jones K, Van Impe K. Assessing health status in informal schizophrenia caregivers compared with health status in non-caregivers and caregivers of other conditions. *BMC Psychiatry*. 21 de julio de 2015;15:162.
12. Pinquart M, Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging*. junio de 2003;18(2):250-67.
13. Sadock BJ, Sadock VA. *Manual de bolsillo de psiquiatría clínica*. 5ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
14. Cruz RZ. Síndrome de carga del cuidador [Internet]. *Red Revista Colombiana de Psiquiatría*; 2009 [citado 10 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://elibro.upc.elogim.com/es/ereader/upc/459>
15. Constitution of the World Health Organization. In; World Health Organization. *Handbook of basic documents*. 5rd ed. Geneva: Palais des Nations; 1952. p. 3-20.
16. Chen L, Zhao Y, Tang J, Jin G, Liu Y, Zhao X, et al. The burden, support and needs of primary family caregivers of people experiencing schizophrenia in

- Beijing communities: a qualitative study. *BMC Psychiatry*. 20 de febrero de 2019;19(1):75.
17. Hajebi A, Naserbakht M, Minoletti A. Burden experienced by caregivers of schizophrenia patients and its related factors. *Med J Islam Repub Iran*. 12 de junio de 2019;33:54.
 18. Bequis-Lacera M, Muñoz-Hernández Y, Duque-Rojas O, Guzmán-Quintero A, Numpaque-Molina A, Rojas-González A, et al. Sobrecarga y calidad de vida del cuidador de un paciente con esquizofrenia. *Duazary*. 9 de mayo de 2019;16(2):280-92.
 19. Clari R, Headley J, Egger J, Swai P, Lawala P, Minja A, et al. Perceived burden and family functioning among informal caregivers of individuals living with schizophrenia in Tanzania: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 4 de enero de 2022;22(1):10.
 20. Cuentas Anci CM. Factores que influyen en la sobrecarga de los familiares de pacientes con esquizofrenia. Hospital Base Carlos Alberto Seguin Escobedo, Essalud, Arequipa. 2017. Univ Nac San Agustín Arequipa [Internet]. 2017 [citado 3 de julio de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/6159>
 21. Cruzado Donato TG. Sobrecarga del rol y calidad de vida en cuidadores de pacientes esquizofrénicos. Hospital Regional Docente de Trujillo. Univ Nac Trujillo [Internet]. 2019 [citado 3 de julio de 2022]; Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/12929>
 22. Lima Ccellccaro A, Magallanes Pachas CA. Nivel de sobrecarga del cuidador primario de pacientes con esquizofrenia en el Centro de Salud Mental de Lima - 2021. 2022 [citado 29 de junio de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/11564>

23. International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11), World Health Organization (WHO) 2019/2021. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11>.
24. American Psychiatric Association, editor. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. Fifth edition, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2022. 1 p.
25. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev.* 2008;30:67-76.
26. Andreasen NC. The lifetime trajectory of schizophrenia and the concept of neurodevelopment. *Dialogues Clin Neurosci.* 2010;12(3):409-15.
27. Hjorthøj C, Stürup AE, McGrath JJ, Nordentoft M. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 1 de abril de 2017;4(4):295-301.
28. DE Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA.* febrero de 2011;10(1):52-77.
29. Morrison JR. *DSM-5 made easy: the clinician's guide to diagnosis.* New York: The Guilford Press; 2014. 652 p.
30. Hany M, Rehman B, Azhar Y, Chapman J. Schizophrenia. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [citado 7 de julio de 2022]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539864/>
31. Schmidt A, Cappucciati M, Radua J, Rutigliano G, Rocchetti M, Dell'Osso L, et al. Improving Prognostic Accuracy in Subjects at Clinical High Risk for Psychosis: Systematic Review of Predictive Models and Meta-analytical

- Sequential Testing Simulation. *Schizophr Bull.* 1 de marzo de 2017;43(2):375-88.
32. Salud IN de. Guía de práctica clínica para el abordaje temprano y manejo de la esquizofrenia en adultos. *Inst Nac Salud [Internet]*. 2017 [citado 9 de julio de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.ins.gob.pe/handle/INS/1155>
33. Siskind D, Siskind V, Kisely S. Clozapine Response Rates among People with Treatment-Resistant Schizophrenia: Data from a Systematic Review and Meta-Analysis. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* noviembre de 2017;62(11):772-7.
34. Siskind D, McCartney L, Goldschlager R, Kisely S. Clozapine v. first- and second-generation antipsychotics in treatment-refractory schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* noviembre de 2016;209(5):385-92.
35. Zheng W, Cao XL, Ungvari GS, Xiang YQ, Guo T, Liu ZR, et al. Electroconvulsive Therapy Added to Non-Clozapine Antipsychotic Medication for Treatment Resistant Schizophrenia: Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PloS One.* 2016;11(6):e0156510.
36. Correll CU, Rubio JM, Inczedy-Farkas G, Birnbaum ML, Kane JM, Leucht S. Efficacy of 42 Pharmacologic Cotreatment Strategies Added to Antipsychotic Monotherapy in Schizophrenia: Systematic Overview and Quality Appraisal of the Meta-analytic Evidence. *JAMA Psychiatry.* 1 de julio de 2017;74(7):675-84.
37. Wagner E, Löhrs L, Siskind D, Honer WG, Falkai P, Hasan A. Clozapine augmentation strategies - a systematic meta-review of available evidence. Treatment options for clozapine resistance. *J Psychopharmacol Oxf Engl.* abril de 2019;33(4):423-35.

38. Kane JM, Robinson DG, Schooler NR, Mueser KT, Penn DL, Rosenheck RA, et al. Comprehensive Versus Usual Community Care for First-Episode Psychosis: 2-Year Outcomes From the NIMH RAISE Early Treatment Program. *Am J Psychiatry*. 1 de abril de 2016;173(4):362-72.
39. Martland N, Martland R, Cullen AE, Bhattacharyya S. Are adult stressful life events associated with psychotic relapse? A systematic review of 23 studies. *Psychol Med*. octubre de 2020;50(14):2302-16.
40. Hansen HG, Speyer H, Starzer M, Albert N, Hjorthøj C, Eplov LF, et al. Clinical Recovery Among Individuals With a First-Episode Schizophrenia an Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophr Bull*. 27 de agosto de 2022;sbac103.
41. Cano JF, Fierro-Urresta M, Vanegas CR, Alzate M, Olarte A, Cendales R, et al. Factores Pronósticos de Esquizofrenia en Primer Episodio Psicótico. *Rev Salud Pública*. septiembre de 2007;9:455-64.
42. Momen NC, Plana-Ripoll O, Agerbo E, Benros ME, Børghlum AD, Christensen MK, et al. Association between Mental Disorders and Subsequent Medical Conditions. *N Engl J Med*. 30 de abril de 2020;382(18):1721-31.
43. Hoffman RP. The Complex Inter-Relationship Between Diabetes and Schizophrenia. *Curr Diabetes Rev*. 2017;13(3):528-32.
44. Olfson M, Gerhard T, Huang C, Crystal S, Stroup TS. Premature Mortality Among Adults With Schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry*. diciembre de 2015;72(12):1172-81.
45. Arsenaault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 4 de noviembre de 2004;4:37.
46. Carulla LS, Larrea AM. La carga familiar con las discapacidades psíquicas: la experiencia PSICOST. En: *Deficiencia mental y familia*, 2001, ISBN 84-8468-

- 015-0, págs 75-102 [Internet]. 2001 [citado 27 de julio de 2022]. p. 75-102. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=602212>
47. WHO Quality of Life Assessment Group. ¿Qué calidad de vida? Foro mundial de la salud 1996 ; 17(4) : 385-387. 1996.
48. Haraldstad K, Wahl A, Andenæs R, Andersen JR, Andersen MH, Beisland E, et al. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Qual Life Res.* 1 de octubre de 2019;28(10):2641-50.
49. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden¹. *The Gerontologist.* 1 de diciembre de 1980;20(6):649-55.
50. Magaña SM, Ramírez García JI, Hernández MG, Cortez R. Psychological Distress Among Latino Family Caregivers of Adults With Schizophrenia: The Roles of Burden and Stigma. *Psychiatr Serv Wash DC.* marzo de 2007;58(3):378-84.
51. Martín Carrasco M, Salvadó I, Nadal Álava S, Miji LC, Rico JM, Lanz P, et al. Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. Vol. 6, *Revista de gerontología.* 1996.
52. Breinbauer K H, Vásquez V H, Mayanz S S, Guerra C, Millán K T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev Médica Chile.* mayo de 2009;137(5):657-65.
53. Li-Quiroga ML, Alipázaga-Pérez P, Osada J, León-Jiménez F. Nivel de sobrecarga emocional en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia en un hospital público de Lambayeque-Perú. *Rev Neuro-Psiquiatr.* octubre de 2015;78(4):232-9.

54. Alonso J, Prieto L, Antó JM. [The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): an instrument for measuring clinical results]. *Med Clin (Barc)*. 27 de mayo de 1995;104(20):771-6.
55. Alonso J, Badía Llach X, Salamero M, Fundación Lilly. *La medida de la salud: guía de escalas de medición en español*. Barcelona: Edimac; 2002.
56. Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, De La Fuente De Hoz L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin Barc*. 1998;111:410-6.
57. Salazar FR, Bernabe E. The Spanish SF-36 in Peru: factor structure, construct validity, and internal consistency. 2012 [citado 10 de julio de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/5272>
58. Guardia Canales JE. Ansiedad y afrontamiento en cuidadores de pacientes con esquizofrenia. 27 de junio de 2011 [citado 14 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/665>

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigador: Machicado Gómez, Sally Katherine

Toda la información obtenida en el estudio es completamente anónima y confidencial, solamente los miembros del equipo de trabajo conocerán los resultados y la información.

Declaración voluntaria:

Yo he sido informado(a) del objetivo del estudio y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación en el estudio es gratuita. He sido informado(a) acerca de cómo se realizará el estudio y de la manera en que se manejarán los datos. Estoy enterado(a) también que puedo no participar o no continuar en el estudio en el momento en el que lo considere necesario, o por alguna razón específica, sin ser perjudicado de ningún modo por tal decisión.

Por lo anterior, acepto voluntariamente participar en la investigación:

“Sobrecarga y calidad de vida de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario La Heroica. Tacna.”

Nombre del participante: _____

Firma _____ Fecha: ____/____/2022

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento de paciente: ____/____/____

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

DATOS DEL CUIDADOR

Procure responder con precisión y sinceridad. Recuerde que toda la información brindada es estrictamente confidencial.

EDAD: _____ años

SEXO: Femenino Masculino

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

Ninguno Primaria Secundaria

Técnico Universitario

ESTADO CIVIL: Soltero Casado Conviviente

Divorciado Viudo

PARENTESCO: Cónyuge Hijo(a) Hermano(a)

Padre/madre Otro familiar

OCUPACIÓN:

Ninguna Independiente Dependiente

TIEMPO AL CUIDADO DEL PACIENTE:

Menos de 5 años Entre 5 y 10 años Más de 10 años

DATOS DEL PACIENTE

Procure responder con precisión y sinceridad. Recuerde que toda la información brindada es estrictamente confidencial.

EDAD: _____ años

SEXO: Femenino Masculino

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

Ninguno Primaria Secundaria

Técnico Universitario

ESTADO CIVIL: Soltero Casado Conviviente

Divorciado Viudo

PARENTESCO: Cónyuge Hijo(a) Hermano(a)

Padre/madre Otro familiar

OCUPACIÓN:

Ninguna Independiente Dependiente

TIEMPO DE DIAGNÓSTICO:

Menos de 5 años Entre 5 y 10 años Más de 10 años

ANEXO 3

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

		Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
	Puntuación por cada respuesta	1	2	3	4	5
1	¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?					
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familia?					
8	¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12	¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?					
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					

15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22	Globalmente, ¿qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

ANEXO 4

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

(Versión 2)

Por favor, responda las siguientes preguntas. Tome el tiempo necesario para leer cada enunciado y marque una **X** dentro de la casilla que mejor describa su respuesta.

1. En general, usted diría que su salud es:

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
<input type="checkbox"/>				

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer estas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
A) Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) Coger o llevar la bolsa de la compra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) Subir varios pisos por la escalera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| E) Subir un solo piso por la escalera | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F) Agacharse o arrodillarse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G) Caminar 1 kilómetro o más | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H) Caminar varios centenares de metros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I) Caminar unos 100 metros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J) Bañarse o vestirse por sí mismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- | | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Sólo alguna vez | Nunca |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas? | <input type="checkbox"/> |
| B) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer? | <input type="checkbox"/> |
| C) ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas? | <input type="checkbox"/> |
| D) ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)? | <input type="checkbox"/> |

8. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>				

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las cuatro últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas cuatro semanas ¿con qué frecuencia...?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
A) ¿Se sintió lleno de vitalidad?	<input type="checkbox"/>				
B) ¿Estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/>				
C) ¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/>				
D) ¿Se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/>				
E) ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/>				
F) ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?	<input type="checkbox"/>				
G) ¿Se sintió agotado?	<input type="checkbox"/>				
H) ¿Se sintió feliz?	<input type="checkbox"/>				
I) ¿Se sintió cansado?	<input type="checkbox"/>				

10. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
<input type="checkbox"/>				

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
A) Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	<input type="checkbox"/>				
B) Estoy tan sano como cualquiera	<input type="checkbox"/>				
C) Creo que mi salud va a empeorar	<input type="checkbox"/>				
D) Mi salud es excelente	<input type="checkbox"/>				