



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

1 de 2

Neiva, Julio 24 del 2019

Señores

CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Ciudad

El (Los) suscrito(s):

Lizeth Daniela Arce Ospina, Con C.C. No. 1077868764

Natalia Ortiz Diaz, Con C.C. No. 1075292069

Yessica Daniela Villalobos Guzman, C.C. No. 1075289383,

Autor(es) de la tesis y/o trabajo de grado o Titulado Relación Entre Depresión Y Sobrecarga Del Cuidador Primario De Personas Con Enfermedad Mental presentado y aprobado en el año 2019 como requisito para optar al título de ENFERMERA;

Autorizo (amos) al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que, con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales "open access" y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.
- Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.
- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que, de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, "Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores", los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

Vigilada Mineducación



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

2 de 2

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma:

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma:

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma:

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma:



TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO: Relación entre depresión y sobrecarga del cuidador primario de personas con enfermedad mental.

AUTOR O AUTORES:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Arce Ospina	Lizeth Daniela
Ortiz Diaz	Natalia
Villalobos Guzmán	Yessica Daniela

DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre

ASESOR (ES):

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Salazar Herrán	Rosa Lisset

PARA OPTAR AL TÍTULO DE: ENFERMERA

FACULTAD: SALUD

PROGRAMA O POSGRADO: PROGRAMA DE ENFERMERIA

CIUDAD: NEIVA **AÑO DE PRESENTACIÓN:** 2019 **NÚMERO DE PÁGINAS:** 80

TIPO DE ILUSTRACIONES (Marcar con una X):

Diagramas___Fotografías___Grabaciones en discos___Ilustraciones en general___Grabados___
Láminas___Litografías___Mapas___Música impresa___Planos___Retratos___ Sin ilustraciones___Tablas
o Cuadros___X_



SOFTWARE requerido y/o especializado para la lectura del documento:

MATERIAL ANEXO:

PREMIO O DISTINCIÓN (*En caso de ser LAUREADAS o Meritoria*):

PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:

<u>Español</u>	<u>Inglés</u>	<u>Español</u>	<u>Inglés</u>
1. Cuidador primario	Primary caregiver	6. Estado de ánimo	Mood
2. Depresión	Depression		
3. Sobrecarga	Overload		
4. Esquizofrenia	Schizophrenia		
5. Trastornos	Disorders		

RESUMEN DEL CONTENIDO: (Máximo 250 palabras)

INTRODUCCIÓN: patologías mentales como la esquizofrenia y los trastornos del estado de ánimo, pueden generar trastornos delirantes sensorio-perceptivos en ocasiones pueden poner en peligro la vida propia o la de los demás, lo cual implica la necesidad de un cuidador que esté constantemente pendiente de personas con este tipo de patologías; hoy en día, se ha descrito que aquellos cuidadores primarios de este tipo de pacientes, después de un tiempo pueden llegar a sufrir una condición clínica conocida como la sobrecarga según Hidalgo, 2013, que ocasiona en el cuidador procesos psicopatológicos negativos como la desesperanza o la depresión de acuerdo a Zaida, 2013, por no contar con un tiempo de descanso suficiente. Por tal motivo, se determinó la necesidad de realizar un estudio que identifique la relación entre la depresión y sobrecarga del cuidador primario.

OBJETIVO: Analizar la relación entre la depresión y la sobrecarga del cuidador primario de personas diagnosticadas con esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, en el segundo semestre del año 2017.



MÉTODO: Estudio de corte transversal analítico en el cual se encuestaron a un total de 37 cuidadores informales, 11 de personas diagnosticadas con esquizofrenia, 16 con depresión y 10 con trastorno afectivo bipolar. El Muestreo utilizado fue de tipo no probabilístico por conveniencia.

RESULTADOS: Se obtuvo con la escala de zarik que más de la mitad de los cuidadores no presentan sobrecarga. Y con la escala de depresión de Beck, se estableció que los cuidadores informales se encuentran en algún nivel de depresión.

CONCLUSIÓN: Se determinó que el 48.48% de los cuidadores informales de pacientes con enfermedad mental, presentó sobrecarga en niveles ligero e intenso. Se estableció que los cuidadores informales se encuentran en algún nivel de depresión.

ABSTRACT: (Máximo 250 palabras)

Mental illnesses such as schizophrenia and mood disorders, can generate sensory-perceptive delusions can sometimes endanger one's own life or that of others, which implies the need for a caregiver who is constantly aware of people with this type of pathologies; nowadays, it has been described that those primary caregivers of this type of patients, after a while, may suffer a clinical condition known as overload, Hidalgo(2013) which causes negative psychopathological processes such as despair or depression in the caregiver Zaydi (2013), for not having enough rest time. For this reason, it has been determined the need to conduct a study to identify the relationship between depression and overload of the primary caregiver.

OBJECTIVE: to analyze the relationship between depression and overload of the primary caregiver of people diagnosed with schizophrenia and modo disorders at the University Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, in the second semester of 2017.

METHOD: an analytical cross-sectional study in which a total of 37 informal caregivers were surveyed, 11 of people diagnosed with schizophrenia, 16 with depression and 10 with bipolar affective disorder. The sampling used was non-probabilistic for convenience.



RESULTS: It was obtained with the zarik scale that more than half of the carers do not have overload. And with Beck's depression scale, it was established that informal caregivers are at some level of depression.

CONCLUSION: It was determined that 48.48% of informal caregivers of patients with mental illness had a slight and intense overload. It was established that informal caregivers are at some level of depression.

APROBACION DE LA TESIS

Nombre Presidente Jurado:

Firma:

Nombre Jurado: Vladimir Guzmán Rivera

Firma:

Nombre Jurado: Brayant Andak Méndez

Firma:

RELACION ENTRE DEPRESION Y SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO
DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

LIZETH DANIELA ARCE OSPINA
JENY NATALIA ORTIZ DIAZ
YESSICA DANIELA VILLALOBOS GUZMÁN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
NEIVA - HUILA
2019

RELACION ENTRE DEPRESION Y SOBRECARGA DEL CUIDADOR
PRIMARIO DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

LIZETH DANIELA ARCE OSPINA
JENY NATALIA ORTIZ DIAZ
YESSICA DANIELA VILLALOBOS GUZMÁN

Trabajo de investigación presentado como requisito para optar al título de
Enfermero (a)

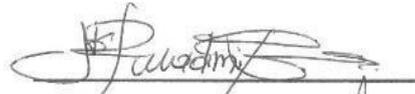
Asesora
ROSA LISSET SALAZAR HERRÁN
Enfermera especialista en salud mental y psiquiatría
Magister en epidemiología

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
NEIVA - HUILA
2019

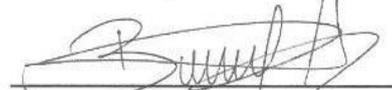
NOTA DE ACEPTACIÓN

Aprobado por el comité de grado en
Cumplimientos de los requisitos
exigidos por la universidad
Surcolombiana para optar por el título
De enfermero (a).

Firma presidente del jurado



Firma del Jurado



Firma del Jurado

DEDICATORIA

Esta investigación la dedicamos a nuestros padres porque con su amor, apoyo incondicional, esfuerzo y trabajo realizados en todos estos años de carrera, nos han ayudado a lograr nuestros sueños y alcanzar otra meta en nuestras vidas.

A nuestros familiares y amigos por la paciencia y apoyo brindado, por estar siempre presentes acompañándonos en los momentos más cruciales a lo largo de esta estancia universitaria.

Lizeth,
Natalia,
Yessica.

AGRADECIMIENTOS

En primera instancia a Dios por su amor infinito e incondicional, por inspirarnos y ayudarnos en todos los aspectos para culminar con este proyecto tan importante para nuestra formación profesional.

A nuestra asesora Rosa Lisset, quien, con su paciencia, amor y dedicación, nos compartió sus conocimientos y nos acompañó en este proceso.

A todas las personas que nos han apoyado y han hecho que este trabajo se realice con éxito, en especial, a todos los profesionales, pacientes y sus respectivos familiares de la Unidad Mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva por su disposición y confianza depositada para llevar a cabo este proyecto contribuyendo a nuestra formación tanto profesional como humana.

Al Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo por permitirnos el acceso al servicio de salud mental para la realización de este proyecto.

CONTENIDOS

	Pág.
INTRODUCCIÓN	13
1. JUSTIFICACIÓN	15
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
3. OBJETIVOS	19
3.1 OBJETIVO GENERAL	19
3.2 OBJETIVO ESPECIFICOS	19
4. MARCO REFERENCIAL	20
4.1 ANTECEDENTES	20
4.2 MARCO CONCEPTUAL	22
4.2.1 Cuidador principal	22
4.2.2 Síndrome del cuidador primario	22
4.2.3 La edad y el sexo	23
4.2.4 Situación económica	23
4.2.5 Cargas del cuidador	23
4.2.6 Duración de la enfermedad	23
4.2.7 Costos financieros	24
4.2.8 Riesgos de salud	24

	Pág.
4.2.9 Sobrecarga física y emocional	24
4.2.10 Modificaciones en la vida de un Cuidador	24
4.2.11 Esquizofrenia	25
4.2.13 Las Alucinaciones	26
4.2.14 Los Delirios	26
4.2.15 Los Trastornos del Pensamiento	26
4.2.16 Los Trastornos del Movimiento	27
4.2.17 Síntomas Negativos	27
4.2.18 Síntomas cognitivos	27
4.2.19 Depresión	28
4.2.20 Trastornos del estado de ánimo	29
4.3 MARCO TEÓRICO	31
5. CONSIDERACIONES ÉTICAS	34
6. DISEÑO METODOLÓGICO	37
6.1 TIPO DE ESTUDIO	37
6.2 POBLACIÓN OBJETO DE INVESTIGACIÓN	37
6.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	37
6.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	38

	Pág.
6.5 MUESTRA	38
6.6 CONTROL DE VARIABLES DE CONFUSIÓN	38
6.7 RECOLECCIÓN DE DATOS	39
6.7.1 Socialización del proyecto en unidad de salud mental	39
6.7.2 Determinar la frecuencia de depresión y sobrecarga	39
6.8 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	40
6.8.1 Escala de sobrecarga de Zarit en cuidadores	40
6.8.2 Escala de depresión de Beck en cuidadores	41
6.9 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	42
7. RESULTADOS	43
7.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO	43
8. DISCUSIÓN	47
9. CONCLUSIONES	49
10. LIMITACIONES	50
11. RECOMENDACIONES	51
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA	52
ANEXOS	65

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Factores sociodemográficos de los cuidadores primarios	43
Tabla 2. Características personales de los cuidadores.	44
Tabla 3. Sobrecarga del cuidador primario, según escala Zarit.	45
Tabla 4. Depresión en cuidadores primarios según escala de depresión de Beck.	45

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Operacionalización de variables	66
Anexo B. Consentimiento Informado	68
Anexo C. Acuerdo de confidencialidad para investigadores	70
Anexo D. Presupuesto	72
Anexo E. Cronograma de trabajo – Proyecto salud mental	75
Anexo F. Escala de Zarit	76
Anexo G. Escala depresión de Beck	79

RESUMEN

Introducción: patologías mentales como la esquizofrenia y los trastornos del estado de ánimo, pueden generar trastornos delirantes sensorio-perceptivos en ocasiones pueden poner en peligro la vida propia o la de los demás, lo cual implica la necesidad de un cuidador que esté constantemente pendiente de personas con este tipo de patologías; hoy en día, se ha descrito que aquellos cuidadores primarios de este tipo de pacientes, después de un tiempo pueden llegar a sufrir una condición clínica conocida como la sobrecarga según Hidalgo, 2013, que ocasiona en el cuidador procesos psicopatológicos negativos como la desesperanza o la depresión de acuerdo a Zaida, 2013, por no contar con un tiempo de descanso suficiente. Por tal motivo, se determinó la necesidad de realizar un estudio que identifique la relación entre la depresión y sobrecarga del cuidador primario.

Objetivo: Analizar la relación entre la depresión y la sobrecarga del cuidador primario de personas diagnosticadas con esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, en el segundo semestre del año 2017.

Método: Estudio de corte transversal analítico en el cual se encuestaron a un total de 37 cuidadores informales, 11 de personas diagnosticadas con esquizofrenia, 16 con depresión y 10 con trastorno afectivo bipolar. El Muestreo utilizado fue de tipo no probabilístico por conveniencia.

Resultados: Se obtuvo con la escala de Zarit que más de la mitad de los cuidadores no presentan sobrecarga. Y con la escala de depresión de Beck, se estableció que los cuidadores informales se encuentran en algún nivel de depresión.

Conclusión: Se determinó que el 48.48% de los cuidadores informales de pacientes con enfermedad mental, presentó sobrecarga en niveles ligero e intenso. Se estableció que los cuidadores informales se encuentran en algún nivel de depresión.

Palabras claves: cuidador primario, depresión, sobrecarga, esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo.

ABSTRACT

Mental illnesses such as schizophrenia and mood disorders, can generate sensory-perceptive delusions can sometimes endanger one's own life or that of others, which implies the need for a caregiver who is constantly aware of people with this type of pathologies; nowadays, it has been described that those primary caregivers of this type of patients, after a while, may suffer a clinical condition known as overload, Hidalgo(2013) which causes negative psychopathological processes such as despair or depression in the caregiver Zaydi (2013), for not having enough rest time. For this reason, it has been determined the need to conduct a study to identify the relationship between depression and overload of the primary caregiver.

Objective: to analyze the relationship between depression and overload of the primary caregiver of people diagnosed with schizophrenia and modo disorders at the University Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, in the second semester of 2017.

Method: an analytical cross-sectional study in which a total of 37 informal caregivers were surveyed, 11 of people diagnosed with schizophrenia, 16 with depression and 10 with bipolar affective disorder. The sampling used was non-probabilistic for convenience.

Results: It was obtained with the zarik scale that more than half of the carers do not have overload. And with Beck's depression scale, it was established that informal caregivers are at some level of depression.

Conclusion: It was determined that 48.48% of informal caregivers of patients with mental illness had a slight and intense overload. It was established that informal caregivers are at some level of depression.

Keywords: primary caregiver, depression, overload, schizophrenia and modo disorders.

INTRODUCCIÓN

Las alteraciones mentales siempre han sido un misterio para la humanidad, al no entender qué eran, ni porque sucedían cosas como las convulsiones, pérdida de memoria, delirios, alucinaciones, entre otros síntomas a los que inicialmente no les encontraban explicación alguna, surgieron diferentes teorías para tratar de explicarlas (1); entre ellas estaba la teoría biológica, conductual, humana, psicodinámica, de sistemas y en especial una de las primeras teorías denominada sobrenatural donde se les asignaba un designio divino a las enfermedades, “es un castigo de Dios”, o para el caso de las alucinaciones, que eran “conversaciones con seres místicos, superiores, intentando comunicar algo especial a la persona” (1,2).

Hoy en día, gracias a la ciencia y la tecnología, muchas personas se han dedicado a estudiar las alteraciones mentales que se presentan en la población (3), entre ellas la esquizofrenia y los trastornos del estado del ánimo (4); en 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) manifestó que la esquizofrenia, la depresión, entre otros trastornos mentales, representaban un 13% de las enfermedades incapacitantes (5) y con el pasar del tiempo han ido aumentando la incidencia (6) pasando de un 5.4% en el año 90 a un 7.4% en el 2010 (5), hecho preocupante para la salud pública de cada país (7).

Porcar y colaboradores clasificaron la esquizofrenia y trastornos del estado del ánimo, entre otras patologías, como Trastornos Mentales Graves (TMG) al presentar episodios psicóticos y/o de personalidad, dificultades del funcionamiento global a nivel social con una duración superior a dos años; y manifiestan que a nivel mundial de un 2,5 a un 3% de la población padece un TMG (3).

Las patologías mentales convierten a la personas en alguien parcial o totalmente dependiente de cuidado para poder cumplir con las necesidades básicas de la vida diaria (8), especialmente cuando se tornan agresivas, con trastornos delirantes y sensorio perceptivos que provocan en la persona una condición de realidad alterada que pueden poner en riesgo su propia vida o la vida de los demás (9). Se estima que entre un 40 y un 90% de estas personas pasan al cuidado de alguien con parentesco cercano y es cuando entonces los familiares se convierten en el cuidador primario o informal (3).

Hoy en día, se ha descrito que aquellos cuidadores primarios de los pacientes con esquizofrenia o trastornos de estado de ánimo, después de un tiempo, pueden llegar a sufrir una condición clínica como la sobrecarga, que ocasiona en el cuidador procesos psicopatológicos negativos como la desesperanza o la depresión (10) todo esto surge porque los cuidadores informales dedican mucho

tiempo al cuidado de su familiar desequilibrando el desempeño ocupacional de ellos mismo debido a la alta demanda de tiempo y esfuerzo que implica el cuidado (11), al punto de no descansar, de sobrecargarse de trabajo y preocupación, haciendo que en ellos mismos aumente el riesgo de estrés y agotamiento (5).

Es por ello que los cuidadores primarios se han convertido en sujetos de estudio para múltiples investigaciones, incluyendo el presente estudio, el cual buscó determinar la relación entre la sobrecarga del cuidador primario o informal y la depresión, para proponer a mediano plazo la formación de un grupo de apoyo que fortalezca las diferentes estrategias y/o programas orientados a la minimización del riesgo potencial de los cuidadores en desencadenar algún tipo de psicopatología asociado al rol del cuidado. A continuación, se presenta el trabajo de grado el cual está dividido en dos apartados, el cuerpo que contempla desde la justificación hasta las recomendaciones, finalizando con los aspectos complementarios como la bibliografía y la secuencia de anexos.

1. JUSTIFICACIÓN

El ser cuidador va arraigado al ser de la humanidad, ya que se cuida desde lo más primitivo de los instintos, siendo algo natural e innato a la hora de cuidar de una persona totalmente dependiente, aunque esto conlleve un gran desgaste físico, emocional, psicológico y socio-familiar, estos desgastes pueden aumentar o disminuir la dificultad de ser cuidador informal por variantes como la edad, condición física, cognitiva e intelectual, ya que un paciente alterado mentalmente constituye un reto para aquel que se encuentra encargado de su bienestar y con mayor importancia, alguno que se encuentre diagnosticado con esquizofrenia, estado maniaco o depresión, el cual, por su condición, puede representar un peligro latente en el círculo familiar y social si no se maneja adecuadamente con sus tratamientos. Esto, a mediano o largo plazo implica un deterioro en las capacidades de la persona, llegando a producir ciertos tipos de trastornos físicos o mentales en el cuidador, entre los cuales se encuentra, la depresión (12,13).

La depresión es un trastorno mental que afecta el estado de ánimo de la persona, caracterizado por profunda tristeza, baja autoestima, abulia, anhedonia y disminución de las funciones psíquicas (14). Los diagnosticados con este trastorno suelen presentar ideas suicidas como respuesta a la falta de esperanza u optimismo ante el futuro, siendo característico en ellos el incremento en su descuido de presentación personal, insomnio y deterioro cognitivo (15). La situación planteada anteriormente evidencia la relevancia de estudiar un fenómeno como la sobrecarga del cuidador primario que puede desencadenar un grave problema de la salud pública como lo es la depresión (7); Las investigaciones sobre sobrecarga del cuidador principal, a nivel mundial y nacional se han centrado principalmente en personas que cuidan familiares diagnosticados con Alzheimer, deterioro cognitivo y motor, entre otros (16); Esta situación, fue de interés para las autoras del presente trabajo porque pudieron destacar la importancia de analizar la relación entre la depresión y la sobrecarga del cuidador primario de personas diagnosticadas con esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo en un Hospital Universitario del departamento del Huila.

La pertinencia de este estudio estuvo dada en la revisión del estado del arte, donde se encontraron múltiples investigaciones relacionadas con diferentes patologías, pero siempre encaminadas hacia el cuidador informal, sin embargo, fueron limitados los estudios con el abordaje desde los cuidadores primarios de personas con enfermedad mental tipo esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo. Por lo tanto, este estudio se justificó en la necesidad de contar con investigaciones a nivel regional que aporten a este campo del conocimiento.

La importancia de desarrollar este tipo de estudios radica en los resultados, ya que podrán ser utilizados en futuras investigaciones, principalmente porque se contribuyó a un posible diagnóstico que aportará a la construcción de programas

y estrategias de promoción de la salud mental de los cuidadores principales de enfermos mentales y en futuro la implementación de un grupo de apoyo a nivel institucional; además, este estudio contribuyó al reconocimiento social y al logro de uno de los procesos misionales – investigación – del programa de enfermería de la Universidad Surcolombiana, siendo fundamental para su proceso de re-acreditación. Su relevancia social, también radicará en el impacto que genere la socialización de los resultados ante los directivos y funcionarios de la unidad de salud mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva.

Finalmente y no menos importante, para las estudiantes de enfermería, también fue útil el proyecto al fortalecer el pensamiento crítico y razonamiento lógico a través de la solución de problemas de carácter científico en áreas específicas del conocimiento de la salud mental, contribuyendo al desarrollo de mayores competencias en la búsqueda sistemática de información científica, en la metodología de la investigación y en el análisis estadístico de los datos, aportando a la generación de nuevo conocimiento y a la apropiación social del conocimiento en enfermería y la salud mental.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad se conocen las alteraciones o trastornos mentales como un síndrome o combinación de diversas alteraciones significativas del estado cognitivo, pensamiento, de la percepción, regulación de emociones, conducta y relaciones interpersonales, reflejando una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos y sociales; por lo tanto, las personas que padecen alguna alteración mental se convierten en dependientes, requiriendo de un cuidador principal (5,17).

la literatura enfatiza que el cuidador familiar es aquel individuo con vínculo de parentesco o cercanía, que asume las responsabilidades del cuidado de un ser querido en situación de enfermedad crónica y que participa con ellos en la toma de decisiones, esas responsabilidades son actividades con alto nivel de responsabilidad son asumidas, hasta llegar a dedicarse las 24 horas al día a esa labor, sin llegar a pensar en las repercusiones que puede generar en su estado físico el estar sometido a esta sobrecarga (18).

El 26 de noviembre del 2008 se aprobó el Proyecto de Ley 163 del 2008 (19), modificando la ley 100 de 1993 (20), el cual reconoció al cuidador familiar en casa para personas en estado de dependencia, garantizando al cuidador familiar debidamente registrado, accesos prioritarios a los servicios médico asistenciales, planes de prevención y promoción, citas programadas y de control, y derechos a políticas de apoyo instrumental, emocional y social (19).

Con el paso del tiempo se ha venido determinando el desgaste que presentan los cuidadores primarios en general; por tal motivo, se hace especial hincapié en los cuidadores de personas con alteraciones mentales, pues las condiciones de tener una enfermedad mental, afecta a la familia en un contexto más social, por los comportamientos que conllevan y tienden a realizar dichas personas, ya que no son "bien vistas" (21).

En la relación del cuidador y el paciente con cuadros demenciales, se ha evidenciado la presencia de violencia con agresividad física, principalmente del paciente hacia su cuidador como resultado del trastorno orgánico, así como también, maltrato y negligencia del cuidador hacia su paciente (22); es allí donde aparece la ley 1616 del 2013 para garantizar a las personas con alteraciones mentales el derecho a una salud digna, integrando a la familia y el entorno, por medio de la promoción de la salud, se educa a los familiares de estas personas porque finalmente ellos serán los que desarrollen el cuidado de sus familiares desenvolviéndose y asumiendo el rol como cuidadores primarios (23).

Para enfermería, el principal objeto y fundamento ha sido y será el cuidado integral de las personas, considerándolo como un ser holístico (24); por tal motivo, la calidad de vida es un atributo que debe ser garantizado en aquellos que más lo necesitan, en el caso particular aquellas personas que han sido diagnosticadas con algún tipo de enfermedad mental. Con los anteriores postulados se hace necesario plantear la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre la depresión y la sobrecarga del cuidador primario de personas diagnosticadas con esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, en el segundo semestre del año 2017?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar la relación entre la depresión y la sobrecarga del cuidador primario de personas diagnosticadas con esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, en el segundo semestre del año 2017.

3.2 OBJETIVO ESPECIFICOS

Identificar los factores sociodemográficos de los cuidadores primarios.

Determinar la frecuencia de sobrecarga del cuidador primario en cuidadores de personas diagnosticadas con esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo.

Establecer la frecuencia de depresión en cuidadores de personas diagnosticadas con esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 ANTECEDENTES

Es bien sabido que convivir con una enfermedad mental aun es difícil de comprender en todo su contexto, se han realizado múltiples estudios sobre pacientes con enfermedades mentales específicamente esquizofrenia y las alteraciones del estado del ánimo, así como también su tratamiento, manejo intra y extra hospitalario e inclusive el pronóstico de convivir con dichas patologías, siendo el núcleo familiar un determinante para ello, específicamente en lo que compete con su cuidador principal; es allí donde se derivan muchas más incógnitas, en especial cuando se desea conocer la relación entre la depresión y la sobrecarga de quien tiene a su cargo un ser humano totalmente dependiente, es así como, Caqueo-Urizar y colaboradores (25) en su estudio llamado "Schizophrenia: Impact on Family Dynamics" revisan los principales cambios que se producen en la dinámica familiar para los pacientes con esquizofrenia abordando tres temas centrales: el primero trata sobre los cambios en la familia en la aparición de la enfermedad, el segundo se refiere a las consecuencias para los miembros debido a su papel cuidador familiar, y el tercer tema central son las intervenciones familiares dirigidas a mejorar la compleja dinámica dentro de la familia; tras el análisis y la discusión de estos temas, se observa que, a pesar de los avances en el campo, la viabilidad de cuidar de un paciente con esquizofrenia por parte de la familia sigue siendo un reto (25). No es fácil comprender realmente el significado de cuidar hasta que no se practica y aún más en estos casos como lo cita Oliveira GR y colaboradores (26) donde concluyen que hay diferencias importantes entre los cuidados durante toda la vida, al igual que el cuidado de los niños que se asoció con más síntomas depresivos, y el cuidado de los adultos mayores se asoció con una mayor carga para el cuidador, destacando que el cuidado debe de ser personalizado, según las necesidades del cada persona, por lo tanto nunca se prestará el mismo cuidado a diferentes tipos de población (26).

Es por esto que al enfocarse en este individuo, el cual debe brindar total apoyo, cuidado y amor a alguien más que necesita de él o ella; muchos de estos cuidadores simplemente ignoran todos estos pensamientos ya que su única meta es poder brindar este cuidado lo mejor posible y es allí donde Hidalgo Padilla (27) en su artículo se evidencio que los familiares al cuidado de pacientes con esquizofrenia hacen uso de múltiples estrategias para afrontar las situaciones difíciles que se les presentan, pero dos de ellas han mostrado relación con la Sobrecarga del Cuidador, una de ellas es focalizar y liberar emociones y la segunda es el desentendimiento mental, ambas tienen la característica de ser evitativas, por lo que se entiende que, a mayores intentos por evitar el problema, el nivel de estrés se va acumulando hasta que desencadena en altos niveles de Sobrecarga (27). De igual manera se valora el

apoyo familiar tanto para el paciente como al cuidador y es visible que este tiene falencias, muchos no se hacen conscientes de la situación y deciden hacer omisión de la situación aunque no siempre se vea de esta manera, esto se ve respaldado en el estudio de Leal Soto y colaboradores (28) donde llegan a la conclusión de que los resultados de su estudio respaldan la hipótesis de que la presencia de cargas objetivas se relaciona negativamente con el apoyo familiar al paciente, es decir, la presencia de mayores cargas objetivas se asocia a menores niveles de apoyo familiar, Aunque esta relación es moderada y los niveles de apoyo familiar son bastante altos a pesar de las sobrecargas (28).

Se han aplicado algunas escalas como en el estudio de Ribe y colaboradores (29) donde se concluye que la Escala de Apoyo Profesional (EAP-C) es adecuada para evaluar el grado de apoyo profesional que perciben los cuidadores; así como también, Olutayo Aloba y colaboradores (30) concluyeron mediante Escala de Desesperanza de Beck que existe la necesidad de prestar atención al bienestar psicológico de los cuidadores de los pacientes psiquiátricos nigerianos de la familia. Es claro que estas escalas pueden ser útiles en la evaluación de la calidad asistencial que reciben los cuidadores de pacientes esquizofrénicos y su importancia. Esta escala se podría aplicar en consultas de los pacientes que evalúan la dinámica familiar con el objetivo de intervenir a tiempo en tratamiento no farmacológico que involucra al cuidador principal brindando una consulta específica como lo menciona Machado de Almeida y colaboradores en el 2010 (31) quienes concluyen en la necesidad de programas de atención específicos para los cuidadores ya que la atención de los pacientes con esquizofrenia puede desencadenar un impacto negativo y permanente en sus vidas.

Con todos estos hallazgos se observan los puntos principales a evaluar en los cuidadores principales, así se evitarían la depresión y sobrecarga como lo menciona en el 2015 Glenda Santo y colaboradores, (32) quienes llegan a la conclusión de que los factores tratables y modificables potenciales asociados con la carga del cuidador podrían ser la depresión de los cuidadores, la ansiedad y las comorbilidades médicas, así como el apoyo a los cuidadores en términos de servicios y las relaciones sociales, evitando complicaciones mayores como lo señala Abayomi en el estudio "Psychiatric Morbidity and Subjective Burden Among Carers of Outpatients of a Psychogeriatric Clinic" (33) en este estudio examinaron la morbilidad psiquiátrica y carga de la atención entre los cuidadores de los pacientes ambulatorios de una clínica de Psicogeriatría, la carga de la atención se evaluó con Zarit Burden Interview, además de un cuestionario también se utilizó para obtener las variables sociodemográficas y de cuidado de los cuidadores, mientras que el bienestar psicológico se evaluó con el cuestionario de salud general (33).

Mediante todas estas ideas, en un futuro cercano se podrá brindar mayor atención no solo a los pacientes con enfermedades mentales, sino también a

este cuidador principal, que, aunque se use todos los días su traje de “súper héroe” debajo siga ese ser humano que requiere de una atención integral.

4.2 MARCO CONCEPTUAL

4.2.1 Cuidador principal. Este concepto también se encuentra en la literatura como cuidadores de familia o caregivers “hace referencia a las personas adultas con vínculo con vínculo de parentesco o cercanía que asume las responsabilidades del cuidado de un ser querido que vive en situación de enfermedad crónica incapacitante y participan con él en la toma de decisiones, así como también realizan o supervisan las actividades de la vida diaria buscando compensar las disfunciones existentes en el receptor del cuidado” (34).

También otros autores afirman que el cuidador principal es “aquel individuo que dedica dedica la mayor parte del tiempo –medido en número de horas al día– al cuidado de dicho enfermo. Un cuidador es la persona que se hace cargo, por cuenta propia o por encargo, de vigilar y atenderá otra persona como un anciano, un bebe, un convaleciente, o una dependencia” (35). Según Montalvo (36), el cuidador familiar principal se identifica como primordial agente de cuidado que da asistencia básica a la persona en condición de enfermedad crónica, es el apoyo continuo que lo asiste en lo cotidiano y quien asume las principales decisiones sobre su cuidado (36).

4.2.2 Síndrome del cuidador primario. Denominado sobrecarga del cuidador; para este, es un fenómeno que no puede ser directamente observable o demostrable pero sí inferible (37). Un estudio realizado por Nuria Esandi Larramendi y Ana Canga Armayor en 2011 (38), describe diversos factores causales de la sobrecarga del cuidador que identificaron en la revisión bibliográfica:

La relación existente entre el cuidador y el enfermo cuando esta es más cercana desencadena niveles más altos de sobrecarga puesto que el componente afectivo desencadena una mayor implicación en el cuidado (38).

El modo en que el familiar asume el rol de cuidador ya que puede entender este como algo natural y normal dentro de la unidad familiar, sin embargo, otros lo experimentan como algo impuesto que hay que hacer por obligación (38).

4.2.3 La edad y el sexo: estas son variables que también se han estudiado con respecto al nivel de sobrecarga desarrollado por el cuidador, aunque no todas las investigaciones al respecto han concluido con los mismos hallazgos, mientras algunos autores, no identifican una correlación entre género y nivel de sobrecarga, otros sostienen que las mujeres están más predispuestas a sufrir restricciones sociales a causa del cuidado y a experimentar mayor grado de sobrecarga que los hombres cuidadores (38).

El tiempo como cuidador porque a pesar de que tener experiencia en el cuidado mejora la percepción de bienestar, también existen más posibilidades de desarrollar estrés o problemas emocionales que influyen en la decisión de institucionalizar al enfermo (38).

4.2.4 Situación económica. percibir una mejor remuneración se relaciona con niveles menores de sobrecarga, ya que los cuidadores, que cuentan con recursos financieros elevados, pueden acceder más fácilmente a servicios de ayuda y soporte para el cuidado, como la atención domiciliaria, los centros de día, etc. (38).

La Disponibilidad de recursos de ayuda y soporte: contar con ayuda y soporte para el cuidado, ya sea de amigos, familiares y profesionales, influye positivamente, puesto que obtener un respiro y tiempo para dedicarse a uno mismo reduce el sentimiento de sobrecarga (38).

Las estrategias para manejar el proceso de cuidado: los cuidadores, que llevan a cabo estrategias con un enfoque positivo y de resolución de problemas para el manejo del cuidado, probablemente experimenten niveles inferiores de sobrecarga y elevados niveles de bienestar (38).

4.2.5 Cargas del cuidador. El estudio de Rabow, Hauser & Adams (39) identifica las cargas del cuidador:

El tiempo y logística. los cuidadores pueden prestar cuidados durante algunas horas a la semana, el 20% de los cuidadores prestan cuidados a jornada completa o constante (39).

4.2.6 Duración de la enfermedad. En su trayectoria hasta la muerte y declive es difícil de predecir, particularmente en enfermos no cancerosos. En esta trayectoria los familiares generalmente coordinan la administración de la numerosa terapéutica, tratamientos, servicios sociales o clínicos, así como sus propias necesidades (39).

Tareas físicas: la tarea de cuidador muchas veces es desempeñada a personas ancianas, a enfermos y a incapacitados. Los cuidadores generalmente no tienen formación sobre la realización de cambios posturales a pacientes seriamente enfermos, además de tener que realizar arduas tareas rutinariamente, lo que lleva a un significativo riesgo de problemas físicos (39).

4.2.7 Costos financieros. El enfermo a veces se vuelve una carga financiera, por ser necesario desembolsar dinero para su cuidado, así como por la pérdida del rendimiento y beneficios. La condición financiera de la familia puede alterarse profundamente, tal como un estudio revela, en que el 20% de los familiares tuvieron que dejar de trabajar y el 31% perdieron las economías de la familia como resultado de la prestación de cuidados. Este aspecto es visto de diferentes maneras, por la óptica del enfermo; éste muchas veces se considera una carga para la familia, a pesar de que ésta lo provea de cuidados con buena voluntad. La privación económica está asociada a la prioridad por las medidas de confort más que a prestar cuidados que prolonguen la vida (39).

Carga emocional y riesgos en la salud mental: el cuidador soporta una incalculable carga emocional, aunque muchos gocen de un profundo sentido de privilegio y profunda satisfacción por el papel que desempeñan. Otros presentan sentimientos tales como tristeza, culpa, rabia, resentimiento. Reacciones común y comprensible, además de sentimientos de incapacidad (39).

4.2.8 Riesgos de salud. La familia tiene tendencia a colocar las necesidades del enfermo por delante de las suyas, minimizando la severidad de sus problemas y olvidándose o tardando en resolverlos. Los cuidadores presentan un particular riesgo en lo que concierne a la manutención de los niveles de salud y pérdida significativa en el tiempo social y de placer. Está relacionado el aumento de la mortalidad del cuidador, por el hecho de que los cuidadores están sujetos a gran tensión mental y emocional, con un riesgo de mortalidad del 63% (39).

4.2.9 Sobrecarga física y emocional. Algunos autores hablan del “síndrome del cuidador”, como de una sobrecarga física y emocional que conlleva el riesgo de que el cuidador se convierta en un paciente y se produzca la claudicación familiar. La sobrecarga del cuidador ha sido definida operativamente y medida partiendo de un modelo derivado de la Teoría General del Estrés (40); en este modelo, el cuidador debe afrontar determinados factores estresantes y su respuesta irá mediada por procesos psicológicos que incluyen el impacto emocional, la percepción de soporte social y las estrategias de manejo de estos factores (40).

4.2.10 Modificaciones en la vida de un Cuidador. Estudios recientes muestran que las modificaciones que ocurren en la vida del cuidador pueden ocasionar

sobrecargas físicas, emocionales, financieras y también interfieren en las relaciones sociales y de entretenimiento. La sobrecarga del cuidador puede ocasionar enfermedades agudas y crónicas; el cuidador generalmente, no está preparado para asumir todo el cuidado y las responsabilidades que le son exigidas, precisando ser debidamente preparado para asumirlas, y también necesita de apoyo para desempeñar esa tarea (41).

4.2.11 Esquizofrenia. La esquizofrenia la define la OMS como un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo y se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta (42) Según la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente del ministerio de sanidad y consumo de España, la esquizofrenia es un trastorno psicótico caracterizado por una alteración sustantiva del funcionamiento mental, que ha sido llamado alternativamente demencia precoz, discordancia intrapsíquica o disociación autística de la personalidad (43).

La Sociedad de Esquizofrenia de British Columbia, Canadá, determina que la esquizofrenia es una afección cerebral resultante de mutaciones físicas y bioquímicas en el cerebro donde La juventud es la principal afectada (La edad de la manifestación del mal está entre los 17 y 29 años) que se maneja con medicación y aflige al 1% de la población mundial; es decir, alrededor de 40.000 de sus vecinos de British Columbia (43).

En el caso del National Institutes of Health, define la esquizofrenia como un trastorno crónico y grave que afecta la forma de pensar, sentir y actuar de las personas y determina que la esquizofrenia es menos común que otros trastornos mentales y puede ser sumamente incapacitante, alrededor de 7 u 8 personas de cada 1,000 desarrollarán esquizofrenia en su vida, además, muchas veces, las personas con este trastorno escuchan o ven cosas que no están allí o piensan que los demás pueden leer su mente, controlar sus pensamientos o conspirar para hacerles daño, esto puede aterrorizarlos y convertirlos en personas retraídas o extremadamente agitadas, como también puede ser espantoso y molesto para las personas que los rodean con unos síntomas que se manifiestan en tres categorías como son (44):

4.2.12 Síntomas Positivos. Son comportamientos psicóticos que generalmente no se ven en personas sanas. Las personas con síntomas positivos pueden “perder el contacto” con la realidad. En ciertas personas, estos síntomas van y vienen, mientras que, en otras, se mantienen constantes. A veces son graves, mientras que otras veces apenas se notan. La gravedad de los síntomas positivos puede depender de si la persona está recibiendo tratamiento o no. Los síntomas positivos incluyen las alucinaciones, los delirios, los trastornos del pensamiento y los trastornos del movimiento (3,44).

4.2.13 Las Alucinaciones. Son experiencias sensoriales producidas en la ausencia de un estímulo. Pueden ocurrir con cualquiera de los cinco sentidos (vista, oído, olfato, gusto o tacto). Las “voces”, o alucinaciones auditivas, son el tipo más común de alucinaciones en la esquizofrenia. Muchas personas con este trastorno oyen voces. Las voces pueden ser internas, es decir, que parecen venir de dentro de la mente de la persona, o pueden ser externas y parecer tan reales como si otra persona estuviera hablando. Estas voces pueden hablar con la persona sobre su comportamiento, ordenarle que haga cosas, o advertirle acerca de algún peligro. A veces las voces se hablan entre ellas y otras veces las personas con esquizofrenia hablan con las voces que escuchan. Las personas con esquizofrenia pueden haber estado escuchando estas voces por mucho tiempo antes de que sus familiares y amigos se den cuenta de que tienen este problema (44). Otros tipos de alucinaciones incluyen ver personas u objetos que no están allí, oler cosas que nadie más huele o sentir cosas tales como dedos invisibles que les tocan cuando no hay nadie cerca.

4.2.14 Los Delirios. Son creencias falsas que se mantienen firmemente a pesar de que no son consistentes con la cultura de la persona. Los delirios continúan incluso cuando hay evidencia de que no son verdaderos o lógicos. Las personas con esquizofrenia pueden tener delirios que parecen extraños, como creer que los vecinos pueden controlar su comportamiento con ondas magnéticas. También pueden creer que las personas que salen en la televisión les están dirigiendo mensajes especiales o que las estaciones de radio están transmitiendo sus pensamientos en voz alta a los demás (44,45).

Éstos son los llamados “delirios de referencia” (46) a veces creen que son otra persona, como un personaje histórico famoso, también pueden tener delirios paranoicos y creer que otras personas están tratando de hacerles daño, sea por engaño, acoso, envenenamiento, espionaje o que están conspirando contra ellos o contra las personas que quieren. Estas creencias se llaman “delirios de persecución” (44).

4.2.15 Los Trastornos del Pensamiento. Son maneras inusuales o disfuncionales de pensar. Una de esas formas se llama “pensamiento desorganizado”. Esto ocurre cuando una persona tiene dificultad para organizar sus pensamientos o para conectarlos lógicamente, y puede hablar de una manera confusa y difícil de entender (lo que a menudo se conoce como “ensalada de palabras”). Otra forma se llama “bloqueo de pensamiento” o simplemente “bloqueos”. Esto ocurre cuando una persona deja de hablar repentinamente en la mitad de lo que estaba diciendo. Cuando se le pregunta por qué dejó de hablar, puede decir que sentía como si la idea se había ido de su cabeza. Por último, una persona con un trastorno del pensamiento puede inventar palabras sin sentido o “neologismos” (44,47).

4.2.16 Los Trastornos del Movimiento. Pueden aparecer como movimientos agitados del cuerpo, algunos de los cuales se repiten una y otra vez. En el otro extremo, una persona con trastorno del movimiento puede llegar a ser catatónica. La catatonia es un estado en el cual una persona no se mueve y no responde a los demás. Hoy en día, la catatonia es rara, pero era más común cuando no existían tratamientos para la esquizofrenia (44,48).

4.2.17 Síntomas Negativos. Los síntomas negativos están asociados con la interrupción de las emociones y los comportamientos normales. Estos síntomas son más difíciles de reconocer como parte de la enfermedad y pueden confundirse con la depresión u otros problemas (3,44,49). Entre los síntomas negativos se encuentran:

“Afecto plano” (disminución en la expresión de emociones a través del rostro o tono de voz).

Falta de satisfacción en la vida diaria o anhedonia

Dificultad para comenzar y mantener actividades.

Reducción del habla.

Las personas con síntomas negativos pueden necesitar ayuda con sus tareas diarias. Pueden descuidar la higiene personal básica. Esto puede hacer que parezcan perezosos o que no quieren ayudarse a sí mismos, pero esos comportamientos son síntomas de la esquizofrenia (44) .

4.2.18 Síntomas cognitivos. Los síntomas cognitivos de la esquizofrenia son sutiles para algunas personas y más graves para otras. A veces los propios pacientes pueden notar cambios en su memoria u otros aspectos del pensamiento. Al igual que con los síntomas negativos, puede ser difícil reconocer que los síntomas cognitivos forman parte de este trastorno. Con frecuencia, solo se detectan cuando se realizan pruebas específicas (44,50). Los síntomas cognitivos incluyen:

Deficiencia en el “funcionamiento ejecutivo” (capacidad para comprender información y usarla para tomar decisiones).

Problemas para concentrarse o prestar atención.

Problemas con la “memoria operativa”, también conocida como “memoria de trabajo” (capacidad para usar información inmediatamente después de haberla aprendido).

Una cognición disminuida se relaciona con peores resultados laborales y sociales, lo que puede causar angustia a las personas con esquizofrenia.

4.2.19 Depresión. La depresión según la OMS, la define como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración que puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional (25,51).

La OPS, afirma que la depresión no es tristeza únicamente y que las personas deprimidas sufren de desesperanza y pueden pensar que es inútil reportar sus síntomas e igualmente por la estigmatización social asociada a la enfermedad mental (52,53). Roger A. Mackinnon, Robert Michels y Peter J. Buckley en su libro “The Psychiatric Interview in Clinical Practice” (54), describe la depresión como un tono afectivo de tristeza, acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido, en la depresión, en todas las facetas de la vida, emocionales, cognitivas, fisiológicas y sociales pueden verse afectadas. Al igual que Enrique Rojas, en su libro “Adiós, depresión: en busca de la felicidad razonable” (55) expone las depresiones como un conjunto de enfermedades psíquicas hereditarias o adquiridas, con una sintomatología determinada a la que se asocian cambios negativos de tipos somáticos, psicológicos, conductual, cognitivo y asertivas (55).

Clasificación de la depresión. EL National Institutes of Health deposita varios tipos de trastornos depresivos clasificándolos de la siguiente manera (56):

El trastorno depresivo grave: También llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir

solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, ocurre durante toda su vida (56,57).

El trastorno distímico: También llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona, pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas (56).

Depresión psicótica: que ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones, y delirios (58).

Depresión posparto: la cual se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto. Se calcula que del 10 al 15 por ciento de las mujeres padecen depresión posparto luego de dar a luz (58).

El trastorno afectivo estacional: se caracteriza por la aparición de una enfermedad depresiva durante los meses del invierno, cuando disminuyen las horas de luz solar. La depresión generalmente desaparece durante la primavera y el verano. El trastorno afectivo estacional puede tratarse eficazmente con terapia de luz, pero aproximadamente el 50% de las personas con trastorno afectivo estacional no responden solamente a la terapia de luz. Los medicamentos antidepresivos y la psicoterapia pueden reducir los síntomas del trastorno afectivo estacional, ya sea de forma independiente o combinados con la terapia de luz (58).

El trastorno bipolar. también llamado enfermedad maniaco-depresiva, no es tan común como la depresión grave o la distimia (58).

4.2.20 Trastornos del estado de ánimo. Depresión mayor y trastorno afectivo bipolar (TAB) Con forme a la encuesta del Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica establece unas proyecciones estadísticas donde muestran que las condiciones psiquiátricas y neurológicas en el mundo se incrementarán de 10,5% del total de la carga de la enfermedad a 15% en el año 2020, lo cual equivale a un incremento proporcional mayor que para las enfermedades cardiovasculares. Estos cálculos muestran que en Colombia la depresión unipolar será la primera causa general de consulta en el año 2015 y según el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003, el 40,1% de la población colombiana entre 18 y 65 años ha sufrido, está sufriendo o sufrirá alguna vez en la vida un trastorno psiquiátrico diagnosticado. De estos, se

detecta el 16% en el último año y el 7,4%, en el último mes. Los trastornos de ansiedad encabezan la lista 19,5%; luego siguen los trastornos del estado de ánimo 13,3%, los trastornos por control de impulsos 9,3% y los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas 9,4% (59,60).

Haciendo énfasis en los trastornos del estado de ánimo, William Coryell, lo define como alteraciones emocionales que consisten en períodos prolongados de tristeza y júbilo excesivos clasificándose los trastornos del estado de ánimo en depresivos o bipolares (61).

Royal College Of Physicians, establece que el trastorno bipolar es una enfermedad en la que se manifiestan cambios extremos del estado de ánimo. Estos cambios tienen una duración de varias semanas o meses y pueden presentarse como (63 - 65).

Tristeza, depresión intensa y desesperanza.

Euforia o sensación de bienestar patológica, hiperactividad y desinhibición.

Un estado mixto, como por ejemplo el sentirse deprimido y al mismo tiempo tener la inquietud y el exceso de actividad de una fase maníaca.

Existen causas muy marcadas para los trastornos del estado del ánimo como lo son la predisposición genética, trastorno físico en las áreas cerebrales que controlan el estado de ánimo, por lo que a menudo el trastorno bipolar puede mejorar con medicación y el estrés también puede dar lugar a cambios en el estado de ánimo (63 - 65).

Clasificación de trastornos bipolar: El Royal College of Physicians (62) clasifica los tipos de trastornos bipolar, el bipolar I es cuando se presenta al menos una "subida" o fase maniaca que ha durado más de una semana, aunque se pueden tener solamente fases maníacas, la mayoría tendrá también fases depresivas; el bipolar II es cuando se tienen más de una fase depresiva severa pero solamente fases maníacas moderadas llamadas hipomaniacas; ciclación rápida, si se tienen más de cuatro fases en un periodo de 12 meses, afecta a 1 de cada 10 personas con trastorno bipolar; ciclotimia, los cambios del estado de ánimo no son tan intensos pero normalmente duran más (62).

En el trastorno bipolar se experimenta episodios depresivos y manía donde se relacionan síntomas característicos como lo es la depresión y la manía, en la

depresión es donde la persona percibe sentimientos de tristeza que no desaparecen, pérdida de confianza en sí mismo incitando inquietud y nerviosismo, envolviendo a la persona en ideas de suicidio, sentirse inútil, sin esperanza incapaz de tomar decisiones simples, afectando también el gusto por la comida provocando pérdida de peso, pérdida de interés en el sexo llegando a buscar espacios solos; en la manía, el paciente siente demasiada felicidad y excitabilidad, sintiéndose más importante que lo normal, lleno de energía, menor necesidad de sueño desarrollando ideas nuevas y emocionantes, aumentando el interés en el sexo, realista planes poco realistas, derrochas en el dinero y provocando una gran irritabilidad hacia otros que no comparten sus ideas o estado de ánimo (63 - 67).

También pueden haber estados o síntomas psicóticos si el estado de ánimo es severo; en fases depresivas, puedes sentir que eres excepcionalmente culpable, que eres peor que nadie, o incluso que has dejado de existir; en fases maníacas, puedes sentir que tienes una misión importante que cumplir o que posee poderes y aptitudes especiales. También puedes tener alucinaciones- cuando oyes, hueles, sientes o ves cosas que no están presentes (50).

Para el diagnóstico de alteraciones del estado de ánimo, es necesario la aplicación de los diferentes criterios expuestos en la DMS (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) (50) que es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, APA) y contiene descripciones, síntomas y otros criterios para diagnosticar trastornos mentales (50).

4.3 MARCO TEÓRICO

La convivencia con un paciente psiquiátrico generalmente se asocia a toda una serie de alteraciones en la vida de quienes conviven con el paciente, generando una sensación de carga en los cuidadores (67) cuidadores que en su gran mayoría no son profesionales del área de la salud, ni han tomado algún tipo de formación en el cuidado, aquellos que son los responsables del cuidado diario del enfermo en el hogar, llamados cuidadores informales (68).

El rol de cuidador enmarca una gran cantidad de responsabilidades y ocupaciones que generan esfuerzo, aumentando la carga del cuidador, la cual, de no ser manejada de forma adecuada y oportuna, puede llegar a generar consecuencias físicas, mentales, y socioeconómicas. Esto puede comprometer el bienestar, la salud y la vida, no solo del cuidador si no de la persona que depende de sus cuidados (69). Según el Diccionario de la Real Academia

Española (70), carga es toda “obligación aneja a un estado, empleo u oficio”. La carga puede llegar afectar distintas áreas de la vida del cuidador: las obligaciones del hogar, el trabajo, las relaciones de pareja, familiares y sociales, el desarrollo personal, del tiempo libre y su salud mental. La magnitud de la carga se relaciona con el vínculo afectivo entre el cuidador y el paciente, la enfermedad del paciente y la intensidad de los síntomas, el estado socioeconómico familiar, la edad del cuidador y el paciente.

Una de las principales consecuencias de la carga excesiva del cuidador es el estrés causada por la lucha diaria con la enfermedad, la monotonía de las tareas diarias, sensaciones de pérdida del control, factores socioeconómicos, entre otros. Generalmente el estrés en el cuidador se puede caracterizar por actitudes y sentimientos negativos hacia el enfermo; desmotivación; depresión-angustia; trastornos psicósomáticos; fatiga y agotamiento no ligado al esfuerzo; irritabilidad; entre otros (71). Como génesis, ante este inconveniente, es importante recalcar la educación al cuidador, en aras de su autocuidado, tal como lo plantea Dorothea E. Orem (72), en su teoría ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad (73); por lo tanto, y teniendo en cuenta cada uno de los conceptos anteriores, por nuestras pioneras en el campo de la enfermería y la evolución de una enfermedad ya sea física o mental, en el presente estudio, se basará netamente en la teoría del y/o modelo de Relaciones de los seres humanos de Joyce Travelbee (74), la cual plantea que uno de los objetivos de la enfermería es llevar a cabo el proceso interpersonal mediante; “la enfermera profesional ayuda a una persona, familia o comunidad con el objetivo de promover la salud mental, prevenir o afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento mental y si es necesario contribuye a descubrir un sentido de esas experiencias” puesto que por medio de la relación persona a persona, puede llegar a tener un impacto o cambio en pro de salud y bienestar del paciente índice y/o relación enfermero – cuidador para prevenir a desarrollar una patología o bien desencadenarla a partir de los múltiples factores de riesgo generados al contar con esta carga, por tal caso se hace énfasis en el apoyo y la ayuda al cuidador para que en un futuro no se convierta en un paciente (74).

Joyce Travelbee define al ser humano como un individuo único e irremplazable, y a la enfermera como el ser humano que tiene el bagaje de conocimientos especializados y la capacidad para aplicarlos en un proceso interpersonal con el propósito de ayudar a otro ser humano y a la comunidad (75); La relación enfermera – paciente, se basa en un acto social de interacción. Un planteamiento importante que hace Joyce Travelbee en su teoría, es la relación enfermera – paciente se establece después de cuatro fases que se enlazan: el encuentro original, primer encuentro en el que se realiza una observación para valorar comportamientos y reacciones, entre otros; la emergencia de identidades, fase en la que se establece un vínculo y se ve al otro como un ser humano único ;la empatía, que es la fase en que se comprende o entiende a la otra persona y por

último, la simpatía, que se genera cuando hay espacios en que se puedan compartir sentimientos o intereses. Estas etapas finalizan con el establecimiento de la relación o rapport, que se da cuando hay una percepción por el otro como un ser humano y se llegan a compartir experiencias y hay una interrelación cercana de sentimientos y/o pensamientos (76).

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En la presente investigación se tuvo en cuenta la Resolución 8430 de 1993 (77), por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, la cual, determina que la investigación se clasificaría en la categoría de “Investigación con riesgo mínimo”, debido a que se aplicará una escala para determinar sobrecarga del cuidador primario y una segunda para establecer depresión en ellos mismos; se manejó la información de carácter personal donde el sujeto investigado fue informado con claridad acerca de sus derechos y toma libre de decisiones mediante el Consentimiento Informado, el cual estuvo en medio físico y firmado por el sujeto de investigación, permitiéndoles el retiro del estudio, en el momento que consideren pertinente o necesario (78).

Los cuidadores primarios de personas diagnosticadas con esquizofrenia o trastorno del estado de ánimo, no incurrir en ningún tipo de gasto económico para el desarrollo del estudio; se beneficiaron de la información obtenida, porque los resultados de las escalas lo conocerán, determinando cada uno de ellos, el riesgo para desarrollar depresión secundaria a la sobrecarga al cuidar de manera permanente a su familiar enfermo mental.

El aporte del presente estudio para la Universidad Surcolombiana fue dirigido a contribuir en uno de sus procesos misionales (investigación), aportando al desarrollo del conocimiento a través a futuro una publicación científica en forma de artículo en revista indexada que convertirá a los investigadores en referentes para otros investigadores a nivel local, nacional o internacional, como también, la presentación del estudio en ponencias nacionales como:

Los días 24 y 25 de mayo de 2018 se participó del XIV Encuentro Departamental de Semilleros de Investigación desarrollado en la Corporación Unificada Nacional de Educación Superior – CUN – organizado por la Red Colombiana de Semilleros de Investigación – RedCOLSI – Nodo Huila, en la ciudad de Neiva.

Durante los días 12, 13 y 14 de octubre de 2018 se realizó el XXI Encuentro Nacional y XV Encuentro Internacional de Semilleros de Investigación organizado por la Red Colombiana de Semilleros de Investigación – RedColsi en la ciudad de San Juan de Pasto, Nariño. Al cual con un puntaje superior a noventa puntos el presente proyecto vinculado al semillero sueños y sonrisas del grupo de investigación de la Clínica del Buen trato, tuvo la oportunidad de participar y darse a conocer en este evento académico a través de la modalidad de póster.

Durante los días 8, 9 y 10 de noviembre de 2018 se realizó el II internacional de salud sexual y el III Congreso Nacional de salud sexual y reproductiva en la ciudad de Girardot, Cundinamarca. El presente proyecto, tuvo la oportunidad de participar y darse a conocer en este evento académico a través de la modalidad de póster.

Se destaca también la capacidad profesional e investigativa de enfermeros en formación dentro de una asignatura del componente flexible del programa de enfermería de la Universidad Surcolombiana con apoyo de la docente asesora, especialista en el área de la salud mental y psiquiatría, quienes de manera articulada contribuirán a la tarea investigativa institucional, siendo fundamental para el logro de la re-acreditación del programa de enfermería, de esta casa de estudio.

Para los enfermeros en formación y docente asesora, el aporte estuvo directamente orientado a fortalecer el pensamiento crítico y razonamiento lógico a través de la solución de problemas de carácter científico en el área de la salud mental en cuidadores de personas con trastorno mental. Otros logros adicionales fueron la adquisición de mayores competencias en la búsqueda bibliográfica, redacción científica, estadística y metodología investigativa.

Del mismo modo, la seguridad y el bienestar de los participantes, fue prioridad para los investigadores, de tal modo que no se tuvo que suspender la realización de esta investigación, ya que en ningún momento se vió comprometida la integridad física, mental, emocional o moral de los participantes, como lo dicta la Guía De Buenas Prácticas Clínicas y las normas de la conferencia internacional de armonización (ICH) (79).

Se tuvo en cuenta también, los criterios ofrecidos por la declaración de Helsinki tales como:

Respeto a la Dignidad Humana: Debido a que los participantes tuvieron derecho a la autodeterminación y a escoger libremente si deseaban o no participar del estudio, como también decidir cuándo dar por finalizada su intervención en el mismo y al acceso de la información que consideren pertinente (80).

Respeto a la Integridad: A los que participaron de la investigación se les respetó la decisión de no brindar información sobre su vida privada, para

reducir el impacto del estudio en su integridad física, mental y en su personalidad (80).

Consentimiento Informado: Los cuidadores de manera voluntaria firmaron con su correspondiente documento de identificación, un oficio donde se explicó en forma completa y clara todo lo concerniente al estudio, además se pasó a escrito el consentimiento informado, brindándoles una copia del documento, ya que es una obligación del investigador, de la misma forma en caso de existir información relevante de carácter nuevo en el estudio, se le informó de manera inmediata sobre esta, documentándose con una notificación (80).

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de corte transversal analítico con el fin de evaluar la relación entre la depresión y la sobrecarga del cuidador primario de personas diagnosticadas con esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, en el segundo semestre del año 2017.

6.2 POBLACIÓN OBJETO DE INVESTIGACIÓN

Se tomó como referencia la población de personas hospitalizadas en la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario de Neiva en el año 2016, con diagnósticos compatibles con esquizofrenia 181, depresión 18 y trastorno afectivo bipolar 130, con estos datos se pudo realizar el cálculo respectivo de cuidadores primarios a contactar en el segundo semestre del año 2017, los cuales fueron tomados como muestra definitiva para el presente estudio.

6.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Cuidadores principales de personas diagnosticados con enfermedad mental como esquizofrenia, depresión y trastorno afectivo bipolar.

Cuidadores de personas enfermos mentales que se hospitalicen en la unidad de salud mental, del hospital universitario en el segundo semestre del año 2017

Ser residente en el departamento del Huila en el momento de la aplicación de las escalas.

Aceptar la participación en el estudio de manera voluntaria y posterior firma del consentimiento informado.

6.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Cuidadores primarios con diagnóstico de psicopatologías de inicio infantil.

Cuidadores primarios en condiciones de salud inadecuadas para presentar alguna de las dos escalas.

6.5 MUESTRA

La selección de los participantes se hizo por disponibilidad, según listado de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en el segundo semestre del año 2017, con diagnósticos compatibles de esquizofrenia, depresión y trastorno afectivo bipolar; el cálculo de la muestra se realizó a través del programa OpenEpi versión 3, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones: confiabilidad del 90%, frecuencia anticipada para esquizofrenia 1%, depresión 12% y trastorno afectivo bipolar 1,8%, según prevalencia nacional para estos trastornos, evidenciados en el estudio de salud mental del año 2003 (81).

Ecuación para el cálculo del tamaño de la muestra calculada:

$$N = [EDFF * Np (1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p)]$$

La muestra se constituyó por 37 cuidadores principales, distribuidos así: 11 cuidadores de personas diagnosticadas con esquizofrenia, 16 cuidadores de pacientes hospitalizados con diagnóstico de depresión y 10 cuidadores de personas con trastorno afectivo bipolar hospitalizados en la unidad de salud mental. El Muestreo utilizado fue de tipo no probabilístico por conveniencia.

6.6 ESTRATEGIA PARA CONTROLAR LAS VARIABLES DE CONFUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue evaluar la relación entre la depresión y la sobrecarga del cuidador primario de personas diagnosticadas con esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo, por lo tanto, se hizo necesario identificar otras variables que estén asociadas y puedan confundir el efecto. Teniendo en cuenta la revisión del estado del arte sobre la temática propuesta se pueden identificar variables de confusión de tipo sociodemográfico, clínico y familiar como lo son: A nivel individual del cuidador: edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, tiempo como cuidador principal, parentesco con el paciente cuidado; social, se

tuvo en cuenta el régimen de seguridad social en salud, estrato socioeconómico y zona de residencia.

6.7 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

El desarrollo de la presente propuesta de investigación se planificó en dos fases cada una de ellas tuvo como propósito el logro de los objetivos específicos planteados. A continuación, se describen las técnicas y procedimientos que se emplearon durante su ejecución:

6.7.1 Socialización del proyecto ante coordinadora y profesionales de la unidad de salud mental. En esta primera fase del estudio se llevó a cabo la presentación del proyecto ante el coordinador de la unidad de salud mental del Hospital Universitario HMP; una vez realizada la socialización y aprobación de la propuesta, se prosiguió a la entrega del acuerdo de confidencialidad.

6.7.2 Determinar la frecuencia de depresión y sobrecarga del cuidador primario de personas diagnosticadas con esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo. Para llevar a cabo esta fase, se hizo necesario la aplicación de dos escalas validada para identificar sobrecarga del cuidador primario a través de la escala de Zarit (82) y la frecuencia de depresión en ellos por medio de la aplicación de la escala de depresión de Beck (83).

Para el segundo periodo del 2017, se llegó con el propósito de aplicar dichos instrumentos. Al realizar el reconocimiento y el análisis del sitio en este caso la unidad mental se tomaron 5 meses, donde se observó que no era conveniente abarcar dicha población ya que no cumplían con los criterios de inclusión, de igual manera se evidenciaron altos reingresos afectando de esa manera la realización del estudio, por otro lado, algunos familiares que asistían en los horarios de visita, no se identificaban como los cuidadores principales, además en el momento de la depuración y verificación de la calidad del datos se encontraron registros incompletos, bajando la confiabilidad y exactitud de los mismos, por tal motivo no se tuvieron en cuenta estos últimos para el análisis, definiendo dar por terminada la fase de recolección de la información ya que sobrepasó el tiempo estimado según el cronograma de actividades propuesto inicialmente para el estudio, dicho aumento en el tiempo retrasó la terminación del mismo. Por lo expuesto anteriormente la muestra quedo de la siguiente manera:

Cuidadores principales distribuidos así: 11 cuidadores de personas diagnosticadas con esquizofrenia, 16 cuidadores de pacientes hospitalizados

con diagnóstico de depresión y 10 cuidadores de personas con trastorno afectivo bipolar hospitalizados en la unidad de salud mental; el muestreo no tuvo modificación, siendo este de tipo no probabilístico por conveniencia teniéndose en cuenta los criterios de inclusión y exclusión

La aplicación de las escalas estuvieron a cargo de cuatro estudiantes de pregrado del programa de enfermería, quienes cursaron la profundización de Cuidado de Enfermería a Personas con Alteraciones Mentales en el primer semestre del año 2017, además de la fundamentación conceptual y práctica que adquirieron en el cuidado del paciente enfermo mental, se entrenaron de manera especial y detallada en la aplicación de los dos instrumentos a utilizar para el presente estudio (Escala de sobrecarga del cuidador- Test zarit y escala de depresión de Beck) por parte de la asesora del proyecto como especialista en enfermería en salud mental y psiquiatría.

Finalmente, se buscó que la aplicación de los instrumentos se realizara al cuidador principal, en los primeros días de ingreso del paciente a la unidad de salud mental durante los horarios de visita. Los enfermeros en formación visitaron el servicio de manera permanente contando fines de semana, porque era el mayor tiempo que los cuidadores informales nos podían brindar de esa manera se poder llevar a cabo la aplicación de los instrumentos, con previa firma del consentimiento informado. Cada cuestionario tuvo una duración aproximada de 15 minutos, adicional a las escalas el cuidador debió responder unas preguntas para obtener información de los aspectos sociodemográficos de él.

Los cuestionarios fueron aplicados por los investigadores de forma individualizada, con el fin de evitar que los cuidadores respondan sin saber o comprender lo que se les pregunta en cada ítem. Los investigadores tuvieron que explicar a cada participante de forma clara y precisa cada una de las opciones de respuesta y resolver las dudas que surgieron durante la aplicación del cuestionario sin manipular la respuesta.

6.8 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

6.8.1 Escala de sobrecarga de Zarit en cuidadores de personas diagnosticadas con esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo.

En el presente estudio se llevó acabo con el uso de la escala de sobrecarga de Zarit, para obtener mejores resultados y determinar qué grado de sobrecarga presentan los cuidadores de pacientes con algún tipo de trastorno mental, el instrumento consta de 22 preguntas con 5 posibles respuestas (nunca, rara vez,

algunas veces, bastantes veces, casi siempre) con una puntuación de 1 a 5 y con un rango de 22 a 110 en la puntuación total, estableciendo los diferentes grados de sobrecarga como: Ausencia de sobrecarga de menor o igual a 46 puntos, sobrecarga ligera de 47 a 55 puntos y sobrecarga intensa mayor o igual a 56 puntos (84).

Inicialmente la escala fue dirigida principalmente para demencia, pero al realizarse diferentes estudios con la escala de Zarit y obtener resultados positivos y confiables, se emprendió ampliar su uso a toda patología de paciente que requiera de un cuidador informal. Se ha estudiado la validez de concepto y la validez de constructo. La consistencia interna de la escala es de 0.91 y la fiabilidad test-retes es de 0.86 (85).

6.8.2 Escala de depresión de Beck en cuidadores de personas diagnosticadas con esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo.

Es una escala que se ha manejado gran parte del mundo porque orienta adecuada la severidad que puede estar presentando un cuidador informar, tiene forma de cuestionario auto administrado que consta de 20 preguntas que valora la actitud de la persona ante su bienestar y sus expectativas futuras (86); la escala evalúa el factor afectivo (sentimientos de futuro), el motivacional (pérdida o no de motivación) y el cognitivo (expectativas de futuro); sus resultados indican la severidad de la desesperanza de una persona, lo que puede ser un factor de riesgo de pensamientos suicidas e intentos auto líticos (87).

Aplicando la puntuación correspondiente a cada respuesta se obtiene un resultado que puede orientar acerca del estado de desesperanza que vive la persona. Siendo así La evaluación de las respuestas de la Escala de Depresión de Beck se realiza del siguiente modo: 1 punto cuando se ha contestado "verdadero" a las siguientes cuestiones: 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20. De igual manera 1 punto cuando se ha contestado "falso" a las preguntas: 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, 19. Y 0 puntos en todos los demás casos (88).

Se ha estudiado la validez de concepto y la validez de constructo. Dio un índice de confiabilidad de la escala de 0.97 y fiabilidad del 0.85, obteniéndose de previas aplicaciones de la escala en población adolescente (89).

6.9 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

En el proceso de tabulación, se procedió a codificar cada uno de los instrumentos en el programa ofrecido por Microsoft Excel® 2010, creando una base de datos en la cual se digitaron las respuestas dadas por cada participante. Una vez recolectada la información se procedió a la crítica de los instrumentos diligenciados para hacer control de calidad a los mismos y a la evaluación de los datos para depurar inconsistencias, se descartaron siete encuestas por falta de información. Finalmente, con Stat transfer se realizó la exportación de las bases de datos a Stata versión 12.0.

Para los análisis, la muestra del estudio fue descrita en sus características sociodemográficas como género, edad, escolaridad entre otras, teniendo en cuenta la naturaleza de las variables con frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central (media, mediana) y de variabilidad (desviación estándar). El resultado de las escalas propuestas se describió con las medidas de tendencia central y dispersión. Para la selección de la prueba estadística se tuvo en cuenta la comprobación de los supuestos de normalidad con la prueba Shapiro–Wilk, determinante para la aplicación de la prueba correlacional del coeficiente de spearman. Para el control del error tipo I se tuvo como nivel de significación un valor alfa igual a 0.1.

7. RESULTADOS

7.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Tabla 1. Factores sociodemográficos de los cuidadores primarios.

	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Total (n)	33	100	
Sexo			
Mujer	26	78,79	64,06 a 93,50
Hombre	7	21,21	6,49 a 35,93
Residencia			
Urbana	23	69,70	53,14 a 86,24
Rural	10	30,30	13,75 a 46,85
Estrato socioeconómico			
Uno	20	60,61	43,01 a 78,20
Dos	11	33,33	16,35 a 50,30
Tres	1	3,03	3,14 a 9,20
Cuatro	1	3,03	3,14 a 9,20
Seguridad Social			
Subsidiado	25	75,56	60,32 a 91,18
Contributivo	6	18,18	4,29 a 32,07
Especial	2	6,06	2,53 a 14,65

En la tabla anterior se puede identificar un exceso de mujeres frente a los hombres que ejercen el rol de cuidadores principales de personas con alteración mental; a su vez, se evidencia como lugar primordial de residencia la zona urbana, con algunas características socioeconómicas determinantes como es el estrato bajo y la vinculación al régimen subsidiado. La media de edad fue 51,1 años (DE: 12,53 CV: 24,52%), la edad mínima fue 25 años y la máxima 73 años.

Tabla 2. Características personales de los cuidadores.

	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Total (n)	33	100	
Estado civil			
Soltero	6	18,18	4,29 a 32,07
Casado	8	24,24	8,81 a 39,67
Viudo	4	12,12	0,36 a 23,87
Divorciado	1	3,03	3,14 a 9,20
Unión libre	11	33,33	16,35 a 50,30
Separado	3	9,09	1,26 a 19,42
Escolaridad			
Sin estudio	3	9,09	1,26 a 19,44
Primaria	14	42,42	24,62 a 60,22
Secundaria	6	18,18	4,29 a 32,07
Técnico	1	3,03	3,14 a 9,20
Pregrado	9	27,27	11,23 a 43,30
Ocupación			
Desempleado	8	24,24	8,81 a 39,67
Empleado dependiente	3	9,09	1,26 a 19,44
Empleado independiente	16	48,48	30,48 a 66,48
Jubilado	2	6,06	2,53 a 14,65
Otro*	4	12,12	0,36 a 23,87
Parentesco con paciente			
Cónyuge	5	15,15	2,24 a 28,06
Hijo(a)	4	12,12	0,36 a 23,87
Padre/madre	22	66,67	49,69 a 83,64
Otro familiar	2	6,06	2,53 a 14,65
Tiempo de cuidador			
≤ 1 año	9	27,27	11,23 a 43,30
2 a 5 años	3	9,09	1,26 a 19,44
6 a 10 años	6	18,18	4,29 a 32,07
11 a 15 años	5	15,15	2,24 a 28,06
16 a 20 años	5	15,15	2,24 a 28,06
> 21 años	5	15,15	2,24 a 28,06

En relación a las características personales de los cuidadores se pudo determinar que la mayoría (57,6%) posee un compañero sentimental permanente como también el hecho de poseer una formación académica

adecuada, destacándose especialmente la primaria y el pregrado; en cuanto a la ocupación, estos cuidadores se encontraban laborando principalmente de manera informal seguido de aquellos que se habían quedado desempleados.

Cabe destacar que el 94% de los cuidadores principales forman parte del núcleo familiar, desempeñando en un 66,67% el rol de cuidador paternal y solo un 6% pertenecen a la familia extensa. En relación al tiempo como cuidador, se determinó que aproximadamente la mitad (45,45%), han ejercido este rol por más de una década, y tan solo el 27,27% lo han hecho por menos de un año.

Tabla 3. Sobrecarga del cuidador primario, según escala Zarit.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Total (n)	33	100	
Ausencia de sobrecarga	17	51,52	33,51 a 69,51
Sobrecarga ligera	4	12,12	0,36 a 23,87
Sobrecarga intensa	12	36,36	19,04 a 53,68

Al realizar la aplicación de la escala Zarit a la población objeto, se determinó que más de la mitad de los cuidadores no presentan sobrecarga; sin embargo se hace necesario indicar que una parte considerable de ellos (48.48%), presentó sobrecarga en niveles ligero e intenso.

Tabla 4. Depresión en cuidadores primarios según escala de depresión de Beck.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Total (n)	33	100	
Mínima depresión	16	48,48	30,48 a 66,48
Depresión Leve	9	27,27	11,23 a 43,30
Depresión moderada	6	18,18	4,29 a 32,07
Depresión grave	2	6,06	2,53 a 14,65

Al aplicar la escala de depresión de Beck, se estableció que los cuidadores informales se encuentran en algún nivel de depresión, especialmente en los niveles mínimo y leve, con predisposición al moderado.

Al realizar el análisis correlacional a través del coeficiente de Spearman se identificó una asociación positiva entre el tiempo de cuidador y el nivel de sobrecarga y de depresión, con significancia estadística dada por el valor de $p > 0,05$; de igual manera las variables de sobrecarga y depresión fueron

interdependientes. Las variables que resultaron estadísticamente significativas guardaron una distribución normal de acuerdo a lo determinado por la prueba Shapiro Wilk ($p=0,000$). Con los resultados inmediatamente expuestos, se pudo determinar que a mayor tiempo dedicado como cuidador principal de personas diagnosticadas con esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo, mayor nivel de sobrecarga y depresión ($p=0,003$ y $0,013$), siendo las dos escalas directamente proporcional, a mayor nivel de sobrecarga mayor nivel de depresión ($p=0,001$).

8. DISCUSIÓN

Se ha encontrado información referente a la relación entre depresión y sobrecarga de cuidadores con otro tipo de patologías mentales que permiten la comparación de lo encontrado de la siguiente manera:

En el estudio variables asociadas con la depresión y la sobrecarga que experimentan los cuidadores principales de los ancianos con Alzheimer, Pérez y colaboradores (90), nos indican con un 84% que son las mujeres quienes están a cargo del cuidado; así mismo en la revista de enfermería Yonte Huetey y colaboradores (91) nos indican que el 86% que ejerce el rol del cuidado son también mujeres. Dichos estudios estuvieron muy relacionados con las características sociodemográficas encontradas en el presente estudio, donde se evidencia que la mujer sigue siendo la destinada al rol del cuidado del enfermo mental con un 78%. Este aspecto podría estar asociado a que la mujer ha sido históricamente quien ha tomado el rol del manejo y cuidado en su hogar y sociedad, y que se ha conservado con el paso de los tiempos.

Por otro lado, Palacios Espinosa y Jiménez Solanilla (71) demostraron que el grupo de cuidadores informales tenían una relación positiva en sobrecarga y depresión, observándose que los cuidadores primarios que llevaban menos de un año ejerciendo este rol, desarrollaron más rápidamente sobrecarga, y aquellos que llevan más de un año como cuidadores no presentaban sobrecarga, concluyendo que estos últimos cuidadores implementaban estrategias adecuadas para evitar la sobrecarga o desgaste del cuidador ya que se dedicaban no solo a cuidar a sus familiares sino también a cuidarse ellos mismos; Llama la atención que los resultados del presente estudio difieren con lo encontrado por Palacios y Jiménez, especialmente en que en esta investigación se concluyó que a mayor tiempo ejerciendo el rol de cuidador, mayor nivel de sobrecarga y depresión, similar a lo encontrado por Galvis y Colaboradores en su estudio Relación entre depresión y sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo alzhéimer (92) quienes indicaron que los cuidadores informales que llevan más de 1 año de cuidado, presentaban altos niveles de sobrecarga en comparación con aquellos que llevan menos de 1 año, concluyendo que no en todas las poblaciones se evidencia el mismo nivel de sobrecarga con el paso de los tiempo, y que todo parte del ambiente y los mecanismos de afrontamiento que asuma el cuidador y el grado de cumplimiento de las recomendaciones brindadas por los profesionales que laboran en las unidades mentales.

Otro estudio realizado en Bucaramanga por la Universidad Pontificia Bolivariana (93) publicó en sus resultados la ausencia de correlación entre la sobrecarga y la depresión en un grupo de cuidadores formales, resultados estadísticamente significativos por el valor de $p < 0.05$, mientras que en los cuidadores informales

la sobrecarga era de asociación positiva, significativa de manera estadística en el ámbito de $p < 0.01$ con distimia y depresión. Un segundo estudio que también demostró la relación entre la sobrecarga y depresión fue el realizado por Méndez, Giraldo, Aguirre y Lopera en el año 2010 (94), estos autores, trabajando con cuidadores familiares de personas con enfermedad de Alzheimer debido a mutación E280A en presenilina 1, hallaron que existía una relación moderada entre depresión y sobrecarga, y que esta última variable incrementaba con el aumento de los síntomas depresivos (94). Los dos estudios enunciados anteriormente guardan relación con los resultados del actual estudio ya que se encontró correlación entre las dos variables, señalando que a mayor nivel de sobrecarga mayor nivel de depresión ($p = 0,001$).

9. CONCLUSIONES

Con relación a las características sociodemográficas, se identificó que las mujeres son las que principalmente ejercen el rol de cuidadores (78,79%) con una media de edad de 51 años; la zona urbana fue la primordial como lugar de residencia (69,70%), al igual que el estrato socioeconómico bajo (60,61%) y la vinculación al régimen subsidiado (75,56%).

Referente a las características personales de los cuidadores se pudo determinar que la mayoría (57,6%) posee un compañero sentimental permanente; el nivel educativo predominante fue la primaria (42,42%); el 48,48% son empleados independientes; el 94% de los cuidadores principales forman parte del núcleo familiar, desempeñando en un 66,67% el rol de cuidador paternal. En relación al tiempo como cuidador el 45,45%, han ejercido este rol por más de una década.

Se determinó que el 48.48% de los cuidadores informales de pacientes con enfermedad mental, presentó sobrecarga en niveles ligero e intenso.

Se estableció que los cuidadores informales se encuentran en algún nivel de depresión, especialmente en los niveles mínimo (48.48%) y leve (27,27%)

Se determinó que a mayor tiempo dedicado como cuidador principal de personas diagnosticadas con esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo, mayor nivel de sobrecarga y depresión ($p=0,003$ y $0,013$), siendo las dos escalas directamente proporcional, a mayor nivel de sobrecarga mayor nivel de depresión ($p=0,001$).

10. LIMITACIONES

No se logró alcanzar la muestra estimada a pesar de haber aumentado tres meses más el tiempo de la recolección de la información, los motivos especialmente fueron por los constantes reingresos de los pacientes, así como el desgaste por parte de los participantes al ya haber contestado preguntas iguales o muy similares de otro proyecto que se dio en la Unidad Mental teniendo que descartarlos para el presente estudio; por tal motivo se tuvo que hacer un ajuste al tamaño de la muestra sin que con esta decisión se afectara la representatividad del grupo.

Al realizar la validación de la calidad del dato, se encontraron variables que no fueron diligenciadas en los formatos de las encuestas, por lo tanto, se excluyeron dichos participantes del estudio por información incompleta.

11. RECOMENDACIONES

Incentivar la investigación a través de proyectos enfocados al cuidado de la salud mental, liderada por enfermería basada en que la disciplina se fundamenta en el cuidado holístico del ser.

Crear un grupo de apoyo para los cuidadores primarios de pacientes con alteraciones mentales del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, con el fin de prevenir el desgaste potenciando la salud mental a través de mecanismos asertivos de afrontamiento y adaptación ante sucesos vitales estresantes de la vida.

Entrenar a los enfermeros en formación y a los profesionales de enfermería en estrategias efectivas para minimizar el riesgo de sobrecarga y aparición de psicopatologías en cuidadores informales de personas con diagnóstico de enfermedad mental, como parte del cuidado integral extensivo a familiares y comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

1. Salaverry O. La piedra de la locura: inicios historicos de la salud mental. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2012;29:143–8. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36323255022>
2. Giménez-Salinas Botella JM. Claves para la mejoría del enfermo en la atención clínica de las personas afectas de un trastorno mental severo. TDX (Tesis Dr en Xarxa) [Internet]. 2018; Available from: <http://www.tdx.cat/handle/10803/587166>
3. Juan-Porcar M, Guillamón-Gimeno L, Pedraz-Marcos A, Palmar-Santos AM. Family care of people with severe mental disorders: an integrative review. Rev Lat Am Enfermagem. 2015;23(2):352–60.
4. Rosas-Santiago F. Estudios sobre la Enfermedad Mental Crónica: Una Revisión. Salud y Adm [Internet]. 2016;4(9):25–30. Available from: http://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol3num9/A3_Enfermedad_Mental.pdf
5. Flores-terrones M, Rivera-fong L. Validación de la Entrevista de Carga de Zarit en cuidadores primarios informales de pacientes con diagnóstico de enfermedades mentales 1. 2019;29(55):17–24.
6. Macedo Pineda JS, Pilco Alfaro SK. Síndrome de sobrecarga del cuidador en cuidadores informales de pacientes del servicio de psicología y del servicio de psiquiatría del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa – 2015. 2016;61. Available from: http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/261/Jackeline_Tesis_bac_hiller_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Manjarrés J, Katherine F, Blanco N, Pacheco W, Berlis M, Mendivil P, et al. NIVEL DE SOBRECARGA Y CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADO EN CUIDADORES DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTALES, CARTAGENA. Investigadoras Darling Izquierdo Mulett Trabajo para optar al título de enfermera (o). 2016;1–44. Available from: <http://repositorio.unicartagena.edu.co:8080/jspui/bitstream/11227/3103/1/final-entregado-SUSTENTACION.pdf>

8. Pérez JJN, Marqués AC. Sobrecarga familiar, apoyo social y salud comunitaria en cuidadores de personas con trastorno mental grave. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03351.
9. A.E. A, A.G. A, M.A. A, A.S. A, H.S. A, Y.Z. A, et al. The predictors of poor quality of life in a sample of Saudi women with breast cancer. Breast Cancer Targets Ther [Internet]. 2017;9:51–8. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L614771858%0Ahttp://dx.doi.org/10.2147/BCTT.S125206>
10. Lorena Z, Rozo C, Paola M, Espinosa S, Lagos MR, Liliana P, et al. Esquizofrenia residentes en el departamento de Boyacá , Colombia. Iatreia. 2013;26(3):245–56.
11. Salazar-Torres LJ, Castro-Alzate ES, Dávila-Vásquez PX. Caregiver Burden in Families of People With Mental Illness Linked to the Day Hospital Program of a Tertiary Institution in the City of Cali (Colombia). Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2019;48(2):88–95. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2017.08.002>
12. Revista Cancerología del IN de C de M. El síndrome de desgaste del cuidador primario. [Internet]. gob.mx. 2019. Available from: <https://www.infocancer.org.mx/?c=cuidadores&a=sindrome-desgaste-cuidador-primario>
13. Cáncer SAC el. Cuidadores [Internet]. gob.mx. 2019. Available from: <https://www.infocancer.org.mx/?c=emociones-y-cancer&a=cuidadores>
14. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. OMS. 2019. Available from: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
15. Regader B. Psicología y mente [Internet]. 2019. Available from: <https://psicologiyamente.com/clinica/relacion-depresion-suicidio#!>
16. Universidad del Norte (Barranquilla CP de P, Universidad del Norte (Barranquilla CD de H y CS. Relación entre depresión y sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo alzhéimer. Psicol desde el Caribe

[Internet]. 2016;33(2):190–205. Available from: <http://www.redalyc.org/html/213/21351764006/>

17. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales [Internet]. OMS. 2019. Available from: https://www.who.int/topics/mental_disorders/es/

18. Barrera Ortiz L, Pinto Afanador N, Sánchez Herrera B, Carrillo G GM, Chaparro Díaz L. Cuidando a los cuidadores, familiares de personas con enfermedad crónica. [Internet]. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. Bogotá, Colombia; 2010. 360 p. Available from: http://www.uneditorial.net/uflip/Cuidando_a_los_cuidadores/pubData/source/UNAL_Cuidando_a_los_cuidadores.pdf

19. VLex C. Proyecto de ley 163 de 2008 senado. [Internet]. Available from: <https://vlex.com.co/vid/proyecto-ley-163-senado-451464058>

20. VLex C. Ley 100 de 1993 [Internet]. Available from: <https://legislacion.vlex.com.co/vid/ley-sistema-seguridad-integral-dictan-59814950>

21. Organización Mundial de la Salud (OMS), Freudenberger H. Salud Mental. Encicl SALUD Y Segur EN EL Trab TOMO 1 El Cuerpo Humano [Internet]. 2004;5.1-5.24. Available from: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo1/5.pdf>

22. Edelson E. Many Alzheimer's Caregivers Admit to Abusive Behavior. [Internet]. HealthDay. 2009. Available from: <https://consumer.healthday.com/senior-citizen-information-31/misc-aging-news-10/many-alzheimer-s-caregivers-admit-to-abusive-behavior-623329.html>

23. Congreso de Colombia. Ley 1616 de 2013. Ley 1616 2013 [Internet]. 2013;1–17. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

24. Hernández GR. El Cuidado De Enfermería: Una Reflexión Sobre El

Cuidado Humanístico the Nursing Care: a Reflection on the Humanistic Care. *Horiz Enferm.* 2012;23(2):9–12.

25. Caqueo-Urizar A, Rus-Calafell M, Craig TKJ, Irrarrazaval M, Urzúa A, Boyer L, et al. Schizophrenia: Impact on Family Dynamics. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2017;19(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-017-0756-z>

26. de Oliveira GR, Neto JF, de Camargo SM, Lucchetti ALG, Espinha DCM, Lucchetti G. Caregiving across the lifespan: Comparing caregiver burden, mental health, and quality of life. *Psychogeriatrics.* 2015;15(2):123–32.

27. Hidalgo Padilla LM. Sobrecarga y afrontamiento en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia. 2013;20070978. Available from: http://tesis.pucp.edu.pe:8080/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/4700/HIDALGO_PADILLA_LILIANA_PERSONAS_ESQUIZOFRENIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

28. Leal Soto F, Espinosa Cortés C, Vega Terrazas J, Vega Terrazas S. Sobrecargas objetivas y nivel de apoyo familiar a pacientes adultos con esquizofrenia: Objective overcharges and familiar support level to adult patients with schizophrenian. *Rev Salud Uninorte* [Internet]. 2012;28(2):218–26. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522012000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=es

29. Ribé JM, Pérez-Testor C, Salamero M, Serrano H, Parés J. Elaboración y validación de una Escala de Apoyo Profesional para cuidadores de pacientes con esquizofrenia. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría.* 2016;36(129):29–44.

30. Aloba O, Ajao O, Alimi T, Esan O. Psychometric properties and correlates of the beck hopelessness scale in family caregivers of Nigerian patients with psychiatric disorders in Southwestern Nigeria. *J Neurosci Rural Pract.* 2016;7(5):18.

31. M.M. DA, V.T. S, A.M. M, C.M. M. The burden in caregivers of schizophrenic patients. *Rev Psiquiatr do Rio Gd do Sul* [Internet]. 2010;32(3):73–9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v32n3/1312.pdf%0Ahttp://www.scielo.br/pdf/rprs/v3>

2n3/1312.pdf%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference
&D=emed9&NEWS=N&AN=2011045665

32. dos Santos GD, Forlenza O V., Ladeira RB, Aprahamian I, Almeida JG, Lafer B, et al. Caregiver burden in older adults with bipolar disorder: relationship to functionality and neuropsychiatric symptoms. *Psychogeriatrics*. 2017;17(5):317–23.

33. Abayomi O, Akinhanmi AO, Adelufosi AO. Psychiatric Morbidity and Subjective Burden Among Carers of Outpatients of a Psychogeriatric Clinic in Southwestern Nigeria. *J Cross Cult Gerontol*. 2015;30(4):439–50.

34. Barrera L, Galvis CR, Moreno ME, Pinto N, Pinzón ML, Romero E, et al. La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. un estudio comparativo de tres unidades académicas de enfermería. *Investig y Educ en Enfermería* [Internet]. 2006;24(1):36–46. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072006000100004&script=sci_arttext

35. Ruiz Ríos AE, Nava Galán G. Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Enf Neurol* [Internet]. 2012;11(3):163–9. Available from: <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

36. Montalvo Prieto AA. Los cuidadores de pacientes con Alzheimer y su habilidad de cuidado, en la ciudad de Cartagena. 2007;(2):90–100. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v25n2/v25n2a09.pdf>

37. Carrillo GM, Chaparro Díaz L, Sánchez Herrera B. Carga Del Cuidado En Cuidadores Familiares De Personas Con Enfermedad Crónica En La Región Pacífica Colombiana. *Cienc y enfermería* [Internet]. 2014;20(2):83–91. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/1590/159043438004.pdf>

38. Esandi Larramendi N, Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. N, Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. A. Familia cuidadora y enfermedad de Alzheimer: una revisión bibliográfica. *Gerokomos* [Internet]. 2011;22(2):56–61. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000200002

39. M.W. R, J.M. H, J. A. Supporting Family Caregivers at the End of Life: "They Don't Know What They Don't Know." J Am Med Assoc [Internet]. 2004;291(4):483–91. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L38129753%0Ahttp://dx.doi.org/10.1001/jama.291.4.483>
40. Algora Gayán MJ. El cuidador del enfermo esquizofrénico: sobrecarga y estado de salud. 2014;(3):1–39. Available from: <http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/06/1-El-cuidador-del-enfermo-esquizofrenicosobrecarga-y-estado-de-salud..pdf>
41. Borghi A, de Castro V, Silva Marcon S, Carreira L. Sobrecarga de familiares cuidadores de ancianos con la Enfermedad de Alzheimer: un estudio comparativo. Enfermagem [Internet]. 2013;21(4). Available from: www.eerp.usp.br/rlae
42. Organización Mundial de la Salud (OMS). Esquizofrenia. 2018; Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
43. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. G de T de la G de PC sobre la E y el TP. Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente versión resumida. [Internet]. Scientia. 2009. Available from: <http://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/1791>
44. Martín E, Navarro I. La esquizofrenia. Uciencia Rev Divulg científica la Univ Málaga [Internet]. 2012;44–7. Available from: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia/str-17-3517_158449.pdf
45. Recasens López MJ, Villamor Ordozgoiti A, Sanz Díez MT, Sánchez Morillo MT, Serna Landete R, Asensio Rubio Y. Effectiveness of a Specific Nursing Care Plan for the Patient with Delirium. Rev Cuba Enfermería , Vol 35 [Internet]. 2019;1:1–14. Available from: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1749/416>
46. Olivos P. La mente delirante: Psicopatología del delirio. Rev Chil Neuropsiquiatr [Internet]. 2009;47(1):67–85. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v47n1/art08.pdf>
47. López Laredo B, Ibarra Tancara M. Esquizofrenia. Revista de

actualización Clínica[revista en Internet] 2013[acceso: 3 de junio del 2017]; 35 (1). Available from: http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/raci/v35/v35_a04.pdf

48. FARIAS MDCDON DE. Os cuidados da enfermagem no tratamento da esquizofrenia. Available from: [https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/167547/Maria da Conceição de Oliveira Neves Farias - PSICO - TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/167547/Maria_da_Conceição_de_Oliveira_Neves_Farias_-_PSICO_-_TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

49. Miret S, Fatjó-Vilas M, Peralta V, Fañanás L. Basic symptoms in schizophrenia, their clinical study and relevance in research. Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]. 2016;9(2):111–22. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989115001925>

50. Órgano Oficial de la Sociedad Chilena de Neurología. DSM-5 Nueva clasificación de los trastornos mentales. Rev Chil Neuropsiquiatr [Internet]. 2014;52(1):1–66. Available from: https://www.sonepsyn.cl/revneuro/enero_marzo_2014/Suplemento_2014_1_Neuro_Psiq.pdf

51. Morales JMP. Valoración ética por parte de profesionales de la psicología clínica y de la psiquiatría de algunas situaciones de la práctica profesional. Dr Tesis [Internet]. 2017; Available from: <https://www.psicologoclinicosevilla.es/wp-content/uploads/2018/11/TESIS-DOCTORAL-MARZO-2017.pdf>

52. Salud O panamericana. Depresión y otros trastornos mentales comunes. 2017;24. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

53. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica Detección temprana y diagnóstico del episodio. 2013.

54. MacKinnon RA, Michels R, Buckley PJ. The Psychiatric Interview in Clinical Practice. [Internet]. American p. American psychiatric association; 2015. 704 p. Available from: <https://books.google.com.co/books?id=8ocJDAAAQBAJ&pg=PR3&lpg=PP1&fo>

cus=viewport&dq=the+psychiatric+interview+in+clinical+practice+third+edition&l
r=&hl=es#v=onepage&q=the psychiatric interview in clinical practice third
edition&f=false

55. Rojas E. Adios, depresion: en busca de la felicidad razonable. Available
from: https://www.academia.edu/30311077/Adios_depresion

56. Mental S. Instituto Nacional de la Salud Mental Trastornos de Ansiedad.
2009; Available from:
[https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-
sp/depression_sp_quad_508_in_12_23_10_141885.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp/depression_sp_quad_508_in_12_23_10_141885.pdf)

57. Arango-Dávila CA, Rincón-Hoyos HG. Depressive Disorder, Anxiety
Disorder and Chronic Pain: Multiple Manifestations of a Common Clinical and
Pathophysiological Core. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2018;47(1):56–64.
Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.10.007>

58. Curso PDEL, Estado TDEL, Carrobles JA, Del T, Ánimo EDE, Ánimo E.
La depresión. 2001;1–26.

59. Instituto Nacional de Salud (Colombia) JA. La salud mental en Colombia.
Biomédica [Internet]. 2013;33(4):497–8. Available from:
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-
41572013000400001](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572013000400001)

60. Checa González MJ. Trastornos del estado de ánimo. Man Práctico
Psiquiatr Forense [Internet]. 2012;427–31. Available from:
http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov_art110.pdf

61. Coryell W. Generalidades de los trastornos del estado del animo.
[Internet]. 2016. Available from: [https://www.merckmanuals.com/es-
us/professional/trastornos-psiquiátricos/trastornos-del-estado-de-
ánimo/generalidades-de-los-trastornos-del-estado-de-ánimo](https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/trastornos-psiquiátricos/trastornos-del-estado-de-ánimo/generalidades-de-los-trastornos-del-estado-de-ánimo)

62. Psychiatrists RC of. Trastorno bipolar: puntos claves. [Internet]. Royal
College of psychiatrists. Available from: [https://www.rcpsych.ac.uk/mental-
health/translations/spanish/bipolar-key-facts?searchTerms=trastorno bipolar](https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/translations/spanish/bipolar-key-facts?searchTerms=trastorno+bipolar)

63. Psychiatrists RC of. Trastorno bipolar (maniaco depresivo). [Internet]. Royal College of psychiatrists. Available from: [https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/translations/spanish/bipolar-disorder?searchTerms=trastorno bipolar](https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/translations/spanish/bipolar-disorder?searchTerms=trastorno+bipolar)
64. Psychiatrists RC of. Mental Health information in Spanish. R Coll Psychiatr [Internet]. Available from: [https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/translations/spanish?searchTerms=trastorno bipolar](https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/translations/spanish?searchTerms=trastorno+bipolar)
65. Pr ASDE, CI C, En N, Sns EL. Depresión Información para pacientes. :80–7. Available from: http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/anexos/Anexo_5_Informacion_para_pacientes.pdf
66. Luque R, Berrios GE. History of Affective Disorders. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2011;40:120–46. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502011000500010&lng=en&nrm=iso&tlng=en
67. Gutiérrez-Rojas L, Martínez-Ortega JM, Rodríguez-Martín FD. La sobrecarga del cuidador en el trastorno bipolar. An Psicol [Internet]. 2013;29(2):624–32. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v29n2/psico_practica.pdf
68. Muñoz Cruz PS, Penagos Aldana DP. Experiencias de los cuidadores de pacientes que padecen de TAB. Pontif Univ Javeriana Dep Enfermería, Bogota [Internet]. 2009;67(6):14–21. Available from: <https://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis08.pdf>
69. Martínez A, Nadal S, Beperet M, Mendióroz P. Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: Factores determinantes. An Sist Sanit Navar. 2000;23(SUPPL. 1):101–10.
70. Española RA. Carga [Internet]. Real Academia Española (RAE). 2018. Available from: <https://dle.rae.es/?id=7Wnhao0>

71. Palacios-Espinosa X. Estrés y depresión en cuidadores informales de pacientes con trastorno afectivo bipolar * Stress and depression in informal caregivers of patients with bipolar affective disorder. 2008;26(2):195–210. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v26n2/v26n2a7.pdf>
72. Naranjo Y, Concepción JA, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Médica Espirituana [Internet]. 2017;19(3):89–100. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
73. Le??n Rom??n CA. Cuidarse para no morir cuidando. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2007;23(1):1–9. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v23n1/enf06107.pdf>
74. Tomey AM, Raile M. Modelos y teorías en Enfermería. [Internet]. sexta. Elsevier; Available from: <https://books.google.es/books?id=FLEszO8XGTUC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
75. Salla O. Departamento De Sanidad Osasun Salla. Available from: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/buen_gob_planes/es_def/adjuntos/CuidadosAPsaludMental.pdf
76. Salazar Maya ÁM, Martínez de Acosta C. Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. [Internet]. Universidad Nacional de Colombia. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12945/13664>.
77. Colombia.Ministerio de salud y protección social. Resolución N° 008430:Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Const Política Colomb [Internet]. 1993;1993(Octubre 4):1–12. Available from: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/a2/a24fb07a-f561-4fcc-b611-af4374bb7.pdf
78. Córdoba AMC, Poches DKP. Resiliencia y variables asociadas en cuidadores informales de pacientes con Alzheimer. Rev Colomb Psicol [Internet].

2016;25(1):33–46. Available from:
<https://www.redalyc.org/pdf/804/804444652003.pdf>

79. Clínicas. G de trabajo en buenas prácticas. Buenas prácticas clínicas. Organ Panam la Salud [Internet]. 2016;7. Available from:
<https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18627es/s18627es.pdf>

80. Valdespino Gómez JL GGM. Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos. Rev Colomb Bioética [Internet]. 2001;51(3):145–239. Available from:
<http://www.redalyc.org/pdf/1892/189219032009.pdf>

81. Palacio Betancourt Diego, Santander eduardo, Sanches Mesa Jorge GR. ESTUDIO NACIONAL DE SALUD MENTAL COLOMBIA 2003 Logo de FES Social. 2003; Available from: https://www.minsalud.gov.co/Documentos_y_Publicaciones/ESTUDIO_NACIONAL_DE_SALUD_MENTAL_EN_COLOMBIA.pdf

82. 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 TT - Original and abbreviated Zarit caregiver burden scales: validation in Chile [Internet]. Vol. 137, Rev. méd. Chile. 2009. p. 657–65. Available from:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000500009

83. trabajo grado Alfonso.

84. Gort AM, March J, Gómez X, De Miguel M, Mazarico S, Ballesté J. Escala de Zarit reducida en cuidados paliativos. Vol. 124, Medicina Clinica. 2005. p. 651–3.

85. Editor CAL. Consideraciones acerca de la interpretación de la escala de Zarit en cuidadores de pacientes con esquizofrenia. 2018;50(7):443–4. Available from: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/S0212656717306704.pdf>

86. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instrumentos de Evaluación de la depresión. Guías Práctica en el SNS [Internet]. 2006;94–100. Available from:

http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/anexos/Anexo_9_Instrumentos_de_evaluacion_de_la_depresion.pdf

87. La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México [Internet]. Available from: <http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm2103/sm210326.pdf?PHPSESSID=22446745dc6c2c8f83a5a2cb8b506737>

88. Wenden AL. Test de depresión de Beck. 1981;3(September). Available from: http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/1164/Anexos_Maza_Molto_Ana.pdf?sequence=4&isAllowed=y

89. Camacho Lopez PA. Validación de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos en población adolescente escolarizada en la ciudad de Bucaramanga. Univ Ind Santander, Fac salud, Maest en Epidemiol Bucaramanga [Internet]. 2008;1–198. Available from: <http://tangara.uis.edu.co/biblioweb/tesis/2008/125476.pdf>

90. Pérez Perdomo M, Cartaya Poey M, Bárbara L. Variables asociadas con la depresión y la sobrecarga que experimentan los cuidadores principales de los ancianos con Alzheimer Variable associate with depression and burden level of caregivers of the elderly people with Alzheimer. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2012;28(4):509–20. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v28n4/enf07412.pdf>

91. Yonte F, Urién Z, Martín M, Montero R. Sobrecarga del cuidador principal de Enfermos de Alzheimer. Rev enfermería CuL [Internet]. 2010;2(1):59–69. Available from: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/37684>

92. Galvis MJ, Córdoba AMC. Relación entre depresión y sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. = Relationship between depression and burden in caregivers of Alzheimer disease patients. Psicol desde el Caribe [Internet]. 2016;33(2). Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2016-42063-005&site=ehost-live%0Aara.cerquera@upb.edu.co>

93. Mercedes A, Córdoba C, Pabón K. Intervención en cuidadores informales

de pacientes con demencia en Colombia_una revision. 2014;8(2):73–81.
Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v8n2/v8n2a06.pdf>

94. Méndez L, Giraldo O, Aguirre-Acevedo D, Lopera F. Relación entre la ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares de persona con demencia tipo Alzheimer. Rev Chil Neuropsicol [Internet]. 2010;5(2):137–45.
Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/1793/179314915007.pdf>

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSION	DEFINICIÓN	INDICADOR	NIVEL DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	ITEM INSTRUMENTO	INSTRUMENTO MEDICION
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS							
Edad	Años cumplidos	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la edad actual de la persona	años	Escala Intervalo	No aplica	No aplica	Documento de identidad
Sexo	Femenino	Ser dotado de órganos para ser fecundado, con características femeninas, mediadas por la crianza.	Femenino	Escala Nominal	No aplica	No aplica	Documento de identidad
	Masculino	Ser dotado de órganos para fecundar, características varoniles y con energía, mediadas por la crianza.	Masculino	Escala Nominal	No aplica	No aplica	Documento de identidad
Escolaridad	Grado académico	Periodo de tiempo que un niño transcurre en el colegio el cual atiende a poblaciones relativamente homogéneas aunque también heterogéneas, cuya educación exige	Primero a quinto de básica primaria	Escala Ordinal	No aplica	No aplica	Registro de matrícula

		estrategias que permitan una formación integral.					
Depresión	Depresión	Tono afectivo de tristeza, acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido.	Ausente a mínima Leve Moderada Grave	Escala ordinal	0, 1, 2, 3	Escala de Beck 21 ítems, Escala de Zarit 22 ítems	Escala de Beck y escala de Zarit
Sobrecargar del cuidador	Sobrecarga del cuidador	condición clínica que puede ocasionar en el cuidador procesos psicopatológicos negativos como lo es la desesperanza o en incluso la depresión, cuando el cuidado se convierte en un trabajo muy agobiante	Ausencia de sobrecarga Sobrecarga ligera Sobrecarga intensa	Escala ordinal	1, 2, 3	Escala de Beck 21 ítems, Escala de Zarit 22 ítems	Escala de Beck y escala de Zarit

Anexo B. Consentimiento informado

RELACION ENTRE DEPRESION Y SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

Esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo. Hospital Universitario
Hernando Moncaleano Perdomo - Neiva, Segundo semestre 2017.

INVESTIGADORES:

NOMBRE DEL CUIDADOR: _____ CC: _____

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación; Antes de decidir si participa, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad de preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez haya comprendido el estudio y si usted está de acuerdo, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

1. Objetivo del estudio: Evaluar la relación entre la depresión y la sobrecarga del cuidador primario de personas diagnosticadas con esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, segundo semestre del año 2017.

2. Justificación y beneficios del estudio:

13 Procedimientos del estudio: el participante tendrá que responder inicialmente con la mayor sinceridad posible la escala de sobrecarga de sobre Zarit en cuidadores de personas diagnosticados *con* esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo el cual tomara un tiempo de 15 minutos aproximadamente; posterior a la aplicación de la primera escala, se le entregará una segunda escala llamada la escala de depresión de Beck en cuidadores de personas diagnosticadas con esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo el cual tomará 20 minutos aproximadamente.

14 Riesgos asociados al estudio: La investigación se clasifica en la categoría de "Investigación con riesgo mínimo", puesto que la participación en esta investigación no tendrá ninguna repercusión negativa sobre la salud física, mental- emocional, además usted no tendrá que incurrir en ningún tipo de gasto económico.

5. Aclaraciones:

- ✓ Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- ✓ No habrá ninguna consecuencia desfavorable, en caso de no aceptar la invitación.
- ✓ Si decide participar en el estudio, se podrá retirar en el momento que lo desee; aun cuando los investigadores responsables se lo soliciten, puede informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- ✓ No tendrá que incurrir en gasto alguno durante el estudio.
- ✓ No recibirá pago por su participación.
- ✓ En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, a los investigadores responsables.
- ✓ La información obtenida en este estudio, relacionada con la identificación de cada participante, será mantenida con estricta confidencialidad por los investigadores.
- ✓ Si tiene alguna pregunta o si desea alguna aclaración por favor comunicarse con los investigadores en los siguientes números de celular:

Yo, _____ C.CN° _____
_ de _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria por las investigadoras, que he sido informado y entendí que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, por lo tanto autorizo mi participación voluntariamente en el presente proyecto de investigación.

Nombres y Apellidos del participante
_____ C.C N° _____
Firma

Su firma en este documento significa que ha decidido participar, después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento y que ha recibido copia de este documento.

Esta parte debe ser complementada por el investigador (o su responsable)
He explicado al Sr. (a) _____ el propósito de la investigación, le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implican su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella (Resolución 8430 de 1993) una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma Investigador 1
Fecha: _____

Firma Investigador 2

Anexo C. Acuerdo de confidencialidad para investigadores

Yo _____ identificado(a) con cedula de ciudadanía número _____ de _____ y _____ identificado(a) con cedula de ciudadanía número _____ de _____. Como investigadores del proyecto: Relación entre la depresión y la sobrecarga del cuidador primario de personas diagnosticadas con esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, en el segundo semestre del año 2017; nos comprometemos a:

1. Mantener total confidencialidad del contenido de las escalas que evaluarán la relación entre la depresión y la sobrecarga del cuidador primario de personas diagnosticadas con esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo y de todo tipo de información que sea recibida sobre los cuidadores que participen en el estudio.
2. Velar porque los colaboradores de esta investigación guarden total confidencialidad del contenido de la escala de sobrecarga de Zarit en cuidadores de personas diagnosticadas *con* esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo y la escala de depresión de Beck en cuidadores de personas diagnosticadas con esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo, aplicadas y de todo tipo de información.
3. Mantener en reserva y sin divulgación de algún dato personal de la escala de sobrecarga de Zarit en cuidadores de personas diagnosticadas *con* esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo y la escala de depresión de Beck en cuidadores de personas diagnosticadas con esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo.
4. Ser responsable y honestos en el manejo de la escala la escala de sobrecarga de Zarit en cuidadores de personas diagnosticadas *con* esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo y la escala de depresión de Beck en cuidadores de personas diagnosticadas con esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo, así como de todo documento que se revise y que esté bajo custodia en el Hospital Universitario del Municipio de Neiva (Huila).
5. Continuar guardando la confidencialidad de los datos y respetando todos los puntos de este acuerdo aun después de terminado el proyecto de investigación.
6. Asumir la responsabilidad de los daños, prejuicios y demás consecuencias profesionales civiles y/o penales a que hubiere lugar en el caso de faltar a las normas éticas y legales vigentes para la realización de investigación con seres humanos.

Por la presente aceptamos y estamos de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento. En prueba de ello, se firma a los _____ días, del mes de _____ del año _____.

Firma Investigador 1

CC. _____

Firma Investigador 2

CC. _____

Anexo D. Presupuesto

PRESUPUESTO GENERAL		
#	RUBROS	TOTAL
1	Insumos y materiales	\$ 200.000
2	Trabajo individual para aplicación de encuestas	\$ 300.000
3	Fotocopias, impresos y publicaciones	\$ 400.000
5	Monitorias y Auxiliares	\$ 700.000
6	Presentación de ponencias en eventos	\$ 1.000.000
7	Cuantificación de los equipos y servicios de uso propio al servicio del proyecto.	\$ 500.000
8	Transporte mantenimiento e hidratación	\$ 200.000
TOTAL PRESUPUESTO GENERAL:		\$ 3.300.000

Insumos y materiales.

Insumos y materiales*	Justificación	Valor (\$)
Papelería: (Resma papel carta, lapiceros, marcadores, papel bond, libretas, carpetas, CD)	Trabajo de campo, archivo e informes	\$ 300.000
Papel Graf, equipos de oficina, tones tintas impresoras		
TOTAL PRESUPUESTO GENERAL:		\$ 300.000

Valoración trabajo de campo. (Salidas)

Ítem	Costo Unitario	No. salidas	Total (\$)
1. Desplazamiento individual para definir aval por parte de la institución educativa, consentimientos y asentimientos informados, reuniones ejecutivas de articulación y avances.	\$ 6.000	150	\$ 900.000
2. Desplazamiento grupal, aplicación de cuestionario y batería.			
3. Desplazamiento grupal para desarrollar seminario taller para docentes.			
Total			\$ 900.000

Fotocopias, impresos y publicaciones.

Tipo de servicio	Justificación	Total (\$)
Fotocopias/ Tipografía	Cuestionario para la evaluación de la convivencia escolar y batería BANFE_2	\$500.000
Impresiones: Informes parciales y finales	Informes desarrollo del proyecto	\$200.000
Publicación	Artículo de investigación	\$300.000
Total		\$ 1.000.000

Servicios técnicos y logísticos.

Servicio	Justificación	Total (\$)
Curso de formación a profesores coordinadores de curso, orientado a crear competencias en la promoción de la sana convivencia escolar, prevención y mitigación del fenómeno del acoso escolar	Necesidad de unificación de criterios aplicativos a nivel institucionales	\$ 300.000
Logística e hidratación curso de formación		\$ 1.000.000
Total		\$ 1.300.000

Monitorias y Auxiliares.

Rol dentro del proyecto	Dedicación		Total (\$)
	Horas día	# Semanas	
5 Estudiantes Psicología para aplicación del cuestionario para la evaluación de la convivencia escolar	4	2	\$ 1.200.000
6 Estudiantes Psicología para apoyo evaluación con Batería Banfe _2	4	3	\$ 1.800.000
Digitador de información			\$ 1.000.000
Total			\$ 4.000.000

Presentación de ponencias en eventos.

Descripción	Total (\$)
Socialización y divulgación del proyecto en eventos regional o nacional.	\$ 2.000.000
Total	\$ 2.000.000

Cuantificación de los equipos y servicios de uso propio al servicio del proyecto.

Ítem	Justificación	Total (\$)
2 Computadores portátil (Uso propio)	Equipos necesarios para las actividades propias del estudio	\$ 400.000
Video Beam (préstamo para curso de formación)		\$ 150.000
Computador de mesa para sistematización, tabulación y análisis de los datos		\$ 400.000
Total		\$ 950.000

Anexo E. Cronograma de trabajo- proyecto salud mental

ACTIVIDADES	JUNIO				JULIO					AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Presentación del anteproyecto al comité de ética del Hospital universitario	6																												
Revisión y aval del anteproyecto por parte del Hospital Universitario																													
Socialización del proyecto de investigación coordinadores y funcionarios de la unidad mental del hospital universitario. Firma de autorización																													
Aplicación de la escala de Beck y Zarit y recolección de consentimientos informados																													
Control de calidad, sistematización y tabulación de los resultados de las escalas																													
Análisis de los datos																													
Elaboración de conclusiones y recomendaciones																													
Elaboración del informe final del proyecto de investigación																													
Divulgación de resultados ante coordinadores y equipo de salud de la unidad mental																													
Elaboración del artículo para publicación																													
Envío de artículo a revista indexada																													

Anexo F. Formato de recolección de la información

Escala de Zarit en cuidadores de personas diagnosticadas con esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo.

Preguntas	Respuesta				
	0 Nunca	1 Rara vez	2 Alguna veces	3 Bastantes veces	4 Casi siempre
1. ¿Piensa que su familiar le 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 combinar 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 usted tiene con otros miembros de su familiar?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
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. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14. ¿Piensas que su familiar lo considera a usted la única persona que lo puede cuidar?					
15. ¿Piensas que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensas que no serás capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que empezó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desearía poder delegar 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 G. Escala Depresión de Beck

Escala de depresión de Beck en cuidadores de personas diagnosticadas con esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo

Escala de Desesperanza de Beck	Verdadero	Falso
1. Espera el futuro con esperanza y entusiasmo.		
2. Puede darse por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por usted mismo.		
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así.		
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años		
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer		
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar.		
7. Mi futuro me parece oscuro.		
8. Espero más cosas buenas de la vida, que lo que la gente suele conseguir por término medio.		
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda pasar en el futuro.		
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para el futuro		

11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más, desagradable que agradable.		
12. No espero conseguir lo que realmente deseo.		
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora.		
14. Las cosas no marchan como yo quisiera.		
15. Tengo una gran confianza en el futuro.		
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa.		
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro.		
18. El futuro me parece vago e incierto.		
19. Espero más bien épocas buenas que malas.		
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré.		