



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Síndrome de Carga del Cuidador en los
acompañantes de pacientes psiquiátricos
hospitalizados en el Instituto Nacional de
Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.**

TESIS

Que para obtener el título de
Licenciada en Psicología

P R E S E N T A

Diana Mondragón Villanueva

DIRECTOR DE TESIS

Dra. Mariana Gutiérrez Lara.



Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO	
1.1 Trastorno Mental.....	7
1.2 Salud Mental en México.....	10
1.3 Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.....	17
1.3 El cuidado, sus implicaciones y clasificación del cuidador.....	23
1.4 Acompañamiento hospitalario de pacientes psiquiátricos.....	27
1.5 Síndrome de Carga del Cuidador.....	30
CAPITULO 2. METODOLOGÍA	
2.1 Justificación.....	36
2.2 Planteamiento del problema.....	37
2.3 Pregunta de investigación.....	38
2.4 Objetivos.....	38
2.5 Hipótesis.....	38
2.6 Variables.....	39
2.7 Tipo de estudio y diseño.....	39
2.8 Población y muestra.....	40
2.9 Criterios de inclusión y exclusión.....	40
2.10 Descripción de instrumentos.....	40
2.11 Procedimiento.....	41
CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	
3.1 Descripción de las características sociodemográficas de la muestra.....	43
3.2 Análisis descriptivo del instrumento.....	48
3.3 Correlación entre tiempo y sobrecarga.....	51
DISCUSIÓN.....	52
CONCLUSIONES.....	57
RECOMENDACIONES.....	59
BIBLIOGRAFIA.....	62
ANEXOS.....	70
) Solicitud de permiso (Anexo 1)	
) Aspectos éticos (Anexo 2)	

-) Aplicación del consentimiento (Anexo 3)
-) Aplicación del Cuestionario de Características Sociodemográficas (Anexo 4)
-) Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit (Anexo 5)

RESUMEN

Las enfermedades mentales constituyen un gran reto y una prioridad para la salud pública. El acompañamiento lo puede ejercer algún miembro de la familia, generalmente del sexo femenino. Muchas veces el cuidador no cuenta con las estrategias adecuadas para afrontar la situación y esto puede generarle problemas físicos, psicológicos y sociales, lo que se denomina sobrecarga del cuidador.

El objetivo de esta investigación es analizar si los acompañantes de los pacientes psiquiátricos hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” presentan sobrecarga y conocer las características sociodemográficas de los acompañantes. Se diseñó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal con un diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por 71 acompañantes que asistieron al INPRFM. La información fue recolectada a través de la aplicación de la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit y un Cuestionario de Características Sociodemográficas.

Se encontró que de los acompañantes, el 80% no presentó sobrecarga intensa, el 9% sobrecarga leve y el 11% sobrecarga intensa; el sexo que más predominó fueron las mujeres con 92%, siendo las amigas (27%) y madres (25.4%) de los pacientes; las edades de los acompañantes oscilan entre los 19 y 60 años; la mayoría cuenta con estudios de secundaria (23.9%), seguido de preparatoria y licenciatura con 22.5% cada uno; el tiempo de acompañamiento que dedican dentro del INPRFM es de un día (mínimo) y 1460 días (máximo) con una media de 51 días, con horario de 12 horas (80%) y 24 horas (20%) al día; el diagnóstico con mayor porcentaje en los pacientes fue depresión (22.5%). Se encontró que los reactivos 7, 19, 20 y 21 de la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit presentaron mayor variabilidad en las respuestas, los cuales pertenecen a los factores de Impacto de cuidado y Expectativas de autoeficacia. Estos reactivos presentan niveles de sobrecarga leve a intensa.

A manera de prevención sería importante implementar estrategias como psicoeducación grupal y técnicas de relajamiento para que los acompañantes cuenten con recursos para el cuidado de su paciente y su autocuidado.

Palabras clave: Enfermedad mental, acompañantes, pacientes psiquiátricos, sobrecarga, INPRFM.

INTRODUCCIÓN

La sociedad, en el siglo XX, presenta un cambio importante en la consideración hacia el enfermo mental; desde la protección y la custodia en las grandes instituciones psiquiátricas desarraigadas de todo vínculo familiar y social, hacia el cuidado y tratamiento, con un enfoque más humano, marcado por hechos relevantes como la aparición de los psicofármacos (años 50), el auge de las terapias psicológicas complementarias al tratamiento farmacológico, permitiendo un abordaje integral y una inserción socio-laboral. (García, 2012).

La Organización Mundial de la Salud bajo el slogan: “No hay salud sin salud mental”, ha reconocido la salud mental como un aspecto primordial del bienestar y el desarrollo de los individuos, las sociedades y los países. Esta relevancia que ha adquirido se relaciona no solo con la magnitud de los problemas asociados con la enfermedad mental y por los costos que conlleva, sino, también, por su impacto individual, familiar, comunitario y social, en términos de un sufrimiento que va más allá de las cifras y de la discapacidad que genera. (Restrepo y Jaramillo, 2012).

Los estudios epidemiológicos muestran, a nivel mundial, una alta prevalencia de los trastornos mentales (TM) oscilando entre 12.2 y 48.6% en el curso de la vida de una persona, lo cual contribuye de manera importante a la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematuras de la población. En nuestro país, según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) de 2001-2002 se observó que el 28.6% de la población presentó algunos de los 23 trastornos mentales alguna vez en su vida, y solamente uno de cada diez personas con TM obtuvieron atención. (citado por Madrigal de León, 2016).

En México, se estimaron que los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, que considera indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad. Según estos autores, cuatro de las diez enfermedades más discapacitantes son neuropsiquiátricas: esquizofrenia,

depresión, trastorno obsesivo-compulsivo y alcoholismo. La depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia y se estima que en el 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados. (Frenk y cols., 1999, citado por Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora y Lozano, 2005).

Las personas que padecen alguna enfermedad mental pueden presentar comportamientos distintos a los esperados, entre ellos se distinguen: el aislamiento, disminución de su red social, abulia, anhedonia, cambios en la comunicación, los cuales llevan a modificar la imagen de sí mismos; mostrando en algunas ocasiones una falta de higiene personal, cambios en la forma de vestir y de actuar, los cuales resultan incomprensibles para la sociedad y motivan la hospitalización (Muñoz, Pérez, Crespo y Guillén, 2009, citado por Martínez y Sisalima, 2015, p.15).

El comienzo de una enfermedad mental en un miembro de la familia cuestiona la capacidad de afrontamiento de problemas de toda la familia, en la que se deberá recurrir a estrategias para hacer frente a la adversidad. La actividad de cuidar puede generar consecuencias tanto positivas como negativas (Onwumere et ál., 2008), ya que demanda la puesta en práctica de las funciones de las diferentes esferas de la personalidad (cognitiva, afectiva y conductual). Cuidar a un familiar enfermo es una situación estresante ya que se deben sobrellevar conductas disruptivas, encarar situaciones de restricción de la libertad y la pérdida de un estilo de vida. En ocasiones la familia debe abordar nuevas tareas relacionadas con la enfermedad, como incapacidad, dolor y tratamientos característicos de un ámbito hospitalario (Moos, 1989, citado por Stefani et al., 2003).

El término “cuidador” es un concepto mixto formado en gran medida por la realización de tareas de carácter de apoyo, pero definido también en términos de relaciones sociales y familiares, generalmente parentesco, aunque se extiende a lazos de amistad o de vecindad donde éstos han adquirido el carácter de

relaciones primarias. La presencia de afecto se asocia con estas características relacionales (Villamar, 2014). Los cuidadores constituyen una pieza clave en la tríada terapéutica “equipo de salud-paciente-cuidador primario”. (Izquierdo et al., 2016).

Uno de los conceptos fundamentales de estudio es “la carga”, cuando se realizan investigaciones sobre cuidadores de personas dependientes, debido a los efectos negativos.

La definición que se le dio al concepto de carga en los años 60’s, ha sido adoptada por otros autores de forma más o menos amplia en la investigación sobre las repercusiones negativas del cuidado informal, ha sido la de asumirlo como un término global para describir la consecuencia física, emocional y económica de proporcionar el cuidado. (citado por Izquierdo et al., 2016)

La sobrecarga supone la prestación de cuidados de salud, especialmente cuando la demanda es continuada, tiene repercusiones en la propia salud y en la calidad de vida del cuidador. Diversas investigaciones han puesto de manifiesto las repercusiones de la prestación de cuidados sobre una menor atención al cuidado de la propia salud, una peor autopercepción de la salud, sobrecarga física y estrés, limitación en las posibilidades de desarrollo personal y profesional y otros efectos (Oliveira et al., 2015).

A través de múltiples estudios en el mundo, se ha demostrado que son numerosas las variables que inciden en el aumento de la carga del cuidador, por una parte están las vinculadas directamente con el individuo enfermo, tales como el grado de deterioro y/o pérdida de autonomía y la presencia de trastornos conductuales y psiquiátricos de difícil manejo, entre las fundamentales; por otro lado están las relacionadas con el propio cuidador entre las que se encuentran la edad, el sexo, el estilo de afrontamiento, la motivación para el cuidado, las redes de apoyo, el tiempo de cuidado y otros; y por último las derivadas de la relación afectiva

cuidador-enfermo tanto previas como actuales (Pérez y Montes, 2012 citado por Villamar, 2014, p. 22).

Es preciso aclarar que el término “acompañante” es utilizado para hacer referencia a los cuidadores de los pacientes que están hospitalizados en el INPRFM. Es por esto que, el objetivo principal de esta investigación es conocer el nivel de sobrecarga que presentan los acompañantes de pacientes psiquiátricos hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz a través de la aplicación de la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit; así como también las características sociodemográficas de la muestra por medio de un cuestionario.

En los últimos años se han realizado investigaciones a nivel nacional e internacional respecto a la presencia de sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes neurológicos, psiquiátricos y enfermedades terminales.

En México existen pocos estudios acerca de la sobrecarga en cuidadores de pacientes psiquiátricos, razón por la cual me motivó a realizar esta investigación.

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO

1.1 Trastorno mental

El término “trastorno” se usa a lo largo de la clasificación para evitar los problemas que plantea el utilizar otros conceptos tales como ‘enfermedad’ o ‘padecimiento’. Dicho término se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar e interfieren con la actividad del individuo. (OMS, p. 25-26, 1992 citado por Psicología clínica y psiquiatría, 2003).

La Asociación Psiquiátrica Americana, en su más reciente catálogo oficial de los trastornos mentales DSM-IV, ha evitado igualmente utilizar el término “enfermedades” para los problemas del comportamiento, por estar determinados por una interacción de factores causales, y define el trastorno mental como “... un síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.” Reiterando la definición que ofrece el DSM-IV, se afirma que el trastorno psicológico o mental, cualquiera que sea su causa, debe considerarse como “la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica”. Es decir, el trastorno mental puede ser debido a múltiples causas y es, en última instancia, un concepto funcional; de modo que el hecho de que los trastornos mentales hayan sido formulados siguiendo un “modelo médico” no implica por principio la existencia de causas fisiológicas u orgánicas en su origen. (Psicología clínica y psiquiatría, 2003, p. 7).

En 2001, la OMS señala que los trastornos mentales actualmente no se pueden explicar si se consideran únicamente los síntomas y signos de la enfermedad; el

otro componente importante es la discapacidad que ocasionan, misma que afecta a una tercera parte de los pacientes. En trastornos neuropsiquiátricos y del comportamiento, la discapacidad a nivel mundial llega hasta 31%. Esta varía en diversas regiones del mundo, siendo África la más baja, con 18% y Europa una de las más altas, así como el continente americano con 43%. (citado por Collazos, 2007, p. 76).

Medina-Mora y cols. (2003), refiere que acuerdo a la Secretaría de Salud, se estima que alrededor de 15 millones de personas padecen algún trastorno mental. Los resultados de la última Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) indican que el 28.6% de la población presentó alguno de los 23 trastornos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) alguna vez en su vida y que solamente uno de cada 10 pacientes recibe atención especializada. (citado por Collazos, 2007, p. 75).

A nivel mundial, los trastornos mentales y de conducta representaban en 1990 el 11% de la carga total de enfermedad, expresando en términos de años de vida ajustados por discapacidad (OMS, 2001). Se predice que para el 2020 esto va a aumentar a un 15%. La asociación entre pobreza y trastornos mentales parece ser universal, ocurre en todas las sociedades, independientemente de sus niveles de desarrollo. Patel y Kleinman (2003) mencionan que los factores como la inseguridad y la desesperanza, el rápido cambio social y los riesgos de violencia; y problemas de salud física pueden explicar la mayor vulnerabilidad de las personas pobres en cualquier país, a desarrollar enfermedades mentales. (citado por OMS, 2004, p. 16).

En México, como en otros países, se ha observado un incremento de los trastornos mentales entre la población general: las mujeres, presentan una prevalencia de depresión del 6.5% (en el último año); mientras que en los hombres es el consumo de alcohol (4.8%). La depresión y los trastornos de ansiedad son los trastornos psiquiátricos más prevalentes, con un aumento desproporcionado

entre la población general, mientras que en la atención primaria se atienden diez veces más a pacientes depresivos. La prevalencia del trastorno depresivo es del 10-14% entre los pacientes hospitalizados por problemas médicos y del 9% al 16% entre los pacientes ambulatorios. (Lara, Medina-Mora, Borges, 2007). Se considera que la depresión es una de las principales causas de carga de enfermedad en términos de años de vida ajustados por discapacidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que en el año 2020 sea la segunda causa de discapacidad en el mundo, tan sólo después de las patologías cardiovasculares. En México, es la principal causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad para las mujeres y la novena para los hombres. (Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora, 2013).

Las causas de los trastornos mentales incluyen una combinación de factores biológicos, genéticos, psicológicos, emocionales, psicosociales, cognitivos, ambientales y sociales. El modelo de abordaje que actualmente se utiliza es el biopsicosocial que incluye factores biológicos y psicosociales. El componente biológico incluye alteraciones en algunas áreas del cerebro y el componente psicosocial, alteraciones en el funcionamiento interpersonal. Afortunadamente, el tratamiento de los trastornos mentales ha presentado cambios considerables ya que, hace más de 50 años, la única opción para una persona con una enfermedad mental era su reclusión en alguna institución mental, hecho que varió con la aparición de los medicamentos neurolépticos, única forma de tratamiento que inició el proceso de la desinstitucionalización, lo que implicó la salida de los pacientes a la comunidad. Esto obligó a buscar opciones de intervención y apoyo en la comunidad como las casas de medio camino, los servicios de hospitalización parcial, las comunidades terapéuticas, las familias sustitutas, etcétera (Ryan y cols., 1982). Dicho tratamiento no sólo consistió en lograr el control y la estabilidad de los síntomas de la enfermedad (componente biológico), también se consideró el funcionamiento del paciente en la comunidad (el componente psicosocial). Actualmente existe una gran variedad de tratamientos para los trastornos mentales que generalmente combinan el uso de psicofármacos con la

psicoterapia en sus distintas modalidades: individual, grupal, familiar, etc., así como programas de cursos psicoeducativos para los pacientes y sus familiares. Los tratamientos integrales para los trastornos mentales como la depresión, la esquizofrenia, el trastorno bipolar y los relacionados con el consumo de alcohol y drogas, por mencionar algunos, han demostrado su efectividad. (Collazos, 2007).

Los trastornos mentales con frecuencia arrastran a los individuos y las familias a la pobreza y desintegración por el costo de los tratamientos y el acceso a los servicios, que muchas veces no están disponibles en todas las ciudades, además muchos de estos servicios no cuentan con los profesionales suficientes, y en otros casos los centros de atención carecen de redes con mayor nivel de especialización. En México, una de cada cuatro personas entre 18 y 65 años ha padecido en algún momento de su vida un trastorno mental, pero solo uno de cada cinco de los que lo padecen recibe tratamiento. El tiempo que demoran los pacientes para recibir atención en un centro de salud oscila entre 4 y 20 años según el tipo de afección, al igual que lo observado en la mayoría de los países de América Latina. (Programa de Acción Específico Salud Mental 2013-2018).

En América Latina, se ha determinado que los trastornos mentales son altamente prevalentes y representan una significativa carga para quienes los padecen. (Mascayano, Lips, Mena y Manchego, 2015).

1.2 Salud Mental en México

Retomando los antecedentes sobre Salud Mental en México, se encontró que a diferencia de otros países de América, nuestro país tomó bajo su custodia a los dementes mal alimentados y semidesnudos que deambulaban por las calles o los que eran alojados en las cárceles. En 1700 un carpintero de nombre José Sayago fundó el Hospital Divino Salvador (la Canoa) exclusivo para mujeres. En 1910 ocurrió un evento importante, el presidente Porfirio Díaz inauguró en terrenos de la Hacienda de la Castañeda, en Mixcoac el Manicomio General llamado “La

Castañeda”. Su edificación siguió el modelo arquitectónico de la época para esta clase de establecimientos y tenía capacidad para 1500 enfermos. El primer director de ésta Institución en 1931 fue el Dr. Samuel Ramírez Moreno. En realidad, la atención que durante décadas se prestó a los asilados en el Manicomio de La Castañeda, al que hemos de recordar como la cuna de nuestra psiquiatría pública, fue deficiente, pero no necesariamente peor que en otros países. Se carecía entonces de conocimientos científicos y de recursos terapéuticos efectivos y se asumía que el deterioro mental de los enfermos era consecuencia natural, inexorable, del avance de su enfermedad y no, como ahora sabemos, de su aislamiento y abandono. Hacia la misma época y en las dos décadas siguientes algunas instituciones privadas suplieron al estado en su función de cuidar a los enfermos mentales y contribuyeron también al desarrollo de la psiquiatría, como una especialidad de la medicina en nuestro país. En 1955 gracias a la iniciativa del Dr. Alfonso Millán se creó el Departamento de Psicología médica y Salud Mental en la Facultad de Medicina de la UNAM. El psiquiátrico “Juan N. Navarro” fundado en 1965 teniendo como primer director al Dr. Jorge Velasco Alzaga distinguido psiquiatra y experto en salud pública; la asistencia de los enfermos alcanzó mejores niveles, y en el año de 1967, Fray Bernardino Álvarez fundó el primer hospital psiquiátrico para hombres en México que se llamó San Hipólito. El 26 de noviembre de 1979 el Dr. Ramón de la Fuente Muñiz funda el Instituto Nacional de Psiquiatría el cual lleva su nombre, enfocado principalmente a la docencia e investigación. El Instituto sigue siendo el más antiguo e importante de América Latina. En 1984 se promulga la Ley General de Salud, dando inicio al cuidado de la Salud Mental del mexicano.

Es importante resaltar que entre 1960 y 1970, la SSA estableció una red de 11 hospitales, 9 de ellos hospitales-granja, en sustitución del ya abarrotado manicomio general. Las nuevas instalaciones aunque alejadas de los centros médicos y mal distribuidos en el territorio nacional, representaron sin duda, un cambio favorable. Desafortunadamente, no contaron con recursos técnicos y

económicos apropiados a sus necesidades, y en el transcurso de unos cuantos años de pobreza y relativo descuido sufrieron un deterioro ostensible.

Haciendo referencia a qué es la salud mental, uno de los primeros conceptos que se difundieron, fue el que emitió el Comité de Expertos de la OMS en su Segundo Informe, que dice: “la salud mental implica la capacidad para tener relaciones armoniosas con otros, la participación constructiva en las modificaciones de su ambiente físico y social y también la capacidad de obtener una satisfacción armoniosa y equilibrada de sus propios impulsos instintivos” (OMS, 2007).

En términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y la forma de relacionarse para alcanzar un bienestar y calidad de vida. Se dice “Salud mental como analogía de lo que se conoce como salud o estado físico, pero en lo referente a la salud mental indudablemente existen dimensiones más complejas que el funcionamiento orgánico y físico del individuo” (Becerra, 2008, p.20 citado por Galeano y Mesa, 2016)

Fromm (1958) refiere que “la salud mental se caracteriza por la capacidad de amar y de crear, por la liberación de los vínculos incestuosos con el clan y el suelo, por un sentimiento de identidad basado en el sentimiento de mí mismo como sujeto y agente de las propias capacidades, por la captación de la realidad interior y exterior a nosotros, es decir, por el desarrollo de la objetividad y la razón.” La salud mental también es entendida desde una perspectiva ética. Fromm parte de la base que así como hay cosas buenas y malas o la fisiología del hombre, también las hay para la vida mental. Ciertas cosas estimulan el desarrollo del hombre y otras lo impiden. Como el hombre y la sociedad forman una unidad y ya que la sociedad ejerce una gran influencia sobre el hombre, es imposible separar la salud mental de la sociedad en cuestión. Así reformuló Fromm la conocida frase latina en: “Mens sana in societate sana”. (citado por Ubilla, 2009, p. 161).

El estatus de salud mental está asociado con la conducta en todas las etapas de la vida. Un conjunto de evidencias indica que los factores asociados con los problemas mentales también están relacionados con el consumo de alcohol y drogas, delitos y deserción escolar. Se ha sugerido que la salud mental y/o sus determinantes se pueden mejorar en conjunto con cambios planificados o no planificados en el ambiente social y físico. Los determinantes de la salud son aquellos factores que mejoran o amenazan el estado de salud de un individuo o comunidad; estos pueden ser asuntos de opción individual, o pueden estar relacionados con características sociales, económicas y ambientales.

La dimensión positiva de la salud mental ha sido subrayada en la definición de salud de la OMS, tal cual consta en la constitución misma: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. También ha sido definido como un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades (OMS, 2004,p. 18).

La salud mental puede ser considerada como un recurso individual que contribuye a la calidad de vida del individuo y puede aumentar o disminuir de acuerdo con las acciones ejercidas por la sociedad. Un aspecto de una adecuada salud mental es la capacidad para mantener relaciones mutuamente satisfactorias y duraderas.

Cada cultura influye en la forma en que las personas entienden la salud mental y la consideración que tienen sobre ella. Un entendimiento y una sensibilidad a los factores valorados por diferentes culturas, aumentará la importancia y el éxito de las intervenciones potenciales.

La Reforma Psiquiátrica se construyó siguiendo tres principios:

1. El fortalecimiento de las acciones que aumentan la promoción de la salud mental así como de la atención comunitaria, potenciando los servicios a nivel ambulatorio y reduciendo al máximo posible la necesidad de hospitalización.
2. La hospitalización, cuando es requerida debe ser de estancia corta, en unidades psiquiátricas incorporadas a hospitales generales idealmente.
3. La existencia de servicios de rehabilitación psicosocial y reinserción social que integren a la persona con enfermedad mental a su comunidad.

Estos principios tienen el objetivo de disminuir en lo posible hospitalizaciones, reingresos y erradicar de manera definitiva estancias prolongadas, otorgando a los usuarios y usuarias una mejor atención y al mismo tiempo una mayor calidad de vida. En caso de existir hospitales psiquiátricos, éstos deberán dar cabal cumplimiento a la NOM-025-SSA2-1994 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico psiquiátrica, la cual vela por el cumplimiento de los Derechos Humanos de los usuarios y usuarias. En México, los hospitales psiquiátricos tienen usuarios con estancias hospitalarias prolongadas y cuentan con una arquitectura y organización que promueve un modelo asilar de atención, donde hay hacinamiento, no hay privacidad ni respeto a la individualidad, lo que provoca en el usuario falta de autonomía y de independencia. (Programa de Acción Específico Salud Mental 2013-2018).

La Ley Nacional de Salud Mental (2014) reglamentaría el derecho a la protección de la salud mental que tiene toda persona en los términos del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en donde se establecen las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Asimismo, basándose en el artículo 1º en donde explica que todo individuo gozará de las garantías individuales, haciendo de la salud mental un derecho humano por excelencia. Dicha ley sería de orden público, interés social y observancia general,

aplicable en toda la república mexicana, para instituciones públicas, sociales y privadas que planifiquen, administren y coordinen los servicios de salud mental y tendría por objeto:

1. Regular las bases y modalidades para garantizar el acceso a los servicios de salud mental para la Federación, con un enfoque ético ante los derechos humanos del paciente y un enfoque bioético en la relación médico-paciente, incorporando la perspectiva de género.
2. Establecer los mecanismos adecuados para la promoción, prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y fomento de la salud mental en instituciones de salud pública de la Federación, así como para personas físicas o morales de los sectores social y privado, que coadyuven en la prestación de servicios en los términos y modalidades establecidas en la presente ley.
3. Definir los mecanismos y lineamientos para promover la participación de la población y el desarrollo de la salud mental con respecto a la creación de programas en donde se vincule a la Bioética y se fortalezca la seguridad en la relación médico-paciente de manera ética y acorde con las necesidades específicas de cada individuo. (Becerra-Partida, 2014).

Derechos del paciente psiquiátrico

Respecto a los derechos del paciente psiquiátrico en México, en la Ley General de Salud observamos lo siguiente: Artículo 74 Bis. La persona con trastornos mentales y del comportamiento tendrá los siguientes derechos:

- I. Derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental y acorde con sus antecedentes culturales, lo que incluye el trato sin discriminación y con respeto a la dignidad de la persona, en establecimientos de la red del Sistema Nacional de Salud.

- II. Derecho a contar con un representante que cuide en todo momento sus intereses. Para esto, la autoridad judicial deberá cuidar que no exista conflicto de intereses por parte del representante.
- III. Derecho al consentimiento informado de la persona o su representante, en relación al tratamiento a recibir. Esto sólo se exceptuará en el caso de internamiento involuntario, cuando se trate de un caso urgente o cuando se compruebe que el tratamiento es el más indicado para atender las necesidades del paciente.
- IV. Derecho a que le sean impuestas únicamente las restricciones necesarias para garantizar su protección y la de terceros. En todo caso, se deberá procurar que el internamiento sea lo menos restrictivo posible y que el tratamiento a recibir sea lo menos alterador posible.
- V. Derecho a que el tratamiento que reciba esté basado en un plan prescrito individualmente con historial clínico, revisado periódicamente y modificado llegado el caso.
- VI. Derecho a no ser sometido a tratamientos irreversibles o que modifiquen la integridad de la persona.
- VII. Derecho a ser tratado y atendido en su comunidad o lo más cerca posible al lugar en donde habiten sus familiares o amigos.
- VIII. Derecho a la confidencialidad de la información psiquiátrica sobre su persona.

La salud mental debe ser concebida como un derecho humano, y, como tal, no debe jugar a una serie de generalidades en la ley.

1.3 Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

La presente investigación se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, ubicado en Calzada México Xochimilco No. 101, Colonia San Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan, C.P. 14370. El conocer sus antecedentes, la misión, visión y organigrama, brinda un amplio panorama acerca de cómo se labora y los servicios que ofrece.

Antecedentes

El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz fue concebido por su fundador como una institución capaz de transformar nuestra manera de entender la enfermedad mental a partir de la investigación, de la traducción de los hallazgos científicos en programas, en mejores prácticas para la prevención de la enfermedad, en la atención de las personas que enferman y en recomendaciones para las políticas públicas; una parte importante de este esfuerzo ha sido la formación de profesionales de la salud mental.

El Instituto tiene como antecedente el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF), creado en 1972 con el fin de atender los aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación, relacionados con la farmacodependencia.

Debido a la necesidad de ampliar sus funciones y en respuesta a las gestiones del Dr. Ramón de la Fuente Muñiz, en junio de 1978 el Ejecutivo Federal creó el Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental (CEMESAM), en sustitución del anterior, con la finalidad de ampliar su ámbito de competencia al importante aspecto de la salud mental.

En diciembre de 1979, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto Presidencial de creación del Instituto Mexicano de Psiquiatría, considerando que

era necesario sustituir al CEMESAM, por un organismo que se avocara en forma más amplia y con mejores recursos al estudio de problemas de los desórdenes mentales y de Salud Mental, con la finalidad de generar soluciones adecuadas. En la primera etapa de “gestación” bajo la dirección de su Fundador, se fortaleció a la psiquiatría biológica, manteniendo su vocación humanista y sin perder la perspectiva social. En palabras de su director, se buscó “mediante los métodos de la investigación científica; abordar los desórdenes del pensamiento, el afecto y la conducta en su sustrato neural y molecular, sin soslayar su dimensión social,... para alterar favorablemente el curso de algunas de las enfermedades y desórdenes más frecuentes.”

El reto más importante de esos años, fue hacer posible la investigación en salud mental en México, y crear un espacio en donde pudiera llevarse a cabo. “En 1979, junto con un grupo de colegas y alumnos, pensamos que había llegado el momento de fundar un instituto de investigación y de formación de personal en todos los niveles. Desarrollamos el Instituto con laboratorios de investigación básica y clínica, así como un área de estudios epidemiológicos; y sólo después construimos el hospital. Temía que las demandas de la clínica absorbieran los recursos. Sabía que la clave para mantener el Instituto a la vanguardia estaba en la investigación” (Ramón de la Fuente, 2006).

En 1988, se publica en el Diario Oficial de la Federación el decreto del Instituto Mexicano de Psiquiatría que le da un instrumento jurídico y el doctor Ramón de la Fuente, es nombrado como su Director General por dos períodos (1988-1998). El Instituto después cambiaría su nombre por Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz en honor a su Fundador el 26 de mayo de 2000.

Las palabras del doctor de la Fuente, en ocasión de la primera reunión de Investigación y Enseñanza el 11 de Agosto de 1982 fueron: “Comenzaré por mencionar dos ideas generales que orientaron nuestros trabajos. Una, es que los desórdenes mentales y la salud mental sólo pueden ser abordados, tanto en su

estudio como en su manejo y prevención, dentro de un marco conceptual que permita tomar en cuenta sus componentes biológicos y psicológicos, así como sus raíces y consecuencias sociales. Otra es que deben abordarse en forma prioritaria, los problemas que afectan más grave y extensamente a la población del país”

En la segunda etapa 1998-2008 se continuaron los programas establecidos y se consolidó la atención médica. Este proyecto estuvo, a cargo del doctor Gerhard Heinze, un clínico sobresaliente quien entendió que la vanguardia podría mantenerse si el Instituto era capaz de ofrecer servicios de excelencia y formar a los médicos que llevaran los modelos de atención desarrollados y evaluados en el Instituto, a servicios en las que se integrarían al terminar su educación formal. Durante esta etapa sobresale la creación de clínicas especializadas en diferentes desórdenes y se construye un edificio para albergarlas. Se procuró el equilibrio entre la atención de la demanda y la investigación y la enseñanza, a fin de darle a cada una su lugar.

Misión

“Mejorar la salud mental de la población mexicana por medio de la investigación multidisciplinaria de excelencia, la atención médica especializada y la formación de recursos humanos en los principios de calidad y calidez”.

Visión

“Consolidarse como centro líder en neurociencias, atención, docencia e investigación clínica, epidemiológica y social; capaz de dar respuesta a las prioridades nacionales en salud mental, incluyendo las adicciones”.

El 20 de octubre del 2008, la doctora María Elena Medina-Mora Icaza fue designada como nueva Directora General del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz".

En sus instalaciones cuenta con diversas áreas que posibilitan su desarrollo tanto en la investigación como en la formación de nuevos profesionales (ver figura 1). No obstante, se concentrará la atención en la dirección de servicios clínicos, específicamente en el área de hospitalización, ya que se encuentra el área de terapia re-creativa donde se llevó a cabo esta investigación.

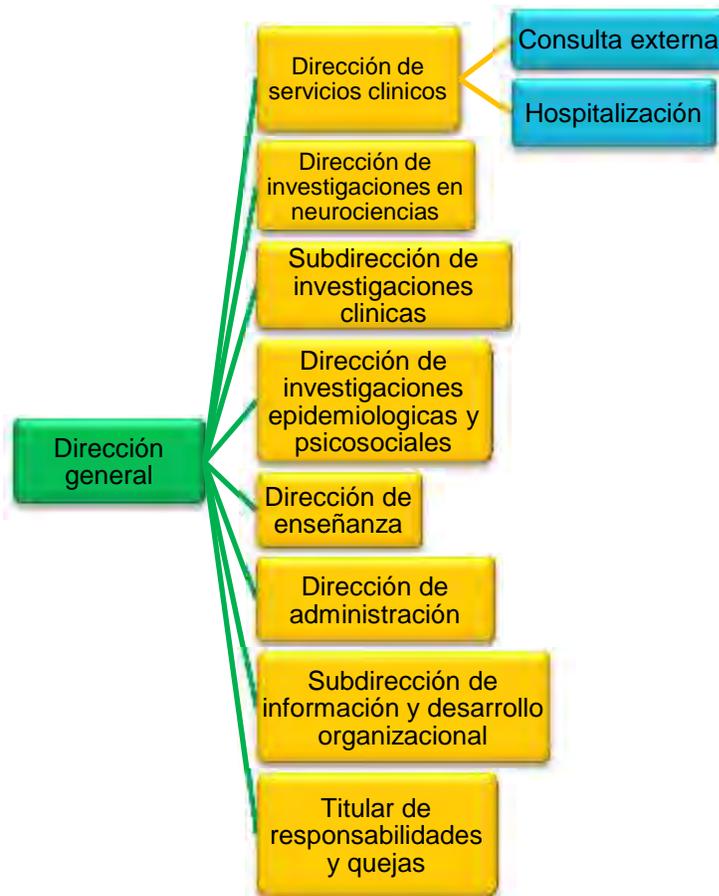


Figura 1. Organigrama del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Área de hospitalización

El Instituto proporciona atención psiquiátrica las 24 horas del día los 365 días del año, dicha atención tiene ciertos compromisos, que son:

- ✓ Proporcionar trato digno y humano.
- ✓ Internamiento con firma de Consentimiento Informado.
- ✓ Información suficiente, clara, oportuna y veraz.
- ✓ Dar informe médico psiquiátrico verbal una vez a la semana.
- ✓ Establecer diagnóstico probable o de certeza.
- ✓ Realizar estudios que el personal médico juzgue necesarios.
- ✓ Otorgar el tratamiento requerido de acuerdo al diagnóstico.
- ✓ Disponer de un expediente clínico.
- ✓ Respeto a la confidencialidad del paciente.
- ✓ Si se requiere, referencia a otra unidad médica para interconsulta y/u hospitalización.
- ✓ Alojamiento seguro e higiénico
- ✓ Alimentación suficiente y de calidad.
- ✓ Autorización de visita familiar.
- ✓ Terapia Recreativa con previa autorización del médico tratante.

Los pacientes hospitalizados se distribuyen en cinco tratamientos o pabellones, tres de ellos se localizan en el primer piso y los otros dos en la planta baja, con un total de cincuenta habitaciones disponibles para la atención. Durante el segundo semestre del 2016, el Instituto contó únicamente con 40 camas para atender a los pacientes debido a la remodelación de una sección del hospital. Cada tratamiento cuenta con una central de enfermería, un médico adscrito, trabajo social y oficina de residentes. Dentro de los pabellones donde se encuentran los pacientes, cuentan con habitaciones con baño y un sillón para el familiar, una sala comunitaria equipada con televisión, reproductor de películas, películas, libros y juegos de mesa y un comedor.

Estadística del área de hospitalización en 2016

Según el informe de la Primera Sesión Ordinaria de la H. Junta de Gobierno del Instituto, en 2016 ingresaron 564 pacientes, alcanzando un porcentaje de ocupación hospitalaria de 75.02%, y teniendo una estancia promedio fue de 24.1 días. Así mismo se reportaron 576 egresos, de los cuales 428 pacientes fueron mujeres (74.3%) y 148 varones (25.7); de estos egresos, 524 pacientes egresaron por mejoría y 40 por alta voluntaria. Dentro de los diagnósticos de egreso más comunes se encuentra el Trastorno Depresivo Mayor en remisión parcial y el Trastorno Bipolar tipo 1. Respecto a la edad de los pacientes se reportó que el 33.2% se encontraba entre los 18 y 25 años, el 31.6% entre 26 y 38 años, el 23.1% entre 39 y 59 años, el 6.1% eran mayores de 60 años y el 6% eran menores de 17 años. Mientras que la ocupación de los pacientes, la mayoría de ellos eran estudiantes con un 31.8%, dedicados al hogar con un 26.4% y aquellas personas sin ocupación con un 19.4%. Sobre la escolaridad de los pacientes, el 36.8% con nivel preparatoria, el 34% con nivel licenciatura, el 16.7% con estudios de secundaria y un 0.5% no contaba con estudios. Al Instituto ingresan personas provenientes de diferentes entidades federativas; en el 2016, 62% de los pacientes provenían de la Ciudad de México, Iztapalapa fue la delegación en donde radicaron más pacientes, el 30.2% provenían del Estado de México, siendo Ecatepec el municipio en donde radicaron más pacientes y 7.6 del resto de país. Hubo una persona atendida proveniente del extranjero. Con respecto al pago que se debe realizar por el servicio de hospitalización, el Instituto se basa en un estudio socioeconómico que se les aplica al integrar la historia clínica del paciente; este estudio se clasifica en:

- 1 (bajo-bajo)
- 2 (bajo)
- 3 (medio-bajo)
- 4 (medio)
- 5 (medio-alto)

- 6 (alto).

Durante el 2016, de los pacientes que egresaron, se realizaron 304 estudios, de los cuales 283 quedaron ubicados de los niveles 1 al 3; lo que equivale al 93.09% de los pacientes. Y por lo que refiere a la seguridad social de los pacientes, del total de egresos hospitalarios, 74% manifestaron no tener ningún tipo de seguridad social, 12.5% se encuentra afiliado al IMSS, 7.1% al seguro popular y 4.7% al ISSTE. (Citado por Landeros, 2018, pp. 10-16).

1.4 El cuidado, sus implicaciones y clasificación del cuidador

Torres (2007) sustenta: “La tarea de cuidar a un enfermo comprende a menudo la aparición de una amplia variedad de problemas de orden físico, psíquico y sociofamiliar, los cuales originan un auténtico síndrome que es necesario conocer y diagnosticar tempranamente para prevenir su agravamiento. En este proceso hay otros factores que pueden influir en la salud del cuidador; entre otros, habrán de considerarse su edad, género, parentesco, tiempo de dedicación y otras cargas familiares.” (citado por Ruíz y Nava, 2012, p. 165).

Uribe (2006) refiere: “El cuidado diario y a largo plazo de un familiar enfermo, así se asuma de manera voluntaria y con cariño, conlleva riesgos para la salud de las personas que lo realizan, principalmente si toda la responsabilidad recae sobre una sola persona.” Por tanto, la gran función que desempeña el cuidador principal en estos pacientes puede ocasionar problemas de salud, no sólo de tipo físico sino también de tipo mental. (citado por Ruíz y Nava, 2012, p. 165).

Al cuidador se le define como quién provee asistencia no remunerada a personas que experimentan dificultad en por lo menos una de las actividades básicas de la vida diaria. Su función puede describirse en términos de cantidad de tiempo invertida en esta actividad como en la cantidad y tipo de servicios proporcionados. (Guerra, p. 249-256, citado por Izquierdo et al., 2016).

Los cuidadores son las personas o instituciones que se hacen cargo de las personas con algún nivel de dependencia. Son por tanto padres, madres, hijos, familiares, personal contratado o voluntario. Navarro en 2004 describe dos tipos de cuidadores:

- **Cuidadores formales:** Son las personas que se encargan del cuidado de una persona de manera profesional, no teniendo ninguna relación familiar con ésta. Se caracteriza por disponer de capacitación y preparación para el desempeño de las tareas requeridas, recibir honorarios por el trabajo efectuado, realizar el cuidado en un margen de horario previamente pactado. Tienen un grado de compromiso más o menos elevado en función del grado de profesionalidad y de sus motivaciones personales. Se encuentran enmarcados dentro de lo que se denomina el sistema formal de cuidado. Los servicios formales (hospitales, centros de salud mental, atención primaria, servicios sociosanitarios, residencias asistidas...) participan de forma minoritaria en el cuidado continuado de las personas con trastornos mentales que viven en la comunidad y representan sólo la punta de este iceberg del sistema de atención a la salud.
- **Cuidadores informales:** estos no disponen de capacitación, no son remunerados por su tarea y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límite de horarios (Flórez, Adeva y García, 1997). Se hallan inmersos dentro de los que se llama el sistema informal de cuidado. El “cuidado informal” se encontraría en la parte no visible de un iceberg, constituyendo la parte más importante y sólida en la prestación de cuidados. (Correa, 2015, p. 31).

Los cuidadores informales, a su vez, se dividen en primarios y secundarios, la diferencia entre estos es el grado de responsabilidades que asumen hacia el paciente y el tiempo que dedican a cuidar al mismo; en este contexto, el cuidador primario es el encargado de tomar tanto la mayoría de las decisiones como invertir su tiempo acompañando al enfermo, y es brindado principalmente por familiares,

participando amigos y vecinos, mientras que el cuidador secundario sólo es el relevo. Así mismo, organizan su vida en función del enfermo, y los cuidados proporcionados tienen que hacerse compatibles con las actividades de la vida cotidiana (Montero et al., 2014).

El *cuidador primario* es la persona encargada de la mayor parte del cuidado del paciente. Por lo general este vive en el mismo domicilio o muy cerca. Es mayormente familiar en primer grado del paciente. El término cuidador es un concepto mixto formado en gran medida por la realización de tareas de carácter de apoyo, pero definido también en términos de relaciones sociales y familiares, generalmente parentesco, aunque se extiende a lazos de amistad o de vecindad donde éstos han adquirido el carácter de relaciones primarias. La presencia de afecto se asocia con estas características relacionales. Su trabajo adquiere una gran relevancia para el grupo conforme progresa la enfermedad, no sólo por la atención directa al paciente, sino también por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia. (Astudillo, Mendinueta y Astudillo, 2002). El *cuidador secundario* es aquella persona o personas con una formación adecuada para cuidar al paciente y que reciben una remuneración por los cuidados prestados. Además de que deben tener vocación para esta profesión. El *cuidador terciario* son aquellas personas en su mayoría familiares y amigos muy allegados que forman parte de sus sistema o entorno y colaboran en mayor o menor medida en la atención y cuidados al paciente (Bermejo y Martínez, 2003, citado por Villamar, 2014, pp. 12-14). También se define como “cualquier amigo o vecino cercano que expresa afecto por el paciente y que dependiendo de su disponibilidad de tiempo, contribuye al cuidado del paciente discapacitado, algunas veces apoya con recurso económico, pero sin ninguna obligación directa” (Toscan, 2016, p. 16).

Para Santos (2003), los cuidadores pueden ser clasificados en: *cuidadores formales*: son profesionales de la salud, o cualquier otro profesional, que realizan cuidados y atendimientos como prestación de servicio, y *cuidadores informales*:

son los familiares, parientes, conocidos o individuos en el grupo doméstico que prestan atención. (citado por Teixeira, 2008, p. 15).

Los miembros de la familia son, con frecuencia, los cuidadores primarios de las personas con trastornos mentales. Como tal, ellos proveen apoyo emocional e instrumental, y con no menor frecuencia también deben afrontar los costos financieros asociados con el tratamiento y la atención. Se estima que una de cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental o conductual. La familia también necesita invertir una cantidad significativa de tiempo para la atención del miembro afectado. (OMS, 2004).

Astudillo et al. (2008) definen al cuidador primario como “la persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo: papel que por lo general lo juegan el/la esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que es significativo para el paciente”. (citado por Ruíz y Nava, 2012, p. 165).

Armstrong (2005) plantea que “El cuidador primario asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que éste por sí mismo no puede llevar a cabo; en este rol es común que el cuidador sea un miembro de la red social inmediata (familiar, amigo o incluso vecino), y que, por lo general, no reciba ayuda económica ni capacitación previa para la atención del enfermo”. (citado por Ruíz y Nava, 2012, p. 165).

Awad y Vorunganti (2008), refieren que el desconocimiento de las características clínicas y evolutivas de la enfermedad, así como la creciente insatisfacción de sus necesidades, al verse obligado a introducir cambios sustanciales en su estilo de vida que influyen la disminución de tiempo para su propia atención y disfrute del tiempo libre, trae consecuencias negativas en la vida del cuidador. (citado por Flores, 2016, p. 28).

Sanford (1980) menciona que la vida del cuidador cambia radicalmente como consecuencia de la demanda de adaptación requerida. Su nueva responsabilidad induce una profunda transformación de su forma y calidad de vida, ya que nadie está preparado para vivir 24 horas al día con una persona que se deteriora irremediamente día a día, siendo testigo del deterioro inexorable de un familiar tan querido y con el que se ha compartido la vida. Esta situación generará muy probablemente profundas reacciones afectivas y emocionales: tensión, ira, tristeza, culpabilidad. Empieza por el desgaste emocional, físico y económico, hasta el punto que el cuidador presenta una gran incidencia de trastornos psicológicos: estrés, ansiedad, depresión, etc. (citado por Peinado y Garcés, 1988, p. 85).

1.5 Acompañamiento hospitalario de pacientes psiquiátricos

El concepto de hospitalización definido por el Hospital Mental de Antioquia (s.f.) como “el proceso en el cual por las condiciones del paciente se requiere de una atención dentro de la unidad hospitalaria para su evaluación y manejo, definida por el médico del servicio de urgencias”. (citado por Galeano y Mesa, 2016, p. 32).

Alberdi, Mutazzi, Coll y Vismara (2005), refieren que la institucionalización ha conllevado al desentendimiento de la familia, el rompimiento de las relaciones interpersonales, la ruptura de valores, por lo que se busca que la responsabilidad del cuidado al paciente sea compartida con los miembros de la familia quienes a su vez deben asumir estas tareas. (citado por Martínez y Sisalima, 2015, p. 23).

Los familiares cuidadores de enfermos mentales son agentes informales de salud que pertenecen al entorno familiar, sin mayor preparación para asumir el cuidado y son motivados a hacerlo por solidaridad familiar con el enfermo. Los familiares cuidadores de enfermos mentales, como ellos mismos lo expresan, son personas que por diferentes motivos dedican gran parte de su tiempo y su esfuerzo al cuidado de sus seres queridos, con el fin de que el enfermo pueda desenvolverse

en su vida diaria adaptarse a las limitaciones que su situación le impone. (Izquierdo et al., 2016, p. 6).

Ardila (2009), plantea que uno de los objetivos de la reforma de la atención psiquiátrica en el mundo ha sido lograr la permanencia de las personas con trastorno mental en los ámbitos cotidianos de vida para que conserven su estatuto de ciudadanos y sean incluidos en los contextos sociales. Esto ha implicado, entre otras cosas, la transformación de las modalidades de atención, es decir, se pasa de un modelo biologicista a un modelo biopsicosocial en el que la mente y el contexto son fuentes de tratamiento. Ardila encontró que en la recuperación de los pacientes que presentan diagnóstico de enfermedad mental, además del tratamiento farmacológico, otro aspecto fundamental lo constituye el apoyo familiar, puesto que de dicho apoyo dependerá la integración de las personas con trastorno mental. (citado por Cardona et al, 2012, p. 244).

Para el paciente psiquiátrico, mantener el vínculo familiar, es un factor importante en el proceso del tratamiento y de la recuperación-rehabilitación. La familia puede contribuir el apego terapéutico, elemento indispensable para evitar una recaída o una agudización del cuadro. (Villaseñor et al., 2003, p. 186).

Martínez (2010), expone que todo ser humano en su desarrollo vital, se verá afectado por distintas situaciones que le dejarán huella, que si la elabora adecuadamente le permitirá fortalecer y seguir adelante sin detectar ningún atraso. Battaglia y Schettini (2010), las familias hacen parte central en el tratamiento psiquiátrico de pacientes hospitalizados. Hidalgo, Ballester y García (2007) plantean que la familia se convierte en el mejor apoyo que puedan tener los profesionales que atienden a las personas afectadas y viceversa. Pezo, Costa y Komura (2004), aseguran que el hecho de que familiares y amigos tengan conocimiento previo de la persona que se enferma, facilita la percepción de los cambios de comportamiento presentados. Lo anterior provoca reacciones como alejamiento de las personas, en el sentido de aislar al enfermo o apoyo físico y

emocional. En algunas circunstancias, la falta de asociación del comportamiento de la personas con la enfermedad agrava su cuadro. Fernández, Fombellida y Herrero (2005), plantean que la intervención familiar permite la estructuración y estabilidad tanto de la familia como del paciente. El hecho de que los familiares hayan tenido contacto regular con los pacientes, contribuye como soporte para superar el descontrol y la imprevisibilidad generados por la enfermedad. A su vez, Holmegre, Lermada, Cortes, Cárdenas, Aguirre, et al (2005), consideran que la intervención familiar disminuye la variable de disfunción y la presencia de factores de stress psicosocial; la participación de las personas significativas en la vida del paciente, en particular la familia, permite que se produzcan apoyos efectivos para el tratamiento y, por otro lado, tienen una aproximación al impacto de la enfermedad en la vida del paciente. Huerta (2008) considera que las familias proporcionan hasta un 80% de apoyo y cuidado para los pacientes. Algora (s.f), considera que la familia acompaña, apoya, detecta y recibe la información necesaria para la continuidad del cuidado del paciente y se convierte en el canal a través del cual fluye la comunicación con el enfermo. Melbourne (2002), expone que la familia y los amigos desempeñan un papel trascendental en la prestación de apoyo y ayuda a las personas con enfermedad mental con el objeto de mejorar la salud y el bienestar de las personas a las que cuidan. Ferré (2008), señala que el cuidado familiar en la enfermedad mental no está enmarcado dentro de la unidad de convivencia, ya que personas que viven fuera del ámbito doméstico a veces son los responsables de los cuidados. (citado por Cardona et al, 2012, pp. 246-249).

A partir del momento de la hospitalización, la inmersión en la vida y la estructura hospitalaria genera un cambio profundo en la representación de los roles habituales del cuidador. Consideramos como cuidador/a familiar hospitalario, aquella persona que unida por vínculos de parentesco directo, asume la responsabilidad de acompañamiento y de atender las necesidades de su familiar hospitalizado. (Villar et al., 2012, p. 7).

1.6 Síndrome de carga del cuidador (SCC)

El término carga ha sido ampliamente utilizado para caracterizar las frecuentes tensiones y demandas sobre los cuidadores (Zarit, 2002). A principios de la década de los 60's, Grad y Sainsbury (1963) mencionaron por primera vez este concepto en la bibliografía científica, al describir la carga percibida por los familiares al cuidado de sus semejantes afectados por alguna enfermedad mental en el domicilio (Vitaliano, Young y Russo, 1991). La definición que se le dio al concepto de carga en ese momento, y que ha sido adoptada por otros autores de forma más o menos amplia en la investigación sobre las repercusiones negativas del cuidado informal, ha sido la de asumirlo como un término global para describir la consecuencia física, emocional y económica de proporcionar el cuidado. (citado por Clara, 2012, p. 4).

En 1974, Freudenberguer describió el concepto de carga, indicando agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado. También está relacionado con dificultades en la salud física, debido a una acumulación de estresores frente a los que el cuidador se encuentra desprovisto de estrategias adecuadas de afrontamiento para adaptarse a la situación, por ejemplo actividades diarias que exigen dependencia parcial o total del paciente hacia su cuidador, cambios conductuales del paciente, altos costos económicos y limitaciones en actividades propias que generen satisfacción personal. (Zambrano, 2007).

Pocos son los estudios que han analizado las posibles razones por las que un cuidador presenta sobrecarga. Según Jaen Varas et al., encontró que, la carga es mayor en mujeres cuidadoras de pacientes de larga evolución, con pobre funcionamiento social, predominio de síntomas negativos, trastornos de conducta y gran número de hospitalizaciones. La disfunción en el ámbito familiar del paciente se correlaciona con la carga del cuidador y está en relación con las horas dedicadas al cuidado del paciente y con la convivencia en el mismo domicilio. (citado por Izquierdo et al., 2016, p. 6).

Zarit, Reever y Bach-Peterson (1980) identificaron la carga generada por la provisión de cuidados como “un estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente o mayor, un estado que amenaza la salud física y mental del cuidador”. (citado por Banchemo y Mihoff, 2017, p. 14).

Otros autores (George y Gwyther, 1986; Gatz, Bengston y Blum, 1990; Schulz et al., 1995; Whitlatch y Noelker, 1996; Gallart y Connel, 1997; Zarit et al., 1998; Jenson y Jacobzone, 2000; Lyons et al., 2002; Yee y Schultz, 2000; Older’s Women League, 2003) han descrito la carga como el impacto que el cuidado tiene sobre la salud mental, la salud física, relaciones familiares, el trabajo y los problemas financieros del cuidador. (citado por Ruíz y Nava, 2012, p. 167).

Existen diversas definiciones de “carga” en la literatura, todas ellas haciendo referencia a los problemas, dificultades y acontecimientos adversos que sufre una familia como consecuencia de la enfermedad de uno de sus miembros. La *carga familiar* repercute en distintas áreas de la vida del cuidador: las tareas de la casa, las relaciones de pareja, familiares y sociales, el desarrollo personal del tiempo libre, la economía familiar, la salud mental y el malestar subjetivo del cuidador relacionado con la enfermedad. Estas áreas se agrupan en dos grandes dimensiones: la carga objetiva y la carga subjetiva. La *carga objetiva* se define como cualquier alteración potencialmente verificable y observable de la vida del cuidador causada por la enfermedad del paciente y se origina en las labores de supervisión y estimulación del paciente. Está constituida principalmente por sus propios problemas emocionales o somáticos, los problemas económicos y el clima de convivencia en casa, cuestiones que podrían verse aliviadas por acciones terapéuticas en el centro de salud mental por una mayor adecuación de programas de familias en la rehabilitación y por prestaciones sociales. La *carga subjetiva* hace referencia a la sensación de soportar una obligación pesada y opresiva originada en las tareas propias del cuidador y en el hecho mismo de que un familiar sufra una enfermedad de estas características. La mayor carga

subjetiva familiar está constituida por las conductas del paciente, especialmente por la sintomatología negativa (apatía, anhedonia, abulia...) y también se relaciona con las preocupaciones generales por la salud, seguridad, tratamiento y futuro del paciente. (Algora, s.f., p. 3).

Según el Diccionario de la Real Academia Española, *carga* es toda “obligación aneja a un estado, empleo u oficio”, y los “cuidados y aflicciones del ánimo” con ella relacionados. Martínez, Nadal, Beperet y Mendióroz (2000) señalan que los familiares que asumen el papel de cuidadores de los enfermos mentales, responden a una obligación que generalmente no es retribuida ni esperada por parte de la persona afectada. Es por ello que contar con el apoyo de alguien más, es necesario durante el proceso de enfermedad mental. (citado por Martínez y Sisalima, 2015, p. 32).

Con la aparición de la enfermedad se modifican las interacciones de cada uno de los miembros en relación a la persona enferma. Existen dos tendencias distintas, la primera se denomina “centrípeta”, se caracteriza por una extrema cohesión interna de los miembros de la familia; la segunda llamada “centrífuga”, las interacciones no se centran en la persona enferma, sino que, el cuidado recae sobre una única persona, generalmente la madre. A ésta se le asigna el papel de controlar la evolución de la enfermedad. La falta de apoyo del resto de la familia y la enorme carga emocional que conlleva el papel de cuidadora puede llevar a ésta sufrir el síndrome del cuidador (estrés crónico, depresión, soledad, etc.). (Correa, 2015).

La carga del cuidador de un enfermo mental crónico no se relaciona con un solo acontecimiento estresante agudo, sino con una dimensión de acontecimientos durante un tiempo prolongado en el cual inevitablemente se producen cambios en la intensidad de los estresores, la apreciación de los mismos y las estrategias para afrontarlos. (Correa, 2015, p. 26).

La jornada de los cuidadores suele ser larga, la mayoría presta ayuda más de cinco horas y sin horario, lo que significa una atención constante. Esta circunstancia, genera cambios en la vida de los cuidadores a nivel personal, familiar, laboral y social; pudiendo aparecer problemas de salud, con una sobrecarga física y emocional que en ocasiones puede desembocar en el abandono del cuidador. A esto se le conoce como “síndrome del cuidador” o “sobrecarga del cuidador”. (Izquierdo et al., 2016).

Pérez J. et al (1996) habla de la sobrecarga del cuidador denominándola como el “Síndrome del Cuidador”, como una sobrecarga física y emocional que conlleva el riesgo de que el cuidador se convierta en un paciente y se produzca la claudicación familiar. (citado por Izquierdo et al., 2016, p. 14).

Según Goode, Haley y Roth (1998), la sobrecarga del cuidador primario es el resultado del estrés crónico producido por la lucha diaria contra la enfermedad, la monotonía de las tareas y la sensación de falta de control, entre otros. De acuerdo con Rodríguez del Álamo (2002), se caracteriza por actitudes y sentimientos negativos hacia el enfermo; desmotivación; depresión-angustia; trastornos psicosomáticos; fatiga y agotamiento no ligado al esfuerzo; irritabilidad; despersonalización y deshumanización; comportamientos estereotipados con ineficiencia en resolver los problemas reales; agobio continuado con sentimientos de ser desbordado por la situación, lo cual finalmente se traduce en alto niveles de estrés. (citado por Palacios y Jiménez, 2008, p. 196).

A la respuesta negativa del cuidador, se le denomina “síndrome de sobrecarga”, según Kabanchik (2011); es producto del estrés continuo experimentado por las actividades ejecutadas durante casi todo su tiempo (formal o informal), por muchos años y con estrategias inadecuadas de resolución de problemas, degenerando en sensación de falta de control sobre el resultado final de su labor, problemas psicosociales diversos (en el marco de la salud, la familia, la cognición, en especial la pérdida de amigos, de hobbies, limitación del tiempo libre y conflictos,

entre otros), desarrollo de actitudes y sentimientos negativos hacia los enfermos, desmotivación, desatención de asuntos personales, trastornos afectivos y psicosomáticos (alteración del sistema inmunológico, hipertensión arterial, cansancio y cefalea, entre otros), deterioro del estado de salud, agotamiento, irritabilidad, trastorno del sueño, aislamiento, compromiso cognoscitivo, despersonalización, deshumanización, pérdida de la energía, aumento en el consumo de sustancias psicoactivas, agobio continuo y sentimientos de frustración, principalmente; estas cargas generan dificultades en los niveles físico, emocional, económico, social y laboral. (citado por Narvaéz y Martínez, 2015, p. 103).

El síndrome del cuidador afecta directamente al cuidador primario del paciente que presenta cualquier tipo de enfermedad que le imposibilita realizar las diferentes actividades cotidianas de su vida y en la mayoría y en la mayoría de los casos de las personas que necesitan de un cuidador estas no están en disposición ni de realizar sus necesidades básicas como las de alimentación y cuidados personales. Este síndrome puede afectar al cuidador cuando este no recibe de alguna ayuda oportuna y cierto tipo de orientación ante la eminente responsabilidad de asumir los cuidados del paciente dejando de lado las diferentes actividades que acostumbraba realizar antes de asumir la tarea. (Villamar, 2014, p. 24).

La *sobrecarga* se refiere a los cambios negativos en la vida cotidiana relacionados con el cuidado, la implementación de hábitos y mayores responsabilidades; implica una obligación no retribuida por parte del familiar afectado que en muchos de los casos demanda un apoyo constante debido a las características propias de cada enfermedad. A las obligaciones y necesidades del paciente se suman las personales, laborales, familiares y económicas propias del cuidador; lo cual lleva a considerar cuánto representa en responsabilidad, esfuerzo físico, emocional, económico y social desempeñar este rol. (Martínez y Sisalima, 2015, p. 16).

Ballester, Juvinyá, Brugada, Doltra y Domingo (2006), la sobrecarga de trabajo que le representa a una persona cuidar de otra, además de repercutir a nivel físico y emocional, produce una sobrecarga impuesta por el entorno y por el mismo cuidador referida a realizar esta tarea con la máxima dedicación, aunque ello implique cambiar o anular su vida personal. Ávila y Vergara (2014) señalan que los efectos emocionales, conductuales y fisiológicos que conlleva el cuidado pueden agravarse a lo largo del tiempo; puesto que con el deterioro de la salud el paciente aumenta la demanda de atención, lo cual interfiere negativamente en el bienestar personal del cuidador. (Martínez y Sisalima, 2015, pp. 24-25).

Las características más prevalentes del SCC son los trastornos en el patrón de sueño, irritabilidad, altos niveles de ansiedad, reacción exagerada a las críticas, dificultad en las relaciones interpersonales, sentimientos de desesperanza la mayor parte del tiempo, resentimiento hacia la persona que cuida, pensamientos de suicidio o de abandono, frecuentes dolores de cabeza o espalda, pérdida de energía, sensación de cansancio, aislamiento, pérdida del interés, dificultades para concentrarse y alteraciones de memoria. (Zambrano y Ceballos, 2007).

Nisebe (2005) menciona que esta pérdida de salud en el “cuidador” presenta una sintomatología múltiple, Entre las áreas más afectadas están: el físico, ya que sufren cansancio, cefaleas y dolores articulares. En lo psíquico: depresión, trastornos del sueño, ansiedad, irritabilidad. En el área social: disminución o pérdida del tiempo libre, soledad y aislamiento. Y en el área laboral: absentismo y desinterés por el trabajo, entre otros. Todas estas alteraciones repercuten en la vida de la persona de tal forma que pueden llevarla a una situación en la que tendrá que dejar de ejercer su papel de cuidador. (citado por Villamar, 2014, p. 23).

CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA

2.1 Justificación

Los trastornos mentales actualmente no se pueden explicar si se consideran únicamente los síntomas y signos de la enfermedad (Valencia, 2007). “Son entidades clínicas de larga evolución, de inicio generalmente en la adolescencia o adultez temprana, con remisiones y recurrencias que ocasionan un gran impacto en el funcionamiento personal, familiar, social y laboral del individuo” (Campo-Arias y Cassiani, 2008, p. 599). Cuando una persona padece de algún trastorno mental, la familia directa es la encargada del cuidado, en la mayoría de los casos quién se hace responsable de los cuidados es una mujer, ya sea madre/esposa/hija. El cuidador principal puede presentar problemas físicos y emocionales, así como también importantes conflictos y tensiones con el resto de los familiares. Estos conflictos tienen que ver tanto con la manera de entender la enfermedad y las estrategias que se emplean para manejar la familia, como con tensiones relacionadas respecto a comportamientos y las actitudes que algunos familiares tienen hacia el enfermo o hacia el propio cuidador que lo atiende. Para Gómez, Londoño, Builes, Bedoya, García, et al (2011), las dificultades en el cuidado de estos enfermos tienden a afectar el equilibrio emocional y la armonía de las familias y ello se refleja en cada uno de sus miembros, en un desgaste tanto físico como mental. (citado por Cardona et al., 2012, p. 248).

El acompañante de un paciente psiquiátrico debe ser un cuidador preventivo, es decir, debe generar un ambiente propicio y acompañar en la asistencia a los servicios de salud, en este caso durante su internamiento. Estas personas deben poseer características específicas: responsabilidad, disciplina, paciencia, adaptabilidad a los cambios, al tiempo que brinda acompañamiento y apoyo emocional al paciente, pues es su respaldo en el proceso de la enfermedad. Se ha demostrado que los pacientes que cuentan con el apoyo familiar tienen una mejor disposición en el momento de asumir el tratamiento farmacológico y no

farmacológico de la enfermedad; por eso también requiere cuidado, ya que se dedica a cuidar la salud del paciente y deja de lado la propia. De ahí que sea importante reconocer esto para proporcionarles herramientas, cuyo fin es mejorar la capacidad de afrontamiento, de tal manera que satisfagan las necesidades del paciente, respondan a la problemática familiar, mantengan su propia salud y fomenten una buena relación con la persona cuidada. (Achury et al., 2011, p. 33).

Por lo tanto hay que dirigir la atención hacia los acompañantes de pacientes psiquiátricos, ya que hay pocas investigaciones en nuestro país y es pertinente tener comprensión del Síndrome de Carga del Cuidador, para que se puedan crear programas para los acompañantes donde se les proporcione información con respecto a la enfermedad, herramientas para la atención y cuidado de su paciente, así como también el autocuidado con el fin de evitar la presencia de este síndrome.

2.2 Planteamiento del problema

Las enfermedades mentales producen alteraciones importantes en las percepciones, sentimientos, pensamientos y actuaciones en quienes lo padeciendo como consecuencia trastornos en su comportamiento y en la forma de relacionarse con los demás. (García. 2012, p. 10).

El cuidado de una persona con enfermedad mental implica una labor de equipo entre diferentes profesionales, así como el cuidado en diferentes áreas de las cuales la más importante es la familia, ya que es un apoyo altamente valorable para el enfermo mental pero necesitando recibir asesoramiento por parte del equipo. (García, 2012, p. 9).

Sin embargo, gran parte de los cuidados precisados por estas personas recaen sobre los cuidadores informales, entre los que destacan la familia, amigos y vecinos. Históricamente, el cuidador principal suele ser una mujer que está al

cuidado más de ocho horas diarias sin tener alguna formación en ello, presentando niveles de sobrecarga. Cabe señalar que los niveles de sobrecarga pueden variar debido al tiempo que se invierte en el cuidado del paciente.

La mayoría de las investigaciones sobre los cuidados informales se han centrado en las consecuencias que tiene el cuidar en el cuidador. A este proceso de percepción del impacto de los cuidados y la angustia asociada a ello es lo que se denomina sobrecarga del cuidador. (García, 2012, p. 20).

2.3 Pregunta de investigación

¿Cuál es el nivel de sobrecarga que presentan los acompañantes de los pacientes psiquiátricos hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz?

2.4 Objetivos

Objetivo General.

Analizar si los acompañantes de los pacientes psiquiátricos hospitalizados en el INPRFM presentan sobrecarga y conocer las características sociodemográficas de los acompañantes.

2.5 Hipótesis

H₁: El Síndrome de carga del cuidador está presente en los acompañantes de los pacientes psiquiátricos hospitalizados en el INPRFM.

H₀: El Síndrome de carga del cuidador está ausente en los acompañantes de los pacientes psiquiátricos hospitalizados en el INPRFM.

H₂: El Síndrome de carga del cuidador puede incrementar por el tiempo de acompañamiento.

H₀: El Síndrome de Carga del Cuidador puede disminuir por el tiempo de acompañamiento.

2.6 Variables

- Síndrome del cuidador.

Definición conceptual: Se caracteriza por una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son agotamiento físico y/o psicológico. (Pedraza, 2009, p. 2).

Definición operacional: En la Escala de Zarit de acuerdo al puntaje que se obtenga es el nivel de sobrecarga que presenta la persona, ya sea ausencia de sobrecarga, sobrecarga leve o sobrecarga intensa.

- Tiempo de cuidado.

Definición conceptual de tiempo: Magnitud física que permite ordenar la secuencia de los sucesos, estableciendo un pasado, un presente y un futuro, y cuya unidad en el sistema internacional es el segundo. (Diccionario de la Real Academia, 2006).

Definición conceptual de cuidado: Poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo. Asistir, guardar y conservar. (Diccionario de la Real Academia, 2006).

Definición operacional: El tiempo medido en días de acompañamiento.

2.7 Tipo de estudio y diseño

La investigación fue de tipo descriptivo de corte transversal con un diseño no experimental.

2.8 Población y Muestra

La población corresponde a acompañantes que asisten al Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. El muestreo fue de tipo no probabilístico (muestreo intencional o de conveniencia), contando con 71 personas.

2.9 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Acompañantes mayores de 18 años.
- Acompañantes de pacientes con enfermedades mentales.
- Acompañantes que tengan hospitalizados al paciente en el INPRFM.
- Acompañantes que conozcan el diagnóstico del paciente.
- Acompañantes que sepan leer y escribir.
- Acompañantes que acepten participar.

Criterios de exclusión:

- Acompañantes que reciban remuneración por el cuidado del paciente.
- Acompañantes que padezcan alguna enfermedad mental, el cuál será reportado en el cuestionario.
- Acompañantes que muestren poca o nula colaboración.

2.10 Descripción de Instrumentos

Entrevista de Carga del Cuidador (Zarit, Reever y Bach-Peterson, 1980). Es una prueba psicométrica de calificación objetiva que evalúa la presencia o ausencia de la carga en el cuidador. Es una escala autoaplicada, consta de 22 ítems que evalúan las repercusiones negativas sobre determinadas áreas de la vida asociadas a la prestación de cuidados (salud física, salud psíquica, actividades sociales y recursos económicos). Para contestar, el cuidador dispone de una escala tipo Likert con 5 valores de frecuencia que oscilan entre 1 (no

presente) y 5 (casi siempre). Proporciona una puntuación total que resulta de la suma de las puntuaciones en los 22 ítems. Esta puntuación total tiene un rango que va desde 22 a 110. (ver anexo 5).

Los puntos de corte propuestos por los autores de la adaptación y validación en español son:

- No sobrecarga: 22.46 (menor o igual a 46 pts.)
- Sobrecarga leve: 47.55 (47-55 pts.)
- Sobrecarga intensa: 56.110 (56 o más)

La consistencia interna de la escala es de 0.91 alfa de Cronbach en estudio original y 0.85-0.93 en varios países y la fiabilidad test-retest es de 0.86.

La entrevista de carga del cuidador de Zarit ha sido traducida y validada en México (Montero, Jurado, Valencia, Méndez y Mora, 2014). Se utiliza con adultos mayores dependientes, adultos con enfermedades crónicas degenerativas y/o enfermedades mentales. El número de factores que se han encontrado oscila entre tres y cinco (impacto del cuidado vs sobrecarga, relación interpersonal vs de dependencia, competencia vs autoeficacia).

Cuestionario de características sociodemográficas. Para cumplir con los criterios de inclusión y exclusión, y para conocer las características de la muestra. (ver anexo 4).

2.11 Procedimiento

Se acudió con el Jefe de área de Terapia Recreativa que se encuentra ubicado en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, para presentarle el proyecto y una vez aprobado, éste se entregó al Jefe del área de Hospitalización para su conocimiento y solicitar autorización para llevarlo a cabo. Posteriormente se coordinó los horarios con el Jefe de Terapia Recreativa para hacer las

aplicaciones correspondientes. Iniciada las actividades con los pacientes psiquiátricos en Terapia Recreativa dentro de los espacios de jardín o terraza, el investigador abordó de manera individual a cada acompañante que se encontraba en el lugar, presentándose y explicando el motivo y objetivo de la investigación, una vez que aceptaban participar se hizo entrega del Consentimiento Informado (ver anexo 3), posteriormente se aplicó el Cuestionario de Características Sociodemográficas y por último la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit.

Al contar con las aplicaciones contestadas por los acompañantes se procedió a revisar los Cuestionarios de Características Sociodemográficas para corroborar algunos datos para la inclusión y exclusión, y se calificó las Entrevistas de Carga del Cuidador de Zarit. Finalizado esto, se obtuvo una muestra de 71 acompañantes. Los resultados obtenidos se vaciaron a la base de datos del paquete estadístico IBM Statistical Package for the Social Sciences versión 21 para su análisis estadístico, elaborando tablas de frecuencia simple y correlación de Pearson para las variables de interés de la investigación.

CAPÍTULO 3. RESULTADOS

3.1 Descripción de las características sociodemográficas de la muestra

❖ Sexo

De 71 acompañantes de pacientes psiquiátricos hospitalizados en el INPRFM, se encontró que el 92% (n=65) son mujeres y el 8% (n=6) son hombres. (ver figura 2)

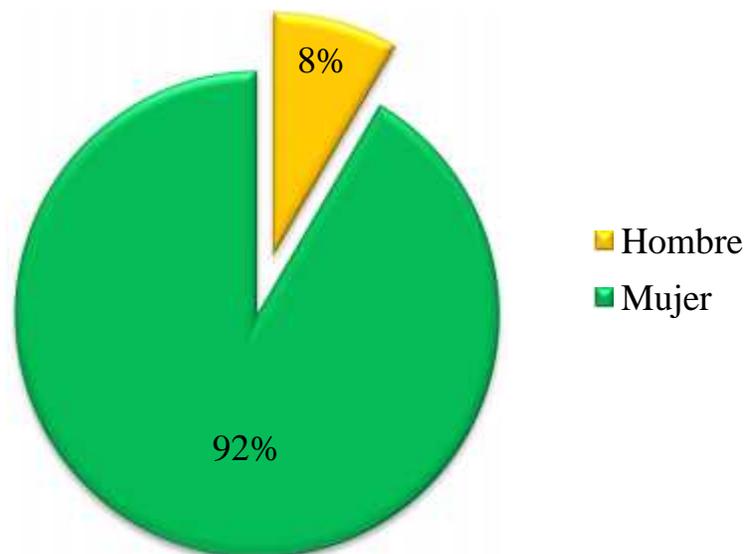


Figura 2. Sexo de los acompañantes de los pacientes psiquiátricos del INPRFM.

❖ Edad

Respecto a la edad que tienen los acompañantes de los pacientes psiquiátricos hospitalizados en el INPRFM, se encontró que la mínima es de 19 años y máxima de 60 años, con una media de 44 años. (ver figura 3)

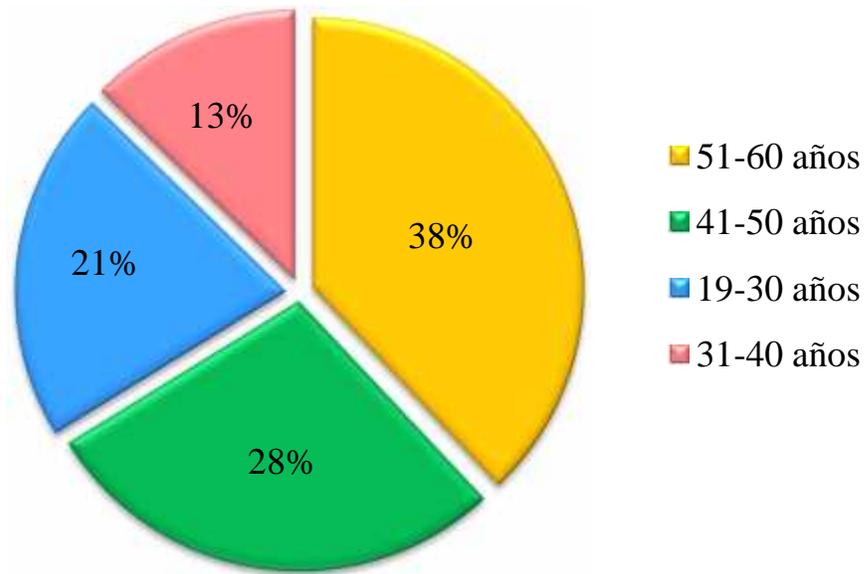


Figura 3. Edad que presentan los acompañantes de los pacientes psiquiátricos del INPRFM.

❖ Escolaridad

Se entrevistaron a 71 acompañantes de pacientes psiquiátricos hospitalizados en el INPRFM, de los cuales el 9.9% (n=7) cuentan con primaria; el 23.9% (n=17) cuentan con secundaria; el 22.5% (n=16) cuentan con preparatoria; el 19.7% (n=14) cuentan con carrera técnica; el 22.5% (n=16) cuentan con licenciatura y 1 cuidador que equivale al 1.4% cuenta con maestría. Con esto podemos decir que la mayoría de los cuidadores cuenta con estudios de secundaria. (ver figura 4)

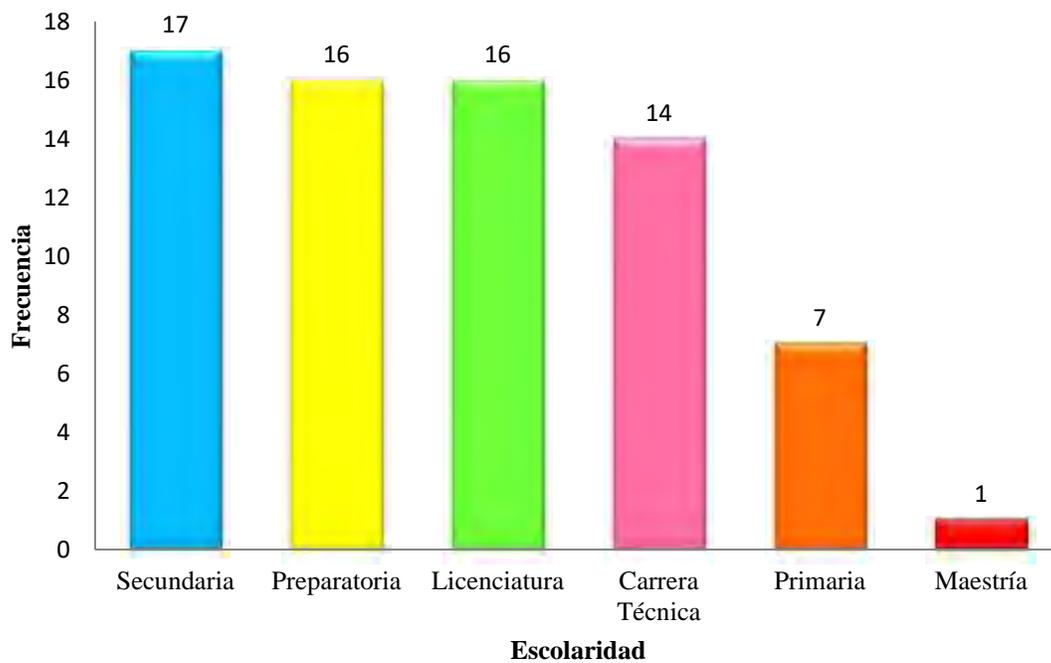


Figura 4. Grado escolar que tienen los acompañantes de pacientes psiquiátricos del INPRFM.

❖ Parentesco

De los 71 acompañantes entrevistados en el INPRFM encontramos que el 27% (n=19) son amigas del género femenino, mientras que un 4% (n=3) lo son amigos varones; el 25.4% (n=18) lo ocupan las madres y el padre con 1.4% (n=1); 16.9% (n=12) encontramos a la tía y 1.4% (n=1) el tío; con un 9.9%(n=7) lo ejercen las hijas y con 1.4% (n=1) el hijo del paciente; con 4.2% (n=3) se encuentra la hermana; con 3%(n=2) lo ocupa la abuela y con otro 4.2% (n=3) la prima y con 1.4%(n=1) el rol de cuidador lo ejerce la sobrina. (ver figura 5)

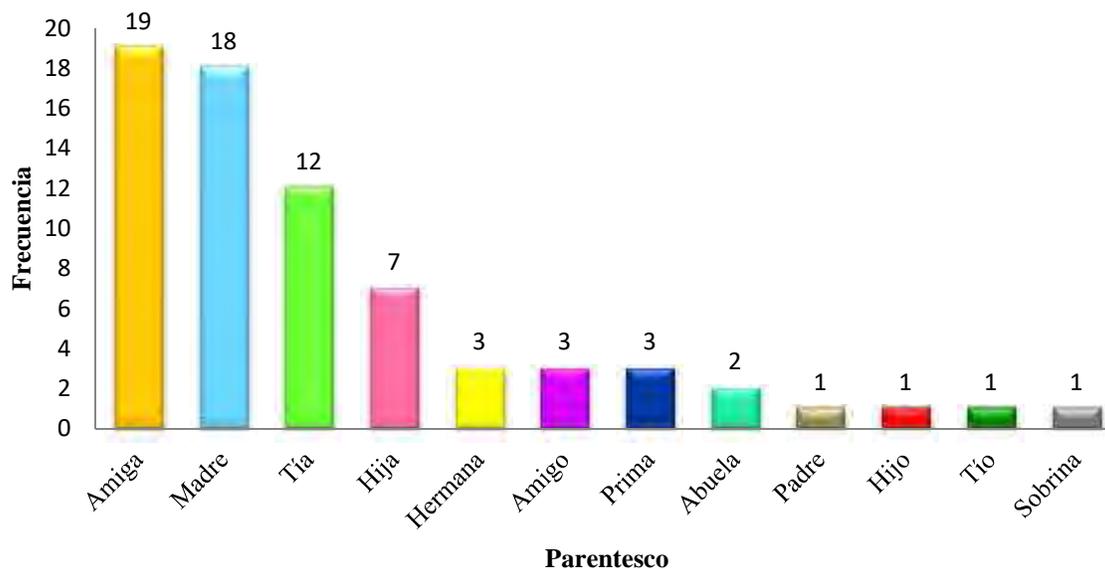


Figura 5. Tipo de relación que tiene el acompañante con el paciente psiquiátrico del INPRFM.

❖ Diagnóstico (característica reportada por el acompañante).

De acuerdo a la información reportada, se encontró que la depresión es el trastorno con mayor porcentaje (22.5%) en los pacientes psiquiátricos hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. (ver tabla 1)

Tabla 1
Trastornos reportados por los acompañantes de los pacientes psiquiátricos del INPRFM.

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Depresión	16	22.5
Trastorno Bipolar	14	19.7
Depresión + Ansiedad	9	12.7
Ansiedad	5	7.0
Esquizofrenia	5	7.0
Depresión + Trastorno Límite de la Personalidad	4	5.6
Intento Suicida	3	4.2
Adicciones	2	2.8
Estrés Postraumático	2	2.8
Trastorno Límite de la Personalidad	2	2.8
Adicción + Depresión + Ansiedad	1	1.4
Ansiedad + Insomnio	1	1.4
Bulimia + Depresión + Adicción	1	1.4
Depresión + Estrés Postraumático	1	1.4
Depresión Postparto	1	1.4
Epilepsia Parcial	1	1.4
Neurosis + Ansiedad	1	1.4
Trastorno Límite de la Personalidad + Anorexia	1	1.4
Trastorno Psicótico	1	1.4
Total	71	100.0

3.2 Análisis descriptivo del Instrumento

Para llevar a cabo esta investigación, se obtuvo una muestra de 71 acompañantes de pacientes psiquiátricos hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Se realizó la aplicación de la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit para conocer el nivel de sobrecarga que presentan los acompañantes y se encontró que el 80% (n=57) no presentó sobrecarga; el 11% (n=8) presentó sobrecarga intensa y el 9% (n=6) sobrecarga leve. Con estos datos podemos decir que la mayoría de los acompañantes no presentan sobrecarga por estar al cuidado de su paciente. (ver figura 6)

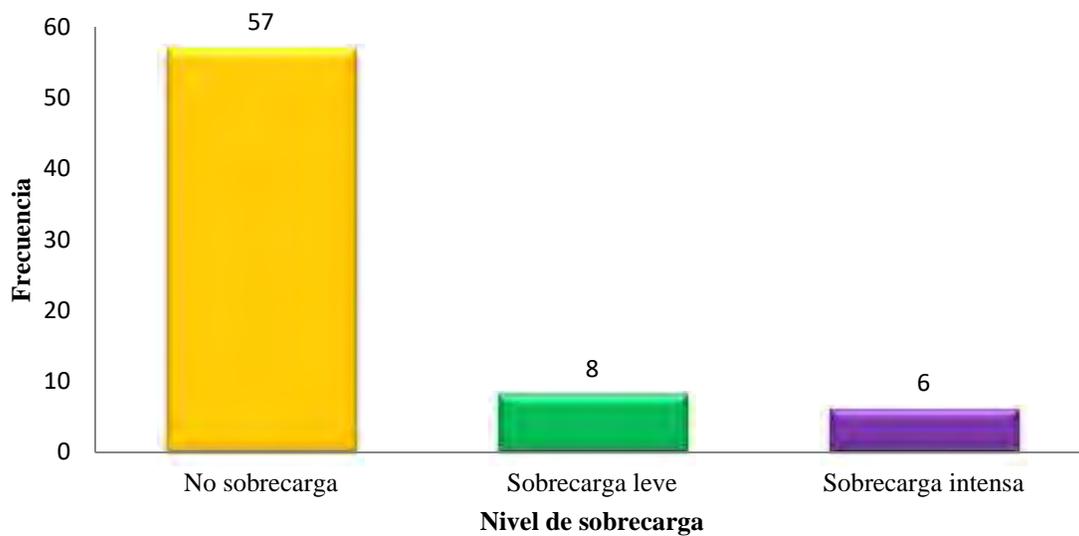


Figura 6. Presencia de carga en acompañantes de pacientes psiquiátricos del INPRFM.

A continuación, se presentan los reactivos que abarcan cada uno de los factores de la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit. El *factor 1* “Impacto del cuidado”, se refiere principalmente a las valoraciones que hace el cuidador respecto de la prestación de cuidados, como falta de tiempo libre, deterioro de su salud, falta de intimidad, sensación de pérdida de control de su vida, deterioro de su vida social, etcétera. El *factor 2* “Relación interpersonal”, está representado por aquellos elementos referidos a la relación que el cuidador mantiene con su familiar o paciente, como sentimientos de vergüenza, enfado o tensión. El *factor 3* “Expectativas de autoeficacia”, refleja creencias del cuidador sobre su capacidad para cuidar a su familiar, el deber de hacerlo, el sí podría hacerlo mejor, la falta de recursos económicos y la creencia de que solo él puede hacerlo. (Montorio et al., 1998).

Tabla 2
Dimensiones de la Entrevista de Carga del Cuidador.

Factores	Reactivos
1. Impacto del cuidado.	2,3,7,8,10,11,12,14,16,17,18,19,22.
2. Relación Interpersonal.	1,4,5,6,9,13.
3. Expectativas de Autoeficacia.	15,20,21.

En la Tabla 3 se recoge el porcentaje de respuestas obtenidas en cada una de las cinco categorías de respuesta posibles de todos los reactivos que componen la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit; se puede observar que la muestra tiende a responder con el valor más bajo: “1=nunca” en la mayoría de los reactivos.

Tabla 3
Porcentajes por reactivo de la Entrevista de Carga del Cuidador.

Reactivos	Porcentaje por respuesta				
	1	2	3	4	5
1. ¿Cree que su paciente le pide más ayuda de la que realmente necesita?	49.3	29.6	15.5	1.4	4.2
2. ¿Cree que por el tiempo que dedica a su paciente no tiene suficiente tiempo para usted?	46.5	26.8	22.5	2.8	1.4
3. ¿Se siente agobiado por cuidar a su paciente y tratar de cumplir otras responsabilidades con su familia o trabajo?	56.3	18.3	19.7	5.6	0
4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su paciente?	83.1	8.5	8.5	0	0
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su paciente?	87.3	8.5	4.2	0	0
6. ¿Piensa que su paciente afecta su relación con otros miembros de su familia?	73.2	11.3	11.3	4.2	0
7. ¿Tiene miedo de lo que el futuro depara a su paciente?	25.4	16.9	29.6	12.7	15.5
8. ¿Cree que su paciente depende de usted?	50.7	18.3	18.3	8.5	4.2
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su paciente?	64.8	26.8	5.6	0	2.8
10. ¿Cree que la salud de usted se ha deteriorado por cuidar a su paciente?	78.9	12.7	8.5	0	0
11. ¿Cree que su intimidad se ha visto afectada por cuidar de su paciente?	83.1	11.3	4.2	1.4	0
12. ¿Cree que su vida social se ha deteriorado por cuidar a su paciente?	78.9	15.5	2.8	2.8	0
13. ¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades al cuidar de su paciente?	83.1	14.1	1.4	1.4	0
14. ¿Cree que su paciente espera que usted sea la única persona que le cuide, como si nadie más pudiera hacerlo?	52.1	25.4	15.5	0	7.0
15. ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su paciente y además cubrir otros gastos?	56.3	15.5	16.9	5.6	5.6
16. ¿Cree que no será capaz de cuidar de su paciente por mucho más tiempo?	66.2	14.1	11.3	1.4	7.0
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida personal desde que inició la enfermedad y el cuidado de su paciente?	73.2	16.9	8.5	0	1.4
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su paciente a otra persona?	69.0	14.1	11.3	1.4	4.2
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su paciente?	54.9	16.9	19.7	2.8	5.6
20. ¿Cree que debería hacer más por su paciente?	18.3	23.9	23.9	8.5	25.4
21. ¿Cree que podría cuidar mejor de su paciente?	25.4	12.7	26.8	5.6	29.6
22. En resumen, ¿Se ha sentido sobrecargado por el hecho de cuidar a su paciente?	66.2	15.5	16.9	0	1.4

1= Nunca 2= Rara vez 3= Algunas veces 4= Bastantes veces 5= Siempre

Específicamente los reactivos 7. *¿Tiene miedo de lo que el futuro depara a su paciente?*; 19. *¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su paciente?*; 20. *¿Cree que debería hacer más por su paciente?* y 21. *¿Cree que podría cuidar mejor de su paciente?*; presentaron mayor variabilidad en las respuestas, y estos a su vez presentaron porcentajes altos con respecto a las cinco categorías de respuestas posibles. A manera de hipótesis, esta variabilidad podría deberse a las características de la muestra (sexo, edad, escolaridad, diagnóstico y tiempo de

cuidado del paciente). Además se realizó un análisis de estos reactivos con los niveles de sobrecarga, y se encontró que presentan sobrecarga leve a sobrecarga intensa (ver tabla 4)

Tabla 4
Análisis de reactivos con nivel de sobrecarga.

REACTIVOS	NIVEL DE SOBRECARGA (%)		
	No sobrecarga	Sobrecarga leve	Sobrecarga intensa
7. ¿Tiene miedo de lo que el futuro depara a su paciente?	7.0%	50.0%	50.0%
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su paciente?	1.8%	33.3%	12.5%
20. ¿Cree que debería hacer más por su paciente?	21.1%	66.7%	25.0%
21. ¿Cree que podría cuidar mejor de su paciente?	24.6%	50.0%	50.0%

Los reactivos analizados pertenecen a los factores de “Impacto del cuidado” (7 y 19) y “Expectativas de autoeficacia” (20 y 21), lo que significa que los acompañantes reflejan mayor carga con respecto a la prestación de cuidados y la capacidad que tienen para cuidar de su paciente psiquiátrico hospitalizado en el INPRFM.

3.2 Correlación entre tiempo y sobrecarga

Se realizó una correlación de Pearson entre los días de cuidado y el nivel de sobrecarga, y se encontró que hay una relación lineal y positiva entre las variables ($r=0.209$, $\text{sig}=0.040$) significativa al nivel de 0.05 (unilateral). Lo que significa que entre más días de cuidado esté de su paciente, más sobrecarga pueden presentar los acompañantes del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue analizar si los acompañantes de pacientes psiquiátricos presentan sobrecarga utilizando la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit, y por medio de un cuestionario conocer las características sociodemográficas.

En los resultados se obtuvo que el 80% no presentó sobrecarga, el 11% sobrecarga intensa y el 9% sobrecarga leve. Se esperaba que los acompañantes de pacientes psiquiátricos presentaran niveles altos de sobrecarga debido a los cuidados que se requieren mientras están hospitalizados, pero se encontró que la mayoría no lo presentó. La carga del cuidador se considera un constructo multicausado, esto quiere decir, que se ve influenciado por las características propias de los acompañantes, las características clínicas del paciente, del apoyo social que poseen los acompañantes y del soporte profesional que reciben.

Se llevó a cabo un análisis de los reactivos de la ECCZ, donde se encontró que de 22, cuatro reflejaron una variabilidad en las respuestas, estos se encuentran en los factores de impacto de cuidado y expectativas de autoeficacia, lo cual podría deberse a la diversidad que existe en las características de la muestra. Al analizar los cuatro reactivos (7, 19, 20 y 21) con los niveles de sobrecarga, se observó que presentan sobrecarga leve a sobrecarga intensa. Por tanto, los acompañantes presentan mayor carga con respecto a las valoraciones que hace el cuidador respecto a la prestación de cuidados y la capacidad que tiene para cuidar de su paciente mientras se encuentra hospitalizado en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

En cuanto a los días de cuidado y el nivel de sobrecarga, se realizó una correlación de Pearson ($r=0.209$, $\text{sig}=0.040$) significativa al nivel de 0.05, dando como resultado que entre más días de cuidado esté de su paciente, más

sobrecarga pueden presentar los acompañantes del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Ruíz y Nava (2012) mencionan que el hacerse cargo de una persona dependiente durante largos periodos de tiempo puede desencadenar problemas de salud en el cuidador ya que, cuando está sobrecargado, comienza a notar alteraciones en todos los aspectos de su vida. Entre las alteraciones físicas se encuentran: cansancio, dolor de cabeza, dispepsia, vértigo, dificultades para dormir y dolores articulares. En este proceso existen otros factores que pueden influir en la salud del acompañante que habrá que considerarse como es la edad, género, parentesco, tiempo de dedicación y otras cargas familiares.

Con respecto a la muestra, la población estuvo conformada por 71 acompañantes de pacientes psiquiátricos hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, con un rango de edad de 19 a 60 años con una media de 44 años, en su mayoría mujeres (92%), siendo las amigas (27%) y madres (25.4%) de los pacientes.

Sanjuán (2014) señala que el perfil del cuidador informal o cuidador principal, en un 90% de los casos, es el de una mujer de edad media (entre 40 y 60 años), que normalmente tiene una relación de parentesco de esposa o hija con la persona que recibe los cuidados; por este motivo es usual que, se hable de “cuidadoras informales” o “cuidadoras principales”.

En la literatura se reporta que en nuestro país, un miembro de la familia generalmente de sexo femenino es la encargada de atender y cuidar a su familia, sin embargo, en la actualidad tanto hombres como mujeres laboran para aportar económicamente al hogar y por ende se torna más difícil que el rol de cuidador principal lo ejerzan únicamente las madres o las hijas. Además de la familia, el apoyo informal también puede ser brindado por amigos y vecinos (Flórez Lozano

et al, 1997; Aguas, 1999 citado por Ruíz y Nava, 2012, p. 164), mismo que fue encontrado en esta investigación.

Huerta (2008) considera que las familias proporcionan hasta un 80% de apoyo y cuidado para los pacientes. Melbourne (2002) expone que la familia y los amigos desempeñan un papel trascendental en la prestación de apoyo y ayuda a las personas con enfermedad mental grave porque hacen un aporte sustancial con los servicios de salud mental con el objeto de mejorar la salud y el bienestar de las personas a las que cuidan. (Cardona et al., 2012). Esto último coincide con lo encontrado en la investigación.

Los acompañantes, en su mayoría cuentan con estudios de secundaria (23.9%), seguido de preparatoria (22.5%) y licenciatura (22.5%), lo que significa, que los acompañantes hacen uso de sus recursos para sobrellevar la situación sin que ésta los rebase.

Existen hallazgos de diferentes estudios que parecen coincidir y demuestran como bajos niveles educacionales tienen una correlación negativa con la “carga del cuidador”. (Zahid y Ohaeri, 2010; Li, Lambert y Lambert, 2007; Magaña, Ramírez, Hernández y Cortez 2007; Caqueo-Urizar y Gutiérrez-Maldonado, 2006; Gutiérrez et al., 2005). De algún modo, Cook y colaboradores sugieren que el grado educacional puede actuar como un “buffer” en contra de la “carga del cuidador” (Cook, Lefley, Pickett y Cohler, 1994). Otros estudios sugieren que un nivel educacional elevado acostumbra a relacionarse con un mayor conocimiento de la enfermedad (Caqueo-Urizar y Gutiérrez-Maldonado, 2006) y a manejarse mejor con el estrés que resulta del impacto de la enfermedad. Hay un estudio que considera este factor como el mejor predictor o indicador en la valoración de la “carga del cuidador” (Juvang, Lambert y Lambert, 2007). (citado por Ribé, 2014, pp.34-35).

Con respecto al diagnóstico se encontró que de los pacientes psiquiátricos hospitalizados en el INPRFM, el 22.5% presenta depresión seguido de trastorno bipolar con 19.7%.

El trastorno depresivo es uno de los más prevalentes en el país, además de ocupar el primer lugar como carga de enfermedad. (Lara, Medina-Mora y Borges, 2007). Los trastornos depresivos se caracterizan por la presentación de episodios de longitud temporal variable, según el tipo de trastorno, en los que el sujeto experimenta ánimo triste y pérdida de interés en las actividades que antes eran placenteras la mayor parte del tiempo. Estos síntomas suelen acompañarse de síntomas somáticos como las alteraciones en el apetito y en el sueño; síntomas cognitivos como la falta de concentración, pérdida de confianza en sí mismo, ideas negativas hacia el futuro, de culpa o de suicidio, entre otros. Una de las mejores fuentes de información actualmente disponibles acerca de la depresión en México es la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, también conocida como la Encuesta Nacional de Comorbilidad en México, realizada entre 2001 y 2002. (Wagner et al., 2012).

El trastorno bipolar también llamado enfermedad maniaco-depresiva, no es tan común como la depresión grave o la distimia. Se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo que van desde estados de ánimo muy elevado (manía) a estados del ánimo muy bajos (depresión). (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009). En México, en el año 2001-2002, el trastorno bipolar tiene una prevalencia de vida de 1.9%. (Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015).

El 80% de los acompañantes se encuentra con un horario de 12 horas al día, mientras que el 20% está las 24 horas al cuidado de su paciente hospitalizado; el horario depende del número de días de internamiento que lleva el paciente. Respecto a los días de acompañamiento, el 12.7% lleva siete días en el INPRFM. Se encontró que el tiempo de acompañamiento en días, el mínimo es un día y el máximo de 1460, con una media de 51 días. Generalmente entre cinco y siete

días de hospitalización el acompañamiento es de 24 horas, de ocho días en adelante el acompañamiento se reduce a 12 horas.

La gran mayoría de las investigaciones coinciden en relacionar elevados niveles de “carga del cuidador” con la cantidad de tiempo dedicado al cuidado familiar enfermo (Zahid y Ohaeri, 2010; Li et al., 2007; Magaña et al., 2007; Caqueo-Urizar y Gutiérrez-Maldonado, 2009; Schene, Van Wijngaarden y Koeter, 1998; Winefield y Harvey, 1994). (citado por Ribé, 2014, p.37). Sin embargo, con los datos encontrados en esta investigación, el porcentaje más alto en cuanto a días de acompañamiento hacia los pacientes psiquiátricos hospitalizados en el INPRFM, es de 7 días, lo que significa que el tiempo de acompañamiento es poco y esto se refleja en los niveles de carga que presentan los acompañantes.

CONCLUSIONES

- La salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. La enfermedad mental es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamiento, lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo.
- La muestra de esta investigación estuvo conformada por 71 acompañantes, la mayoría fueron mujeres, las cuales son amigas y madres de los pacientes; con rango de edad de 19 a 60 años con una media de 44 años; con estudios de secundaria en su mayoría, seguido de preparatoria y licenciatura.
- El diagnóstico con mayor frecuencia en los pacientes hospitalizados en el INPRFM fue la depresión.
- Se encontró que a mayor tiempo de cuidado, más sobrecarga pueden presentar los acompañantes. Dicho resultado se confirma con investigaciones que se han realizado con anterioridad.
- A pesar de los síntomas que reportaron los acompañantes, la mayoría no presentó sobrecarga; sin embargo, es importante tomar en cuenta los comentarios reportados para implementar una estrategia que permita prevenir la sobrecarga en el acompañante puesto que autores mencionan que es necesario atender el cuidado que el acompañante requiere para soportar el sobre esfuerzo que realiza durante un periodo de tiempo en la atención diaria y constante hacia al enfermo, ya que corre el riesgo de que se convierta en un “enfermo secundario”.

- Es importante considerar las diferencias que existen entre los cuidados proporcionados en casa y los que se brindan dentro de una Institución, ya que en este último la carga del cuidado es menor debido a que cuentan con el apoyo de los profesionales de la salud.
- El Síndrome de Carga del Cuidador es concepto que no ha sido identificado o considerado como tal en manuales o guías de salud como el Manual Estadístico para el Diagnóstico de Enfermedades Mentales por la Asociación Americana de Psiquiatría 5ª versión (DSM-5) o en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), sin embargo tiene una gran importancia como condición clínica ya que repercute significativamente en el individuo.
- Conocer instrumentos como la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit contribuye al entendimiento del porqué se necesitan espacios donde los acompañantes puedan recibir información, atención e incluso entrenamiento en habilidades para proporcionar los cuidados adecuados, pero principalmente para cuidarse a sí mismos.
- Se encontró que cuatro de 22 reactivos de la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit pertenecen a los factores “Impacto de cuidado” y “Expectativas de autoeficacia” y al ser analizados se puede concluir que algunos acompañantes presentaron sobrecarga leve y sobrecarga intensa.
- Los cuidadores primarios informales son un sector ignorado por los profesionales de la salud y es muy frecuente que la atención y los recursos estén dirigidos al paciente, sin considerar el contexto familiar donde se generan cambios en quienes desempeñan el rol de cuidador/acompañante.

RECOMENDACIONES

Debido a que la enfermedad mental es parte de la condición de vida de un individuo y éste es parte de una familia, resulta necesario pensar simultáneamente acerca de la interacción entre el individuo y su entorno familiar.

En este sentido, el acompañante juega un papel determinante; sin embargo, es fácil olvidar que éste suele encontrarse tan necesitado de ayuda y de escucha como el enfermo, por lo tanto, si el acompañante cuenta con mayor información, un mejor sostén emocional y material, tiene mayor oportunidad de alcanzar una adaptación efectiva a la enfermedad.

De acuerdo a lo encontrado en esta investigación, se podría trabajar con los acompañantes en grupos de cinco a diez personas con base en el diagnóstico de su paciente (depresión y trastorno bipolar fueron los más frecuentes). El trabajo con los grupos se llevaría a cabo en el INPRFM en los espacios de jardín o terraza (dependiendo la disponibilidad) con un tiempo aproximado de 30-40 minutos. Las actividades se realizarían en horario vespertino con la finalidad de no interferir en el proceso de acompañamiento al paciente.

1. De manera inicial, se realizaría una dinámica de presentación para conocer las características de los integrantes del grupo.
2. Se impartiría psicoeducación para reforzar habilidades, recursos y fortalezas propias del paciente y de la familia, con el objetivo de hacer frente a la enfermedad, evitar recaídas y contribuir con su propia salud y bienestar. Colom y Reinares (2003) sostienen que “las intervenciones psicoeducativas, en grupos o individuales, apoyadas en evidencias de estudios comparativos controlados y aleatorios, han demostrado la mejora en la adherencia terapéutica y en la detección de pródromos, una mejora en la conciencia del trastorno, regularidad de hábitos y en la prevención de

conductas autodestructivas.” (citado por García, 2012, p. 9). Para que ésta sea efectiva se recomiendan algunas estrategias como son:

- ✓ Aportar información acerca de la enfermedad mental.
 - ✓ Favorecer la autonomía del paciente.
 - ✓ Fortalecer la adherencia terapéutica.
 - ✓ Interesarse por las expectativas del paciente y las dificultades de éste para conseguirlas.
 - ✓ Tomar en consideración las opiniones del paciente.
 - ✓ Establecer normas de comportamiento claras.
 - ✓ Facilitar las relaciones interpersonales fuera de la familia.
 - ✓ Durante la fase aguda, disminuir el nivel de exigencia y evitar la confrontación.
 - ✓ Disminuir la intensidad de los cuidados cuando remiten los síntomas.
 - ✓ Inculcar la necesidad de llevar a cabo un nuevo proyecto de vida a raíz de la enfermedad.
3. Se proporcionarían técnicas de relajación con el objetivo de reducir niveles de activación psicofisiológica. (Conrad y Roth, 2007; Donegan y Dugas, 2012; Hoyer, Beesdo, Gloster, Runge, Hófler, y Becker, 2009; Ost y Breitholtz, 2000). Cuando la persona se relaja baja la tensión, siente bienestar, toma conciencia de todas las partes de su cuerpo que tensiona y relaja simultáneamente; de esta forma se da cuenta del beneficio y de cómo puede manejar los estímulos internos y externos, y disminuir los niveles de ansiedad. (Pérez, 2012, p. 141). Se considera que las técnicas de relajación no presentan efectos secundarios indeseables, incluso pueden utilizarse sin tener que responder a un déficit específico y son útiles para mejorar la calidad de vida o disfrutar más de ésta.
4. Por último, se llevaría a cabo una retroalimentación con la finalidad de conocer el aprendizaje que ha obtenido el acompañante en las actividades. Hattie y Timperley (2007) consideran que la retroalimentación tiene una influencia muy poderosa para el aprendizaje. Identifican cuatro tipos de retroalimentación: la centrada en la tarea (información sobre logros,

aciertos, errores, etc.), la centrada en el proceso de la tarea (información sobre el grado de comprensión, procesos cognitivos, estrategias usadas, etc.), la centrada en la autorregulación (desarrollar la autonomía, el autocontrol y el aprendizaje autodirigido) y la centrada en la propia persona (desarrollo personal, el esfuerzo y el compromiso con el proceso de aprendizaje). (Pérez, 2012, p. 152).

BIBLIOGRAFÍA

--- (2003). Psicología clínica y psiquiatría. *Papeles del Psicólogo*, 24 (85), 1-10.

Achury, D., Castaño, H., Gómez, L. y Guevara, N. (2011). Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Revista Javeriana*. Bogotá, Colombia. 13(1), 27-46. Recuperado de: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/download/1632/1053>

Algora Gayán, M. J. (s.f.). El cuidador del enfermo esquizofrénico: sobrecarga y estado de salud. Recuperado de: <http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/06/1-El-cuidador-del-enfermo-esquizofrenicosobrecarga-y-estado-de-salud..pdf>

Banchero, S. y Mihoff, M. (2017). Personas mayores cuidadoras: sobrecarga y dimensión afectiva. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 7(1), 7-35. Epub 31 de mayo de 2017. Recuperado en 12 de abril de 2018, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-70262017000100007&lng=es&tlng=es.

Becerra-Partida. O. (2014). La salud mental en México, una perspectiva, histórica, jurídica y bioética. *Persona y bioética*. 18(2), 238-253.

Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M., Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*. 47(1), 4-11.

Berenzon, S., Lara, M., Robles, R., y Medina-Mora, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en

México. *Salud Pública de México*, 55 (1), 74-80.

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2014). Ley General de Salud. Recuperado el 11 de abril de 2018, de <https://www.uv.mx/saisuv/files/2014/08/Ley-General-de-Salud.pdf>

Campo-Arias, A., y Cassiani, C. (2008). Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37 (4), 598-613.

Cardona, D., Zuleta, V., Londoño, L., Ramírez, L. y Viveros, E. (2012). Acompañamiento familiar durante el tratamiento de pacientes con diagnóstico de enfermedad mental. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*. 3(2), 243-258. Recuperado de: <http://funlam.edu.co/revistas/index.php/RCCS/article/view/888/837>

Clara, A. (2012). Factores de riesgos asociados a la sobrecarga del cuidador principal del paciente oncológico en el final de la vida. Caso Emilia. Recuperado el 12 de abril de 2018, de http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/2736/Factores_Lopetrone.pdf?sequence=1

Correa, D. (2015). Nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia que asisten a un servicio de salud-2014. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Encuesta Nacional de Salud Mental. (2015). Recuperado de: http://www.visiondiweb.com/insight/lecturas/Encuesta_Nacional_de_Salud_Mental_Tomo_I.pdf

Flores, M. (2016). Validación de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales de pacientes con diagnóstico psiquiátrico. Tesis de licenciatura. Universidad Latina-UNAM. Recuperado de: <http://132.248.9.195/ptd2016/febrero/412544794/Index.html>

Galeano, K. y Mesa, C. (2016). Corresponsabilidad familiar con pacientes psiquiátricos hospitalizados e institucionalizados en el hospital mental de Antioquia durante el periodo 2015-2016. Tesis de licenciatura. Universidad de Antioquia. Recuperado de: http://200.24.17.74:8080/jspui/bitstream/fcsh/818/1/GaleanoKatherine_2016_Corresponsabilidadfamiliarpacientes.pdf

García, S. (2012). Enfermedad mental: Familia y sociedad mental. Curso de adaptación a grado de enfermería. Universidad de Cantabria. Recuperado de: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/888/GarciaFernandezS.pdf?sequence=1>

Instituto Nacional de la Salud Mental (2009). Depresión. Recuperado de: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion_38791.pdf

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (2018, Abril 10). *Antecedentes: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.* Recuperado de Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente: <http://inprf.gob.mx/inprf/antecedentes.html>

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. (2017, Agosto 14). *Misión y Visión: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.* Recuperado de Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente: <http://inprf.gob.mx/inprf/mision.html>

Izquierdo, D., Manjarrés, J., Nieves, K., Pacheco, W. y Pérez, B. (2016). Nivel de sobrecarga y características del cuidado en cuidadores de personas con trastorno mentales, Cartagena. Tesis de licenciatura. Universidad de Cartagena

Landeros, V. (2018). El papel del psicólogo en la rehabilitación del paciente psiquiátrico mediante terapia re-creativa. Informe final de Servicio Social. Universidad Nacional Autónoma de México.

Lara C., Medina-Mora M.E, Borges G. (2007). Social cost of mental disorders: Disability and work days lost. Results from the Mexican survey of psychiatric epidemiology. *Salud Ment*, 30(5), 4-11.

Madrigal de León, E. (2016). Fortalecimiento de la salud mental en México: recomendaciones para una psiquiatría comunitaria. *Salud mental*, 39(4), 235-237.

Martínez, E. y Sisalima, J. (2015). Cuidadores informales de pacientes psiquiátricos: sobrecarga y calidad de vida. Tesis de licenciatura. Universidad de Cuenca. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21770/1/tesis.pdf>

Mascayano, F., Lips, W., Mena, C., y Manchego, S. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 38(1), 53-58.

Montero, X., Jurado, S., Valencia, A., Méndez, J. y Mora, I. (2014). Escala de carga del cuidador de Zarit: Evidencia de validez en México. *Psicooncología*, 11(1), pp. 71-85.

Montorio, I., Fernández, M., López, A. y Sánchez, M. (1998). La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*. 14(2), 229-248.

Narváez, M. y Martínez, D. (2015). Caracterización del síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes institucionalizados y no institucionalizados con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer mediante la escala Zarit. Recuperado el 20 de octubre de 2017, de <http://biblioteca.uniminuto.edu/ojs/index.php/IYD/article/view/1211>

Oliveira, W., Ábalos, G., Ruíz, G., Moreno, C., Fernández, A., Cruz, F., y Villaverde, C. (2015). Importancia del ejercicio físico controlado en cuidadoras familiares de ancianos dependientes. Recuperado el 26 de abril de 2018, de http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/997/Art_OliveiraWB_ImportanciaEjercicioFisico_2007.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2004). Promoción de la Salud Mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica. Recuperado el 11 de marzo de 2018, de http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2007). Comité de expertos de la OMS en problemas relacionados con el consumo de alcohol. Segundo informe. Recuperado el 11 de septiembre de 2017, de http://www.who.int/substance_abuse/expert_committee_alcohol_trs944_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2011). Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país. 130(9), 1-6. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/26444/B130_9-sp.pdf?sequence=1

Palacios, X. y Jiménez, K. (2008). Estrés y depresión en cuidadores informales de pacientes con trastorno afectivo bipolar. *Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)*. 26(2), 195-210.

Peinado, A. y Garcés, E. (1998). Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido. *Anales de psicología*, 14(1), 83-93.

Programa de Acción Específico Salud Mental 2013-2018. (2014). Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf.

Restrepo, D., y Jaramillo, J. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30 (2), 202-211.

Ribé, J. (2014). El cuidador principal del paciente con esquizofrenia. Calidad de vida, carga del cuidador, apoyo social y profesional. Tesis doctoral. Universidad Ramon Llull. Recuperado de: <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/146134/tesis%20doctorado%20ribe.pdf?sequence=1>

Ruíz-Rios A. y Nava Galván Ma. (2012). Cuidadores: Responsabilidades obligaciones. *Medigraphic*, 11(3), 163-169.

- Sanjuán, E. (2012). Cansancio del rol del cuidador: análisis de sus factores relacionados (II). *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*. 6(3), 261-292. Recuperado de: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/1713/1729>
- Stefani, D., Seidmann, S., Pano, C., Acrich, L., y Bail, V. (2003). Los cuidadores familiares de enfermos crónicos: sentimiento de soledad, aislamiento social y estilos de afrontamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35 (1), 55-65.
- Teixeira, M. (2008). Cuidadores familiares de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Horiz Enferm*, 19(2), 13-21. Recuperado de: http://horizonteenfermeria.uc.cl/images/pdf/19-2/cuidadores_familiares.pdf
- Toscan, A. (2016). Prevalencia de secuelas biopsicosociales en 50 cuidadores primarios informales de pacientes adultos mayores en la ciudad de Guatemala. (Grado académico máster). Universidad Galileo, Guatemala de la Asunción. Recuperado de: http://biblioteca.galileo.edu/tesario/bitstream/123456789/594/1/2016_T-mgg-002_toscan_torres_arnoldo_md.pdf
- Ubilla, E. (2009). El concepto de salud mental en la obra de Erich Fromm. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 47(2), 153-162. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272009000200008>
- Valencia Collazos, M. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007. *Salud Mental*, 30 (2), 75-80.

Villamar, R. (2014). Presencia del “Síndrome del cuidador” en cuidadores de pacientes con esquizofrenia ingresados en el Instituto de Neurociencias de la JBG. Tesis de grado. Universidad de Guayaquil. Recuperado de: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/6283/1/TESIS%20SINDROME%20DEL%20CUIDADOR.pdf>

Villar, R., Pancorbo, P., Jiménez, M., Cruz, Al., y García P. (2012). Qué hace el cuidador familiar en el hospital. Cómo se ve a sí mismo y cómo lo ven los profesionales. *GEROKOMOS*. 23(1), 7-14. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v23n1/comunicacion1.pdf>

Villaseñor, S., Baena, A., Virgen, R., Aceves, M., Moreno, M., y González, I. (2003). La participación de la familia del paciente en la hospitalización psiquiátrica de “puertas abiertas”. Un modelo de atención etnopsiquiátrica. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 66(x), 185-194.

Wagner, F., et al. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*. 35(1), 3-11.

Zambrano Cruz R. y Ceballos Cardona P. (2007). Síndrome de carga del cuidador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXVI, 26-39.

ANEXO 1

SOLICITUD DE PERMISO

Ciudad de México, 21 de agosto de 2017.

JEFE DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

PRESENTE

Por medio de la presente, le solicito a usted de la manera más atenta su aprobación para llevar a cabo en el área de hospitalización el proyecto de tesis titulado:

“Síndrome de Carga del Cuidador en los acompañantes de pacientes psiquiátricos hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.”

Este se llevará a cabo durante los meses de septiembre del 2017 hasta enero del 2018, permitiendo la participación de los acompañantes de pacientes psiquiátricos ingresados a hospitalización. Se realizará la aplicación de un cuestionario de características sociodemográficas y la entrevista de carga del cuidador de Zarit.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

Diana Mondragón Villanueva.

ANEXO 2

ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo al Código Ético del Psicólogo:

El psicólogo asume la responsabilidad de actuar, en el desempeño de sus actividades profesionales, académicas y científicas bajo un criterio rector, que es garantizar en todo momento el bienestar de todos aquellos individuos, grupos u organizaciones que requieren de sus servicios, dentro de los límites naturales de la práctica de la Psicología. Se adhiere a los siguientes principios:

- A. Respeto a los derechos y a la Dignidad de la personas.
- B. Cuidado responsable.
- C. Integridad en las relaciones.
- D. Responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad.

Artículo 25. El psicólogo asume la responsabilidad por la aplicación, interpretación y uso de instrumentos de valoración apropiados, ya sea que él mismo califique e interprete los resultados, o que emplee servicios automatizados o de otra índole.

Artículo 36. Cuando realiza investigación, el psicólogo protege a los participantes de los daños, la incomodidad o el peligro físico o psicológico, que puedan acarrear sus procedimientos.

Artículo 47. El psicólogo planea y conduce investigación de manera consistente, tanto con las leyes federales y estatales y regulaciones, como con las normas profesionales que gobiernan la conducción de la investigación, particularmente con aquellas normas que regulan una investigación donde participen personas y sujetos animales.

Artículo 48. El psicólogo diseña, conduce e informa sobre la investigación, de acuerdo con las normas reconocidas de competencia científica e investigación ética.

Artículo 49. El psicólogo que conduce investigación lo hace de manera competente y con el respeto debido a la dignidad y bienestar de los participantes, ya sean estos humanos o animales.

Artículo 53. El psicólogo documenta apropiadamente su trabajo profesional y científico para facilitar la prestación posterior de servicios por parte de él mismo o de otros profesionales, para asegurar la responsabilidad, y para cumplir con otros requisitos de instituciones o de la ley.

Artículo 61. El psicólogo mantiene la confidencialidad debida al crear, almacenar, recuperar, transferir y eliminar registros y expedientes bajo un control, y toda información obtenida a partir de la relación profesional, sean éstos escritos, automatizados, o en cualquier otra forma. Lo hace con apego a la Ley y de manera que permita el cumplimiento de los requisitos del presente Código Ético.

Artículo 118. El psicólogo obtiene consentimiento informado apropiado a la terapia, investigación u otros procedimientos, utilizando un lenguaje entendible para los participantes. El contenido del consentimiento informado variará dependiendo de muchas circunstancias, sin embargo, generalmente supone que la persona:

1. Posee la capacidad para consentir.
2. Se le ha proporcionado la información significativa concerniente al procedimiento.
3. Ha expresado libremente y sin influencias indebidas su consentimiento, y
4. El consentimiento se ha documentado en forma apropiada.

Artículo 132. El psicólogo tiene la obligación básica de respetar los derechos a la confidencialidad de aquellos con quienes trabaja o le consultan, reconociendo que la confidencialidad puede establecerse por ley, por reglas institucionales o profesionales, o por relaciones científicas, y toma las precauciones razonables para tal efecto.

ANEXO 3



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Síndrome de Carga del Cuidador en los acompañantes de pacientes psiquiátricos hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.”

Ha sido invitado a participar en un proyecto de investigación. Antes de que usted decida participar por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Si tiene alguna duda sobre el proyecto, puede hacer las preguntas necesarias hasta asegurarse de entender el procedimiento.

El objetivo de este proyecto es identificar si hay presencia del Síndrome de Carga del Cuidador en los acompañantes de los pacientes psiquiátricos hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

El procedimiento consiste en una recolección de información a través de un Cuestionario de Características Sociodemográficas y la aplicación de la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit.

Este estudio es completamente voluntario. Usted puede participar o retirarse en cualquier momento que lo desee, por lo que no afectará al paciente en su diagnóstico ni estancia en el Instituto. La información que se obtenga será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación, lo que significa que serán anónimas.

Entendido lo anterior, acepto participar libre y voluntariamente en el proyecto de investigación.

Fecha:

FIRMA DEL PARTICIPANTE

TITULAR DEL PROYECTO
DIANA MONDRAGÓN
VILLANUEVA

ANEXO 4



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Fecha de aplicación:

Edad:

Sexo:

a) Hombre

b) Mujer

Escolaridad:

a) Primaria b) Secundaria c) Preparatoria d) Carrera Técnica

e) Licenciatura f) Otro (especifique) _____

¿Qué parentesco tiene con el paciente?

a) Madre/Padre b) Hijo(a) c) Espos(a) d) Hermano(a) e) Amigo(a)

f) Otro (especifique) _____

¿Vive con el paciente? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿Hace cuánto tiempo?

¿Hace cuánto tiempo está al cuidado de su paciente (días, meses y/o años)?

¿Cuántas horas al día brinda cuidado a su paciente en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz?

¿Recibe algún tipo de remuneración por el cuidado de su paciente? Sí No

¿Conoce el diagnóstico de su paciente? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿Cuál es?

¿Cuál es la fecha de ingreso de su paciente?

¿Padece usted algún tipo de enfermedad (física/mental)? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿Cuál?

ANEXO 5

ENTREVISTA DE CARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

Instrucciones: A continuación se te presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten las personas que cuidan de otra. Después de leer cada afirmación indica con una “X” con qué frecuencia te sientes así. A la hora de responder piensa que no existen respuestas equivocadas sino tan sólo tu experiencia.

Nunca= 1
Rara vez= 2
Algunas veces= 3
Bastantes veces=4
Siempre= 5

	Nunca 1	Rara vez 2	Algunas veces 3	Bastantes veces 4	Siempre 5
1. ¿Cree que su paciente le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Cree que por el tiempo que dedica a su paciente no tiene suficiente tiempo para usted?					
3. ¿Se siente agobiado por cuidar a su paciente y tratar de cumplir otras responsabilidades con su familia o trabajo?					
4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su paciente?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su paciente?					
6. ¿Piensa que su paciente afecta su relación con otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo de lo que el futuro depara a su paciente?					
8. ¿Cree que su paciente depende de usted?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su paciente?					
10. ¿Cree que la salud de usted se ha deteriorado por cuidar a su paciente?					
11. ¿Cree que su intimidad se ha visto afectada por cuidar de su paciente?					
12. ¿Cree que su vida social se ha deteriorado por cuidar a su paciente?					
13. ¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades al cuidar de su paciente?					
14. ¿Cree que su paciente espera que usted sea la única persona que le cuide, como si nadie más pudiera hacerlo?					
15. ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su paciente y además cubrir otros gastos?					

	Nunca 1	Rara vez 2	Algunas veces 3	Bastantes veces 4	Siempre 5
16. ¿Cree que no será capaz de cuidar de su paciente por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida personal desde que inició la enfermedad y el cuidado de su paciente?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su paciente a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su paciente?					
20. ¿Cree que debería hacer más por su paciente?					
21. ¿Cree que podría cuidar mejor de su paciente?					
22. En resumen, ¿Se ha sentido sobrecargado por el hecho de cuidar a su paciente?					

TOTAL: