

UNIVERSIDAD PERUANA UNION

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

EP Psicología



Una Institución Adventista

Síndrome de sobrecarga del cuidador en cuidadores informales de pacientes del servicio de psicología y del servicio de psiquiatría del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa – 2015

Tesis presentada como requisito para optar el título profesional de Psicóloga

AUTORAS:

Bach. Jackeline Soledad, Macedo Pineda

Bach. Saynet Katherine, Pilco Alfaro

ASESORA:

Psic. Santos Amandina Farceque Huancas

Villa Chullunquiani, Marzo del 2016

Agradecimiento

A Dios, por habernos bendecido y permitido llegar hasta esta etapa de nuestras vidas.

A nuestras hermosas familias por su constante y gran apoyo moral y económico, por sus sabios consejos, por su ejemplo de unión y perseverancia, por los valores y por la motivación que nos ha permitido ser personas de bien.

A nuestra tutora, la Psic. Santos Armandina Farceque Huancas, por su apoyo y guía en la realización de la presente tesis.

Dedicatoria

A mis padres quienes con su compañía incondicional hacen de mi travesía por este mundo una experiencia agradable e inolvidable. A mi maravilloso hermano, Carlos, que inspira mis proyectos y logros.

(Jackeline)

A la vida por permitirme disfrutar al pleno todo lo maravilloso que me ha brindado, a mis fantásticos padres que apoyan mis decisiones y cubren todas mis necesidades y a mi maravilloso boyfriend por todo su afecto incondicional.

(Saynet)

Tabla de contenidos

Resumen.....	7
Abstract.....	8
Introducción.....	9
Capítulo I.....	10
El problema.....	10
1.1. Descripción de la situación problemática.....	10
1.2. Formulación del problema.....	11
1.2.1. Problema general.....	11
1.3. Objetivos de la investigación.....	12
1.3.1. Objetivo General.....	12
1.3.2. Objetivos Específicos.....	12
1.4. Justificación y viabilidad.....	13
Capítulo II.....	15
Marco Teórico.....	15
2.1. Marco bíblico filosófico.....	15
2.2. Antecedentes de la investigación.....	16
2.3. Bases teóricas.....	20
2.3.1. Cuidador.....	20
2.3.2. Tipos de cuidadores.....	22
Cuidadores formales:.....	22
Cuidadores informales:.....	24
2.3.3. Cuidadores de pacientes con trastornos mentales.....	24
2.3.4. Definición de trastornos mentales.....	27
2.3.5. Definición de síndrome.....	27
2.4. Marco conceptual.....	28
2.4.1. Cuidador.....	28
2.4.2. Síndrome de sobrecarga.....	28
2.4.3. Trastorno mental.....	28
Capítulo III.....	30
Diseño Metodológico.....	30
3.1. Tipo de investigación.....	30
3.2. Formulación de Hipótesis.....	30
3.2.1. Hipótesis general.....	30

3.2.2. Hipótesis específicas	31
3.3. Identificación de Variables	31
3.3.1. Operacionalización de la variable	32
3.4. Delimitación geográfica y temporal	33
3.5. Población y muestra.....	33
3.5.1. Población	33
3.5.2. Muestra	33
3.6. Características de la muestra.....	33
3.7. Instrumento de recolección de datos	34
3.7.1. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit	34
3.8. Proceso de recolección de datos	38
Capitulo IV.....	39
Resultados y Discusión	39
4.1. Presentación de resultados	39
4.2. En relación a la hipótesis general	39
4.2.1. Nivel de sobrecarga del cuidador	39
4.3. En relación a la primera hipótesis específica.....	43
4.3.1. Nivel de impacto del cuidado	43
4.4. En relación a la segunda hipótesis específica	46
4.4.1. Nivel de carga interpersonal	46
4.5. En relación a la tercera hipótesis específica.....	49
4.5.1. Nivel de expectativas de autoeficacia.....	49
4.6. Discusión	52
Capítulo V	53
Conclusiones y Recomendaciones	53
5.1. Conclusiones	53
5.2. Recomendaciones	54
ANEXOS	59
Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)	60
Operacionalización de la variable	61

Lista de tablas

Tabla 1: Operacionalización de la variable	32
Tabla 2: Nivel de sobrecarga que presentan los cuidadores informales de pacientes del Servicio de Psicología y del Servicio de Psiquiatría del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa - 2015.	40
Tabla 3: Estadísticos de grupo para el nivel de sobrecarga que presentan los cuidadores informales de pacientes del Servicio de Psiquiatría y del Servicio de Psicología del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa – 2015.	41
Tabla 4: Prueba de hipótesis de diferencia de medias para muestras independientes para para el nivel de sobrecarga que presentan los cuidadores informales de pacientes del Servicio de Psiquiatría y del Servicio de Psicología del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa - 2015.	42
Tabla 5: Nivel de impacto del cuidado que presentan los cuidadores informales del servicio de psiquiatría y del servicio de psicología.	43
Tabla 6: Estadísticos de grupo para el nivel de impacto del cuidado	44
Tabla 7: Prueba de hipótesis de muestras independientes para el impacto del cuidado.	45
Tabla 8: Nivel de carga interpersonal	46
Tabla 9: Estadísticos de grupo para la carga interpersonal	47
Tabla 10: Prueba de hipótesis de muestras independientes para el nivel de carga interpersonal.	48
Tabla 11: Nivel de expectativas de autoeficacia	49
Tabla 12: Estadísticos de grupo para el nivel de expectativas de autoeficacia.	50
Tabla 13: Prueba de hipótesis de muestras independientes para el nivel de expectativas de autoeficacia.	51
Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)	60
Operacionalización de la variable	61

Resumen

El objetivo de esta investigación fue determinar la diferencia en el nivel de sobrecarga del cuidador en cuidadores informales de pacientes del servicio de psicología y del servicio de psiquiatría del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo, Arequipa - 2015, la metodología usada en el estudio corresponde al diseño no experimental transversal, al tipo de investigación descriptivo comparativo simple. La muestra estuvo conformada por 36 cuidadores de pacientes del servicio de psicología y psiquiatría del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo de la ciudad de Arequipa. Para la selección de la muestra se utilizó un muestreo no probalístico intencional. El Instrumento empleado para la recolección de datos fue la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview) que consta de 22 ítems correspondientes a la escala analógica de tipo Likert, distribuido en tres dimensiones (impacto del cuidado, carga interpersonal y expectativas de autoeficacia). Los resultados evidencian que los cuidadores informales de pacientes del servicio de psiquiatría presentan un mayor porcentaje de sobrecarga del cuidador a diferencia de los cuidadores informales de pacientes del servicio de psicología, además cabe destacar que la diferencia de porcentajes es muy significativa.

Palabras Claves: Cuidador, síndrome de sobrecarga, trastorno mental.

Abstract

The objective of this research was to determine the difference in the level of caregiver burden in informal caregivers of service psychology and psychiatry service of the National Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo, Arequipa - 2015, the methodology used in the study corresponds to no experimental cross, the kind of simple comparative descriptive research design. The sample consisted of 36 caregivers of patients from the psychology and psychiatry Carlos Alberto Seguin Escobedo National Hospital of Arequipa. An intentional non-probability sampling was used for selection of the sample. The instrument used for data collection was the scale of caregiver burden Zarit (Caregiver Burden Interview) consisting of 22 items corresponding to the analog Likert scale, distributed in three dimensions (impact of care, interpersonal burden and expectations self-efficacy). The results show that informal caregivers of patients in psychiatric service have a higher percentage of caregiver burden unlike informal caregivers of patient's psychology service also noteworthy that the percentage difference is very significant.

Keywords: Caregiver, Overload Syndrome, mental disorder.

Introducción

El estrés ha ido formando parte de nuestras vidas y nuestro cuerpo está preparado para enfrentarse a él. Cada uno de nosotros nos encontramos sometidos a circunstancias que nos genera cierto grado de estrés, sin embargo cuando es extremadamente intenso y si su duración es más larga no solo llega a provocar malestar, sino que puede generar enfermedades o empeorar las que ya se poseen.

El hecho de tener una persona con enfermedad mental en la familia amenaza con desequilibrar las diferentes ámbitos de la vida de todos sus miembros; tales como en lo personal, familiar, social, académico, laboral, etc. El cuidar a personas que padecen algún trastorno mental es una labor dura y compleja que puede llegar a ser muy pesada ya que estos manifiestan síntomas y conductas que evidencian la necesidad de apoyo y cuidado constante. Con frecuencia el cuidador; que por lo general es un familiar cercano al paciente, se concentra en llevar a cabo el mejor cuidado para su pariente y como resultado de esta descuidan su propia vida y perjudican su capacidad de cuidado.

Capítulo I

El problema

1.1. Descripción de la situación problemática

Como sabemos a nivel mundial los trastornos mentales son una realidad con tendencia a aumentar y ya que el Perú es un país en vías de desarrollo, aun carecemos de suficientes instituciones encargadas de la salud mental que brinden la atención requerida a los pacientes con trastornos mentales, debido a que no cuentan con el presupuesto ni la cantidad de personal necesario, además existe la opción de que estos pacientes sean tratados en instituciones privadas sin embargo los costos de estos servicios son elevados por ende las familias cada vez más se deben encargar del cuidado de su familiar en el mismo hogar. Aravena (2012) en su investigación concluyo que los cuidadores/as informales son mujeres, adultas con pareja, con educación básica completa, sin trabajo ni participación social y con percepción económica insuficiente, dedicando gran parte del día a cuidar; resultados que corroboran que estos familiares no cuentan con los medios, ni la experiencia necesaria para hacerlo y como resultado de esta fatigosa labor se enfrentan a un estrés penetrante e intenso, a un aislamiento social, a alteraciones de su rutina

doméstica y a un deterioro de su economía que a corto, mediano o largo plazo afecta su calidad de vida y también la del paciente. (Torres P. & Pinilla A., 2003) Además Vega (2014) nos indica de acuerdo a los resultados de su investigación que la edad la mínima de los cuidadores es de 18 años con una máxima de 70, predominio de mujeres cuidadoras con el 81,2%.

Es así que los familiares, en especial los cuidadores experimentan distintas reacciones emocionales como el estrés y ansiedad, la cual puede ser reprimida por temor a perjudicar la salud del paciente o puede posibilitar la sobreinvolucración con el mismo.

Evidenciamos investigaciones que corroborar esta problemática que atraviesan los cuidadores pero que hasta el día de hoy no se elaboran ni mucho menos ejecuta programas de salud mental para tratar tal síndrome.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

- ¿Existe diferencia entre el nivel de síndrome de sobrecarga del cuidador en cuidadores informales de pacientes del Servicio de Psicología y del Servicio de Psiquiatría del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa - 2015?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Existe diferencias en el nivel de impacto del cuidado de cuidadores informales de pacientes del servicio de psicología y del servicio de

psiquiatría del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa - 2015?

- ¿Existe diferencias en el nivel de carga interpersonal de los cuidadores informales de pacientes del servicio de psicología y del servicio de psiquiatría del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa - 2015?
- ¿Existe diferencias en el nivel de expectativas de autoeficacia de cuidadores informales de pacientes del servicio de psicología y del servicio de psiquiatría del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo de Arequipa - 2015?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo General

- Determinar la diferencia en el nivel de sobrecarga del cuidador en cuidadores informales de pacientes del servicio de psicología y del servicio de psiquiatría del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa - 2015.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Determinar la diferencia en nivel de impacto del cuidador de cuidadores informales de los pacientes del servicio de psicología y del servicio de psiquiatría del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo de Arequipa - 2015.
- Determinar la diferencia en el nivel de carga interpersonal de cuidadores informales de los pacientes del servicio de psicología y del servicio de

psiquiatría del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo de Arequipa - 2015.

- Determinar la diferencia en el nivel de expectativas de autoeficacia de cuidadores informales de los pacientes del servicio de psicología y del servicio de psiquiatría del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo de Arequipa - 2015.

1.4. Justificación y viabilidad

La enfermedad mental es un aspecto real con predisposición a incrementarse a nivel mundial. De acuerdo a la organización mundial de la salud, “los problemas de salud mental constituyen el 15% de la carga mundial de enfermedad y su prevalencia va en aumento a medida que las sociedades evolucionan hacia sistemas de relaciones donde se privilegia la productividad económica y la eficacia a costa de una mayor fragilidad de los vínculos afectivos”. (Torres P. & Pinilla A., 2003). En nuestro país no se brinda la suficiente cobertura y presupuesto en salud mental para psicofármacos y hospitalizaciones, lo cual ha acarreado a que se incremente el cuidado informal dado por los familiares de enfermo mental, son ellos quienes terminan haciéndose responsables de los cuidados que requiere su familiar enfermo. Muchos de estos cuidadores se sienten tan desesperados y sobrecargados que centran todos sus esfuerzos en cuidar de su familiar esperando que mejore y que su dolor sea mínimo brindan un constante cuidado, apenas tienen relaciones sociales, no realizan actividades placenteras, por el contrario debido a la responsabilidad que asumieron sufren situaciones desagradables y perturbadoras. A largo o corto plazo tienden a generarles trastornos físicos y emocionales o agravar los que ya presentaban.

Conociendo estos datos; (López Gil, y otros, 2009) realizó una investigación cuyo objetivo era conocer la sobrecarga sentida por los cuidadores y las repercusiones que este rol representa sobre su calidad de vida, su salud en las esferas física, psíquica y social y su necesidad de utilización de los recursos sanitarios (frecuentación); llegando a la conclusión de que existe una necesidad de actuaciones multidisciplinarias encaminadas a apoyar a los cuidadores tanto de forma preventiva como de soporte. Con dichas intervenciones se han obtenido resultados positivos en diversos aspectos relativos tanto a la persona atendida como al cuidador, siendo necesario adaptar las intervenciones a las características y necesidades específicas de cada cuidador. Por ende consideramos que es de gran importancia para nuestro sistema de salud, específicamente para el ámbito de la salud mental conocer el nivel de sobrecarga de las personas encargadas de cuidar al paciente ya sea del servicio de psicología o psiquiatría del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo de la ciudad de Arequipa; para proponer programas o soluciones mediante la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el paciente, la familia, la comunidad y el ambiente en el nivel nacional que contrarresten los efectos negativos que producen tales cuidados y a su vez mejorar la calidad de vida de ambos; tanto de cuidador como paciente.

Capítulo II

Marco Teórico

2.1. Marco bíblico filosófico

La hermana (White, 1905) nos menciona que Jesús obro hasta haber aliviado al último enfermo, en la noche cuando la muchedumbre se alejó, la morada de Simón quedo en el silencio, ya habiendo pasado un alargado y trabajoso día, Jesús procuró descansar; pero mientras la ciudad dormía, el Salvador, "levantándose muy de mañana, salió y se fue a un lugar desierto, y allí oraba."

De todas las enfermedades conocidas del Oriente, la más temible era la lepra. Su carácter incurable y contagioso, y sus horrorosos efectos, llenaban de terror aun al más valeroso. Los judíos la consideraban como castigo del pecado, y por eso la llamaban "el azote," "el dedo de Dios." De hondas raíces, inextirpable, mortal, la miraban como símbolo del pecado. (White, 1905)

Según la ley ritual, el leproso era declarado inmundo, y así también quedaba todo lo que llegase a tocar. El aire se contaminaba con el aliento del enfermo. Este, como si ya estuviera muerto, era excluido de las moradas de los

hombres. El sospechoso de lepra tenía que presentarse a los sacerdotes para que le examinasen y dictaminasen sobre su caso. Si era declarado leproso, quedaba aislado de entorno social y su familia también se veía afectado dentro de ello, separado de la congregación de Israel y condenado a no tratar sino con los que adolecían de la misma enfermedad. Ni los reyes ni los gobernantes quedaban exentos de esta regla. El monarca atacado por esta terrible enfermedad tenía que abdicar y huir de la sociedad. Lejos de sus amigos y parientes, el leproso cargaba con la maldición de su enfermedad, y había de pregonarla, desgarrar sus vestiduras y dar el grito de alarma, avisando a todos que huyesen de su presencia contaminadora. El grito: "¡Inmundo! ¡Inmundo!" proferido en tono lúgubre por el solitario proscrito, era una señal oída con temor y aversión. En la región donde ejercía Cristo su ministerio, había muchos leprosos, y cuando llegaron a ellos las nuevas de su obra, hubo uno en cuyo corazón empezó a brotar la fe. Si pudiera acudir a Jesús, podría sanar (White, 1905).

2.2. Antecedentes de la investigación

A continuación daremos a conocer investigaciones relacionados con nuestro tema, a nivel Nacional e Internacional, ordenados en forma cronológica.

En la escuela profesional de psicología de la Universidad Peruana Unión, no existe ninguna investigación que estudie el nivel de sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con trastornos mentales, sin embargo encontramos algunas investigaciones con la misma o similares variables llevadas a cabo en diferentes lugares, las cuales detallaremos en las siguientes líneas:

En Trujillo, (Beltran S., 2009). Realizo una investigación que tuvo como objetivo principal analizar la relación existente entre la Sobrecarga del cuidador y la calidad de vida de los pacientes con Parkinson, a un grupo de 35 pacientes y sus cuidadores. Se obtuvieron resultados que indican que no existe relación significativa entre la Sobrecarga del cuidador y la calidad de vida; así mismo no se encontró relación significativa entre la sobrecarga del cuidador y ninguno de los dominios (físico, psicológico, relaciones sociales y medio ambiente) de la calidad de vida. Por otro lado los resultados permitieron establecer que el mayor porcentaje de cuidadores presentan niveles de sobrecarga intensa y que la calidad de vida de los pacientes con Parkinson está por debajo del promedio.

En Lima, (Saavedra, 2012), en su estudio “Factores asociados a mayores niveles de carga familiar principales de pacientes con esquizofrenia en actual atención ambulatoria del Hospital Víctor Larco Herrera”. Encontró que los cuidadores sentían un alto nivel de carga subjetiva ante los comportamientos problemáticos del paciente. Esta carga además afecta a distintos campos de la vida familiar, pero fundamentalmente supone un importante impacto en el funcionamiento emocional, en la vida laboral y familiar del cuidador. Esta situación además de producir efectos negativos en el cuidado prestado al paciente, tendría el potencial para crear un nuevo cliente para los servicios de salud mental que sería el familiar cuidador.

En Lima (Hidalgo Padilla, 2013) realizó una investigación que tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de Sobrecarga del Cuidador y las Estrategias de Afrontamiento de los cuidadores. Con dicho fin aplicaron la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit y el Cuestionario de Estimación de

Afrontamiento a 33 personas, encontrando que los familiares de los pacientes con esquizofrenia hacen uso de una gran variedad de estrategias. La elección que hagan de una u otra en cada situación específica, tendrá influencia en las creencias que tengan acerca de la enfermedad de su familiar, se puede decir que los familiares al cuidado de pacientes con esquizofrenia hacen uso de múltiples estrategias para afrontar las situaciones difíciles que se les presentan, pero dos de ellas han demostrado relación con la Sobrecarga del Cuidador, focalizar y liberar Emociones y desentendimiento mental. Ambas tienen la característica de ser evitadas, por lo que se entiende que a mayores intentos por evitar el problema, el nivel de estrés se va acumulando hasta que desencadena varios niveles de Sobrecarga. Asimismo, existen otras estrategias que correlacionan con una de las dimensiones de la sobrecarga, es decir, con la falta de competencia de manera distinta. La primera se referiría a la atención exclusiva en el problema, dejando de lado otras actividades que también son importantes; la segunda se relacionaría a una falta de confianza en las habilidades y capacidades propias atribuyendo los logros a Dios, y por último, la tercera mostraría una distracción realizando actividades para desvincularse del problema.

En Chiclayo (Martínez, 2014), su investigación de corte transversal descriptivo con análisis exploratorio tuvo como objetivo describir el nivel de sobrecarga y sus factores asociados en familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia, realizado a una muestra de familiares cuidadores mayores de edad que tenía a cargo pacientes esquizofrénicos atendidos en consultorio externo. Se evaluó el nivel de sobrecarga mediante la Escala de Sobrecarga de Cuidador de Zarit, cuyos resultados indican que una cantidad elevada de

familiares cuidadores presentan sobrecarga con predominio leve, en cuidadores cónyuges, en padres y a menor grado de instrucción.

En Chile (Cares, 2007) tuvo como objetivo principal describir los sentimientos y el nivel de carga de un grupo de familiares/cuidadores, de pacientes esquizofrénicos usuarios de Clozapina en tratamiento, se realizó una investigación cuantitativa, de tipo no probabilística, descriptiva, transversal, con este fin se aplicó la Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit, a un grupo de 30 familiares de pacientes. Los resultados obtenidos en relación a la carga subjetiva solo el 20,3% de los entrevistados reporta sentirse muy o extremadamente sobrecargado por su rol de cuidador. Este grupo de familiares en su gran mayoría han logrado un equilibrio al grado de estrés ligado al cuidado de su familiar afectado de Esquizofrenia.

En España (Galan, 2012) realizó un estudio con el objetivo de conocer el nivel de sobrecarga emocional del cuidador principal informal de un enfermo mental ingresado en una unidad de subagudos del Hospital Psiquiátrico de Zaldibar, a una muestra de 32 cuidadores principales, utilizando como instrumento de medida, la Escala de sobrecarga Zarit. Resultando que el 53% de los cuidadores presentan nivel de sobrecarga intenso, unido a un estado de ánimo predominante ansioso y tras el ingreso al hospital en un 69% de estos cuidadores la sobrecarga disminuye y que la labor de cuidar recae sobre los padres principalmente, quienes manifiestan especialmente temor por el futuro de sus hijos y sienten que estos dependen en gran medida de ellos, lo que les genera una gran sobrecarga.

2.3. Bases teóricas

2.3.1. Cuidador

Montorio Cerrato, Fernández de Trocóniz, & Sánchez Colodrón (1998) refiere que el término de “carga” fue planteado a principios de los años 60, (Carretero Gómez, Garcés Ferrer, & Ródenas Rigla, s.f.) sustenta que Grad y Sainsbury señalaron este término por primera vez en una bibliografía científica, al describir la carga notada por los familiares al cuidado de sus semejantes afectados por alguna enfermedad mental en su hogar.

Bajo la expresión de carga existen incomparables dimensiones o aspectos relativos a la carga, se consideran costes económicos, carga física, limitación del tiempo, poca tolerancia; debido a esto, su evaluación ha consistido, únicamente, en una puntuación global de carga. Aunque teóricamente se observa que la carga comprende una variedad de factores, en la práctica se pierde esta multidimensionalidad, de manera que no existe posibilidad de indicar las distintas formas en las que los cuidadores pueden verse presionados por el hecho de cuidar y los diferentes efectos de cada una de ellas.

Posteriores investigaciones exponían las complicaciones y obstáculos en base al concepto de “carga” ya que mostraba diferencias entre lo que los investigadores y familiares consideraban “carga”. Así mismo mostraron dos tipos de carga. La “carga objetiva”; que hace alusión a el estado de alteraciones o perturbaciones drásticos en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida de los cuidadores y la “carga subjetiva” a las maneras, actitudes,

sentimientos y reacciones emocionales ante la vivencia de cuidar (eso incluye la presión, tensión emocional, depresión y ansiedad).

Actualmente Martínez Piedrola & Miangolarra Page (2006) sustenta que la expresión “cuidar” se basa en proporcionar o facilitar a una persona aquellos aspectos de los cuales carece o se encuentra disminuido de ellos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) detalló en 1999 al cuidador como “la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel responsable del mismo en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente, decisiones para el paciente y cubrir las necesidades básicas del mismo ya sea manera directa o indirecta”. El cuidador es un encargado para cuidar a otros que por su estado de salud o por algún motivo de discapacidad se les presenta dificultades para poder cuidarse a sí mismos. El requerir apoyo por la necesidad que se vive se basa en el grado en que se encuentren definidos por su condición. (Moreno Fergusson, 2005)

El hecho de cuidar a otro individuo es una circunstancia natural que experimenta el ser humano, pese a eso está definido por puntos sociales y de educación, de igual manera se da como resultado de los valores personales que cada uno tiene. A pesar de ser solo una cuestión intrínseca; para ejecutar el cuidado de otros se necesita el conocimiento y enseñanza que se desempeña en el transcurso de toda la vida y que es el resultado de lo que se adquiere en un acontecimiento de capacitación, la experiencia personal y el ambiente en el que cada persona se ha ido desarrollando. (Martínez Piedrola & Miangolarra Page, 2006)

Además Moreno (2005) sustenta que el cuidador, por lo general es una persona próxima al enfermo, en su mayoría familiares como los padres, hermanos, hijos o el cónyuge. El transcurso de tiempo que se emplea para tal cuidado varía en función de las necesidades que tenga el enfermo así como de la etapa de vida que este atravesando el cuidador, como puede ser cambios laborales, paternidad o jubilación. Por otra parte la relación entre el paciente y cuidador es un componente determinante en la calidad de asistencia o apoyo; esta dependerá de si hubo algún vínculo o relación entre ambos, cómoda o no. Si la relación ha sido afectiva o beneficiosa, es más probable que esta relación de cuidado se mantenga y no se perjudique. En cambio sí la relación no ha sido agradable o cómoda, provocara efectos negativos y respuestas no adecuadas en el paciente, sobrellevando efectos psicológicos negativos en el cuidador. (Martinez Piedrola & Miangolarra Page, 2006)

2.3.2. Tipos de cuidadores

- **Cuidadores formales:**

En lo general es el familiar con más cercanía, habitualmente es el cónyuge quien acompaña en el transcurso de la enfermedad del paciente desde el inicio, durante todo el proceso de enfermedad y finalmente su muerte.

En numerosos casos los cuidadores principales enfrentan otras cargas familiares o profesionales, por lo que comúnmente necesitan ayuda de otros miembros de familia, a los que se designa como cuidadores secundarios.

Tanto el cuidador principal como el secundario suele ser un familiar del doliente o enfermo, cercanos a él, van suministrando la ayuda del enfermo

según este vaya perdiendo sus capacidades e independencia. El juego importante del cuidador secundario es salvaguardar contra la “sobrecarga” a la que se somete el cuidador principal y que pueda, posteriormente, implicar su integridad física o psíquica.

El cuidador profesional trabaja de manera gratificada y en el entrenamiento de su profesión. Por lo habitual esta figura la desenvuelve el personal socio-sanitario y es usual que sea realizada por auxiliares en la clínica. Consecutivamente es pasado a un profesional que puede desenvolver este trabajo a nivel domiciliario, referente en algunos casos a su curso laboral completo.

Su trabajo también se basa como parte de la “descarga” que se procura hacer del cuidador principal. A estos cuidadores también se les conoce cuidadores formales, frente a cuidadores informales que son personas allegadas al enfermo (parientes, amigos, vecinos) y designados así por no haber siempre un acuerdo previo y estipulado para hacer esta labor, si no que se promueve de forma espontánea o ante una urgencia, pero que tienen una misión importante, teniendo en cuenta lo difícil y largo que puede darse el proceso de la enfermedad.

Por último conforman los cuidadores voluntarios, personas que usualmente pertenecen a una ONG que presta su colaboración al cuidador o al enfermo, en coordinación con la familia y proyectados por la asociación u organización a la que se encuentran (Palacios Espinosa & Liménez Solanilla, 2008).

- **Cuidadores informales:**

Este tipo de apoyo informal es brindado principalmente por el entorno familiar, estos cuidadores son llamados informales debido a que no disponen de capacitación ni preparación para asumir tal responsabilidad, además de no ser remunerados económicamente por la tarea que realizan pero tienen un elevado grado de compromiso, caracterizado por el afecto en el trato y una atención sin límites motivado a llevarlo a cabo por solidaridad familiar con el enfermo. (Espinoza Miranda & Jofre Aravena, 2012) y (Torres P. & Pinilla A., 2003).

2.3.3. Cuidadores de pacientes con trastornos mentales

Tener un familiar que padece una enfermedad mental es una situación que amenaza con perturbar las diferentes áreas de la vida de todos sus integrantes, muchos de los familiares o cuidadores se sienten muy responsables del cuidado de su familiar que enfocan todos sus esfuerzos en cuidarlo y asistirlo, con la expectativa de que mejore y los necesite menos de manera que el malestar que experimenten sea mínimo.

López Gil, y otros (2009) y Espinoza Miranda & Jofre Aravena (2012) nos refieren que a nivel familiar, la tarea de cuidar puede implicar cambios en la relación del cuidador hacia sus demás familiares tales como sus hijos, su pareja, sus padres u otros miembros no implicados directamente en la relación de cuidado. El cuidador deja de disponer de la misma cantidad de tiempo para brindar atención y cuidado a sus demás familiares, el nivel de comunicación entre el cuidador y sus familiares se torna deficiente y escasa; deja de compartir actividades sociales con sus demás familiares y el tipo de afecto con

el cual los trataba anteriormente ya no es el mismo debido al desgaste emocional que sufre constantemente brindando el cuidado a su familiar que sufre de trastorno mental.

A nivel laboral, el cuidador llega a tener dificultades para organizar su tiempo, por ende llega tarde a su trabajo, falta ocasionalmente o de forma muy seguida, no cumple de forma eficaz sus roles ni funciones, no presenta a tiempo sus quehaceres; toda su vida laboral se ve afectada por el deterioro emocional y físico que sufre.

A nivel económico, la afectación puede variar tanto por el hecho de reducir los ingresos (por tener que restringir la dedicación al aspecto laboral), como por el aumento de los gastos (medicamentos, una dieta especial, aditamentos especiales, transporte especial, etc.) que demanda cuidar al familiar.

A nivel personal, satisfacer las necesidades del familiar dependiente se convierte en la prioridad del cuidador, motivo por el cual a menudo pospone sus propias necesidades. Algunos cuidadores están fijamente convencidos de que dedicarse enteramente al cuidado de su familiar es la mejor manera de ayudarlos y por ello no se permiten disfrutar de ningún momento de descanso para ellos mismos, ya no realizan actividades agradables para ellos, ni de ocio y tienen que sufrir diariamente situaciones desagradables y perturbadoras y apenas tienen relaciones sociales.

Dejan de darle importancia al cuidado de su propio bienestar, salud física y emocional, dejan de comer a sus horas o dejan de comer lo necesario, ya no respetan sus ciclos de sueño ni descanso, no realizan ejercicios, ni

actividades de placer o entretenimiento, descuidan su aspecto personal, se aíslan socialmente, etc. (Steele Britton, 2010)

Tanta es su dedicación que al principio en ocasiones se muestran desanimados, desesperados, enfadados, irritables, preocupados, ansiosos, tristes, angustiados, etc.

Muchos de los cuidadores suelen pasar por alto esas emociones y dejan que vayan ascendiendo, se van acostumbrando a experimentar esos estados de ánimo y terminan teniendo complicaciones para controlar estas emociones; puede ser porque son bastante intensas o porque se han reprimido durante mucho tiempo y quedan luego instauradas en el cuidador. A la larga, tienden a poseer problemas emocionales tales como trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, estrés, etc.

El cuidador olvida algo importante; que ninguno puede cuidar de otro si no se encuentra en las condiciones físicas y emocionales correctas o adecuadas. El cuidador debe tener una gran fuerza espiritual y gran equilibrio emocional personal y social para poder afrontar esa carga cotidiana, sin sufrir modificaciones emocionales. Estos cambios emocionales suelen perturbar negativamente, la capacidad de cuidado de los familiares y consolidan el terreno para que las tensiones y los problemas se conviertan en un ingrediente diario de la convivencia. Por eso a la hora de afrontar la enfermedad mental de un familiar, se deben considerar no solo a las necesidades del enfermo, sino también las del cuidador.

2.3.4. Definición de trastornos mentales

El trastorno mental es definido como Síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o aun riesgo significativamente mayor de morir o de dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular. Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

2.3.5. Definición de síndrome

El término síndrome proveniente de la palabra griega "síndrome" que quiere decir "simultaneidad", se definió tradicionalmente como un estado patológico asociado a una serie de síntomas simultáneos etimológicamente no específicos que por lo general eran tres o más.

Hoy en día el término síndrome también se aplica con bastante frecuencia como un concepto para describir grupos de enfermedades similares o ligadas; sin embargo no existe una definición unánime que manifieste apropiadamente todas sus variantes. Los dismorfólogos y genetistas, quienes son los principales usuarios del término, lo describen como un "cuadro clínico etiológicamente definido de patogénesis desconocida que no debe confundirse con el "complejo de síntomas de una enfermedad", o "secuencia", que se refiere solamente a aquellas afecciones caracterizadas por conjuntos de síntomas similares o idénticos". En otras áreas, el término se utiliza de diferente forma y su definición y alcance se están adaptando a las necesidades de cada

autor. En nuestro caso a nivel médico, se entiende por síndrome a un cuadro clínico que merece ser examinado por tener un cierto significado. Gracias a sus particularidades, que funcionan como datos semiológicos, posee una cierta identidad, con causas y etiologías particulares. (Jablonski, 1995).

2.4. Marco conceptual

2.4.1. Cuidador

Es aquella persona que asume la responsabilidad de los cuidados del enfermo prestando servicios y brindando las atenciones que este requiere, para así ayudar un progreso en el afectado.

2.4.2. Síndrome de sobrecarga

El síndrome de sobrecarga del cuidador se puede describir como una combinación de diferentes síntomas de los trastornos ansioso y depresivo, por lo que muchos profesionales de la salud mental lo podrían diagnosticar con tan sólo existir comorbilidad de éstos; sin embargo, la autora considera que este síndrome es más complejo. También manifiesta que en la psicopatología descriptiva se encuentran varios trastornos que correlacionan con el síndrome de carga del cuidador, tales como “neurastenia, trastorno mixto ansioso-depresivo, trastornos de adaptación y algunos de sus subtipos y reacción mixta de ansiedad y depresión. (Ceballos Cardona, 2007).

2.4.3. Trastorno mental

Síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o aun riesgo significativamente mayor de morir o de dolor, discapacidad o pérdida de

libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular. Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Capítulo III

Diseño Metodológico

3.1. Tipo de investigación

Hernández, Fernández, & Baptista (2006) refiere que la presente investigación es de diseño no experimental transversal ya que no existe manipulación activa de la variable y se estudia en un único momento del tiempo; esta a su vez corresponde al tipo de investigación descriptivo comparativo simple, la variable a describir y comparar es el nivel de sobrecarga de los cuidadores de los pacientes del servicio de psicología y del servicio de psiquiatría del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo, localizado en el distrito de Miraflores de la ciudad de Arequipa.

3.2. Formulación de Hipótesis

3.2.1. Hipótesis general

- El nivel de síndrome de sobrecarga de los cuidadores informales de los pacientes del servicio de psiquiatría es mayor al nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de pacientes del servicio de psicología del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo, Arequipa - 2015.

3.2.2. Hipótesis específicas

- El nivel de impacto del cuidador de cuidadores informales de los pacientes del servicio de psiquiatría es mayor al nivel de impacto del cuidador de pacientes del servicio de psicología del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo de Arequipa - 2015.
- El nivel de carga interpersonal de cuidadores informales de los pacientes del servicio de psiquiatría es mayor al nivel de carga interpersonal de los cuidadores informales de los →pacientes del servicio de psicología del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo, Arequipa - 2015.
- El nivel expectativas de autoeficacia de los cuidadores de pacientes del servicio de psiquiatría es mayor al nivel de expectativas de autoeficacia de cuidadores de los pacientes informales del servicio de psicología del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo, Arequipa - 2015.

3.3. Identificación de Variables

Única variable: Síndrome de Sobrecarga del cuidador.

3.3.1. Operacionalización de la variable

Tabla 1

Operacionalización de la variable

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Sobrecarga del cuidador	<ul style="list-style-type: none"> Impacto del cuidador 	<p>Efectos que tiene en él o ella la prestación de cuidadores hacia el familiar.</p> <p>Ítems: 1,2,3,7,8,10,11,12,13,14,17 y 22.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 12 al 27 no existe impacto en el cuidado 28 al 42 leve impacto en el cuidado 43 al 57 intenso impacto en el cuidado
	<ul style="list-style-type: none"> Relación interpersonal 	<p>Percepción que el cuidador tiene de su relación con la persona que cuida.</p> <p>Ítems: 4,5,6,9,18,19</p>	<ul style="list-style-type: none"> 3 al 10 no presenta expectativas de autoeficacia 11 al 17 presenta leves expectativas de autoeficacia 18 al 23 presenta intensas expectativas de autoeficacia
	<ul style="list-style-type: none"> Expectativa de autoeficacia 	<p>Refleja la creencia entorno a su capacidad para cuidar y su expectativa acerca de sus posibilidades para mantener en el tiempo la situación del cuidado.</p> <p>Ítems: 15, 16, 20 y 21</p>	<ul style="list-style-type: none"> 3 al 8 no presenta carga interpersonal 9 al 13 presenta leve carga interpersonal 14 al 19 presenta intensa carga interpersonal

3.4. Delimitación geográfica y temporal

La presente investigación se llevó a cabo en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo, localizado en la calle Peral S/N, en el distrito de Miraflores de la ciudad de Arequipa; desde el mes de julio hasta el mes de noviembre del año 2015.

3.5. Población y muestra

3.5.1. Población

La población la constituyen los cuidadores informales que tienen a su cargo pacientes con trastornos mentales que asisten regularmente al servicio de psicología y al servicio de psiquiatría del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo de la ciudad Arequipa.

3.5.2. Muestra

Para la determinación de la muestra se utilizó el diseño de muestreo no probabilístico intencional, considerando los criterios de inclusión y exclusión.

3.6. Características de la muestra

La muestra de la investigación la conforman 36 cuidadores de pacientes con trastorno mental; de los cuales 18 cuidadores tienen a su cargo a pacientes que asisten al servicio de psicología y los 18 restantes cuidadores tienen a su cargo pacientes que asisten al servicio de psiquiatría.

3.7. Instrumento de recolección de datos

3.7.1. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

Nombre del autor

- Zarit y Zarit

Año de aparición

- (1982)

Administración

- Individual o colectiva, aplicable tanto en hombres como en mujeres; preferible que la persona no tenga un bajo nivel cultural.

Tiempo de administración

- No tiene tiempo límite; sin embargo las personas lo completan en 15 minutos aproximadamente.

Significación

- Este instrumento permite evaluar la sobrecarga subjetiva del cuidador: impacto del cuidado, percepción de la relación que tiene con la persona que cuida y las creencias y expectativas que manifiestan los cuidadores.

Validez y confiabilidad

La fiabilidad de esta escala adaptada viene apoyada por un coeficiente α de Cronbach =0.91 para la consistencia interna y un coeficiente de

correlación de Pearson =0.86 para fiabilidad test-retest. El análisis de validez de constructo mostró una fuerte correlación de la sobrecarga del cuidador con su estado de salud mental medido con el Cuestionario de Salud general GHQ (General Health Questionnaire) y con la presencia de trastornos de comportamiento en el paciente. El análisis estadístico de la validez de constructo se estableció a través del análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax >1. Para la validez de criterio se obtuvo un coeficiente de correlación de Pearson estadísticamente significativo ($p<0.05$).

Descripción del Contenido:

Fue adaptada al español por Martin, Salvado Nadal, Miji, Rico, Lanz y Taussig, en 1996. Utilizado para medir la sobrecarga subjetiva del cuidador.

Esta escala cuenta con 22 ítems, dichos ítems son expresiones que reflejan sentimientos que son habituales en quienes cuidan de otra persona, refleja en qué medida la atención del paciente ha alterado el bienestar físico, psicológico y social. El instrumento cuenta con tres dimensiones:

- Impacto del cuidado
- Carga Interpersonal
- Expectativas de Autoeficacia

El cuidador lee cada pregunta y debe marcar una opción en escala tipo Likert como se especifica a continuación:

1= Nunca, 2= Rara vez, 3= Algunas veces, 4= Bastantes veces y 5= Casi siempre

La clasificación para la puntuación general es la siguiente:

Sobrecarga del cuidador:

Ausencia de sobrecarga: 0 – 46 puntos, Sobrecarga ligera: 47 – 55 puntos y Sobrecarga intensa: 56 – 110 puntos.

Respecto a las tres dimensiones la distribución de ítems es la siguiente:

- **Impacto del cuidado:** (Ítems: 1,2,3,7,8,10,11,12,13,14,17,22)

Clasificación:

No existe impacto del cuidado: 12 – 27

Leve impacto del cuidado: 28 – 42

Intenso impacto del cuidado: 43 – 57}

- **Carga Interpersonal:** (Ítems: 4,5,6,9,18,19)

Clasificación:

No existe carga interpersonal: 3 – 8

Leve carga interpersonal: 9 – 13

Intensa carga interpersonal: 14 – 19

- **Expectativas de Autoeficacia:** (Ítems: 15,16,20,21)

Clasificación:

No presenta expectativas de autoeficacia: 3 – 10

Leves Expectativas de Autoeficacia: 11 – 17

Intensas expectativas de Autoeficacia: 18 – 23

A continuación se describe las dimensiones:

- **Impacto del cuidado** (consecuencia del cuidado en el cuidador):

Hace referencia a aquellas cuestiones relacionadas con los efectos que la prestación de cuidados a un familiar tiene para el cuidado, falta de tiempo libre, falta de intimidad, deterioro de la vida social, sensación de pérdida de control sobre su vida y deterioro de la salud.

- **Carga Interpersonal** (relación del cuidador con la persona cuidada):

Está representado por aquellos elementos referidos a la relación que el cuidador mantiene con la persona cuidada; deseo de delegar el cuidado en otros, sentimientos de vergüenza, enfado o tensión hacia su familiar o sentimientos de indecisión acerca del cuidado.

- **Expectativas de autoeficacia** (creencias y expectativas sobre la capacidad para cuidar):

Refleja creencias del cuidador sobre su capacidad para cuidar a su familiar, el deber de hacerlo, la falta de recursos económicos para poder cuidar a su familiar adecuadamente o a la expectativa de no poder seguir prestando los cuidados por mucho más tiempo.

3.8. Proceso de recolección de datos

Para la recolección de datos se estableció una previa reunión con el Director del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo, en el cual se expuso la problemática observada y los fines de la presente investigación y se obtuvo el consentimiento de forma verbal sin necesidad de un documento burocrático para realizar dicho estudio. También se expuso que la administración del instrumento se realizaría de forma personal y voluntaria, en qué consistiría el instrumento aplicado; recordando la importancia de responder todas las preguntas con total honestidad.

Ya contando con el permiso del Director encargado de los servicios se procedió a la recaudación de datos mediante entrevistas y cuestionarios, la información se recolectó individualmente de forma regular en el periodo del mes de julio hasta el mes de noviembre del año 2015.

3.9. Procesamiento y análisis de datos

Para la presentación de data se hizo uso de tabla de distribución de frecuencias y las hipótesis se probaron mediante la prueba de hipótesis de diferencia de medias para muestras independientes.

Capítulo IV

Resultados y Discusión

4.1. Presentación de resultados

Luego de la calificación y tabulación de los resultados obtenidos mediante el “Test de sobrecarga de Zarit”, se procedió al proceso de análisis de la información recolectada haciendo uso del paquete estadístico SPSS versión 20, obteniendo los siguientes resultados.

4.2. En relación a la hipótesis general

4.2.1. Nivel de sobrecarga del cuidador

La tabla 2 evidencia que el 38,9% de cuidadores informales del servicio de psicología presentan una ausencia de sobrecarga del cuidador, el 33,3% presenta un nivel de sobrecarga leve y el 27,8% presentan un nivel de sobrecarga intensa; mientras que el 100% de cuidadores informales del servicio de psiquiatría presentan un nivel de sobrecarga intensa y ninguno presenta ausencia de sobrecarga o un nivel de sobrecarga leve.

Tabla 2

Nivel de sobrecarga que presentan los cuidadores informales de pacientes del Servicio de Psicología y del Servicio de Psiquiatría del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa - 2015.

			Servicio		Total	
			Psicología	Psiquiatría		
ausencia de sobrecarga			Recuento	7	0	7
			% dentro de Servicio	38,9%	0,0%	19,4%
			% del total	19,4%	0,0%	19,4%
Sobrecarga del cuidador	sobrecarga leve	Recuento	6	0	6	
		% dentro de Servicio	33,3%	0,0%	16,7%	
		% del total	16,7%	0,0%	16,7%	
	sobrecarga intensa	Recuento	5	18	23	
		% dentro de Servicio	27,8%	100,0%	63,9%	
		% del total	13,9%	50,0%	63,9%	
Total	Recuento		18	18	36	
	% dentro de Servicio		100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total		50,0%	50,0%	100,0%	

4.2.1. Prueba de hipótesis de comparación de medias de los cuidadores informales de pacientes del servicio de psicología y de servicio de psiquiatría.

Seguidamente, en la tabla 3 podemos apreciar que la media que presentan los cuidadores informales de pacientes del servicio de psicología es de 48,72 frente a una media de 73,06 de los cuidadores informales de pacientes del servicio de psiquiatría; lo cual indica que los cuidadores informales de servicio de psicología presentan niveles más bajos de

sobrecarga del cuidador. La desviación típica es menor en los cuidadores informales de pacientes del servicio de psiquiatría (2,689) frente a los cuidadores informales de pacientes del servicio de psicología (7,767) indicando que los resultados son más homogéneos en los cuidadores informales de pacientes del servicio de psiquiatría.

Tabla 3

Estadísticos de grupo para el nivel de sobrecarga que presentan los cuidadores informales de pacientes del Servicio de Psiquiatría y del Servicio de Psicología del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo, Arequipa – 2015.

Servicio	N	Media	Desv. típ.	Error típ. de la media
Psicología	18	48,72	7,767	1,831
Psiquiatría	18	73,06	2,689	,634
Total	36	60,89	13,604	2,267

Los estadísticos de la prueba de hipótesis de diferencia de medias para muestras independientes muestran un valor de significancia de .000, valor que se encuentra por debajo de .05; es decir, que a un nivel de significancia del 5% existen diferencias en el nivel de sobrecarga del cuidador en cuidadores informales de pacientes del servicio de psicología y del servicio de psiquiatría. En conclusión los cuidadores informales de pacientes del servicio de psiquiatría presentan mayor nivel de sobrecarga del cuidador en comparación a los cuidadores informales de pacientes del servicio de psicología.

Tabla 4

Prueba de hipótesis de diferencia de medias para muestras independientes para para el nivel de sobrecarga que presentan los cuidadores informales de pacientes del Servicio de Psiquiatría y del Servicio de Psicología del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa - 2015.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas				Prueba T para la igualdad de medias					
		F	Sig.	T	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia		
										Inferior	Superior
Sobrecarga del cuidador	Se han asumido varianzas iguales	14,534	,001	-12,560	34	,000	-24,333	1,937	-28,271	-20,396	
	No se han asumido varianzas iguales			-12,560	21,018	,000	-24,333	1,937	-28,362	-20,305	

4.3. En relación a la primera hipótesis específica

4.3.1. Nivel de impacto del cuidado

La tabla 5 evidencia que en el 55,6% de cuidadores informales de pacientes del servicio de psicología no existe impacto del cuidado, el 44,4% presenta un leve impacto del cuidado y el 0% no presenta un nivel intenso de impacto de cuidado, mientras que el 100% de cuidadores informales de pacientes de servicio de psiquiatría presentan un nivel leve de impacto del cuidado y ninguno se ubica en el nivel de no existencia de impacto del cuidado así como tampoco en el nivel de intenso impacto del cuidado.

Tabla 5

Nivel de impacto del cuidado que presentan los cuidadores informales del servicio de psiquiatría y del servicio de psicología.

			Servicio		Total	
			Psicología	Psiquiatría		
			Recuento	10	0	10
Impacto del cuidado	no existe impacto del cuidado	% dentro de Servicio	55,6%	0,0%	27,8%	
		% del total	27,8%	0,0%	27,8%	
	leve impacto del cuidado	Recuento	8	18	26	
		% dentro de Servicio	44,4%	100,0%	72,2%	
			% del total	22,2%	50,0%	72,2%
Total			Recuento	18	18	36
			% dentro de Servicio	100,0%	100,0%	100,0%
			% del total	50,0%	50,0%	100,0%

4.3.2. Prueba de hipótesis de comparación de medias para el nivel de impacto del cuidado

La tabla 6 muestra las estadísticas correspondientes al nivel de impacto del cuidado de cuidadores informales del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa - 2015, se aprecia que la media que presentan los cuidadores informales de pacientes del servicio de psicología es de 26,72 frente a una media de 37,56 de los cuidadores informales de pacientes del servicio de psiquiatría; lo que indica que los cuidadores informales de pacientes del servicio de psicología presentan niveles más bajos de sobrecarga. La desviación típica es menor en los cuidadores informales de pacientes del servicio de psiquiatría frente a los cuidadores informales de pacientes del servicio de psicología, indicando que los resultados son más homogéneos en los cuidadores informales de pacientes del servicio de psicología.

Tabla 6

Estadísticos de grupo para el nivel de impacto del cuidado

Servicio		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Impacto del cuidado	Psicología	18	26,72	5,154	1,215
	Psiquiatría	18	37,56	2,332	,550

La tabla 7 muestra los estadísticos de la prueba de hipótesis de diferencia de medias para muestras independientes que nos indica un valor de significancia de .000, valor que se encuentra por debajo de .05; es decir, que a un nivel de significancia del 5% existen diferencias entre ambos servicios. En conclusión los cuidadores informales de pacientes del servicio de psiquiatría presentan un mayor nivel de impacto del cuidado en comparación a los cuidadores informales de pacientes del servicio de psicología.

Tabla 7

Prueba de hipótesis de muestras independientes para el impacto del cuidado

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas				Prueba T para la igualdad de medias				
		F	Sig.	T	GI	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Impacto del cuidado	Se han asumido varianzas iguales	8,244	,007	-8,125	34	,000	-10,833	1,333	-13,543	-8,124
	No se han asumido varianzas iguales			-8,125	23,680	,000	-10,833	1,333	-13,587	-8,079

4.4. En relación a la segunda hipótesis específica

4.4.1. Nivel de carga interpersonal

La tabla 8 indica que el 66,7% de los cuidadores informales de pacientes del servicio de psicología presentan nivel leve de carga interpersonal, el 33,3% se encuentra en el nivel intenso de carga interpersonal y ninguno se ubica en el nivel de ausencia de carga interpersonal; mientras que el 100% de los cuidadores informales de pacientes del servicio de psiquiatría se ubican en el nivel intenso de carga interpersonal y ninguno se encuentra ubicado en el nivel leve carga interpersonal ni en el nivel de ausencia de carga interpersonal.

Tabla 8

Nivel de carga interpersonal

			Servicio		Total
			Psicología	Psiquiatría	
		Recuento	12	0	12
Carga interpersonal	Leve carga interpersonal	% dentro de Servicio	66,7%	0,0%	33,3%
		% del total	33,3%	0,0%	33,3%
	Intensa carga interpersonal	Recuento	6	18	24
		% dentro de Servicio	33,3%	100,0%	66,7%
Total		% del total	16,7%	50,0%	66,7%
		Recuento	18	18	36
		% dentro de Servicio	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	50,0%	50,0%	100,0%

4.4.2. Prueba de hipótesis de comparación de medias para el nivel de carga interpersonal

La tabla 9 se aprecia que la media de los cuidadores informales de pacientes del servicio de psicología (12,78) se ubica en el nivel leve de carga interpersonal, mientras que la media de los cuidadores informales de pacientes del servicio de psiquiatría (17,78) se ubica en un nivel intenso de carga interpersonal. La desviación típica es menor en los cuidadores informales de pacientes del servicio de psiquiatría (1,215) frente a los cuidadores informales de pacientes del servicio de psicología (2,463), indicando que los resultados son más homogéneos en los cuidadores informales de pacientes del servicio de psiquiatría.

Tabla 9

Estadísticos de grupo para la carga interpersonal

	Servicio	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Carga interpersonal	Psicología	18	12,78	2,463	,580
	Psiquiatría	18	17,78	1,215	,286

La tabla 10 nos permite apreciar los estadísticos de la prueba de hipótesis de diferencia de medias para muestras independientes muestran un valor de significancia de ,000 valor que se encuentra por debajo de .05; es decir que a un nivel de significancia del 5% existen diferencias en los nivel de carga interpersonal de cuidadores informales de pacientes del servicio de psicología y psiquiatría. En conclusión los cuidadores informales de pacientes del servicio de psicología presentan niveles más bajos de carga interpersonal a diferencia de los cuidadores informales de pacientes del servicio de psiquiatría quienes presentan un nivel intenso.

Tabla 10

Prueba de hipótesis de muestras independientes para el nivel de carga interpersonal

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias							
		F	Sig.	T	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia		
										Inferior	Superior
Carga interpersonal	Se han asumido varianzas iguales	6,062	,019	-7,724	34	,000	-5,000	,647	-6,316	-3,684	
	No se han asumido varianzas iguales			-7,724	24,817	,000	-5,000	,647	-6,334	-3,666	

4.5. En relación a la tercera hipótesis específica

4.5.1. Nivel de expectativas de autoeficacia

La tabla 11 nos permite apreciar que el 88,9% de los cuidadores informales de pacientes del servicio de psicología no presentan expectativas de autoeficacia, el 11,1% presenta leves expectativas de autoeficacia y ninguno presenta intensas expectativas de autoeficacia; mientras que el 100% de los cuidadores informales de pacientes del servicio de psiquiatría presentan leves expectativas de autoeficacia y ninguno se ubica en el nivel de no presenta expectativas de autoeficacia ni el nivel de intensas expectativas de autoeficacia.

Tabla 11

Nivel de expectativas de autoeficacia

		Servicio		Total	
		Psicología	Psiquiatría		
Expectativas de autoeficacia	no presenta expectativas de autoeficacia	Recuento	16	0	16
		% dentro de Servicio	88,9%	0,0%	44,4%
		% del total	44,4%	0,0%	44,4%
	leve expectativas de autoeficacia	Recuento	2	18	20
		% dentro de Servicio	11,1%	100,0%	55,6%
		% del total	5,6%	50,0%	55,6%
Total		Recuento	18	18	36
		% dentro de Servicio	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	50,0%	50,0%	100,0%

4.5.2. Prueba de hipótesis de comparación de medias para el nivel de expectativas de autoeficacia

En la tabla 12 se aprecia que la media de los cuidadores informales de pacientes del servicio de psicología (9,22) se ubica en el nivel de no presenta expectativas de autoeficacia, mientras que la media de los cuidadores informales de pacientes del servicio de psiquiatría (14,06) se ubica en un leve nivel de expectativas de autoeficacia. La desviación típica es menor en los cuidadores informales de pacientes del servicio de psiquiatría (1,56) frente a los cuidadores informales de pacientes del servicio de psicología (1,353), indicando que los resultados son más homogéneos en los cuidadores informales de pacientes del servicio de psiquiatría.

Tabla 12

Estadísticos de grupo para el nivel de expectativas de autoeficacia

Servicio		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Expectativas de autoeficacia	Psicología	18	9,22	1,353	,319
	Psiquiatría	18	14,06	1,056	,249

La tabla 13 nos permite apreciar los estadísticos de la prueba de hipótesis de diferencia de medias para muestras independientes muestran un valor de significancia de ,000 valor que se encuentra por debajo de .05; es decir que a un nivel de significancia del 5% existen diferencias en los nivel de expectativas de autoeficacia de los cuidadores informales de pacientes del servicio de psicología y los cuidadores informales de pacientes del servicio de psiquiatría. En conclusión los cuidadores informales de pacientes del servicio de psicología no presentan niveles de carga interpersonal a diferencia de los cuidadores informales de pacientes del servicio de psiquiatría quienes presentan un nivel leve.

Tabla 13

Prueba de hipótesis de muestras independientes para el nivel de expectativas de autoeficacia

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias							
		F	Sig.	T	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia		
										Inferior	Superior
Expectativas de autoeficacia	Se han asumido varianzas iguales	1,113	,299	-11,950	34	,000	-4,833	,404	-5,655	-4,011	
	No se han asumido varianzas iguales			-11,950	32,103	,000	-4,833	,404	-5,657	-4,010	

4.6. Discusión

La observación de la literatura da cuenta de estudios con relación directa a nuestro tema de investigación sin embargo ninguno ha estudiado a la población con la cual se realizó el presente trabajo. Las investigaciones desarrolladas, tanto en Perú como en el extranjero, establecen que; efectivamente los cuidadores experimentan el síndrome de sobrecarga del cuidador; nuestra exploración indica que el 27,8% de cuidadores informales de pacientes con trastorno mental del servicio de psicología y que el 100% de cuidadores informales de pacientes con trastorno mental del servicio de psiquiatría presentan una intensa carga del cuidador, resultados que son corroborados y se asemejan a las estadísticas que nos presenta Isla (2010) en su investigación, quien indica que el 53% de los cuidadores principales informales de un enfermo mental presentan nivel de sobrecarga intenso y Vega (2014) en su investigación sobre el nivel de sobrecarga en el cuidador principal del paciente crónico hospitalizado señala que el 43,75% presenta sobrecarga leve.

A través de este estudio se permite dar una mirada a la problemática que presenta nuestro sistema de salud, consideramos que es necesario abordar este problema desde un punto de vista integral que considere de manera conjunta a los diferentes actores involucrados y afectados por la situación: tanto personas que cursan con la enfermedad, cuidadores formales e informales y las instituciones prestadoras de servicios de salud, entre otros.

Capítulo V

Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

Primero: El 27,8% de cuidadores informales del servicio de psicología presentan un nivel de sobrecarga intensa, mientras que el 100% de cuidadores informales del servicio de psiquiatría presentan un nivel de sobrecarga intensa.

Segundo: En el 55,6% de cuidadores informales de pacientes del servicio de psicología no existe impacto del cuidado, el 44,4% presenta un leve impacto del cuidado y el 0% presenta un nivel intenso de impacto de cuidado, mientras que el 100% de cuidadores informales de pacientes de servicio de psiquiatría presentan un nivel leve de impacto del cuidado y ninguno se ubica en el nivel de no existencia de impacto del cuidado así como tampoco en el nivel de intenso impacto del cuidado.

Tercero: El 66,7% de los cuidadores informales de pacientes del servicio de psicología presentan nivel leve de carga interpersonal, el 33,3% se encuentra en el nivel intenso de carga interpersonal y ninguno se ubica en el nivel de ausencia de carga interpersonal; mientras que el 100% de los cuidadores informales de pacientes del servicio de psiquiatría se ubican en el nivel intenso de carga interpersonal y

ninguno se encuentra ubicado en el nivel leve carga interpersonal ni en el nivel de ausencia de carga interpersonal.

Cuarto: El 88,9% de los cuidadores informales de pacientes del servicio de psicología no presentan expectativas de autoeficacia, el 11,1% presenta leves expectativas de autoeficacia y ninguno presenta intensas expectativas de autoeficacia; mientras que el 100% de los cuidadores informales de pacientes del servicio de psiquiatría presentan leves expectativas de autoeficacia y ninguno se ubica en el nivel de no presenta expectativas de autoeficacia ni el nivel de intensas expectativas de autoeficacia.

5.2. Recomendaciones

En función a los resultados encontrados se recomienda lo siguiente:

Primero: aplicar un instrumento que mida el nivel de síndrome de sobrecarga del cuidador tanto a cuidadores formales como a cuidadores informales para detectar posibles riesgos de padecer el síndrome de cuidador.

Segundo: Implementar actuaciones multidisciplinarias encaminadas a apoyar a los cuidadores tanto de forma preventiva como de soporte, ya que trabajar en ello resultara beneficioso potencialmente para todos los actores que intervienen en esta problemática.

Referencias

- Alarcón, A. M. (2003). Perfil de los cuidadores de enfermos mentales. *Revistas javeriana*, Vol. 5, Num 1.
- Aravena, K. E. (2012). Sobrecarga, apoyo y autocuidado en cuidadores informales.
- Asociación Americana de Psiquiatría, A. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5* (5ta ed.). Estados Unidos: American Psychiatric Publishing.
- Beltran S., L. A. (2009). "Sobrecarga del cuidador y Calidad de vida en pacientes con Parkinson del Hospital Base Victor Lazarte Echeagaray - EsSalud". Trujillo - Peru .
- Camacho Estrada, L., Hinojosa Arvizu, G. Y., & Jiménez mendoza, A. (Octubre-Diciembre de 2010). Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro cognitivo y su relación con el tiempo de Cuidado. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 7(4).
- Cares, C. (2007). "Aproximacion al sentimiento de carga del cuidador en un grupo de familiares de pacientes esquizofrenicos usuarios de clozapina en el control ambulatorio en el servicio de psiquiatria del Hospital Base Valdivia durante el año 2006". Chile.
- Cares, K. A. (2007). "Aproximacion al sentimiento de carga del cuidador en un grupo de familiares de pacientes esquizofrenicos usuarios de clozapina en el control ambulatorio en el servicio de psiquiatria del Hospital Base Valdivia durante el año 2006". Chile.
- Carretero Gómez, S., Garcés Ferrer, J., & Ródenas Rigla, F. (s.f.). *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial*. Obtenido de Inersomayores: <http://www.imersomayores.csic.es/documentos/polibienestar-sobrecarga-02.pdf>
- Ceballos Cardona, P. (2007). Síndrome de carga del cuidado. *Revista Colombiana Psiquiátrica*, XXXVI, 31.

- Dejo, M. (2007). *Sentido de coherencia, afrontamiento y sobrecarga en cuidadores familiares de ancianos con enfermedad mental crónica. Avances en Psicología latinoamericana*. Bogota. Colombia.
- Espinoza Miranda, K., & Jofre Aravena, V. (2012). Sobrecarga, apoyo social y autocuidado. *Ciencia y enfermería XVIII*.
- Esteban, A., & Mesa, M. (2008). Grado de tolerancia de los cuidadores ante los problemas de sus familias con demencia. *Esp Geriatr Geronto*.
- Galan, A. y. (2012). "Sobrecarga emocional del cuidador del enfermo mental ingresado en una unidad de subagudos". *Nure Investigacion*, Nª 61.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación* (Cuarta ed.). México D.F.: Mac Graw Hill.
- Hidalgo Padilla, L. (2013). "Sobrecarga y afrontamiento en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia". Lima.
- Isla, M. R. (2010). "Sobrecarga emocional del cuidador del enfermo mental ingresado en una unidad de subagudos". *Nure Investigacion*, Nª 61.
- Jablonski, S. (Enero - Abril de 1995). *BVS Revistas*. Obtenido de BVS Revistas: http://www.bvs.sld.cu/revistas/aci/vol3_1_95/aci06195.htm
- López Gil, J., Orueta Sánchez, R., Gómez Caro, S., Sánchez Oropesa, A., Carmona de la Morena, J., & Alonso Moreno, F. (Mayo de 2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica Médica Familiar*.
- Martinez Piedrola, R., & Miangolarra Page, J. C. (2006). El cuidador y la enfermedad de Alzheimer. Formación y asistencia. En R. Martinez Piedrola, & J. C. Miangolarra Page, *El cuidador y la enfermedad de Alzheimer. Formación y asistencia*. España: Universitaria Ramón Areces.
- Martinez, L. Q. (2014). "Sobrecarga de los familiares en el tratamiento de los pacientes con trastornos esquizofrenicos". *Unidad de psiquiatria del Hospital Virgen del camino Pamplona* . Chiclayo .

- Montorio Cerrato, Fernández de Trocóniz, & Sánchez Colodrón. (1998). *La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. Anales de Psicología*.
- Moreno Fergusson, M. E. (2005). Cómo cuidar a un enfermo en casa. En M. E. Moreno Fergusson, *Cómo cuidar a un enfermo en casa*. Colombia: Moderno.
- Morris , R. (1998). Factors affecting the emocional wellbeing of the caregivers of dementia sufferers. *Br J of Psychiatry*, 153, 147-156.
- Padilla, L. M. (2013). *"Sobrecarga y afrontamiento en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia"*. Lima.
- Palacios Espinosa , X., & Liménez Solanilla, K. (2008). *Estrés y depresión en cuidadores informales de pacientes con trastorno afectivo bipolar. Avances en psicología Latinoamericana*. Colombia.
- Saavedra, F. G. (2013). *"Factores asociados a mayores niveles de carga familiar en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia en actual atención ambulatoria del Hospital Victor Larco Herrera"*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima - Peru.
- Saavedra, L. (2012). *"Factores asociados a mayores niveles de carga familiar en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia en actual atención ambulatoria del Hospital Victor Larco Herrera"*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima - Peru.
- Torres P., A. M., & Pinilla A., M. (Enero-junio y Julio-Diciembre de 2003). Perfil de los cuidadores de enfermos mentales. *Investigación en enfermería*, V(1 y 3), 11. doi:ISSN 0124-2059
- Vega, G. P. (2014). Nivel de sobrecarga en el cuidador principal del paciente crónico hospitalizado.
- White, E. (1873). *Mente Caracter y personalidad*. Estados Unidos.
- White, E. (1905). *El Ministerio de Curación*. Estados Unidos: CreateSpace Independent Publishing Platform.

White, E. (1905). *El Ministerio de Curacion*. Estados Unidos: CreateSpace Independent Publishing Platform.

Zambrano Cruz, R., & Ceballos Cardona, P. (2007). Síndrome de carga de cuidador. *Revista Colombia Psiquiatría, XXXVI(1)*.

Zelada, A. V. (2009). "Sobrecarga del cuidador y Calidad de vida en pacientes con Parkinson del Hospital Base Victor Lazarte Echeagaray - EsSalud". Trujillo - Peru.

ANEXOS

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)

A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente Ud.: 1=Nunca, 2= Raramente, 3=Algunas veces, 3=Bastante a menudo y 5=Casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

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

Operacionalización de la variable

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Sobrecarga del cuidador	<ul style="list-style-type: none"> Impacto del cuidador 	<p>Efectos que tiene en él o ella la prestación de cuidadores hacia el familiar. Ítems: 1,2,3,7,8,10,11,12,13,14,17 y 22.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 12 al 27 no existe impacto en el cuidado 28 al 42 leve impacto en el cuidado 43 al 57 intenso impacto en el cuidado
	<ul style="list-style-type: none"> Relación interpersonal 	<p>Percepción que el cuidador tiene de su relación con la persona que cuida. Ítems: 4,5,6,9,18,19</p>	<ul style="list-style-type: none"> 3 al 10 no presenta expectativas de autoeficacia 11 al 17 presenta leves expectativas de autoeficacia 18 al 23 presenta intensas expectativas de autoeficacia
	<ul style="list-style-type: none"> Expectativa de autoeficacia 	<p>Refleja la creencia entorno a su capacidad para cuidar y su expectativa acerca de sus posibilidades para mantener en el tiempo la situación del cuidado. Ítems: 15, 16, 20 y 21</p>	<ul style="list-style-type: none"> 3 al 8 no presenta carga interpersonal 9 al 13 presenta leve carga interpersonal 14 al 19 presenta intensa carga interpersonal