



BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “DR. RAFAEL SERRANO”

**INCIDENCIA DEL SÍNDROME DE CUIDADOR QUEMADO EN FAMILIARES DE
PACIENTES CON ADICCIONES EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DR.
RAFAEL SERRANO DE 2021 A 2022.**

Tesis para obtener el diploma de la especialidad en Psiquiatría

Presenta

Médico Residente.

Brianda Yazmin Peinado Sánchez

Asesor experto:

Dra. Elizabeth Márquez Ochoa

Asesor metodológico:

Enrique Torres Rasgado



Heroica Puebla de Zaragoza, marzo 2023

AGRADECIMIENTOS

A Dios que sin él nada de esto sería posible, que en los momentos más difíciles me ha dado fortaleza y cuando he caído me ha levantado, al regalo de la vida que me permite despertar día a día.

A mi madre que me ha apoyado en esta travesía llamada residencia, la cual dejó su casa, familia para ayudarme con el cuidado de mi hija.

Mi amada hija Sofía Valentina quien le vino a dar colorcito a mi existencia, el combustible de mi vida y mi compañera de vida.

A mis hermanos Brenda y Ulises quien me permitieron tener a mi madre cerca y privándose ellos de su presencia. A mis sobrinos Jander y Carito que me dan aliento a seguir adelante.

A mi abuelita Juana que me cuidó los primeros años de vida y para mí es una madre. Grandes amigos que hice en la residencia, Christian que fue un pilar muy importante en la misma. Marquito en apoyarme cuando fue mi r más y ahora adscrito, Luisito quien me apoyo en la distancia en todo momento aún con ocupaciones como su residencia.

A mis profesores por invertir tiempo, dedicación y paciencia para formarme como Psiquiatra y a quien les aprendí no solo conocimiento, sino además calidad humana.

A mi jefa de enseñanza la Dra. Laura a quién le tomé cariño, admiración, respeto y ha sido hasta el día de hoy un apoyo en todos los aspectos, al igual con mi madre e hija.

Desde Luego a mis asesores la Dra. Elizabeth Márquez y el Dr. Torres Rasgado quienes estuvieron al pendiente de mis dudas, orientándome, teniendo paciencia y sin su apoyo la realización de esta tesis no sería posible.

Y no olvidar a Luneta y Kitty que alegran mi corazón.

ÍNDICE

Lista de abreviaturas	4
Lista de tablas	4
Lista de figuras.....	5
Resumen.....	6
1. Antecedentes	6
4. Pregunta de investigación	12
5. Hipótesis	12
6. Objetivos.....	12
6.1 Objetivos generales:	12
6.2 Objetivos específicos:	13
7. Material y métodos	13
7.1 Diseño del estudio.....	13
7.2 Población y muestra.....	13
7.3 Criterios de inclusión	14
7.4 Criterios de exclusión.....	14
7.5 Criterios de eliminación.....	14
7.6 Variables	15
7.6.1 Dependiente.....	15
7.6.2 Independiente:	15
7.7 Operacionalización de una variable	15
8. Resultados	21
9. Discusión.....	28
10. Conclusiones.....	33
11. Bibliografía.....	34
12. Anexos	37
12.1 Cronograma.....	38
12.2 Definición conceptual.....	39
12.3 Escala de sobrecarga del cuidador de zarit	41
12.4 Escala de sobrecarga de cuidador de zarit abreviada	43

12.5 Consentimiento informado	44
--	-----------

Lista de ABREVIATURAS

DI: Discapacidad intelectual

Dr: Doctor

F: Faltante

IC: Intervalo de confianza

N: Tamaño de la población

OR: Odds ratio

P: Valor probabilístico

R: Realizado

SCQ: Síndrome de cuidador quemado.

TN: Trastorno neurocognitivo.

TSP: Trastorno por consumo de sustancias

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características demográficas y clínica de la población de estudio

Tabla 2. Comparación de las características comparando los cuidadores primarios con y sin ausencia de síndrome del cuidador quemado.

Tabla 3. Características demográficas y clínica de la población de estudio

Tabla 4. Comparación de las características comparando los cuidadores primarios con y sin ausencia de síndrome del cuidador quemado.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Frecuencia de trastornos que presentaron los familiares cuidados.

Figura 2. Porcentaje de familiares que presentaron síndrome de sobrecarga del cuidador (incluyendo a todos los cuidadores).

Figura 3. Porcentaje de familiares que presentaron síndrome de sobrecarga del cuidador (incluyendo sólo a aquellos que tuvieran más de cinco años como cuidadores).

Figura 4. Porcentaje de familiares que presentaron síndrome del cuidador quemado.

RESUMEN

Introducción. Las adicciones dan una gran discapacidad al entorno familiar del paciente con consumo de sustancias, causando problemas económicos y de salud.

Objetivo. Identificar la incidencia del síndrome de cuidador quemado en familiares de pacientes con adicciones en el Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano de 2021.

Material y métodos. Estudio descriptivo, observacional, transversal, estudiando cuidadores primarios de pacientes del Hospital Rafael Serrano de Puebla. Se calculó una muestra de 325 pacientes, con un nivel de confianza de 95%. Se incluyeron todos los cuidadores de 18 a 65 años, con domicilio actual en Puebla, que firmaran el consentimiento informado. Se excluyeron cuidadores con consumo perjudicial de sustancias, cursaran alguna patología psiquiátrica, o alguna enfermedad crónico-degenerativa sin tratamiento. La variable de estudio fue la presencia de síndrome de cuidador primario, la cual se midió con la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit; mientras que la variable asociada fue el ser cuidador primario de un paciente con adicciones.

Resultados. Encontramos la presencia de síndrome del cuidador quemado en 27 cuidadores de un total de 50, de ellos el 66.7% (n=18) tenía un familiar con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias, en comparación con cuidadores de otros pacientes y trastornos como esquizofrenia el 14.8% (n=4), discapacidad intelectual el 13.8% (n=4) y trastorno neurocognitivo el 1% (n=3.7).

Conclusiones. Los cuidadores primarios con más de cinco años siendo cuidadores, sobre todo aquellos que tienen como paciente uno con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias, tienen un mayor riesgo de síndrome del cuidador quemado.

1. ANTECEDENTES

Los problemas de salud mental y adicciones afectan a millones de personas a nivel mundial, además se encuentran dentro de las principales causas de discapacidad en el mundo. (Kourgiantakis,2019).

Los trastornos por consumo de alcohol y drogas tienen consecuencias físicas, mentales y socioeconómicas devastadoras, no solo para los pacientes sino también para sus familias.

Se estima que un total de 246 millones de personas, o 1 de cada 20 personas entre las edades de 15 y 64 años, consumió una droga ilícita en 2013, o los dos mil millones de bebedores alcohólicos a nivel mundial. Eso representa un aumento de 3 millones con respecto al año anterior.

La magnitud del problema mundial de las drogas se hace más evidente si se considera que más de 1 de cada 10 consumidores de drogas padece trastorno por consumo o dependencia, los cuales afectan la calidad de vida no sólo de los consumidores sino de otros miembros de la familia, incluidos la seguridad financiera, la salud mental, las redes sociales y la productividad. El costo se acerca al 2% del producto interno bruto de algunos países. (Mannelli, 2013).

En los Estados Unidos uno de cada cinco adultos (43.6 millones) presenta un trastorno mental en un periodo de un año, de los cuales 21,5 millones de personas presentan un trastorno por consumo de sustancias. (Kourgiantakis, 2019).

La familia es un sistema humano en cambio constante, que influye permanentemente y de forma recíproca en sus miembros.

En el análisis del sistema familiar, se pueden destacar, como elementos sincrónicos, la estructura y dinámica de un momento concreto y, como elemento diacrónico, el ciclo vital de la familia.

La estructura familiar la componen los miembros de la familia organizados en subsistemas entre los que existen límites que tienen como objetivo proteger la diferenciación del sistema y facilitar la integración de sus miembros en él.

La dinámica familiar o los vínculos relacionales entre sus integrantes están articulados por emociones, comunicaciones, normas y roles. La familia dispone de recursos como la cohesión, la adaptabilidad, las normas, los valores y las conductas para afrontar tensiones y auxiliar a sus integrantes en caso de enfermedad, los cuales se activan cuando se expone a momentos críticos.

A principios del siglo XX los trabajadores sociales hicieron su intervención en los hogares de los usuarios con algún tipo de adicción, dónde observaron el funcionamiento de las familias y su participación en la adicción.

Ante la enfermedad de uno de los miembros, por lo general aparece la disposición de uno de sus integrantes como cuidador directo, y se inicia así una alteración en la dinámica familiar que se ha igualado al duelo como situación estresante crónica.

Se considera que, si no se supera de modo satisfactorio, puede determinar una serie de alteraciones entre las que se incluyen el llamado Síndrome del cuidador.

El concepto de carga (tomado del inglés *burden*) fue planteado por primera vez en los años 60 por Brad y Sainsbury en estudios de cuidadores de pacientes con trastornos psiquiátricos. Luego fue descrito en 1974 por Freudenberguer e indicaba agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado. La carga familiar en el ámbito gerontológico se comenzó a plantear en los años 80.

El cuidador presenta una serie de alteraciones físicas y de salud como: quejas somáticas, dolor crónico en aparato locomotor, cefalea tensional, astenia, fatiga crónica, alteración del ciclo sueño- vigilia, deterioro de la función inmune, mayor predisposición a úlcera péptica y enfermedad cardiovascular, entre otras.

Además de que el cuidador puede presentar problemas relacionados con la automedicación, así como impacto económico al dejar de trabajar en muchas ocasiones para dedicarse al cuidado del enfermo, por otra parte, el cuidado del paciente genera gastos en alimentación, medicación constituyendo otro motivo de tensión y estrés. En la presencia de trastornos adictivos, toda la estructura familiar puede estar estremecida, los familiares sufren grados variados de aproximación y de distanciamiento, frente a los impactos negativos de este comportamiento. (Marcon,2011).

A veces, los problemas complementarios o reflectantes pueden cristalizar la relación en una dimensión codependiente, donde el miembro "no enfermo" se preocupa demasiado por las dificultades del otro y renuncia a sus propios deseos y necesidades. Por supuesto, este concepto puede conducir al riesgo de patologizar funciones de cuidado que de otra manera serían normales, particularmente aquellas que tienen que ver con la empatía y el autosacrificio.

En un "juego de roles", los miembros a menudo deben cambiar sus roles familiares convencionales o agregar funciones nuevas, a menudo inapropiadas, para adaptarse al comportamiento impredecible, poco confiable y a veces exigente del abusador de sustancias. Por lo general, el individuo se dedica a buscar o usar sustancias la mayor parte

del tiempo y, a menudo, está incapacitado por los efectos del alcohol o las drogas, lo que lo deja incapaz de cumplir con responsabilidades en la familia.

Los roles vacantes pueden redistribuirse y algunos miembros de la familia, especialmente los niños, pueden tener que asumir responsabilidades excesivas. Los efectos de la carga a menudo se extienden más allá del núcleo familiar.

Los miembros de la familia extendida pueden compartir sentimientos de preocupación, miedo, ira, vergüenza o culpa; es posible que deseen ignorar o defenderse del individuo que abusa de sustancias. (Mattoo,2013).

Los efectos transgeneracionales del abuso de sustancias pueden tener un impacto negativo en el modelo a seguir y los conceptos de comportamiento normativo, lo que daña las relaciones entre generaciones y continúa influyendo en el funcionamiento familiar mucho más allá de la vida del miembro "enfermo", especialmente entre aquellas culturas donde la familia extensa es un punto de referencia importante.

Existe una creciente conciencia del impacto de las adicciones en los usuarios y en las familias, con más de 100 millones de miembros de la familia afectados por la adicción de un pariente.

La adicción de un miembro de la familia tiene muchos efectos adversos para las familias, como altos niveles de angustia, problemas de salud, conflictos familiares, violencia doméstica, maltrato infantil y precariedad financiera.

Los estudios también informan que los costos de salud para los miembros de la familia que enfrentan la adicción de una persona importante son considerablemente más altos que los miembros de la familia que no tienen un familiar con una adicción. A pesar del impacto negativo en las familias, el tratamiento de la adicción se ha centrado históricamente en el individuo. (Sharma,2019).

Csiernik describió los servicios centrados en la familia como el "aspecto descuidado del tratamiento de la adicción" y otros investigadores han declarado que los proveedores de servicios ven a los miembros de la familia como "adjuntos" y no son percibidos como una parte integral del tratamiento de la adicción. Esto crea una barrera significativa para la participación familiar en las adicciones. La participación de los miembros de la familia en el tratamiento de adicciones de rutina se ha documentado como importante por dos razones importantes e interrelacionadas.

Primero, como se mencionó anteriormente, las familias se ven afectadas negativamente y los servicios centrados en la familia pueden ayudar a reducir el daño a los miembros individuales de la familia y a toda la unidad familiar.

Una segunda razón convincente para involucrar a las familias en el tratamiento de la adicción es que la participación familiar aumenta la entrada al tratamiento, mejora la finalización del tratamiento y también está relacionada con mejores resultados de tratamiento para el individuo que enfrenta la adicción.

Esto es relevante cuando se considera el hecho de que solo el 20% (o menos) de las personas con trastornos por uso de sustancias buscan tratamiento. Entre los que reciben tratamiento, aproximadamente el 50% abandona el tratamiento y la finalización del tratamiento es uno de los factores más estrechamente asociados con los resultados positivos del tratamiento. (Li, 2020).

Aunque los estudios han documentado evidencia sólida cuando se involucra a las familias en el tratamiento de adicciones, la mayoría de los servicios se dirigen al individuo con la adicción y hay poca evidencia de enfoques enfocados en la familia en la provisión de servicios para adicciones. Los investigadores de adicciones han identificado tres categorías de intervenciones familiares: trabajar con miembros de la familia para promover la entrada y participación en el tratamiento del individuo con la adicción; involucrar a miembros de la familia en el tratamiento del individuo con la adicción; y proporcionar servicios a miembros de la familia por derecho propio. (Kourgiantakis, 2018).

Se considera que un cuidador principal es la persona que presta un cuidado informal, no recibe remuneración o retribución económica. Se catalogan como principales o primarios y secundarios, según el grado de responsabilidad en el cuidado. Son definidos como aquellas personas que asisten o cuidan a otra afectada con alguna discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones. El cuidado de una persona dependiente supone un exceso de trabajo. La jornada de los cuidadores suele ser larga, la mayoría presta ayuda más de cinco horas y sin horario determinado, en la mañana, tarde y noche. Esta circunstancia genera cambios importantes en la vida de los cuidadores a nivel personal, familiar, laboral y social. Aparecen problemas de salud, con una sobrecarga física y emocional que algunas veces puede desembocar en el abandono de la actividad de cuidar. Esto es lo que se conoce como “síndrome del cuidador”

o “sobrecarga del cuidador”. Existen diversas pruebas para dimensionar los efectos emocionales adversos que manifiesta el cuidador frente a la rutina diaria de atender a una persona, es decir la carga del cuidador. Una de las más utilizadas es la Zarit Burden Interview, que califica el grado de sobrecarga que presenta una persona al cuidar. Esta evaluación incluye factores emocionales, físicos, financieros, así como la actitud del cuidador hacia el receptor de los cuidados, la relación entre ellos, y los comportamientos y actitudes expresados por el receptor de cuidados. Por todo esto, la escala mide el riesgo de deterioro de su vida social, laboral, familiar, los problemas económicos y el sentimiento de sobrecarga en el rol de cuidar. (Giraldo, 2018).

La investigación psiquiátrica sobre la prestación de cuidados ha reconocido cada vez más el precio que pagan las familias de las personas con problemas de salud mental y su contribución al proceso de atención. Sin embargo, el análisis se ha limitado tradicionalmente a familiares de personas con trastornos mentales como esquizofrenia, trastorno bipolar o demencia, y las investigaciones sobre el consumo de drogas y alcohol han ido siguiendo lentamente el camino.

El retraso se debe quizás a una progresión difícil desde centrarse en el papel de la familia en la generación o agravamiento de los problemas del consumidor de drogas, pasando por identificar a los miembros de la familia como receptores de cuidados, hasta aprender qué pueden ofrecer al manejo de la adicción. Aún hoy, los principales desafíos siguen siendo la ampliación de la atención del tratamiento por abuso de sustancias del individuo a la familia y su participación activa en el proceso de recuperación. (Mannelli, 2013).

En México la línea de investigación en relación a las adicciones y sus implicaciones en el contexto familiar hasta ahora están poco exploradas, sin encontrar registros de estudios similares.

2. JUSTIFICACIÓN

Para mi proyecto de tesis deseo ver la incidencia del cuidador quemado en los familiares de pacientes con adicciones, debido a que la situación actual de las adicciones son un problema creciente de salud pública en nuestra sociedad, de cronicidad en la mayoría de los usuarios. En una patología que no sólo involucra al paciente si no a los familiares, amigos, etc. Los

familiares quienes se convierten en cuidadores del enfermo, tienen una alta incidencia de desarrollar algún trastorno mental, el síndrome de cuidador quemado se ha asociado a un peor pronóstico en la evolución del individuo con adicción.

Se pretende que esta tesis sirva como parteaguas para la elaboración de un programa donde se trate al familiar con ayuda multidisciplinaria, dar talleres acerca de las adicciones y cómo lidiar la sobrecarga física, emocional que conlleva el cuidado de este tipo de pacientes.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las adicciones hoy en día son un problema de salud pública al alta, en el cual se ven inmersas diferentes sectores de la población, sin importar condición racial, económica, en la cual se ve afectado la estructura familiar. Generalmente un miembro de la familia asume el papel de cuidador del adicto, siendo más directamente relacionado con el cuidado y apoyo afectivo al mismo. Esta situación no solo afecta directamente su calidad de vida, sino que predispone el surgimiento de síntomas de desgaste. Afectado no sólo al cuidador, también al adicto.

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la incidencia del síndrome de cuidador quemado en familiares de pacientes con adicciones en el Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano de 2021?

5. HIPÓTESIS

Hipótesis alternativa: “La incidencia del síndrome del cuidador quemado es más alta en familiares de pacientes adictos”.

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivos generales:

- Identificar la incidencia del síndrome de cuidador quemado en familiares de pacientes con adicciones en el Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano de 2021.

6.2 Objetivos específicos:

- Describir los resultados de la aplicación del Test de detección del cuidador quemado de Zarit a los acompañantes de los usuarios que acuden a consulta con ellos en Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano.
- Identificar a los cuidadores primarios con síndrome de cuidador quemado.
- Canalizar al servicio de psicología al usuario con el cuidador primario.
- Determinar la evolución del usuario con adicciones y presencia de cuidador primario con ese síndrome.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1 Diseño del estudio.

Se realizó un estudio con las siguientes características:

- Por su objetivo: descriptivo.
- Casos: usuarios con adicción.
- Controles: usuarios con discapacidad intelectual, esquizofrenia, trastorno neurocognitivo mayor, sin adicción.
- Por la asignación de la maniobra: observacional.
- Por la población homodémico.
- Por temporalidad: Transversal prolectivo.

7.2 Población y muestra.

Cuidadores primarios de los pacientes con atención en Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano de Puebla.

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

Fórmula:

- (N) Tamaño de la población: 2100 pacientes al año.
- Nivel de confianza: 95%.
- (e) Margen de error: 5%.
- (Z) Puntuación z: 1.96
- Tamaño de la muestra: 325.

7.3 Criterios de inclusión

- Ser cuidador primario.
- Hombre o mujer ≥ 18 años hasta los 65 años.
- Con domicilio actual en la Ciudad de Puebla.
- Firmar consentimiento informado.

7.4 Criterios de exclusión

- Que el cuidador primario curse con un consumo perjudicial de tabaco, alcohol, sustancias ilícitas.
- Que el cuidador primario curse con patología psiquiátrica.
- Que el cuidador primario curse con enfermedad crónico degenerativa, sin tratamiento.

7.5 Criterios de eliminación

- Abandono voluntario.
- Cambio de residencia.
- Muerte del cuidador.

7.6 Variables

7.6.1 Dependiente: Síndrome del cuidador quemado.

7.6.2 Independiente: Cuidador primario de un paciente con adicciones del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano.

7.7 Operacionalización de una variable

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Unidad de medida	Instrumento
Síndrome de cuidador quemado	Respuesta multidimensional de la apreciación negativa y estrés percibido resultado del cuidado de un individuo, usualmente familiar, que padece una condición médica. Los síntomas pueden ir desde frustración e irritabilidad por la dificultad para llevar sus roles y tareas que previamente se tenían, hasta trastorno de ansiedad, depresión, empeoramiento de patologías pre-existentes y fatiga.	Medida a través de la aplicación de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit	Dimensional	0 = Nunca 1 = Rara vez 2 = Algunas veces 3 = Varias veces 4 = Casi siempre	Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit
Sexo	Conjunto de características		Categorica dicotómica	a) Hombre b) Mujer	

	biológicas, físicas, anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer.	Proporcionado por el familiar			Entrevista
Edad	Años de vida que tiene el cuidador hasta el momento de la entrevista	Proporciona por el familiar	Categórica nominal	a) 18 años b) 30 años c) 40 años d) 50 años e) 60 años	Entrevista
Tiempo en el cuidado	Tiempo que lleva el cuidador a cargo del paciente	Proporcionado por el familiar	Categórica nominal	a) < de 1 año b) 1-5 años c) 5-10 años d) 10-20 años e) >20 años	Entrevista
Parentesco	Lazos consanguíneos o no consanguíneos que unen al proveedor de cuidados con la persona.	Proporcionado por el familiar	Categórica nominal	a) Hija (o) b) Esposa (o) c) Padre d) Madre e) Hermana(o) f) Sobrina (o) g) Otros Especificar_____	Entrevista

7.9 Instrumentos

Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit

El Objetivo de la Escala Zarit es medir la sobrecarga del cuidador evaluando dimensiones como calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente cuidado. Las preguntas de la escala sin tipo Likert de 5 opciones:

	Pregunta	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1	¿Piensa que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no					

	dispone de tiempo suficiente para usted?					
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Cree que la situación actual afecta negativamente a 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 usted?					
9	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
10	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar a su familiar?					
12	¿Siente 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 a su familiar?					
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le debe 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 sería capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					

17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22	Globalmente ¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

Aplicación

Esta escala puede ser autoaplicada o aplicada por el profesional que realiza el control de la salud.

Interpretación

Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 22 y 110 puntos.

Frecuencia	Puntuación
Nunca	1
Rara vez	2
Algunas veces	3
Bastantes veces	4
Casi siempre	5

Este resultado clasifica al cuidador en:

Puntaje total:

Ausencia de sobrecarga	≤ 46
Sobrecarga ligera	47-55
Sobrecarga intensa	≥ 56

Escala de sobrecarga de cuidador de Zarit abreviada

Nombre de cuidador: _____

Edad: _____ Residencia: _____ Fecha de aplicación: _____

Genero: _____ Celular: _____ Años de cuidador: _____

Diagnóstico de su familiar: _____ Comorbilidad de cuidador: _____

Instrucciones: después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

Pregunta		Nunca 1	Rara vez 2	Algunas veces 3	Bastantes veces 4	Casi siempre 5
1	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
2	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
3	¿Piensa que cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					

4	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
5	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
7	Globalmente ¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 7 y 35 puntos.

Este resultado clasifica al cuidador

Ausencia de sobrecarga	7-16 puntos
Sobrecarga intensa	≥17 puntos

Puntaje total: _____

Adaptado de: Breinbauer KH, Vásquez VH, Mayanz SS, Guerra C, Millán KT. Validación en Chile de Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Rev Med Chil. 2009 May;137(5):657-65.

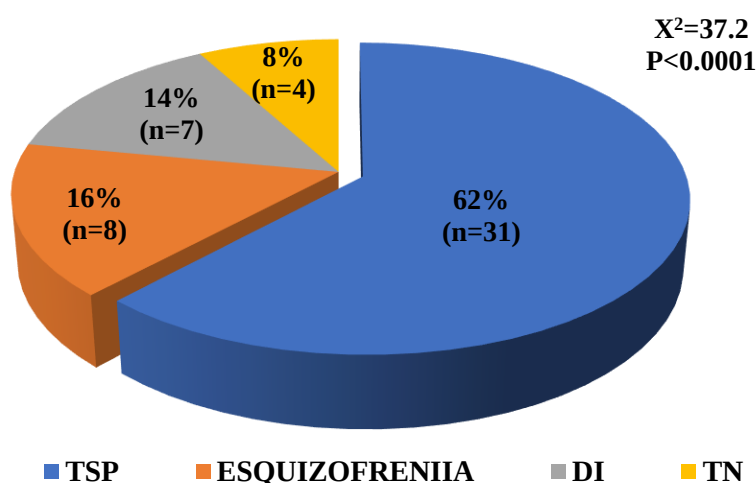
8. RESULTADOS

Acorde a los datos recabados en esta investigación, se investigó en el departamento de estadística del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano encontrando que en el periodo de investigación correspondiente acudieron a solicitar atención médica a dicha unidad un total de 2100 pacientes con diagnóstico de Trastorno por consumo de sustancias por los que se consideraron en esta investigación. Posterior a eliminar aquellos pacientes que fueron valorados en más de una ocasión en esta unidad y aquellos que no cumplían criterios de inclusión o cumplían algún criterio de exclusión tuvimos una muestra total de noventa y cinco pacientes potencialmente elegibles a ingresar al protocolo de estudio.

Del 100% (n=95) de los participantes candidatos que ingresaron al protocolo de estudio, los cuales cumplían con los criterios de inclusión ya descritos, sólo se incluyeron 50 participantes posterior a la aplicación de criterios de exclusión y eliminación.

Respecto a los pacientes del estudio, el 62% (n=31) tuvieron diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias; 16% (n=8) de esquizofrenia; 14% (n=7) de discapacidad intelectual y 8% (n=4) de trastorno neurocognitivo, con datos estadísticamente significativos ($\chi^2=37.2$, $P<0.0001$).

Figura 1. Frecuencia de trastornos que presentaron los familiares cuidados.



Abreviaturas: TSP: Trastorno por consumo de sustancias; DI: Discapacidad intelectual; TN: Trastorno neurocognitivo. **Fuente:** Muestra de cuidadores tomada del Hospital Psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano".

Los cuidadores estudiados tuvieron una media de edad de 48.8 ± 13.8 años, con una mediana de tiempo de ser cuidador de 9.5 (3.8-20.3) años; siendo el 82% mujeres (n=41). El 26% (n=13) presentaba alguna comorbilidad médica, y la mediana del puntaje de la escala de Zarit abreviada para síndrome del cuidador quemado fue de 17.0 (10.8-27.3).

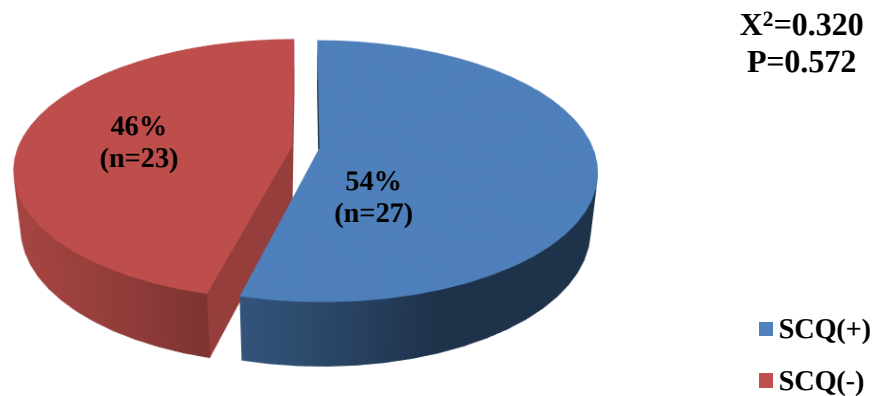
Tabla 1. Características demográficas y clínica de la población de estudio

Variable		P Valor
Edad (años)	48.8 ± 13.8	
Genero		
Femenino, n (%)	41 (82.0)	P<0.001
Masculino, n (%)	9 (18.0)	
Comorbilidad		
Si n (%)	13 (26.0)	P<0.001
No n (%)	37 (74.0)	
SCQ (puntaje en la escala de Zarit)	17.0 (10.8-27.3)	
Tiempo de ser cuidador (años)	9.5 (3.8-20.3)	

Abreviaturas: SCQ: Síndrome de Cuidador Quemado. Fuente: Muestra de cuidadores tomada del Hospital Psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano".

El porcentaje de familiares que presentaron síndrome del cuidador quemado en base a la escala abreviada de Zarit fue del 54% (n=27), en contraste con el 46% (n=23) que no presentaron este síndrome.

Figura 2. Porcentaje de familiares que presentaron síndrome de sobrecarga del cuidador (incluyendo a todos los cuidadores).



Abreviaturas: SCQ: Síndrome de Cuidador Quemado. Fuente: Muestra de cuidadores tomada del Hospital Psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano".

La mediana de edad de los cuidadores con síndrome del cuidador quemado fue de 54.5 (41.5-60.0) años, comparado con los cuidadores que no tuvieron este síndrome, que fue de 50.0 (37.8-57.3) años; no obstante, no se encontró que la edad fuera un factor estadísticamente significativo ($p=0.377$).

Entre aquellos pacientes con síndrome cuidador quemado, el 33.3% ($n=9$) presentaban alguna comorbilidad médica; no obstante, no se encontró diferencia estadísticamente significativa sobre la asociación entre presencia de síndrome sobrecarga y comorbilidad médica ($p=0.200$).

La media del puntaje de la escala abreviada de Zarit para los cuidadores con este síndrome fue de 25.2 ± 5.1 . Por otro lado, el puntaje promedio de aquellos cuidadores sin síndrome de sobrecarga fue de 10.2 ± 2.6 ; dichos resultados se encontraron estadísticamente significativos ($p<0.0001$).

La mediana del tiempo de ser cuidador en aquellos cuidadores con este síndrome fue de 10.0 (7.0-30.0) años, en comparación con aquellos sin síndrome fue de 5.0 (2.0-19.0); dichos datos también fueron estadísticamente significativos ($p=0.007$).

Del total de 27 cuidadores en los cuales se encontró síndrome del cuidador quemado, el 66.7% ($n=18$) tenían un paciente con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias; el 14.8% ($n=4$) de esquizofrenia; el 13.8% ($n=4$) de discapacidad intelectual; y el 1% ($n=3.7$)

de trastorno neurocognitivo. No obstante, no se encontró que la presencia de un diagnóstico en particular tuviera asociación estadísticamente significativa para la presencia de síndrome de sobrecarga del cuidador ($p=0.650$).

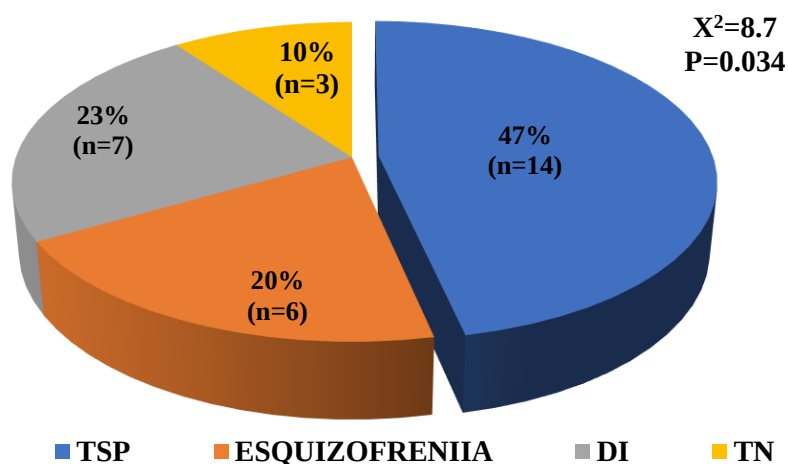
Tabla 2. Comparación de las características comparando los cuidadores primarios con y sin ausencia de síndrome del cuidador quemado.

Variable	Sobrecarga (-) (n=23)	Sobrecarga (+) (n=27)	P valor
Edad (años)	50.0 (37.8-57.3)	54.5 (41.5-60.0)	0.377
Genero			
Femenino n (%)	19 (82.6)	22 (81.5)	P=0.918
Masculino n (%)	4 (17.4)	5 (18.5)	
Comorbilidad			
Si n (%)	4 (17.4)	9 (33.3)	P=0.200
No n (%)	19 (82.6)	18 (66.7)	
SCQ (puntos)	10.2 $\pm$ 2.6	25.2 $\pm$ 5.1	P<0.0001
Tiempo de ser cuidador (años)	5.0 (2.0-19.0)	10.0 (7.0-30.0)	0.007
Patologías			
TSP	13 (56.5)	18 (66.7)	P=0.650
ESQUIZOFRENIA	4 (17.4)	4 (14.8)	
DI	3 (13.0)	4 (13.8)	
TN	3 (13.0)	1 (3.7)	

Abreviaturas: SCQ: Síndrome del Cuidador Quemado; TSP: Trastorno por consumo de sustancias; DI: Discapacidad intelectual; TN: Trastorno neurocognitivo. **Fuente:** Muestra de cuidadores tomada del Hospital Psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano".

Cabe señalar que, en un análisis posterior, se desglosó a aquella población que tuviera más de cinco años siendo cuidadores primarios, la frecuencia de trastornos que presentaron los familiares cuidados fue del 47% (n=14) para trastorno por consumo de sustancias prohibidas, 20% (n=6) para esquizofrenia, 23% (n=7) para discapacidad intelectual y 10% (n=3) para trastorno neurocognitivo. Siendo estadísticamente significativo ($P=0.034$).

Figura 3. Porcentaje de familiares que presentaron síndrome de sobrecarga del cuidador (incluyendo sólo a aquellos que tuvieran más de cinco años como cuidadores).



Abreviaturas: TSP: Trastorno por consumo de sustancias; DI: Discapacidad intelectual; TN: Trastorno neurocognitivo. **Fuente:** Muestra de cuidadores tomada del Hospital Psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano".

Se encontró, además mayoría de mujeres, con un 73.3% (n=22) mostrando significancia estadística ($P=0.034$), una media de edad en años de 52.5 ± 12.1 . Una media de ser cuidador de 19.0 (10.0-27.8) años, una media del puntaje en la escala abreviada de Zarit para síndrome del cuidador quemado de 21.0 (13.5-28.3). Así como una ausencia de comorbilidad en los cuidadores con una media de 22(73.3) con significancia estadística ($P=0.034$).

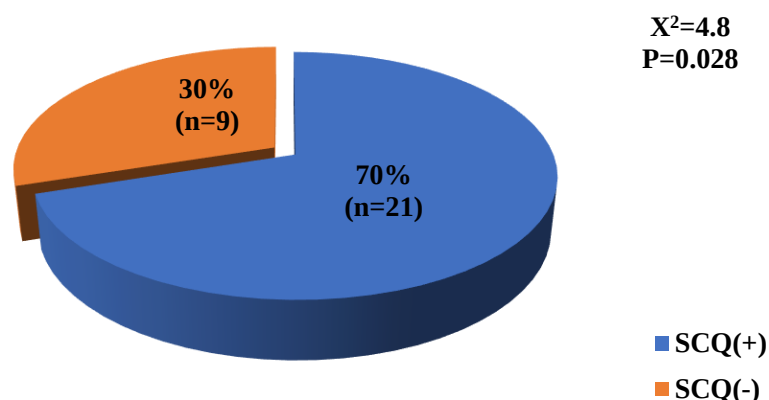
Tabla 3. Características demográficas y clínica de la población de estudio

Variable		P Valor
Edad (años)	52.5 ± 12.1	
Genero		
Femenino, n(%)	22 (73.3)	P=0.034
Masculino, n(%)	8 (26.7)	
Comorbilidad		
Si n(%)	8 (26.7)	P=0.034
No n(%)	22 (73.3)	
SCQ (puntos)	21.0 (13.5-28.3)	
Tiempo de ser cuidador (años)	19.0 (10.0-27.8)	

Abreviaturas: SCQ: Síndrome de Cuidador Quemado. **Fuente:** Muestra de cuidadores tomada del Hospital Psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano".

El porcentaje de familiares que presentó síndrome del cuidador quemado fue de 70% (n=21), en contraste con el 30% (n=9) que no lo presenta, teniendo significancia estadística (P=0.028).

Figura 4. Porcentaje de familiares que presentaron síndrome del cuidador quemado.



Fuente: Muestra de cuidadores tomada del Hospital Psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano".
Abreviaturas: SCQ: Síndrome de Cuidador Quemado.

La media de edad de los cuidadores con síndrome del cuidador quemado fue de 51.4 ± 12.5 (n=21), comparado con los cuidadores que no tuvieron este síndrome, que fue de 55.1 ± 11.3 (n=9); no se encontró que la edad fuera un factor estadísticamente significativo (P=0.453). Predominando en el género femenino con una media de 76.2% (n=6) en comparación con el género masculino 23.8% (n=5) sin presentar significancia estadística (P=0.538).

Entre aquellos pacientes con síndrome cuidador quemado, el 28.6% (n=6) presentaban alguna comorbilidad médica; en comparación con el 78.2% (n=7) que no presento comorbilidad ni síndrome del cuidador quemado.

La media del puntaje de la escala abreviada de Zarit para los cuidadores con este síndrome fue de 25.5 ± 5.3 ; en comparación con aquellos que no presentan este síndrome 10.6 ± 2.7 ; dichos resultados se encontraron estadísticamente significativos ($p < 0.0001$).

La media del tiempo de ser cuidador en aquellos cuidadores con este síndrome fue 21.1 ± 14.3 años, en comparación con aquellos sin síndrome 18.2 ± 6.7 años; dichos datos no mostraron significancia estadística (P=0.517).

Del total de 21 cuidadores en los cuales se encontró síndrome del cuidador quemado, el 61.9% (n=13) tenían un paciente con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias; en comparación con el 38.1% en el que hay presencia del síndrome del cuidador quemado en

ausencia de familiar con trastorno por consumo de sustancias, mostrando significancia estadística (P=0.011).

Tabla 4. Comparación de las características comparando los cuidadores primarios con y sin ausencia de síndrome del cuidador quemado.

Variable	Sobrecarga (-) (n=9)	Sobrecarga (+) (n=21)	P valor
Edad (años)	55.1 ± 11.3	51.4 ± 12.5	P=0.453
Genero			
Femenino n(%)	6 (66.7)	16 (76.2)	P=0.538
Masculino n(%)	3 (33.3)	5 (23.8)	
Comorbilidad			
Si n(%)	2 (22.2)	6 (28.6)	P=0.719
No n(%)	7 (78.8)	15 (71.4)	
SCQ (puntos)	10.6 ± 2.7	25.5 ± 5.3	P<0.0001
Tiempo de ser cuidador (años)	18.2 ± 6.7	21.1 ± 14.3	P=0.517
Patologías			
TCSP(+)	1 (11.1)	13 (61.9)	P=0.011
TCSP(-)	8 (88.9)	8 (38.1)	

Abreviaturas: SCQ: Síndrome del Cuidador Quemado; TSP: Trastorno por consumo de sustancias. Fuente: Muestra de cuidadores tomada del Hospital Psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano".

9. DISCUSIÓN

Nuestra hipótesis inicial sugiere que la incidencia del síndrome del cuidador quemado es más alta en los familiares de pacientes adictos, esto mediante la aplicación de la escala abreviada de Zarit. Encontramos la presencia de síndrome del cuidador quemado en 27 cuidadores de un total de 50, de ellos el 66.7% (n=18) tenía un familiar con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias, en comparación con cuidadores de otros pacientes y trastornos como esquizofrenia el 14.8% (n=4), discapacidad intelectual el 13.8% (n=4) y trastorno neurocognitivo el 1% (n=3.7). Sin embargo, no se encontró que la presencia de un diagnóstico en particular tuviera asociación estadísticamente significativa para la presencia de síndrome de sobrecarga del cuidador ($P=0.650$). Por lo que en este punto la hipótesis no se estaría cumpliendo. Lo interesante fue que, en un análisis posterior, sólo se seleccionaron a los participantes que tuvieran más de cinco años siendo cuidadores primarios y encontramos que del total de 30, sólo 21 integraron el síndrome del cuidador quemado, el 61.9% (n=13) tenía un familiar con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias, en comparación con el 38.1% en el cual se integra el síndrome, pero el familiar no consume sustancias. Mostrando una significancia estadística ($P=0.011$), tomando mayor relevancia el tiempo de ser cuidador, a mayor cantidad de años mayor riesgo de presentar síndrome del cuidador quemado, así como un puntaje más alto en la escala abreviada de Zarit.

Otros estudios también comparten esta opinión, pues para citar un caso, Cicek¹ encontró un puntaje medio en la escala de Zarit para síndrome del cuidador primario de 41.9 ± 20 para los cuidadores primarios de pacientes con trastorno por consumo de opioides, mientras que de 10 ± 19 para controles, con una significancia estadísticamente significativa, lo que apoya la teoría de que los cuidadores primarios de pacientes con consumo de sustancias tienen un mayor porcentaje de síndrome del cuidador quemado comparado a controles. Cabe señalar que no todos los estudios comparten estos resultados, pues Şenormancı² analizó la correlación entre síndrome de agotamiento emocional del cuidador mediante la escala de Mashlach y su relación con paciente con consumo de sustancias, sólo encontró una correlación moderadamente positiva ($r=0,51$, $p=0,001$). Nosotros hipotetizamos que estas diferencias podrían deberse a dos factores; en primer lugar, que, mientras que el primer estudio citado se centró específicamente en cuidadores de pacientes con uso de opioides, el segundo englobó cuidadores de pacientes con consumo de cualquier sustancia; en segundo

lugar, en ambos estudios se utilizaron escalas diferentes para medir el síndrome de sobrecarga, lo que podría explicar las diferencias. De hecho, no encontramos en la literatura revisada reportes de estudios que analicen el síndrome del cuidador primario en familiares o cuidadores de paciente con consumo dependencial de metanfetaminas, cocaína, cannabis, inhalantes, lo que podría ser una línea de investigación a futuro, sobre todo conociendo la alta prevalencia que tienen el consumo de sustancias entre nuestra población.

En nuestro estudio, la media de edad encontrada para los cuidadores analizados fue de 48.8 ± 13.8 , en aquellos con síndrome del cuidador fue de 54.5 (41.5-60.0) sin presentar significancia estadística ($P=0.377$). En aquellos cuidadores con este síndrome y con más de cinco años de ser cuidador una media de 51.4 ± 12.5 no se encontró significancia estadística. ($P=0.453$).

Esto es apoyado por Rodakowski³, donde la edad del cuidador tampoco fue un factor estadísticamente significativo para el desarrollo de burnout para el cuidador ($P=0.43$).

En la muestra analizada por nosotros, el 82% de los cuidadores perteneció el género femenino; otros estudios analizados encontraron una prevalencia que va del 61% al 76% respectivamente⁽³⁻⁵⁾.

Este hecho podría tener diferentes explicaciones, tales como las diferencias culturales, políticas, sociales, que pueden influir en la expectativa de quién debe ser el cuidador primario del paciente en caso de ser necesario, por lo que la población en la que se realice el estudio puede ser un factor a tomar en cuenta a la hora de esperar un mayor porcentaje de cuidadores hombres o mujeres. Además, cabe señalar que, algunos estudios señalan que, en la mayoría de los casos, el cuidador principal del enfermo es el cónyuge, con hasta un 69% de ellos³.

En nuestro estudio no encontramos que el pertenecer al sexo femenino confiera un mayor riesgo estadísticamente significativo para presentar síndrome del cuidador quemado en el total de cuidadores estudiados ($P=0.918$) ni en aquellos con más de cinco años de serlo ($P=0.538$). No obstante, esto puede deberse a la diferencia tan amplia que existió entre la muestra de ambos grupos, por lo que futuros estudios podrían analizar la prevalencia de síndrome del cuidador entre cuidadores varones, y compararlo con cuidadores mujeres.

Entre los cuidadores estudiados, nosotros encontramos que el 74% no presentaban ninguna comorbilidad médica. Esto contrasta con un reporte realizado por Parrish⁵, donde se reporta presencia de comorbilidad médica en un 41% de los cuidadores primarios. Gutiérrez⁶ analizó

la calidad de vida percibida por cuidadores primarios de pacientes con epilepsia, encontrando un puntaje medio de 47.8 ± 10.7 para el apartado de salud física, lo que lo coloca en un percentil 90-94% en cuanto a calidad de vida percibida⁷. Llama la atención la proporción de cuidadores primarios que poseen alguna comorbilidad médica es menor al 50%, y que pocos estudios analizan la presencia de comorbilidades médicas en cuidadores primarios y su comparación con la población general. De hecho, los pocos estudios que encontramos que analizaron esto fue mediante la aplicación de escalas auto aplicadas y no mediante un examen médico, lo que puede sesgar los resultados. Conocer a mayor profundidad la presencia de comorbilidades médicas asociadas a ser cuidador primario de un paciente, y su asociación con la presencia de síndrome de sobrecarga del cuidador, podría ser de utilidad para la planificación de programas de prevención primaria en medicina general, al tratarse de una población potencialmente vulnerable.

Además del síndrome del cuidador primario, en este estudio no se buscó la presencia de otras comorbilidades psiquiátricas en los cuidadores del estudio.

No obstante, otros estudios sí buscan la prevalencia de trastornos psiquiátricos entre cuidadores primarios. Por ejemplo, Vanderwerker⁸ investigó cuidadores de pacientes con cáncer, y encontró que 30% de ellos cumplían criterios para al menos un diagnóstico psiquiátrico, siendo los más comunes trastorno de pánico (8%), trastorno depresivo mayor (4.5%), trastorno de estrés postraumático (4.0%), entre otros. Russo⁹ encontró que, de los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer, el 29% de ellos tenían un trastorno de ansiedad y el 20% un trastorno depresivo.

Hablando específicamente sobre salud mental entre cuidadores primarios de pacientes con enfermedad mental, Koutentaki¹⁰ demostró que el ser cuidador primario de un paciente con enfermedad mental aumenta el riesgo para padecer un trastorno de ansiedad (OR=2.756, IC 1.433-5.298, P=0.002), un trastorno del sueño (OR=4.484, IC 1.902-10.572, P=0.001) y enfermedad mental en general (OR=2.392, IC 1.382-4.141, P=0.002). Este estudio también encontró asociación entre ser cuidador primario de un paciente con enfermedad mental con el riesgo aumentado de padecer enfermedades como artritis (OR=2.514, IC 1.194-5.293, P=0.15), enfermedades reumatológicas (OR=3.590, IC 1.222-10.541, P=0.020) y enfermedades autoinmunes (P=1.927, IC 1.076-3.451, P=0.027). Hosseini¹¹ señaló que el

35% de los cuidadores primarios de un paciente con enfermedad mental tienen al menos un diagnóstico psiquiátrico.

Nosotros consideramos que para futuras investigaciones en nuestra comunidad se puede analizar la prevalencia de comorbilidades psiquiátricas entre cuidadores primarios del paciente con enfermedad mental, y observar si esta prevalencia es diferente a la encontrada en la población general. Esto podría ser de vital importancia para la prevención primaria de enfermedades mentales entre cuidadores primarios de nuestros pacientes con un diagnóstico psiquiátrico, mediante programas de atención psiquiátrica de atención a cuidadores primarios, o de detección oportuna de trastornos depresivos, ansiosos, u otros tan comunes en esta población.

En nuestra población los cuidadores primarios estudiados tuvieron una media de puntaje en la escala abreviada de Zarit de 25.2 ± 5.1 . Para poder interpretar estos resultados, debemos tomar en cuenta que Breinbauer¹² delimitó que en la escala de Zarit un paciente se define con ausencia de sobrecarga si tiene un puntaje de ≤ 46 , y con una sobrecarga severa si es ≥ 56 .

Un estudio realizado por Shamsei¹³ en pacientes con esquizofrenia, encontró que, en una muestra de 225 cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia, un total de 94 (41.7%) tenían un síndrome de desgaste del cuidador moderado, mientras que 61 (27.1%) un síndrome severo. Comparando este puntaje con el observado en cuidadores de pacientes con otras enfermedades no psiquiátricas, otros estudios demuestran un puntaje medio en la escala de Zarit de: 48 ± 13 (infarto agudo al miocardio), 79.3 (cuidadores de pacientes oncológicos en cuidados paliativos) y 52.91 ± 11.56 (cuidadores de pacientes con daño en la médula espinal), respectivamente¹⁴⁻¹⁶.

En otro estudio realizado por Torres¹⁷, que analizó la presencia de síndrome de sobrecarga en cuidadores de pacientes que estaban internados en una unidad de cuidados intensivos, de un total de 168 cuidadores, 50% (n=84) no tenían síndrome de sobrecarga; 34.5% (n=58) experimentaron sobrecarga leve y el 15.5% (n=26) experimentaron sobrecarga moderada a severa.

Comparándolo con nuestro estudio, nosotros encontramos que el 54% (P=0.572) de nuestros pacientes tenían síndrome de cuidador quemado y en aquellos con más de cinco años de ser cuidadores el 70% (P=0.028) y de 61.9% (P=0.011) con síndrome del cuidador e familiares de pacientes con trastorno por consumo de sustancias siendo estadísticamente significativo.

En futuros estudios, se podría analizar esta misma población y observar la presencia de síndrome de sobrecarga de cuidador en cuidadores de pacientes de nuestra unidad, pero en poblaciones específicas y con una muestra mayor. Así mismo, podría influir la presencia de factores culturales, sociales de nuestro entorno, por lo que podría compararse la presencia de síndrome de sobrecarga del cuidador con factores como nivel económico, grado de estudios, parentesco con el paciente, niveles de resiliencia, rasgos de personalidad de los cuidadores, entre otros factores individuales que pudieran influir en los resultados.

En nuestro estudio, los cuidadores estudiados tuvieron una media de tiempo de ser cuidador de 9.5 (3.8-20.3) años, en los cuidadores con síndrome del cuidador quemado la media fue de 10.0 (7.0-30.0) años con una significancia estadística ($P=0.007$). En los cuidadores con más de cinco años de ser cuidadores que presentaron síndrome del cuidador la media de tiempo fue 21.1 ± 14.3 años ($P=0.517$).

Un estudio realizado en Pakistán por Koutentaki¹⁰, no encontró asociación estadísticamente significativa entre el tiempo total de ser cuidador primario de un paciente con enfermedad mental y la severidad del síndrome de sobrecarga ($P=0.9$).

No obstante, en la bibliografía revisada no encontramos otros estudios que analicen si la cantidad de años de ser cuidador primario de un paciente con enfermedad de salud mental tengan alguna correlación con los niveles de desgaste del cuidador, por lo que este es el primer estudio a nuestro conocimiento que explora esta relación. Futuros estudios podrían centrarse en comprobar estos resultados en diferentes poblaciones, con cuidadores de pacientes de enfermedades mentales específicas, o en poblaciones de cuidadores de pacientes con otras enfermedades mentales no psiquiátricas.

10. CONCLUSIONES.

- En base a los datos mencionados, podemos concluir que los cuidadores primarios con más de cinco años siendo cuidadores, sobre todo aquellos que tienen como paciente uno con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias, tienen un mayor riesgo de síndrome del cuidador quemado, y son un foco importante que no debemos desatender en nuestra atención, ya que el cuidado de la salud mental de los cuidadores puede mejorar el pronóstico de los pacientes de nuestra unidad, apego a tratamiento y red de apoyo.
- Cabe señalar que todos los pacientes que se identificaron con síndrome del cuidador quemado en este estudio se canalizaron para atención psiquiátrica y psicológica en nuestra unidad; en futuros estudios o valoraciones la identificación oportuna de este síndrome en los cuidadores permitirá identificarlo oportunamente para su tratamiento y prevención.
- Estudios subsecuentes pueden analizar la evolución clínica que tienen estos cuidadores que fueron canalizados a servicios de atención psiquiátrica y psicológica, así como comparar si la intervención en los cuidadores mejora el pronóstico, adherencia al tratamiento o sintomatología en los pacientes de nuestra unidad.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Cicek, E., Demirel, B., Ozturk, H. I., Kayhan, F., Cicek, I. E., & Eren, I. (2015). Burden of care and quality of life in relatives of opioid dependent male subjects. *Psychiatria Danubina*, 27(3), 273–277.
2. Şenormancı, G., Turan, Ç., Şenormancı, Ö., & Aşkın, R. (2018). Evaluation of emotional expression, psychiatric symptoms, burnout, hopelessness and depression in relatives of substance dependent patients. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 0, 1. <https://doi.org/10.5455/jcbpr.296453>
3. Rodakowski, J., Skidmore, E. R., Rogers, J. C., & Schulz, R. (2012). Role of social support in predicting caregiver burden. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(12), 2229–2236. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2012.07.004>
4. Tsai, C.-F., Hwang, W.-S., Lee, J.-J., Wang, W.-F., Huang, L.-C., Huang, L.-K., Lee, W.-J., Sung, P.-S., Liu, Y.-C., Hsu, C.-C., & Fuh, J.-L. (2021). Predictors of caregiver burden in aged caregivers of demented older patients. *BMC Geriatrics*, 21(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02007-1>
5. Parrish, M. M., & Adams, S. (2004). Caregiver comorbidity and the ability to manage stress. *Journal of Gerontological Social Work*, 42(1), 41–58. https://doi.org/10.1300/j083v42n01_04
6. Gutierrez-Angel, A. M., Martinez-Juarez, I. E., Hernandez-Vanegas, L. E., & Crail-Melendez, D. (2018). Quality of life and level of burden in primary caregivers of patients with epilepsy: Effect of neuropsychiatric comorbidity. *Epilepsy & behavior: E&B*, 81, 12–17. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.01.034>
7. Acceso. (s/f). Who.int. Recuperado el 22 de septiembre de 2022, de <https://www.who.int/es>
8. Vanderwerker, L. C., Laff, R. E., Kadan-Lottick, N. S., McColl, S., & Prigerson, H. G. (2005). Psychiatric disorders and mental health service use among caregivers of advanced cancer patients. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 23(28), 6899–6907. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.01.370>
9. Russo, J., Vitaliano, P. P., Brewer, D. D., Katon, W., & Becker, J. (1995). Psychiatric disorders in spouse caregivers of care recipients with Alzheimer's disease and

- matched controls: A diathesis-stress model of psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1), 197–204. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.104.1.197>
10. Koutentaki, E., Basta, M., Simos, P., Koutra, K., & Vgontzas, A. (2020). Physical and mental health burden of caregivers of patients with psychiatric disorders. *Psychiatry Research*, 293(113431), 113431. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113431>
 11. Hosseini, S. H., Sheykhmoun, F., & Shahmohamm, S. (2010). Evaluation of mental health status in caregivers of patients with chronic psychiatric disorders. *Pakistan journal of biological sciences: PJBS*, 13(7), 325–329. <https://doi.org/10.3923/pjbs.2010.325.329>
 12. Breinbauer K, H. (2013, agosto). Validación en Chile de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada: Réplica a corrección. *Revista médica de Chile*, 141(8), 1084-1084. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872013000800020>
 13. Shamsei, F., 2015. Burden on Family Caregivers Caring for Patients with Schizophrenia. *Iran J Psychiatry*, (10), pp.239-245.
 14. McCullagh, E., Brigstocke, G., Donaldson, N. and Kalra, L., 2005. Determinants of Caregiving Burden and Quality of Life in Caregivers of Stroke Patients. *Stroke*, 36(10), pp.2181-2186.
 15. Grunfeld, E. (2004). Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *Canadian Medical Association Journal*, 170(12), 1795–1801. doi:10.1503/cmaj.1031205
 16. Ma, H.-P., Lu, H.-J., Xiong, X.-Y., Yao, J.-Y., & Yang, Z. (2014). The investigation of care burden and coping style in caregivers of spinal cord injury patients. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(2), 185–190. doi:10.1016/j.ijnss.2014.05.010
 17. Torres, J., Carvalho, D., Molinos, E., Vales, C., Ferreira, A., Dias, C. C., ... Gomes, E. (2017). The impact of the patient post-intensive care syndrome components upon caregiver burden. *Medicina Intensiva*, 41(8), 454–460. doi:10.1016/j.medin.2016.12.005

18. Giraldo Montoya, D., Zuluaga Machado, S., & Uribe Gómez, V. (2018). Sobrecarga en los cuidadores principales de pacientes con dependencia permanente en el ámbito ambulatorio. *Medicina UPB*, 37(2), 89-96. doi: 10.18566/medupb.v37n2.a02.
19. Kourgiantakis, T., & Ashcroft, R. (2018). Family-focused practices in addictions: a scoping review protocol. *BMJ Open*, 8(1), e019433. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019433.
20. Kourgiantakis, T., Sewell, K., McNeil, S., Logan, J., Lee, E., & Adamson, K. et al. (2019). Social work education and training in mental health, addictions and suicide: a scoping review protocol. *BMJ Open*, 9(6), e024659. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024659.
21. Li, L., Lin, C., Liang, L. J., Feng, N., Pham, L., & Hien, N. T. (2020). Evaluating an intervention for family members of people who use drugs in Vietnam. *Social science & medicine* (1982), 261, 113238. doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113238.
22. Mannelli P. (2013). The burden of caring: drug users & their families. *The Indian journal of medical research*, 137(4), 636–638.
23. Marcon SR, Rubira EA, Espinosa MM, Barbosa DA. Calidad de vida y los síntomas depresivos en cuidadores y los adictos a las drogas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. ene.-feb. 2011.
24. Mattoo, S. K., Nebhinani, N., Kumar, B. N., Basu, D., & Kulhara, P. (2013). Family burden with substance dependence: a study from India. *The Indian journal of medical research*, 137(4), 704–711.
25. Sharma, A., Sharma, A., Gupta, S., & Thapar, S. (2019). Study of family burden in substance dependence: A tertiary care hospital-based study. *Indian journal of psychiatry*, 61(2), 131–138. doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_123_15.
26. Muñoz Silva, C. A., Rojas Orellana, P. A., & Marzuca-Nassr, G. N. (2015). Criterios de valoración geriátrica integral en adultos mayores con dependencia moderada y severa en Centros de Atención Primaria en Chile. *Revista Médica de Chile*, 143(5), 612–618. doi:10.4067/s0034-98872015000500009
27. Muñoz Silva, C. A., Rojas Orellana, P. A., & Marzuca-Nassr, G. N. (2015). Criterios de valoración geriátrica integral en adultos mayores con dependencia moderada y

- severa en Centros de Atención Primaria en Chile. *Revista Médica de Chile*, 143(5), 612–618. doi:10.4067/s0034-98872015000500009
28. Van Durme, T., Macq, J., Jeanmart, C., & Gobert, M. (2012). Tools for measuring the impact of informal caregiving of the elderly: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 49(4), 490–504. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.10.011
29. Diccionario de la Real Academia Española.
30. Guía de práctica clínica GPC. Prevención, detección e intervención de las adicciones en atención primaria de salud. Guía de referencia rápida.
31. Hayo Breinbauer K; Original and abbreviated Zarit caregiver burden scales. Validation in Chile; *Rev Méd Chile* 2009; 137: 657-665.
32. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud; décima revisión; CIE 10.
33. Diccionario del Instituto Nacional del Cáncer (NCI).
34. Biblioteca Nacional de Medicina; MedlinePlus.

12. ANEXOS

12.1 CRONOGRAMA

ETAPAS DE AVANCES DEL PROTOCOLO	Enero- Abril				Mayo- Agosto				Septiembre- Diciembre			
» Antecedentes generales y específicos	R	R	R	R								
» Justificación y factibilidad	R	R	R	R								
» Planteamiento del problema y pregunta	R	R	R	R								
» Objetivos generales y específicos	R	R	R	R								
» Hipótesis general y específica	R	R	R	R								
» Metodología:	R	R	R	R								
» Población y Muestra Criterios de selección	R	R	R	R								
» Variables	R	R	R	R								
» Escalas: tipos	R	R	R	R	R	R	R	R				
» Instrumento-s de medición	R	R	R	R	R	R	R	R				
» Métodos. Procedimientos.	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
» Plan de análisis de datos y manejo estadístico.	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
» Aspectos éticos.	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
» Referencias	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
» Entrega	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F

F: Faltante

R: Realizado

12.2 DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Escala de Zarit. Instrumento utilizado para evaluar la sobrecarga del cuidador. Consta de 22 preguntas, con puntaje total que va de 22 a 110 puntos. En base al puntaje se clasifica en ausencia de sobrecarga, sobrecarga ligera o intensa²⁶.

Escala de Zarit abreviada. Versión de la escala de Zarit que consta de 7 preguntas, validada en España, con un puntaje total de 7 a 35 puntos. Un puntaje ≥ 17 puntos es indicativo de sobrecarga intensa³¹.

Síndrome del cuidador quemado. Grado en el que los cuidadores perciben que el cuidado que otorgan tiene un efecto adverso en su funcionamiento físico, emocional, social, espiritual o financiero. Los síntomas pueden ir desde frustración e irritabilidad por la dificultad para llevar sus roles y tareas que previamente se tenían, hasta trastorno de ansiedad, depresión, empeoramiento de patologías preexistentes y fatiga²⁷.

Síndrome de sobrecarga. Estado psicológico resultado de la combinación de problemas físicos, psicológicos, emocionales, sociales y financieros que se pueden experimentar por cuidar a un paciente²⁶.

Cuidador. Persona que provee cuidados aquel que necesita supervisión a aquel que necesita supervisión o asistencia en enfermedad o discapacidad. En este caso, el término aplica al familiar, esposo, miembro del clérigo, maestro, trabajador social o compañero que se encarga de los cuidados del paciente la mayor parte del tiempo²⁸.

Paciente. Persona que padece física o comporalmente, y especialmente quien se encuentra bajo atención médica²⁹.

Sustancia. Toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones. En este caso, por sustancia nos referimos a aquellas que al entrar en el cuerpo de un organismo vivo, son capaces de alterar una o varias de sus funciones físicas y psíquicas; impulsan a las personas que las consumen a repetir su utilización por los efectos placenteros que generan, independientemente de los daños a la salud que también producen. Su consumo no tiene que ver con alguna indicación médica y, en caso de tenerla, la persona que la utiliza lo hace con fines distintos a los terapéuticos³⁰.

Trastorno por consumo de sustancias. Conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan, luego del consumo repetido de sustancias psicoactivas. Se dividen en síndrome de dependencia y consumo perjudicial³².

Esquizofrenia. Trastorno caracterizado por distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento, percepción, junto a afectividad inadecuada o embotada, en base a los criterios diagnósticos del CIE-10 y DSM-5³².

Trastorno neurocognitivo. Enfermedad cerebral, de naturaleza crónica y progresiva, en el cual existe deterioro en múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, pensamiento, orientación, comprensión, cálculo, aprendizaje, lenguaje y juicio. La consciencia no se encuentra obnubilada. Puede ser causada por cualquier afección que afecte de manera primaria o secundaria el cerebro²⁹.

Discapacidad intelectual. Estado de desarrollo mental incompleto o detenido caracterizado especialmente por un deterioro de las capacidades que se manifiestan durante la fase de desarrollo, capacidades que contribuyen al nivel global de inteligencia, por ejemplo, las funciones cognoscitivas, el lenguaje y las habilidades motrices o sociales. El retraso puede tener lugar con o sin otra alteración mental o física²⁹.

Síndrome. Conjunto de síntomas o afecciones que se presentan juntos y sugieren la presencia de cierta enfermedad o una mayor probabilidad de padecer de la enfermedad³³.

Incidencia. Es la cantidad de casos nuevos de una enfermedad, un síntoma, muerte o lesión que se presenta durante un período de tiempo específico, como un año³⁴.

12.3 Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit

Pregunta		Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1	¿Piensa que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?					
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Cree que la situación actual afecta negativamente a 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 usted?					
9	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
10	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar a su familiar?					
12	¿Siente 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 a su familiar?					

14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le debe 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 sería capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22	Globalmente ¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

12.4 Escala de sobrecarga de cuidador de Zarit abreviada

Nombre de cuidador: _____

Edad: _____ Residencia: _____ Fecha de aplicación: _____

Genero: _____ Celular: _____ Años de cuidador: _____

Diagnóstico de su familiar: _____ Comorbilidad de cuidador: _____

Pregunta		Nunca 1	Rara vez 2	Alguna s veces 3	Bastantes veces 4	Casi siempre 5
1	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
2	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
3	¿Piensa que cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
4	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
5	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
7	Globalmente ¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					



12.5 CONSENTIMIENTO INFORMADO



Yo, _____, autorizo que la Dra. Brianda Yazmin Peinado Sanchez, me realice la **“escala de sobrecarga del cuidador de Zarit”** el día _____ para detectar la presencia del síndrome de cuidador quemado en familiares de pacientes atendidos en el hospital psiquiátrico Dr. Rafael serrano.

Nombre y firma

Nota: en caso de que el familiar no sepa escribir puede poner una huella de su pulgar derecho.