

**Niveles de ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes  
hospitalizados en la Unidad Psiquiátrica de Agudos en el periodo comprendido  
Diciembre 2016- Junio 2017**

**MÉRIDA, VENEZUELA, 2017**

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO POR LA MEDICO MARIANA CAROLINA SÁNCHEZ CELEDÓN CI V-18.867.353, ANTE EL CONSEJO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, COMO CREDENCIAL DE MÉRITO PARA LA OBTENCION DEL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSQUIATRIA.

República Bolivariana de Venezuela

Universidad de los Andes

Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes

Unidad de Psiquiatría

Mérida, Venezuela

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

**Niveles de ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes**

**hospitalizados en la Unidad Psiquiátrica de Agudos en el periodo comprendido**

**Diciembre 2016- Mérida-Venezuela 2017**

Mariana C. Sánchez C.

Mariana C. Sánchez C.

Tutora: Dra. Rosa Márquez

Autor: Trabajo de investigación presentado por la Dra. Mariana C. Sánchez C. Residente de Postgrado, para realizar su tesis de acreditación como especialista en Psiquiatría de la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.

Tutora: Dra. Rosa E. Márquez. Profesora Asistente de la unidad de Psiquiatría. Médico Psiquiatra y Médico de Familia. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, Mérida, Venezuela.

Co-tutor: Dr. Trino Baptista. Profesor Titular. Departamento de Fisiología, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela

Lugar y fecha de realización del estudio: Unidad Psiquiátrica de Agudos, Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes, Edo. Mérida. Diciembre 2016- Junio 2017.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## AGRADECIMIENTOS

A Dios por ser el motor de mi vida, colocarme en el lugar, el momento y las personas indicadas que me ayudaron a llegar donde estoy.

A mis padres y hermanas por apoyarme en cada paso que he decidido dar. Sus enseñanzas, valores, amor y Fe en mi me han motivado a seguir adelante con mis metas.

A mis profesores por compartir sus conocimientos y pasión en lo que hacemos y creer que aun vale la pena formar profesionales que saquen al país adelante.

A Carla, compañera de vida que me dio apoyo fundamental de conexión y referencia a esta magnífica universidad.

A mis compañeros por acompañarme en este viaje.

www.bdigital.ula.ve

## DEDICATORIA

Le dedico mi tesis de grado a mis pacientes, porque sin ellos no habría aprendizaje.

Sin ellos la psiquiatría no existiría en mi vida.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El cuidado de un paciente con enfermedad mental puede suponer un riesgo para la salud psicológica de la persona que cuida constituyendo un problema poco abordado hasta la fecha. **OBJETIVO:** Determinar los niveles de ansiedad y/o depresión en cuidadores principales de pacientes psiquiátricos. **METODOLOGÍA:** Se realizó una investigación cuantitativa (observacional, descriptiva, transversal). Previo consentimiento informado, se recolectaron datos sociodemográficos de los cuidadores y se aplicaron los test de Hamilton para ansiedad y depresión que son instrumentos heteroaplicados de 14 y 17 items respectivamente con escalas Likert validadas. **RESULTADOS:** la muestra definitiva estuvo constituida por 33 cuidadores. El perfil identificado fue: sexo femenino (84,4%), estado civil soltero(a) sin relación de pareja (36,4%), nivel de instrucción profesionales universitarios (45,5%), lugar de procedencia Estado Mérida en primer lugar (72,7%). El parentesco de mayor frecuencia del cuidador con el paciente fue madre del paciente (36,4%). Respecto al conocimiento que posee el cuidador del diagnóstico psiquiátrico del paciente a cargo, 23 de estos indicaron conocerlo (69,7%). Los diagnósticos psiquiátricos de los hospitalizados fueron múltiples, siendo más frecuentes los trastornos bipolares (33,3%), trastornos mentales orgánicos (18,2%), trastornos afectivos orgánicos (12,1%) y Esquizofrenias paranoides (12,1%). El tiempo de evolución con mayor incidencia, 10 pacientes, se encuentra entre “1 y 5 años”. Los síntomas de ansiedad se presentaron en los 33 cuidadores (100%), la ansiedad leve se presentó en 22 casos (66,7%), la ansiedad moderada-severa se presentó en 7 casos (21,2%) y la ansiedad leve-moderada se encontró en 4 casos (12,1%). En lo que respecta a la depresión, 10 casos presentan el nivel; No deprimido (30,3%), 11 casos presentan depresión en un nivel ligera-moderada (33,3%), 6 casos un nivel moderado de depresión (18,2%), 4 casos presentan un nivel severo (12,1%) y 2 casos un nivel muy severo de depresión (6,1%), por último, se encontró que no existe asociación entre niveles de ansiedad y/o depresión con el diagnóstico del paciente cuidado ni el tiempo de evolución de la enfermedad. **CONCLUSIONES:** El apoyo que debe ofrecerse al cuidador principal del enfermo con trastorno mental es tan fundamental como el del propio paciente ya que son una población en riesgo. Deben crearse proyectos de intervención que permitan incluirlo en el proceso terapéutico y así evitar descompensaciones futuras del paciente o de sí mismo. **PALABRAS CLAVE:** cuidador de paciente psiquiátrico, ansiedad, depresión.

## SUMMARY

**INTRODUCTION:** Caring for a patient with mental illness may pose a risk to the psychological health of the caregiver, which is a problem that has not been dealt with until now. **OBJECTIVE:** To determine levels of anxiety and / or depression in primary caregivers of psychiatric patients. **METHODOLOGY:** A quantitative investigation was carried out (observational, descriptive, transversal). Before informed consent, sociodemographic data were collected from the caregivers and the Hamilton tests for anxiety and depression were applied, which are heteroaplicated instruments of 14 and 17 items, respectively, with validated Likert scales. **RESULTS:** The final sample consisted of 33 caregivers. The profile identified was: female (84.4%), single marital status (36.4%), educational level university professionals (45.5%) and place of origin Mérida State first 72.7%). The most frequent relationship between the caregiver and the patient was the mother of the patient (36.4%). Regarding the knowledge of the caregiver of the psychiatric diagnosis of the patient in charge, 23 of these indicated whether to know him (69.7%). The psychiatric diagnoses of hospitalized patients were multiple, with bipolar disorders (33.3%), organic mental disorders (18.2%), organic affective disorders (12.1%) and paranoid schizophrenia (12.1%) more frequent. The time of evolution with greater incidence, 10 patients, is between "1 and 5 years". Anxiety symptoms were present in 33 caregivers (100%), mild anxiety was present in 22 cases (66.7%), moderate-severe anxiety was present in 7 cases (21.2%) and mild anxiety -moderated was found in 4 cases (12.1%). With regard to depression, 10 cases present the level; Not depressed (30.3%), 11 cases present depression at a light-moderate level (33.3%), 6 cases a moderate level of depression (18.2%), 4 cases present a severe level (12.1%) and 2 cases a very severe level of depression (6.1%). Finally, it was found that there is no association between levels of anxiety and / or depression with the diagnosis of the patient care or the time of disease progression. **CONCLUSIONS:** The support that must be offered to the primary caregiver of the patient with mental disorder is as fundamental as the patient's own since they are a population at risk. Intervention projects should be created to allow it to be included in the therapeutic process and thus avoid future decompensation of the patient or himself. **KEYWORDS:** caregiver of psychiatric patient, anxiety, depression.

## INDICE

10	1. Introducción
10	1.1. Planteamiento del Problema
11	1.2. Formulación del problema
12	2. Justificación
12	3. Objetivos
12	3.1. Objetivo General
12	3.2. Objetivos específicos
13	4. Marco Referencial
13	4.1. Marco conceptual
13	4.1.1. Cuidador y tipos de cuidadores
14	4.1.2. Definición de cuidador principal
15	4.1.3 sobrecarga del cuidador
17	4.2. Marco de antecedentes
22	5. Marco Metodológico
22	5.1 Hipótesis de investigación
22	5.2. Tipo y diseño de investigación
23	5.3. Universo y muestra
23	5.4 Diseño de Variables
25	5.5 Análisis estadístico
25	6. Resultados
40	7. Discusión
42	8. Conclusiones y recomendaciones

43		9. Referencias bibliográficas
48		10. Anexos

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## INTRODUCCIÓN

### 1.1 Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud la depresión es un trastorno mental frecuente que afecta aproximadamente a 350 millones de personas en el mundo siendo la principal causa mundial de discapacidad y contribuyendo de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad. Es un trastorno del estado de ánimo que afecta más a la mujer que al hombre y puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares, en el peor de los casos puede llevar al suicidio si no se trata eficazmente. (1)

Por su parte, la ansiedad es un estado que se acompaña de una sensación intensa de temor y de molestias somáticas, que denotan la hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La ansiedad influye en la cognición y tiende a distorsionar la percepción. Se diferencia del miedo, que es una respuesta apropiada a una amenaza conocida; la ansiedad es una respuesta a una amenaza desconocida, vaga o conflictiva. La ansiedad es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes que afecta a las mujeres en mayor proporción que a los hombres. Se dice que la prevalencia de los trastornos de ansiedad disminuye conforme se eleva la categoría socio económica. (2)

La ansiedad y la depresión en los cuidadores de los pacientes psiquiátricos pueden considerarse como unas de las patologías que amerita revisión exhaustiva para un abordaje adecuado en la psiquiatría. El cuidado de una persona enferma está asociado a numerosos factores estresantes que se deben saber manejar, entre estos, la dependencia que se va haciendo progresiva en el paciente, las conductas inadecuadas

que puede presentar, la limitación de la libertad y la pérdida de estilos de vida previos a la enfermedad (3). En la actualidad, contamos con pruebas evidentes que afirman que el cuidado de una persona dependiente cualquiera que sea el problema concreto que origine la dependencia, puede suponer un riesgo para la salud psicológica de la persona que cuida (4). Además, la falta de asertividad y salud en los familiares cuidadores de pacientes con trastorno mental grave constituyen factores de riesgo para la reaparición del trastorno (5). El apoyo que debe ofrecerse a la familia del enfermo con trastorno mental es tan fundamental como el del propio paciente, ya que pasa por diferentes fases a lo largo de la enfermedad de uno de sus miembros. Es por ello que surge la interrogante de conocer qué ocurre específicamente con la salud mental de los cuidadores principales de los pacientes psiquiátricos haciéndose necesaria la presente investigación para determinar los niveles de ansiedad y depresión en estos cuidadores.

## **1.2 Formulación del problema**

Durante la práctica clínica psiquiátrica en el Hospital Universitario de los Andes específicamente en la Unidad Psiquiátrica de Agudos se han identificado durante las escuelas de familia y entrevistas con los cuidadores principales diversos síntomas que hacen pensar en un desequilibrio en su salud mental, muchas veces solicitan orientación para manejar a su familiar con enfermedad mental y otras solicitan ayuda con situaciones individuales que les afectan diariamente. Sin embargo el apoyo que se le brinda al cuidador principal y su tratamiento individual debido a la irregularidad de asistencia a las escuelas de familia, dificultades económicas para asistir a la Unidad o presentación de múltiples familiares que no corresponden al cuidador principal presenta un inconveniente

para su manejo. Permaneciendo esta población en situación de riesgo para su salud mental general, ansiedad y depresión.

## **2. Justificación**

Si luego de evaluar a los cuidadores principales existieran niveles moderados o altos de ansiedad y depresión, cómo repercutiría esto sobre la enfermedad mental del paciente que se rehabilita en la Unidad Psiquiátrica de Agudos, se estaría entonces en presencia de dos pacientes lo que justificaría la inclusión oportuna de este binomio en un plan de abordaje psicoterapéutico tanto individual como en conjunto para mejorar la condición del cuidador, evitar futuras descompensaciones del paciente cuidado y armonizar el ambiente familiar en el que se reinserta.

## **3. Objetivos**

### **3.1 Objetivo General**

Determinar los niveles de ansiedad y/o depresión en cuidadores principales de pacientes psiquiátricos.

### **3.2 Objetivos Específicos**

3.2.1.- Caracterizar el perfil personal de los cuidadores.

3.2.2.-Evaluar en el cuidador el conocimiento del diagnóstico psiquiátrico del paciente cuidado.

3.2.3.- Registrar el diagnóstico psiquiátrico del familiar cuidado según historia clínica y el tiempo de evolución de la enfermedad mental del mismo.

3.2.4.- Identificar síntomas comunes de ansiedad y depresión en los cuidadores principales.

3.2.5.- Asociar los niveles de ansiedad y depresión con el diagnóstico del paciente cuidado y tiempo de evolución de la enfermedad.

#### **4. Marco referencial**

En el marco conceptual se describió el concepto de cuidador, tipos de cuidadores, características de un cuidador principal y sobrecarga del cuidador.

En el marco de antecedentes se presentaran los estudios relacionados que sustentan esta investigación.

#### **4.1 Marco Conceptual**

##### **4.1.1 Cuidador y tipos de cuidadores**

Este término es usado para definir a cualquier persona que se dedica a cuidar a otro que tiene limitación por enfermedad crónica. Existen varios tipos de cuidadores, entre ellos, los cuidadores profesionales los cuales son voluntarios o empleados que reciben sueldos por su servicio y están conectados a instituciones de salud y los cuidadores informales que son los familiares o amigos que constituyen el mayor número de cuidadores de pacientes adultos dependientes. Ambos grupos de cuidadores ayudan al enfermo en su vida diaria tanto en actividades básicas como bañarse, vestirse, preparar la comida y hacer las compras y actividades adicionales como dar las medicinas, cuidar al enfermo en cama de la aparición de escaras así como otras tareas relacionadas a la enfermedad o incapacidad que presentan.(6)

Por otra parte, se ha notado que la mayoría de los cuidadores son mujeres, de las cuales un mayor porcentaje de ellas son hijas, esposas y un menor número son nueras. La edad promedio es de 52 años y en su mayoría están casados. Una gran parte de cuidadores comparten domicilio con la persona cuidada y en casi la totalidad no existe una ocupación laboral remunerada. Los mismos prestan ayuda diaria a su familiar mayor y un poco menos de la mitad no reciben ayuda de ninguna otra persona, tampoco de familiares cercanos, sin embargo, existe un grupo de cuidadores que tienden a rechazar apoyo de otras personas (7).

Hay que diferenciar los cuidadores principales en formales e informales. Es importante considerar que los cuidadores informales no han recibido capacitación en su quehacer, no reciben sueldos y están generalmente muy involucrados afectivamente con el enfermo demostrando gran compromiso y atención sin límites de horarios. Este apoyo informal es brindado principalmente por familiares, participando también amigos y vecinos, pero fundamentalmente la figura femenina más cercana al enfermo. Además, los cuidadores principales son los que asumen la total responsabilidad en el cuidado del paciente, pasando por diferentes etapas y situaciones según la ayuda que formal o informalmente reciban (8).

#### **4.1.2 Definición de cuidador principal**

Según Pollack y Perlicke (9), el cuidador principal se define como el familiar, amigo u otro que cumpla el mayor número o al menos tres de los siguientes cinco criterios:

- 1) Es su cónyuge, su padre o su pareja.
- 2) Es el que tiene un mayor contacto con el paciente,
- 3) Se encarga de la situación económica del paciente,

- 4) Es el responsable de darle la medicación
- 5) Es la persona que contacta con los servicios sanitarios de emergencia (9).

#### **4.1.3 Sobrecarga del cuidador**

Son muchas las enfermedades mentales en las que se ha estudiado la sobrecarga del cuidador, especialmente en la Enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson y la esquizofrenia, evidenciando que los cuidadores comparándolos con los controles sanos presentan altos niveles de depresión, estrés psicológico, peor salud física, usan más psicofármacos y acuden frecuentemente a los servicios de atención primaria. Por todos estos motivos los cuidadores tienen mayor riesgo de mortalidad (9).

En descubrimientos actuales se ha señalado que la sobrecarga que produce el cuidado de un paciente con trastorno afectivo es similar a la sobrecarga de cuidar a un paciente esquizofrénico y mayor a la producida en enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión y asma. Además, contrario a lo que se piensa, aunque la enfermedad se desarrolle episódicamente también puede evolucionar a la cronicidad y crear fallas en el funcionamiento global del paciente. El soporte de cuidados de personas con Trastorno Bipolar va a depender en gran medida de la capacidad y bienestar de su cuidador. Si el cuidador está estresado y tiene menor capacidad de control, lo más probable es que su conducta con el paciente sea más desordenada e incoherente, de modo que reacciona más en función de sus estados emocionales que de las demandas reales del paciente (9).

El modelo de atención comunitaria ha cambiado mucho la antigua forma de abordar al paciente con enfermedad mental, en la actualidad, se busca reinsertar al paciente a su entorno social y familiar de la forma más normalizada posible. Dentro de este modelo,

las familias representan uno de los principales apoyos para el mantenimiento y cuidado por lo que conocer las necesidades de los enfermos mentales y de sus familiares se hace necesario a la hora de planificar y brindar una adecuada atención (10).

Las necesidades que presentan los familiares de personas con enfermedad mental son múltiples según el documento de consenso coordinado por Guinea en 2007 entre estas tenemos la necesidad de información, ayuda económica, periodos de descanso y apoyo. El número de estudios dirigidos a evaluar las necesidades de los cuidadores familiares es menor que el referido a las personas con enfermedad mental (10).

En cuanto a los factores de riesgo que provocan mayor sobrecarga psicofísica en el cuidador familiar diferentes investigaciones han planteado:

A) En relación al enfermo:

- demencia ya intensa o profunda
- larga duración desde el diagnóstico de la enfermedad
- alucinaciones, delirios o confusión (psicosis y delirium)
- agresividad, agitación y negativismo
- incontinencia, vómitos y escaras (llagas)
- que impide dormir por la noche (voceo, paseos)
- con múltiples dolencias médicas

B) En relación al cuidador:

- con mala salud física previa
- con historial previo de depresión o de trastornos de personalidad
- sin cónyuge, pareja o amigos íntimos

- ya mayor o anciano
- sin otra actividad aparte del cuidar
- sin otros parientes que convivan en el domicilio
- bajo nivel económico
- ausencia de apoyos socio-sanitarios inmediatos (en especial médico de cabecera poco accesible y centros de día no disponibles)
- desconocimiento de la enfermedad y de su manejo práctico (11).

#### 4.2 Marco de Antecedentes.

**Tabla 1. Estudios que han evaluado la sobrecarga de los cuidadores principales de pacientes con enfermedades mentales que justifican la investigación.**

Autores	Diseño	Resultados	Conclusiones
Ximena y cols (3)	Observacional, 40 cuidadores primarios informales de pacientes con TAB, se aplicaron 4 instrumentos entre estos el BDI y el cuestionario de estrés diario.	Los resultados indican que hay mayor nivel de depresión que de estrés diario en la muestra.	El cuidador primario del paciente con enfermedad mental crónica, debería considerarse población blanco de estudio para que todos los esfuerzos que se realicen en pro de la consecución de información y la producción de esta, redunden en el incremento de la calidad de vida de estas personas.
Roldan y cols (5)	Observacional, analítico 140 familiares cuidadores de 94 pacientes con trastorno mental grave. Se aplicaron 5 instrumentos: ansiedad y depresión de Beck, estrés percibido, inventario de aserción y el cuestionario de salud SF-36.	EL 77.1% de los familiares se comportaba de forma asertiva y no hubo diferencias significativas en las variables sociodemográficas. La asertividad estaba relacionada con la ansiedad, la depresión, el estrés percibido y la valoración global del estado de salud así como con la mayoría de los aspectos evaluados en el SF-36	Es importante incluir el entrenamiento asertivo en el tratamiento de los familiares de pacientes con trastorno mental grave ya que la falta de asertividad en un factor de riesgo para todas las variables.
Gutierrez y cols (7)	Descriptivo, Revisión Bibliográfica	El cuidador principal de un paciente con TB sufre un gran nivel de sobrecarga que impacta de forma negativa sobre su salud,	Diferentes estrategias centradas en la psicoeducación de los cuidadores puede reducir el nivel de

		su familia, su trabajo y su economía.	sobrecarga mejorando el curso y el pronóstico de la enfermedad.
Berbel y cols(14)	Observacional, 186 familiares (93 principales y 93 secundarios) se aplicó un cuestionario socio demográfico, cuestionario de salud general GHQ-12, escala hospitalaria de ansiedad y depresión, cuestionario SCL-90R	Los cuidadores principales presentaban peores valores en malestar psicológico, ansiedad, depresión, y síntomas psicopatológicos en comparación con el grupo de cuidadores secundarios. La frecuencia de sujetos que alcanzaron el punto de corte de gravedad psicopatológica fue similar para ambos grupos.	Son los cuidadores primarios los que se encuentran en mayor situación de riesgo para su salud mental general, ansiedad y depresión.
Martínez y cols (15)	Observacional, analítico 67 cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia y se usó la entrevista de carga familiar objetiva y subjetiva (ECFOS), la escala de evaluación del síndrome positivo y negativo, escala de funcionamiento social y general del DSM-IV y la escala de evaluación de discapacidad de la OMS.	La carga es mayor en mujeres cuidadoras de pacientes de larga evolución, con pobre funcionamiento social, predominio de síntomas negativos, trastornos de conducta y gran número de hospitalizaciones. La disfunción en el ámbito familiar del paciente se correlaciona con la carga del cuidador.	Los programas de atención comunitaria a los pacientes esquizofrénicos dependen de forma significativa de los cuidados informales realizados por las familias. Los programas de tratamiento que se desarrollen han de contemplar recursos para disminuir esa dependencia y para prevenir y solucionar los efectos adversos que conlleva el ejercer como cuidadores.
Llibre y cols(16)	Observacional, descriptivo, 110 cuidadores de pacientes con demencia y enfermedad de Alzheimer	Los cuidadores cruciales de los pacientes con demencia correspondieron en su mayoría a mujeres casadas, esposas o hijas en la quinta década de su vida, amas de casa y con un nivel medio de escolaridad, el cuidador dedica 12 horas diarias al cuidado del paciente, la mayor parte en la supervisión. Se evidenció afectación psicológica en el 89% de los cuidadores.	El nivel de sobrecarga o estrés en los cuidadores es significativamente elevado. Los cuidadores consideran como primera prioridad información acerca de la enfermedad y atención al paciente. Se recomienda realizar un plan de intervención educativa dirigido a los cuidadores, que permita reducir la sobrecarga física, psicológica y económica del cuidado y mejorar su calidad de vida.
Rascon y cols(17)	Observacional, descriptivo correlacional 131 familiares cuidadores primarios informales se aplicaron dos	EL 48% de los cuidadores reportó enfermedad física y el 74% algún trastorno emocional relacionado con el padecimiento de la esquizofrenia en un familiar. Al ser evaluados diagnósticamente los	Las variables que se asociaron con los trastornos en los cuidadores fueron presencia de conducta sintomática en el

	instrumentos el CIDI y SBAS	trastornos psiquiátricos 58% presento de uno a cuatro diagnósticos: 20%trastornos depresivos, trastornos con etanol 9.9% y trastornos disociativos 7.6%.	paciente, el número de años de evolución de la enfermedad y el número de hospitalizaciones.
Dominguez J. y cols.(18)	Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico. Seleccionados durante el primer semestre de 2009 en 8 centros urbanos y 2 rurales de las comunidades de Andalucía y Murcia. Se midió niveles de ansiedad y depresión a través de la escala Hamilton, el apoyo social percibido mediante la escala Duke-UNK, variables sociodemográficas, médicas y asociadas al cuidado del dependiente.	Presentaban ansiedad 254 cuidadores (86%)(IC 95%: 82,47-90,31%) y depresión 191 (65%) (IC95%:59,51-70,41%). La presencia de ansiedad se relacionó de manera estadísticamente significativa (p=0,043)con: cuidador no remunerado, apoyo social bajo, diagnóstico previo de ansiedad y depresión, toma de psicofármacos y diagnóstico de depresión mediante escala Hamilton para depresión. La presencia de depresión se relaciona con: cuidador no remunerado, parentesco, diagnóstico previo de ansiedad y depresión, consumir psicofármacos y con diagnóstico de ansiedad según la escala Hamilton.	La prevalencia de depresión y ansiedad en cuidadores de pacientes dependientes es significativamente mayor que en la población general. A mayor apoyo social menor prevalencia de dichos trastornos.
Manso M. y cols (19)	Se trata de un estudio descriptivo, transversal, con casos y control. 88 personas cuidadoras y 81 no cuidadoras. Las variables analizadas son las sociodemográficas, la salud física y mental (GHQ 12, HAD-T, HAD-D, HADA), el apoyo social (DUKE-UNC), la escala de carga (Zarit) y el Índice de Barthel	Al comparar a las mujeres cuidadoras con el grupo control aparecen diferencias en el número de enfermedades, consultas a sanitarios, malestar psicológico, ansiedad, depresión y apoyo social. La carga percibida por las mujeres se relaciona con la incapacidad funcional de la persona cuidada, horas de cuidado, apoyo social y variables de salud mental y en los hombres con variables de salud mental.	La ansiedad y el apoyo social predicen el 31,8% de la variabilidad de la carga percibida. Los resultados confirman las repercusiones de la actividad de cuidar sobre la salud de los cuidadores y cuidadoras.
Cerda B. y cols (20)	Se reclutó una muestra de 48 cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia, algunos de ellos padres de los pacientes. Se determinó el grado de psicopatología que presentaban los cuidadores, así como su calidad de vida a través del SCL-90 y el SF-36 y se estableció su relación; se determinaron las diferencias de las	Todas las dimensiones del SCL-90, con excepción de la hostilidad, mostraron asociaciones negativas estadísticamente significativas con el componente de salud mental de la calidad de vida. La mayor correlación se encontró con el psicoticismo. Se identificaron diferencias significativas en la calidad de vida y en las puntuaciones totales del SCL-90 entre madres y padres de los pacientes con esquizofrenia, siendo mayor la psicopatología y	Casi una tercera parte de los 48 cuidadores primarios cayeron en la categoría comprendida entre «riesgo de patología» y «patología severa». La depresión y la somatización fueron las dimensiones con mayor puntuación en los cuidadores reclutados. A pesar de que existe una tendencia a la depresión en las mujeres que

	puntuaciones de ambos instrumentos en dos subgrupos integrados por madres y padres de los pacientes.	menor la calidad de vida en las madres.	ejercen los cuidados de un enfermo mental, el psicoticismo impacta de mayor forma su calidad de vida.
Durán S. (21)	Estudio observacional descriptivo de corte transversal, con una muestra de 166 cuidadores de pacientes hospitalizados en las áreas médico-quirúrgicas del IAHULA, se midió la sobrecarga con la escala de cuidador de Zarit, y se interrogaron datos de identificación y acerca del cuidado.	El 28,3% de la población entrevistada presentó sobrecarga intensa, 31,9 leve y el 39,8% no presentó sobrecarga. Los cuidadores se caracterizaron por ser femeninas, familiar directo del paciente, en edad promedio de 38 años, católicas, de clase media baja, sin entrenamiento previo en el cuidado de pacientes y sin patologías clínicamente diagnosticadas. Se determinó que existe una relación significativa entre la sobrecarga intensa y la mayor cantidad de horas de cuidado diario.	Realizar ajustes institucionales que consideren la estadía de los familiares que cuidan a los pacientes hospitalizados e instaurar medidas terapéuticas dirigidas a la protección del cuidador
Sánchez G.(22)	Estudio de campo, correlacional, de corte transversal por encuesta aplicada. Se aplicó el instrumento SF 36 que mide la calidad de vida relacionada con la salud a 41 cuidadores de pacientes con enfermedad de Párkinson de la Fundación de Párkinson de Mérida.	El perfil de cuidadores corresponde a mujeres en 78%, casados en un 58%, edades superiores a los 41 años, 43% son la pareja del paciente, 43% son ama de casa, 92% son cuidadores informales, 95% tiene más de un año al cuidado del paciente, 70,7% no tiene entrenamiento en el cuidado.	El nivel de calidad de vida encontrado en los cuidadores de pacientes con enfermedad de Parkinson, pertenecientes a FUPARME es aceptable. El grupo etario predominante fue el encontrado entre 40 a 60 años de edad. La edad y el parentesco pareja influyen negativamente en la percepción de la calidad de vida del cuidador.
Pierre S. (23)	Estudio exploratorio, descriptivo, observacional, de corte transversal. Se aplicó la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit a 20 familiares cuidadores de pacientes hospitalizados en a UPA-IAHULA.	El 55% de los pacientes psiquiátricos hospitalizados eran del sexo masculino. El 90% de los cuidadores presentaron sobrecarga intensa y 10% leve. 80% de cuidadoras eran del sexo femenino y 20% del sexo masculino.	El cuidador de pacientes psiquiátricos tanto ambulatorio como hospitalizado debe ser considerado como paciente ya que la sobrecarga intensa y prolongada produce alteraciones tanto psíquicas como físicas. Los estudios sugieren que los programas de apoyo y educación proporcionan a los familiares el conocimiento, las habilidades y el apoyo

			necesarios para afrontar con éxito la enfermedad mental de su familiar.
Contreras M. (24)	Estudio exploratorio descriptivo, observacional, correlacional, de corte transversal. Se aplicó escala de Hamilton para ansiedad a 20 familiares cuidadores de pacientes ingresados en la unidad psiquiátrica de agudos del IAHULA.	El 5% de la muestra presentó ansiedad leve, y el 95% ansiedad de moderada a grave.	Se deben ofrecer programas de apoyo y educación a los familiares cuidadores, proporcionándoles el conocimiento y las habilidades necesarias y la capacidad de control de la ansiedad para enfrentar exitosamente la enfermedad mental de su familiar
Carrillo A. (25)	Se realizó un instrumento contentivo de 19 items, compuesto por una escala tipo Likert de 6 opciones y una sección previa de datos socio-demográficos. Fue aplicado a 51 familiares. Se identificaron variables socio-demográficas además de la actitud hacia el paciente psiquiátrico y su patología.	El 80,13% de la muestra tenían nivel de educación básico y media, presentando promedio bajo de actitud. Los pacientes con estructura familiar nuclear y monoparental representaron el 80,4%, con actitud favorable respecto a familia extensiva y variantes de familia. El 84.4 % no reportaron el diagnóstico del familiar por desconocimiento. El 80.39% procedían de zonas extraurbanas con promedio de actitud baja. Las semanas de hospitalización no fueron un factor determinante. La actitud general de las familias en un 6.7% fue alta.	Las diferencias significativas encontradas en cuanto a nivel académico, tipo de familia y procedencia plantean la necesidad de implementar programas de intervención familiar individualizada para cada familia.
Alfaro, O (26)	Estudio de diseño no experimental cualitativo y exploratorio. Participaron 100 cuidadores se aplicó la Entrevista de carga del cuidador de Zarit, y la Encuesta de salud del cuidador primario informal, a cuidadores de pacientes de la Clínica de Dolor del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"	Se encontraron correlaciones positivas entre sobrecarga y depresión; sobrecarga y ansiedad; y depresión y ansiedad.	Los cuidadores tienen sintomatología afectiva que necesita atención, sobre todo si cuidan pacientes terminales; el tipo de paciente influye en la sintomatología depresiva

## **5. Marco Metodológico**

### **5.1 Hipótesis de Investigación**

Los niveles de ansiedad y/o depresión serán de moderado a severa en más del 50% de los cuidadores principales de los pacientes psiquiátricos.

### **5.2 Tipo y diseño de la investigación**

1. Se trata de una investigación Cuantitativa observacional, descriptiva, transversal. Los estudios de este tipo permiten observar, describir y registrar los acontecimientos sin intervenir en el curso de estos y pueden realizarse a lo largo del tiempo o en forma única con tiempo establecido como es el presente estudio con una duración de 6 meses (diciembre 2016-junio 2017)(27).

2. El estudio se realizó previo consentimiento informado de los cuidadores principales de los pacientes que ingresaron a la Unidad Psiquiátrica de Agudos en el período descrito.

3. Se aplicaron las Escalas de Hamilton de Ansiedad y Depresión los cuales son instrumentos heteroaplicados corta duración menos de 30 minutos usados para determinar la gravedad de los síntomas. El test de Ansiedad consta de 14 ítems donde evalúa la gravedad en ansiedad psíquica y ansiedad somática. Cada ítems se valora en una escala de 0 (ausente) a 4 (grave), con un rango de puntuación total de 0 a 56, donde <17 indica intensidad leve, 18 a 24 gravedad leve a moderada y 25 a 30 de moderada a severa (12). Por su parte el Test de Depresión de Hamilton consta de 17 ítems en su versión reducida que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, validada la versión castellana en 1986 por Ramos-Brieva con una adecuada validez discriminante, fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en

poblaciones hospitalizadas y como ambulatorios. Cada ítems tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0 a 2 ó de 0 a 4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Siendo interpretada con los puntos de corte siguientes: No deprimido: 0 a 7, Depresión ligera/menor: 8 a 13, Depresión moderada: 14 a 18, Depresión severa: 19 a 22, Depresión muy severa: >23. (13)

### **5.3 Universo y muestra**

El universo estuvo constituido por 33 cuidadores principales de pacientes que ingresaron a UPA durante 6 meses.

#### **Criterios de inclusión**

A) Ser cuidador principal de un paciente psiquiátrico que ingrese a UPA.

B) Acceder a la investigación previo consentimiento informado.

#### **Cálculo y selección de la muestra**

Se tomó para la investigación una muestra no probabilística o también denominada por conveniencia de casos disponibles dada por los sujetos voluntarios que consultaron en el periodo especificado y cumplieron los criterios de inclusión. (28)

### **5.4 Diseño de variables**

#### **Variable objeto de estudio**

Es una variable dependiente cualitativa de tipo ordinal ya que mide los niveles de ansiedad y depresión y ordena los valores de acuerdo a puntos de corte en leve, moderado o severo.

#### **Variable explicativa**

Es una variable independiente (Ser cuidador principal de un paciente psiquiátrico).

### **Variables intervinientes**

a) Edad. Variable cuantitativa continua de intervalos determinada por grupo etario

b) Sexo. Variable cualitativa discreta nominal

c) Estado civil. Variable cualitativa discreta nominal determinada por la existencia y tipo de relación de pareja.

d) Procedencia. Variable cualitativa discreta nominal determinada por la dirección de habitación.

e) Grado de instrucción. Variable cualitativa discreta nominal determinada por el último nivel de educación formal aprobado.

f) Profesión. Variable cualitativa discreta nominal determinada por estudios superiores formales.

g) Diagnóstico Psiquiátrico del paciente cuidado. Variable cualitativa discreta nominal determinada por el diagnóstico del paciente según CIE-10

h) Tiempo de evolución de la enfermedad del paciente cuidado. Variable cuantitativa determinada por las semanas, meses o años de enfermedad del paciente cuidado.

i) Parentesco con el paciente cuidado. Variable cualitativa discreta nominal determinada por el parentesco con el paciente cuidado.

## 5.5 Análisis Estadístico

En el presente estudio fue realizada estadística descriptiva e inferencial. Para las variables intervinientes cualitativas se realizaron distribuciones de frecuencias y porcentajes y para las variables intervinientes cuantitativas las medidas de tendencia central. En cuanto a la corrección del test de Hamilton para ansiedad y depresión se evaluó mediante el programa S.P.S.S versión 22 que incluyó ítems de severidad para su sumatoria, cálculo de frecuencias de síntomas específicos en cada trastorno y porcentajes. Para las asociaciones entre los trastornos encontrados en el cuidador, el diagnóstico y tiempo de evolución de la enfermedad mental del paciente cuidado se realizó el análisis del Chi cuadrado y la significancia de la prueba se estableció en  $p < 0,05$ . Posteriormente se representaron los resultados en gráficos y tablas.

## 6. RESULTADOS

### 7.1 Caracterización del perfil del cuidador

Como se mencionó previamente, la muestra definitiva estuvo constituida por 33 cuidadores, 28 casos fueron sexo femenino (84,8%) y 5 casos sexo masculino (15,2%) (Tabla 2).

**Tabla N°2. Sexo del Cuidador**

Genero	N	%
Femenino	28	84,8
Masculino	5	15,2
Total	33	100,0

(Fuente: Datos de la Investigación)

El promedio de edad fue de 46,8 años con una desviación estándar de 13,49 años; la mediana estuvo en 27 años (Tabla 3).

**Tabla N° 3. Edad del cuidador**

Edad	N	%
23-35	6	18,2
35-45	9	27,3
45-50	7	21,2
50 Y MÁS	11	33,3
Total	33	100
Media		46,8
Desviación estándar		13,49

(Fuente: Datos de la Investigación)

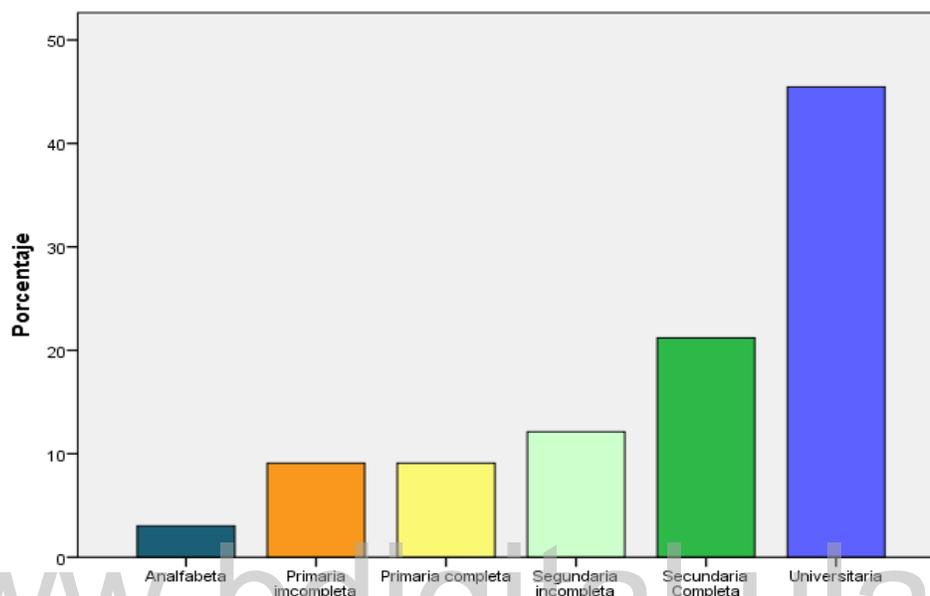
En lo que respecta al estado civil, 12 de los(as) cuidadores era soltero(a) sin relación de pareja (36,4%), 8 estaban casados(as) al momento de la entrevista (24,2%), 6 estaban concubinato (18,2%), 3 eran viudos(as) (9,1%), 2 estaban solteros con relación de pareja (6,1%) y la misma cantidad (2) se encontraba divorciado(a) (6,1%) (Tabla 4).

**Tabla N° 4. Estado civil del cuidador**

Estado Civil	N	%
Soltero sin relación	12	36,4
Soltero con relación	2	6,1
Concubinato	6	18,2
Casado	8	24,2
Viudo	3	9,1
Divorciado	2	6,1
Total	33	100,0

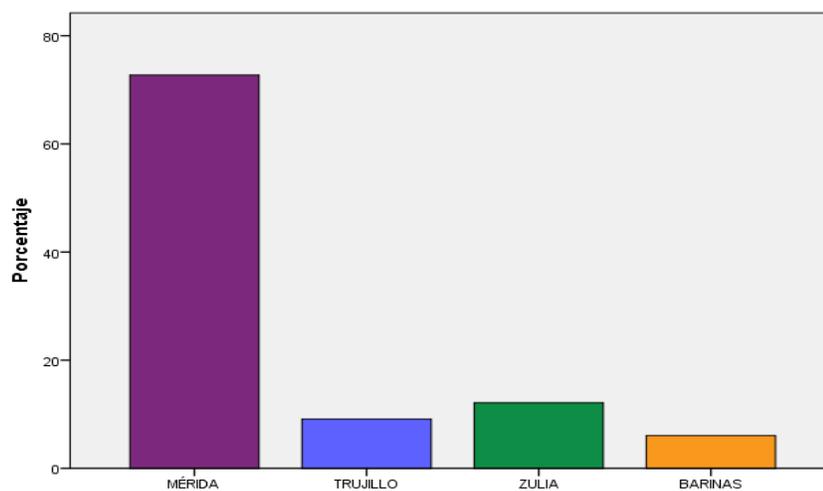
(Fuente: Datos de la Investigación)

El nivel de instrucción de los cuidadores fue: 15 profesionales universitarios (45,5%), 7 tienen secundaria completa (21,2%), 4 tienen secundaria incompleta (12,1%), 3 tienen primaria completa (9,1%), esta misma cantidad tiene primaria incompleta (9,1%) y 1 afirmó ser analfabeta (3,0%). (Gráfica I).



Gráfica I. Nivel de instrucción del cuidador

En cuanto al lugar de procedencia del cuidador, 24 de estos proceden del Estado Mérida (72,7%), 4 del Estado Zulia (12,1%), 3 del Estado Trujillo (9,1%) y 2 proceden del Estado Barinas (2,6%) (Gráfica II).



Gráfica II. Lugar de procedencia del cuidador

El parentesco del cuidador con el paciente 12 casos son la madre del paciente (36,4%), 8 casos el (la) hermano (a) del paciente (24,3%) y 5 casos (la) hijo (a) del paciente (15,2%) el resto de los casos (8) se distribuye en padre, esposo(a), tío(a), abuelo(a) y cuñado(a) (Tabla 5).

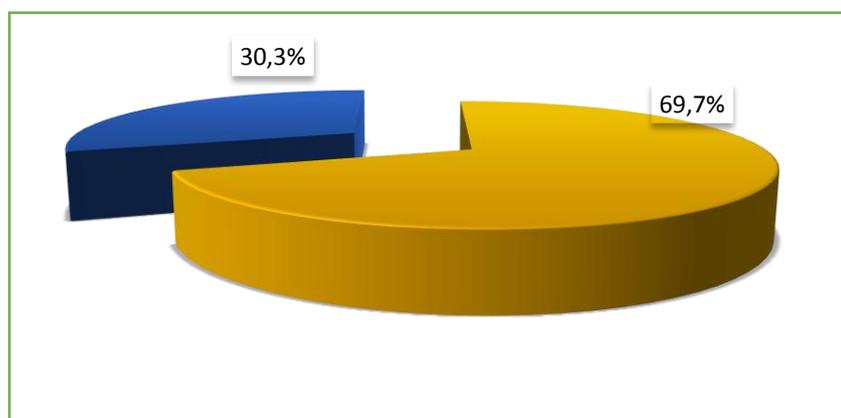
**Tabla N°5. Parentesco con el paciente**

Parentesco con el paciente	N	%
Madre	12	36,4
Padre	2	6,1
Hermano(a)	8	24,2
Hijo(a)	5	15,2
Esposos (a)	2	6,1
Otros (tío, abuelo, entre otros)	4	12,1
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>

(Fuente: Datos de la Investigación)

### **Conocimiento del cuidador respecto al diagnóstico psiquiátrico del paciente cuidado.**

Como puede observarse en la gráfica III, 23 de los cuidadores indicaron si conocer el diagnóstico (69,7%), mientras que 10 negaron conocerlo (30,3%).



Gráfica III. Conocimiento del diagnóstico del paciente cuidado

### Diagnóstico psiquiátrico del familiar cuidado según historia clínica y el tiempo de evolución de la enfermedad mental del mismo.

En cuanto al diagnóstico psiquiátrico un total de 11 pacientes bajo cuidado presentan trastorno bipolar (33,3%), 6 trastorno mental orgánico (18,2%), 4 trastorno afectivo orgánico (12,1%), 4 Esquizofrenia paranoide (12,1%), 2 Episodio depresivo grave (6,1%) y trastorno psicótico agudo respectivamente (6,1%). 1 trastorno mental y del comportamiento debido al puerperio (3%), 1 trastorno Esquizofreniforme orgánico (3%), 1 trastorno Esquizoafectivo (3%) y 1 trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de múltiples sustancias (3%)(Tabla 6).

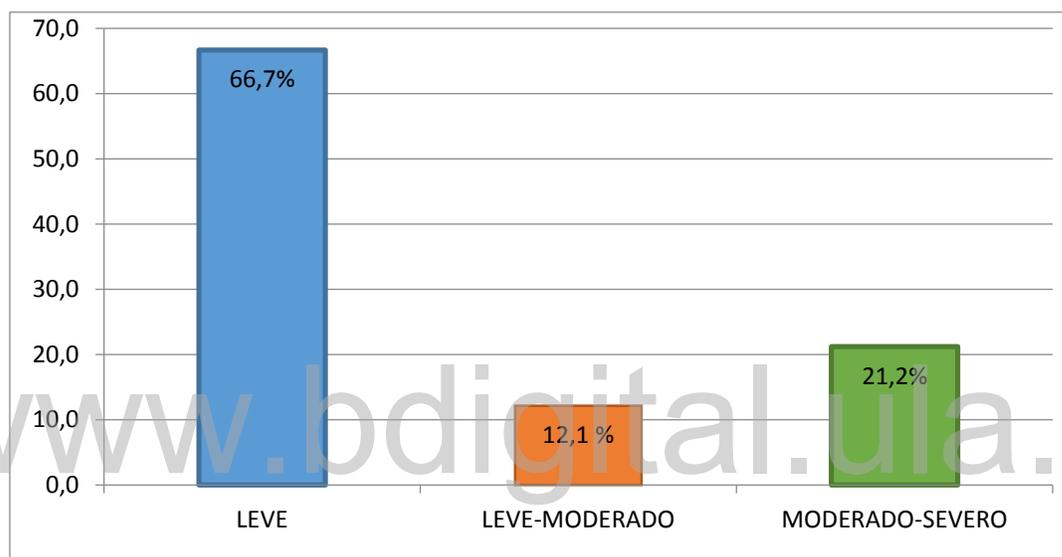
**Tabla N° 6. Diagnóstico psiquiátrico del familiar cuidado según historia clínica y el tiempo de evolución de la enfermedad mental**

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE CUIDADO SEGÚN HISTORIA CLINICA	TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE							Total	%
	<1 año	Entre 1 y 5 años	Entre 6 y 10 años	Entre 11 y 15 años	Entre 16 y 20 años	Más de 20 años			
Trastorno bipolar	0	5	1	2	0	3	11	33,3	
Trastorno afectivo orgánico	3	1	1	0	0	1	6	18,2	
Esquizofrenia paranoide	0	1	1	1	0	1	4	12,1	
Trastorno mental orgánico	0	2	1	0	0	1	4	12,1	
Depresión grave	2	0	0	0	0	0	2	6,1	
Trastorno psicótico agudo	2	0	0	0	0	0	2	6,1	
Trastorno esquizofreniforme orgánico	0	1	0	0	0	0	1	3	
Trastorno Esquizoafectivo	0	0	0	1	0	0	1	3	
Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de múltiples sustancias	1	0	0	0	0	0	1	3	
Trastorno mental y del comportamiento debido al puerperio	1	0	0	0	0	0	1	3	
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	

(Fuente: Datos de la Investigación)

### Síntomas comunes de trastorno de ansiedad y depresión en los cuidadores principales.

Los síntomas de ansiedad se presentaron en los 33 casos de los cuidadores (100%), la ansiedad leve se presentó en 22 casos (66,7%), la ansiedad moderada-severa se presentó en 7 casos (21,2%) y la ansiedad leve-moderada se encontró en 4 casos (12,1%). Estos resultados pueden apreciarse en la gráfica IV.



Gráfica IV. Niveles de ansiedad en el cuidador

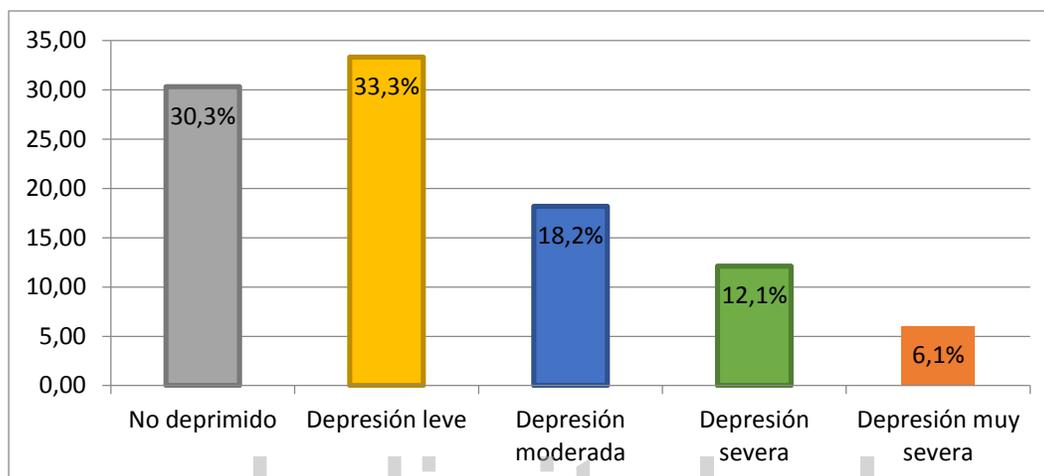
En relación con los síntomas más comunes de trastorno de ansiedad en los cuidadores, se encontró que 10 casos presentan síntomas somáticos generales (sensoriales) (30%) en un nivel leve; así también 10 casos presentaron síntomas cardiovasculares (30%) en un nivel leve, 9 casos presentaron tensión (27%) como síntoma principal de un nivel moderado, seguido de la alteración de las funciones intelectuales (24%) presente en 8 casos, en un nivel moderado. Asimismo en 7 casos, se presenta la sintomatología del humor ansioso (21%), 7 casos con síntomas respiratorios (21%) y 6 casos de síntomas gastrointestinales (18%). Estos resultados se pueden apreciar en la tabla 7.

**Tabla N°7. Síntomas comunes en el trastorno de ansiedad**

Síntomas	LEVE		MODERADO		GRAVE		INCAPACITANTE	
	N	%	N	%	N	%	N	%
HUMOR ANSIOSO	5	15	7	21	4	12	6	18
TENSIÓN	5	15	9	27	6	18	4	12
MIEDOS	4	12	6	18	2	6	2	6
INSOMNIO	6	18	5	15	7	21	1	3
FUNCIONES INTELECTUALES	5	15	8	24	6	18	2	6
HUMOR DEPRIMIDO	8	24	5	15	5	15	5	15
SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (MUSCULARES)	7	21	8	24	8	24	1	3
SÍNTOMAS SÓMATICOS GENERALES (SENSORIALES)	10	30	6	18	5	15	0	0
SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES	10	30	1	3	3	9	0	0
SÍNTOMAS RESPIRATORIOS	7	21	3	9	2	6	0	0
SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES	6	18	5	15	2	6	1	3
SÍNTOMAS GENITOURINARIOS	3	9	3	9	3	9	0	0
SÍNTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO	8	24	5	15	1	3	1	3
COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA	7	21	7	21	2	6	0	0

(Fuente: Datos de la Investigación)

En lo que respecta a la depresión, 10 casos presentan el nivel; No deprimido (30,3%), 11 casos presentan depresión en un nivel leve (33,3%), 6 casos un nivel moderado de depresión (18,2%), 4 casos presentan un nivel severo (12,1%) y 2 casos un nivel muy severo de depresión (6,1%) (Gráfica V).



Gráfica V. Niveles de depresión en el cuidador

De los síntomas comunes en la depresión se encontraron 10 casos con ansiedad somática (30%), 10 casos con síntomas somáticos generales (30%), 10 casos con hipocondría (30%), 9 casos con humor deprimido (27%) y 9 casos presentaron síntomas genitourinarios (27%). Estos resultados se muestran de la tabla N°8.

**Tabla N°8. Síntomas comunes en el trastorno de depresión**

Síntomas	LEVE		MODERADO		GRAVE		INCAPACITANTE	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Humor Depresivo	9	27	9	27	3	9	4	12
Sentimientos de culpa	5	15	6	18	2	6	0	0
Suicidio	1	3	1	3	1	3	0	0
Insomnio precoz	11	33	4	12	0	0	0	0
Insomnio intermedio	14	42	4	12	0	0	0	0
Insomnio tardío	9	27	5	15	1	3	0	0
Trabajo y actividades	4	12	6	18	2	6	1	3
Inhibición psicomotora	4	12	0	0	3	9	0	0
Agitación psicomotora	7	21	3	9	1	3	2	6
Ansiedad psíquica	8	24	11	33	3	9	2	6
Ansiedad somática	9	27	10	30	0	0	1	3
Síntomas somáticos								
Gastrointestinales	3	9	4	12	0	0	0	0
Síntomas somáticos Generales	10	30	9	27	0	0	0	0
Síntomas genitourinarios	9	27	3	9	0	0	0	0
Hipocondría	7	21	10	30	0	0	1	3
Pérdida de peso	4	12	4	12	1	3	0	0
Introspección	4	12	5	15	0	0	0	0

(Fuente: Datos de la Investigación)

### Asociación ansiedad/ diagnóstico del paciente cuidado y tiempo de evolución de la enfermedad del paciente cuidado

En cuanto a la asociación existente entre las variables ansiedad y diagnóstico del paciente cuidado, así como la asociación entre la ansiedad y el tiempo de evolución de la enfermedad, los resultados obtenidos, indicaron un contraste de independencia entre ambas variables, en ambos casos, al obtener valores de chi-cuadrado de Pearson y una razón de verosimilitud mayor a 0,05. Lo que quiere decir que no existe asociación entre dichas variables según el estudio.

**Tabla Nº 9. Pruebas de chi-cuadrado asociación ansiedad/diagnóstico del paciente**

	Valor	gl	Sig. Asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	6,536 <sup>a</sup>	12	0,887
Razón de verosimilitud	8,314	12	0,760
Asociación lineal por lineal	0,012	1	0,912
N de casos válidos	33		

20 casillas (95,2%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 0,24.

**Tabla Nº10. Pruebas de chi-cuadrado asociación ansiedad/ tiempo de evolución de la enfermedad**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	9,639 <sup>a</sup>	10	0,473
Razón de verosimilitud	11,367	10	0,330
Asociación lineal por lineal	0,034	1	0,853
N de casos válidos	33		

17 casillas (94,4%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 0,24.

**Tabla N° 11. Nivel de ansiedad /diagnóstico del paciente cuidado**

		DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE CUIDADO										
NIVEL DE ANSIEDAD		Trastorno Bipolar	Trastorno Afectivo Orgánico	Esquizofrenia paranoide	Trastorno mental orgánico	Depresión grave	Trastorno psicótico	Trastorno esquizofreniforme	Trastorno Esquizoafectivo	Trastorno mental y del comportamiento	Trastorno mental y del comportamiento	Total
	Recuento		7	3	2	3	2	2	1	1	1	0
LEVE	% dentro de NIVEL DE ANSIEDAD	31,8%	13,6%	9,1%	13,6%	9,1%	9,1%	4,5%	4,5%	4,5%	0,0%	100,0 %
	Recuento	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	4
LEVE -MODERADA	% dentro de NIVEL DE ANSIEDAD	50,0%	25,0%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0 %
	Recuento	2	2	1	1	0	0	0	0	0	1	7
MODERADA-SEVERA	% dentro de NIVEL DE ANSIEDAD	28,6%	28,6%	14,3%	14,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	14,3%	100,0 %
	Recuento	11	6	4	4	2	2	1	1	1	1	33
Total	% dentro de NIVEL DE ANSIEDAD	33,3%	18,2%	12,1%	12,1%	6,1%	6,1%	3,0%	3,0%	3,0%	3,0%	100,0 %
	Recuento											

(Fuente: Datos de la Investigación)

**Tabla N° 12. Nivel de ansiedad /tiempo de evolución de la enfermedad**

NIVEL DE ANSIEDAD		TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD						Total
		MENOS DE UN AÑO	ENTRE 1 Y 5 AÑOS	ENTRE 6 Y 10 AÑOS	ENTRE 11 Y 15	ENTRE 16 Y 20	MÁS DE 20 AÑOS	
LEVE	Recuento	5	7	2	4	1	3	22
	% dentro de NIVEL DE ANSIEDAD	22,7%	31,8%	9,1%	18,2%	4,5%	13,6%	100,0%
LEVE MODERADA	Recuento	0	0	1	2	1	0	4
	% dentro de NIVEL DE ANSIEDAD	0,0%	0,0%	25,0%	50,0%	25,0%	0,0%	100,0%
MODERADA-SEVERA	Recuento	2	3	0	1	0	1	7
	% dentro de NIVEL DE ANSIEDAD	28,6%	42,9%	0,0%	14,3%	0,0%	14,3%	100,0%
Total	Recuento	7	10	3	7	2	4	33
	% dentro de NIVEL DE ANSIEDAD	21,2%	30,3%	9,1%	21,2%	6,1%	12,1%	100,0%

(Fuente: Datos de la Investigación)

### Asociación depresión/ diagnóstico del paciente cuidado y tiempo de evolución de la enfermedad del paciente cuidado

En el caso de la depresión, la asociación de esta, tanto con el diagnóstico del paciente como con el tiempo de evolución de la enfermedad, indico un contraste de independencia entre las variables, en ambos casos, al obtener valores de chi-cuadrado de Pearson y una razón de verosimilitud mayor a 0,05. Lo que quiere decir que no existe asociación entre dichas variables según el estudio.

**Tabla Nº 13. Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	40,842 <sup>a</sup>	36	,266
Razón de verosimilitud	31,417	36	,686
Asociación lineal por lineal	,017	1	,897
N de casos válidos	33		

50 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 0,06.

**Tablas Nº 14. Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	17,244 <sup>a</sup>	20	,637
Razón de verosimilitud	20,044	20	,455
Asociación lineal por lineal	1,246	1	,264
N de casos válidos	33		

30 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 0,12.

Tabla N° 15. Nivel de depresión/diagnóstico del paciente cuidado

		DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE CUIDADO										
NIVEL DE DEPRESIÓN		Trastorno Bipolar	Trastorno Afectivo Orgánico	Esquizofrenia paranoide	Trastorno mental orgánico	Depresión grave	Trastorno psicótico	Trastorno esquizofreniforme	Trastorno Esquizoafectivo	Trastorno mental y del comportamiento	Trastorno mental y del comportamiento	Total
NO DEPRIMIDO	Recuento	3	2	2	0	1	1	0	0	1	0	10
	% dentro de NIVEL DE DEPRESIÓN	30,0%	20,0%	20,0%	0,0%	10,0%	10,0%	0,0%	0,0%	10,0%	0,0%	100,0%
LEVE	Recuento	4	3	0	2	1	1	0	1	0	0	12
	% dentro de NIVEL DE DEPRESIÓN	33,3%	25,0%	0,0%	16,7%	8,3%	8,3%	0,0%	8,3%	0,0%	0,0%	100,0%
MODERADA	Recuento	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	3
	% dentro de NIVEL DE DEPRESIÓN	0,0%	0,0%	33,3%	33,3%	0,0%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
SEVERA	Recuento	3	1	1	1	0	0	0	0	0	0	6
	% dentro de NIVEL DE DEPRESIÓN	50,0%	16,7%	16,7%	16,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
MUY SEVERA	Recuento	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
	% dentro de NIVEL DE DEPRESIÓN	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	100,0%
Total	Recuento	11	6	4	4	2	2	1	1	1	1	33
	% dentro de NIVEL DE DEPRESIÓN	33,3%	18,2%	12,1%	12,1%	6,1%	6,1%	3,0%	3,0%	3,0%	3,0%	100,0%

(Fuente: Datos de la Investigación)

**Tabla N° 16. Nivel de depresión/ tiempo de evolución de la enfermedad**

NIVEL DE DEPRESIÓN		TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD						Total
		MENOS DE UN AÑO	ENTRE 1 Y 5 AÑOS	ENTRE 6 Y 10 AÑOS	ENTRE 11 Y 15 AÑOS	ENTRE 16 Y 20 AÑOS	MÁS DE 20 AÑOS	
NO DEPRIMIDO	Recuento	3	3	2	2	0	0	10
	Recuento esperado	2,1	3,0	,9	2,1	,6	1,2	10,0
	% dentro de NIVEL DE DEPRESIÓN	30,0%	30,0%	20,0%	20,0%	0,0%	0,0%	100,0%
LEVE	Recuento	2	3	1	3	1	2	12
	Recuento esperado	2,5	3,6	1,1	2,5	,7	1,5	12,0
	% dentro de NIVEL DE DEPRESIÓN	16,7%	25,0%	8,3%	25,0%	8,3%	16,7%	100,0%
MODERADA	Recuento	1	1	0	0	1	0	3
	Recuento esperado	,6	,9	,3	,6	,2	,4	3,0
	% dentro de NIVEL DE DEPRESIÓN	33,3%	33,3%	0,0%	0,0%	33,3%	0,0%	100,0%
SEVERA	Recuento	0	3	0	2	0	1	6
	Recuento esperado	1,3	1,8	,5	1,3	,4	,7	6,0
	% dentro de NIVEL DE DEPRESIÓN	0,0%	50,0%	0,0%	33,3%	0,0%	16,7%	100,0%
MUY SEVERA	Recuento	1	0	0	0	0	1	2
	Recuento esperado	,4	,6	,2	,4	,1	,2	2,0
	% dentro de NIVEL DE DEPRESIÓN	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	100,0%
Total	Recuento	7	10	3	7	2	4	33
	Recuento esperado	7,0	10,0	3,0	7,0	2,0	4,0	33,0
	% dentro de NIVEL DE DEPRESIÓN	21,2%	30,3%	9,1%	21,2%	6,1%	12,1%	100,0%

(Fuente: Datos de la Investigación)

## 7. DISCUSIÓN

En líneas generales puede afirmarse en cuanto a las características del perfil del cuidador, destaca una población mayoritariamente femenina, cuya media de edad es de 46,8 años, dichas características no difieren respecto al sexo y edad promedio de las encontradas en otros estudios similares, en los que se describe un perfil de cuidador consistente en una mujer de edad media similar a la encontrada en el presente trabajo (16,22,23). Las diferencias destacables se encuentran en el estado civil del cuidador, nivel de instrucción, parentesco y procedencia, el cual para los estudios similares el cuidador está casado con nivel de instrucción de educación primaria, ama de casa y con una relación de parentesco (en su mayoría hija o cónyuge) con el paciente cuidado, con procedencia en su mayoría de zonas extraurbanas (16,22,23). Para el caso de la investigación que compete, el perfil destaca: soltera sin relación de pareja, con estudios universitarios, con un parentesco principalmente materno con el paciente y procedente de zonas urbanas (25).

En lo que respecta al conocimiento del diagnóstico del paciente cuidado, en el presente estudio se muestra que en su mayoría los cuidadores poseen dicho conocimiento (69,7%) a diferencia de los estudios similares donde se aprecia que un 84.4 % no reportaron el diagnóstico del familiar por desconocimiento(25).

En relación con el diagnóstico psiquiátrico del familiar bajo cuidado, el trastorno bipolar es el más común (33,3%), en cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad, el tiempo con mayor incidencia se encuentra entre “1 y 5 años” esto se encuentra relacionado con estudios previos donde el 95% tiene más de un año al cuidado del paciente.

La ansiedad se presentó en mayor o menor grado en los 33 casos de cuidadores (100%), en el caso de la depresión se presentó en 69,7% de los casos, estos resultados están relacionados con los estudios previos consultados donde para una muestra de 445 cuidadores, 86% presento ansiedad y 65% depresión (18) . En otros estudios, se ha encontrado que entre 46 y 59 % de los cuidadores primarios están clínicamente deprimidos y utilizan prescripciones para depresión, ansiedad e insomnio dos o tres veces más que el resto de la población.(3,17,19,24,26).

Los síntomas comunes de trastorno de ansiedad en los cuidadores, son los somáticos generales (30%), cardiovasculares (30%) y tensión (27%). En cuanto a la depresión los síntomas más comunes fueron ansiedad somática (30%), somáticos generales (30%), e hipocondría (30%).

En cuanto a la asociación entre la ansiedad con el diagnóstico del paciente cuidado, se determinó que no existe asociación significativa entre las variables. Este mismo resultado se presentó para la depresión. En este caso no se ubicaron estudios similares que apoyaran o refutaran dichos resultados, sin embargo, se presentan investigaciones en las que los cuidadores de paciente psiquiátricos con trastornos específicos presentaron ansiedad y depresión (3,17). En cuanto a la asociación entre la ansiedad y el tiempo de evolución de la enfermedad, en este caso, igual que en la depresión, no se halló asociación entre las variables, contrario a lo hallado en una de las investigaciones consultadas donde plantea que el número de años de evolución de la enfermedad fue una de las variables asociada con los trastornos depresivos (17), además, se ubicaron algunas investigaciones que relacionan las horas de cuidado con la afectación

psicológica del cuidador y mayor carga en cuidadoras de pacientes de larga evolución (15,16).

## **8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

La evidencia que presentan los resultados de ésta investigación da muestra de la presencia en menor o mayor grado de ansiedad y depresión en más del 50% de los cuidadores principales de pacientes psiquiátricos. Y aunque no se cumplió la hipótesis de la investigación, no deja de ser un tema que requiere atención.

Tal situación amerita una intervención oportuna basada en el diseño y ejecución de un plan de apoyo terapéutico dirigido a mejorar la calidad de vida del cuidador que puede ser objeto de un próximo trabajo de grado o proyecto de la Unidad de Psiquiatría de esta institución.

En la actualidad se manejan intervenciones en otras poblaciones de pacientes que podrían generalizarse a los cuidadores como por ejemplo la terapia ocupacional y los grupos de autoayuda. Se requiere de técnicas, estrategias y seguimiento periódico que garantice la efectividad de esta intervención.

Se recomienda promover la psicoeducación con las escuelas de familias, extendida a sesiones fuera de la Unidad Psiquiátrica de Agudos, de mayor frecuencia semanal que permitan la asistencia de mayor número de cuidadores con horarios acordes a las limitaciones comunes.

Propiciar durante la hospitalización del paciente mediante las entrevistas familiares entrenamiento a los cuidadores en estrategias y habilidades para afrontar las consecuencias del cuidado.

Por último, es importante la incorporación a consulta externa de aquellos cuidadores con niveles de ansiedad y depresión moderados a severos para el manejo psicoterapéutico y farmacológico que les ayude a controlar los síntomas discapacitantes y así evitar descompensaciones futuras del paciente cuidado o de sí mismo.

## 9.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Organización Mundial de la Salud. (internet). Depresión. Nota descriptiva. (citado en marzo 2017) disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

(2) Sadock B, Sadock V. Kaplan y Sadock: Manual de Bolsillo de Psiquiatría Clínica. 4ta ed.España: Lippincott Williams y Wilkins; c2008.474p.

(3) Palacios X,Jimenez K. Estrés y depresión en cuidadores informales de pacientes con trastorno afectivo bipolar. Revista Avances en Psicología Latinoamericana. Bogotá. 2008; 26(2): ISSN1794-4724 195-210.

(4) Cuéllar Flores I, Sánchez M. Adaptación Psicológica en Personas Cuidadoras de Familiares Dependientes. Clínica y Salud (Internet). 2012 Jul (citado 2016 Jun 12] ; 23(2):141-152. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742012000200003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742012000200003&lng=es).

(5) Roldan G, Salazar I, Garrido L. La asertividad y la salud de los familiares cuidadores de pacientes con trastorno mental grave. Revista Psicología conductual. 2014; 22(3):501-521.

(6)Instituto de la Vejez. Relación entre el estrés de los cuidadores y el maltrato de ancianos. Centro Nacional del Maltrato a las personas mayores. Estados Unidos. 2002.

(citado diciembre 2015). Disponible en:

<http://www.ncea.aoa.gov/Resources/Publication/docs/spanishfactbrochure.pdf>

(7)Gutiérrez R. La Familia con Enfermos Crónicos-Colapso del cuidador. Monterrey, Nuevo León: Sociedad Neolonesa de Residentes y Especialistas en Medicina Familiar; marzo de 2010.

(8) De los Reyes M. Construyendo el concepto cuidador de ancianos. IV Reunión de Antropología do Mercosul. Foro de Investigación: Envejecimiento de la población en el Mercosur. Noviembre 2001. Curitiba Brasil.

(9)Gutiérrez L, Martínez J, Rodríguez M, et al. La sobrecarga del cuidador en el trastorno bipolar. Revista Anales de Psicología. 2013; 29: 624-632.

(10)Guillén A, Muñoz M. Variables asociadas a las necesidades psicosociales de personas con enfermedad mental grave usuarias de servicios comunitarios y de sus cuidadores familiares. Anuario de Psicología Clínica y Salud. Madrid 2011; 07: 15-24.

(11)Rodríguez del Alamo A., Fundación SPF de Neurociencias. Sobrecarga psicofísica en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer. Causas, problemas y soluciones. Revista Psicología Online.(internet) 2004. (citado el 5 julio 2016) disponible en: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/delalamo/alzheimer.shtml>.

(12) Hamilton M.The assessment of anxiety states by rating. Br J MedPsychol. 1959;32:.50–55.

(13) Purriños M. Escala de Hamilton- Hamilton Depression Rating Scale. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. Servicio Galego de Salud.(citado 7

julio 2016) Disponible en:

[http://medsol.co/informacion/medixen/depresion\\_escala\\_hamilton.pdf](http://medsol.co/informacion/medixen/depresion_escala_hamilton.pdf)

(14) Berbel E, Sepúlveda A, Monserrat G, Andrés P, Carrobles J, Morandé, G. Valoración del estado de salud y psicopatología de los familiares en el trastorno del comportamiento alimentario: diferencias entre cuidadores principales y secundarios. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2010; 15: 179-192.

(15) Martínez A, Nadal S, Beperet M, Medioróz P, grupo Psicot. Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: factores determinantes. Revista Anales. Sis San Navarra. 2000; 23:101-110.

(16) Llibre J, Guerra M, Perera E. Impacto psicosocial del síndrome demencial en cuidadores cruciales. Revista Cubana Med Gen Integr. 2008; 24:1-15.

(17) Racón M, Craveo J, Valencia M. Trastornos emocionales, físicos y psiquiátricos en los familiares de pacientes con esquizofrenia en México. Revista de Investigación Clínica. 2010; 62:509-515.

(18) Domínguez J, Ruíz M, y otros. Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes. Semergen (internet). 2012. (citado 12 agosto 2016); 38 (1):16-23.

Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-ansiedad-depresion-cuidadores-pacientes-dependientes->

[S1138359311002486?redirectNew=true](http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-ansiedad-depresion-cuidadores-pacientes-dependientes-S1138359311002486?redirectNew=true).

(19) Manso M, Sánchez M, Cuéllar I. Salud y sobrecarga percibida en personas cuidadoras familiares de una zona rural. Clínica y Salud (Internet). 2013 Mar. (citado 9 de agosto 2016); 24(1):37-45. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742013000100005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742013000100005&lng=es).

(20) Cerda B, Díaz A, Leija M, Díaz A. Evaluación de la psicopatología y calidad de vida en una muestra de cuidadores informales primarios de pacientes con esquizofrenia. Revista psiquis (internet). 2009. (citado el 9 de agosto 2016);18(2):35-43. Disponible en: [http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=57644&id\\_seccion=3011&id\\_ejemplar=5834&id\\_revista=180](http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=57644&id_seccion=3011&id_ejemplar=5834&id_revista=180)

(21) Durán S. Sobrecarga psicofísica del cuidador principal de pacientes pluripatológicos hospitalizados en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes en Mérida, Venezuela. (Tesis), Mérida, 2010.

(22) Sánchez G. Calidad de vida en cuidadores de pacientes con enfermedad de parkinson en Mérida, Venezuela. (Tesis), Mérida, 2007.

(23) Pierre S. Sobrecarga del cuidador según la escala de Zarit, medición en familiares de pacientes de la unidad psiquiátrica de agudos. (Tesis). Mérida, 2005.

(24) Contreras M. Niveles de Ansiedad del familiar cuidador de pacientes hospitalizados en la unidad psiquiátrica d agudos. (Tesis). Mérida, 2005.

(25) Carrillo A. Diseño y validación de cuestionario para medición de la actitud que tienen los familiares de pacientes psicóticos ante la enfermedad mental hospitalizados

en la Unidad Psiquiátrica De Agudos del Hospital Universitario de Los Andes. (Tesis). Mérida, 2014.

(26) Ramírez A, Morales T, Vázquez F y otros. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (Internet) 2008, (citado el 14 de julio 2017); 46 (1): Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745523005> ISSN 0443-5117

(27) Manterola Carlos, Otzen Tamara. Estudios Observacionales: Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. Int. J. Morphol. (Internet). 2014 Jun [citado 2017 Jul 12] ; 32( 2 ): 634-645. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95022014000200042](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022014000200042)

(28) Lopez P. Población muestra y muestreo. Punto Cero (online). 2004, (citado 2017-07-11), 9(8):69-74. Disponible en:

[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1815-02762004000100012](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762004000100012)

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente se le socita su valiosa colaboración para la realización de trabajo de investigación que se llevara a cabo en la UPA (Unidad de Psiquiátrica de Agudos).

Yo, \_\_\_\_\_ CI \_\_\_\_\_

En Mérida, a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Siendo mayor de edad, en uso pleno de mis facultades mentales y sin que medie coacción ni violencia alguna, en completo conocimiento de la naturaleza, forma, duración, propósito, requerimientos inconvenientes y riesgos relacionados con la participación en éste estudio. Declaro mediante la presente:

1. Haber sido informado(a) de manera objetiva, clara y precisa de todos los aspectos relacionados con este trabajo.
2. Que mi participación en este estudio no implica ningún riesgo.
3. Que los datos obtenidos serán guardados de forma confidencial.
4. Cualquier pregunta sobre el estudio que surja durante el tiempo de mi participación me será respondida por la responsable del estudio.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

#### Niveles de ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes hospitalizados en la Unidad Psiquiátrica de Agudos

SEXO F M EDAD EN AÑOS: \_\_\_\_\_ FECHA NACIMIENTO \_\_\_\_\_

LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ PROCEDENCIA \_\_\_\_\_

GRADO DE INSTRUCCIÓN: 1.Analfabeta 2.alfabeta no escolarizado, 3.primaria incompleta, 4.primaria completa, 5. secundaria incompleta, 6.secundaria completa, 7.universitaria.

PROFESION \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL 1.soltero sin relación de pareja 2.soltero con relación de pareja 3. vive en concubinato 4. casado 5. viudo 6.divorciado

CONOCE EL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE CUIDADO? 1. SI 2.NO CUAL ES? \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE CUIDADO SEGÚN HISTORIA CLINICA: \_\_\_\_\_

TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE CUIDADO: \_\_\_\_\_

PARENTESCO CON EL PACIENTE CUIDADO: \_\_\_\_\_

## ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD

<i>Definición operativa de los ítems</i>	<i>Puntos</i>				
1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i> – General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial – Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmia, mioclonías palpebrales	0	1	2	3	4

## ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESION

<i>Ítems</i>	<i>Criterios operativos de valoración</i>
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle

11. Ansiedad somática	0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones</li> <li>• Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias</li> <li>• Respiratorios: hiperventilación, suspiros</li> <li>• Frecuencia urinaria</li> <li>• Sudoración</li> </ul>
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2
14. Síntomas genitales	0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante Síntomas como <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de la libido</li> <li>• Trastornos menstruales</li> </ul>
15. Hipocondría	0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso (completar A o B)	A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) <ol style="list-style-type: none"> <li>0. No hay pérdida de peso</li> <li>1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual</li> <li>2. Pérdida de peso definida (según el enfermo)</li> </ol> B. Según peso evaluado por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) <ol style="list-style-type: none"> <li>0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana</li> <li>1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana</li> <li>2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)</li> </ol>
17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo