



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

Relación de la sobrecarga y fatiga del cuidador familiar de un adulto
con tratamiento de antipsicóticos

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTORA:

De la Cruz Fernandez, Ana Lauren (orcid.org/0000-0003-1257-6800)

ASESOR:

Mgr. Contreras Garcia, Carmen Adriana (orcid.org/0000-0002-3673-6998)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Enfermedades no Transmisibles

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Enfoque de género, inclusión social y diversidad cultural

TRUJILLO – PERÚ

2024



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, CONTRERAS GARCIA CARMEN ADRIANA, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "Relación de la Sobrecarga y Fatiga del Cuidador Familiar de un Adulto con Tratamiento de Antipsicóticos", cuyo autor es DE LA CRUZ FERNANDEZ ANA LAUREN, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 8%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 29 de octubre del 2024

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
CONTRERAS GARCIA CARMEN ADRIANA DNI: 41915749 ORCID: 0000-0002-3673-6998	Firmado electrónicamente por: CACONTRERASGA el 29-10-2024 15:17:42



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

Declaratoria de Originalidad del Autor

Yo, DE LA CRUZ FERNANDEZ ANA LAUREN estudiante de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "Relación de la Sobrecarga y Fatiga del Cuidador Familiar de un Adulto con Tratamiento de Antipsicóticos", es de mi autoría, por lo tanto, declaro que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. He mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de la información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Nombres y Apellidos	Firma
ANA LAUREN DE LA CRUZ FERNANDEZ DNI: 46960509 ORCID: 0000-0003-1257-6800	Firmado electrónicamente por: ALAFE2 el 29-10-2024 14:09:54

DEDICATORIA

A Dios, fuente de vida y sabiduría, por concederme la fortaleza y la capacidad para adentrarme en el mundo de la medicina.

A mis padres, Emérita Fernández y Pedro De la Cruz, por su amor infinito, su apoyo incondicional y por ser la fuerza que me impulsa a seguir adelante.

A mis hermanos Hugo, Jefry, Diana, Mavel, sobrinos Ghael, Noah por su amor, por su compañía y a mi amigo de casi toda la vida, gracias por su invaluable ayuda.

A toda mi familia, por su amor, su confianza y por creer en mis sueños, y por formar parte de este logro.

AGRADECIMIENTO

A mi asesor la Dra. Contreras García, Carmen Adriana, por su tiempo y paciencia en el desarrollo de este proyecto de investigación. A la Universidad César Vallejo y a sus profesionales capacitados por las valiosas enseñanzas, y por todas las experiencias vividas durante todo este tiempo de estudiante. Con gratitud infinita, reconozco el esfuerzo y la colaboración de cada persona que ha contribuido de alguna manera a la realización de este proyecto. Sus aportes han enriquecido mi trabajo y han sido clave en el camino hacia la consecución de mis objetivos.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DEL ASESOR	ii
DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD DEL AUTOR	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
I.INTRODUCCIÓN	1
II.METODOLOGÍA.....	9
III. RESULTADOS.....	12
IV. DISCUSIÓN.....	19
V.CONCLUSIONES	23
VI. RECOMENDACIONES.....	24
REFERENCIAS.....	25
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N 01: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	33
TABLA N 02: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ESCALA DE ZARIT	38
TABLA N 03: CUESTIONARIO FATIGUE ASSESSMENT SCALE (FAS)	39

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo evaluar la relación de sobrecarga con la fatiga del cuidador familiar de un adulto con tratamiento de antipsicóticos. Su metodología fue Tipo, enfoque y diseño de Investigación Descriptiva, básica, Cuantitativa, No experimental. Analítico, Transversal, Correlacional. La población y muestra estuvo conformada por familiares cuidadores de PCA que fueron atendidos en el CSMC de Moyobamba durante el periodo de julio a octubre del 2024. Se utilizaron tres Instrumentos para la recolección de datos: Escala de Zarit, Escala de Likert, El Cuestionario de fatiga y cansancio FAS (Fatigue assessment Scale). Se concluye que, de acuerdo al género, la población masculina presenta una mayor prevalencia de fatiga moderada, con un 62.5% y un 51.2% de fatiga severa, en comparación con las mujeres que presenta el 48.8% fatiga moderada y el 37.5% fatiga severa. Con un p-valor de 0.01.

Palabras clave: Sobrecarga, fatiga, cuidador, antipsicóticos.

ABSTRACT

This research aimed to evaluate the relationship between overload and fatigue in the family caregiver of an adult receiving antipsychotic treatment. Its methodology was Type, approach and design of basic Descriptive, Quantitative, Non-experimental Research. Analytical, Cross-sectional, Correlational. The population and sample were made up of family caregivers of patients who consume antipsychotics (PCA) who were treated at the CSMC of Moyobamba during the period from July to October 2024. Three instruments were used for data collection: Zarit Scale, Scale Likert, The Fatigue and Tiredness Questionnaire FAS (Fatigue Assessment Scale). It is concluded that according to gender, the male population presents a higher prevalence of moderate fatigue, with 62.5% and 51.2% of severe fatigue, compared to women who present 48.8% moderate fatigue and 37.5% severe fatigue. With a p-value of 0.01.

Keywords: Overload, fatigue, caregiver, antipsychotics.

I. INTRODUCCIÓN

Los trastornos neurológicos y psiquiátricos incluyen diferentes signos y síntomas que llevan a cambios estructurales en el cerebro dando como resultado alteraciones funcionales de tipo psicótico, los mismos que están relacionados directamente a trastornos psicóticos de tipo primario (1). El diagnóstico, la evaluación y examen físico son fundamentales para establecer el tratamiento que beneficie a este grupo de pacientes. En el tratamiento antipsicótico su mecanismo de acción antidopaminérgico regula la actividad de la serotonina que beneficia y conlleva a disminuir los síntomas psicóticos, y se asocia a menos efectos secundarios (2).

A nivel mundial la cobertura del tratamiento por parte de los sistemas de salud para los casos de Trastorno de depresión mayor (TDM) es aún es muy baja, tanto en países con ingresos promedios bajo y muy bajos. Esta falta de acceso ha llevado a que muchas personas no reciban el tratamiento adecuado, llevando a que el TDM sea una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial (3). La ausencia de políticas públicas ha incrementado la brecha de atención para las personas con TDM, lo que limita a este grupo de población a poder satisfacer incluso sus necesidades básicas (4).

La Organización Mundial de la Salud estimó que, en 2019, alrededor de 970 millones de personas en todo el mundo padecían un trastorno mental (TM), lo que equivale a 1 de cada 8 personas agobia de trastornos mentales y tomaron antipsicóticos. Dentro de los TM, se aproxima que 24 millones de personas pueden padecerla, lo que correspondería a una cifra de 1 de cada 300 personas. Además, la esperanza de vida de los pacientes con esquizofrenia disminuye entre 10 a 20 años en comparación con de la población general(5).

Los cuidadores de personas con TM enfrentan una carga significativa, lo que genera un impacto en su vida. El tiempo dedicado al cuidado de las personas con TM se ha visto reflejado en cansancio, lo que llevó a la sobrecarga y a la presencia de fatiga, Algunos estudios han mostrado que 32% de los cuidadores experimentan

una sobrecarga familiar moderada, mientras que otro 32% experimentan una sobrecarga familiar intensa.(4)

Si bien es cierto que existen estrategias que van desde la prevención hasta el tratamiento que son eficaces, no siempre en su mayoría la persona que presenta trastornos mentales se beneficia de una atención efectiva, el estigma por otro lado, la discriminación y la vulneración a sus derechos humanos sigue estando presente(6).

Un estudio que se dirigió a los cuidadores familiares de personas que tomaron antipsicóticos, donde el objetivo determinó la carga, el apoyo y las necesidades primarias de personas con esquizofrenia. El estudio que se realizó fue mediante entrevistas de tipo cualitativas con el diseño semiestructurado y directa que permitieron indagar cómo es la perspectiva del cuidador respecto a la carga de los cuidadores, necesidades y otros apoyos.(7)

Se llevó a cabo en Centros de Salud de los Servicios en la comunidad que son donde acuden con frecuencia, en todo momento se aplicó la ética. Luego se analizó los datos, los informes según pauta obteniendo como resultado en los entrevistados que catorce de los veinte mencionaron el alto costo de atención de los pacientes, lo que les impone una gran carga financiera, once cuidadores padres de los veinte pacientes padecieron de estrés psicológico y estaban extremadamente preocupados por el futuro de sus familiares.(8)

Todos los entrevistados tuvieron fuertes cargas físicas y fueron más propensos a experimentar altos niveles de angustia y coincidieron en que deberían brindar rehabilitaciones más asequibles para los pacientes con esquizofrenia ya que esta sigue siendo insuficiente. Por último, el 68,8 % de los pacientes mostraron comportamientos amenazantes y el 5,4 % de los pacientes supuestamente amenazaron la seguridad personal de otros (9).

En Perú se realizó una investigación en los cuidadores de pacientes con Esquizofrenia, el objetivo fue plasmar el Nivel de sobrecarga del Cuidador Primario

en pacientes con esquizofrenia en el centro Salud mental de Lima “Wiñay” 2021. Obtuvo como resultado sobrecarga del cuidador principal de los pacientes con esquizofrenia un 66,7 %, y solo el 5,5 % de los cuidadores principales no estuvo sobrecargada. En cuanto al impacto del cuidado, los cuidadores primarios dominaron en el nivel intensivo con un 63,8%, mientras que el 5,6% de los Cuidadores Primarios no se encontraron desbordados en ese sentido(10).

Respecto al grado de sobrecarga en la Dimensión Calidad de las Relaciones Interpersonales, la sobrecarga del cuidador principal para la esquizofrenia no fue abrumadora con un 52,8%, mientras que el 8,3% de los cuidadores principales se encontraron abrumados en este aspecto. Por último, el grado de sobrecarga en la dimensión expectativas, predominó la vía intensiva en los cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia 91,7%, no hubo casos que no estuvieran sobrecargados en esta dimensión(8).

En Perú hicieron una investigación con la finalidad de describir a familiares cuidadores de personas que padecen trastorno mental y que fueron atendidos previamente en un lugar con alta complejidad. El estudio que se realizó fue explicativo, método de estudio mixto que inició de forma cuantitativa haciendo uso de un instrumento validado (Ficha que caracteriza la día de una persona que presenta patología crónica/ familiar cuidador; habilidad en el cuidado de Nkongho según inventario, además de la escala que evalúa sobrecarga según Zarit y posteriormente de forma cualitativa fenomenológico. Los datos se obtuvieron haciendo uso de entrevistas. El resultado obtenido fue que casi en su totalidad los cuidadores fueron familiares de sexo femenino en un 68% entre las edades de 28 y 60 años con educación nivel primario, que presentaron sobrecarga moderada e intensa en un 32%(11).

Se define por carga aquella donde exista problemas emocionales y psicosociales graves, o aquellos eventos o dificultades negativos, así mismo existen situaciones o cambios estresantes significativos en el transcurso de la vida que intervienen en el cuidado familiar para el cuidado. Otra definición es el grado con el que los

cuidadores vieron afectada su salud emocional, física y su vida social, además su estado económico como resultado final del cuidado exclusivo de un familiar(7).

Se clasifica la carga según como esté afectada la parte. Un ejemplo claro es la carga que la familia afronta como una sola, por el contrario, la carga individual que experimenta un miembro de la familia o el cuidador, donde asume el gran peso del cuidado. Cuando hablamos de carga no solo hablamos de demandas subjetivas sino también de las reacción subjetiva que los cuidadores van experimentando, en cuanto a la carga objetiva esta descrita por esos problemas, dificultades, prácticas y sobre todo el efecto negativo donde la enfermedad influye en la familia, y como resultado lleva a cambios muy significativos y vitales dentro de la dinámica familiar (12).

La carga subjetiva correspondió al grado donde el cuidador o cuidadores se sintieron muy preocupados por la circunstancia que atravesaron, lo que conllevó a la generación de reacciones que afectó su bienestar y finalmente la parte psicológica. Dentro de los factores que influyeron para poder aumentar o, por el contrario, disminuir la carga familiar fueron aquellos pacientes que presentaron enfermedad grave y estén imposibilitados funcionalmente, así mismo aquellos que presentaron una discapacidad, ausencia de empleo, autocuidado muy deficiente, bajo funcionamiento en el nivel psicosocial entre muchos más. Los cuidadores muchas veces no hicieron expresiva la carga que vienen sufriendo, trayendo consigo que muchos de los profesionales no sean conscientes y no se sensibilicen con el enorme impacto y sobre todo con efecto negativo que sufren los cuidadores y/o familiares al cuidar a un familiar con una enfermedad grave mentalmente(13).

Al hablar de cuidadores hicimos referencia a la denominación de cuidadores informales que constituyeron a todas las personas que se dedicaron hacer tareas entre las cuales incluyeron el cuidado de personas que no fueron capaces de hacer sus actividades básicas en el día a día por ellas mismas, sino que ,por el contrario, estas personas fueron familiares en su mayoría y con la característica más resaltante de no tener formación para dicho cuidado, no poseer remuneración económica para los cuidados que brindan y por supuesto la gran demanda de horas

que dedicaron, la mayoría de su tiempo brindado al cuidado porque simple y sencillamente no existe horario alguno. Las personas que se hicieron cargo del cuidado en su mayoría de veces padecieron un sin número de síntomas que dieron como resultado el Síndrome del cuidador, el mismo que se caracterizó por la existencia de ansiedad, depresión, estrés, insomnio, cefalea, pérdida de apetito, irritabilidad entre otras sintomatologías más, se dedicaron en plenitud dejando de lado sus actividades propias y personales como consecuencia se extinguió su vida social, amical que los llevó a la pérdida de amigos, eliminación de actividades de diversión y ocio; muchas veces se encontraron con sentimientos de tensión y tristeza y por supuesto experimentaron sentimientos de soledad(14).

Es así que se habló de una enfermedad con duración de más de un año que va a necesitar atención médica de forma continua y así mismo ocasionó limitación de actividades diarias de la vida, adicionado el costo económico y emocional que deterioró la vida digna de calidad, se sumó también a ello la ausencia de apoyo social, familiar, laboral y personal. La ausencia de financiamiento por parte de los programas para personas con Trastorno Mental, incluyó el cuidado del hogar, exacerbando inequidades, sistemas en la salud que se convirtieron en un problema de salud pública, individual y colectiva, magnificando el fenómeno de desplazamiento. A medida que progresó el Trastorno Mental, requirió soporte familiar, además de un cuidador para asistir sus necesidades de la vida diaria, cotidiana; generó dependencia en cuanto a cuidados y un óptimo tratamiento. Los cambios estructurales comenzaron cuando se asume el papel de cuidador que afectó de forma negativa, emocional y procesual en la vida familiar; por la complejidad de la persona enferma e imprevisibilidad con la misma. La familia de la persona que estuvo enferma se afectó en su capacidad para adaptarse y funcionar ante acontecimientos de la vida y estresantes; el estigma, por otro lado, ocasionó rechazo en la sociedad y en su mayoría se asoció con violencia. El cuidador utilizó un sin número de estrategias que permitan afrontar la inestabilidad de tipo emocional del familiar de forma que controle la situación y esta pueda ser recuperada. El cuidador va a realizar su trabajo siempre en aislamiento del entorno de la sociedad, en la soledad de la casa, sin recibir reconocimiento y sumido en el anonimato(15).

El concepto de estrés del cuidador, se definió como aquellas respuestas subjetivas que experimenta el cuidador que van desde lo emocional hasta lo cognitivo, desigualdad y cansancio. Para mencionar que, en respuesta objetiva, es responsable de asumir primordialmente el cuidado basado en las necesidades del cuidador. Las redes que van desde apoyo social, comunidad y lo más importante la familia fueron características muy importantes para los cuidadores, dando como resultado el alivio de la carga brindándole un suficiente descanso. Zarit, Reeve y Bach-Peterson. Conceptualizaron de carga: "grado que perciben los cuidadores que están a cargo de un familiar y que repercute en el estado físico, emocional, social y, por último financiero". Considerando que su derivación resulta no objetivo dado de un procedimiento de explicación. (13)

El Modelo Carer Stress and Burden y anteriores modelos que dieron origen distinguieron entre varios estresores tanto primarios como secundarios, llegaron a reconocer las consecuencias que traen los estresores de tipo primario, distinto a estresores de tipo secundarios que por su importancia fueron muy relevantes en la evaluación del cuidado. (4)

Según el modelo en Cuidado Informal Integrador consideró al modelo del Cuidador con Estrés además del modelo de JD-R que son los que facilitó reconocer relevantes factores que se tuvieron en cuenta al crear una comprensión del cuidador con informalidad respecto al agotamiento, entonces se consideró: recursos, factores estresantes no solo del medio del cuidado ,sino además todas las características a nivel psicosocial del cuidador; así mismo se tuvo en consideración el vínculo que existió en el receptor de cuidado como aquel componente severo respecto a la comprensión de experiencia de cuidado. De igual forma, se consideró la fatiga como intermediario clave para los resultados; finalmente se tuvo en cuenta la subjetiva carga para la evaluación según medida (16).

En Perú, en el año 2021 con respecto a febrero, en la consulta de atención en el Hospital Hermilio Valdizán y tele consulta, un total de 113 casos nuevos se

presentaron. En la distribución según diagnóstico prevaleció la de tipo esquizofrenia. De igual forma, en el Servicio de Hospitalización se registraron 43 casos nuevos, dentro de ellos 26 casos correspondieron a esquizofrenia, tan solo 4 casos debido a trastorno mental y del comportamiento debido al uso de alcohol, por último, 3 casos de episodio depresivo y trastorno mental(17).

La incorporación de los Centros de Salud Mental Comunitario en el Perú (CSMC) dentro del primer nivel de atención incorpora medidas que se han ido desarrollando progresivamente, su implementación, su fortalecimiento y desarrollo ha sido impulsado por el Ministerio de Salud desde el año 2015, así mismo su ubicación en zonas desfavorecidas económicamente proporciona y permite que se incremente la oferta de servicios de salud mental y se brinde una mayor disponibilidad de recursos humano (18).

Por otro lado, la descentralización crea vacíos con respecto a la información en la población, sobre todo en el personal de salud poco capacitado e informado que podrían desconocer la existencia de los CSMC, y acostumbrados al sistema tradicional no los orientan a la atención por estos centros especializados, y como consecuencia los pacientes no acceden a este servicio de modo oportuno. El cambio desde un sistema hospitalario a uno comunitario implica avances progresivos, que evidencian el punto de partida para la atención en el primer nivel con el fin de establecer puentes entre los mismos, de tal forma que se mantengan servicios equitativos y eficaces. Los CSMC encargados de la atención de salud mental son el núcleo del nuevo paradigma, es así que desde su creación este considera la importancia de examinar e implementar adecuadamente políticas nacionales de salud mental, y no solo ello porque también se necesita de la intervención de otros sectores para la resolución de los conflictos y carencias en salud mental del primer nivel de atención(10).

Cuando se da el diagnóstico de un trastorno mental, el mismo empieza a jugar un rol muy importante dentro de la dinámica familiar, en primer lugar, afecta las relaciones familiares, lo que ocasiona que se reestructure no solo como funciona a nivel individual sino en una parte más integrada, social y además familiar; llevando

a sentimientos negativos. La familia empieza el proceso de adaptación debido a las demandas del paciente y familiares; cuando sucede lo contrario, y esto no se logra resolver satisfactoriamente, las familias presentan conflictos deteriorando la relación de sus integrantes y la calidad de vida, lo cual lleva a desintegrarla (19).

Con base a lo expuesto se plantea la pregunta de investigación: ¿Existe una relación entre la sobrecarga del cuidador familiar de un adulto que consume antipsicóticos y el grado de fatiga?

La presente investigación se justifica de manera teórica porque aportará conocimientos que lleva a contribuir para los aprendizajes y un conocimiento más profundo en referencia a la Salud Mental que sigue siendo un tema con poca relevancia en la sociedad, sobre la sobrecarga familiar en el paciente quien se encuentra con padecimiento y el cual tiene un cuidador, debido a que existieron escasas investigaciones que tomen esta problemática. Las teorías ayudaron a la explicación respecto a la importancia del cuidado frente al trastorno mental en las personas con tratamiento de antipsicóticos. Para la parte práctica, los datos recabados, en dicha investigación proporcionaron como dato para que se dé el fortalecimiento en temas que se relacionen al cuidado de la persona. Es evidente que experimentaron un nivel de sobrecarga en la vida cotidiana, reflejado en la problemática que vive el cuidador familiar al proporcionar cuidado al familiar que padece de trastorno mental (20).

En el **objetivo general** de este estudio se evaluó la relación de sobrecarga con la fatiga del cuidador familiar de un adulto con tratamiento de antipsicóticos.

Los **objetivos específicos** fueron:

- Describir las características sociodemográficas de los cuidadores familiares adheridos al estudio
- Medir el grado de sobrecarga y fatiga de los cuidadores familiares de pacientes que consumen antipsicóticos.
- Evaluar la relación de la fatiga del cuidador familiar y fatiga de los cuidadores familiares de pacientes que consumen antipsicóticos.

Con base a lo descrito consideramos como hipótesis alternativa de nuestro estudio: Sí existe relación entre la sobrecarga con fatiga del cuidador familiar de un adulto que consume tratamiento de antipsicóticos.

II. METODOLOGÍA:

Tipo, enfoque y diseño de Investigación

Tipo, enfoque y diseño de Investigación descriptiva básica, cuantitativa, no experimental. Analítico, transversal, correlacional (21).

Variables

La variable sobrecarga del cuidador (12).

La variable fatiga del cuidador (22). (Anexo 01)

Población y muestra:

- La Población estuvo conformada por familiares cuidadores de pacientes que consumen antipsicóticos (PCA) que fueron atendidos en el CSMC de Moyobamba durante el periodo de julio a octubre del 2024.

Criterios de Inclusión:

- Cuidadores familiares de adultos ≥ 18 años de pacientes que consumieron antipsicóticos
- Cuidadores principales, que no estuvieron encargados del cuidado de otro familiar.
- Cuidadores que dedicaron al menos cinco horas al día al cuidado de su familiar.
- Cuidadores que estuvieron al cuidado del paciente por lo menos 30 días previos a la encuesta.
- Cuidadores que aceptaron participar en el estudio, previo a la firma del consentimiento informado.

Y con criterios de exclusión:

- Cuidador que presentó algún tipo de enfermedad que le generó límites físicos o cognitivos
- Cuidador que no fue familiar(23).

Muestra censal:100 participantes

Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

La técnica empleada fue la encuesta a los cuidadores familiares de PCA. Así mismo, se recabó información demográfica del paciente, así como del cuidador a través de preguntas cerradas.

Se utilizaron tres instrumentos para la recolección de datos: El instrumento Escala de Zarit (24) que permitió medir la sobrecarga que experimentó el cuidador a lo largo del tiempo que se dedicó al cuidado del paciente. Este cuestionario se centró en diferentes dominios como el de sobrecarga en la relación, bienestar emocional, vida social y familiar, finanzas y pérdida de control sobre la propia vida (25). El cuestionario estuvo conformado por 22 preguntas cada una, con un puntaje que va desde 01 al 05, y se evaluó en una escala de tipo Likert, donde las preguntas se respondieron con opciones que van desde “nunca” a “casi siempre”. El puntaje total correspondió a la suma del puntaje de cada una de las preguntas, y el rango posible osciló entre 22 y 110 puntos. Los puntajes de corte de la validación de la escala en español fueron(26): Ausencia de sobrecarga: 22 – 46 puntos; sobrecarga leve: 47-55 puntos; sobrecarga intensa: 56-110 puntos. (Anexo 02)

El Cuestionario de fatiga y cansancio FAS (Fatigue assessment Scale) (27) que midió la fatiga del cuidador. Este cuestionario se centró en dos dominios: el cansancio físico y el cansancio mental. El cuestionario FAS estuvo compuesto por 10 preguntas. Cada pregunta se respondió usando una escala de tipo Likert que va desde 1 (nunca) al 5 (siempre). Las preguntas 4 y 10 se puntuaron al revés, es decir, 1 (siempre) y 5 (nunca); al final se obtuvo una sumatoria con un rango de 10 a 50 puntos, que permitió clasificar al cuidador como normal o saludable o con fatiga de leve (puntaje <22), moderada (puntaje de 22-34) y fatiga severa (fatiga \geq 35). (Anexo 02)

La validez y confiabilidad

Los instrumentos mencionados han sido validados en estudios previos. (29,30) y se encontraron en el idioma español en Perú (28,31) y España (29).

También se usó una Ficha de recolección de datos (Anexo 02), para la recolección de datos personales y generales.

Métodos para el análisis de datos:

Para la obtención de los datos y/o información se solicitó la aprobación del Comité de Ética de la Universidad César Vallejo (Anexo 04). Posteriormente, se realizó la coordinación con el responsable del Centro de Salud Mental Comunitario de Moyobamba (Anexo 04), donde se obtuvo la base de datos de los pacientes y sus cuidadores.

Una vez recolectada la información se realizó el análisis estadístico mediante un software, se realizó cuadros de doble entrada con las variables recopiladas de los cuidadores y los pacientes.

Con relación a la asociación de la variable fatiga con las características socio demográficas, se utilizó la prueba de chi-cuadrado de Pearson y la prueba exacta de Fisher. Se consideró una significancia de $p < 0.05$. (18,28).

Aspectos éticos:

Estuvieron conformados mediante los principios éticos de la investigación, se aplicó el consentimiento informado a las personas que desearon participar en el estudio, se dio a conocer la información de la investigación y la razón de que únicamente fue utilizada para fines de estudio.

Se aplicó el cuestionario en basándonos en principios éticos: autonomía porque el cuidador familiar participó de manera voluntaria; beneficencia porque el estudio de investigación benefició a los cuidadores para el diseño de nuevas estrategias para poder reforzar el autocuidado; justicia porque el cuidador familiar participó sin forma alguna de discriminación y por último no maleficencia porque no hubo daño alguno a los cuidadores familiares y estos no estuvieron expuestos a riesgos

y daños de su salud, los datos recolectados fueron anónimas y confidenciales (29) (30).

Se describe la conducta ética de los investigadores, de acuerdo al Código de Ética de Investigación de la UCV.

III. RESULTADOS

Del muestreo censal que se realizó en este estudio, se aplicó la encuesta a los 100 cuidadores, donde se encontró los siguientes resultados; la distribución es de 53% (n=53) de individuos para el género Masculino y un 47% (n=47) para el género femenino.

Se puede observar que un 83% (n=83) de cuidadores se encuentra entre los rangos de edad de 31 a 50 años, mientras que un 14%(n=14) entre las edades de 18 a 30 años y tan solo un 3% (n=3) son personas mayores de 51 años.

En tanto, la mitad de población de cuidadores encuestada tienen el parentesco de esposo/esposa con un total de 50% (n=50), un total 37% (n=37) son cuidadores, hijo/hija, así mismo el cuidado por otro familiar solo representó un 13% (n=13) de todos los cuidadores encuestados.

Por otro lado, el lugar de procedencia de los cuidadores fue un 74 % (n=74) para el área urbano y un 26% (n=26) para zona rural.

Se dividió a la población de estudio en cuatro categorías: soltero, casado, conviviente y viudo, los resultados observados fueron que el total de cuidadores 100% (n=100) que participaron en el estudio son convivientes.

Para el grado de instrucción primaria, secundaria y técnico superior, el 40% (n=40) individuos cuenta con estudios secundarios, en tanto el 31% (n=31) con estudios primarios y por último 29% (n=29) de individuos con grado de instrucción técnico superior.

La condición laboral de los cuidadores corresponde a un 52% (n=52) de la población empleada que percibe un salario y un 48% (n=48) no perciben salario alguno.

Con relación al tiempo de cuidado al familiar se dividió en 2 categorías: una categoría de tiempo de cuidado de 1 mes a 12 meses y otra ≥ 13 meses dando como resultado un 37% (n=37) de cuidadores entre el rango de cuidado de 1 mes a 12 meses y un 63% (n=63) de cuidadores con un tiempo de cuidado ≥ 13 meses.

Finalmente, se dividió a la población en tres categorías: nivel socioeconómico bajo, medio y alto, de los cuales 52% (n=52) de individuos se encontraron en el nivel socioeconómico medio, el 48 % (n=48) de individuos con un nivel socioeconómico bajo y ningún encuestado con nivel socioeconómico alto. (Tabla 01)

Tabla 01. Características sociodemográficas de los cuidadores

Variable	N (Cantidad)	N (%)
Género		
Femenino	47	(47%)
Masculino	53	(53%)
Edad		
Juventud:18 a 25 años	14	(14%)
Adulthood: 26 a 59 años	83	(83%)
Adulto mayor: 60 años y más	3	(3%)
Parentesco		
Hijo/a	37	(37%)
Esposo/a	50	(50%)
Otro familiar	13	(13%)
Procedencia		
Urbano	74	(74%)
Rural	26	(26%)
Estado Civil		
Soltero	0	(0%)
Casado	0	(0%)
Conviviente	100	(100%)
Viudo	0	(0%)
Grado de Instrucción		
Inicial	0	(0%)
Primaria	31	(31%)
Secundaria	40	(40%)
Superior	29	(29%)
Universitaria		

Situación laboral		
Empleado	52	(52%)
Desempleado	48	(48%)
Tiempo cuidando al familiar		
1 a 12 meses	37	(37%)
13 a más	63	(63%)
Nivel Socioeconómico		
Bajo	48	(48%)
Medio	52	(52%)
Alto	0	(0%)

En lo que se refiere a la variable Sobrecarga familiar medida por la Escala de Zarit todos los cuidadores encuestados presentaron sobrecarga intensa. (Tabla 02)

Tabla 02. Medición de Sobrecarga Familiar

Sobrecarga Familiar (Escala de Zarit)	N (Cantidad)	N (%)
Ausencia de sobrecarga 22-46 puntos	0	(0%)
Sobrecarga leve: 47-55 puntos	0	(0%)
Sobrecarga intensa: 56-110 puntos	100	(100%)

En relación con la fatiga del cuidador, medido por el cuestionario FAS un 16% (n=16) de los encuestados presentaron fatiga moderada y un 84% (n=84) restante presentaron fatiga severa, por el contrario, ningún cuidador presentó fatiga leve. (Tabla 03)

Tabla 03. Medición de Fatiga del cuidador

Fatiga Cuidador (FAS)	N (cantidad)	N (%)
Leve (puntaje <22)	0	(0%)
Moderada (puntaje de 22-34)	16	(16%)
Severa (puntaje ≥35)	84	(84%)

FAS: Fatigue assessment Scale

Al analizar las características sociodemográficas de los cuidadores con relación a la variable fatiga en los dos grupos de género: femenino y masculino, se puede evidenciar que la población masculina presentó un 62.5% (n=10) de fatiga moderada y el 51.2% (n=43) fatiga severa, mientras que la población femenina presentó 48.8% (n=41) con fatiga severa y un 37.5% (n=6) de fatiga moderada. Se observó un ($p = 0,4061$) no es significativo.

En relación a la variable fatiga de acuerdo a los tres grupos etarios, se evidenció que la población de 18 a 30 años presentó un 56.25% (n=9) de fatiga moderada y un 35.7% (n=30) fatiga severa. Por otro lado, se observa que la población de 31 a 50 años presentó un 25% (n=4) de fatiga moderada y un 51.2% (n=43) de fatiga severa, finalmente la población de mayores de 51 años presentó un 18.75% (n=03) de fatiga moderada y solo un 13.1 % (n=11) fatiga severa. El p-valor obtenido ($p= 0,1555$), no es estadísticamente significativo.

De acuerdo con la variable de estudio fatiga moderada y severa en las tres categorías: hijo/hija, esposo/esposa y otro familiar, la población hijo/hija presentó un 50% (n=8) de fatiga moderada y un 34.52% (n=29) de fatiga severa. La población Esposo/Esposa presentó un 43.75% (n=7) de fatiga moderada y un 51.2% (n=43) de fatiga severa y la población de otro familiar presentó un 6.25% (n=1) de fatiga moderada y un 14.28% (n=12) de fatiga severa de la población. Se observa un p-valor no significativo de (0,4303).

Al observar la prevalencia de fatiga moderada y severa en dos categorías urbano y rural se encontró que la población urbana presentó un 37.5% (n=6) de fatiga moderada y un 80.95% (n=68) de fatiga severa y la población rural presentó un 62.5% (n=10) de fatiga moderada y un 19.05% (n=16) de fatiga severa. Con un p-valor obtenido de (0.0002) que demuestra que es significativo.

Se observó en la variable de investigación fatiga que el 100% (n=16) de la población de convivientes tuvo fatiga moderada y un 100% (n=84) fatiga severa. La población soltera, casada y viuda no reportó casos de fatiga moderada ni tampoco severa. Lo que indica que la diferencia en la prevalencia de fatiga moderada y severa entre los grupos estudiados.

Al cruzar información en la variable de investigación fatiga se observó que la población técnica superior tuvo un 50% (n=8) de fatiga moderada y un 25% (n=21) de fatiga severa seguido de los que tuvieron grado de instrucción secundaria con un 31.25% (n=5) de fatiga moderada y un 41.67% (n=35) de fatiga severa, en tanto la población primaria tuvo un 18.75% (n=3) de fatiga moderada y un 33.33% (n=28) de fatiga severa. El p-valor es de 0,1235, con un valor no significativo.

Con relación a la variable fatiga moderada y fatiga severa, la población empleada tuvo un 75% (n=12) de fatiga moderada y un 47.62% (n=40) de fatiga severa en comparación a la población desempleada que tuvo un 25% (n=4) de fatiga moderada y un 52.38% (n=44) de fatiga severa. Con un p valor estadísticamente significativo de 0,04451.

La variable fatiga moderada y fatiga severa evidenció que la población que llevaba cuidando de 1 mes a 12 meses tuvo un 43.75% (n=7) de fatiga moderada y un 35.71% (n=30) de fatiga severa, por otro lado, la población que llevó cuidando un tiempo \geq 13 meses tuvo un 56.25% (n=9) de fatiga moderada y un 64.29% (n=54) de fatiga severa. El p-valor obtenido es de 0,5417, estadísticamente no significativo.

En tanto a la fatiga moderada y fatiga severa la población con un nivel socioeconómico bajo presentó un 56.25% (n=9) de fatiga moderada y un 46.42% (n=39) de fatiga severa, en tanto la población con un nivel socioeconómico medio tuvo un 43.75% (n=7) de fatiga moderada y un 53.88% (n=45) de fatiga severa, por lo contrario, la población con un nivel socioeconómico alto no reportó casos de fatiga moderada ni tampoco severa. El (p= 0,4711), lo que sugiere un valor no significativo. (Tabla 04)

Tabla 04. Relación cruzada de la fatiga con las características socio demográficas de los cuidadores

Variable	N (Cantidad)	N (%)	Fatiga moderada n= 16 (%)	Fatiga severa n= 84 (%)	p valor
Género					
Femenino	47	(47)	6 (37,5)	41 (48,8)	0,4061
Masculino	53	(53)	10 (62,5)	43 (51,2)	

Edad							
De 18 a 30 años	14	(14)	9	(56,25)	30	(35,7)	0,1555
De 31 a 50 años	83	(83)	4	(25)	43	(51,2)	
≥51 años	3	(3)	3	(18,75)	11	(13,1)	
Parentesco							
Hijo/a	37	(37)	8	(50)	29	(34,52)	0,4303
Esposo/a	50	(50)	7	(43,75)	43	(51,2)	
Otro familiar	13	(13)	1	(6,25)	12	(14,28)	
Procedencia							
Urbano	74	(74)	6	(37,5)	68	(80,95)	0,0002
Rural	26	(26)	10	(62,5)	16	(19,05)	
Estado Civil							
Soltero	0	(0)	0	(0)	0	(0)	-
Casado	0	(0)	0	(0)	0	(0)	
Conviviente	100	(100)	16	(100)	84	(100)	
Viudo	0	(0)	0	(0)	0	(0)	
Grado de instrucción							
Primaria	31	(31)	3	(18,75)	28	(33,33)	0,1235
Secundaria	40	(40)	5	(31,25)	35	(41,67)	
Superior	29	(29)	8	(50)	21	(25)	
Situación laboral							
Empleado	52	(52)	12	(75)	40	(47,62)	0,04451
Desempleado	48	(48)	4	(25)	44	(52,38)	
Tiempo de cuidado al familiar							
De 1 a 12 meses	37	(37)	7	(43,75)	30	(35,71)	0,5417
De 13 a mas	63	(63)	9	(56,25)	54	(64,29)	
Nivel Socioeconómico							
Bajo	48	(48)	9	(56,25)	39	(46,42)	0,4711
Medio	52	(52)	7	(43,75)	45	(53,58)	

P= significancia estadística

Se pudo observar que en el grupo de pacientes con Esquizofrenia un 36% (n=36) de la población se encuentra relacionada con un 43,75% (n=7) de fatiga moderada y a un 34,53% (n=29) con fatiga severa, en tanto en el análisis de otros trastornos psicóticos este representa el 64% (n=64) de la población y a su vez se asocia a un

56,25% (n=9) de fatiga moderada y a un 65,47% (n=55) de fatiga severa. No hay relación entre las variables de fatiga y el tipo de diagnóstico a pesar de ver un ligero aumento de fatiga en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia (Tabla 05)

Tabla 05. Relación de la fatiga del cuidador familiar y el tipo de diagnóstico

Género	N (100)	Fatiga moderada n=16 (%)	Fatiga severa n=84 (%)	P valor
Esquizofrenia	36	7 (43,75)	29 (34,53)	0,481
Otros trastornos psicóticos	64	9 (56,25)	55 (65,47)	

P= significancia estadística

En cuanto a procedencia, el OR para aquellos de zonas rurales es 0.1412 (IC: 0.0447 - 0.4456, $p = 0.0002$), lo que indica que proceder de una zona rural se asocia significativamente con menor probabilidad de experimentar fatiga severa en comparación con quienes son de zonas urbanas, siendo este hallazgo estadísticamente significativo. En lo que refiere a la situación laboral, el OR para desempleados es 3.3 (IC: 0.9841 - 11.0655, $p = 0.04451$), sugiriendo que aquellos desempleados pueden tener 3.3 veces más probabilidades de experimentar fatiga severa en comparación con los empleados, aunque el p-valor es cercano a 0.05, lo que implica que este resultado es marginalmente significativo. (Tabla 06)

Tabla 06. Análisis OR

Variable	OR	IC (95%)	p valor
Género			
Femenino			
Masculino	0,6293	(0.2097 - 1.8882)	0.4061
Edad			
De 18 a 30 años			
De 31 a 50 años	3,225	(0.9086 - 11.4464)	0.0700
≥51 años	1,1	(0.2509 - 4.8229)	0,8994
Parentesco			

Hijo/a			
Esposo/a	1,6946	(0.5538 - 5.1853)	0,3553
Otro familiar	3,3103	(0.3723 - 29.4323)	0,2829
Procedencia			
Urbano			
Rural	0,1412	(0.0447-0.4456)	0,0002
Grado de Instrucción			
Primaria			
Secundaria	0,75	(0.1648 - 3.4127)	0,7098
Superior	0,2813	(0.0665 - 1.1901)	0,0848
Situación laboral			
Empleado			
Desempleado	3,3	(0.9841 - 11.0655)	0,04451
Tiempo de cuidado al familiar			
1 a 12 meses			
13 a más	1,4	(0.4736 - 4.1387)	0,5417
Nivel Socioeconómico			
Bajo			
Medio	1,4835	(0.5054 - 4.3546)	0,4711
Tipo de Diagnóstico			
Esquizofrenia			
Otros trastornos psicóticos	1,4751	(0.4983 - 4.3669)	0,4827

P= significancia estadística

IV. DISCUSIÓN

El objetivo de nuestra investigación fue conocer la sobrecarga relacionada a la fatiga del cuidador de pacientes que consumen antipsicóticos, es por ello que la caracterización de los participantes reveló que el 53% de cuidadores familiares son de género masculino en relación con el 47% que son mujeres, pudiéndose observar que el 83% de la población de estudio se encuentra en un rango de edad de 31 a 50 años, y que las que se encargan del cuidado son sus esposas con un 50%, es cierto que al menos el 37% de rol del cuidado también lo asumen los hijos, estos grupos poblacionales se encuentran en condiciones de empleados y desempleados

en similar porción 52% y 48% respectivamente, los cuales pertenecen a un nivel socioeconómico medio.

Se realizó la revisión de literatura encontrándose diferencias con lo presentado por Chioma, et al (2024), donde la gran mayoría (90.2%) de sus participantes son mujeres cuidadoras, el rango de edad coincide con los resultados de nuestra investigación, pues, se evidencia un rango de edad de 46 años con un (53%), respecto al grado de consanguinidad, nivel socioeconómico y grado de instrucción los participantes se encuentran dentro del grupo de familiares directos: padres de familia, con ingresos económicos bajos y con un grado de instrucción de secundaria completa en un 35.6% lo cual difiere de nuestro estudio de investigación (31).

Toda la población encuestada en nuestro trabajo de investigación presenta sobrecarga intensa, al revisar la literatura se encuentra que existe relación con lo mencionado por Benallel y colaboradores (2023) donde todos los cuidadores reportan cargas sustanciales y reportan una cargas intensa en un (69,76 %) y cargas moderadas en un (15,36%), lo que lleva a interpretar que los cuidadores están expuestos frecuentemente a sobrecargas intensas como respuesta a los cuidados diarios brindados a familiares que consumen antipsicóticos (32).

El grado de fatiga se distribuye en la población de estudio como fatiga moderada con un 16% y fatiga severa un 84%, interpretándose que un gran porcentaje de cuidadores están expuestos a fatiga severa, respecto a lo mencionado se revisa literatura y se evidencia lo descrito por Sangeeta, et al (2024), los cuales mencionan que la relación de sobrecarga y fatiga conlleva a una carga moderada que se encuentra representada muy estrechamente con el agotamiento o fatiga hasta en 76,3 %, relacionándose muchas veces al género de edad y también ,por otro lado, a la edad adulta mayor, así mismo mencionan que los adultos mayores son los que se asocian con un nivel de fatiga más elevada llevándolos al deterioro físico y cognitivo (33).

Con relación a la variable fatiga se evidencia que la población masculina presenta un porcentaje mayor prevalencia para fatiga moderada, con un 62.5% y en tanto un

51.2% presentan fatiga severa, en comparación con las mujeres que presentan el 48.8% fatiga moderada y un 37.5% de fatiga severa. De acuerdo a la edad, la mayoría de los cuidadores (83%) se encuentra entre 31 y 50 años, presentando un 51.2% de fatiga severa. Así mismo la población más joven es de (18-30 años) la cual muestra un 56.25% de fatiga moderada. La razón de momios (OR) de 0.6293 evidencia que las mujeres tienen una menor probabilidad de experimentar fatiga severa en comparación con los varones. Sin embargo, el intervalo de confianza (IC) amplio (0.2097 a 1.8882) y el p-valor (0.4061) indican una alta variabilidad y falta de significancia estadística, lo que impide afirmar una diferencia concreta basada en el género. El grupo de 31 a 50 años muestra un OR de 3.225, lo que sugiere una tendencia a una mayor probabilidad de fatiga severa respecto al grupo de 18 a 30 años, pero con un p-valor de 0.0700, que no llega al umbral de significancia de 0.05. Esto implica que, aunque existe una tendencia, no es suficientemente significativa. En el grupo de ≥ 51 años, el OR de 1.1 donde también sugiere que no hay una diferencia significativa comparado con el grupo más joven (IC 0.2509 - 4.8229; $p = 0.8994$). En la revisión de literatura Izaguirre, et al (2021) difiere a lo antes mencionado, así mismo reporta en sus resultados cuidadores el predominio del sexo femenino con un total de 121 que corresponde a un 80,6 %, y solo 29 hombres con un porcentaje de 19,3 %. El agotamiento resulta ser de medio a alto hasta en un 70%, determinando una dependencia con un nivel de significancia entre ambas variables ($p=,000$) (34).

El parentesco de los cuidadores que eran hijos o hijas muestra un 50% de fatiga moderada y un 34.52% de fatiga severa. En contraste, los esposos/esposas reportaron 43.75% de fatiga moderada y un 51.2% de fatiga severa respectivamente, lo cual sugiere que las expectativas y responsabilidades en referencia al cuidado varían según el tipo de parentesco. La procedencia de los cuidadores de la zona urbanas presenta una alarmante prevalencia para fatiga severa (80.95%) frente al 19.05% en áreas rurales. Izaguirre, et al; menciona en su investigación que el lugar de procedencia de los cuidadores es a predominio rural, donde estos presentaron cansancio o fatiga abrumadora en un 93,3 % (34).

En cuanto al estado civil todos los cuidadores eran convivientes, entonces el análisis es limitado. Sin embargo, el 100% reporta fatiga, lo que señala la necesidad de investigar más sobre cómo el estado civil puede influir en la fatiga. El grado de instrucción de los cuidadores con formación de técnico superior muestra un 50% de fatiga moderada y 25% de severa. Esto sugiere que el nivel educativo puede afectar cómo se percibe y maneja la fatiga. Situación Laboral: la fatiga severa fue más común entre desempleados con un (52.38%) que entre empleados (47.62%). Aunque la educación superior muestra un OR de 0.2813, que sugiere una posible reducción de la probabilidad de fatiga severa en comparación con la educación primaria, el resultado no es estadísticamente significativo ($p = 0.0848$). La instrucción secundaria tampoco muestra una asociación relevante con un OR de 0.75 y p-valor de 0.7098. La condición de desempleo muestra un OR de 3.3, lo que sugiere una mayor probabilidad de experimentar fatiga severa en comparación con los empleados. Aunque el p-valor es 0.04451, cercano a 0.05, no alcanza significancia estadística, pero podría indicar una tendencia que merece mayor investigación. El tiempo de cuidado descrito se asocia al cuidado prolongado (más de 13 meses) que se asocia con un 64.29% de fatiga severa. Nivel Socioeconómico: Los cuidadores de nivel socioeconómico bajo presentan un 56.25% de fatiga moderada y 46.42% de severa, El OR de 1.4 para quienes cuidan durante 13 meses o más ($p = 0.5429$) no es significativo, lo que indica que el tiempo de cuidado no está claramente asociado con la probabilidad de fatiga severa. Para el nivel socioeconómico medio, el OR es 1.4835, con un p-valor de 0.4711, lo cual no indica una asociación significativa en comparación con el nivel socioeconómico bajo, contrastamos con la revisión de teorías descritas por Nayure de Souza Costa, et al (2024) realizan una investigación en 100 cuidadores, donde el 78% son varones, entre las edades de 20 a 49 años con un 42%, experimentando una carga de cuidado significativa según género con un $p=0,03$ con un $48,86\pm 10,55$ DE, además mencionan que asumir el papel de cuidador demanda de una gran responsabilidad no solo física sino mental, y en el cuidado están involucrados familiares directos, los cuales experimentan cargas muy exigentes y agotadoras, aun sin conocerse la condición física, socioeconómica del cuidador el cual muchas veces padece de alguna otra enfermedad física, resultando el agravamiento en su salud (35).

Algo parecido menciona Saraiva y colaboradores (2024) donde detallan que la carga que llevan las personas, familiares directos lleva a cambios dinámicos muy significativos desde abandonar estudios para dedicarse mayor parte al cuidado, eliminar actividades de ocio y tiempo libre, siendo así la familia la red principal de apoyo de la vida diaria del paciente con trastorno mental (36). Llegando a interpretarse que el género influye en la variable fatiga, esto debido posiblemente a las diferentes exigencias físicas y emocionales que enfrentan el grupo poblacional, indicando que la edad joven no es ajena a la presentación de fatiga, lo que destaca la acumulación de estrés en cuidadores de mayor edad, por otro lado el entorno geográfico afecta la fatiga y resalta la importancia de la estabilidad laboral en el bienestar de los cuidadores, mientras más sea duración del cuidado más incrementa los niveles de fatiga, si no hay un nivel socioeconómico adecuado y suficiente posiblemente a recursos limitados lleva al cuidador a experimentar fatiga (34).

La sobrecarga intensa es un factor determinante de fatiga: siendo que el 100% de los cuidadores que presentan sobrecarga intensa reportan fatiga. Esto significa que la sobrecarga intensa está presente en toda la población de cuidadores.(37)

En resumen, esta relación indica que la sobrecarga familiar tiene un impacto directo en la fatiga del cuidador: la sobrecarga intensa siempre es un factor determinante para el desarrollo de fatiga.

V. CONCLUSIONES

Las características sociodemográficas de los cuidadores familiares indican un notable incremento en la participación masculina, especialmente entre las edades de 31 a 50 años. Esto sugiere que los hombres están asumiendo roles de cuidado de manera más significativa en este grupo etario, posiblemente reflejando cambios en las dinámicas familiares y en las normas sociales relacionadas con el cuidado.

Todos los encuestados presentaron un nivel de sobrecarga intensa, por esa razón no se pudo analizar la relación entre las variables fatiga y sobrecarga. Esto sugiere

que la carga emocional y física que enfrentan los cuidadores es significativamente alta. Esta situación podría tener implicaciones graves para su bienestar físico y mental, ya que una sobrecarga intensa está asociada con un mayor riesgo de fatiga, estrés y problemas de salud.

La fatiga relacionada con el diagnóstico del paciente refleja que, en el grupo de pacientes con esquizofrenia, los individuos presentan niveles de fatiga moderada más altos que los de fatiga severa. Esta correlación indica que los cuidadores que enfrentan una carga significativa en sus responsabilidades de cuidado experimentan un agotamiento físico y emocional considerable.

VI. RECOMENDACIONES

Se recomienda la necesidad de investigar más a fondo las experiencias, desafíos y necesidades específicas del género masculino debido al incremento de fatiga en este grupo de cuidadores, así como de desarrollar estrategias de apoyo que reconozcan y aborden sus particularidades.

Es fundamental considerar la necesidad de implementar estrategias de apoyo y recursos adecuados para estos cuidadores, a fin de mitigar la sobrecarga y mejorar su calidad de vida.

La identificación de los factores que contribuyen a esta sobrecarga intensa también es crucial para desarrollar intervenciones efectivas y personalizadas que aborden sus necesidades específicas. Además, se requiere una mayor atención a la formación y el apoyo emocional para ayudar a los cuidadores a manejar sus responsabilidades de manera más efectiva. Es imperativo abordar esta problemática para que, de esta manera, se pueda mejorar el bienestar general y la calidad de la atención que proporcionan a sus familiares.

REFERENCIAS

1. Acuña V, Guerra M, Cobaisse M, Silva J, Toledo O, Cavieres Á. Women with Schizophrenia: Beyond Psychosis. *Community Ment Health J* [Internet]. 1 de agosto de 2024 [citado 30 de septiembre de 2024]; Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10597-024-01321-3>
2. Julayanont P, Suryadevara U. Psychosis. *Contin Lifelong Learn Neurol*. diciembre de 2021;27(6):1682-711.
3. Pollock A, Campbell P, Cheyne J, Cowie J, Davis B, McCallum J, et al. Interventions to support the resilience and mental health of frontline health and social care professionals during and after a disease outbreak, epidemic or pandemic: a mixed methods systematic review. *Cochrane Database Syst Rev*. 5 de noviembre de 2020;11(11):CD013779.
4. Moitra M, Santomauro D, Collins PY, Vos T, Whiteford H, Saxena S, et al. The global gap in treatment coverage for major depressive disorder in 84 countries from 2000-2019: A systematic review and Bayesian meta-regression analysis. *PLoS Med*. febrero de 2022;19(2):e1003901.
5. Izquierdo E, González-Rodríguez A. Salud mental y salud física. *Med Clínica*. 26 de enero de 2024;162(2):64-6.
6. Trastornos mentales [Internet]. [citado 17 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
7. Oba ERV, Villegas ALG, Villegas GG, Recéndiz M de JR, Carranza ARP, Zavala LAA. CANSANCIO DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTE CON ENFERMEDAD MENTAL. JÓVENES EN Cienc [Internet]. 20 de febrero de 2020 [citado 23 de abril de 2024];7. Disponible en: <https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/3218>
8. Lima Ccellccaro A, Magallanes Pachas CA. Nivel de sobrecarga del cuidador primario de pacientes con esquizofrenia en el Centro de Salud Mental de Lima - 2021. Level of overload of the primary caregiver of patients with schizophrenia in the Mental Health Center of Lima - 2021 [Internet]. 2022 [citado 23 de abril de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/11564>
9. Chen L, Zhao Y, Tang J, Jin G, Liu Y, Zhao X, et al. The burden, support and needs of primary family caregivers of people experiencing schizophrenia in Beijing communities: a qualitative study. *BMC Psychiatry*. 20 de febrero de 2019;19(1):75.
10. Calla-Torres M, Hurtado-Ruiz M, Galvez-Olortegui J, Li-Amenero C. Centros de salud mental comunitaria: ¿Son la solución para los problemas de salud

mental en el primer nivel de atención? Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Almazor Aguinaga Asenjo. 19 de septiembre de 2021;14(2):253-4.

11. Cantillo-Medina CP, Perdomo-Romero AY, Ramírez-Perdomo CA. Características y experiencias de los cuidadores familiares en el contexto de la salud mental. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 11 de julio de 2022;39(2):185-92.
12. Maggi IC, Madelaire BE, Vázquez JJ, Delvalle C, Torales J, Maggi IC, et al. Sobrecarga del cuidador de pacientes con trastornos mentales en la sala de corta estancia del Hospital Psiquiátrico de Paraguay, año 2018. An Fac Cienc Médicas Asunción. diciembre de 2022;55(3):35-42.
13. Andrade JJ da C, Silva ACO, Frazão I da S, Perrelli JGA, Silva TT de M, Cavalcanti AMTS. Family functionality and burden of family caregivers of users with mental disorders. Rev Bras Enferm. 30 de agosto de 2021;74:e20201061.
14. Martínez Pizarro S. Síndrome del cuidador quemado. Rev Clínica Med Fam. 2020;13(1):97-100.
15. Liu Z, Heffernan C, Tan J. Caregiver burden: A concept analysis. Int J Nurs Sci. 10 de octubre de 2020;7(4):438-45.
16. SciELO - Brasil - Anxiety and depression in informal caregivers of dependent elderly people: an analytical study Anxiety and depression in informal caregivers of dependent elderly people: an analytical study [Internet]. [citado 23 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reben/a/MLdb7D8Y6dCnxkXmSP3G8PP/?lang=en>
17. BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO. 2021; Disponible en: <http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Epidemiologia/Boletin/2021/BolEpi-Jul21.pdf>
18. Sáenz-Bonilla JP, Fantin R, Barboza-Solís C, Rojas-Araya K, Gómez-Duarte I. RECOMENDACIONES METODOLÓGICAS PARA EL ANÁLISIS DE INEQUIDADES EN SALUD: UNA APROXIMACIÓN EPISTÉMICA, TEÓRICA Y PRÁCTICA. Rev Cienc Soc. 3 de febrero de 2023;(177):13-30.
19. Martínez-Cardona M del C, González CE, Vélez-Velásquez AL, Muñoz-Avendaño N, Peláez JL, Rubio MBD, et al. Relaciones de familia en pacientes con esquizofrenia. Arch Venez Farmacol Ter. 2020;39(5):643-50.
20. Perales A, Alarcón RD, Wagner-Grau P. Mental health and psychiatry: Distinctions, links, and ethical/bioethical perspectives. Salud Ment. 8 de septiembre de 2023;46(5):231-40.
21. Castro Maldonado JJ, Gómez Macho LK, Camargo Casallas E. La investigación aplicada y el desarrollo experimental en el fortalecimiento de las competencias de la sociedad del siglo XXI. Tecnura. 1 de enero de 2023;27(75):140-74.

22. Ramadan Y, Elkoofy N, Sabry S, Mansour G, El-Anwar N. Fatigue assessment and its predictors in pediatric patients with chronic kidney disease stages III to V. *Egypt Pediatr Assoc Gaz.* 16 de enero de 2023;71(1):3.
23. Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C (2018). Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta | RUDICS [Internet]. [citado 23 de abril de 2024]. Disponible en: <https://virtual.cuautitlan.unam.mx/rudics/?p=2612>
24. Tartaglioni MF, Feldberg C, Hermida PD, Heisecke SL, Dillon C, Ofman SD, et al. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit: análisis de sus propiedades psicométricas en cuidadores familiares residentes en Buenos Aires, Argentina. *Neurol Argent.* 1 de enero de 2020;12(1):27-35.
25. Zarit S H. MAPI research trust. Zarit burden interview, scaling and scoring versión 2.0 [Internet]. 2011 [citado 25 de abril de 2024]. Disponible en: <https://eprovide.mapi-trust.org/zbi-zarit-burden-interview/>
26. Martín Carrasco M. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. *Rev Multidiscip Gerontol.* 1996;6(4):338.
27. De Vries J, Michielsen H, Van Heck GL, Drent M. Measuring fatigue in sarcoidosis: the Fatigue Assessment Scale (FAS). *Br J Health Psychol.* septiembre de 2004;9(Pt 3):279-91.
28. booksmedicos. Gordis Epidemiología 6ª Edición | booksmedicos [Internet]. 2020 [citado 23 de abril de 2024]. Disponible en: <https://booksmedicos.org/gordis-epidemiologia-6a-edicion/>
29. Varkey B. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *Med Princ Pract.* febrero de 2021;30(1):17-28.
30. Castro Chávez NC, García Estupiñán S. Principios éticos rectores de las investigaciones de tercer nivel o grado académico en Ciencias Médicas. *Educ Médica Super.* junio de 2018;32(2):1-12.
31. Onyia CO, Lethole JS, Olorunfemi G, Ngene NC. Caregiver burden and its sociodemographic determinants in family caregivers of patients with schizophrenia attending a psychiatric tertiary hospital in South Africa. *South Afr J Psychiatry.* 21 de junio de 2024;30(0):11.
32. Benallel K, Sabah MSZ, Otheman Y, Kadiri M. Schizophrenia and family burden in Morocco: assessment in a sample of 150 caregivers. *Middle East Curr Psychiatry.* 15 de noviembre de 2023;30(1):90.
33. Devaliya S, Tomar SP, Gupta P, Soni V, Dhakar JS. THE UNSEEN: BURDEN IN CAREGIVERS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA IN A TERTIARY CARE INSTITUTE. *Asian J Pharm Clin Res.* 7 de junio de 2024;17:114-7.
34. Izaguirre - Bordelois M, Adum - Lípari MN, German - Cordero BG, Izaguirre - Bordelois M, Adum - Lípari MN, German - Cordero BG. Agotamiento

psicológico en cuidadores de personas con discapacidad. MEDISAN. diciembre de 2021;25(6):1309-23.

35. Costa N de S, Ferreira SK, Ramos T de F. CONDIÇÃO FÍSICA, MENTAL E SOCIAL DO CUIDADOR FAMILIAR RELACIONADO A SOBRECARGA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA. Rev Ibero-Am Humanidades Ciênc E Educ. 1 de junio de 2024;10(6):3015-32.
36. Barbosa RS e S, Bessa MEP. OVERLOAD AND STRATEGIES TO FACE THE FAMILIES OF PEOPLE WITH MENTAL DISORDER IN THE FACE OF THE HEALTH PROCESS- DISEASE: A REVIEW OF LITERATURE. Rev FOCO. 19 de febrero de 2024;17(2):e4454-e4454.
37. Barba Lara LE, Shugulí Zambrano CN, Barba Lara LE, Shugulí Zambrano CN. Niveles de sobrecarga en cuidadores del adulto mayor con y sin deterioro cognitivo. Estudio comparado. Rev Eugenio Espejo. agosto de 2022;16(2):67-80.
38. Martínez-Cardona M del C, González CE, Vélez-Velásquez AL, Muñoz-Avendaño N, Peláez JL, Rubio MBD, et al. Relaciones de familia en pacientes con esquizofrenia. 15 de julio de 2020 [citado 23 de abril de 2024]; Disponible en: <https://zenodo.org/records/4262890>

ANEXOS:

Anexo 1. Tabla de operacionalización variables

Variable de estudio	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Tipo / Escala de Medición
Sobrecarga familiar	Son aquellos problemas prácticos, donde las dificultades y los efectos negativos observables y concretos que resultan en cambios vitales de la enfermedad y vida familiar(37)	Según la organización panamericana: La sobrecarga, es un estado de agotamiento físico y emocional en el que están expuestas las personas que dan muchas horas de cuidado a una persona que tiene dependencia. Afectando sus actividades laborales, sociales y emocionales. (34)	Ausencia de sobrecarga (22 – 46 puntos) Sobrecarga leve (47-55 puntos) Sobrecarga intensa (56-110 puntos)	Ordinal

Fatiga del cuidador	Es el agotamiento mental, físico y emocional, puede darse en los cuidadores que no reciben ayuda a tiempo cuando la requieran, o cuando intentan hacer más de lo que pueden. (12)	CIE 10 R53 En relación con la Organización de Salud menciona que el llamado síndrome o fatiga en el cuidador se desarrolla en quienes dan gran parte de su tiempo al cuidado de personas que tienen dependencia. La	Fatiga leve (<22 puntos)	Ordinal
			Fatiga moderada (22-34 puntos)	

		demanda del cuidado lleva a que pueda desarrollar en el cuidador un estado de agotamiento y estado anímico deficiente. (38)	Fatiga severa (≥ 35 puntos)	
Covariables				
Variable de estudio	Definición conceptual	Tipo	Escala de medición	Indicadores
Sexo	Género asignado	Cualitativa	Nominal	1. Masculino 2. Femenino
Edad	Años según cronología	Cuantitativa	Razón	años
Grado de instrucción	Años de estudios aprobados y logrados en cronología de vida.	Cuantitativa	Ordinal	Ninguno Primaria Secundaria Superior

Procedencia	Se refiere a la ciudad o localidad de donde procede el paciente.	Cualitativa	Nominal	Cualquier localidad dentro de Perú
Situación laboral	Situación de una persona económicamente activa sobre su empleo actual (o anterior si está desempleada)	Cualitativa	Ordinal	En desempleo Trabajando Jubilado Labores del hogar

Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos

1. Instrumento de recolección de datos Escala de Zarit

Preguntas	Nunca	Casi nunca	A 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. ¿Se 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 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 cuanto 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 de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. Globalmente ¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

2. Cuestionario de fatiga (cansancio): Fatigue Assessment Scale (FAS) siempre (todos los días).

	Nunca	Algunas veces	Regularmente	A menudo	Siempre
1. Sufro de fatiga.					
2. Me canso muy rápido.					
3. Soy bastante sedentario.					

4. Considero que tengo suficiente energía para realizar mis actividades de mi vida cotidiana					
5. Me siento físicamente agotado.					
6. Tengo dificultades para iniciar actividades.					
7. Tengo problemas para pensar claramente.					
8. No tengo ganas de hacer nada.					
9. Me siento mentalmente agotado					
10. Si estoy haciendo algo puedo mantener la concentración.					

3. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS GENERALES DEL CUIDADOR:

Género: masculino () Femenino ()

Edad: -----

Procedencia: -----

Estado civil: soltera/o / viuda/o () conviviente / casada/o ()

Grado de instrucción: ninguna () primaria () secundaria ()
superior ()

Situación laboral: en desempleo () trabajando () jubilado ()
labores del hogar ()

Tiempo cuidando al familiar: _____ meses

II. DATOS DEL PACIENTE:

Género: masculino () Femenino ()

Edad: -----

Procedencia: -----

Diagnóstico: _____

Tiempo transcurrido con el diagnóstico: _____

Comorbilidades: _____

Anexo 3: Reporte de Turnitin

Feedback Studio - Google Chrome
ev.turnitin.com/app/carta/es/?s=1&u=1068032488&lang=es&ro=103&o=2502757696

feedback studio ANA LAUREN DE LA CRUZ FERNANDEZ | Relación de la Sobrecarga y Fatiga del Cuidador Familiar de un Adulto con Tratamiento de Antipsicóticos /100 2 de 300

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD/
ESCUELA DE PREGRADO
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Relación de la Sobrecarga y Fatiga del Cuidador Familiar de un Adulto con Tratamiento de Antipsicóticos

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE: Médico Cirujano

AUTOR:
de la Cruz Fernández, Ana Lauren (orcid.org/0000-0003-1257-6800)

ASESOR:
Dra. Contreras García, Carmen Adriana (orcid.org/0000-0002-3673-6998)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
Enfermedades no Transmisibles

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL:
Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

TRUJILLO – PERÚ

Resumen de coincidencias
8 %



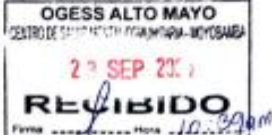
Se están viendo fuentes estándar
Ver fuentes en inglés

Coincidencias

Número	Fuente	Porcentaje
1	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1 %
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	1 %
3	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante	1 %
4	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	1 %
5	www.researchgate.net Fuente de Internet	1 %
6	www.coursero.com Fuente de Internet	<1 %
7	repositorio.sangregorio... Fuente de Internet	<1 %
8	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante	<1 %
9	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante	<1 %
10	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
11	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante	<1 %

Página: 1 de 26 Número de palabras: 8099 Versión solo texto del informe Alta resolución Activado 11:13 30/10/2024

Anexo 4: Autorización para el desarrollo del proyecto de investigación

	Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Medicina Unidad de Investigación	<u>Cargo</u>
Carta N° 577-2024-UI-EM-FCS-UCV		
Trujillo, 16 de septiembre del 2024		
Señora Licenciada BETTY BRIONES VENTURA Psicóloga Responsable Centro de Salud Mental Comunitaria Moyobamba Presente.		
De mi especial consideración.		
A través de la presente, le hago llegar mi saludo personal y universitario, a la vez comunicarle que, el alumno del Ciclo XIV del Programa Académico de Medicina de la Universidad César Vallejo, Ana Lauren De La Cruz Fernández , desea desarrollar su Proyecto de Investigación Relación de la Sobrecarga y Fatiga del Cuidador Familiar de un Adulto con Tratamiento de Antipsicóticos en la distinguida institución que usted dirige. El proyecto está aprobado por la Dirección de Escuela de Medicina de nuestra Universidad Resolución Directoral N°0043-2024-UCV-VA-MED/DE		
El mencionado alumno está siendo asesorado por la Dra. Contreras García, Carmen Adriana , quien es docente RENACYT de nuestra Escuela.		
En este contexto solicito a usted, brindar las facilidades del caso a nuestro alumno, para poder recolectar los datos necesarios para el desarrollo de su investigación y posterior elaboración de su Tesis.		
Seguro de contar con vuestra anuencia, le reitero mi saludo y consideración		
Agradezco su atención a la presente, muy atentamente,		
 Dr. MIGUEL ANGEL TRESIERRA AYALA Responsable de la Unidad de Investigación		
		

Anexo 5: Otras evidencias

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ficha 1

Sr. se le invita a participar de esta investigación que estará a cargo de la señorita Ana Lauren de la Cruz Fernández con DNI 46960509, estudiante de medicina de la Universidad César Vallejo, con código de estudiante 7002406408. El propósito de esta investigación es conocer la relación que existe entre la sobrecarga y fatiga que experimentan los cuidadores familiares de los pacientes que toman antipsicóticos. La duración de la participación será de 35 minutos durante los cuales le realizaré 2 encuestas y además llenaré una ficha de datos con información básica.

En todo momento se mantendrá la confidencialidad de los datos que se recolectarán y solo se usará la información con fines académicos.

La participación es voluntaria, y usted es libre de negarse a participar y retirarse de la investigación en cualquier momento durante la encuesta o posterior a la misma, sin sanción.

En caso de que usted tenga alguna consulta relacionada con el estudio puede contactarse al correo electrónico alafe2@ucvvirtual.edu.pe o al teléfono 943884909.

El financiamiento de este estudio está a cargo del investigador; no se proporcionará dinero u otras formas de bienes materiales por su participación.

Elige la opción “Sí” en que estés dispuesto a otorgar tu CONSENTIMIENTO LIBRE para participar en la investigación y “No” si no estás de acuerdo.

Sí () No()

Ficha 2

Yo _____ con
DNI _____ familiar del cuidador usuario _____ del
Centro de Salud Mental Comunitario de Nueva Cajamarca, Departamento de la San
Martín, he sido invitado por la alumna Ana Lauren de la Cruz Fernández; mediante
firma y/o huella autorizo mi participación en la investigación, que me fue
previamente informado.

Firma y huella

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ficha 1

Esta investigación estará a cargo de Ana Lauren de la Cruz Fernández estudiante de medicina de la Universidad César Vallejo. El propósito de esta investigación es conocer la relación que existe entre la sobrecarga y fatiga que experimentan los cuidadores familiares de los pacientes que toman antipsicóticos. La duración de la participación será de 35 minutos durante los cuales te realizaré 2 encuestas y llenaré una ficha de datos con información básica.

En todo momento se mantendrá la confidencialidad de los datos que se recolectarán y solo se usará la información con fines académicos.

La participación es voluntaria, y usted es libre de negarse a participar y retirarse de la investigación en cualquier momento durante la encuesta o posterior a la misma, sin sanción.

En caso que usted tenga alguna consulta relacionada con el estudio puede contactarse al correo electrónico alafe2@ucvvirtual.edu.pe.

El financiamiento de este estudio está a cargo del investigador, no se proporcionará dinero u otras formas de bienes materiales por su participación.

Elige la opción "SI" en que estés dispuesto a otorgar tu CONSENTIMIENTO LIBRE para participar en la investigación y "NO" si no estás de acuerdo

A4

Ficha 2

Yo M.F.V. A con
DNI [REDACTED] familiar del cuidador usuario del Centro de Salud
Mental Comunitario de Moyobamba, Departamento de la San Martín, he sido
invitado por la señorita Ana Lauren de la Cruz Fernández con DNI 46960509
estudiante de medicina de la Universidad César Vallejo con código de estudiante
7002406408; autorizo mi participación en la investigación, que me fue
previamente informado. Firmo la autorización dejando constancia del mismo.



Firma y huella del cuidador

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS GENERALES DEL CUIDADOR:

Género: masculino () Femenino (X)

Edad: 50

Procedencia: Pacayzapa

Estado civil: soltera/o / viuda/o () conviviente / casada/o (X)

Grado de instrucción: ninguna () primaria () secundaria (X)
superior ()

Situación laboral: en desempleo (X) trabajando () jubilado ()
labores del hogar ()

Tiempo cuidando al familiar: 8 meses

II. DATOS DEL PACIENTE:

Género: masculino (X) Femenino ()

Edad: 21

Procedencia: Pacayzapa

Diagnóstico: F200

Tiempo transcurrido con el diagnóstico: 4 años

Comorbilidades: _____

CUESTIONARIO ESCALA DE ZARIT

A Continuación, se presentan un listado de 22 preguntas las cuales deberá contestar marcando con una X en la opción que usted crea conveniente.

Preguntas	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Casi siempre
1. ¿Piensa que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?		X			
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?		X			
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?			X		
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	X				
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	X				
6. ¿Cree que la situación actual afecta negativamente la relación que Usted tiene con otros miembros de su familia?	X				
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?		X			
8. ¿Piensa que su familiar depende de usted?					X
9. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					X
10. ¿Se siente tenso cuanto está cerca de su familiar?		X			
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar a su familiar?				X	
12. ¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?				X	
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?				X	



14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					X
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					X
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?				X	
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?			X		
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?				X	
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?				X	
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?			X		
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?			X		
22. Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					X



Cuestionario de fatiga (canencio): Fatigue Assessment Scale (FAS)

A continuación, se presentan un listado de 10 preguntas las cuales deberá contestar marcando con una X en la opción que usted crea conveniente.

	Nunca	Algunas veces	Regularmente	A menudo	Siempre
1. Sufro de fatiga.			X		
2. Me canso muy rápido.				X	
3. Soy bastante sedentario.			X		
4. Considero que tengo suficiente energía para realizar mis actividades de mi vida cotidiana.		X			
5. Me siento físicamente agotado.				X	
6. Tengo dificultades para hacer actividades.				X	
7. Tengo problemas para pensar claramente.			X		
8. No tengo ganas de hacer nada.				X	
9. Me siento mentalmente agotado.					X
10. Si estoy haciendo algo puedo mantener la concentración.		X			