



**Universidad Nacional  
Federico Villarreal**

*Vicerrectorado de  
INVESTIGACIÓN*

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**EMOCIÓN EXPRESADA Y SOBRECARGA EN CUIDADORES PRINCIPALES DE  
PACIENTES PSIQUIÁTRICOS INTERNADOS EN EL HOSPITAL VÍCTOR  
LARCO HERRERA**

**Línea de Investigación: Psicología clínica y de la salud**

**Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología**

**AUTOR:**

**González Roque, Rubén Leonardo**

**ASESOR:**

**López Odar, Dennis Rolando**

**JURADO:**

**Aguirre Morales, Marivel Teresa  
Henostroza Mota, Carmela Reynalda  
Díaz López, David Eduardo**

**Lima – Perú  
2021**

## ÍNDICE

RESUMEN .....	4
ABSTRACT.....	5
I. INTRODUCCIÓN.....	6
1.1. Descripción y Formulación del problema.....	7
1.2. Antecedentes.....	10
1.2.1. Antecedentes Nacionales.....	10
1.2.2. Antecedentes Internacionales.....	14
1.3. Objetivos.....	19
1.3.1. Objetivo General.....	19
1.3.2. Objetivos Específicos.....	19
1.4. Justificación.....	19
1.5. Hipótesis.....	20
1.5.1. Hipótesis General.....	20
1.5.2. Hipótesis Específicas.....	20
II. MARCO TEÓRICO.....	22
2.1. Sobrecarga.....	22
2.2. Emoción expresada.....	25
III. MÉTODO.....	29
3.1. Tipo de investigación.....	29
3.2. Ámbito temporal y espacial.....	29
3.3. Variables.....	30
3.3.1. Emoción expresada.....	30
3.3.2. Sobrecarga.....	30
3.4. Población.....	31
3.4.1. Criterios de inclusión.....	31
3.5. Muestra.....	32
3.6. Instrumentos.....	34
3.6.1. Cuestionario sociodemográfico del cuidador informal y del paciente.....	34
3.6.2. Cuestionario Revisado de Emoción Expresada (CREEF).....	35
3.6.3. Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.....	38
3.7. Procedimientos de recolección de los datos.....	40
3.8. Análisis estadístico de los datos.....	41
IV. RESULTADOS.....	43
4.1. Propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados.....	43
4.1.1. Cuestionario de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.....	43
4.1.2. Cuestionario Revisado de Emoción Expresada del Familiar (CREEF).....	44
4.2. Análisis exploratorio de los datos.....	46

4.2.1.Exploración de los datos de la variable Sobrecarga del cuidador .....	46
4.2.2.Exploración de los datos de la variable Emoción Expresada.....	47
4.3. Descriptivos de la Sobrecarga del cuidador.....	47
4.4. Descriptivos de la Emoción Expresada .....	48
4.4.1.Descriptivos de las dimensiones de la emoción expresada .....	49
4.5. Comparaciones de la variable Sobrecarga .....	50
4.6. Comparaciones de la variable Emoción Expresada.....	53
4.7. Asociación entre las variables Sobrecarga y Emoción Expresada .....	56
V. DISCUSIÓN .....	58
VI. CONCLUSIONES .....	67
VII. RECOMENDACIONES.....	70
REFERENCIAS.....	72
ANEXOS .....	78

## RESUMEN

La presente investigación tuvo por objetivo determinar la asociación entre las variables emoción expresada y sobrecarga en cuidadores principales informales de pacientes psiquiátricos. Así mismo, ambas variables fueron descritas y comparadas según variables sociodemográficas, también se estableció la relación entre las dimensiones de la emoción expresada con sobrecarga. La muestra estuvo conformada por 48 cuidadores principales informales de pacientes psiquiátricos internados en el hospital Víctor Larco Herrera de la ciudad de Lima, Perú. El diseño del estudio fue descriptivo-comparativo, correlacional y transversal. El muestreo empleado fue no probabilístico intencional. Los instrumentos empleados fueron el cuestionario de emoción expresada del familiar de Valencia y Sam y el cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit. Los resultados obtenidos confirmaron una relación positiva media entre las variables emoción expresada y sobrecarga. Los cuidadores registraron un nivel de sobrecarga intenso y una emoción expresada media. Se comprobó que las variables sociodemográficas sexo y grupo de edad pueden influir sobre los niveles de sobrecarga y la variable grado de instrucción sobre la emoción expresada. Las dimensiones sobreimplicación y autosacrificio evidenciaron una asociación positiva media mientras que el criticismo-hostilidad y la sobreprotección indicaron una relación positiva débil.

**Palabras clave:** Sobrecarga, emoción expresada, familiar cuidador, paciente psiquiátrico, trastorno mental.

## ABSTRACT

The purpose of this research was to determine the association between the variables expressed emotion and burden in informal primary caregivers of psychiatric patients. Likewise, both variables were described and compared according to sociodemographic variables, the relationship between the dimensions of the emotion expressed with burden was also established. The sample was composed by 48 informal primary caregivers of psychiatric patients hospitalized to the Víctor Larco Herrera hospital in the city of Lima, Peru. The study design was descriptive-comparative, correlational and transversal. The sampling used was not intentional probabilistic. The instruments used were the expressed emotion familiar questionnaire of Valencia and Sam and the Zarit burden interview for caregivers. The results obtained confirmed a positive medium relationship between the variables expressed emotion and burden. Caregivers evinced an intense burden level and a medium expressed emotion level. It was found that sociodemographic variables like sex and age group may influence on burden level and education level on expressed emotion. Expressed emotion dimension like over-involvement and self-sacrifice showed a medium positive association while criticism-hostility and overprotection indicated a weak positive relationship.

**Key words:** Caregiver burden, expressed emotion, family caregiver, psychiatric patient, mental disorder.

## **I. INTRODUCCIÓN**

Como parte del proceso de desinstitucionalización del paciente psiquiátrico de cara a un retorno al seno familiar donde pueda reintegrarse favorablemente surge la interrogante respecto a si dicho entorno puede constituirse como un factor de riesgo o de protección para el paciente.

Desde mediados del siglo pasado se ha comprobado que las características y patrones de comunicación disfuncional en la familia, especialmente la manifestada por el cuidador principal, constituye un preponderante factor de recaída del paciente psiquiátrico, por lo tanto, indagar a profundidad las variables que median la interacción paciente-cuidador permitirán comprender cuan desestabilizante pueden resultar en la rehabilitación del paciente.

Es en este sentido que la presente investigación pretende estudiar la relación entre dos variables determinante en la interacción paciente-cuidador como vienen a ser la emoción expresada y la sobrecarga del cuidador a fin de establecer su asociación.

En el capítulo dos, se profundiza en los conceptos teóricos que subyacen a las variables de investigación, a su vez se desarrolla los modelos teóricos que posibilitan la comprensión en las diferentes expresiones asociadas a la problemática en cuestión.

El capítulo tres presenta la metodología empleada para el presente estudio, aquí se expone el diseño aplicado y las características de la población a investigar, además se expone las

propiedades psicométricas de los instrumentos empleados y se especifica el procedimiento desarrollado en la presente investigación.

En el capítulo cuatro, se describen los datos obtenidos y los resultados del análisis estadístico desarrollado.

En el capítulo cinco, se debaten los resultados encontrados contrastándolos con investigaciones relacionadas, y determinando su consonancia con el modelo teórico elegido para la investigación.

Finalmente, en el capítulo seis y siete, se indican las conclusiones del estudio y se plantean sugerencias para posteriores trabajos de investigación y de programas de intervención con respecto a la problemática en cuestión.

### **1.1. Descripción y Formulación del problema**

Asumir la carga del cuidado de un paciente con una patología psiquiátrica como trastorno esquizofrénico, trastorno bipolar, trastorno delirante, entre otros, no es una tarea sencilla, por el contrario, es una labor desgastante en esfuerzos y recursos. Especialmente para los familiares, quienes asumen el rol de cuidadores principales, siendo los responsables de acompañar al paciente en su proceso de rehabilitación. En este sentido y en pro del cuidado del paciente, el impacto del cuidado sobre el cuidador puede incidir negativamente en diversos aspectos de su vida cotidiana menoscabando su bienestar (León, 2013).

En ese sentido, la experiencia del cuidado puede resultar tan abrumadora que generalmente termina por desbordar al cuidador en sus capacidades para afrontarla, deviniendo en un incremento de sus índices de estrés, desgaste emocional, conflictos en sus relaciones interpersonales e incidencia de patologías físicas o mentales, en detrimento de su calidad de vida, a esta situación resultante se le denomina sobrecarga del cuidador (Ribé, 2014).

La presencia de un cuidador sobrecargado en el seno de un sistema familiar que acoge a un paciente psiquiátrico no solo puede terminar por perjudicar al resto de los miembros, sino que peor aún, pone en riesgo el proceso de rehabilitación del paciente. De acuerdo con García, Moreno, Freund y Lahera (2012) un cuidador con sobrecarga no informado acerca del trastorno tiende a atribuir la responsabilidad del mismo al propio paciente. Dicha atribución de la responsabilidad va de la mano con la expresión afectiva de juicios o actitudes generalmente descalificadoras o sobreprotectoras que a fin de cuentas terminan por repercutir negativamente en la funcionalidad del paciente desembocando en una descompensación sintomática y hospitalización (Medina, 2016; Rascón, 2008). Esta forma de comunicación afectiva recibe el nombre de emoción expresada (EE).

García, Moreno, Freund y Lahera (2012), afirman que el nivel de emoción expresada familiar puede ejercer una influencia mayor que las necesidades reales del paciente o su comportamiento, en el grado subjetivo de carga en el cuidado. Por lo tanto, altos niveles de carga en el cuidador (sobrecarga) se relaciona con una elevada emoción expresada (Gutiérrez-Maldonado et al., 2005; Butzlaff y Hooley, 1998; citado en Ribé, 2014). Así mismo, la reducción del nivel de sobrecarga viene de la mano de una

disminución del nivel de emoción expresada en un plazo aproximado de 9 meses posterior al alta. (García, Moreno, Freund , & Lahera, 2012).

En las últimas dos décadas a nivel internacional las investigaciones acerca de la emoción expresada y la sobrecarga en cuidadores de paciente psiquiátricos (especialmente esquizofrenia) se han venido desarrollado en países como España, Costa Rica, México, Chile y Colombia con estudios de alcance descriptivo y correlacional (Espina y Pumar, 2000; Sánchez, 2001; Rascón, Gutiérrez, Valencia y Murow, 2008; Caqueo-Urizar et al., 2011; Mera et al., 2017).

En cuanto al Perú, desde hace una década se ha estudiado la sobrecarga del cuidador de pacientes con trastorno esquizofrénico constituyendo una pequeña pero significativa línea de investigación respecto a esta variable con estudios de alcance descriptivo y correlacional (Li-Quiroga et al., 2015; Correa, 2015; Chomba, 2013; Hidalgo, 2013). Sin embargo, respecto a la emoción expresada las investigaciones realizadas todavía son incipientes (Vera, 2015; Guanilo y Seclén, 1993).

Dada la problemática expuesta, el presente estudio tuvo por objetivo establecer la relación entre ambas variables. Así mismo, se describió y comparo su incidencia según otras variables sociodemográficas y clínicas. Finalmente se determinó la asociación entre las dimensiones de la emoción expresada con la sobrecarga.

Considerando tales objetivos, la pregunta directriz que oriento el presente estudio fue: ¿Cómo se relaciona la emoción expresada y la sobrecarga en los cuidadores principales de pacientes psiquiátricos internados del hospital Víctor Larco Herrera?

## **1.2. Antecedentes**

### 1.2.1. Antecedentes Nacionales

Los estudios acerca de la emoción expresada en el Perú evidencian lo incipiente que representa esta línea de investigación, siendo las primeras en abordarlo Guanilo y Seclén (1993), quienes investigaron la relación entre el nivel de conocimientos sobre enfermedad mental y el nivel de emoción expresada de los familiares de pacientes con esquizofrenia de consultorios externos del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. El diseño metodológico fue descriptivo correlacional, la población elegida fueron los familiares de pacientes con esquizofrenia, la muestra la integraron 50 familiares seleccionados según criterios de inclusión. Los resultados indicaron que la mayoría de familiares de los pacientes con esquizofrenia presentaron un nivel regular de conocimiento sobre la enfermedad mental (84%), con un alto nivel de emoción expresada del familiar hacia el paciente con esquizofrenia (72%), por último, se evidenció una relación inversa entre el nivel de conocimientos y nivel de emoción expresada.

Posteriormente no se volvió a estudiar dicha variable sino hasta muchos años después, cuando Vera (2015) realizó una investigación con el objetivo de determinar la efectividad de un programa psicoeducativo en el incremento de conocimientos y emociones expresadas en familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia de Hospital Hermilio Valdizán. La metodología empleada fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método cuasi experimental de un solo

diseño. La población estuvo conformada por 20 individuos. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario que fue aplicado antes y después del programa psicoeducativo. Los resultados indicaron que del 100% (20), antes del programa psicoeducativo el 55% (11) conocían acerca de la enfermedad y el 45% (9) no conocían. Después del programa el 95% (19) conocían y 5% (1) no conocían la enfermedad de sus pacientes. En cuanto a las emociones expresadas antes del programa en el 60% (12) estaba presente y 40% (8) ausente y después del programa en 80% (16) presente y 20% (4) ausente. Al término del estudio se concluyó la efectividad del programa psicoeducativo en el incremento del nivel de conocimientos acerca de la enfermedad y la emoción expresada.

Respecto a la sobrecarga del cuidador, se evidencia una continuidad e interés en su estudio descriptivo a nivel nacional en los últimos 5 años. Tal es el caso de Chomba (2013), quien llevo a cabo una investigación con el objetivo de determinar el nivel de sobrecarga del familiar cuidador del paciente con esquizofrenia del Hospital Hermilio Valdizán. La metodología empleada fue de corte cuantitativo con un diseño de tipo descriptivo. Se consideró trabajar con toda la población de 52 cuidadores familiares de pacientes hospitalizados con esquizofrenia. El instrumento utilizado fue la Escala de Sobrecarga de Zarit, previa validez y confiabilidad del instrumento. Los resultados obtenidos determinaron que el 44% de los familiares cuidadores presentaban sobrecarga leve; en las dimensiones de Impacto del cuidado (48%) y en la calidad de las relaciones interpersonales (56%) se evidenció sobrecarga leve, mientras que 63% no presentó sobrecarga en expectativas de autoeficacia. Al término del

estudio se concluyó que los familiares de los pacientes con esquizofrenia en el Hospital Hermilio Valdizán evidenciaron sobrecarga leve.

Posteriormente Li-Quiroga, M. et al. (2015) realizaron una investigación con la finalidad de describir el nivel de sobrecarga emocional en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia atendidos en el Hospital Regional Docente Las Mercedes (HRDLM), Lambayeque-Perú de octubre a diciembre del 2013. La metodología empleada fue un diseño transversal descriptivo con análisis exploratorio. La muestra fue conformada por 122 familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia atendidos por consultorio externo durante el periodo de tiempo descrito. El instrumento utilizado fue la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. Los resultados describieron que, de los 122 cuidadores, el 68,85% fueron mujeres, y de ellas 40,16% eran madres del paciente. Así mismo se encontró que una cantidad elevada de familiares cuidadores presentan sobrecarga emocional (72,95%) en quienes es más frecuente la sobrecarga leve (69,66%). Las mayores frecuencias de sobrecarga emocional encontradas en los cuidadores fueron: cónyuges (94,12%), padres (94,44%) y en cuidadores sin instrucción (90,00%). Finalmente, el estudio concluyó la existencia de altos niveles de sobrecarga emocional en los familiares de los cuidadores entrevistados. En base a los resultados, los autores surgieron realizar intervenciones que permitan identificar y afrontar este problema, sobre todo enfocadas a cuidadores cónyuges, padres y con menor nivel de educación.

El mismo año Correa (2015) desarrolló un estudio con el objetivo determinar el nivel de sobrecarga que experimentan los familiares cuidadores de pacientes con

esquizofrenia atendidos ambulatoriamente en el centro de salud San Martín de Porres, considerando el impacto del cuidado sobre el cuidador, la relación interpersonal y las expectativas de autoeficacia como sus dimensiones. Metodológicamente el estudio fue de corte cuantitativo, de nivel aplicativo y transversal. La muestra fue conformada por 33 familiares cuidadores. El instrumento empleado fue la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit el cual fue aplicado en la casa del paciente. Los resultados indicaron que la sobrecarga registrada por los familiares cuidadores fue de nivel leve. La sobrecarga, en cada una de las dimensiones también fueron de categoría leve siendo la dimensión impacto del cuidado sobre el cuidador, la más comprometida.

En cuanto a investigaciones correlacionales respecto a la sobrecarga del cuidador del paciente trastorno esquizofrénico, Hidalgo (2013) realizó un estudio con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de sobrecarga del cuidador y las estrategias de afrontamiento en familiares de pacientes con esquizofrenia en rehabilitación. La muestra fue conformada por 33 familiares peruanos a quienes se les administro la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit y el cuestionario de estimación del afrontamiento de Carver (COPE). Los resultados indicaron correlaciones entre la sobrecarga y algunas estrategias de afrontamiento específicas. Así mismo, se apreciaron diferencias significativas evidenciando que, de acuerdo al sexo del cuidador, el tiempo de cuidado y la fase de rehabilitación, los cuidadores pueden emplear diferentes estrategias de afrontamiento.

### 1.2.2. Antecedentes Internacionales

En las últimas dos décadas, las investigaciones internacionales respecto a la emoción expresada se han desarrollado desde un enfoque correlacional, como el estudio de Espina y Pumar (2000) quienes investigaron en España la relación entre la Emoción Expresada (EE) de los padres con otras variables, para detectar posibles factores asociados a una alta EE, con vistas a planificar intervenciones terapéuticas que incidan en esos factores. Para ello estudiaron una muestra de 40 familias con un hijo con esquizofrenia según criterios diagnósticos del DSM III-R, en la que evaluaron la EE de ambos padres, el ajuste diádico (DAS), personalidad (EPQ-A), ansiedad (SAS), depresión (BDI), apoyo y estrés social. Los resultados obtenidos indicaron que la introversión en las madres se asocia al criticismo (CC) y la extroversión a la sobreimplicación emocional (SIE). La depresión se asocia en los padres a la alta SIE y algunas subescalas del DAS están asociadas a CC y SIE. Los familiares críticos tienen menos apoyo social y las madres críticas peor calidad de apoyo. Los familiares bajos en EE registran más estrés familiar y los padres bajos en SIE más estrés laboral. Finalmente concluyeron que las intervenciones terapéuticas dirigidas a reducir la emoción expresada deberían de tomar en cuenta estas características de los familiares de pacientes con esquizofrenia.

En Latinoamérica, Sánchez (2001) realizó un estudio en Costa Rica con el objetivo de evaluar la Emoción Expresada (EE) de las familias en una muestra de pacientes con esquizofrenia y precisar algunas características asociadas a la recaída durante 9 meses de seguimiento que se realizó a las familias. El diseño

fue de corte exploratorio y la muestra fue conformada por 27 pacientes y sus familiares. Los instrumentos empleados fueron la entrevista familiar de Camberwell, la entrevista Hollingshead, la escala breve de evaluación psiquiátrica (BPRS), así mismo valoraron el cumplimiento de la toma de la medicación y el contacto cara a cara que pasan los pacientes con sus familiares clave. Los resultados señalaron que la EE está asociada con la recaída (rehospitalización) durante un periodo de 9 meses. El cumplimiento en la toma regular de la medicación fue un elemento protector de la rehospitalización. La calidez no mostró relaciones significativas con el resto de las variables. El contacto cara a cara fue un predictor fiable de la rehospitalización durante los 9 meses de seguimiento.

Posteriormente Rascón, Gutiérrez, Valencia y Murow (2008) llevaron a cabo una investigación en México con el objetivo de determinar la relación entre la emoción expresada (EE) por el familiar responsable (FR) y la conducta sintomática (CS) de pacientes con esquizofrenia, incluido el funcionamiento social. Utilizaron un diseño transversal y un muestreo no probabilístico circunstancial. Sus instrumentos de recolección de datos fueron la Cédula de evaluación de la conducta de paciente (SBAS) y el Cuestionario encuesta, evaluación del nivel de emoción expresada (CEEE). Los resultados indicaron que los familiares con EE alta observaron un mayor descuido personal, irritabilidad, violencia y aislamiento por parte del paciente, en tanto que los familiares con EE baja reportaron más miedos o temores, olvidos, dependencia e ideas extrañas como las conductas problemáticas de las personas enfermas. En los familiares con EE baja se observó un mejor funcionamiento en el desempeño

de tareas domésticas, en la demostración de afecto, en las actividades realizadas en el tiempo libre, en la conversación y en la demostración de apoyo entre el informante y el paciente. El modelo de estudio demostró que la mayor presencia de CS y el menor nivel de FS del paciente, fueron variables predictoras de una interacción familiar con características de mayor demostración de crítica, hostilidad y/o excesivo involucramiento, que explicó 46% de la varianza con niveles de significancia estadística.

Más adelante, Ramírez et al. (2017) realizaron un estudio en Colombia con el objetivo de describir el nivel de emoción expresada, la carga del cuidado y el funcionamiento de las familias de pacientes con bipolaridad (TAB) y esquizofrenia y evaluar la eficacia de la intervención multimodal (IM) en comparación con la intervención tradicional (IT) en el funcionamiento familiar y en la percepción que de este tienen el paciente y sus cuidadores. La metodología fue de tipo prospectiva, longitudinal, terapéutico-comparativo. La muestra estuvo constituida por 302 pacientes (104 con diagnóstico de esquizofrenia y 198 con TAB) aleatorizados a un grupo de IM y otro de IT circunscrito a un programa de salud mental focalizado en la disminución de la carga, el daño y el gasto social de la enfermedad mental (PRISMA). Los instrumentos empleados al inicio y al final de las sesiones fueron las escalas de Hamilton y Young, SANS y SAPS, para pacientes bipolares y esquizofrénicos respectivamente. En ambos grupos también se emplearon las escalas EEAG, FEICS, FACES III y ECF. Los resultados concluyeron la existencia de diferencias estadísticamente significativas en las variables sociodemográficas y clínicas entre los grupos de pacientes con TAB y con esquizofrenia. Así mismo,

tras un análisis multivariable MANCOVA, no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en los resultados entre los momentos inicial y final en los grupos de pacientes con TAB y con esquizofrenia según las escalas FEICS, FACES III y ECF. Finalmente, el estudio no señaló cambios en la carga y el funcionamiento familiar entre los grupos sometidos a IM y a IT de pacientes bipolares y esquizofrénicos.

Respecto a investigaciones internacionales de la sobrecarga en cuidadores de pacientes con esquizofrenia se aprecian algunos estudios descriptivos como el de Caqueo-Urizar et al. (2011), quienes se plantearon el objetivo de evaluar los niveles de sobrecarga en familiares de pacientes con esquizofrenia pertenecientes a la etnia Aymara (indígenas que se ubican en el altiplano al Norte de Chile. La muestra fue conformada por 45 cuidadores de pacientes con esquizofrenia usuarios del Servicio de Salud Mental de la ciudad de Arica, Chile. El instrumento utilizado para la investigación fue la escala de Sobrecarga de Zarit. Los resultados indicaron que todos los familiares de etnia Aymara se ubican en la categoría de “sobrecarga intensa” a diferencia de los familiares no Aymaras quienes quedaron clasificados en la categoría de “sobrecarga leve”. Se observó además diferencias significativas en la subescala de incompetencia donde los cuidadores Aymaras percibieron no sentirse capaces de cuidar al paciente con los recursos disponibles. Finalmente se concluyó que la pertenencia a esta minoría étnica incrementaría el riesgo psicopatológico que los cuidadores de pacientes psiquiátricos experimentan.

Por su parte, Mera et al. (2017) llevaron a cabo un estudio en Colombia con el objetivo de caracterizar al cuidador familiar de la persona diagnosticada con esquizofrenia con previo ingreso en el tercer nivel de hospitalización, a fin de contextualizarlo disciplinalmente, en el marco de las políticas vigentes de la salud pública. El método empleado fue alcance descriptivo, diseño de método mixto y estrategia secuencial explicatoria, con una secuencia cuantitativa-cualitativa. La muestra fue seleccionada a conveniencia, conformada por 16 cuidadores familiares. Los instrumentos empleados fueron una encuesta de caracterización sociodemográfica y ocupacional y el Test de sobrecarga del cuidador de Zarit. Los resultados obtenidos señalaron que la mayoría son madres (50%), han limitado en ocasiones su desarrollo integral para desarrollar su rol de cuidador, existe una relación en cuanto a la edad de los cuidadores familiares (entre 40 y 60 años de margen frecuente con un 56,25%) y la presencia del cansancio con el que estos cursan (37,5% de la población presentan sobrecarga intensa, el 37,5% ausencia de sobrecarga y el 25% de la población sobrecarga ligera). Los relatos evidenciaron mayor vulnerabilidad en los cuidadores principales. Finalmente, el estudio concluyó que el análisis de los resultados en el contexto de la salud pública vigente corroboró la necesidad del abordaje de la dimensión salud mental y convivencia social con enfoque poblacional, facilitando una mejor comprensión de la vulnerabilidad del cuidador familiar de personas diagnosticadas con esquizofrenia. Aspecto como constructos, lenguajes, herramientas y diagnósticos, lograron una total convergencia con las directrices de enfoques y modelos de la salud pública en Colombia siendo una manera eficaz en enfermeros para liderar la gestión asumiendo los retos en salud mental desde la atención primaria en salud.

### **1.3. Objetivos**

#### 1.3.1. Objetivo General

Establecer la relación entre el nivel de emoción expresada y la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes psiquiátricos hospitalizados del hospital Víctor Larco Herrera, 2019.

#### 1.3.2. Objetivos Específicos

1. Describir el nivel de emoción expresada en los cuidadores informales de pacientes psiquiátricos hospitalizados del hospital Víctor Larco Herrera.
2. Estimar el nivel de sobrecarga en los cuidadores informales de pacientes psiquiátricos hospitalizados del hospital Víctor Larco Herrera.
3. Comparar cada variable según variables sociodemográficas y clínicas.
4. Establecer la asociación entre las dimensiones de la emoción expresada (criticismo-hostilidad, sobreimplicación, sobreprotección y autosacrificio) y la sobrecarga en los cuidadores informales de pacientes psiquiátricos hospitalizados del hospital Víctor Larco Herrera.

### **1.4. Justificación**

La realización de la presente investigación fue conveniente en cuanto permitió sondear la prevalencia de la emoción expresada y de la sobrecarga en la población de cuidadores principales de pacientes psiquiátricos hospitalizados en el hospital “Víctor

Larco Herrera”. La relevancia social del estudio radica en que los resultados obtenidos permitirán complementar, al plan de intervención empleado hasta entonces, un abordaje sostenido y específico respecto a la emoción expresada y la sobrecarga en el cuidador primario afín de aplacar su papel como factor de riesgo en el curso de la enfermedad de su paciente.

Por otra parte, a nivel teórico, esta investigación resulto importante dado que cubrió el vacío de conocimiento existente respecto al estudio de la emoción expresada en asociación a la sobrecarga del cuidador. Así mismo, desde una valoración metodológica, se comprobó las propiedades psicométricas de un test de emoción expresada, contribuyendo a una mejor comprensión del mismo.

## **1.5. Hipótesis**

### 1.5.1. Hipótesis General

- Ha: Existe una relación significativa entre el nivel de emoción expresada y el nivel de sobrecarga en cuidadores informales de pacientes psiquiátricos hospitalizados del hospital Víctor Larco Herrera.

### 1.5.2. Hipótesis Específicas

1. Ha: Existe una relación significativa entre el nivel de criticismo-hostilidad y el nivel sobrecarga en cuidadores informales de pacientes psiquiátricos hospitalizados del hospital Víctor Larco Herrera.

2. Ha: Existe una relación significativa entre el nivel de sobreimplicación emocional y el nivel sobrecarga en cuidadores informales de pacientes psiquiátricos hospitalizados del hospital Víctor Larco Herrera.
  
3. Ha: Existe una relación significativa entre el nivel de sobreprotección y el nivel sobrecarga en cuidadores informales de pacientes psiquiátricos hospitalizados del hospital Víctor Larco Herrera.
  
4. Ha: Existe una relación significativa entre el nivel de autosacrificio y el nivel sobrecarga en cuidadores informales de pacientes psiquiátricos hospitalizados del hospital Víctor Larco Herrera.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Sobrecarga

#### 1) El cuidador

Hay situaciones en las que una persona enferma, discapacitada o en una situación de vulnerabilidad requerirá la asistencia de otras para poder rehabilitarse y/o mejorar su calidad de vida. Por tanto, se entiende por cuidador a aquel individuo que pone a disposición del paciente toda una serie de recursos y diligencias en pro de su recuperación.

#### 2) Tipos de cuidador

De acuerdo con Navarro (2004), existen principalmente dos clases de cuidadores:

##### a. Cuidador formal

Es un cuidador profesional, formado exclusivamente para esta tarea y por tanto recibe una remuneración por sus servicios los cuales realiza en un horario acordado. No comparten vínculo alguno con el paciente en consecuencia su grado de compromiso estará influenciado por su ética profesional o su motivación personal.

## b. Cuidador informal

Es un cuidador no instruido para esta actividad, trabaja sin la expectativa un sueldo y en un horario no definido. Generalmente comparte un vínculo sanguíneo, familiar o afectivo con el paciente, por tanto, presentan un gran compromiso en su cuidado.

## 3) Carga del cuidador

A pesar de existir una amplia producción científica, hoy por hoy, términos como "carga" o "sobrecarga" del cuidador todavía no han sido conceptualizados de forma definitiva siendo empleados con ambivalencia en la comunidad científica. Una evidencia de dicha incertidumbre teórica es ilustrada por Ribé (2014) quien expone como diversos autores conciben dicho concepto:

Zarit (1987) define la "sobrecarga del cuidador" como un estado perjudicial para la salud física y psicológica del cuidador como consecuencia del acto de cuidar a un paciente el cual es o puede ser experimentado por este.

En cuanto a Dillehay y Sandys (1990) conceptualizan la "carga del cuidador" como un estado psicológico resultante de la convergencia del trabajo físico, la presión socio-emocional y dificultades económicas implicadas en el cuidado de los pacientes.

Por su parte, Pearlin, Mullan, Semple y Skaff (1999) emplean de forma equivalente los términos "carga" y "sobrecarga" para hacer referencia al impacto del cuidado que tiene sobre la salud (física y mental), entorno social y/o estabilidad económica del cuidador.

#### 4) Tipos de carga

Durante los estudios sobre el impacto del cuidado sobre el cuidador se presentó una divergencia conceptual en cuanto a la idea de "carga" pues las definiciones adjudicadas por los investigadores y los cuidadores era disímiles (Montorio, Izal, López y Sánchez, 1998). Es producto de esta discrepancia que se estableció la siguiente distinción entre la carga objetiva y subjetiva:

##### a. Carga Objetiva

Es una dimensión realista, medible y comprobable por medio de la observación directa del impacto concreto del acto de cuidar sobre el cuidador, en ámbitos concernientes a su salud física y psicológica; estabilidad económica; tiempo, esfuerzos y recursos desplegados; convivencia doméstica, tiempo de ocio y calidad de vida.

##### b. Carga Subjetiva

Es una dimensión personal asociada a la impresión e intensidad con que se experimenta la acción del cuidado sobre el cuidador en cuanto a aspectos

relativos a las creencias, emociones, sentimientos, reacciones y actitudes respecto a la convivencia con un paciente.

## **5) Factores asociados**

Ribé (2014) detalla que los factores relacionados con la presencia de sobrecarga en el cuidador pueden ser entendidos desde la perspectiva de este, el paciente o por factores socio-culturales. Respecto a los pacientes psiquiátricos, generalmente se puede evidenciar que aquel perfil de sexo masculino, joven, usualmente diagnosticado con esquizofrenia, de sintomatología intensa (positiva o negativa), con frecuentes hospitalizaciones o alojado en la unidad asistencia de hospitalización es el que tiende a influir en una elevada sobrecarga en su cuidador. En lo concerniente al cuidador, la presencia de sobrecarga elevada se asocia a un perfil de sexo femenino, progenitor del paciente, con bajo nivel de instrucción, bajo estatus económico y sin empleo. En la dimensión socio-cultural se aprecia que en los países en vías de desarrollo, el pertenecer a una minoría étnicas o el no profesar una religión son factores que influyen negativamente en la sobrecarga del cuidado (Caqueo-Urizar et al.,2011).

## **2.2. Emoción expresada**

### **1) Concepción del constructo**

Fue entre los años 50 y 60 cuando el estudio pionero del sociólogo George Brown dio inicio a una importante línea de investigación que tuvo por objetivo el estudiar

el impacto del entorno familiar durante el proceso de rehabilitación de pacientes con esquizofrenia (Valencia y Sam, 2017). Se evidenció que aquellos pacientes que luego de haber sido dados de alta retornaban al seno familiar tenían mayor probabilidad de ser rehospitalizados en lugar de aquellos que iban a vivir con otros familiares o amigos en una locación aparte. Dado que los resultados insinuaron que el entorno familiar ejercía un efecto negativo sobre rehabilitación los pacientes, los estudios posteriores se enfocaron en indagar diversos aspectos en la relación paciente-cuidador que pudieran constituirse como predictores significativos de las recaídas, surgiendo así el constructo emoción expresada (EE).

## 2) Definición

Medina-Pradas (2016) afirma que la emoción expresada hace alusión aquellos juicios o actitudes de contenido afectivo que una persona (usualmente el familiar) comunica a otro familiar que padece de una enfermedad crónica.

Becerra (2011) lo define como un constructo capaz de indicar las características de la conducta emocional que un sistema familiar manifiesta hacia alguno de sus miembros con enfermedad crónica.

Rascón (2008) lo conceptualiza como aquellos mecanismos estresantes que a nivel de actitudes o sentimientos denotan criticismo, hostilidad o sobreimplicación emocional que un familiar puede expresar hacia otro diagnosticado con una patología psiquiátrica y bajo su cuidado.

### 3) Componentes

#### a) Criticismo

Se caracteriza por comentarios o afirmaciones los cuales, por el modo en que son expresados, resultan desaprobatorios o aversivos sobre la conducta, las características o la personalidad del individuo a quién están dirigidos.

#### b) Hostilidad

Se manifiesta cuando la persona es agredida activa o pasivamente más por lo que es que por lo que hace, reflejando una dificultad para tolerarlo. Dado que generalmente se manifiesta si también existe crítica, tiene menor valor como predictor independiente.

#### c) Sobreimplicación

Hace referencia a aquella conducta indicadora de una preocupación inapropiada por un enfermo el cual es percibido como menos competente que antes y más vulnerable. Puede ser representada en conductas de sobreprotección, consentimiento, autosacrificio y de malestar emocional, equivalentes al trato que podría recibir un niño.

#### 4) Factores asociados

García, Moreno, Freund, Lahera (2012) realizaron una revisión de diversos autores sobre diferentes factores que influyen un en una alta emoción expresada. Desde las características del entorno familiar, hay una mayor incidencia de una alta EE en aquellos sistemas familiares poco flexibles, coercitivos y vigilantes con el comportamiento del paciente. Así mismo, se evidencia pobres estrategias de afrontamiento y de habilidad de escucha, una comunicación ambigua y un estilo afectivo negativo. La atribución de la enfermedad al paciente como el desconocimiento de la misma, sobrecarga en el cuidado y el tener un diagnóstico psicopatológico son otros indicadores de una EE alta. En cuanto al paciente, se observa una alta emoción expresada en aquellos familiares cuyos pacientes sean de sexo masculino, emparentados como hijos o conyugues de su familiar cuidador. Sin embargo, factores como la severidad sintomática o el funcionamiento premórbido no constituyen como indicadores certeros de una EE alta.

### **III. MÉTODO**

#### **3.1. Tipo de investigación**

De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2010) el desarrollo de esta investigación se circunscribió dentro de los estudios cuantitativos no experimentales dado no ocurrió una manipulación deliberada de variables. Así mismo se utilizó un diseño transversal puesto que se recolectaron los datos en un solo momento, en un tiempo único. En cuanto al tipo de investigación, el estudio fue descriptivo-correlacional ya que buscó describir las variables sobrecarga y emoción expresada para luego analizar su incidencia y relación entre las mismas.

#### **3.2. Ámbito temporal y espacial**

El presente estudio se realizó durante los meses de junio, julio y agosto de 2019 en los pabellones 1 y 20 del Hospital Víctor Larco Herrera, localizado en el distrito de Magdalena del Mar del departamento de Lima, Perú.

La recolección de los datos durante los días y horas de visita designados por el hospital, lo cuales fueron los miércoles, sábados y domingos en el horario de 9 am a 12 pm y de 3 pm a 5 pm.

### **3.3. Variables**

#### 3.3.1. Emoción expresada

##### a) Definición conceptual

Es la alusión aquellos juicios o actitudes de contenido afectivo que una persona (usualmente el familiar) comunica a otro familiar que padece de una enfermedad crónica (Medina-Pradas, 2016).

##### b) Definición Operacional

Puntaje obtenido por el cuestionario revisado de emoción expresada del familiar (CREEF). Compuesto por las subescalas de criticismo-hostilidad y sobre implicación emocional (la que a su vez se compone de las dimensiones de autosacrificio y sobreprotección). Integrado por 31 ítems. El puntaje porcentual obtenido puede oscilar en un rango de 31 a 93 puntos. El nivel de EE puede ser alto (>75 puntos), medio (55-75 puntos) o baja (<55).

#### 3.3.2. Sobrecarga

##### a) Definición Conceptual

Estado perjudicial para la salud física y psicológica del cuidador como consecuencia del acto de cuidar a un paciente el cual es o puede ser experimentado por este (Zarit, 1987).

#### b) Definición Operacional

Puntaje obtenido en la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. Constituido por 19 ítems. El puntaje obtenido puede oscilar en un rango de 19 a 95 puntos. Las categorías pueden indicar “ausencia de sobrecarga” (<47 puntos), “sobrecarga ligera” (47-52 puntos) y “sobrecarga intensa” (>52 puntos).

### **3.4. Población**

La población objetivo estimada para el estudio abarca un aproximado de 100 cuidadores principales de pacientes psiquiátricos atendidos en los servicios de hospitalización de corta estancia (pabellones 1 y 20).

#### 3.4.1. Criterios de inclusión

- Cuidador cuyo paciente este diagnosticado con un trastorno psiquiátrico.
- Cuidadores principales de pacientes No judicializados.
- Dominio del idioma castellano a nivel escrito o hablado.
- Consentimiento informado firmado por parte del cuidador.

### **3.5. Muestra**

El muestreo elegido fue de tipo no probabilístico intencional, lo que implicó una selección conveniente y voluntaria de cuidadores informales. Luego de la recolección de datos la muestra resultante estuvo conformada por 48 familiares cuidadores. A continuación, se presentan sus características sociodemográficas y de sus pacientes.

#### **a) Características sociodemográficas de los familiares cuidadores**

Los familiares cuidadores fueron principalmente mujeres (67%), de entre 41 y 60 años (50%), estado civil conviviente o casado (54.2%), grado de instrucción secundaria (41.7%), laboran en un trabajo estable (42%), profesan una religión (85%), son generalmente padre o madre del paciente (56.3%), no presentan antecedentes de enfermedad mental en la familia (54%) y la mayoría asiste a las charlas psicoeducativas impartidas por el hospital (56%).

Tabla 1

*Características sociodemográficas de los familiares cuidadores*

<b>Variables</b>	<b>Categorías</b>	<b>n= 48</b>	<b>%</b>
Sexo	Varones	16	33
	Mujeres	32	67
Grupos de edad	Adultos jóvenes (21-40 años)	11	23
	Adultos (41-60 años)	24	50
	Adultos mayores (> 60 años)	13	27
Estado civil	Soltero	15	31.3
	Conviviente/Casado	26	54.2
	Separado/Divorciado	15	10.4
	Viudos	2	4.2
Grado de instrucción	Primaria	11	22.9
	Secundaria	20	41.7
	Superior técnica	8	16.7
	Superior universitaria	9	18.8
Situación laboral	Trabajo estable	20	42
	Trabajo temporal	15	31
	Trabajo domestico	13	27
Religión	Si profesa	41	85
	No profesa	7	15
Parentesco	Padre o Madre	27	56.3
	Hermano(a)	12	25
	Conyugue o Pareja	5	10.4
	Hijo(a)	2	4.2
	Otros	2	4.2
Antecedentes psicopatológicos familiares	Presentes	22	46
	Ausentes	26	54
Asistencia a charlas psicoeducativas	Asisten	27	56
	No asisten	21	44

**b) Características sociodemográficas de los pacientes**

Respecto a las características de los pacientes. Hubo igual cantidad de varones y mujeres (50%), de entre 21 y 40 años (69%), estado civil soltero (75%), grado de instrucción secundaria (54%), estaban desempleados antes de la última hospitalización (48%), residen en Lima-Callao (85%), están hospitalizado por primera vez (56.3%), tienen un tiempo de enfermedad total menor a 11 años (54%) y el diagnóstico más resaltante es la esquizofrenia (58%).

Tabla 2

*Características sociodemográficas de los pacientes de los familiares cuidadores*

<b>Variables</b>	<b>Categorías</b>	<b>n= 48</b>	<b>%</b>
Sexo	Varones	24	50
	Mujeres	24	50
Grupos de edad	Adolescentes (< 21 años)	3	6
	Adultos jóvenes (21-40 años)	33	69
	Adultos (41-60 años)	12	25
Estado civil	Soltero	36	75
	Conviviente/Casado	8	17
	Separado/Divorciado	4	8
Grado de instrucción	Sin instrucción	1	2
	Primaria	3	6
	Secundaria	26	54
	Superior técnica	7	15
Situación laboral previa a la última hospitalización	Superior universitaria	11	23
	Trabajo estable	9	19
	Trabajo temporal	10	21
Lugar de residencia	Trabajo domestico	6	12
	Desempleado	23	48
	Lima-Callao	41	85
	Provincia	7	15
Nº de hospitalizaciones	Primera hospitalización	21	43.8
	De 2 a 5 hospitalizaciones	19	39.6
	Más de 5 hospitalizaciones	8	16.7
Tiempo de enfermedad total	Menor a 11 años	26	54
	Mayor a 10 años	22	46
Diagnóstico	Esquizofrenia	28	58
	Bipolaridad	8	17
	Otros trastornos psicóticos	10	21
	Trastornos de personalidad	2	4

### 3.6. Instrumentos

#### 3.6.1. Cuestionario sociodemográfico del cuidador informal y del paciente

El presente “cuestionario sociodemográfico”, de elaboración propia, tiene por objetivo recoger información sobre el cuidador informal y su paciente a cargo.

Las variables a indagar para ambos sujetos con: Sexo, grupo de edad, estado civil, grado de instrucción, situación laboral, religión.

Respecto al cuidador informal, explora la relación parentesco con el paciente, el tiempo de cuidado del paciente, antecedentes de enfermedad mental en la familia y la frecuencia de asistencia a las charlas psicoeducativas realizadas por la institución que atiende al paciente.

En lo concerniente al paciente, el instrumento recoge información clínica como el diagnóstico, número de recaídas y tiempo de enfermedad total. Esta información fue consultada a los profesionales que asisten al paciente o revisados en su historia clínica por el investigador.

Cabe acotar que si bien el evaluar el tiempo que lleva el familiar cuidando del paciente suele coincidir con el tiempo de enfermedad total. Dicho tiempo se consideró como una variable moderadora debido a que la carga familiar puede depender de la cronicidad y la gravedad de la enfermedad (Ribé, 2014)

### 3.6.2. Cuestionario Revisado de Emoción Expresada (CREEF)

La presente escala es una versión revisada por Valencia y Sam (2017) del Cuestionario-Encuesta Evaluación del Nivel de Emoción Expresada (CEEE), de Guanilo y Seclén (1993). El instrumento tiene el objetivo de evaluar la emoción expresada de los familiares de pacientes con trastorno mental. Está integrada por 35 ítems, con una modalidad de respuesta tipo Likert con tres alternativas: casi nunca (1 punto), a veces (2 puntos) y casi siempre (3 puntos). Está conformada por las subescalas de crítica-hostilidad y sobreimplicación

emocional, la cual a su vez está integrada por las subescalas de autosacrificio y sobreprotección.

Debido a que la versión revisada de la prueba constituye una reestructuración total de la misma, el instrumento no cuenta aún con datos suficientes que permitan determinar baremos y/o puntos de corte. Por este motivo, la interpretación de los resultados del CREEF requerirá necesariamente de criterios arbitrarios, hasta contar con la cantidad de datos necesarios para diseñar normas mejor fundamentadas para su interpretación y corrección. La corrección del instrumento se basa en la obtención de porcentajes por cada dimensión de la escala de modo que de obtener un porcentaje mayor a 70 sugeriría una EE alta en esa dimensión; entre 50 y 70 correspondería a una EE media; y un porcentaje menor a 50 indicaría una EE baja. Se recalca que estos valores son, por el momento, totalmente arbitrarios por lo que, según los autores, su interpretación ha de ser sobre todo cualitativa, ponderando los porcentajes obtenidos con lo evidenciado durante una entrevista al familiar y lo registrado en la historia clínica.

Pese a que la propuesta de corrección del instrumento denota limitaciones, los autores la consideran equiparable e incluso recomendable en contraste del sistema de corrección original de Guanilo y Seclén (1993) en cuya investigación se adoptaron unos «puntos de corte» para diferenciar entre alta y baja EE en base a una muestra muy reducida de 50 familiares, y utilizando la media aritmética, sin una exploración preliminar de la distribución de los datos. En aquel estudio, el instrumento obtuvo un coeficiente alfa de 0.70.

En México, Rascón et al. (1999) realizaron una investigación descriptiva con familiares de pacientes con esquizofrenia empleando el CEEE. En base a los criterios de calificación original de Guanilo y Seclén (1993), obtuvieron un coeficiente alfa de 0.85.

Durante la primera etapa de la revisión del CEEE, Valencia y Sam (2017) recurrieron a una muestra de 107 participantes para un análisis de las propiedades psicométricas del instrumento. Los resultados indicaron los coeficientes alfa de .86 y .76 en las dimensiones de crítica-hostilidad y sobre implicación emocional respectivamente. Al asociar ambas dimensiones obtuvieron una correlación positiva baja con un coeficiente de Spearman de .359 ( $P >.001$ ). Con estos resultados el instrumento fue sometido nuevamente a cambios, los cuales arribaron en el diseño del CREEF.

Para el presente estudio, solo se consideraron 31 ítems del CREEF debido a que, tras evaluar sus propiedades psicométricas en una muestra de 48 participantes, se tuvo que remover los ítems 1, 18, 21, 31 debido a que no evidenciaron una correlación ítem-total significativa ( $p < 0.50$ ) comprometiendo la validez del instrumento. Tras su remoción, se obtuvo un índice de confiabilidad de 0.92 tanto en los coeficientes alfa de Cronbach y omega de McDonald. Se replantearon los baremos para la corrección del instrumento estableciéndose que un porcentaje menor a 55 sería indicador de una EE baja; entre 55 y 75, una EE media, y un porcentaje es mayor a 75 denotaría una EE alta. Se resalta que los ítems eliminados coincidentemente pertenecían a la subescala de sobreprotección la cual, tras su exclusión, se redujo a la mitad de ítem que

originalmente incluía. Los coeficientes de fiabilidad alfa y omega para la subescala de sobreprotección fueron 0.59 y 0.62 respectivamente, los cuales garantizan una aceptable consistencia interna entre sus ítems (ver Tabla 7).

### 3.6.3. Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit

La presente escala adaptada por Martín, Salvadó, Nadal, Miji, Rico, Lanz y Taussig (1996) es la versión española del instrumento original construido por Zarit y Zarit (1982) y empleado para medir la sobrecarga subjetiva del cuidador. Está conformada por 22 ítems los cuales deben ser resueltos bajo una opción de respuesta tipo Likert desde 1 (Nunca) hasta 5 (Casi siempre). Al finalizar, los puntajes se suman, pudiendo obtenerse un resultado entre 22 y 110 puntos. Durante su adaptación al español fue administrada a 92 cuidadores de pacientes de la tercera edad con trastornos psiquiátricos. Luego, se efectuó un análisis factorial el cual evidenció tres factores que explican el 53.8% de la varianza: sobrecarga, rechazo y falta de competencia. Finalmente, la escala mostró una alta consistencia interna con un coeficiente Alfa de Cronbach de .91. Así mismo, el instrumento presentó una correlación fuerte respecto a la sobrecarga del cuidador con el estado de salud mental del mismo según el General Health Questionnaire.

Posteriormente fue adaptado en Chile con una muestra de 32 cuidadores estableciéndose algunos puntos de corte que determinarían en el cuidador la ausencia de sobrecarga ( $\leq 46$  puntos), sobrecarga ligera (47-55 puntos) y sobrecarga intensa ( $\geq 56$  puntos). En esta adaptación, el instrumento evidenció

una validez de constructo convergente la cual resaltó una correlación significativa con la escala denominada “indicador único de sobrecarga” ( $r = 0.51$ ;  $p < 0.05$ ). La escala demuestra una alta consistencia interna, con un Alfa de Cronbach de 0.87 y una alta confiabilidad test-retest con un coeficiente Kappa de 0.91 (Breinbauer, Vásquez, Mayanz, Guerra y Millán, 2009; citado en Hidalgo, 2013).

En Perú la escala fue empleada por Lizman (2008) en una muestra de 30 cuidadores de adultos mayores dependientes con diferentes enfermedades crónicas de un hospital ubicado el departamento de La Libertad. La confiabilidad obtenida fue un coeficiente Alfa de Cronbach .92. Posteriormente Hidalgo (2013) en su estudio con una muestra de 33 cuidadores obtuvo un coeficiente Alfa de Cronbach para la escala total (0.92) y respecto a las subescalas de Sobrecarga (0.88), Rechazo (0.77) y Competencia (0.67) concluyendo la existencia de un alto nivel de confiabilidad.

Para la presente investigación, solo se consideraron 19 ítems de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, debido a que luego de analizar sus propiedades psicométricas en una muestra de 48 participantes, se tuvo que remover los ítems 1, 18, 21 debido a que no evidenciaron una correlación ítem-total significativa ( $p < 0.50$ ) comprometiendo la validez del instrumento. Tras su eliminación, se obtuvieron índices de confiabilidad de 0.87 y 0.88 en los coeficientes alfa de Cronbach y omega de McDonald respectivamente. Se replantearon los baremos para la corrección del instrumento estableciéndose que un puntaje menor a 47 correspondería a una sobrecarga ausente; entre 47 y 52, una sobrecarga ligera;

y un valor mayor a 52 indicaría sobrecarga intensa. Finalmente, de acuerdo a los objetivos planteados, para este estudio no se consideraron las dimensiones de la sobrecarga.

### **3.7. Procedimientos de recolección de los datos**

Para la realización del presente estudio se pidió la autorización del hospital Víctor Larco Herrera y se cumplió con los trámites solicitados por la institución. Una vez aprobado el proyecto, el investigador responsable se apersonó a los pabellones involucrados con el fin de coordinar junto al personal médico el desarrollo del estudio.

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en los días de visita designados a los familiares (miércoles, sábado y domingo), en los horarios de 9 am a 12 pm y de 2 pm a 5 pm durante un plazo de 3 meses (junio, julio y agosto) a fin de consolidar una muestra de tamaño significativo.

La recolección de los datos se desarrolló de forma personalizada por medio de una interrogación oral de cada ítem con el objetivo de valorar adecuadamente cada respuesta emitida y mitigar un sesgo en la fiabilidad de los datos recogidos frente a contingencias como la incomprensión de la pregunta, la falta de compromiso y la no premeditación de cada respuesta.

El protocolo de campo desarrollado durante la interacción investigador-participante fue el siguiente:

1. Presentación del investigador.
2. Exposición oral de los objetivos del estudio y de su relevancia social respecto al cuadro clínico de su paciente.
3. Invitación para contribuir con la investigación, asegurando la privacidad de los datos compartidos, la corta duración de su participación (de un sólo momento y de 15 minutos aproximadamente) y la aplicación oral de los cuestionarios, a fin de motivarlos a involucrarse en la investigación.
4. De aceptar colaborar con el estudio, se solicitó refrendar su participación con la firma del consentimiento informado.
5. Administración oral de los cuestionarios.
6. Agradecimiento por su cooperación con la investigación.

### **3.8. Análisis estadístico de los datos**

1. Una vez terminada la recolección de datos, fueron analizados mediante los programas estadísticos SPSS versión 25 en español y JASP en inglés.
2. Se realizó la exploración de los datos por cada variable mediante el uso de estadísticos descriptivos tales como las medidas de tendencia central, dispersión y distribución.
3. Luego se evaluó las propiedades psicométricas de los instrumentos, validez y confiabilidad.

4. Se efectuó examino la normalidad de los datos para discernir entre el empleo de estadísticos paramétricos o no paramétricos para los análisis de comparación y correlación.
5. Se establecieron comparaciones de cada variable según variables sociodemográficas.
6. Posteriormente, se comprobó la asociación entre las dos variables del estudio y de sus dimensiones.

## IV. RESULTADOS

### 4.1. Propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados

#### 4.1.1. Cuestionario de Sobrecarga del Cuidador de Zarit

##### a) Validez

A fin de obtener una evidencia de validez de constructo del Cuestionario de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (1996) se exploró la relación Ítem-Total mediante el coeficiente de asociación de Pearson. Tras el análisis, se optó por remover los ítems 1, 18 y 21 debido a su falta de correlación con la escala total ( $p < 0.50$ ). Los ítems restantes señalaron importantes índices de asociación con la escala total como para garantizar la validez del instrumento.

Tabla 3

*Correlación Ítem-Total del Cuestionario de Sobrecarga del Cuidador de Zarit*

Ítem	Correlación total	Ítem	Correlación total
2	0.42**	12	0.78**
3	0.57**	13	0.61**
4	0.49**	14	0.38**
5	0.54**	15	0.59**
6	0.62**	16	0.59**
7	0.46**	17	0.61**
8	0,33*	19	0.65**
9	0.57**	20	0.43**
10	0.62**	22	0.58**
11	0.63**		

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

\* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral)

## b) Confiabilidad

Para determinar la confiabilidad del Cuestionario de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, se hizo empleo del coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach, el cual arrojó un puntaje de 0.87. Adicionalmente, se contrastó dicho valor con el coeficiente de fiabilidad omega de McDonald, debido al tamaño de la muestra (n=48), el resultado obtenido fue de 0.88. Se confirma en ambos casos adecuados índices de consistencia interna entre los ítems.

Tabla 4

*Coefficientes de fiabilidad del Cuestionario de Sobrecarga del Cuidador de Zarit*

Variable	Nº de ítems	Alfa de Cronbach	Omega de McDonald
Sobrecarga	19	0.87	0.88

### 4.1.2. Cuestionario Revisado de Emoción Expresada del Familiar (CREEF)

#### a) Validez

De la misma manera que cuestionario anterior, para contar con una evidencia de validez, se indagó la relación Ítem-Total del CREEF (2017) mediante el coeficiente de asociación de Pearson se eliminaron los ítems 1, 18, 21 y 31 debido a su baja correlación con la escala total ( $p < 0.50$ ). Por el contrario, en los ítems restantes se encontraron significativos índices de asociación asegurando de esta manera la validez del instrumento.

Tabla 5

*Correlación Ítem-Total del Cuestionario Revisado de Emoción Expresada del Familiar*

Ítem	Correlación total						
2	0.64**	10	0.43**	19	0.29*	28	0.43**
3	0.46**	11	0.47**	20	0.75**	29	0.49**
4	0.56**	12	0.68**	22	0.47**	30	0.66**
5	0.66**	13	0.57**	23	0.58**	32	0.62**
6	0.35*	14	0.49**	24	0.56**	33	0.41**
7	0.45**	15	0.57**	25	0.40**	34	0.57**
8	0.64**	16	0.57**	26	0.36*	35	0.63**
9	0.64**	17	0.64**	27	0.49**		

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

\* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral)

b) Confiabilidad

En cuanto a la confiabilidad del CREEF, se obtuvo un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0.92. Al compararlo con el coeficiente omega de McDonald se obtuvo el mismo resultado lo cual refleja un excelente índice de consistencia interna entre los ítems.

Tabla 6

*Coefficiente de fiabilidad del Cuestionario Revisado de Emoción Expresada del Familiar*

Variable	Nº de elementos	Alfa de Cronbach	Omega de McDonald
Emoción Expresada	31	0.92	0.92

Adicionalmente se evaluó la confiabilidad de las dimensiones de la Emoción Expresada, los coeficientes de fiabilidad alfa de Cronbach y omega de McDonald reflejaron aceptables índices de consistencia interna entre sus ítems ( $\alpha$  y  $w > 0.5$ ), con valores no muy diferenciados entre ambos coeficientes.

Tabla 7

*Coefficientes de fiabilidad de las dimensiones de la variable Emoción Expresada del CREEF*

Dimensiones de la Emoción Expresada	Nº de elementos	Alfa de Cronbach	Omega de McDonald
Criticismo-Hostilidad	18	0.91	0.91
Sobreimplicación	13	0.81	0.82
Autosacrificio	9	0.74	0.75
Sobreprotección	4	0.59	0.62

#### 4.2. Análisis exploratorio de los datos

Con el propósito de realizar análisis comparativos y de correlación en una muestra de un tamaño menor a 50 ( $n=48$ ), se efectuó la prueba de normalidad Shapiro-Wilk (S-W) a fin de precisar si las variables del estudio, y las dimensiones que la conforman, presentan una distribución normal de datos.

##### 4.2.1. Exploración de los datos de la variable Sobrecarga del cuidador

De la exploración de los datos recogidos de la variable Sobrecarga del cuidador se concluyó que presentan una distribución normal ( $p > 0.05$ ).

Tabla 8

*Normalidad de los datos de la variable Sobrecarga*

Variables	S-W	Sig.
Sobrecarga	0.97	0.26

#### 4.2.2. Exploración de los datos de la variable Emoción Expresada

La evaluación de los datos recolectados de la variable de Emoción Expresada y de sus dimensiones indicó que estos presentan una distribución normal ( $p > 0.05$ ), salvo las dimensiones Criticismo-Hostilidad y Sobreprotección cuyos coeficientes fueron menores a 0.05.

Tabla 9

*Normalidad de los datos de la variable Emoción Expresada y sus dimensiones*

Variables	S-W	Sig.
Emoción Expresada	0.96	0.11
Criticismo-Hostilidad	0.95	0.03
Sobreimplicación	0.98	0.49
Autosacrificio	0.97	0.31
Sobreprotección	0.95	0.04

#### 4.3. Descriptivos de la Sobrecarga del cuidador

Al realizar el análisis descriptivo de la variable sobrecarga se obtuvo una puntuación media de 55.75 (sobrecarga intensa) lo cual indica que globalmente los cuidadores evidencian un estado perjudicial a nivel de su salud física y psicológica como consecuencia de cuidar a su paciente. En ese sentido, el 54% de los participantes presentan un nivel de sobrecarga intenso, el 23% denota sobrecarga ligera y el 23% muestra ausencia de sobrecarga.

Tabla 10

*Descriptivos de la variable Sobrecarga*

Variable	Media	Mediana	Desv. Estándar	Mín.	Máx.
Sobrecarga	55.75	53.50	13.9	32	85

Tabla 11

*Niveles de Sobrecarga de los familiares cuidadores*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Ausente	11	23
Ligera	11	23
Intensa	26	54
Total	48	100

#### 4.4. Descriptivos de la Emoción Expresada

En cuanto al análisis descriptivo de la variable Emoción Expresada la puntuación media fue de 62.54 (emoción expresada media) la cual, globalmente, denota la no tan acentuada emisión de juicios o actitudes de contenido afectivo crítico-hostil y emocionalmente sobredimensionado por parte de los cuidadores hacia sus pacientes. En relación con esto, se ha encontrado que el 23% de los cuidadores registraron una alta emoción expresada, el 54% presentaron una emoción expresada media y el 23% evidenciaron una baja emoción expresada.

Tabla 12

*Descriptivos de la variable Emoción Expresada*

Variable	Media	Mediana	Desv. Estándar	Mín.	Máx.
Emoción Expresada	64.52	61.50	12.54	44	89

Tabla 13

*Niveles de Emoción Expresada de los familiares cuidadores*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Baja	11	23
Media	26	54
Alta	11	23
Total	48	100

4.4.1. Descriptivos de las dimensiones de la emoción expresada

Los descriptivos de las dimensiones de la emoción expresada muestran qué a nivel de medias, los valores obtenidos los ubican en una categoría media (entre 55 y 75) en todas las dimensiones que componen la variable emoción expresada (ver tabla 14). En ese sentido, la dimensión que más resaltó por sus altos índices fue la sobreimplicación emocional (74.21) así como en sus dos subdimensiones, autosacrificio y sobreprotección, 74.25 y 74.27 respectivamente. Por otra parte, en la dimensión criticismo-hostilidad, los cuidadores registraron una puntuación más baja (57.48). En la tabla 15 se observa una gran proporción de cuidadores con un nivel intenso de sobreimplicación emocional (50%) y por ende en autosacrificio (50%) y sobreprotección (44%) a diferencia de la proporción de cuidadores con un alto nivel de criticismo-hostilidad (15%). Por lo tanto, los resultados obtenidos permiten comprender que la emoción expresada de los cuidadores se caracteriza principalmente por la sobreimplicación emocional que transmiten hacia sus pacientes, es decir, una preocupación exagerada o inapropiada hacia su paciente, el cual es percibido como menos competente que antes y más vulnerable, la cual se traduce en conductas de sobreprotección, consentimiento, autosacrificio y de malestar emocional para con él.

Tabla 14

*Descriptivos de las dimensiones de la Emoción Expresada*

Variable	Media	Mediana	Desv. Estándar	Mín.	Máx.
Criticismo-Hostilidad	57.48	55	14.88	33	91
Sobreimplicación Emocional	74.21	75.50	12.59	46	97
Autosacrificio	74.25	76	12.96	44	100
Sobreprotección	74.27	75	15.29	42	100

Tabla 15

*Niveles de las dimensiones de Emoción Expresada de los familiares cuidadores*

Niveles	Criticismo-Hostilidad		Sobreimplicación Emocional		Autosacrificio		Sobreprotección	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Baja	24	50	3	6	5	10	4	8
Media	17	35	21	44	19	40	23	48
Alta	7	15	24	50	24	50	21	44
Total	48	100	48	100	48	100	48	100

4.5. Comparaciones de la variable Sobrecarga

Al comparar los puntajes totales de la variable Sobrecarga según las variables sociodemográficas de los familiares cuidadores, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ), salvo en las variables sexo y grupos de edad de los cuidadores (ver las tablas 16, 17, 18 y 19).

Tabla 16

*Comparaciones de la Sobrecarga según variables sociodemográficas de los familiares cuidadores (Anova)*

<b>Variab</b> les	<b>F</b>	<b>gl.</b>	<b>Sig.</b>
Grupos de edad	5.32	2 y 45	0.01
Estado civil	1.98	3 y 44	0.13
Grado de instrucción	1.36	3 y 47	0.27
Situación laboral	2.68	2 y 45	0.08
Parentesco	1.65	4 y 43	0.18

Tabla 17

*Comparaciones de la Sobrecarga según variables sociodemográficas de los familiares cuidadores (T de Student)*

<b>Variab</b> les	<b>T</b>	<b>gl.</b>	<b>Sig.</b>
Sexo	-2.51	46	0.02
Religión	1.22	46	0.23
Antecedentes psicopatológicos familiares	1.29	46	0.20
Asistencia a charlas psicoeducativas	-1.67	46	0.10

Tabla 18

*Comparaciones de la Sobrecarga según variables sociodemográficas de los pacientes de los cuidadores (Anova)*

<b>Variab</b> les	<b>F</b>	<b>gl.</b>	<b>Sig.</b>
Grupos de edad	0.60	2 y 45	0.55
Estado civil	0.50	2 y 45	0.61
Grado de instrucción	1.74	4 y 43	0.16
Situación laboral previa a la última hospitalización	1.28	3 y 44	0.29
N.º de hospitalizaciones	0.96	2 y 45	0.39
Diagnóstico	0.87	3 y 44	0.46

Tabla 19

*Comparaciones de la Sobrecarga según variables sociodemográficas de los pacientes de los cuidadores (T de Student)*

<b>Variab</b> les	<b>T</b>	<b>gl.</b>	<b>Sig.</b>
Sexo	1.95	46	0.06
Lugar de residencia	1.13	46	0.27
Tiempo de enfermedad total	-1.14	46	0.26

A continuación, se exponen las medias de comparación de la sobrecarga con aquellas variables sociodemográficas en las que se hallaron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) como el sexo y grupos de edad de los cuidadores.

En la tabla 20 se corrobora a nivel de medias que existen diferencias significativas en los puntajes de sobrecarga en función al sexo de los cuidadores ( $T = -2.51$ ,  $gl = 46$ ,  $Sig. = 0.02$ ), siendo las mujeres quienes tienden una intensidad de sobrecarga mayor que las mujeres.

Tabla 20

*Medias de la variable sobrecarga según sexo*

Sexo	N	Media	Categoría
Masculino	16	49	Ligera
Femenino	32	59	Intensa
Total	48	56	Intensa

En la tabla 21 se comprueba que respecto a las medias, existen diferencias significativas en los puntajes de sobrecarga según los grupos de edad de los cuidadores ( $F = 5.32$ ,  $gl. = 2$  y  $45$ ,  $Sig. = 0.01$ ). En este sentido, de acuerdo a la prueba post hoc de HSD Tukey, los valores de Sobrecarga registrados por los cuidadores jóvenes (entre 21 y 40 años) difirieron significativamente con respecto de los cuidadores adultos (entre 41 y 60 años) y adultos mayores (más de 60 años), cuyas puntuaciones p fueron 0,19 y 0,11 respectivamente. Así mismo, los cuidadores adultos y adultos mayores resaltaron por presentar niveles de sobrecarga intensa en comparación con los cuidadores jóvenes quienes registraron niveles de sobrecarga ausente.

Tabla 21

*Medias de la variable sobrecarga según grupo de edad*

Grupo de edad	N	Media	Categoría
Jóvenes	11	45	Ausente
Adultos	24	58	Intensa
Ad. mayores	13	61	Intensa
Total	48	56	Intensa

#### 4.6. Comparaciones de la variable Emoción Expresada

Respecto a la variable emoción expresada, al comparar los puntajes totales según las variables sociodemográficas de los familiares cuidadores y pacientes, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ), con excepción de la variable grado de instrucción de los cuidadores (ver las tablas 22, 23, 24 y 25).

Tabla 22

*Comparaciones de la Emoción Expresada según variables sociodemográficas de los familiares cuidadores (Anova)*

<b>Variab</b> les	<b>F</b>	<b>gl.</b>	<b>Sig.</b>
Grupos de edad	0.42	2 y 45	0.66
Estado civil	2.03	3 y 44	0.12
Grado de instrucción	3.86	3 y 44	0.02
Situación laboral	2.96	2 y 45	0.06
Parentesco	1.23	4 y 43	0.31

Tabla 23

*Comparaciones de la Emoción Expresada según variables sociodemográficas de los familiares cuidadores (T de Student)*

<b>Variab</b> les	<b>T</b>	<b>gl.</b>	<b>Sig.</b>
Sexo	-0.42	46	0.68
Religión	-0.11	46	0.99
Antecedentes psicopatológicos familiares	1.20	46	0.24
Asistencia a charlas psicoeducativas	-0.81	46	0.42

Tabla 24

*Comparaciones de la Emoción Expresada según variables sociodemográficas de los pacientes de los cuidadores (Anova)*

<b>Variab</b> les	<b>F</b>	<b>gl.</b>	<b>Sig.</b>
Grupos de edad	0.92	2 y 45	0.41
Estado civil	0.45	2 y 45	0.64
Grado de instrucción	2.44	4 y 43	0.06
Situación laboral previa a la última hospitalización	0.82	3 y 44	0.49
N.º de hospitalizaciones	1.16	2 y 45	0.32
Diagnóstico	0.29	3 y 44	0.84

Tabla 25

*Comparaciones de la Emoción Expresada según variables sociodemográficas de los pacientes de los cuidadores (T de Student)*

<b>Variab</b> les	<b>T</b>	<b>gl.</b>	<b>Sig.</b>
Sexo	0.22	46	0.83
Lugar de residencia	0.74	46	0.47
Tiempo de enfermedad total	-0.59	46	0.56

Si bien en la tabla 24 no se constataron diferencias significativas a nivel categorial de medias de la emoción expresada en función al grado de instrucción de los cuidadores ( $F= 3.86$ ,  $gl= 3$  y  $44$ ,  $Sig.= 0.02$ ), aritméticamente, indican una relación inversa en la cual a mayor grado de instrucción se registra un menor puntaje en la emoción expresada del cuidador. Adicionalmente, por medio de la prueba post hoc Tukey, se comprobó que los puntajes de la emoción expresada en los cuidadores con grado de

instrucción primaria denotaron una marcada diferencia en la significancia de aquellos con nivel de instrucción superior técnica ( $p=0.04$ ) y superior universitaria ( $p=0,05$ ), los cuales se consolidan en un subconjunto homogéneo y aquellos con instrucción primaria en otro. En cuanto a los cuidadores con grado de instrucción secundaria, el valor de la significancia se mantuvo en una posición neutral a los dos grupos (ver Tabla 27).

Tabla 26

*Medias de la emoción expresada según grado de instrucción*

Grado de Instrucción	N	Media	Categoría
Primaria	11	70	Media
Secundaria	20	65	Media
Sup. Técnica	8	56	Media
Sup. Universitaria	9	56	Media
Total	48	63	Media

Tabla 27

*Subconjuntos homogéneos al comparar la emoción expresada según grado de instrucción*

Grado de Instrucción	N	Subconjunto para $\alpha=0.05$	
		1	2
Sup. Técnica	8	56.75	
Sup. Universitaria	9	57.89	
Secundaria	20	66.65	66.55
Primaria	11		71.73
Sig.		0.21	0.74

Se visualizan las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

- Utiliza el tamaño de la muestra de la media armónica = 10.610.

- Los tamaños de grupo no son iguales. Se utiliza la media armónica de los tamaños de grupo. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

#### 4.7. Asociación entre las variables Sobrecarga y Emoción Expresada

En lo concerniente a la relación entre las variables de estudio, considerando la distribución normal de los datos ( $p > 0.05$ ), se empleó el coeficiente de correlación de Pearson. Según lo reflejado en la Tabla 28, el coeficiente indica una relación positiva media entre los niveles de sobrecarga y emoción expresada en los cuidadores de pacientes psiquiátricos ( $r = 0.59$ ,  $p < 0.50$ ). Este resultado confirma la hipótesis general, lo que significa que, a mayor nivel de Sobrecarga en el cuidador es posible que también se registre una mayor emoción expresada hacía su paciente.

Tabla 28

*Coefficiente de asociación entre las variables Sobrecarga y Emoción Expresada*

Variables	r	Sig.
Sobrecarga	0.59**	0.000
Emoción Expresada		

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0.001 (bilateral)

Respecto a la relación entre las dimensiones que integran la emoción expresada y la sobrecarga de los cuidadores, en las dimensiones sobreimplicación y autosacrificio se hizo uso del coeficiente de Pearson dada la normalidad de los datos. Sin embargo, en las dimensiones criticismo-hostilidad y sobreprotección, debido a su distribución no normal, se recurrió al coeficiente de Spearman.

Como se puede apreciar en la Tabla 29, existe una correlación positiva media ( $r > 0,50$ ) de las dimensiones sobreimplicación y autosacrificio con la sobrecarga del cuidador corroborándose las hipótesis específicas concernientes a ambas dimensiones.

Tabla 29

*Coefficiente de correlación de Pearson entre la variable Sobrecarga con las dimensiones Sobreimplicación, Autosacrificio y de la Emoción Expresada*

Dimensiones de la EE	r	Sig.
Sobreimplicación	0.56**	0.000
Autosacrificio	0.55**	0.000

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral)

En cuanto a las dimensiones criticismo-hostilidad y sobreprotección, se evidenció una correlación positiva débil ( $p > 0.25$ ). No obstante, se confirmaron la hipótesis específica correlativas a dichas dimensiones.

Tabla 30

*Coefficiente de correlación de Spearman entre la variable Sobrecarga con las dimensiones Criticismo-Hostilidad y Sobreprotección de la Emoción Expresada*

Dimensiones de la EE	Rho	Sig.
Criticismo-Hostilidad	0.46**	0.001
Sobreprotección	0.46**	0.001

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

## V. DISCUSIÓN

En el presente estudio se planteó como principal objetivo determinar la asociación entre las variables sobrecarga y emoción expresada del familiar cuidador de pacientes psiquiátricos. Así mismo, se describió cada una y se establecieron comparaciones según diversas variables sociodemográficas. Finalmente se indagó relación existente entre las dimensiones que componen la emoción expresada con la sobrecarga del familiar cuidador.

En adición a los anterior, es importante remarcar que la investigación cuenta con validez interna debido a que se recogió información con instrumentos válidos y fiables. Además, se ha empleado un protocolo de campo para asegurar la calidad de la información recogida y el tratamiento estadístico se ha desarrollado fundamentado en el análisis previo de la distribución de los datos.

A nivel externo, este estudio justifica su validez en cuanto que los hallazgos obtenidos podrían ser generalizados únicamente al contexto hospitalario donde se desarrolló el estudio.

En ese sentido, una de las principales limitaciones de la presente investigación fue la conformación de un tamaño muestral numeroso debido a la naturaleza del propio sistema de internamiento en los pabellones de hospitalización ya que el tiempo de permanencia de los pacientes es impredecible y el horario de visita reducido por lo que el acceso a su familiar cuidador fue restringido.

Otra limitación acontecida fue la falta de fiabilidad de los datos recogidos, evidenciada en la incomprensión de las preguntas, falta de compromiso y la no premeditación de cada respuesta. Frente a este hecho se optó por una administración personalizada (oral) de cada instrumento para salvaguardar la veracidad de la información obtenida.

Habiéndose analizado la validez interna y externa del estudio y superada las limitaciones del estudio, a continuación, se discuten los resultados obtenidos en función a los objetivos de investigación planteados.

### **Sobrecarga del cuidador**

Tras el análisis de los datos, se evidencia que uno de cada dos familiares cuidadores presenta un nivel intenso de sobrecarga, poco menos del 25% presenta sobrecarga ligera y en similar proporción hay participantes con ausencia de sobrecarga. Estos resultados son similares con lo encontrado en estudios nacionales de otros países como España, Ecuador (Caqueo-Urizar y Gutierrez-Maldonado, 2006; González-Rubio, 2017; Gallardo, 2016; Cuentas, 2017), en donde resalta una proporción de más del 50% de cuidadores con sobrecarga intensa. Por otra parte, estos hallazgos difieren de otras investigaciones nacionales o de países como Nigeria (Chomba, 2013; León, 2013; Correa, 2015; Li-Quiroga, 2015; De La Torre, 2017; Ajibade, 2016), en las cuales prevalece un nivel de sobrecarga leve en los cuidadores. Otros estudios desarrollados en Argentina o España (Leiderman, 2013; Ribé, 2014) destacan por una mayor proporción de cuidadores con ausencia de sobrecarga.

Al contrastar los resultados del presente estudio desde una dimensión temporal y regional con otras investigaciones, puede notarse como con el paso del tiempo cada vez se registran mayores niveles de sobrecarga en los cuidadores, sobre todo en el contexto hispanoparlante y particularmente a nivel de nuestro país. Sin embargo, estos resultados no necesariamente son indicativos de una problemática en aumento, sino del posible reflejo de una mayor concientización en los cuidadores, lo cual les puede permitir reconocer con mejor claridad el impacto biopsicosocial de asumir la carga del cuidado de un paciente psiquiátrico a través de los instrumentos de medición. Así mismo también se rescata el rol asumido por el sistema sanitario en la psicoeducación sobre este tema lo cual hoy por hoy permite una mejor lectura de esta problemática (Vera, 2015).

Resulta pertinente complementar esta reflexión con la mirada de Ribé (2014), quien sugiere no restringirse a las puntuaciones globales sino tomar en cuenta el contenido de los informantes para una valoración cualitativa de la sobrecarga. Así mismo propone reconsiderar los puntos de corte establecidos por el instrumento ya que originalmente el autor del cuestionario jamás estableció criterios para diferenciar los niveles de sobrecarga. En ese sentido se acota que, debido a que el presente estudio eliminó tres ítems del instrumento para preservar sus propiedades psicométricas, se establecieron nuevos baremos dada variación en los percentiles encontrados tras la eliminación de los ítems.

Al comparar la Sobrecarga en función a las diversas variables sociodemográficas consideradas para el estudio, solo se encontraron diferencias significativas según el sexo y grupo de edad de los cuidadores. No se hallaron diferencias significativas en las comparaciones de la sobrecarga con el resto de variables sociodemográficas debido al pequeño tamaño de muestra (n=48).

Respecto al sexo del cuidador, se hallaron diferencias significativas, siendo las cuidadoras mujeres quienes registran mayores niveles de sobrecarga que los cuidadores varones. Este resultado coincide con lo encontrado en algunas investigaciones internacionales (Ribé, 2014; Schneider, Steele, Cadell y Hemsworth, 2010; Gutiérrez et al., 2005; Magliano et al., 1998b) en las que se atribuyen tales diferencias al rol social de las mujeres en el cuidado del paciente psiquiátrico, caracterizándose por ser ellas quienes asumen en mayor medida la responsabilidad del cuidado y de consumir más tiempo para tal cometido.

En cuanto al grupo de edad, también se evidencian diferencias significativas. Los cuidadores adultos (entre 41 y 60 años) y adultos mayores (más de 60 años) destacan por presentar niveles de sobrecarga intensa en comparación con los cuidadores jóvenes (entre 21 y 40 años) quienes registran ausencia de sobrecarga. Estos hallazgos concuerdan con los evidenciado en los estudios de Caqueo-Urizar y Gutiérrez-Maldonado, (2006) y Juvang, Lambert y Lambert (2007), quienes explican que conforme envejecen los cuidadores, su preocupación por quien velará en el futuro por su familiar enfermo es mayor. Así mismo, con el paso del tiempo los cuidadores pierden capacidades para cuidar al familiar enfermo. Por el contrario, en el cuidador joven, el velar por su familiar con trastorno psiquiátrico lo lleva a encontrar un sentido de vida, por lo que su cuidado no representa necesariamente una carga en sí.

Contrario a estos estudios, es importante resaltar la existencia de otras investigaciones que confirman una relación inversa entre la sobrecarga y la edad del cuidador. En estos, el cuidador joven evidencia niveles altos de sobrecarga a causa a los grandes cambios experimentados en su vida, sobre todo al comienzo de la enfermedad mental de su familiar (Webb et al., 1998; Kung, 2003). En ese sentido, son los cuidadores adultos y adultos

mayores quienes presentan menores niveles de sobrecarga debido al mayor grado de tolerancia y aceptación que han podido desarrollar con el paso del tiempo (Martínez et al., 2000). Otros autores, como Magliano et al. (2000) y Sheng et al. (2003), afirman que las habilidades para afrontar la enfermedad mental mejoran con los años o sencillamente porque la sintomatología del paciente mejora o se estabiliza con el transcurso del tiempo.

### **Emoción expresada del cuidador**

En lo concerniente a la emoción expresada (EE) de los cuidadores, los resultados arrojan que el 54% registra una EE media, el 23% denota una alta EE y en la misma proporción el resto de participantes manifiesta un bajo índice de EE. Estos hallazgos divergen con lo encontrado en investigaciones de países como España, México y otros estudios nacionales (Guanilo y Seclen, 1993; Espina y Pumar, 2000; Sánchez, 2000; Rascón et al., 2008; Vera, 2015; Benavente, 2017; Burgos, 2019), en los cuales prevalece aparentemente una alta emoción expresada en una proporción de cuidadores que supera el 50% del total de participantes.

Esto posiblemente se debe a que, psicométricamente, en la gran mayoría de estos estudios los puntajes obtenidos se categorizaron entre alta o baja EE. En ese sentido, inclusive el instrumento empleado en esta investigación, el cuestionario revisado de emoción expresada (CREEF), originalmente solo involucraba aquellas dos categorías. Sin embargo, tras la versión revisada de Valencia y Sam (2017) se propuso una categoría adicional, “media”. Así mismo, considerando que las investigaciones mencionadas indican una tendencia registrar una proporción mayor de cuidadores con alta EE, no es de extrañar que la frecuencia de cuidadores con EE alta en el presente estudio se haya visto reducida al

incluir la categoría de EE media en la corrección. En adición a los mencionado, se acota que, durante el tratamiento estadístico de los datos recogidos, se eliminaron cuatro ítems en la corrección a fin de mantener aceptables características psicométricas del instrumento. En consecuencia, se establecieron nuevos baremos dada la variación en los percentiles encontrados tras la eliminación de los ítems.

Al contrastar la emoción expresada según las variables sociodemográficas consideradas, únicamente el nivel de instrucción presentó diferencias significativas. No se encontraron diferencias significativas en las comparaciones de la emoción expresada con las variables sociodemográficas restantes a causa del pequeño tamaño muestral (n=48).

De acuerdo a lo mencionado en líneas anteriores, solo se encontraron diferencias significativas según el nivel de instrucción de los cuidadores. Si bien todos los grupos registraron una emoción expresada de categoría media, aritméticamente se evidenció que, a mayor nivel de instrucción, los cuidadores tendieron a presentar menores puntuaciones de emoción expresada. Estos resultados concuerdan con los estudios de Rascón et al. (2000) quienes hallaron que un menor grado de instrucción se relaciona a una alta emoción expresada del cuidador. Así mismo, en estudio previo, Espina et al. (1999) encontraron que el nivel de instrucción puede ser un factor protector en las madres cuidadoras contra una alta emoción expresada en cuanto aquellas con estudios de licenciatura, carreras medias y bachillerato expresan un trato más cálido hacia sus pacientes que aquellas con estudios primario o sin estudios ( $p=0.05$ ). No obstante, posteriormente Espina y Pumar (2000) descubrieron que variables como los estudios o la profesión de los familiares cuidadores, no se relacionan con la emoción expresada manifestada hacia sus pacientes. Aunque no se vislumbra una postura concluyente respecto al papel que juega el nivel de

instrucción en la emoción expresada, se podría conjeturar que una mayor formación académica estimula el desarrollo de procesos cognitivos complejos los cuales favorecen la autorregulación emocional, conllevando a que los cuidadores puedan responder premeditadamente en lugar de reaccionar de forma impulsiva con sus pacientes.

## **Correlación**

Finalmente, el objetivo de la presente investigación fue establecer la asociación entre las variables sobrecarga y emoción expresada de cuidadores de paciente psiquiátricos. Luego del tratamiento estadístico de los datos recogidos, los resultados obtenidos confirmaron la hipótesis principal del estudio evidenciándose una relación positiva de categoría media entre ambas variables ( $r = 0.59$ ,  $p < 0.50$ ). Este resultado es similar con lo encontrado en otras investigaciones en las que una elevada emoción expresada se relaciona con altos niveles de carga del cuidador. (Gutiérrez-Maldonado et al., 2005; J..2005; Butzlaff & Hooley, 1998; citado en Ribé, 2014; Aznar y Berlanga, 2004; Lagomarsino, 1990; Möller-Leimkühler, 2005; Mubarak y Barber, 2003; citado en Hidalgo, 2013).

Perlick et al. (2001 y 2004, citado en Gutiérrez-Rojas, Martínez-Ortega, Rodríguez-Martín, 2013) atribuyen la asociación de la sobrecarga y la emoción expresada a que estarían mediadas por la adherencia al tratamiento, la cual sería un generador de ambas variables, estableciendo una relación inversa con ellas. Por el contrario, para investigadores como Möller-Leimkühler (2005, citado en Hidalgo, 2013) la relación entre la sobrecarga y la emoción expresada estaría influida por características del cuidador tales como las creencias externas de control, respuesta negativa al estrés y la sobreexposición cotidiana a estresores.

En cuanto a los objetivos específicos, el presente estudio pretendió determinar si existe una relación significativa entre la variable sobrecarga y las dimensiones de la variable emoción expresada. En ese sentido, si bien se confirmaron las hipótesis específicas planteadas, la naturaleza de cada relación encontrada fue diferente. La asociación de las dimensiones de la emoción expresada con la sobrecarga señaló que todas las subdimensiones se relacionan positivamente sin embargo la sobreimplicación ( $r = 0.56$ ,  $p > 0.50$ ) y el autosacrificio ( $r = 0.55$ ,  $p > 0.50$ ) evidenciaron una relación positiva media con la sobrecarga y por el contrario las dimensiones criticismo-hostilidad ( $r = 0.46$ ,  $p < 0.25$ ) y la sobreprotección ( $r = 0.46$ ,  $p < 0.25$ ) denotaron una relación positiva débil con respecto a la variable sobrecarga.

El que haya un mayor índice de correlación de la sobrecarga con la dimensión sobreimplicación emocional que con la dimensión criticismo-hostilidad puede deberse a que estadísticamente la incidencia respecto a las medias de la dimensión sobreimplicación ( $x = 74.21$ ) es mayor que de la dimensión criticismo-hostilidad ( $x = 57.48$ ). En cuanto a la relación de la sobrecarga con las dimensiones autosacrificio y sobreprotección, hay que recordar que para Valencia y Sam (2017), ambas componen a su vez a la dimensión sobreimplicación emocional, lo cual se refleja en las subescalas respectivas del CREEF. Sin embargo, dado a que en el presente estudio la subescala de sobreprotección se vio sometida a la eliminación de la mitad de sus ítems debido a que su permanencia comprometía las propiedades psicométricas del instrumento, es posible que su baja correlación con la sobrecarga se atribuya a la reducida cantidad de ítems que sobraron para medirla (4 ítems de 8) mientras que la subescala de autosacrificio permaneció intacta (9 ítems).

Pese a haber logrado completar los objetivos del estudio y confirmar las hipótesis planteadas, quedan aún interrogantes por dilucidar.

Generalmente, los diseños de investigación respecto a las variables sobrecarga y emoción expresada en cuidadores de pacientes psiquiátricos son de tipo observacional y transversal por lo que no se cuenta con la suficiente evidencia de su evolución en el tiempo y de otras variables que podrían mediar su asociación.

Durante el análisis de datos se tuvieron que eliminar ítems en los instrumentos empleados a fin de preservar adecuados índices de validez y confiabilidad, sin embargo, se desconocen los posibles factores que pudieran explicarlo.

Por otra parte, si bien el estudio fue desarrollado únicamente desde la perspectiva de los cuidadores principales, no queda esclarecido el papel que pueden jugar los otros familiares ni la mirada que podría aportar el paciente respecto a las variables sobrecarga y emoción expresada.

## VI. CONCLUSIONES

- Con relación al perfil del cuidador principal del paciente psiquiátrico, se observa que se caracteriza por ser mujer, progenitora, de entre 41 y 60 años, estado civil casado o conviviente, grado de instrucción secundaria, laborando en un empleo estable, profesa una religión, sin antecedentes de enfermedad mental en la familia y asistentes asiduas a las charlas psicoeducativas impartidas por el hospital.
- Respecto al perfil del paciente psiquiátrico, se caracteriza por ser varón o mujer, de entre 21 y 40 años, estado civil soltero, grado de instrucción secundaria, desempleado antes de la última hospitalización, residente en Lima-Callao, hospitalizado por primera vez, pero con un tiempo de enfermedad total menor a 11 años y con diagnóstico de esquizofrenia.
- La asociación entre la sobrecarga y la emoción expresada de los cuidadores confirma la hipótesis principal del estudio, evidenciándose una relación directa media en la que una mayor carga percibida también conlleva un incremento en el índice de emoción expresada.

A nivel de los objetivos e hipótesis secundarias se concluyó que:

- En cuanto a la variable sobrecarga, el cuidador principal registra un índice intenso, indicando un estado perjudicial a nivel de su salud física y psicológica como consecuencia de cuidar a su paciente, el cual se traduce en las diversas sensaciones y sentimientos como lo son el estrés, frustración, ansiedad, cansancio y desmotivación.

- También se pudo encontrar en el cuidador principal, que variables sociodemográficas como el sexo y el grupo de edad pueden influir en los niveles de sobrecarga. Por el contrario, resto de variables sociodemográficas examinadas, no se las puede considerar como mediadoras debido a que no se confirmaron relaciones estadísticamente significativas con la sobrecarga.
- Por su parte, en la variable emoción expresada se evidencian índices de categoría media los cuales indican una interacción cargada de conductas que pueden denotar criticismo y hostilidad, pero sobre todo de manifestaciones inapropiadas de afectos y actitudes hacia el paciente (sobreimplicación).
- A nivel sociodemográfico se evidencia que únicamente la variable grado de instrucción es capaz de influir sobre los niveles de emoción expresada. El resto de variables sociodemográficas evaluadas no se las puede tomar como mediadoras debido a que no se confirmaron relaciones estadísticamente significativas con la emoción expresada.
- La asociación entre la sobrecarga y la dimensión de la emoción expresada, criticismo-hostilidad, confirma la hipótesis secundaria respectiva, evidenciándose una correlación directa débil.
- En cuanto a la relación entre la sobrecarga y la dimensión de la emoción expresada, sobreimplicación emocional, se corrobora la hipótesis secundaria correspondiente, evidenciándose una correlación directa media.

- La asociación entre la sobrecarga y la dimensión de la emoción expresada, autosacrificio, comprueba la hipótesis secundaria respectiva, evidenciándose una relación directa media.
- La asociación entre la sobrecarga y la dimensión de la emoción expresada, sobreprotección, constata la hipótesis secundaria concerniente, evidenciándose una relación directa débil.

## **VII.RECOMENDACIONES**

Se sugiere para posteriores estudios relacionados, plantear un periodo de recolección de datos no menor a 6 meses o de lo contrario contar con una mayor cantidad de colaboradores para optimizar la recogida de datos por cada día programado, así como un mayor tamaño de muestra conformada.

A pesar que evidencia reportada de las características psicométricas del CREEF es necesario continuar realizando estudios que exploren su validez y confiabilidad, esto permitirá contar con mayor evidencia psicométrica de su eficacia para una modificación a futuro de cara a una mejora del mismo. En ese sentido, el presente estudio comparte la postura de sus autores, quienes consideran que instrumento puede ser una escala prometedora y efectiva para la evaluación de la emoción expresada más aun teniendo en cuenta que en nuestro medio no existen instrumentos de tipo autoinforme, adaptados al español y con una casuística de uso previo como originalmente se manifestó en el CEEF.

Sería deseable el desarrollo de estudios longitudinales que puedan dar cuenta de los cambios en el tiempo en la expresión de la sobrecarga y la emoción expresada ya que podrían proveer de una mayor información de causalidad y un mayor control sobre las variables moderadoras. Así mismo también sería favorable incluir a cuidadores formales para establecer similitudes y diferencias con los cuidadores informales.

Por otra parte, es crucial complementar el abordaje y la psicoeducación de los cuidadores y sus familiares enfatizando en el impacto negativo que puede implicar su cuidado (sobrecarga), entrenándolos en estrategias de afrontamiento adecuadas de cara a evitar

comportamientos contraproducentes a la rehabilitación (emoción expresada) e involucrar al resto de la familia en el cuidado a fin de mitigar el impacto del cuidado en el cuidador principal, el cual es la persona más vulnerable después del paciente.

Por el contrario, también es una realidad palpable que hay cuidadores y familiares quienes no cuentan con los recursos suficientes ni se encuentran en las condiciones de salud necesarias para asumir un cuidado idóneo (cuidadores mayores de edad, con enfermedades discapacitantes, sin apoyo familiar, ni solvencia económica, etc.). Por tal motivo, es importante que tanto desde el hospital, así como del sistema sanitario se considere transferir a los pacientes a residencias o casas de reposo, en las que podrán encontrar un entorno seguro tanto para ellos como para sus cuidadores. Además, con esta medida también se reduciría el hacinamiento hospitalario.

## REFERENCIAS

- Becerra, J. A. (2011). Descripción y limitaciones de los instrumentos de evaluación de la emoción expresada. *Papeles del psicólogo*, 32(2), 152-158.
- Brown, G. W., Monck, E. M., Carstairs, G. M., & Wing, J. K. (1962). Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Illness. *British Journal of Preventive and Social Medicine*. *British Journal of Preventive & Social Medicine*, 16(2), 55-68.
- Caqueo-Urizar, A., & Gutiérrez-Maldonado, J. (2006). Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Qual Life Res*, 15(4), 719-724.
- Caqueo-Urizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J., Ferrer-García, M., & Darrigrande-Molina, P. (2012). Sobrecarga en cuidadores Aymaras de pacientes con esquizofrenia. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 5(3), 191-196. doi:10.1016/j.rpsm.2011.07.001
- Chomba, A. (2013). *Sobrecarga en el cuidador familiar del paciente con esquizofrenia*. Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería, Universidad Ricardo Palma, Escuela de enfermería afiliada Padre Luis Tezza, Lima, Perú.
- Correa, D. E. (2015). *Nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia que asisten a un servicio de salud*. Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Díaz, M. (2013). *Afrontando la esquizofrenia. Guía para pacientes y familiares*. Madrid, España: Enfoque Editorial S.C.
- Espina, A., & Pumar, B. (2000). Emoción expresada y variables contextuales en padres de esquizofrénicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20(76), 49-64. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352000000400004>
- Espina, A., Pumar, B., Santos, A., González, P., García, E., & Ayerbe, A. (1999). Correlación entre la emoción expresada por padres de esquizofrénicos y su percepción por los hijos. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 19(71), 393-406.

- García, P. R., Moreno, A., Freund, N., & Lahera, G. (2012). Factores asociados a la emoción expresada familiar en la esquizofrenia: implicaciones terapéuticas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(116), 739-756. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352012000400005>
- Guanilo, J., & Seclen, Y. (1993). *Relación entre el nivel de conocimientos sobre enfermedad mental y el nivel de emoción expresada de los familiares de pacientes esquizofrénicos de consultorios externos del INSM HD-HN*. Tesis para optar el Título profesional de enfermera, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Lima, Perú.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hidalgo, L. (2013). *Sobrecarga y afrontamiento en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia*. Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2013). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012. *Anales de Salud Mental*, 29(1).
- Juvang, L., Lambert, C., & Lambert, V. (2007). Predictors of family caregiver's burden and quality of life when providing care for a family member with schizophrenia in the people's republic of China. *Nursing and Health Sciences*, 9, 192-198.
- Kung, W. (2003). The illness, stigma, cultura or inmigration? Burden on Chinese American caregivers of patients with schizophrenia. *Families Society: J Contemporary Hum Serv.*, 84(4), 547-557.
- León, F. (2013). *Factores asociados a mayores niveles de carga familiar en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia en actual atención ambulatoria del hospital Víctor Larco Herrera*. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

- Li-Quiroga, M., Alipázaga-Pérez, P., Osada, J., & León-Jiménez, F. (2015). Nivel de sobrecarga emocional en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia en un hospital público de Lambayeque-Perú. *Revista de Neuropsiquiatría*, 78(4), 232-239.
- Lizman, C. (2008). *Depresión, sobrecarga y factores sociodemográficos en cuidadores familiares de adultos mayores dependientes*. Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo, Lima, Perú. Obtenido de <http://es.scribd.com/doc/22826604/34/Recomendaciones>
- López, J., & Crespo, M. (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes. *Psicothema*, 19, 72-80. Obtenido de <http://www.psicothema.com/>
- Magliano, L., Fadden, G., Economou, M., Held, T., Xavier, M., Guarneri, M., & Maj, M. (2000). Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 35, 109-115.
- Magliano, L., Fadden, G., Madianos, M., Caldas de Almeida, J., Held, T., Guarneri, M., & Maj, M. (1998b). Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED 1 study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 405-412.
- Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L. C., Rico, J. M., Lanz, P., & Taussing, M. I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6(4), 338-345.
- Martínez, A., Nadal, S., Beperet, M., Mendióroz, P., & Grupo Psicost. (2000). Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: factores determinantes. *An Sist Sanit Navar*, 23, 101-110.
- Marziali, E., McCleary, L., & Streiner, D. L. (2010). Evaluation of an assessment battery for estimating dementia caregiver needs for health and social care services. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 25, 446-454. doi:10.1177/1533317510370958

- Medina-Pradas, C. (2016). Actualización en torno a la Emoción Expresada: Consideraciones teóricas, metodológicas y prácticas. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 251-266.
- Mera, G., Cardona, J., Benítez, J., Delgado, G., Benítez, W., & Villalba, J. (2017). Sobrecarga y experiencia de cuidadores familiares de personas diagnosticadas con esquizofrenia, una mirada desde la enfermería. *Hacia promoc. salud.*, 22(2), 69-83. doi:10.17151/hpsal.2017.22.2.6
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). *Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente*. Cataluña, España: Agencia de evaluación e investigación médica de Cataluña. Obtenido de <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCesquizofrenia.pdf>
- Montorio, I., Izal, M., López, A., & Sánchez, M. (1998). La entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, 2(14), 229-248.
- Navarro, J. (2004). *Enfermedad y familia: manual de intervención psicosocial*. España: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud. (5 de Enero de 2016). *Esquizofrenia*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>.
- Ramírez, A., Palacio, J., Vargas, C., Díaz-Zuluaga, A., Duica, K., Agudelo, Y., . . . López-Jaramillo, C. (2017). Emociones expresadas, carga y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar tipo I de un programa de intervención multimodal: PRISMA. *Revista colombiana de psiquiatría*, 46(1), 2-11.
- Rascon, M. L., Gutierrez, M. L., Valencia, M., & Murow, E. (2008). Relación entre la emoción expresada por el familiar responsable y la conducta sintomática de pacientes con esquizofrenia, incluido el funcionamiento social. *Salud Mental*, 31(3), 205-212.
- Rascón, M., Gutiérrez, M., Valencia, M., & Murow, E. (2000). Relación entre la emoción expresada por el familiar responsable y la conducta sintomática de pacientes con esquizofrenia, incluido el funcionamiento social. *Rev. Salud Mental*, 31(3), 205-212.

- Ribé, J. (2014). *El cuidado principal del paciente con esquizofrenia. Calidad de vida, carga del cuidador, apoyo social y profesional*. Tesis doctoral, Universidad Ramón Llull, España.
- Sánchez, S. (2001). *La emoción expresada familiar en una muestra de costarricense de pacientes esquizofrénicos*. Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona, España.
- Schneider, M., Steele, M., Cadell, S., & Hemsworth, D. (2010). Differences on psychosocial outcomes between male and female caregivers of children with life-limiting illness. *Journal of Pediatric Nursing, 30*, 1-14.
- Sheng, M., Xiang, M., Wan Chan, C., Leff, J., Simpson, P., Huang, M., & Li, S. (2003). Effectiveness of psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia. A randomised controlled trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 38, 69-75.
- Valencia, P., & Sam, M. (2017). *Cuestionario Revisado de Emoción Expresada del Familiar*. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Noguchi, Departamento de Rehabilitación, Lima, Perú. Obtenido de <https://www.scribd.com/document/329803669/Cuestionario-Revisado-de-Emocion-Expresada-del-Familiar-CREEF>
- Vera, G. (2015). *Efectividad de un programa psicoeducativo en el incremento de conocimientos y emociones expresadas en familiares cuidadores de pacientes esquizofrénicos del Hospital Hermilio Valdizán*. Trabajo de Investigación (Especialista en Enfermería en Salud Mental y Psiquiátrica), Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, Escuela de Post-Grado, Lima, Perú.

Webb, C., Pfeiffer, M., Mueser, K., Gladis, M., Mensch, E., DeGirolamo, J., & Levinson, D. (1998). Burden and well-being of caregivers for the severely mentally ill: the role of coping style and social support. *Schizophrenia Res.*, 34(3), 169-180.

## ANEXOS

### Anexo 1: Consentimiento Informado

Yo, \_\_\_\_\_, cuidador informal del paciente del paciente \_\_\_\_\_, acepto de forma voluntaria participar del proyecto de investigación realizado por el bachiller en psicología clínica **Rubén Leonardo González Roque**. En ese sentido, he sido informado del objetivo del presente estudio y comprendo que, de participar en él, me preguntarán sobre aspectos relacionados a mis sentimientos, pensamientos y acciones respecto a la relación con mi familiar enfermo. Tengo conocimiento que las respuestas a los cuestionarios son de carácter confidencial, para lo cual se me asignará un código con el cual identificarme. Así mismo, soy consciente que puedo retirar en cualquier momento mi participación del estudio de estar en desacuerdo. Si tuviera alguna duda, podré comunicarme al 976823940 o al correo leyus1992@gmail.com. He leído y comprendido este consentimiento informado:

Firma: \_\_\_\_\_

## Anexo 2: Cuestionario Sociodemográfico del cuidador informal y del paciente

Datos del Cuidador Informal	Datos del Paciente
1) Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino - <input type="checkbox"/> Femenino	1) Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino - <input type="checkbox"/> Femenino
2) Edad: _____	2) Edad: _____
3) Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) o Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	3) Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) o Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)
4) Educación: <input type="checkbox"/> No asistí a la escuela <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Superior Técnica incompleta <input type="checkbox"/> Superior Técnica completa <input type="checkbox"/> Superior Universitaria incompleta <input type="checkbox"/> Superior Universitaria completa	4) Educación: <input type="checkbox"/> No asistí a la escuela <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Superior Técnica incompleta <input type="checkbox"/> Superior Técnica completa <input type="checkbox"/> Superior Universitaria incompleta <input type="checkbox"/> Superior Universitaria completa
5) Ocupación actual: <input type="checkbox"/> Trabajo estable <input type="checkbox"/> Trabajo temporal (horas/días) <input type="checkbox"/> Trabajo doméstico (Ama de casa) <input type="checkbox"/> Ninguna o desempleado	5) Ocupación antes del último internamiento <input type="checkbox"/> Trabajo estable <input type="checkbox"/> Trabajo temporal (horas/días) <input type="checkbox"/> Trabajo doméstico (Ama de casa) <input type="checkbox"/> Ninguna o desempleado
6) ¿Profesa alguna religión? <input type="checkbox"/> Sí, ¿Hace cuánto?: _____ <input type="checkbox"/> No	6) Lugar residencia antes de la última hospitalización <input type="checkbox"/> Lima <input type="checkbox"/> Otro: _____
7) Parentesco con el paciente: <input type="checkbox"/> Padre o madre <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Conyugue o pareja <input type="checkbox"/> Otro: _____	Los siguientes datos solicitados serán llenados por los profesionales que asisten a su paciente, se agradece su participación.
8) ¿Hay antecedentes de enfermedad mental en la familia del paciente? <input type="checkbox"/> Si - <input type="checkbox"/> NO	7) Diagnóstico: _____
9) ¿Ud. o familiares asisten regularmente a las charlas informativas del hospital? <input type="checkbox"/> Si - <input type="checkbox"/> NO	8) N° de hospitalizaciones: _____
	9) Tiempo de enfermedad total: _____

### Anexo 3: Cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit

A continuación, se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente Ud. Así. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan solo su experiencia.

ÍTEM	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Bastantes Veces	Casi Siempre
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Ud.?					
3. ¿Se siente agobiado por cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades con su familia o trabajo?					
4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar a su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia? (pareja, hijos...)					
7. ¿Tiene miedo de lo que el futuro depara a su familiar?					
8. ¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado por tener que cuidar a su familiar?					
11. ¿Cree que su intimidad se ha visto afectada por cuidar a su familiar?					
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades por tener que cuidar de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar lo considera a usted la única persona que lo 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, ¿Se ha sentido sobrecargado por el hecho de cuidar a su familiar?					

#### Anexo 4: Cuestionario Revisado de Emoción Expresada del Familiar (CREEF)

En este cuestionario, encontrará situaciones que pueden presentarse cuando hay un familiar con trastorno mental en casa. Trate de recordar sus propias reacciones y sentimientos ante dichas situaciones y marque la opción que mejor refleje su experiencia. Por favor, conteste de la forma más sincera posible, ya que sus respuestas nos permitirán ayudarle a mejorar la relación que tiene con su familiar. En cada caso, marque con un aspa (X) el casillero que mejor describa su respuesta. Deberá decidir entre las siguientes opciones: CASI NUNCA, A VECES y CASI SIEMPRE.

	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE
1. Me da pena que mi familiar tenga que hacer las cosas por sí solo.			
2. Cuando veo a mi familiar enfermo encerrado en su cuarto, lo regaño para que ayude en casa.			
3. He renunciado a cosas importantes con la finalidad de poder ayudarlo(a).			
4. Por la enfermedad de mi familiar la vida ya no es la misma, por eso procuramos apartarlo.			
5. El saber que la enfermedad de mi familiar solo es controlable indefinidamente me irrita y me fastidia.			
6. Me da miedo dejar a mi familiar solo por su cuenta.			
7. Procuero hacerle sentir vergüenza a mi familiar enfermo para que deje de hacer algunas cosas desagradables.			
8. Siento cólera cuando mi familiar enfermo no se da cuenta de que las cosas que hace me fastidian, a pesar de que se lo digo.			
9. Tengo que hacer todo por mi familiar enfermo porque no sabe lo que hace.			
10. Cuando algo me molesta de él/ella, yo me lo guardo para mí mismo(a).			
11. Cada vez que puedo le saco en cara a mi familiar enfermo todo lo que me hace sufrir.			
12. Me irrita cuando veo a mi familiar desganado.			
13. Me fastidia el poco interés de mi familiar frente a los problemas de la casa.			
14. Cuando mi familiar intenta realizar algo en casa, yo se lo hago.			
15. Cuando converso con mi familiar, termino molestándome por lo confuso de su conversación.			
16. Llora frente a él/ella por las cosas que este(a) hace.			
17. Por la tranquilidad de mi familia prefiero mantener a mi familiar enfermo encerrado en su cuarto.			
18. Tengo cuidado de que a donde vaya mi familiar lo haga acompañado.			

	<b>CASI NUNCA</b>	<b>A VECES</b>	<b>CASI SIEMPRE</b>
19. Estoy muy preocupado por él/ella.			
20. Me da cólera que mi familiar no entienda claramente lo que le quiero decir.			
21. En casa estoy pendiente de lo que pueda necesitar mi familiar enfermo.			
22. Sigo pensando en las razones por las que enfermó.			
23. Por culpa de mi familiar enfermo, no consigo los beneficios que merezco.			
24. Me molesta que mi familiar se descuide en su vestido y en su higiene.			
25. Pienso a menudo qué va a ser de él/ella.			
26. Soy riguroso(a) en el trato con mi familiar.			
27. Desde que se inició la enfermedad de mi familiar tengo que cuidarlo siempre.			
28. No puedo dormir a causa de él/ella.			
29. La situación o las continuas recaídas de mi familiar me han llegado a cansar tanto que siento ganas de internarlo o pedirle que se vaya a otro lado.			
30. Me molesta que mi familiar no se valga por sí mismo.			
31. Mi responsabilidad es hacer que mi familiar permanezca tranquilo en casa.			
32. Tiendo a descuidarme a mí mismo(a) por él/ella.			
33. Percibo mis propias necesidades como menos importantes.			
34. La enfermedad de mi familiar es la responsable de que aparezcan o aumenten los problemas en casa.			
35. Ya no puedo hacer nada por la enfermedad de mi familiar, es un caso perdido.			