



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

**Facultad de Medicina**

**Escuela Profesional de Medicina Humana**

**Nivel de sobrecarga, depresión y ansiedad en  
cuidadores primarios informales de pacientes con  
adicción a drogas en una institución psiquiátrica  
durante la pandemia de Covid-19 en Lima – Perú**

**TESIS**

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

**AUTOR**

Anel Julia ROCA BEJAR

**ASESOR**

Dra. Ybeth LUNA SOLÍS

**CO-ASESOR**

Martiza Dorila PLACENCIA MEDINA

Lima, Perú

2022



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Roca A. Nivel de sobrecarga, depresión y ansiedad en cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas en una institución psiquiátrica durante la pandemia de Covid-19 en Lima - Perú. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Académico Profesional de Medicina Humana; 2022.

---

## Metadatos complementarios

<b>Datos de autor</b>	
Nombres y apellidos	ANEL JULIA ROCA BEJAR
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	46324688
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0002-3083-1644">https://orcid.org/0000-0002-3083-1644</a>
<b>Datos de asesor</b>	
Nombres y apellidos	YBETH LUNA SOLÍS
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	09929952
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0001-7383-723X">https://orcid.org/0000-0001-7383-723X</a>
<b>Datos de coasesor</b>	
Nombres y apellidos	MARITZA DORILA PLACENCIA MEDINA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	8471948
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0003-3624-3461">https://orcid.org/0000-0003-3624-3461</a>
<b>Datos del jurado</b>	
<b>Presidente del jurado</b>	
Nombres y apellidos	YOLANDA AURORA LEÓN ALVAREZ
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	06108982
<b>Miembro del jurado 1</b>	

Nombres y apellidos	ERIC ARNALDO BRAVO BASALDÚA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	08204743
<b>Miembro del jurado 2</b>	
Nombres y apellidos	JUAN CARLOS OCAMPO ZEGARRRA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	40435580
<b>Datos de investigación</b>	
Línea de investigación	B.1.6.1. Factores de riesgo. Prevención y tratamientos: Neoplasia, Diabetes, Salud mental, Enfermedades cardiovasculares.
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: San Martín de Porres Urbanización: Palao Calle: Jr. Eloy Espinoza N° 709 Latitud: -12.0207475679 Longitud: -77.0561957359
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2020- 2021
URL de disciplinas OCDE	Psiquiatría <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.24">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.24</a>



**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS EN MODALIDAD VIRTUAL  
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO  
Autorizado por R.D. N°0608-D-FM-2020**

**1. FECHA DE LA SUSTENTACIÓN :** 16/02/2022  
HORA INICIO : 17:00 hr.  
HORA TÉRMINO : 18:00 hr.

**2. MIEMBROS DEL JURADO**

PRESIDENTE : Dra. Yolanda Aurora León Alvarez  
MIEMBRO : Dr. Eric Arnaldo Bravo Basaldúa  
MIEMBRO : Dr. Juan Carlos Ocampo Zegarra  
ASESOR : Dra. Ybeth Luna Solís

**3. DATOS DE LA TESISTA**

APELLIDOS Y NOMBRES : Roca Bejar Anel Julia  
CÓDIGO : 15010301

TÍTULO DE LA TESIS:

**“NIVEL DE SOBRECARGA, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN CUIDADORES PRIMARIOS  
INFORMALES DE PACIENTES CON ADICCIÓN A DROGAS EN UNA INSTITUCIÓN  
PSIQUIÁTRICA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LIMA - PERÚ”**

---

**Datos de la plataforma virtual institucional del acto de sustentación:**

<https://us02web.zoom.us/j/83472990847?pwd=bFJManBpeTU0bWJaQmtLeEhGTXNkdz09>

ID: 834 7299 0847

**Grabación archivada en: Escuela Profesional de Medicina Humana**

[https://us02web.zoom.us/rec/play/qsK28kQyHQF92o3MioGK\\_xZ7FPyEsXfKEiwaGp3XXG4c4sIAvI0f qj3vBplatf\\_j-bX7olxUGcHnyWpT.bXdMfVhZQPJvORBH?autoplay=true&startTime=1645048842000](https://us02web.zoom.us/rec/play/qsK28kQyHQF92o3MioGK_xZ7FPyEsXfKEiwaGp3XXG4c4sIAvI0f qj3vBplatf_j-bX7olxUGcHnyWpT.bXdMfVhZQPJvORBH?autoplay=true&startTime=1645048842000)

#### 4. RECOMENDACIONES


--



5. NOTA OBTENIDA : CATORCE (14)

6. PÚBLICO ASISTENTE :

PLACENCIA MEDINA MARITZA DORILA -CO-ASESORA	DNI 08471948
ROJAS HIDALGO ROBERTO CLAVER	DNI 72706554
BEJAR MALLMA JOEL ANTONIO	DNI 72869197
ROCA BEJAR CARLOS	DNI 47919133

#### 7. FIRMAS DE LOS MIEMBROS DEL JURADO

 <b>Firma</b>
Dra. Yolanda Aurora León Alvarez DNI 06108982
<b>PRESIDENTE</b>

 <b>Firma</b>	 <b>Firma</b>
Dr. Eric Arnaldo Bravo Basaldúa DNI 08204743	Dr. Juan Carlos Ocampo Zegarra DNI 40435580
<b>MIEMBRO</b>	<b>MIEMBRO</b>

 <b>Firma</b>
Dra. Ybeth Luna Solís 09929952
<b>ASESOR</b>

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis asesoras, la Mtr. Luna y la Dra. Placencia, quienes me orientaron, apoyaron y aconsejaron desde que inicié mi tesis.

A mi universidad, San Marcos, y especialmente a la facultad de San Fernando, donde no solo me formé para desarrollar y potenciar mis capacidades para ser una buena profesional, sino también donde pude conocer grandes amigos que siempre recordaré.

Al “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”, en especial al servicio de adicciones, que me permitieron llevar a cabo mi tesis.

A quienes participaron en la presente tesis que me brindaron su apoyo, confianza y sobre todo paciencia, porque gracias a la información brindada se ha logrado conocer la situación en la que se encuentran los cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas durante la pandemia de COVID-19.



## **DEDICATORIA**

A mis padres, Yolanda y Vidal, por todo el amor incondicional, la dedicación, las enseñanzas y el sacrificio para poder hacer de sus hijos grandes profesionales.

A mis hermanos, Carlos y Jesús, por todo el apoyo y momentos inolvidables que hemos vivido desde pequeños.

A mi familia en general, por ser el motor más importante durante todos estos años de esta hermosa carrera que es la medicina humana.

## TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
TABLA DE CONTENIDO.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS.....	vi
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.2. ANTECEDENTES.....	3
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.3.1. Problema general.....	6
1.3.2. Problemas específicos.....	6
1.4. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
1.5. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS.....	7
1.5.1. Objetivo general.....	7
1.5.2. Objetivos específicos.....	7
1.6. FINALIDAD.....	8
1.7. MARCO TEÓRICO.....	8
1.7.1. Conceptos referentes al uso de drogas.....	8
1.7.2. Adicción y situación epidemiológica durante la pandemia de COVID-19.....	9
1.7.3. La familia y el impacto emocional ante un paciente adicto.....	10
1.7.4. El cuidador: definición, clasificación y perfil.....	11
1.7.5. Sobrecarga, ansiedad y depresión en el cuidador primario informal.....	12
1.8. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	21
CAPÍTULO II: MÉTODOS.....	21
2.1. DISEÑO METODOLÓGICO.....	21
2.1.1. Tipo de investigación.....	21
2.1.2. Población.....	21
2.1.3. Muestra.....	22
2.1.4. Variables.....	23
2.1.5. Operacionalización de variables.....	24
2.1.6. Matriz de consistencia.....	27
2.1.7. Técnicas e instrumentos.....	28

2.1.8. Plan de recolección.....	29
2.1.9. Análisis estadístico de los datos.....	30
2.2. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	30
2.3. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	31
CAPITULO III: RESULTADOS.....	32
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN.....	38
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	44
5.1. Conclusiones.....	44
5.2. Recomendaciones.....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46
ANEXOS.....	54
ANEXO 1.....	54
ANEXO 2.....	55
ANEXO 3.....	56
ANEXO 4.....	57
ANEXO 5.....	59
ANEXO 6.....	61
ANEXO 7.....	62
ANEXO 8.....	63

## ÍNDICE DE TABLAS

**Tabla 1.** Características sociodemográficas del cuidador primario informal del paciente con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19 en octubre y noviembre del 2020. .... 32

**Tabla 2.** Características del cuidado del paciente con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19 en octubre y noviembre del 2020. .... 34

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

**Figura 1.** Nivel de sobrecarga en los cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19 en octubre y noviembre del 2020 según “la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit”..... 35

**Figura 2.** Nivel de depresión en los cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19 en octubre y noviembre del 2020 según el “Inventario de Depresión de Beck-II(BDI-II)” ..... 36

**Figura 3.** Nivel de ansiedad en los cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19 en octubre y noviembre del 2020 según el “Inventario de Ansiedad de Beck(BAI)” ..... 37

## RESUMEN

**Introducción:** La pandemia de COVID-19 está ocasionando un gran impacto psicosocial a nivel mundial, lo cual significa un reto no solo para el paciente con adicción a drogas, sino también, para el cuidador primario informal quien realiza un rol muy importante como soporte emocional durante todo el proceso de recuperación del paciente. Esta condición de cuidador, a su vez, genera un efecto negativo a nivel físico, mental y socioeconómico conocido como sobrecarga. Sobre todo, en el ámbito emocional hay un mayor riesgo de aparición de problemas como la ansiedad y depresión en contraste con el resto de la población. **Objetivo:** Determinar el nivel de sobrecarga, depresión y ansiedad en cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19 en octubre y noviembre del 2020 en Lima – Perú. **Material y Método:** Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. Se encuestó a 75 cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas del INSM “HD-HN”, los cuales fueron seleccionados por aleatorización simple. Se utilizaron los siguientes instrumentos: Ficha general del cuidador primario informal, la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit y los inventarios de ansiedad y depresión de Beck. El análisis estadístico se realizó mediante frecuencias y porcentajes utilizando SPSS versión 25. **Resultados:** Se halló que la mayor parte de los cuidadores primarios informales fueron mujeres, casadas, madres entre 30 a 59 años, amas de casa, con estudio superior técnico completo y provenientes de la provincia de Lima. La mayoría refirió compartir el cuidado con otra persona, dedicándose al cuidado diario durante 15 horas a más por un tiempo de 37 meses a más. El nivel de sobrecarga predominante fue el de sobrecarga intensa con un 38,7%. Asimismo, la mayoría presentó un nivel mínimo de ansiedad y depresión con 41,3% y 56%, respectivamente; seguidos del nivel leve de ansiedad y depresión, con 25,3% y 26,7%, respectivamente. **Conclusiones:** Los cuidadores primarios informales presentaron predominantemente sobrecarga intensa. Pero, en lo que respecta a la ansiedad y depresión, predominó el nivel mínimo, seguido del nivel leve. Por lo tanto, se requiere de medidas necesarias para intervenir de manera oportuna y evitar una mayor vulnerabilidad y el desarrollo de trastornos psiquiátricos en una población fragilizada por el esfuerzo de cuidar a pacientes con patologías crónicas como son las adicciones.

**Palabras clave:** Cuidadores, adicción, sobrecarga, ansiedad, depresión (Fuente: DeCS BIREME).

## ABSTRACT

**Introduction:** The COVID-19 pandemic is causing a great psychosocial impact worldwide, which represents a challenge not only for the patient with drug addiction, but also for the informal primary caregiver who performs a very important role as emotional support throughout the patient's recovery process. This condition of caregiver, in turn, generates a negative effect on a physical, mental and socioeconomic level known as overload. Above all, in the emotional sphere there is a greater risk of the appearance of problems such as anxiety and depression in contrast to the rest of the population. **Objective:** To determine the level of overload, depression and anxiety in informal primary caregivers of patients with drug addiction at the National Institute of Mental Health "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" during the COVID-19 pandemic in October and November 2020 in Lima -Peru. **Material and Method:** Quantitative, descriptive and cross-sectional study. Seventy-five informal primary caregivers of patients with drug addiction from the INSM "HD-HN" were surveyed and selected by simple randomization. The following instruments were used: Informal primary caregiver general file, the Zarit caregiver burden scale, and Beck's inventories of anxiety and depression. Statistical analysis was performed using frequencies and percentages using SPSS version 25. **Results:** It was found that most of the informal primary caregivers were women, married, mothers between 30 and 59 years old, housewives, with superior technical study complete and from the province of Lima. Most reported sharing care with another person, dedicating themselves to daily care for 15 hours or more for a period of 37 months or more. The predominant level of overload was intense overload with 38.7%. Likewise, the majority presented a minimum level of anxiety and depression with 41.3% and 56%, respectively; followed by the mild level of anxiety and depression, with 25.3% and 26.7%, respectively. **Conclusions:** Informal primary caregivers predominantly presented intense overload. But, with regard to anxiety and depression, the minimal level predominated, followed by the mild level. Therefore, the necessary measures are required to intervene in a timely way and avoid greater vulnerability and the development of psychiatric disorders in a population weakened by the effort of caring for patients with chronic pathologies such as addictions.

**Keywords:** Caregivers, addiction, overload, anxiety, depression (Source: MeSH NLM)

# CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

## 1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La pandemia por la enfermedad del coronavirus 2019(COVID-19) está causando un gran impacto psicosocial a nivel mundial, pero sobre todo está afectando a las poblaciones vulnerables como lo son aquellos que sufren de algún tipo de adicción y con ellos a sus familiares, quienes se encuentran particularmente en riesgo de sufrir una mayor carga psicosocial(1).Actualmente la “Organización de las Naciones Unidas (ONU)” refiere que la adicción a las drogas se encuentra en incremento (2) y según la “Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC)” el número de individuos que emplean drogas ascendió en un 30 % si lo comparamos con el año 2009. Asimismo, aproximadamente unos 35 millones de individuos alrededor del mundo sufren trastornos relacionados al consumo de drogas y requieren tratamiento, de los cuales el grupo etario más afectado es la de los jóvenes(3). Del mismo modo, se evidenció que incrementaron las muertes por consumo de sustancias en 68 000 muertes a nivel mundial entre el 2007 y 2017 (4).

La “carga mundial de morbilidad (CMM)” a causa del consumo de sustancias psicoactivas representa el 8,9%, constituyendo el consumo de sustancias lícitas como el alcohol y el tabaco, la carga principal sobre la salud mundial, lo cual es mayor en los hombres especialmente en América del Norte y Europa (5).

Con respecto al continente americano, el informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019, refiere que las tasas de consumo de droga siguen aumentando y datos recientes evidencian que, en algunos países, las mujeres están consumiendo ciertas drogas al mismo nivel o incluso en mayor cantidad que los hombres(6).En el Perú en el año 2017, Cedro realizó una encuesta en 13 ciudades peruanas en pobladores de 12 a 65 años de edad, en la cual se encontró que la prevalencia de vida de las drogas legales como el alcohol y el tabaco,79,2% y 52,5% ,respectivamente, fueron más altas con respecto a las observadas con las drogas ilícitas(7).Asimismo, en el Perú, el abuso y dependencia al alcohol, constituye la tercera causa de AVISA(años de vida saludables perdidos)(8).

Por otra parte, diversos estudios mencionan que las medidas de control tomadas durante la pandemia han incrementado aún más el abuso de sustancias adictivas, recaídas de pacientes en recuperación y en otros casos se han presentado síndrome de abstinencia. En un estudio realizado en China se encontró que las recaídas al abuso de alcohol y cigarrillos fueron relativamente comunes, representando un 19% y 25%, respectivamente. Del mismo modo, el 32% de los bebedores habituales de alcohol y el 20% de los fumadores



habituales aumentaron su consumo durante la pandemia. Una cantidad menor inició el uso de alcohol (1,7%) o fumar cigarrillos (1,6%) y otro porcentaje de personas pasó del uso ocasional al uso regular (1,6% de bebedores ocasionales y 6,7% de fumadores ocasionales)(9). Otro estudio realizado en India encontró un aumento de la incidencia del síndrome de abstinencia alcohólica grave con un número promedio de 4 a 8 casos por día(10).

En términos generales la adicción es una enfermedad crónica que afecta a todas las etapas de la vida, siendo un trastorno complejo por su multicausalidad y elevada tasa de comorbilidad(11). El consumo de drogas tiene un efecto perjudicial no solo en la persona que lo consume sino también en la sociedad, siendo la familia la primera en ser afectada durante todo este proceso del desarrollo de adicción a las drogas(12).

Cuando en una familia uno o más miembros son adictos activos, esta familia se ve afectada en su funcionamiento y es principalmente un miembro de la familia quien asume el papel de cuidador(13) y termina responsabilizándose del paciente adicto sin recibir algún tipo de remuneración ni capacitación previa de la función a ejercer, conociéndose a este tipo de cuidador como cuidador primario informal(14).

Según varios estudios el ejercer la función de cuidador por largo tiempo trae consecuencias perjudiciales en varios aspectos de su vida, que se conoce como “carga o sobrecarga”(15,16). Esta sobrecarga es la “percepción que el cuidador tiene acerca del impacto que conlleva la función de cuidador en diferentes esferas de su vida como son en el ámbito físico, mental y socioeconómico”. Esta sobrecarga puede ser objetiva o subjetiva. La sobrecarga objetiva se refiere a las actividades objetivas que realiza el cuidador, a la carga física, al tiempo de dedicación y la exposición a situaciones estresantes en relación con los cuidados. En cambio, la sobrecarga subjetiva es la respuesta emocional que presenta el cuidador al ejercer esta función(17). Así, un estudio realizado en Cuba se encontró que el 86,6 % de los cuidadores primarios de individuos adictos en proceso de recuperación presentó sobrecarga, de los cuales, el 43,3 % presentó un nivel de sobrecarga intensa(15). Otro estudio realizado en España reportó que la mayoría de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas presentaban sobrecarga intensa lo cual representó el 47,9%(18).

Además de la sobrecarga, el cuidador primario informal se encuentra en riesgo de presentar muchos otros problemas de salud como consecuencia de la función que ejerce, siendo las más frecuentes la depresión y la ansiedad. A nivel mundial, a raíz de las estrategias de aislamiento o distanciamiento social ejecutadas durante la pandemia para ayudar a prevenir la transmisión del COVID-19 han conllevado a incrementar la prevalencia de la depresión y ansiedad en la población general(19). En un estudio realizado en la población china durante la etapa inicial del brote de COVID-19, se encontró que un 53,8% de los encuestados calificó el impacto psicológico a causa de la pandemia como moderado a severo, reportando síntomas depresivos y ansiosos de moderados a severos en un 16,5% y 28,8%, respectivamente(20). En otro estudio también realizado en la población China encontraron que la prevalencia general del trastorno de ansiedad generalizada fue del 35,1% y de síntomas depresivos fue del 20,1%(21). En otro estudio realizado en adultos jóvenes de Estados Unidos

encontraron una prevalencia alta de depresión (43,3%) y ansiedad (45,4%)(22). En un metaanálisis en la cual se incluyó 62 estudios de 17 países, se encontró que la prevalencia de ansiedad y depresión fue del 33% y 28%, respectivamente(23). Con respecto a Perú también se realizaron estudios de los cuales se destacan el realizado en la ciudad de Chota en la cual se encontró que el 43,3% de los participantes presentó niveles de ansiedad entre leve, moderada y severa(24) y en otro estudio se encontró que la prevalencia general de síntomas depresivos fue del 34,9%(25). Por lo tanto, podemos evidenciar que se ha elevado la prevalencia de ansiedad y depresión durante la pandemia de COVID-19, dado que, según un estudio epidemiológico realizado en el año 2012 en Lima Metropolitana y Callao, por el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (INSM “HD-HN”), la prevalencia de vida del trastorno depresivo en general y del trastorno de ansiedad generalizada fue del 17,3% y 3% respectivamente(26). En este contexto, los cuidadores primarios informales se encuentran en un riesgo aún mayor de desarrollar depresión y ansiedad que la población general, ya que incluso antes de la pandemia de COVID-19, la prevalencia de ansiedad y depresión en este grupo vulnerable era mucho más elevada que el resto de la población(27–29). De los cuales tenemos dos estudios realizados en Brasil, uno en cuidadores primarios de niños y adolescentes que se sometieron a terapia de reemplazo renal, en la cual se halló una prevalencia de ansiedad del 47% y una prevalencia de depresión del 18,4% (27); el otro estudio tuvo como población a cuidadores de adictos a las drogas, en la cual se encontró que el 23,9% de los cuidadores presentó depresión (28). Del mismo modo en el Perú se realizó un estudio en familiares directos de individuos adictos al alcohol y otras drogas, en la cual se encontró que, el 33,3% presentó un nivel leve de depresión y, un 25,6% presentó un nivel moderado de depresión(29). Por lo tanto el determinar el nivel de sobrecarga, depresión y ansiedad en una población tan vulnerable como son los cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas, constituye una gran preocupación sobre todo en el contexto de la pandemia de COVID-19.

## **1.2. ANTECEDENTES**

Actualmente no existen estudios referentes al nivel de sobrecarga, depresión y ansiedad en cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas durante la pandemia de COVID-19. Además, son pocos los estudios que se enfocan en los cuidadores primarios informales de pacientes con alguna adicción a drogas, entre ellos tenemos el estudio realizado por Marcon y cols., en el 2012 en Brasil, el cual fue un estudio de tipo transversal donde se incluyeron 109 usuarios con sus cuidadores, cuyo objetivo fue evaluar tanto los síntomas depresivos como la calidad de vida en los individuos adictos a drogas y en sus cuidadores. Como instrumentos se aplicaron: Ficha sociodemográfica, el “Inventario de Depresión de Beck (BDI)” y “Medical Outcomes Studies 36 (SF-36)”. En este estudio se halló que los puntajes de presencia de síntomas depresivos fueron más altos para los individuos adictos a drogas que para los cuidadores (37,6% vs 23,9%) y la calidad de vida de los cuidadores estuvo más afectada en contraposición a los individuos adictos a drogas (28). En otro estudio,

realizado por Zúñiga Valdivia L, en el 2012 en Arequipa-Perú, el cual fue un estudio descriptivo de corte transversal, donde el objetivo fue identificar el grado de depresión en familiares directos de individuos adictos al alcohol y otras drogas en grupos de familia "Al-Anon y Nar-Anon". Se incluyó una muestra de 90 participantes en quienes se aplicaron el "Inventario de Depresión de Beck (BDI)", encontrándose que, la mayoría de los familiares estaban en el rango de edad de 16 a 26 años (34,4%), eran hermanos de los adictos (26,7%), convivieron con el adicto entre 11 a 20 años (43,3%) y asistieron a los grupos de familia aproximadamente de 1 año a menos (55,6%). Además, se halló que la mayoría de los familiares presentaron un nivel de depresión leve (33,3%), seguido de un nivel moderado (25,6%) (29). Asimismo, Marrero y cols., publicaron en Cuba en el 2016 un estudio de tipo descriptivo, transversal, donde el objetivo fue evaluar el nivel de sobrecarga y la relación con la percepción del funcionamiento familiar en los cuidadores primarios de individuos adictos en proceso de recuperación. Se evaluaron a 30 cuidadores y se les aplicó los siguientes instrumentos: "La escala de sobrecarga del cuidador de Zarit", cuestionario de percepción del funcionamiento familiar y de caracterización del cuidador. Se halló que el 86,6 % de los cuidadores presentó sobrecarga, de los cuales el 43,3 % presentó un nivel de sobrecarga intenso. Además, un 96,7% percibió que hubo algún grado de disfuncionalidad en sus familias y hubo una moderada relación negativa entre las variables sobrecarga y funcionamiento familiar (15).

Con respecto a los estudios llevados a cabo en cuidadores primarios informales de pacientes con otras enfermedades crónicas cabe resaltar el realizado por Corbalán y cols., en el 2013 en España, el cual fue un estudio descriptivo transversal, cuyo objetivo fue determinar la sobrecarga, la prevalencia de ansiedad y depresión y su relación con la sobrecarga en cuidadores. Utilizaron "La escala de sobrecarga del cuidador de Zarit" para determinar el grado de sobrecarga y para hallar la prevalencia de ansiedad y depresión utilizaron la historia clínica informatizada. Se incluyeron a 48 cuidadores, de los cuales la mayoría presentó sobrecarga intensa (47,9%) y de estos el 87% eran mujeres, 10,4% presentaron sólo ansiedad, 18,8% trastornos mixtos de ansiedad y depresión y 8,3% sólo depresión(18).En otro estudio realizado por Salazar y cols., en el 2017 en Colombia, el cual fue un estudio de tipo descriptivo, observacional de corte transversal, donde el objetivo fue establecer la prevalencia de sobrecarga entre los cuidadores de personas con enfermedad mental. En total se evaluó a 70 cuidadores, en la cual se realizaron entrevistas y se aplicaron "La escala de Zarit y la Escala de Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO-DAS 2.0)". Los resultados evidenciaron que la mayoría de los cuidadores presentaron algún nivel de sobrecarga (68,6%) y el perfil del cuidador fue el ser mujer, madre de familia, de 55 años a más, con algún subsidio de salud y con pobre ingreso económico, con 8 años ejerciendo el rol de cuidador por lo menos 12 horas diarias.Además,los factores que estuvieron relacionados para que se presente un mayor nivel de sobrecarga en el cuidador fueron el nivel de demanda que requiere la persona a la que se cuida dependiendo el grado de discapacidad y el largo tiempo de dedicación a las actividades propias del cuidado(30).Asimismo, Arroyo y cols., en el 2018 en España, publicaron una revisión sistemática donde se incluyeron 19 artículos publicados del 2010 al 2018, cuyo objetivo fue describir el perfil del cuidador primario del enfermo en diálisis, determinar el nivel de sobrecarga y las

variables que más influyen en esta. Se halló que la mayor parte de los cuidadores eran del sexo femenino, de mediana edad, hijas o esposas, sin estudios o con estudios primarios. Las variables que influyeron más en la sobrecarga fueron la mayor supervivencia y dependencia del enfermo en diálisis y poco apoyo por parte de la sociedad. Además la mayor parte de los cuidadores presentó sobrecarga, primando los grados moderado y leve (16). Otro estudio fue el realizado por Martínez RL, en el 2018 en Cuba, el cual fue un estudio de tipo transversal y exploratorio-descriptivo, donde el objetivo fue determinar los grados de depresión, sobrecarga y ansiedad en cuidadores primarios de adultos centenarios. La selección de la muestra fue no probabilística y estuvo conformada por 30 cuidadores principales de adultos centenarios. Se empleó como técnicas, la entrevista, el “Inventario de depresión rasgo-estado (IDERE)”, el “Inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE)” y “La escala de sobrecarga del cuidador de Zarit”. Se encontró que la mayoría de los cuidadores fueron del género femenino, entre las edades de 53 a 78 años. Además, se halló en el caso de la ansiedad, niveles medios tanto en estado como rasgo; con respecto a la depresión predominó niveles elevados de depresión como estado y no hubo diferencias significativas en los niveles de depresión como rasgo. Por último se evidenció que gran parte de los participantes no presentó sobrecarga (86,7%) (31). En otro estudio realizado por Lima y cols., en el 2018 en Brasil, cuyo objetivo fue evaluar la carga de los cuidadores primarios de niños y adolescentes que se sometieron a terapia de reemplazo renal (TRR). Este estudio fue observacional, transversal en la cual participaron 49 cuidadores primarios de pacientes pediátricos con enfermedad renal crónica en TRR. Utilizaron la escala de carga del cuidador y los inventarios de ansiedad y depresión de Beck. Se encontró que la mayor parte de los cuidadores eran las madres de estos niños (89,8%), con edades entre 36 y 45 años (46,9%), con nivel de instrucción primario (55,1%) y reportaron sentir dolor en alguna parte del cuerpo sin sufrir de alguna enfermedad crónica previa (69,4%). La mayoría de los niños eran varones (55,1%), con edades entre 9 a 11 años (30,6%) que habían estado en TRR de 1 a 3 años (40,8%) y bajo hemodiálisis (38,8%). Los cuidadores tuvieron un nivel moderado de carga (2,10), una prevalencia de depresión de moderada a severa del 18,4%, de ansiedad de moderada a severa del 47% y una fuerte correlación entre carga, depresión y ansiedad (27). Para finalizar, el estudio realizado por Bequis y cols., en el 2019 en Colombia, el cual fue un estudio de tipo descriptivo, observacional, donde el objetivo fue evaluar la calidad de vida y el nivel de sobrecarga en los cuidadores informales principales de pacientes con esquizofrenia. En este estudio se encuestaron a 131 cuidadores con el “Test SF-36” y “La escala de sobrecarga del cuidador de Zarit”. Se encontró que la mayor parte de los cuidadores eran del género femenino (63%), entre las edades de 19 a 68 años (94,8%) y el 63% presentó algún grado de sobrecarga de los cuales el 32% presentó sobrecarga ligera y 31% sobrecarga intensa. Con respecto a la calidad de vida del cuidador, en la función física y en la dimensión de salud general se obtuvieron las puntuaciones más altas, por el contrario en la vitalidad y salud mental se obtuvieron las puntuaciones más bajas (32).

### **1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

#### **1.3.1. Problema general**

¿Cuál es el nivel de sobrecarga, depresión y ansiedad en cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19 en octubre y noviembre del 2020 en Lima –Perú?

#### **1.3.2. Problemas específicos**

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas del cuidador primario informal del paciente con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19 en octubre y noviembre del 2020 en Lima –Perú?
- ¿Cuáles son las características del cuidado del paciente con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19 en octubre y noviembre del 2020 en Lima –Perú?
- ¿Cuál es el nivel de sobrecarga en cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19 en octubre y noviembre del 2020 en Lima –Perú?
- ¿Cuál es el nivel de depresión en cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19 en octubre y noviembre del 2020 en Lima –Perú?
- ¿Cuál es el nivel de ansiedad en cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19 en octubre y noviembre del 2020 en Lima –Perú?

### **1.4. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

La pandemia de COVID-19 está ocasionando un gran impacto psicosocial a nivel mundial, lo cual significa un reto no solo para el paciente adicto a drogas, sino también, para el cuidador primario informal, quien juega un rol muy importante como soporte emocional durante todo el proceso de recuperación de este(13,33). Además, diversos estudios han encontrado que la condición de cuidador genera un gran impacto a nivel físico, mental y socioeconómico, que se conoce como sobrecarga. Sobre todo, en el ámbito emocional hay un mayor

riesgo de aparición de problemas como la ansiedad y depresión en contraste con el resto de la población (27–29).

En este contexto, el cuidador primario informal se convierte en un individuo vulnerable, que de no actuarse oportunamente en esta población generará el deterioro de su salud. Así mismo, el cuidador generalmente antepone los problemas de salud de su paciente, dejando en un segundo plano sus propias enfermedades. Además, en muchas ocasiones el cuidador no busca ayuda médica, convirtiéndose de este modo en una población imperceptible para el sistema de salud(34). Cabe señalar que, los efectos que produce la sobrecarga en el cuidador no solo se ven reflejados en su salud, sino también, en la forma en la que el cuidador brinda atenciones a su paciente. Es por ello que, el personal de salud no solo debe centrarse en el paciente, sino también debe estar atento para identificar de manera precoz estas condiciones estresantes que afectan a los cuidadores con el fin de realizar una atención oportuna y disminuir estos factores negativos, para que el cuidador no se convierta en un paciente(35).

Por lo tanto, en medio de esta pandemia, resulta necesario determinar el nivel de sobrecarga, depresión y ansiedad en cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas para poder crear estrategias de intervención y programas de prevención en las cuales además de programas que se realicen de manera presencial, también se incluya la telepsiquiatría o telesalud mental, ya que resulta una muy buena alternativa durante este periodo de aislamiento social, en la cual se puedan brindar servicios de asesoramiento psicológico y detectar de manera precoz la sobrecarga o algún trastorno psicológico, como la depresión y la ansiedad; y de este modo realizar un seguimiento e intervención integral en el dúo paciente-cuidador que permita una exitosa recuperación del paciente adicto a drogas(36,37).

## **1.5. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS**

### **1.5.1. Objetivo general**

Determinar el nivel de sobrecarga, depresión y ansiedad en cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19 en octubre y noviembre del 2020 en Lima –Perú.

### **1.5.2. Objetivos específicos**

- Describir las características sociodemográficas del cuidador primario informal del paciente con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19 en octubre y noviembre del 2020 en Lima –Perú.
- Describir las características del cuidado del paciente con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo

Noguchi” durante la pandemia de COVID-19 en octubre y noviembre del 2020 en Lima –Perú.

- Determinar el nivel de sobrecarga en cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19 en octubre y noviembre del 2020 en Lima –Perú.
- Determinar el nivel de depresión en cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19 en octubre y noviembre del 2020 en Lima –Perú.
- Determinar el nivel de ansiedad en cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19 en octubre y noviembre del 2020 en Lima –Perú.

## **1.6. FINALIDAD**

Actualmente, no existen estudios que aborden el impacto en la salud mental de los cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas durante la pandemia de COVID-19, es por ello que los resultados hallados en la presente tesis tienen como finalidad aportar a futuras investigaciones en el área de adicciones.

Además, el conocimiento acerca del alto riesgo de sobrecarga, depresión y ansiedad en los cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas, contribuirá a sensibilizar al personal de salud para que no solo se enfoquen en el paciente, sino también en el cuidador primario informal.

## **1.7. MARCO TEÓRICO**

### **1.7.1. Conceptos referentes al uso de drogas.**

El uso de droga hace referencia a que se consume ésta de manera esporádica sin producir efectos negativos en la persona. Sin embargo, cuando el uso de la sustancia se da de forma continua a pesar de las consecuencias negativas que trae su consumo, se habla de abuso de una droga(38).

El síndrome de dependencia, según la “Clasificación internacional de enfermedades(CIE-10)”,lo define como “un conjunto de manifestaciones comportamentales, fisiológicas y cognitivas que se producen tras el consumo repetido de una sustancia, en la cual existe un deseo intenso de consumir la droga; con dificultad para poder controlar su consumo; persistencia en su

consumo a pesar de las consecuencias dañinas; priorizando el consumo sobre otras actividades y obligaciones; también se presenta aumento de la tolerancia y un cuadro fisiológico de abstinencia”(39).

Con respecto a la tolerancia a una droga, se presenta cuando existe la exigencia de consumir mayores dosis de la droga para lograr el resultado que se desea, o cuando existe una caída considerable de los efectos a la cantidad habitual(38).

El síndrome de abstinencia, según CIE-10, la delimita como un grupo de síntomas, las cuales se producen posteriormente al abandono ya sea parcial o completo de una sustancia psicoactiva tras un consumo persistente de la misma, además se puede complicar con convulsiones(39).

Por último, el término craving hace referencia a un comportamiento caracterizado por la exigencia de consumir una sustancia y el poco control sobre sí mismo, con un fundamento neuroquímico(38).

### **1.7.2. Adicción y situación epidemiológica durante la pandemia de COVID-19**

Según el Glosario de términos de alcohol y drogas del ministerio de sanidad y consumo de España se define a la “Adicción, a las drogas o alcohol” como “consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, en la cual el consumidor (denominado adicto) se intoxica de manera continua y muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia o las sustancias preferidas. Adicionalmente, se presenta una gran dificultad para modificar o interrumpir de manera voluntaria el consumo de la sustancia, buscando obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio. Generalmente hay una tolerancia y un síndrome de abstinencia que se presenta frecuentemente cuando el consumo se interrumpe. Asimismo, la vida del adicto gira en torno al consumo de la sustancia, llegando a excluir todas sus actividades y responsabilidades”(40).

El término “adicción” es polémico e incierto, aunque su uso habitual es para describir situaciones graves relacionados al consumo de sustancias. Es por ello que la palabra “adicción” no se usa como término diagnóstico por la CIE-10 ni por el “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)”, en su lugar se utilizan expresiones neutras como “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas” y “Trastorno por consumo de sustancias”, respectivamente(39–41).

La “Organización de las Naciones Unidas (ONU)” refiere que la adicción a las drogas se encuentra en incremento (2) y según la “Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC)” el número de individuos que emplean drogas ascendió en un 30 % si lo comparamos con el año 2009. Asimismo, aproximadamente unos 35 millones de individuos alrededor del mundo sufren trastornos relacionados al consumo de drogas y requieren tratamiento, de los cuales el grupo etario más afectado es la de los jóvenes (3).



Del mismo modo, se evidenció que incrementaron las muertes por consumo de sustancias en 68 000 muertes a nivel mundial entre el 2007 y 2017 (4).

La “carga mundial de morbilidad (CMM)” a causa del uso de drogas representa el 8,9%,constituyendo el consumo de sustancias lícitas como el alcohol y el tabaco, la carga principal sobre la salud mundial , lo cual es mayor en los hombres especialmente en América del Norte y Europa (5).Sin embargo, una revisión sistemática menciona que las estimaciones existentes subestiman la contribución de las drogas ilícitas a la CMM porque no incluyen todos los resultados adversos del uso de estas sustancias (42).

Con respecto al continente americano, el informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019, refiere que las tasas de consumo de droga siguen aumentando y datos recientes evidencian que, en algunos países, las mujeres están consumiendo ciertas drogas al mismo nivel o incluso en mayor cantidad que los hombres(6). En el Perú en el año 2017, Cedro realizó una encuesta en 13 ciudades peruanas en pobladores de 12 a 65 años de edad, en la cual se encontró que la prevalencia de vida de las drogas legales como el alcohol y el tabaco,79,2% y 52,5% ,respectivamente, fueron más altas con respecto a las observadas con las drogas ilícitas(7). Asimismo, en el Perú, el abuso y dependencia al alcohol, constituye la tercera causa de AVISA(años de vida saludables perdidos) (8).

Por otra parte, diversos estudios mencionan que las medidas de control tomadas durante la pandemia de COVID-19 han incrementado aún más el abuso de sustancias adictivas, recaídas de pacientes en recuperación y en otros casos se han presentado síndrome de abstinencia. En un estudio realizado en China se encontró que las recaídas al abuso de alcohol y cigarrillos fueron relativamente comunes en 19% y 25%, respectivamente. Del mismo modo, el 32% de los bebedores habituales de alcohol y el 20% de los fumadores habituales aumentaron su consumo durante la pandemia. Una cantidad menor inició el uso de alcohol (1,7%) o fumar cigarrillos (1,6%) y otro porcentaje de personas pasó del uso ocasional al uso regular (1,6% de bebedores ocasionales y 6,7% de fumadores ocasionales) (9). En otro estudio realizado en India se encontró un aumento de la incidencia del síndrome de abstinencia alcohólica grave con un número promedio de 4 a 8 casos por día(10) .

### **1.7.3. La familia y el impacto emocional ante un paciente adicto**

La adicción es una enfermedad crónica que afecta a todas las etapas de la vida, siendo un trastorno complejo por su multicausalidad y elevada tasa de comorbilidad (11). El consumo de drogas tiene un efecto perjudicial no solo en la persona que lo consume sino también en la sociedad, siendo la familia la primera en ser afectada durante todo este proceso del desarrollo de adicción a las drogas. Además se reconoce la importancia del soporte familiar durante todo el proceso de recuperación del paciente adicto(12).

La familia está compuesta por individuos que tienen entre sí lazos de parentesco consanguíneo o político. Por otra parte, la familia no solo presenta una estructura interna, sino también interacciona con su entorno, lo cual es crucial para el desarrollo de la familia, ya que ésta se va regulando conforme a las exigencias de su medio y asegura una evolución acorde con la necesidad de cambios(43).

Cuando en una familia uno o más miembros son adictos activos, esta familia se ve afectada en su funcionamiento, generando una conducta de negación, permitiendo que el adicto continúe con el consumo de la sustancia, lo cual se conoce como codependencia (44).

#### **1.7.4. El cuidador: definición, clasificación y perfil**

##### **a) Definición de “cuidador”**

Según Jocik Hung define como cuidador a “aquella persona que de forma cotidiana se hace cargo de las necesidades básicas y psicosociales del enfermo o lo supervisa en su vida diaria”(45).

##### **b) Clasificación**

Dentro del concepto del cuidador existen una diversidad de términos asociados. Por ello, la siguiente clasificación define los términos más usados sobre el cuidador:

- **Cuidadores formales:** Son aquellas personas que están capacitadas y reciben una paga o beneficio por el trabajo realizado(14,46) .
- **Cuidadores informales:** Son aquellas personas que no cuentan con una previa capacitación ni son remunerados por su trabajo, ya que está basado en un vínculo afectivo, por ello generalmente esta atención lo brindan los miembros de la familia, aunque también puede ser ejercida por amigos y vecinos(14,46).
- **Cuidadores principales:** Son aquellas personas que asumen toda la responsabilidad acerca del cuidado del paciente y generalmente es ejercido por el cónyuge o el familiar femenino más cercano(14).
- **Cuidadores secundarios:** Son aquellas personas que siendo familiar o no del paciente tienen un grado de compromiso menor en comparación a la del cuidador principal (14).

##### **c)Perfil del cuidador**

En la literatura hay varios estudios que han estudiado el perfil del cuidador, sin embargo, son pocos los estudios que se han enfocado en el cuidador primario informal de pacientes con adicción a drogas, entre ellas podemos mencionar un

estudio publicado en Brasil en el 2012, en la cual se encontró que la mayoría de los cuidadores eran del sexo femenino, casadas, con vínculo laboral y nivel educacional medio completo(28). Otro estudio fue el publicado en Cuba en el 2016 y se encontró que gran parte de los cuidadores tenían entre 45 a 64 años, las diferencias en la variable sexo no fue muy marcada, en la mayoría de los casos eran hijos del paciente, con un nivel de instrucción medio, con vínculo laboral, llevaban cumpliendo la función de cuidador hace más de 1 año y consideraban su situación económica como regular(15).

Con respecto al perfil de cuidadores primarios de otras enfermedades crónicas podemos mencionar la revisión bibliográfica sistematizada realizado en España en el 2018, en la cual se encontró que el cuidador principal del paciente en diálisis fue generalmente la mujer, de mediana edad, hijas o esposas, con estudios primarios o sin estudios(16). En otro estudio publicado en México en el 2017 acerca de las características principales del cuidador primario informal de adultos mayores hospitalizados, se encontró que predominó el género femenino, entre las edades de 36 a 45 años, con niveles de estudio primaria o secundaria, casadas y desempleadas(47). Asimismo, en otro estudio publicado en Brasil en el 2019 acerca de la carga, depresión y ansiedad en cuidadores primarios de niños y adolescentes en terapia de reemplazo renal, se encontró que la mayoría de los cuidadores eran madres de estos niños, casadas, entre 36 a 45 años con nivel de instrucción primario (27).

Por lo tanto, en varios de estos estudios se puede evidenciar la fuerte presencia femenina, ya sea la madre, la esposa o la hija, de mediana edad, con un bajo nivel educativo, que además de ejercer la función de cuidadora también debe hacer frente a las tareas propias de la casa, siendo esta situación muy común en muchos países, sobre todo en los países subdesarrollados como el nuestro.

### **1.7.5. Sobrecarga, ansiedad y depresión en el cuidador primario informal**

#### ***Sobrecarga***

##### **a) Definición**

Según un estudio realizado por García en España refiere que la mejor definición de sobrecarga es la propuesta por Zarit, quien la define como la “percepción que el cuidador tiene acerca del impacto que conlleva la función de cuidador en diferentes esferas de su vida como son en el ámbito físico, mental y socioeconómico” (17).

##### **b) Epidemiología**

En la literatura muchos estudios han reflejado la presencia de un alto nivel de sobrecarga en cuidadores primarios informales de pacientes con diversas enfermedades crónicas incluidos los cuidadores de pacientes con alguna adicción. Entre ellas podemos citar el realizado en Cuba, en la cual se halló que

el 86,6% de los cuidadores primarios de pacientes adictos presentó algún nivel de sobrecarga, de los cuales el 43,3 % presentó un nivel de sobrecarga intenso(15).Del mismo modo, en una revisión sistematizada del 2010 al 2018, acerca de la presencia de sobrecarga en el cuidador de pacientes dializados, se encontró que en el 46,6% de los estudios predominó la sobrecarga moderada y en un 13,3% la sobrecarga intensa(16).En otros 2 estudios las cuales fueron realizados en Colombia, se encontraron porcentajes elevados de sobrecarga en los cuidadores(68,6% y 63%)(30,32).Finalmente en un estudio efectuado en Chile, se halló que de los 43 cuidadores principales de adultos mayores con dependencia severa , el 69,77% de los cuidadores presentó sobrecarga(48).

### **c) Clasificación**

En la literatura clasifican a la sobrecarga en 2 tipos, por un lado, tenemos la sobrecarga objetiva, la cual se refiere a las actividades objetivas que realiza el cuidador, a la carga física, al tiempo de dedicación y la exposición a situaciones estresantes en relación con los cuidados. En cambio, la sobrecarga subjetiva es la respuesta emocional que presenta el cuidador al ejercer esta función(17).

### **d) Instrumentos para la evaluación de la sobrecarga**

Para la evaluación de la sobrecarga, se han utilizado a lo largo de los años numerosos instrumentos de los cuales podemos destacar los siguientes:

#### **La escala de sobrecarga del cuidador de Zarit o Zarit Caregiver Burden Interview (ZCBI)**

Fue diseñado en 1980 por Zarit, Reever y Bach, la cual estima la carga subjetiva del cuidador relacionada al deterioro conductual y funcional (49).Este instrumento originalmente se basaba en un cuestionario de 29 ítems, el cual evaluaba lo siguiente: salud psicológica y física, área laboral y económica, relaciones con la persona receptora del cuidado y relaciones sociales. Posteriormente en una revisión del instrumento en 1985 redujeron el número de ítems a 22, la cual mostró una buena consistencia interna con valor alfa de Cronbach de 0,91(50).

La ZCBI consta de 22 preguntas tipo Likert con 5 opciones de respuesta: "1=nunca, 2=rara vez, 3=algunas veces, 4=bastantes veces y 5=Casi siempre". El puntaje se encuentra entre 22 a 110 puntos y cataloga la carga de la siguiente manera: "ausencia de sobrecarga" ( $\leq 46$ ), "sobrecarga ligera" (47-55) y "sobrecarga intensa" ( $\geq 56$ )(51).

#### **El cuestionario Caregiver Burnout Inventory (CBI)**

Fue diseñado por Novak y Guest en 1989.Este instrumento comprende de 24 preguntas tipo Likert con 5 alternativas: 0 (nada disruptivo) a 4 (muy disruptivo). Se evalúan 5 aspectos de la carga los cuales son: Carga del desarrollo, carga de dependencia del tiempo, carga emocional, carga social y carga física. Presenta un valor alfa de Cronbach de 0,77(52).

## **Índice de esfuerzo del cuidador(IEC)**

Fue diseñado por Robinson en 1983. Este instrumento consta de 13 ítems, cuyas opciones son “SÍ” y “NO”. Se calcula sumando las respuestas, las cuales son “0” si es “NO” y “1” si es “SÍ”, por lo tanto, los puntajes varían de 0 a 13. Presenta un valor alfa de Cronbach de 0,86(53).

### **e) Instrumento que se utilizará en la presente tesis**

En esta tesis se utilizará “La escala de sobrecarga del cuidador de Zarit(ZCBI)”, ya que es la herramienta más empleada para medir la sobrecarga en los cuidadores, según una revisión sistemática, además de ello se debe destacar que la preferencia por este instrumento no ha variado desde los años 90(54). Asimismo, muchos estudios han validado la ZCBI de 22 ítems en diferentes países, por ejemplo, en México en el 2008, Ramírez y cols., validaron la versión española de la ZCBI en “cuidadores primarios informales de pacientes con enfermedades crónico degenerativas” y se encontró una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,90, por lo que es un instrumento seguro y veraz (55). En otro estudio realizado en España en 1998 por Cerrato y cols., encontraron un alfa de Cronbach que osciló entre 0,69 y 0,90 (50). Asimismo, en Colombia en el 2016, se realizó un estudio en cuidadores informales de Bucaramanga y encontraron una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,88 (56). En Chile en el 2009, se realizó la validación de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada y en ambos instrumentos obtuvieron alta consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,84 y 0,87, respectivamente)(51).

Es por ello que en el presente estudio se utilizará este instrumento, ya que es la herramienta más empleada para estimar sobrecarga, presenta una buena consistencia interna y ha sido validada en países similares al nuestro como México, Colombia y Chile(51,55,56) (Ver anexo 6).

## ***Ansiedad***

### **a) Definición**

La ansiedad es una emoción natural, la cual se presenta en situaciones que impliquen una amenaza para el individuo y lo prepara para enfrentarse a ellas, a través de una serie de reacciones fisiológicas, cognitivas y conductuales(57). Sin embargo, según el DSM-5, la ansiedad se convierte en un trastorno mental cuando se presenta una “preocupación excesiva con respecto a la posible ocurrencia o anticipación de diversos sucesos o actividades, la cual va acompañada de síntomas físicos, que causan malestar y pueden afectar otros aspectos de la vida de la persona como a nivel social, laboral, entre otros” (41).

## **b) Epidemiología**

Según la OMS más de 260 millones de personas presentan trastornos de ansiedad, lo cual afecta el trabajo y la productividad(58). Sin embargo, la prevalencia ha incrementado drásticamente a raíz de las estrategias de aislamiento o distanciamiento social ejecutadas durante la pandemia de COVID-19. Entre ellas podemos citar 3 estudios realizados en china, en las cuales hallaron un 28,8% de síntomas de ansiedad entre moderados a severos(20); 35,1% de “Trastorno de ansiedad generalizada” (21) y 70,78% de prevalencia de ansiedad (59).En otro estudio realizado en adultos jóvenes de Estados Unidos encontraron que de 898 participantes el 45,4% presentó síntomas de ansiedad(22).En España se encontró que de 3 480 participantes el 21,6% presentó síntomas de ansiedad(60).De igual forma en un metaanálisis en la cual se incluyó 62 estudios de 17 países se encontró que la prevalencia de ansiedad fue del 33%(23).En el caso de Perú, se realizó un estudio en la ciudad de Chota y se encontró que el 43,3% de los participantes presentó niveles de ansiedad entre leve, moderada y severa(24).Por lo tanto, podemos evidenciar que se ha elevado la prevalencia de ansiedad durante la pandemia de COVID-19,ya que según un estudio epidemiológico realizado en el año 2012 en Lima Metropolitana y Callao por el INSM “HD-HN”,la prevalencia de vida del Trastorno de ansiedad generalizada fue del 3% y en el caso del trastorno de pánico sin agorafobia fue del 0.5% (26).

En la literatura no hay estudios acerca de la prevalencia o nivel de ansiedad en cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas, sin embargo, en estudios efectuados en cuidadores primarios informales de pacientes con otras enfermedades crónicas se ha encontrado que la prevalencia y el nivel de ansiedad en esta población es mayor si se compara con la población general antes de la pandemia. Por ejemplo, en un estudio realizado en Cuba, en la cual se empleó el “Inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE)” a 30 cuidadores principales de adultos centenarios, se evidenció tanto en la ansiedad como estado y en la ansiedad como rasgo niveles medios (31).En otro estudio realizado en México, en la cual se aplicó la prueba de Goldberg a 480 cuidadores ,se encontró que el 36% de los sujetos de estudio tuvo presencia de ansiedad y estuvo presente por igual en hombres y mujeres(61).En el Perú se realizó un estudio en el “Instituto Nacional de Salud del Niño”, donde se aplicó la prueba de Goldberg a 240 cuidadores primarios de pacientes pediátricos hospitalizados en dicha institución y se encontró que el 13,5% de los cuidadores presentó ansiedad y el 57% comorbilidad de depresión y ansiedad(62).Por último en Brasil se realizó un estudio en cuidadores primarios de niños y adolescentes en terapia de reemplazo renal, donde se aplicó el Inventario de ansiedad de Beck (BAI) a 49 cuidadores principales, de los cuales el 47% presentó ansiedad (27).

## **c) Instrumentos para la evaluación de la ansiedad**

Para establecer el diagnóstico de ansiedad se utilizan criterios diagnósticos la cual puede ser en base al DSM-5 o en base al CIE-10. Sin embargo, hay herramientas que si bien no permiten confirmar el diagnóstico, lo que buscan es

advertir acerca de la probable existencia de un problema de ansiedad, no obstante, el diagnóstico tendría que confirmarse más adelante a través de una entrevista. Entre estos instrumentos podemos destacar los siguientes:

### **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)**

Fue diseñado por Beck y colaboradores en 1988 para poder medir la gravedad de la ansiedad en poblaciones psiquiátricas. Asimismo, se encontró que la escala mostró una alta consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,92(63). Este es un instrumento autoaplicable que consta de 21 ítems tipo Likert, en la cual el individuo indica el nivel que ha sido afectado en la semana última. Además, cada ítem presenta 4 opciones de respuesta: "0 (nada en absoluto), 1 (levemente), 2 (moderadamente), o 3 (Severamente)". Cada ítem presenta una puntuación que va de 0 a 3, con un puntaje total fluctúa de 0 hasta 63. Asimismo, de acuerdo al puntaje se clasifica el nivel de gravedad de la sintomatología ansiosa en lo siguiente: 0-7 = mínima; 8-15 = leve; 16-25 = moderada, y 26-63 =severa(64).

### **Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI)**

Fue diseñado por Charles Spielberger, Gorsuch y Lushene en 1970. Este instrumento consta de un total de 40 ítems tipo Likert, de los cuales 20 ítems miden la intensidad de la ansiedad como estado emocional y los otros 20 ítems, la ansiedad como rasgo de personalidad. Al responder a los ítems de ansiedad como estado, los sujetos informan cómo se sienten en un momento preciso, calificándolo a través de 4 opciones: (1) Para nada, (2) Algo, (3) Moderadamente, (4) Mucho. Por otro lado, las respuestas a los ítems de ansiedad como rasgo requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten regularmente a través de 4 opciones: (1) Casi nunca, (2) A veces, (3) A menudo y (4) Casi siempre (65).

### **Escala de ansiedad de Hamilton**

Fue diseñado por Max Hamilton en 1959. Este instrumento consta de 14 ítems tipo Likert con 5 alternativas : 0 = Ausente, 1=Leve, 2=Moderado, 3=Severo y 4=Muy severo. Se obtienen 2 puntuaciones, la cual una corresponde a la ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y la otra a la ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13) (66).

### **d) Instrumento que se utilizará en la presente tesis**

En esta tesis se utilizará el inventario de ansiedad de Beck(BAI), ya que discrimina mucho mejor a los grupos de diagnóstico ansioso (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, entre otros) de los grupos de diagnóstico no ansioso (trastorno distímico, depresión mayor entre otros) (62). Esta diferenciación entre estos dos grupos es muy importante, ya que

tanto la ansiedad como depresión comparten muchos síntomas, lo cual hace muy difícil su división a través de cuestionarios, inventarios o escalas(64). Asimismo, el BAI se desarrolló para evaluar conductas emocionales, cognitivas, motoras o fisiológicas, anormales o patológicas de ansiedad, es decir ansiedad clínica, ya que cubre más del 50% del ataque de pánico según el DSM-IV, el cual es muy similar al DSM-5, y sean completas o parciales estos ataques de pánico, pueden manifestarse en el contexto de todos los trastornos de ansiedad. Caso contrario sucede con el “cuestionario de ansiedad estado-rasgo(STAI)”, el cual es el más empleado para estimar la ansiedad en España y tan solo abarca el 17,4% de los síntomas del ataque de pánico, ya que esta evalúa sobre todo el trastorno de ansiedad generalizada. Otro punto a destacar es que el STAI no diferencia muy bien con respecto a los síntomas de depresión, y esto genera que su puntaje esté definido por la presencia y gravedad de síntomas depresivos (67).

Según un estudio realizado por Sanz en el 2014, señala que el BAI se ha convertido en el cuestionario autoaplicado más utilizado para poder estimar la gravedad de la ansiedad en aquellos países con mayor producción científica en el área de psicología(67). Del mismo modo, Piotrowski en el 2017 hace referencia que el BAI, desde el 2010 en la base de datos bibliográficos PsycINFO, se ha convertido en una prueba líder en la valoración de la ansiedad y ha sido reconocida como un instrumento clave en la evaluación de la ansiedad y estados emocionales relacionados. Además de ello, mencionan que esta aceptación se puede deber a su facilidad de puntuación y brevedad(68).

Un estudio realizado por Sanz y Navarro en el 2003 en España, analizaron las propiedades psicométricas en una muestra de 590 estudiantes universitarios españoles de una versión española del BAI. En ese estudio encontraron una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,88 (69). Del mismo modo, en otro estudio también realizado en España por Sanz y cols., en el 2012, en la cual utilizaron el BAI versión española del estudio anterior, pero en este estudio lo aplicaron en pacientes con trastornos psicológicos y se encontró que la consistencia interna fue elevada con un alfa de Cronbach de 0,90. Además, aquellos con trastorno de ansiedad presentaban puntajes mayores en el BAI que aquellos con otros diagnósticos (64).

En otro estudio realizado en México por Vázquez y cols., en el 2015, en pacientes con cáncer. Se encontró una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,82 (70). Asimismo, en otro estudio realizado en Argentina en el 2020, en la población adulta de Buenos Aires, se encontró un alfa de Cronbach de 0,93(71).

En conclusión, el BAI es una herramienta muy útil utilizado para valorar la ansiedad clínica, discrimina entre síntomas de ansiedad y depresión, muestra una buena consistencia interna y se ha validado en países similares al nuestro como México y Argentina (70,71), por lo cual será utilizado en el presente estudio (Ver anexo 7).



## **Depresión**

### **a) Definición**

Según el DSM-5, la depresión es un trastorno mental, la cual se caracteriza por un “estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer por todas o la mayoría de las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días, durante un periodo mínimo de dos semanas” (41).

### **b) Epidemiología**

Según la OMS los trastornos por depresión son problemas habituales de salud mental que afectan a más de 300 millones de personas en el mundo, la cual constituye la principal causa de discapacidad en el mundo, afectando el trabajo y la productividad (58). Por ejemplo, un metaanálisis que evaluó la prevalencia de depresión en diferentes países entre 1994 y 2014, encontró que la prevalencia de depresión durante la vida fue del 10,8% (72). Sin embargo, la prevalencia de depresión ha incrementado drásticamente durante la pandemia de COVID-19 y entre los estudios que lo respaldan tenemos el realizado en China durante la fase inicial del brote de COVID-19, en la cual se encontró que el 16,5% de los participantes presentó síntomas depresivos de moderados a severos(20). En otro estudio también realizado en la población China se encontró que de 7 236 participantes el 20,1% presentó síntomas depresivos(21). Del mismo modo, en otros dos estudios ,uno realizado en adultos jóvenes de Estados Unidos y otro en España encontraron que el 43,3% y el 18,7% de los participantes presentaron síntomas de depresión, respectivamente (22,60). Asimismo, en un metaanálisis en la cual se incluyó 62 estudios de 17 países se encontró que la prevalencia de depresión fue del 28%(23). En el Perú se realizó un estudio en la cual se encontró que la prevalencia general de síntomas depresivos fue del 34,9%(25). Por lo cual podemos evidenciar que se ha elevado la prevalencia de depresión durante la pandemia de COVID-19, ya que según un estudio epidemiológico realizado en el año 2012 en Lima Metropolitana y Callao por el INSM “HD-HN”, la prevalencia de vida del trastorno depresivo en general era del 17,3%, de los cuales los varones representaban el 12,5% y las mujeres el 21,6%(26).

En los pocos estudios realizados en cuidadores primarios informales o familiares directos de pacientes con adicción a drogas, se evidencia que la prevalencia y el nivel de depresión en esta población se encuentra incrementada en comparación con la población general antes de la pandemia. Entre ellos tenemos el estudio realizado en Brasil en el 2012, en la cual se estudiaron a 109 adictos a las drogas y sus cuidadores, a quienes se les aplicaron el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y se encontró que los puntajes de presencia de síntomas depresivos fueron más altos para los pacientes adicto a drogas que para los cuidadores (37,6% vs 23,9%)(28). En otro estudio realizado en Perú en el 2012, en la cual se aplicó el mismo instrumento a 90 familiares directos de pacientes adictos y se halló que el 33,3% presentó un nivel de depresión leve, seguida del nivel moderado con un 25,6%(29).

### **c) Instrumentos para la evaluación de la depresión**

Para establecer el diagnóstico de trastorno depresivo se utilizan criterios diagnósticos la cual puede ser en base al DSM-5 o en base al CIE-10. Sin embargo, hay herramientas que si bien no permiten confirmar el diagnóstico, lo que buscan es advertir acerca de la probable existencia de un problema de depresión, no obstante, el diagnóstico tendría que confirmarse más adelante a través de una entrevista. Entre estos instrumentos podemos destacar los siguientes:

#### **Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)**

Fue diseñado por Beck y colaboradores en 1996, sin embargo el instrumento original fue creado en 1961 y estuvo basado en observaciones clínicas y descripciones de pacientes psiquiátricos con depresión (73). Posteriormente, en 1979, Beck y colaboradores comenzaron a usar una versión modificada (BDI-IA). Años después, en 1996 se sacó la versión BDI-II, en la cual hubo modificaciones respecto al BDI-IA, donde se sustituyó cuatro ítems por otros nuevos con el objetivo de hacerlo más coherente con los conceptos propuestos por el DSM-4, donde se menciona que los síntomas deben estar presentes en las dos últimas semanas (74).

El BDI-II es un instrumento autoaplicable tipo Likert que consta de 21 ítems que estima síntomas de depresión presentados durante las dos últimas semanas. Cada ítem está conformado por cuatro opciones que van de 0 a 3 y la puntuación total se obtiene sumando los puntajes obtenidos en cada uno de los ítems, y este puntaje puede oscilar entre 0 a 63. Los puntos de corte para clasificar el nivel de depresión son los siguientes: "0-9 = mínima; 10-16 = leve; 17-29 = moderada, y 30-63 = severa" (75).

#### **Escala de Hamilton para la depresión**

Fue diseñado por Hamilton en 1960, la versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se redujo a 17 ítems. Cada ítem tiene entre tres y cinco opciones, con una puntuación que va de 0-2 o de 0-4, respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52 y los puntos de corte son los siguientes: "0-7: No deprimida, 8-13: Depresión ligera, 14-18: Depresión moderada, 19-22: Depresión severa, >23: Depresión muy severa" (76).

#### **Montgomery-Asberg depression rating scale**

Fue diseñado por Stuart Montgomery y Marie Asberg en 1979. Este instrumento consta de 10 ítems tipo Likert, cada ítem tiene 7 opciones que van de 0=ausencia del síntoma a 6=Máximo nivel de gravedad del síntoma. La puntuación total varía de 0 a 60 y se clasifica en lo siguiente: ≤6=Depresión en recuperación, 7-19=Depresión leve, 20-34=Depresión moderada, ≥35=Depresión grave (77).

## **Inventario de depresión estado-rasgo (IDER)**

Fue diseñado por Spielberger en 1996. Este instrumento consta de 20 ítems con dos escalas tipo Likert, una para evaluar el estado (cómo se siente uno en un momento preciso) y la otra para evaluar el rasgo (cómo se siente uno regularmente), cada una con 10 ítems, de los cuales 5 son para distimia y 5 para eutimia. Cada ítem se compone de 4 alternativas que indican intensidad: 1. Nada; 2. Algo; 3. Bastante; 4. Mucho. El puntaje total se consigue sumando los resultados de las dos subescalas y pueden ir en cada una de 10 a 40 puntos(78).

### **d) Instrumento que se utilizará en la presente tesis**

En esta tesis se utilizará el inventario de depresión de Beck(BDI-II), la cual fue el instrumento específico más utilizado e investigado para medir la depresión, según una búsqueda en PsycINFO entre los años 2002 a 2013 (79).

En la adaptación española del BDI-II en estudiantes universitarios realizada en Madrid por Sanz Fernández y cols., en el 2003, encontraron una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,89. Los ítems del BDI-II engloba todos los criterios sintomáticos diagnósticos del DSM-IV para el trastorno distímico y trastorno depresivo mayor. Además, demostró tener una validez aceptable para poder discernir entre personas con y sin episodio depresivo mayor(80). Por otro lado, cabe resaltar que la Asociación Americana de Psiquiatría, no ha realizado cambios importantes entre la quinta edición del manual diagnóstico con respecto a la cuarta edición; por lo tanto los síntomas incluidos por Aaron Beck, continúan siendo notables(81) En otro estudio también realizado por Sanz y cols., en la cual utilizaron el mismo instrumento pero esta vez se evaluó a la población general, con una muestra de 470 adultos. Se encontró una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,87(82).

En México se realizó un estudio en la población adolescente en el 2015, en la cual se encontró que la confiabilidad alfa de Cronbach del BAI-II osciló entre 0,88 y 0,89. Por lo que se concluyó que este instrumento es veraz para evaluar los síntomas de depresión en adolescentes(73). Del mismo modo, en Chile se realizó un estudio en adolescentes chilenos en el 2008, en la cual se aplicó el mismo instrumento y se encontró un alfa de Cronbach de 0,91(74).

En Perú en el 2019, se realizó un estudio por Sánchez-Pachas y cols., en la cual se aplicó el BDI-II a una muestra peruana de 400 personas atendidas en consulta externa de un centro especializado en salud mental de Lima, en la cual encontraron una consistencia interna elevada, con un alfa de Cronbach de 0,93(81). Del mismo modo, en otro estudio en Perú realizado por Carranza en el 2013, cuyo objetivo fue determinar las propiedades psicométricas del BDI-II para universitarios de Lima Metropolitana. Se encontró que el instrumento presentó consistencia interna, validez y estabilidad muy aceptable para la población universitaria de 16 a 36 años(83).

En conclusión, el BDI-II es un instrumento muy utilizado en la práctica clínica y en investigación, además de ello presenta una buena consistencia interna y ha sido validado no solamente en Perú(81,83), sino también en países similares al

nuestro como México y Chile (73,74), es por ello que será utilizado en el presente estudio (Ver anexo 8).

## **1.8. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS**

Hipótesis de Investigación: Existe un alto nivel de sobrecarga, depresión y ansiedad en cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19 en octubre y noviembre del 2020 en Lima – Perú.

# **CAPÍTULO II: MÉTODOS**

## **2.1. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **2.1.1. Tipo de investigación**

Según la tipología de Hernández Sampieri y cols. (84) el presente estudio es:

- Cuantitativo, porque se recolectaron datos para poder probar la hipótesis en base a un análisis estadístico, con el objetivo de establecer patrón de comportamiento.
- Observacional, porque no hubo manipulación de las variables.
- Descriptivo, porque se buscó especificar las características de la población en estudio.
- Transversal, porque se midieron las variables en una sola oportunidad.

Por lo tanto, la presente tesis siguiendo la experiencia de Marrero y cols. (15), Marcon y cols. (28) y Zúñiga (29) se recolectó la información de los cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas por medio de encuestas vía telefónica, los cuales fueron analizados a través de frecuencias y porcentajes con el objetivo de probar la hipótesis planteada. Asimismo, no hubo manipulación de ninguna de las variables y solo se describió los resultados obtenidos de las variables que se midieron en una sola oportunidad.

### **2.1.2. Población**

La población de este trabajo de tesis estuvo constituida por 329 cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas que recibieron teleconsulta, durante octubre y noviembre del año 2020, en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19.

### 2.1.3. Muestra

#### a) Tamaño muestral

El tamaño de muestra se calculó de la siguiente forma:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(N-1) \cdot E^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

n: "tamaño de la muestra"

Z: valor de "Z" para un intervalo de confianza de 95%: **1.96**

p: probabilidad a favor: **0.50**

q: probabilidad en contra: 1-p: **0.50**

N: "Es la población de cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas que recibieron teleconsulta, durante octubre y noviembre del año 2020, en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi": **329**

E: Error estándar: **0.1**

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 329}{(329 - 1) \times (0.1)^2 + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5} = 74.5145$$

"La muestra que se determinó fue de 75 cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas que recibieron teleconsulta, durante octubre y noviembre del año 2020, en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi y que cumplieron con los criterios de inclusión para este estudio".

#### b) Tipo de muestreo

El muestreo fue de tipo aleatorio simple utilizando el programa Microsoft Excel 2016.

## **c)Criterios de selección**

### **Criterios de Inclusión:**

Cuidador primario informal (Familiar, amigo o conocido) que de forma verbal indique ser el principal responsable de brindar los cuidados necesarios al paciente con previo diagnóstico de al menos una adicción y que no recibió capacitación previa ni remuneración económica por desempeñar el rol de cuidador.

El cuidador(ra) tiene que ser mayor de 18 años.

Cuidador(ra) que de manera voluntaria desee participar en el estudio, previa aceptación del consentimiento informado mediante grabación de voz vía telefónica.

### **Criterios de Exclusión:**

Cuidadores que no culminen con alguno de los instrumentos durante la encuesta vía telefónica.

Cuidadores que presenten algún problema de salud física o emocional que no les permitan responder a los instrumentos de evaluación.

## **2.1.4. Variables**

- a) Características sociodemográficas del cuidador primario informal: "Edad, sexo, lugar de procedencia, nivel de instrucción, estado civil, ocupación y parentesco".
- b) Características del cuidado: "cuidador único, horas de cuidado diario y tiempo total como cuidador".
- c) Sobrecarga
- d) Depresión
- e) Ansiedad

## 2.1.5. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO Y ESCALA DE LA VARIABLE	INDICADOR	INSTRUMENTO	
Características sociodemográficas del cuidador primario informal	<b>Edad</b>	"Tiempo que ha vivido un individuo".	"Número de años vividos del encuestado de acuerdo a intervalos".	Cuantitativo Intervalo 1. "18 a 29 años" 2. "30 a 59 años" 3. "60 a más años" <sup>(a)</sup>	Ficha general del cuidador primario informal.	
	<b>Sexo</b>	"Conjunto de características biológicas (anatómicas y fisiológicas) que definen al hombre y a la mujer".	"Selección entre dos opciones por parte del encuestado, sea hombre o mujer".	Cualitativa Nominal 1. "Mujer" 2. "Hombre"	Ficha general del cuidador primario informal.	
	<b>Lugar de procedencia</b>	"Lugar de origen, de donde nace o proviene la persona".	"Lugar donde actualmente vive el encuestado".	Cualitativa Nominal	1. "Provincia de Lima: Comprende los 43 distritos de la provincia de Lima". 2. "Región Lima: Comprende las provincias de Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos". 3. "Provincia Constitucional del Callao". 4. "Otros departamentos" <sup>(a)</sup>	Ficha general del cuidador primario informal.
	<b>Nivel de instrucción</b>	"Grado más elevado de estudios alcanzados por la persona".	"El grado máximo de estudios alcanzado referido por el encuestado".	Cualitativa Ordinal	1. "Analfabeto" 2. "Primaria incompleta" 3. "Primaria completa" 4. "Secundaria incompleta" 5. "Secundaria completa" 6. "Superior técnico incompleta" 7. "Superior técnico completa" 8. "Superior universitaria incompleta" 9. "Superior universitaria completa" <sup>(a)</sup>	Ficha general del cuidador primario informal.
	<b>Estado civil</b>	"Expresión jurídico político de la comunidad humana constituida para desempeñar fines sustanciales dentro de la comunidad".	"Estado jurídico referido por el encuestado".	Cualitativa Nominal	1. "Soltero/a" 2. "Conviviente" 3. "Separado/a" 4. "Casado/a" 5. "Divorciado/a" 6. "Viudo/a" <sup>(a)</sup>	Ficha general del cuidador primario informal.
	<b>Ocupación</b>	"Actividad a la que se dedica una persona".	"Actividad actual a la que se dedica el encuestado".	Cualitativa Nominal	1. "Ama de casa" 2. "Empleado dependiente" 3. "Empleado independiente" 4. "Desempleado" 5. "Otros"	Ficha general del cuidador primario informal.

	<b>Parentesco</b>	“Relación o lazo entre varias personas que comparten afinidad consanguinidad o afectividad”.	“Según cada participante refiera en la encuesta la relación de afinidad, consanguinidad o afectividad que mantiene con el paciente adicto a drogas”.	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. “Padre”</li> <li>2. “Madre”</li> <li>3. “Hijo(a)”</li> <li>4. “Cónyuge”</li> <li>5. “Hermano(a)”</li> <li>6. “Otros”</li> </ol>	Ficha general del cuidador primario informal.
<b>Características del cuidado</b>	<b>Cuidador único</b>	“Es la única persona quien realiza una serie de acciones que garanticen el bienestar de otra persona”.	“Según la respuesta dada por el participante a una de las dos opciones: sí o no”.	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. “Sí”</li> <li>2. “No”<sup>(b)</sup></li> </ol>	Ficha general del cuidador primario informal.
	<b>Horas de cuidado diario</b>	“Es el tiempo dedicado a proporcionar medidas de bienestar a una persona durante 24 horas”.	“Según cada participante refiera en la encuesta el intervalo de horas que dedica en cuidar al paciente adicto a drogas”.	Cuantitativo Intervalo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. “6 horas a menos”</li> <li>2. “7 a 14horas”</li> <li>3. “15 horas a más”<sup>(b)</sup></li> </ol>	Ficha general del cuidador primario informal.
	<b>Tiempo total como cuidador</b>	“Lapso total en la cual se realiza una serie de acciones que aseguren el bienestar de otra persona”.	“Según cada participante refiera en la encuesta el intervalo de meses que viene realizando la función de cuidador”.	Cuantitativo Intervalo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. “6 meses a menos”</li> <li>2. “7 a 18 meses”</li> <li>3. “19 a 36 meses”</li> <li>4. “37 meses a más”<sup>(b)</sup></li> </ol>	Ficha general del cuidador primario informal.
<b>Sobrecarga</b>	“Es el impacto en el ámbito físico, mental y socioeconómico que presenta el cuidador de personas enfermas y que afecta su vida diaria en las esferas mencionadas”.	“Afectación física, mental y socioeconómica que presente el encuestado a raíz de ejercer la función de cuidador primario informal de un paciente adicto a drogas”.	Cualitativa Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. “Ausencia de sobrecarga (<math>\leq 46</math>)”</li> <li>2. “Sobrecarga ligera (47 - 55)”</li> <li>3. “Sobrecarga intensa (<math>\geq 56</math>)”<sup>(c)</sup></li> </ol>	“Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit”	
<b>Depresión</b>	“Trastorno mental caracterizado por un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer por todas o la mayoría de las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días, durante un periodo mínimo de dos semanas”.	“Síntomas de depresión referidos por el encuestado en el momento del estudio”.	Cualitativa Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. “Nivel mínimo de depresión (0-9)”</li> <li>2. “Depresión leve (10-16)”</li> <li>3. “Depresión Moderada (17-29)”</li> <li>4. “Depresión severa (30-63)”<sup>(d)</sup></li> </ol>	“Inventario de depresión de Beck-II(BDI-II)”	
<b>Ansiedad</b>	“Trastorno mental caracterizado por la presencia de preocupación excesiva con respecto a la posible ocurrencia o anticipación de diversos sucesos o actividades, la	“Síntomas de ansiedad patológica referidos por el encuestado en el momento del estudio”.	Cualitativa Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. “Nivel mínimo de ansiedad (0-7)”</li> <li>2. “Ansiedad leve (8-15)”</li> <li>3. “Ansiedad Moderada (16-25)”</li> <li>4. “Ansiedad severa (26-63)”<sup>(d)</sup></li> </ol>	“Inventario de Ansiedad de Beck(BAI)”	



	cual va acompañada de síntomas físicos, que causan malestar y pueden afectar otros aspecto de la vida de la persona como a nivel laboral, social, entre otros”.				
--	---	--	--	--	--

(a) Resultados Definitivos de los Censos Nacionales 2017 – Censos Nacionales 2017 [Internet]. [citado 5 de septiembre de 2021]. Disponible en: <http://censo2017.inei.gob.pe/resultados-definitivos-de-los-censos-nacionales-2017/>.

(b) Morocho Romero EA, Mosquera Rojas CE. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes oncológicos pediátricos del Instituto Sociedad de Lucha contra el Cáncer. Cuenca 2019. 21 de mayo de 2019 [citado 5 de septiembre de 2021]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/32705>.

(c) Breinbauer K H, Vásquez V H, Mayanz S S, Guerra C, Millán K T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Revista médica de Chile. mayo de 2009;137(5):657-65.

(d) Márquez NGL. Relación entre sobrecarga, ansiedad y depresión con la calidad de vida de cuidadores de alumnos con discapacidad. RECIE Revista Electrónica Científica de Investigación Educativa. 1 de septiembre de 2014;2(1):167-83.

## 2.1.6. Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables	Metodología
<p><b>Problema General</b></p> <p>¿Cuál es el nivel de sobrecarga, depresión y ansiedad en cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19 en octubre y noviembre del 2020 en Lima – Perú?</p> <p><b>Problemas específicos</b></p> <p>¿Cuáles son las características sociodemográficas del cuidador primario informal del paciente con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19 en octubre y noviembre del 2020 en Lima – Perú?</p> <p>¿Cuáles son las características del cuidado del paciente con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19 en octubre y noviembre del 2020 en Lima – Perú?</p> <p>¿Cuál es el nivel de sobrecarga en cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19 en</p>	<p><b>Objetivo general</b></p> <p>Determinar el nivel de sobrecarga, depresión y ansiedad en cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19 en octubre y noviembre del 2020 en Lima –Perú.</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <p>Describir las características sociodemográficas del cuidador primario informal del paciente con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19 en octubre y noviembre del 2020 en Lima –Perú.</p> <p>Describir las características del cuidado del paciente con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19 en octubre y noviembre del 2020 en Lima – Perú.</p> <p>Determinar el nivel de sobrecarga en cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19 en octubre y noviembre del 2020 en Lima –Perú.</p> <p>Determinar el nivel de depresión en cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19 en octubre y noviembre del 2020 en Lima – Perú.</p> <p>Determinar el nivel de ansiedad en cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19 en octubre y</p>	<p><b>Hipótesis General</b></p> <p>Existe un alto nivel de sobrecarga, depresión y ansiedad en cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19 en octubre y noviembre del 2020 en Lima –Perú.</p>	<p>a) Características sociodemográficas del cuidador primario informal: “Edad, sexo, lugar de procedencia, nivel de instrucción, estado civil, ocupación y parentesco”.</p> <p>b) Características del cuidado: “cuidador único, horas de cuidado diario y tiempo total como cuidador”.</p> <p>c) Sobrecarga</p> <p>d) Depresión</p> <p>e) Ansiedad</p>	<p><b>Tipo de investigación:</b></p> <p>Es un estudio cuantitativo.</p> <p><b>Diseño de investigación:</b></p> <p>Es un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal.</p> <p><b>Población</b></p> <p>“329 cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas que recibieron teleconsulta, durante octubre y noviembre del año 2020, en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi durante la pandemia de COVID-19”.</p> <p><b>Muestra</b></p> <p>“75 cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas que recibieron teleconsulta, durante octubre y noviembre del año 2020, en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi durante la pandemia de COVID-19 y que cumplieron con los criterios de inclusión para este estudio”.</p> <p><b>Técnica e instrumento</b></p> <p>•Técnica: Encuesta vía telefónica</p> <p>•Instrumentos: 4 cuestionarios</p> <p>a) Ficha general del cuidador primario informal.</p> <p>b) “Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit”</p>

<p>octubre y noviembre del 2020 en Lima – Perú?</p> <p>¿Cuál es el nivel de depresión en cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19 en octubre y noviembre del 2020 en Lima – Perú?</p> <p>¿Cuál es el nivel de ansiedad en cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19 en octubre y noviembre del 2020 en Lima – Perú?</p>	<p>noviembre del 2020 en Lima – Perú.</p>			<p>c) “Inventario de depresión de Beck-II”</p> <p>d) “Inventario de Ansiedad de Beck”</p>
--	---	--	--	---

### 2.1.7. Técnicas e instrumentos

En la presente tesis se utilizó la técnica de encuesta, sirviendo como instrumento 4 cuestionarios que fueron aplicados a través de llamadas telefónicas a los cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas que recibieron teleconsulta, durante octubre y noviembre del año 2020, en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19. A continuación se describen los 4 cuestionarios:

#### *“Ficha general del cuidador primario informal”*

Se obtuvo información acerca de los datos sociodemográficos del cuidador primario informal como son: Edad, sexo, lugar de procedencia, nivel de instrucción, estado civil, ocupación y parentesco. Además, se recolectó información acerca de las características del cuidado como son: Si es cuidador único, horas de cuidado y tiempo total como cuidador(35,85) (Ver anexo 5).

### *“Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit”*

Es una herramienta autoaplicable, que consta de 22 preguntas tipo Likert con cinco alternativas: “1=nunca, 2=rara vez, 3=algunas veces, 4=bastantes veces y 5=Casi siempre”. Tiene una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach que oscila entre 0,69 y 0,90. La puntuación se encuentra entre “22 a 110 puntos” y se clasifica en: “ausencia de sobrecarga ( $\leq 46$ ), sobrecarga ligera (47-55) o sobrecarga intensa ( $\geq 56$ )” (51)(Ver anexo 6).

### *“Inventario de Depresión de Beck-II(BDI-II)”*

Es un instrumento autoaplicable tipo Likert que consta de 21 ítems y estima síntomas de depresión presentados durante las dos últimas semanas. Cada ítem presenta 4 opciones que van de una escala de 0 a 3. La puntuación total oscila entre “0 a 63” y los puntos de corte para clasificar el nivel de depresión son los siguientes: “0-9 = mínima; 10-16 = leve; 17-29 = moderada, y 30-63 = severa” (75) (Ver anexo 8).

### *“Inventario de Ansiedad de Beck(BAI)”*

Es un instrumento autoaplicable que consta de 21 ítems tipo Likert, en la cual el individuo indica el nivel de afectación en la semana última. Cada ítem presenta 4 opciones de respuesta: “0 (nada en absoluto), 1 (levemente), 2 (moderadamente), o 3 (Severamente)”. El puntaje total fluctúa entre “0 a 63” y se clasifica en: “0-7 = mínima; 8-15 = leve; 16-25 = moderada, y 26-63 = severa” (64,70) (Ver anexo 7).

## **2.1.8. Plan de recolección**

En primer lugar, se solicitó la aprobación de la ejecución de la presente tesis al comité de bioética de la “Universidad Nacional Mayor de San Marcos”. Posteriormente, se solicitó la autorización al director del “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”, para el desarrollo del estudio en dicha institución (Ver anexo 2). Luego, se solicitó a cada uno de los médicos tratantes del área de adicciones, la lista de pacientes con adicción a drogas que recibieron teleconsulta, durante los meses de octubre y noviembre del año 2020, con sus respectivos números telefónicos para poder construir una base de datos en Microsoft Excel 2016, y luego poder seleccionar la muestra de estudio de manera aleatorio simple. Cabe resaltar que de los 5 médicos tratantes que trabajan en el área de adicciones del “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”, solo 3 de ellos brindaron la lista de sus pacientes. A continuación, se procedió a realizar las llamadas telefónicas a cada uno de los seleccionados y aquellos números que correspondían al paciente, se solicitó el número de su cuidador primario. En cada una de las llamadas se procedió en primer lugar, con una presentación previa, donde se explicó el motivo de la llamada y la importancia del presente estudio. Luego, se les realizó algunas

preguntas para confirmar si cumplían los cuidadores con los criterios de inclusión. Posteriormente, se les invitó a participar en el estudio, y si su respuesta era afirmativa se continuaba con la grabación de voz y lectura del consentimiento informado. Después de ello se procedió con la encuesta, que consistía en 4 cuestionarios, donde se les leía cada pregunta y dependiendo de sus respuestas se iba marcando cada casillero.

Cada encuesta duró aproximadamente entre 20 a 30 minutos.

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

Una vez obtenido los datos se procedió a pasar cada uno de ellos en el “paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS) versión 25”, donde se realizó un análisis descriptivo, en la cual se hallaron frecuencias y porcentajes para cada una de las variables.

## **2.2. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

La presente tesis siguió los principios éticos para la investigación médica en seres humanos manifestado en la “Declaración de Helsinki”, en la cual refiere que se debe “velar solícitamente y ante todo por la salud del paciente, ya que es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en la investigación”(86).

Se respetaron los cuatro principios éticos como son:

- “Autonomía”: El cuidador primario estuvo en la libertad de decidir participar o no de la investigación haciendo uso del consentimiento informado, sin ser coaccionado.
- “Beneficencia”: No hubo un beneficio de manera inmediata, pero los datos obtenidos serán de mucha ayuda para tomar medidas que prevengan problemas en la salud de los cuidadores primarios informales como consecuencia del cuidado que brinda al paciente con adicción a drogas.
- “No maleficencia”: No se produjo consecuencias negativas ni ningún tipo de daño como producto de la aplicación de los cuestionarios.
- “Justicia”: Se trató a cada participante de manera justa sin discriminación de sexo, raza y religión.

La presente tesis fue aprobada por el comité de ética en investigación de la facultad de medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos con código de estudio N°: 0101(Ver anexo 1). Asimismo, también fue aprobado por la oficina ejecutiva de apoyo a la investigación y docencia especializada del

“Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” con código: OEAIDE-831-2021(Ver anexo 3).

### **2.3. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Este documento se ha realizado de acuerdo a lo establecido en la “Declaración de Helsinki”, respetando los 4 principios éticos (ver Anexo 4).

## CAPITULO III: RESULTADOS

La presente tesis se realizó en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” y estuvo determinado por una muestra de 75 cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas que recibieron teleconsulta, durante los meses de octubre y noviembre del año 2020.

A continuación, se muestran los resultados estadísticos obtenidos producto del análisis de los datos. Estos datos se presentan en tablas y gráficos utilizando la estadística descriptiva.

### *CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL*

Se encontró que la mayor parte de los cuidadores primarios informales tuvo edades comprendidas entre 30 a 59 años (74,7%), fueron principalmente mujeres (81,3%), que procedieron en su mayoría de la provincia de Lima (85,3%), con estudio superior técnico completo (26,7%), casadas (33,3%), amas de casa (40%) y madres de los pacientes (52%) (Tabla 1).

**Tabla 1.** Características sociodemográficas del cuidador primario informal del paciente con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19 en octubre y noviembre del 2020.

<b>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>(IC 95%)</b>
<b>Edad(n=75)</b>			
18 a 29 años	4	5,3	(0,1-10,5)
30 a 59 años	56	74,7	(64,5-84,7)
60 a más años	15	20	(10,7-29,2)
<b>Sexo(n=75)</b>			
Mujer	61	81,3	(72,3-90,3)
Hombre	14	18,7	(9,6-27,6)
<b>Lugar de procedencia(n=75)</b>			
Provincia de Lima	64	85,3	(77,1-93,5)
Región Lima	3	4	(-0,5-8,5)
Provincia constitucional del Callao	4	5,3	(0,1-10,5)

Otros departamentos	4	5,3	(0,1-10,5)
<b>Nivel de instrucción(n=75)</b>			
Analfabeto	0	0	(0,0-0,0)
Primaria incompleta	3	4	(-0,5-8,5)
Primaria completa	2	2,7	(-1,0-6,4)
Secundaria incompleta	6	8	(1,7-14,2)
Secundaria completa	19	25,3	(15,2-35,4)
Superior técnico incompleta	6	8	(1,7-14,2)
Superior técnico completa	20	26,7	(16,4-36,9)
Superior universitaria incompleta	7	9,3	(2,6-16,0)
Superior universitaria completa	12	16	(7,5-24,4)
<b>Estado civil(n=75)</b>			
Soltero/a	18	24	(14,1-33,8)
Conviviente	14	18,7	(9,6-27,6)
Separado/a	6	8	(1,7-14,2)
Casado/a	25	33,3	(22,4-44,2)
Divorciado/a	6	8	(1,7-14,2)
Viudo/a	6	8	(1,7-14,2)
<b>Ocupación(n=75)</b>			
Ama de casa	30	40	(28,6-51,3)
Empleado dependiente	15	20	(10,7-29,2)
Empleado independiente	27	36	(24,8-47,1)
Desempleado	0	0	(0,0-0,0)
Otros	3	4	(-0,5-8,5)
<b>Parentesco(n=75)</b>			
Padre	8	10,7	(3,5-17,8)
Madre	39	52	(40,4-63,5)
Hijo(a)	4	5,3	(0,1-10,5)
Cónyuge	10	13,3	(5,4-21,2)
Hermano(a)	10	13,3	(5,4-21,2)
Otros	4	5,3	(0,1-10,5)



## CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADO

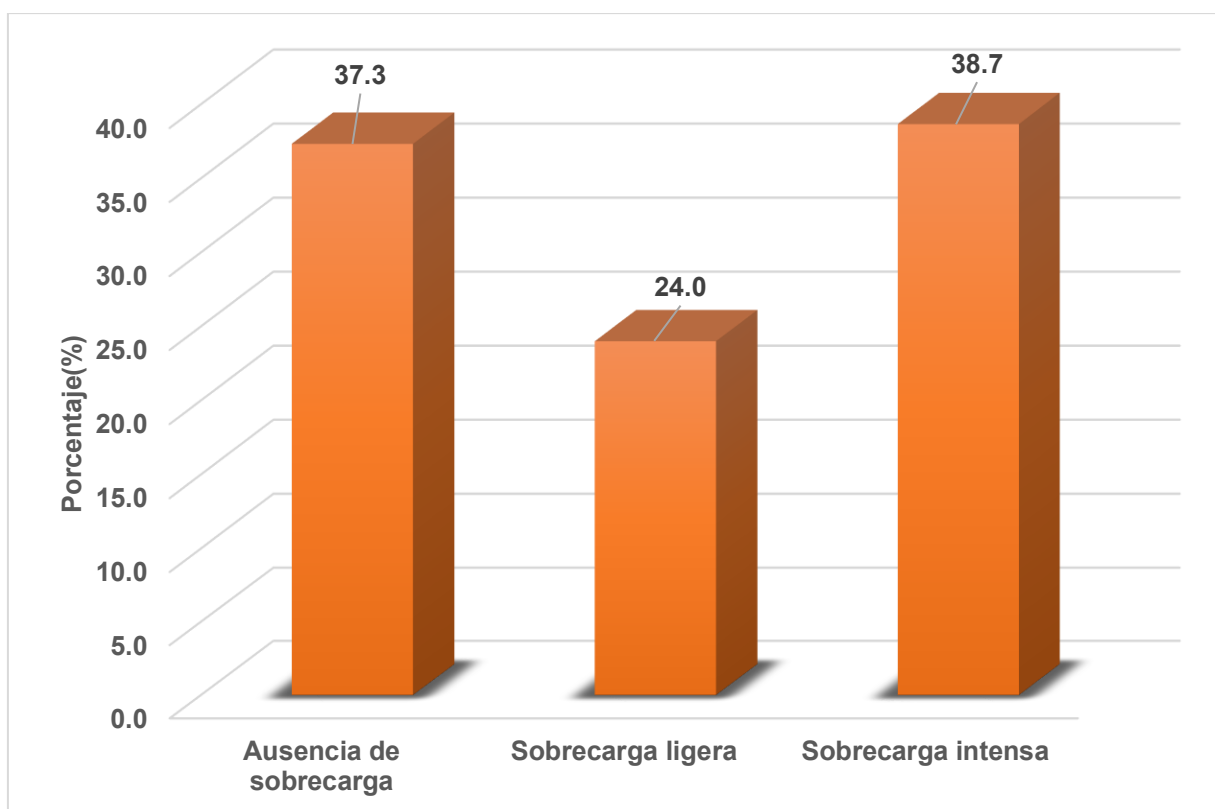
Se halló que gran parte de los cuidadores primarios informales comparten el cuidado del paciente con otra persona (54,7%), dedicando de 15 horas a más en el cuidado de su paciente (69,3%) y un tiempo total como cuidador de 37 meses a más (52%) (Tabla 2).

**Tabla 2.** Características del cuidado del paciente con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19 en octubre y noviembre del 2020.

<b>Variables de las características del cuidado</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>(IC 95%)</b>
<b>Cuidador único(n=75)</b>			
Sí	34	45,3	(33,8-56,8)
No	41	54,7	(43,1-66,2)
<b>Horas de cuidado diario(n=75)</b>			
6 horas a menos	19	25,3	(15,2-35,4)
7 a 14 horas	4	5,3	(0,1-10,5)
15 horas a más	52	69,3	(58,6-80,0)
<b>Tiempo total como cuidador(n=75)</b>			
6 meses a menos	3	4	(-0,5-8,5)
7 a 18 meses	16	21,3	(11,8-30,8)
19 a 36 meses	17	22,7	(12,9-32,3)
37 meses a más	39	52	(40,4-63,5)

### NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL

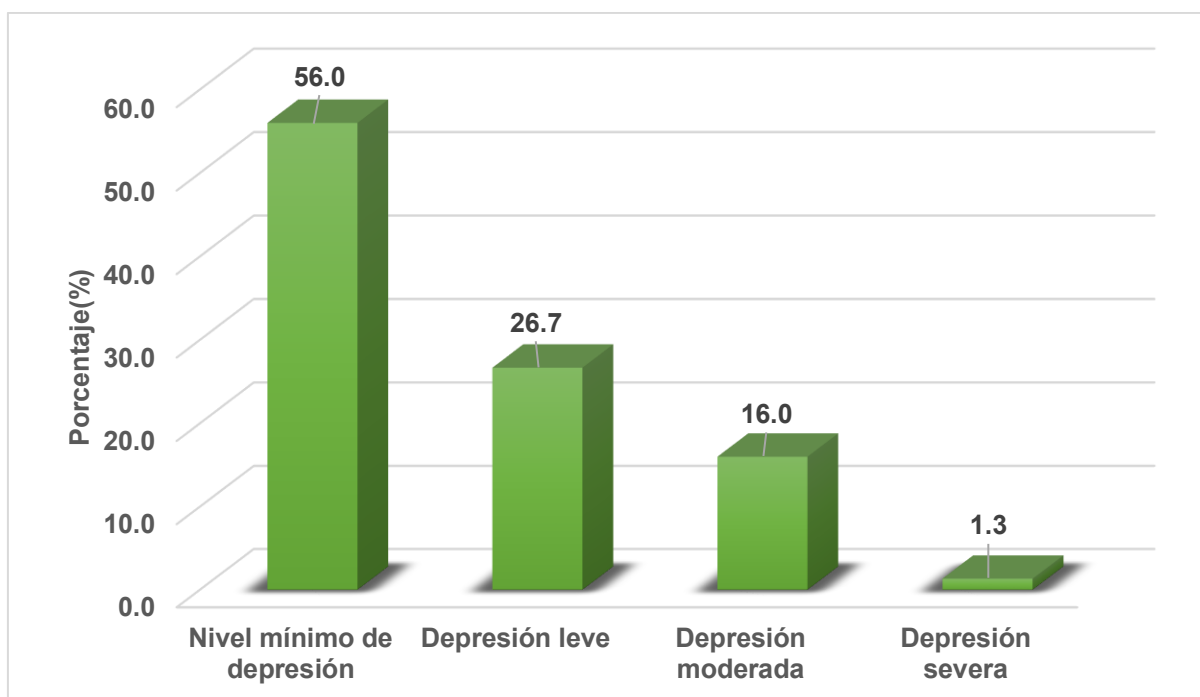
Se encontró que la mayor parte de los cuidadores primarios informales presentó sobrecarga intensa, que estuvo presente en 29 encuestados, lo cual representó el 38,7%; seguido de ausencia de sobrecarga en 28 encuestados, lo cual representó el 37,3% y finalmente sobrecarga ligera en 18 encuestados, que correspondió al 24,0% (Figura 1).



**Figura 1.** Nivel de sobrecarga en los cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19 en octubre y noviembre del 2020 según “la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit”.

### NIVEL DE DEPRESIÓN DEL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL

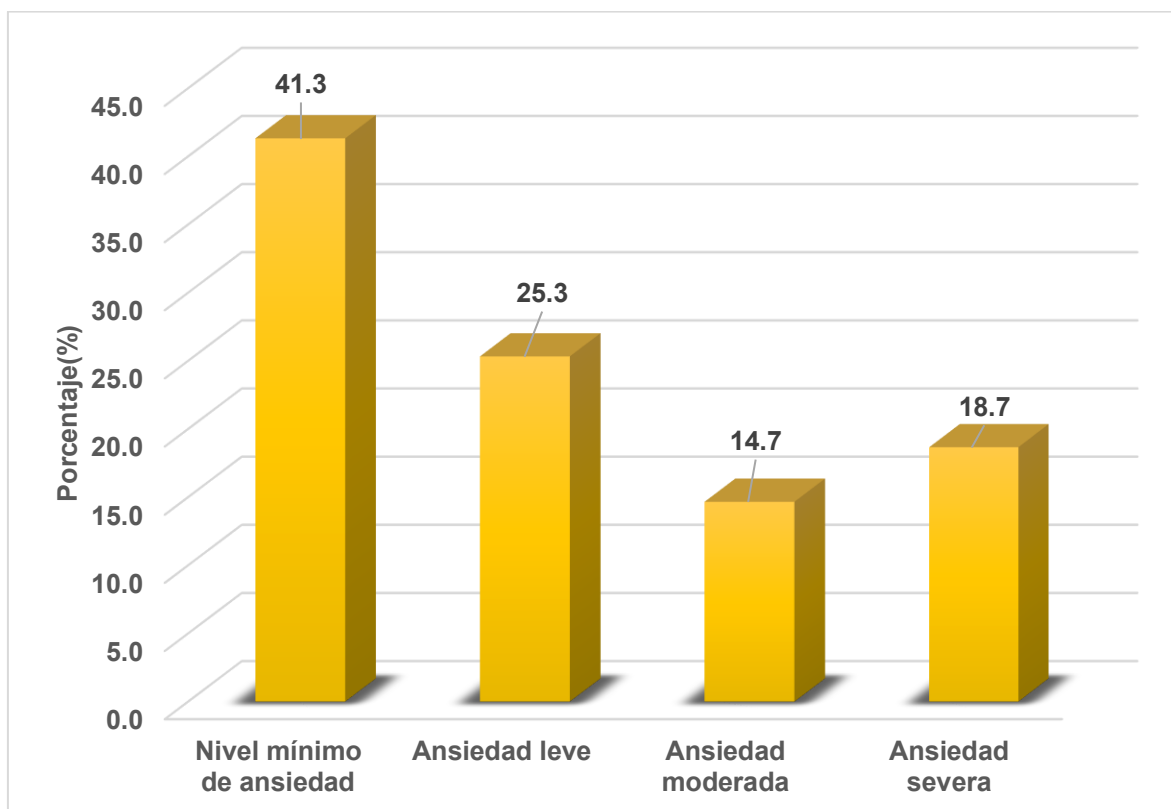
Se encontró que predominó el nivel mínimo de depresión, que estuvo presente en 42 de los encuestados, lo cual representó el 56%, seguido del nivel de depresión leve en 20 de los encuestados lo cual representó el 26,7%, seguido del nivel de depresión moderada en 12 de los encuestados lo cual representó el 16% y finalmente el nivel de depresión severa en solo 1 encuestado lo cual representó el 1,3%(Figura 2).



**Figura 2.** Nivel de depresión en los cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19 en octubre y noviembre del 2020 según el “Inventario de Depresión de Beck-II(BDI-II)”.

### NIVEL DE ANSIEDAD DEL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL

Se halló que la mayor parte de los cuidadores primarios informales presentó un nivel mínimo de ansiedad, que estuvo presente en 31 de los encuestados, lo cual representó el 41,3%, seguido del nivel de ansiedad leve en 19 de los encuestados, lo cual representó el 25,3%, seguido del nivel de ansiedad severa en 14 de los encuestados lo cual representó el 18,7% y finalmente el nivel de ansiedad moderada en 11 de los encuestados lo cual representó el 14,7% (Figura 3).



**Figura 3.** Nivel de ansiedad en los cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19 en octubre y noviembre del 2020 según el “Inventario de Ansiedad de Beck(BAI)”.

## CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

Los hallazgos obtenidos en la presente tesis, representa el primer estudio en la literatura científica que informa acerca del nivel de sobrecarga, depresión y ansiedad en cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas durante la pandemia de COVID-19 en una institución psiquiátrica en Lima-Perú. A continuación, se muestran los resultados en comparación con lo encontrado en otros estudios similares realizados antes de la pandemia de COVID-19.

De acuerdo al primer objetivo específico, describir las características sociodemográficas del cuidador primario informal del paciente con adicción a drogas, se obtuvo que la mayor parte eran mujeres entre 30 a 59 años, de la provincia de Lima, que culminaron el nivel superior técnico, casadas, amas de casa y madres de los pacientes con adicción a drogas. Estos resultados son muy parecidos a los hallados por Marcon y cols., en cuidadores de pacientes adictos a las drogas, donde encontraron que la mayoría eran mujeres, casadas, con un nivel de instrucción medio completo(28). Del mismo modo Bequis y cols., encontraron que la mayor parte de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia eran mujeres, madres, entre las edades de 19 a 60 años y con bachiller(32). Asimismo, Salazar y cols., hallaron que gran parte de los cuidadores de personas con enfermedad mental eran mujeres, casadas, responsables del hogar y madres del paciente(30). Finalmente, el estudio realizado por Lima y cols., en cuidadores primarios de niños y adolescentes en terapia de reemplazo renal, encontraron que la población era predominantemente mujeres, madres, con edades comprendidas entre 36 a 45 años, con estado civil casadas y amas de casa(27). Por otro lado, hay estudios que contrastan en algunos aspectos con lo hallado en la presente tesis, por ejemplo en cuanto al rango de edad, Martínez reportó que la mayor parte de los cuidadores principales de adultos centenarios estaban entre las edades de 58 y 73 años con un 39,8%, es decir predomina una población adulta mayor(31). En otro estudio realizado por Zúñiga, se encontró que la mayoría de los familiares de individuos adictos al alcohol y otras drogas era una población joven entre 16 a 26 años con un porcentaje del 34,4%(29). Por lo tanto, se puede evidenciar que gran parte de los cuidadores se encuentran en la adultez media, como se encontró en el presente estudio y esto reafirma lo reportado en otros estudios tanto de cuidadores de pacientes adictos como de otras enfermedades crónicas. Con respecto al sexo, Marrero y cols., encontraron que no hubo mucha diferencia en cuanto al sexo, incluso el porcentaje de varones era mayor con un 53,3%(15). Este resultado pone en evidencia que si bien es cierto muchos estudios, incluido el hallado en la presente tesis, confirman el rol predominante de la mujer como cuidadora, ya que por muchos años se le ha atribuido a la mujer esta función en la sociedad siendo entrenadas desde edades tempranas para cuidar de los hijos, esta realidad ha venido cambiando en las últimas décadas, debido a que las mujeres al igual que los hombres tienen obligaciones sociales y laborales similares, lo cual ha generado que el papel de cuidador ya no sea exclusivamente de la mujer(15,16,28,31). En cuanto al nivel de instrucción, dos estudios divergen con los resultados hallados en la presente

tesis, así tenemos el estudio realizado por Arroyo y cols., donde encontraron que la mayoría de los cuidadores del paciente en diálisis tenían estudios primarios o no tenían estudios(16). De igual forma, Lima y cols., hallaron que gran parte de los cuidadores primarios de niños y adolescentes en terapia de reemplazo renal tenían un nivel de instrucción básico o primario, lo cual representaba el 55,1%(27). Esta diferencia en los resultados se puede deber a las diferencias que existe en cuanto al nivel educacional en cada país(15). En cuanto a la ocupación, en los estudios de Marrero y Bequis, se encontró que la mayoría de los cuidadores mantenían vínculo laboral(15,32). Estos resultados no coinciden con lo hallado en la presente tesis, ya que se encontró que la mayoría de los cuidadores eran amas de casa, sin embargo al analizar a los cuidadores que tienen alguna ocupación laboral, estos representaron el 56%, es decir el 36% refirieron ser empleados independientes y el 20% empleados dependientes, lo cual es un porcentaje considerable, y esto se puede deber a que el paciente adicto a pesar de su enfermedad puede realizar sus actividades básicas de la vida diaria, lo cual permite al cuidador seguir trabajando para generar un ingreso a la familia(15). En lo que respecta al grado de parentesco, dos estudios contrastan con lo hallado en esta tesis, por ejemplo, Marrero y cols., hallaron que el 60% de los cuidadores primarios de adictos en recuperación eran hijos de los pacientes(15). Por otro lado, Zúñiga encontró que la mayoría de los familiares de individuos adictos al alcohol y a otras drogas eran los hermanos/as de los pacientes con un 26,7%(29). Por lo tanto, se puede evidenciar la variabilidad con respecto al grado de parentesco, sin embargo, la mayoría de veces como en el caso del presente estudio, las madres son las que asumen mayor compromiso que otros miembros de la familia(27,30).

Respecto al segundo objetivo específico, describir las características del cuidado del paciente con adicción a drogas, se encontró que la mayoría comparte el cuidado del paciente con otra persona lo cual representa el 54,7%, con respecto a las horas de cuidado diario la mayor parte dedica de 15 horas a más en el cuidado de su paciente y el tiempo total que lleva realizando la función de cuidador en su mayoría es de 37 meses a más. Estos resultados son similares a los reportados por Bequis y cols, quienes encontraron que gran parte de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia reciben ayuda al momento del cuidado, dedican 24 horas de cuidado diario al paciente y llevan de 5 años a más realizando la función de cuidador(32). Del mismo modo, Marrero y cols., encontraron que el 66,7% de los cuidadores primarios de adictos en recuperación llevaban cumpliendo el papel de cuidador hace más de 1 año y de estos la mayoría llevaba ejerciendo este rol desde hacía más de 5 años (15). De igual forma, Lima y cols., hallaron que el 36,7% de los cuidadores primarios de niños y adolescentes en terapia de reemplazo renal habían asumido el papel de cuidador desde hacía más de 6 años (27). Por lo tanto, el resultado hallado en la presente tesis reafirma lo encontrado en la literatura, ya que la adicción por ser una enfermedad crónica conlleva a años de tratamiento y rehabilitación(11). Caso contrario fue lo reportado por Salazar y cols., quienes hallaron un promedio de cuidado diario de 12 horas(30). Este resultado contrasta con lo encontrado en la presente tesis, ya que la mayoría dedicaba de 15 horas a más en el cuidado

de su paciente, esta diferencia podría deberse a las restricciones de salida a causa de la pandemia de COVID-19, la cual ha generado que la convivencia con el paciente se dé casi de manera permanente, dedicando así más horas de cuidado a su paciente.

En lo que respecta al tercer objetivo específico, determinar el nivel de sobrecarga en cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas, se encontró que de los 75 cuidadores a quienes se les aplicó “La escala de sobrecarga del Cuidador de Zarit”, la mayoría presentó sobrecarga intensa, representando el 38,7%. Este resultado es muy parecido a lo encontrado en otros estudios, donde utilizaron el mismo instrumento, así Marrero y cols., hallaron que gran parte de los cuidadores primarios de individuos adictos en recuperación presentó sobrecarga intensa con un 43,3%(15). Del mismo modo Corbalán y cols., encontraron que la mayoría de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas presentaban sobrecarga intensa lo cual representaba el 47,9% (18). En otro estudio Salazar y cols., hallaron que gran parte de los cuidadores de pacientes con enfermedad mental presentaban una carga intensa representando el 55,7%(30). Finalmente, Bequis y cols., encontraron que el 31% de los cuidadores informales de individuos con esquizofrenia presentaban sobrecarga intensa(32). Por lo tanto, el resultado de la presente tesis reafirma lo encontrado en la literatura, esto se debe a que influyen varios factores que generan efectos negativos en el papel de cuidador, de las cuales se pueden destacar según Salazar y cols.(30) y Arroyo y cols.(16) variables como el sexo especialmente mujeres; la edad, sobre todo adultos mayores y jóvenes, ya que por un lado los adultos mayores presentan más comorbilidades disminuyendo su calidad de vida y por otro los jóvenes que son más activos socialmente; el no recibir apoyo de otra persona en el rol de cuidador; el ejercer la función de cuidador por muchos años, y finalmente el realizar esta función por varias horas al día contribuyen al aumento de la sobrecarga, debido a que al seguir una rutina sin el apoyo de otra persona ocasiona que los cuidadores no puedan distraerse y van acumulando esta sobrecarga a través de los años (15). Muchas de las características mencionadas se presentaron en los cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas en la presente tesis, además de ello debemos considerar el impacto que genera la pandemia a causa del COVID-19 en esta población, que si bien es cierto no es el objetivo de esta investigación y tampoco hay estudios relacionados a este tema, es importante tomarlo en cuenta. Por ello, debido a todos estos factores antes mencionados es que se encontró un gran porcentaje de nuestra población con sobrecarga, pero sobre todo la sobrecarga intensa que fue la más frecuente. Caso contrario fue lo reportado por Martínez, quien utilizando el mismo instrumento encontró que, la mayoría de los cuidadores de adultos centenarios no presentaron sobrecarga(86,7%) y solo un 6,7% presentaron sobrecarga leve y un mismo porcentaje sobrecarga intensa(31). Esto podría deberse a que los cuidadores pueden ir adaptándose a la situación, desarrollando habilidades para un mejor cuidado, creando estrategias de afrontamiento, buscando apoyo dentro de la familia o de instituciones especializadas que conllevan a proteger al cuidador de la sobrecarga(15).

En cuanto al cuarto objetivo específico, determinar el nivel de depresión en cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas, se encontró que de los 75 cuidadores primarios informales a quienes se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck-II(BDI-II) ,la mayoría presentó un nivel mínimo de depresión, representando el 56% de los encuestados, seguido del nivel de depresión leve con un 26,7%,sin embargo cabe resaltar que el 44% de los cuidadores presentó algún grado de depresión entre leve ,moderada y severa, lo cual es un porcentaje considerable. Estos resultados fueron similares a lo encontrado en otros estudios utilizando el mismo instrumento, así Lima y cols.,reportaron que la mayoría de cuidadores primarios de niños y adolescentes en terapia de reemplazo renal presentó un nivel mínimo de depresión el cual representaba el 63,2%,seguido del nivel de depresión leve con un 18,4%(27).Del mismo modo, Marcon y cols.,encontraron que la mayoría presentó un nivel mínimo de depresión, representando el 63,3%(28).Caso contrario fue lo hallado por Zúñiga quien utilizando el mismo instrumento reportó que gran parte de los familiares de individuos adictos al alcohol y otras drogas presentó un nivel de depresión leve lo cual representaba el 33,3%,seguido del nivel de depresión moderada con 25,6% y finalmente el nivel de depresión severa con un 24,4%,siendo porcentajes mucho mayores a los hallados en la presente tesis(29).Asimismo, Martínez utilizando otro instrumento que fue “el inventario de depresión rasgo-estado (IDERE)”,en la cual se evaluó la “depresión como estado(cómo se siente en un momento preciso)” y la “depresión como rasgo(cómo se siente regularmente)”,se encontró que la mayoría de los cuidadores de adultos centenarios presentó un nivel de depresión alto, tanto para la depresión estado(60%) como para la depresión rasgo(36,7%)(31).En este último caso la divergencia en los resultados con respecto a la presente tesis podría deberse a que se utilizaron diferentes instrumentos. Por otro lado, si comparamos los resultados de los niveles de depresión hallados en este estudio con los encontrados en la población general durante la pandemia de COVID-19 se puede evidenciar que son similares; por ejemplo, en el estudio realizado en México por Vásquez y cols.,en la cual se empleó el “cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)”, reportaron que la mayoría presentó niveles de depresión mínima, representando el 39,7% (87).En otro estudio realizado por Shah y cols.,en la cual se empleó las “escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS - 21)”,hallaron que gran parte de la población de estudio no presentó características de depresión, representando el 41,1%,el cual es un porcentaje cercano al hallado en la presente tesis(88).

En lo que respecta al quinto objetivo específico, determinar el nivel de ansiedad en cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas, se encontró que de los 75 cuidadores primarios informales a quienes se le aplico el Inventario de Ansiedad de Beck(BAI) la mayoría presentaba un nivel mínimo de ansiedad con un 41,3%, seguido del nivel de ansiedad leve con un 25,3% , sin embargo cabe resaltar que el 58,7% de los cuidadores presenta algún grado de ansiedad entre leve ,moderada y severa, lo cual es un porcentaje considerable. En un estudio realizado por Lima y cols., en cuidadores primarios de niños y adolescentes en terapia de reemplazo renal, quienes utilizando el mismo



instrumento hallaron que el nivel mínimo de ansiedad, ansiedad leve y ansiedad moderada tuvieron el mismo porcentaje (26,5%), este resultado es similar al porcentaje del nivel de ansiedad leve hallado en la presente tesis(27).Caso contrario fue lo reportado por Martinez, quien utilizando otro instrumento, el cual fue “el inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE)”, donde se evaluó la “ansiedad como estado(cómo se siente en un momento preciso)” y la “ansiedad como rasgo(cómo se siente regularmente)”, encontró que la mayoría de los cuidadores de adultos centenarios presentaron un nivel de ansiedad medio, tanto para la ansiedad estado(46,7%) como para la ansiedad rasgo(56,7%) y la menor cantidad de sujetos presentó niveles bajos de ansiedad tanto estado como rasgo(10% y 3,3%, respectivamente)(31). Esta discrepancia en los resultados con respecto a lo hallado en la presente tesis podría deberse a que se utilizaron instrumentos diferentes. Por otro lado, si comparamos los resultados de los niveles de ansiedad hallados en el presente estudio con los encontrados en la población general durante la pandemia de COVID-19 se puede evidenciar que son similares; por ejemplo, en el estudio realizado en México por Vásquez y cols., en la cual se empleó la escala del trastorno de ansiedad generalizada GAD-7, se reportó que la mayoría presentó un nivel de ansiedad mínimo, representando el 34,8%(87). En otro estudio realizado en Alemania por Bäuerle y cols., en la cual se empleó el instrumento antes mencionado, se encontró que el 55,1% y el 28,1% presentaron niveles de ansiedad entre mínimo y leve, respectivamente, los cuales son cercanos a los hallados en el presente estudio(89). En otro estudio realizado por Shah y cols., en la cual se empleó las “escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS - 21)”, reportaron que la mayoría no tenían características de ansiedad, lo cual representaba el 49,1% (88). Del mismo modo, en Perú, en la ciudad de Chota, Gonzales y Sánchez, quienes utilizaron la escala de autoevaluación de la ansiedad de Zung encontraron que el 20,9% presentó ansiedad leve y el 13,4% ansiedad moderada, los cuales son porcentajes similares a los hallados en el presente estudio(24).

En conclusión, de acuerdo al objetivo general, determinar el nivel de sobrecarga, depresión y ansiedad en cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas, se encontró que la mayoría presentó un nivel de sobrecarga intensa. Pero, en lo que respecta a la ansiedad y depresión, predominó el nivel mínimo, seguido del nivel leve. Estos resultados como ya se mencionó son similares a varios estudios previamente citados, los cuales fueron realizados antes de la pandemia de COVID-19(15,18,27,28,30,32). Además de ello es importante resaltar que los niveles de depresión y ansiedad hallados en la presente tesis son similares a los encontrados en estudios realizados a la población general durante la pandemia de COVID-19, y por el contrario no son más frecuentes los niveles moderado y severo de depresión y ansiedad, como se podría esperar en estos cuidadores primarios informales debido al contexto de la pandemia, lo cual podría deberse, al modo de vida de los cuidadores, que pudo no haberse visto muy afectada, incluso por las restricciones sociales llevadas a cabo durante la pandemia del COVID-19. Asimismo, la expresión de la depresión y ansiedad se deben a otros múltiples factores, que requiere estudios específicos para hallar una explicación asociativa, que no ha sido abordada en

esta tesis, por lo que se debería realizar más estudios acerca del impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los cuidadores primarios informales de pacientes no solo con adicción a drogas, sino también de pacientes con otras enfermedades crónicas, que permitan prevenir condiciones que podrían vulnerabilizar en mayor medida a esta población.

Esta investigación presenta las limitaciones propias de los estudios transversales. Primero, debido a que las encuestas se realizaron en una sola ocasión, no se puede establecer inferencias causa-efecto. Segundo, los datos que se obtienen de esta población corresponde a un momento determinado en el tiempo y si se vuelve hacer otra medición en otro momento lo más probable es que los resultados sean diferentes. Tercero, se puede presentar “sesgo de memoria”, ya que la mayoría de los cuidadores llevan ejerciendo esta función por muchos años y puede ocurrir que no recuerden con seguridad algunos datos. Cuarto, al realizarse las encuestas solo a través de llamadas telefónicas se estaría omitiendo la población de cuidadores que no cuentan con celulares o teléfonos fijos en casa. Quinto, el abordar temas sensibles o delicados, a través de este medio, se tiene que realizar con mucho cuidado(90,91).

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1. Conclusiones**

1. Las características sociodemográficas, la mayoría de los cuidadores primarios informales eran mujeres entre 30 a 59 años, de la provincia de Lima, que culminaron el nivel superior técnico, casadas, amas de casa y madres de los pacientes con adicción a drogas.
2. Las características del cuidado, los cuidadores primarios informales refirieron compartir el cuidado con otra persona, se dedicaban al cuidado de su paciente de 15 horas a más durante el día por un tiempo de 37 meses a más.
3. El nivel de sobrecarga que predominó fue el de sobrecarga intensa (38,7%).
4. El nivel de depresión que predominó fue el nivel mínimo de depresión (56%), seguido del nivel de depresión leve (26,7%).
5. El nivel de ansiedad que predominó fue el nivel mínimo de ansiedad (41,3%), seguido del nivel de ansiedad leve (25,3%).
6. Se determinó un nivel de sobrecarga intensa, un nivel mínimo de depresión y ansiedad, seguido del nivel leve de depresión y ansiedad en cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” durante la pandemia de COVID-19.

## 5.2. Recomendaciones

En el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” se cuenta con un programa de apoyo para los cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas, se recomienda mejorar este programa, con un monitoreo constante a esta población realizando tamizajes de sobrecarga, depresión y ansiedad, para poder de esta manera detectar tempranamente estos síntomas, evitando que se agraven y se desarrollen trastornos psiquiátricos que requieran tratamiento, con asesoramiento psicológico para brindar estrategias y técnicas psicológicas para empoderarlos.

Se debería implementar programas de ocio y tiempo libre para los cuidadores, con el objetivo de poder distraerse y a la vez realizar actividad física para mantener un estilo de vida saludable.

Ambos programas se deberían realizar de manera virtual(telesalud) mientras dure la pandemia de COVID-19, pero posteriormente se debe buscar la continuidad de su intervención con el objetivo de mantener saludable a esta población.

Finalmente, en este programa se debería incluir charlas personalizadas, donde se orienten sobre métodos para un cuidado apropiado al paciente con adicción a drogas dependiendo de cada caso, y además brindar soporte social, para de este modo prevenir la sobrecarga, depresión y ansiedad.

Se recomienda realizar estudios de mayor profundidad que evalúen el impacto en la salud mental que ha generado la pandemia de COVID-19 en los cuidadores primarios informales de pacientes no solo con alguna adicción, sino también, con otras enfermedades crónicas, para poder intervenir de manera oportuna y evitar que los cuidadores desarrollen trastornos psiquiátricos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dubey MJ, Ghosh R, Chatterjee S, Biswas P, Chatterjee S, Dubey S. COVID-19 and addiction. *Diabetes Metab Syndr*. 2020;14(5):817-23.
2. El Informe Mundial sobre las Drogas de la ONU 2019, en 10 claves [Internet]. [citado 5 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.efesalud.com/informe-mundial-drogas-onu-2019-10-claves/>
3. Vereinte Nationen, Büro für Drogenkontrolle und Verbrechensbekämpfung. *World drug report 2019*. 2019.
4. Roth GA, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. noviembre de 2018;392(10159):1736-88.
5. OMS | La dependencia de sustancias es tratable, sostiene un informe de expertos en neurociencias [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 5 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr18/es/index.html>
6. OEA. OEA - Organización de los Estados Americanos: Democracia para la paz, la seguridad y el desarrollo [Internet]. OEA - Organización de los Estados Americanos. 2009 [citado 5 de septiembre de 2021]. Disponible en: [https://www.oas.org/es/centro\\_noticias/comunicado\\_prensa.asp?sCodigo=C-014/19](https://www.oas.org/es/centro_noticias/comunicado_prensa.asp?sCodigo=C-014/19)
7. Zavaleta Martínez Vargas A, Tapia Cabanillas L, Chávez Rodas V, Vértiz Lazo R. Epidemiología de drogas en población urbana peruana: encuesta en hogares 2017. Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas [Internet]. 18 de agosto de 2017 [citado 5 de septiembre de 2021]; Disponible en: <http://181.65.165.78/handle/CEDRO/361>
8. Velásquez A. la carga de enfermedad Y LESIONES en el perÚ y las prioridades del plan esencial de aseguramiento universal. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. :10.
9. Sun Y, Li Y, Bao Y, Meng S, Sun Y, Schumann G, et al. Brief Report: Increased Addictive Internet and Substance Use Behavior During the COVID-19 Pandemic in China. *Am J Addict*. 4 de junio de 2020;10.1111/ajad.13066.
10. Narasimha VL, Shukla L, Mukherjee D, Menon J, Huddar S, Panda UK, et al. Complicated Alcohol Withdrawal—An Unintended Consequence of COVID-19 Lockdown. *Alcohol Alcohol*. 13 de mayo de 2020;agaa042.
11. Nizama Valladolid M, Luna F, Cachay C. LA ADICCIONOLOGÍA UNA ESPECIALIDAD MÉDICA Y SUBESPECIALIDAD DE LA PSIQUIATRÍA.

- RFMH [Internet]. 10 de abril de 2019 [citado 5 de septiembre de 2021];19(2). Disponible en: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/2078>
12. Vanegas MAZ. La Familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas\* Family, recovery support for drug addiction disease. . pp. :10.
  13. Gonçalves JRL, Galera SAF. Assistência ao familiar cuidador em convívio com o alcoolista, por meio da técnica de solução de problemas. Rev Latino-Am Enfermagem. junio de 2010;18(spe):543-9.
  14. Ruiz Ríos AE, Nava Galán MaG. Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. enfermería. 31 de diciembre de 2012;11(3):163-9.
  15. Marrero AO, Roche JRF, Moré SI. Sobrecarga en cuidadores primarios de adictos en recuperación. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana [Internet]. 22 de agosto de 2016 [citado 5 de septiembre de 2021];13(2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=67996>
  16. Arroyo Priego E, Arana Ruiz AI, Garrido Blanco R, Crespo Montero R, Arroyo Priego E, Arana Ruiz AI, et al. Análisis de la sobrecarga del cuidador del paciente en diálisis. Enfermería Nefrológica. septiembre de 2018;21(3):213-23.
  17. García-Calvente M del M, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gaceta Sanitaria. octubre de 2004;18(5):83-92.
  18. Corbalán Carrillo MG, Hernández Vian Ó, Carré Catases M, Paul Galcerán G, Hernández Vian B, Marzo Duque C. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria. Gerokomos. septiembre de 2013;24(3):120-3.
  19. Ornell F, Moura HF, Scherer JN, Pechansky F, Kessler FHP, von Diemen L. The COVID-19 pandemic and its impact on substance use: Implications for prevention and treatment. Psychiatry Res. julio de 2020;289:113096.
  20. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. International Journal of Environmental Research and Public Health. enero de 2020;17(5):1729.
  21. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. Psychiatry Research. 1 de junio de 2020;288:112954.
  22. Liu CH, Zhang E, Wong GTF, Hyun S, Hahm H "Chris". Factors associated with depression, anxiety, and PTSD symptomatology during the COVID-19 pandemic: Clinical implications for U.S. young adult mental health. Psychiatry Res. agosto de 2020;290:113172.

23. Luo M, Guo L, Yu M, Jiang W, Wang H. The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public - A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* septiembre de 2020;291:113190.
24. Gonzales AO, Sánchez NS. Ansiedad en tiempos de aislamiento social por COVID-19. Chota, Perú - 2020. *Avances en Enfermería.* 19 de agosto de 2020;38(1supl):10-20.
25. Antiporta DA, Cutipé YL, Mendoza M, Celentano DD, Stuart EA, Bruni A. Depressive symptoms among Peruvian adult residents amidst a National Lockdown during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry.* 18 de febrero de 2021;21(1):111.
26. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" [Internet]. [citado 5 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.insm.gob.pe/investigacion/estudios.html>
27. Lima AGT, Sales CC da S, Serafim WF de L. Burden, depression and anxiety in primary caregivers of children and adolescents in renal replacement therapy. *Braz J Nephrol.* 21 de febrero de 2019;41:356-63.
28. Marcon SR, Rubira EA, Espinosa MM, Barbosa DA. Quality of life and depressive symptoms among caregivers and drug dependent people. *Rev Latino-Am Enfermagem.* febrero de 2012;20(1):167-74.
29. Zúñiga Valdivia L. Nivel de depresión en familiares directos de adictos al alcohol y a otras drogas en grupos de familia al Anon y Nar-Anon. Arequipa. 2012. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa [Internet]. 2013 [citado 5 de septiembre de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/2252>
30. Salazar-Torres LJ, Castro-Alzate ES, Dávila-Vásquez PX. Caregiver burden in families of people with mental illness linked to the day hospital programme of a tertiary institution in the city of Cali (Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría (English ed).* 1 de abril de 2019;48(2):88-95.
31. Martínez Rodríguez L. Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores de adultos centenarios. *Revista Cubana de Salud Pública.* diciembre de 2018;44(4):61-72.
32. Bequis-Lacera M, Muñoz-Hernández Y, Duque-Rojas O, Guzmán-Quintero A, Numpaque-Molina A, Rojas-González A, et al. Sobrecarga y calidad de vida del cuidador de un paciente con esquizofrenia. *Duazary.* 9 de mayo de 2019;16(2):280-92.
33. Schenker M, Minayo MC de S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. *Cad Saúde Pública.* junio de 2004;20(3):649-59.

34. Suárez GM. Síndrome de sobrecarga en familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*. 2014;27(1):12-8.
35. Morocho Romero EA, Mosquera Rojas CE. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes oncológicos pediátricos del Instituto Sociedad de Lucha contra el Cáncer. Cuenca 2019. 21 de mayo de 2019 [citado 5 de septiembre de 2021]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/32705>
36. Looi JC, Pring W. Private metropolitan telepsychiatry in Australia during Covid-19: current practice and future developments. *Australas Psychiatry*. 1 de octubre de 2020;28(5):508-10.
37. Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 24 de septiembre de 2020;37(2):327-34.
38. Iglesias EB, Tomás MC, Horcajadas FA, Sorribas CB, Barreiro JB, Castillo II. Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. :316.
39. World Health Organization. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento [Internet]. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2000 [citado 5 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>
40. Lizarbe Alonso V. Glosario de términos de alcohol y drogas: la importancia de utilizar una terminología común. *Trastornos Adictivos*. 1 de julio de 2009;11(3):149-50.
41. American Psychiatric Association, editor. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2014. 438 p.
42. Degenhardt L, Hall W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *The Lancet*. 7 de enero de 2012;379(9810):55-70.
43. Solano Murcia MI, Vasquez Cardozo S. Familia, en la salud y en la enfermedad... mental. *RCP*. 1 de octubre de 2014;43(4):194-202.
44. Nuño-Gutiérrez BL, Álvarez-Nemegyei J, González-Forteza C, León EÁM. La adicción ¿vicio o enfermedad? Imágenes y uso de servicios de salud en adolescentes usuarios y sus padres. *Salud Mental*. 2006;29(4):47-54.
45. Red Latinoamericana de Gerontología [Internet]. [citado 5 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=143>



46. World Health Organization. Long-Term Care Team, Care WC-CI on L-T, Elderly WCC for R on H of the. Lessons for long-term care policy [Internet]. World Health Organization; 2002 [citado 5 de septiembre de 2021]. Report No.: WHO/NMH/CCL/02.1. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67275>
47. Villavicencio MEF, Laguna HLF, Pérez GJG, Flores IJM, Cardona GAC, Barbosa MAV. Características principales del cuidador primario informal de adultos mayores hospitalizados. NURE investigación: Revista Científica de enfermería. 2017;14(88):2.
48. Zepeda-Álvarez PJ, Muñoz-Mendoza CL, Zepeda-Álvarez PJ, Muñoz-Mendoza CL. Sobrecarga en cuidadores principales de adultos mayores con dependencia severa en atención primaria de salud. Gerokomos. 2019;30(1):2-5.
49. Crespo M, Rivas MT. La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. Clínica y Salud. marzo de 2015;26(1):9-15.
50. Cerrato IM, Trocóniz MIF de, López AL, Colodrón MS. LA ENTREVISTA DE CARGA DEL CUIDADOR. UTILIDAD Y VALIDEZ DEL CONCEPTO DE CARGA. Anales de Psicología / Annals of Psychology. 1998;14(2):229-48.
51. Breinbauer K H, Vásquez V H, Mayanz S S, Guerra C, Millán K T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Revista médica de Chile. mayo de 2009;137(5):657-65.
52. Novak M, Guest C. Application of a Multidimensional Caregiver Burden Inventory<sup>1</sup>. The Gerontologist. 1 de diciembre de 1989;29(6):798-803.
53. Robinson BC. Validation of a Caregiver Strain Index. J Gerontol. mayo de 1983;38(3):344-8.
54. Martos Martínez Á, Fernández F, Barragán Martín AB, Pérez-Fuentes M, Molero Jurado MDM, Gázquez Linares J. Instrumentos para la evaluación de la sobrecarga del cuidador familiar de personas con demencia. European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education. 1 de agosto de 2015;5.
55. Ramírez VJA, Río BR del, Russell MER, López CGF. Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. Psicología y Salud. 2008;18(2):237-45.
56. Rodríguez ÁPA, Córdoba AMC, Poches DKP. Escala de sobrecarga del cuidador Zarit: estructura factorial en cuidadores informales de Bucaramanga. Revista de Psicología Universidad de Antioquia. 30 de diciembre de 2016;8(2):87-99.
57. Orozco WN, Baldares MJV. TRASTORNOS DE ANSIEDAD: REVISIÓN DIRIGIDA PARA ATENCIÓN PRIMARIA. :11.

58. Crisis, Salud Mental y Pandemia [Internet]. Universidad de Nariño. [citado 5 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.udenar.edu.co/crisis-salud-mental-y-pandemia/>
59. Tang F, Liang J, Zhang H, Kelifa MM, He Q, Wang P. COVID-19 related depression and anxiety among quarantined respondents. *Psychol Health*. 1 de febrero de 2021;36(2):164-78.
60. González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos MÁ, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C, et al. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain Behav Immun*. julio de 2020;87:172-6.
61. Hernández-Cantú EI, Reyes-Silva AKS, Villegas-García VE, Pérez-Camacho J. Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes internados en un hospital general de zona en Nuevo León, México. :8.
62. Aranda-Paniora F. Depresión y ansiedad en cuidadores primarios en el Instituto Nacional de Salud del Niño. *An Fac med*. 30 de noviembre de 2017;78(3):277.
63. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. diciembre de 1988;56(6):893-7.
64. Sanz J. EL "INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK" (BAI): PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA EN PACIENTES CON TRASTORNOS PSICOLÓGICOS. :22.
65. Batista ZEG, Peña KG, Vindel AC, Martínez SXH, Kanter PEF, Medrano LA. Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad estado-rasgo en población general y hospitalaria de República Dominicana. *Ansiedad y estrés*. 2017;23(2):53-8.
66. Hamilton M. The Assessment of Anxiety States by Rating. *British Journal of Medical Psychology*. 1959;32(1):50-5.
67. Sanz J. Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*. marzo de 2014;25(1):39-48.
68. Piotrowski C. The status of the Beck inventories (BDI, BAI) in psychology training and practice: A major shift in clinical acceptance. *Journal of Applied Biobehavioral Research*. 2018;23(3):e12112.
69. Sanz J, Navarro ME. Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*. 1 de enero de 2003;9:59-84.
70. Vázquez OG, Castillo ER, García AM, Ponce JLA, Avitia MÁÁ, Aguilar SA. Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad de beck (BAI) en pacientes con cáncer. *Psicooncología*. 20 de abril de 2015;12(1):51-8.

71. Vizioli NA, Pagano AE. Adaptación del Inventario de Ansiedad de Beck en población de Buenos Aires. *Interacciones*. septiembre de 2020;6(3):e171.
72. Lim GY, Tam WW, Lu Y, Ho CS, Zhang MW, Ho RC. Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014. *Sci Rep*. 12 de febrero de 2018;8(1):2861.
73. Contreras-Valdez JA, Hernández-Guzmán L, Freyre M-Á. Validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck II para adolescentes. *Terapia psicológica*. diciembre de 2015;33(3):195-203.
74. Melipillán Araneda R, Cova Solar F, Rincón González P, Valdivia Peralta M. Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. *Terapia psicológica*. julio de 2008;26(1):59-69.
75. Márquez NGL. Relación entre sobrecarga, ansiedad y depresión con la calidad de vida de cuidadores de alumnos con discapacidad. *RECIE Revista Electrónica Científica de Investigación Educativa*. 1 de septiembre de 2014;2(1):167-83.
76. Hamilton M. A RATING SCALE FOR DEPRESSION. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. febrero de 1960;23(1):56-62.
77. Cano JF, Gomez Restrepo C, Rondón M. Validación en Colombia del instrumento para evaluación de la depresión Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). *Revista Colombiana de Psiquiatría*. julio de 2016;45(3):146-55.
78. Vélez DMA. Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER) con adolescentes y universitarios de la ciudad de Bucaramanga. *Pensamiento Psicológico [Internet]*. 2009 [citado 5 de septiembre de 2021];5(12). Disponible en: <https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/articloe/view/111>
79. Sanz J, Gutiérrez S, Gesteira C, Garcia-Vera MP. Criteria and norms for interpreting the Beck Depression Inventory-II (BDI-II). *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*. 1 de abril de 2014;22:37-59.
80. Fernández JS, Navarro ME, Valverde CV. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y modificación de conducta*. 2003;29(124):239-88.
81. Sánchez-Pachas DVB. Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista de Investigación en Psicología*. 22 de agosto de 2019;22(1):39-52.
82. Sanz J, Perdigón AL, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *CLÍNICA Y SALUD*. :34.

83. Carranza Esteban R. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK PARA UNIVERSITARIOS DE LIMA. 10 de marzo de 2015;15.
84. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P, Méndez Valencia S, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación. México, D.F.: McGraw-Hill Education; 2014.
85. Resultados Definitivos de los Censos Nacionales 2017 – Censos Nacionales 2017 [Internet]. [citado 5 de septiembre de 2021]. Disponible en: <http://censo2017.inei.gob.pe/resultados-definitivos-de-los-censos-nacionales-2017/>
86. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. [citado 5 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
87. Vázquez OG, Orozco MR, Muñiz RC, Contreras LAM, Ruíz GC, García AM. Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población general. Gaceta médica de México. 2020;156(4):298-305.
88. Shah SMA, Mohammad D, Qureshi MFH, Abbas MZ, Aleem S. Prevalence, Psychological Responses and Associated Correlates of Depression, Anxiety and Stress in a Global Population, During the Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic. Community Ment Health J. enero de 2021;57(1):101-10.
89. Bäuerle A, Teufel M, Musche V, Weismüller B, Kohler H, Hetkamp M, et al. Increased generalized anxiety, depression and distress during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Germany. J Public Health (Oxf). 23 de noviembre de 2020;42(4):672-8.
90. Agudelo G, Restrepo JR, Aigner M. METODOLOGÍA DE LAS ENCUESTAS TELEFONICAS. La Sociología en sus Escenarios [Internet]. 15 de septiembre de 2010 [citado 7 de septiembre de 2021];(21). Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/ceo/article/view/7056>
91. Cvetkovic-Vega A, Maguiña JL, Soto A, Lama-Valdivia J, López LEC, Cvetkovic-Vega A, et al. Estudios transversales. Revista de la Facultad de Medicina Humana. enero de 2021;21(1):179-85.

## ANEXOS

### ANEXO 1: Acta de aprobación del proyecto de investigación por el comité de ética en investigación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**  
Universidad del Perú, Decana de América  
Facultad de Medicina  
Comité de Ética en Investigación



#### ACTA DE EVALUACIÓN ÉTICA DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN (AEE-CEI)

CÓDIGO DE ESTUDIO N°: 0101

En Lima, a los doce días del mes de marzo de 2021, en Sesión del COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN, previa evaluación del Proyecto de Tesis de Pregrado titulado: "Nivel de sobrecarga, depresión y ansiedad en cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas en una institución psiquiátrica durante la pandemia de covid-19 en Lima-Perú" y presentado por Anel Julia Roca Béjar con Código de Matrícula N°: 15010301 de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Medicina.

#### **ACUERDA:**

Dar por **APROBADO** dicho Proyecto, considerando que se ha cumplido satisfactoriamente con las recomendaciones Metodológicas y Éticas para la investigación en seres humanos y/o en animales de laboratorio.

Lima, 17 de marzo de 2021

---

**Dr. Henry Guija Guerra**  
**PRESIDENTE DEL CEI**

**ANEXO 2: Carta de Solicitud para la revisión y aprobación para la ejecución de proyecto de tesis por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”**

**“AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA”**

**SOLICITO: REVISIÓN Y APROBACIÓN PARA  
LA EJECUCIÓN DE PROYECTO DE TESIS**

DR. WALTER HUMBERTO CASTILLO MARTELL

DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL  
"HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI"

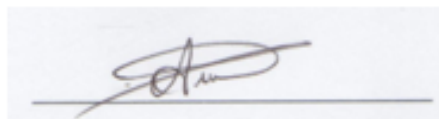
Yo, Anel Julia Roca Bejar, estudiante del sexto año de la FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS con código N° 15010301, identificada con DNI:46324688, ante Ud., con el debido respeto me presento y expongo:

Que deseando realizar la ejecución de mi proyecto de tesis en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi", con el objetivo de optar el Título Profesional de Médico Cirujano, es que solicito la revisión y aprobación para la ejecución del Proyecto de Tesis titulada: "NIVEL DE SOBRECARGA, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN CUIDADORES PRIMARIOS INFORMALES DE PACIENTES CON ADICCIÓN A DROGAS EN UNA INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LIMA-PERÚ".

**POR LO EXPUESTO:**

Pido a Ud.se pueda acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Lima,19 de marzo del 2021.



Firma

Nombre y Apellidos: Anel Julia Roca Bejar

DNI:46324688

# ANEXO 3: Aprobación para la ejecución del proyecto de tesis en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"

Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"  
"Año del Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia"

## AUSPICIO CIENTIFICO A PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

### NIVEL DEL OEAIDE:

Nombre del Proyecto:

"NIVEL DE SOBRECARGA, DEPRESION Y ANSIEDAD EN CUIDADORES PRIMARIOS INFORMALES DE PACIENTES CON ADICCION A DROGAS EN UNA INSTITUCION PSIQUIATRICA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LIMA-PERU"

Autor: Anel Julia Roca Bejar

Código Pre-Proyecto

Aprobado: Si  No

OEAIDE-831-2021

MINISTERIO DE SALUD  
RECTORADO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI"  
.....  
DR. JAVIER SAAVEDRA CASTILLO  
C.M.P. 19670 - R.M.C. 7033  
Director Ejecutivo  
Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada

Director, Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada

### NIVEL DE DIRECCION:

Comentarios:

Código Auspiciado

Conformidad: Si  No

INSM-PA-045-2021

Fecha: 25/ 3/ 21

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL  
"HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI"  
.....  
DR. WALTER CASTILLO MARTELL  
Director General del Instituto Especializado  
C.M.P. 19690 - R.M.C. 14770

Director General

## **ANEXO 4: Consentimiento informado**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Título del trabajo:** "NIVEL DE SOBRECARGA, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN CUIDADORES PRIMARIOS INFORMALES DE PACIENTES CON ADICCIÓN A DROGAS EN UNA INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LIMA-PERÚ"

**Investigador y Responsable del Estudio:** Roca Bejar, Anel Julia

**Propósito y descripción de la investigación:**

El presente estudio pretende determinar el nivel de sobrecarga, depresión y ansiedad en cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas en una institución psiquiátrica durante la pandemia de COVID-19.

**Procedimientos**

Si usted acepta participar en el estudio de investigación, se le hará una encuesta, que consiste en preguntas distribuidas en 4 cuestionarios sencillos las cuales demorarán aproximadamente entre 20 a 30 minutos. Los cuestionarios contienen preguntas relacionadas con los temas en estudio: Datos sobre el perfil sociodemográfico del cuidador primario informal, características del cuidado, sobrecarga, depresión y ansiedad.

**Participación voluntaria:**

La participación en este trabajo de investigación es voluntaria. Usted tendrá toda la libertad de decidir si desea o no participar del presente estudio. Si Ud. decide no participar, podrá hacerlo sin tener que dar motivo alguno y su decisión no dará lugar a cambios en el trato, ni se tomará ningún tipo de represalias o sanciones en contra de su persona ni del paciente.

**Beneficios:**

Por participar del estudio no recibirá ningún beneficio, pero brindará información muy importante y necesaria para aportar positivamente a esta problemática social.

**Costos e incentivos:**

La participación en este trabajo de investigación no tiene ningún costo para el participante. Igualmente, no recibirá ninguna recompensa económica ni de otro tipo.

**Riesgos y molestias:**

No habrá ningún riesgo físico ni psicológico para su persona, ya que solo responderá preguntas de unos cuestionarios relacionado a la sobrecarga, depresión y ansiedad en cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas. Si no desea participar tampoco estará en riesgo su atención de salud.



**Confidencialidad:**

Toda la información obtenida en este trabajo de investigación se manejará de forma completamente confidencial, solamente el investigador principal conocerá los resultados y la información.

**¿DESEA PARTICIPAR EN EL PRESENTE ESTUDIO?**

Afirmo que he comprendido las declaraciones consignadas en este consentimiento informado, y a la vez acepto que la alumna, estudiante de Medicina Humana Roca Bejar, Anel Julia, autora del presente estudio me ha informado y explicado los procedimientos que se realizarán. Confirmando que he tenido la posibilidad de formular preguntas sobre este estudio y estoy satisfecho con las respuestas y las explicaciones referidas. En caso que tenga alguna duda o consulta o considere que estoy en riesgo me comunicaré con el Comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos mediante el siguiente correo [ietica.medicina@unmsm.edu.pe](mailto:ietica.medicina@unmsm.edu.pe).

**CONSENTIMIENTO:**

Por lo tanto, Yo..... acepto participar voluntariamente en esta investigación.

Fecha de grabación de voz: \_\_\_\_\_



Empleado dependiente ( )  
Empleado independiente ( )  
Otros ( )  
Si es otro, especificar ¿Cuál? \_\_\_\_\_

7. Grado de parentesco con el paciente:

Padre ( )                      Madre ( )                      hijo(a)( )  
Cónyuge( )                      Hermano(a)( )                      otros( )

II.-Características del cuidado del paciente con adicción a drogas.

1. Es Ud. Cuidador único del paciente: SI ( )      NO( )

2. Número de horas diarias que realiza el cuidado

6 horas a menos ( )  
7-14horas ( )  
15 horas o más ( )

3. Tiempo que lleva realizando el cuidado

6 meses a menos ( )  
7-18 meses ( )  
19-36 meses ( )  
37 meses a más ( )

## ANEXO 6: Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

### ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

Instrucciones: A continuación, le leeré cada pregunta en la cual usted me responderá con qué frecuencia se siente así (nunca, rara vez, algunas veces, bastantes veces o casi siempre).

A la hora de responder recuerde que no existe respuestas acertadas o equivocados, sino tan solo su experiencia.

	1=Nunca	2=Rara vez	3=Algunas veces	4=Bastantes veces	5=Casi siempre
1. ¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?					
3. ¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?					
4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?					
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?					
8. ¿Siente que su familiar depende de usted?					
9. ¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?					
10. ¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?					
11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?					
12. ¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?					
14. ¿Cree que su familiar espera que usted lo cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?					
15. ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?					
16. ¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					

17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?					
18. ¿Desearía poder encargarse del cuidado de su familiar a otras personas?					
19. ¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?					
20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?					
21. ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?					
22. En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?					

**Interpretación:**

**Ausencia de sobrecarga: ≤46**

**Sobrecarga ligera: 47-55**

**Sobrecarga intensa: ≥56**

**ANEXO 7: Inventario de ansiedad de Beck**

**INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK**

Instrucciones: A continuación, le leeré una lista de síntomas comunes de ansiedad, en la cual usted me responderá cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy (En lo absoluto, levemente, moderadamente o severamente).

A la hora de responder recuerde que no existe respuestas acertadas o equivocadas, sino tan solo su experiencia.

Ítem	0=En lo absoluto	1=Levemente	2=Moderadamente	3=Severamente
1 Torpe o entumecido.				
2. Acalorado.				
3. Con temblor en las piernas.				
4. Incapaz de relajarse.				
5. Con temor a que ocurra lo peor.				
6. Mareado, o que se le va la cabeza.				
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados.				
8. Inestable.				

9. Atemorizado o asustado.				
10. Nervioso.				
11. Con sensación de bloqueo.				
12. Con temblores en las manos.				
13. Inquieto, inseguro.				
14. Con miedo a perder el control.				
15. Con sensación de ahogo.				
16. Con temor a morir.				
17. Con miedo.				
18. Con problemas digestivos.				
19. Con desvanecimiento.				
20. Con rubor facial.				
21. Con sudores fríos o calientes.				

**Interpretación:**

**Nivel mínimo de ansiedad :0-7**

**Ansiedad leve:8-15**

**Ansiedad moderada:16-25**

**Ansiedad severa:26-63**

**ANEXO 8: Inventario de depresión de Beck**

**INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK**

Instrucciones: A continuación, le leeré una lista de síntomas comunes de depresión, en la cual usted me responderá cómo se siente en las últimas 2 semanas incluyendo hoy.

A la hora de responder recuerde que no existe respuestas acertadas o equivocados, sino tan solo su experiencia.

**Pregunta 1.**

- a) No me siento triste.
- b) Me siento triste.
- c) Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
- d) Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

**Pregunta 2.**

- a) No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.

- b) Me siento desanimado con respecto al futuro.
- c) Siento que no puedo esperar nada del futuro.
- d) Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

**Pregunta 3.**

- a) No me siento fracasado.
- b) Siento que he fracasado más que la persona normal.
- c) Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
- d) Siento que como persona soy un fracaso completo.

**Pregunta 4.**

- a) Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.
- b) No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
- c) Ya nada me satisface realmente.
- d) Todo me aburre o me desagrada.

**Pregunta 5.**

- a) No siento ninguna culpa particular.
- b) Me siento culpable buena parte del tiempo.
- c) Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- d) Me siento culpable todo el tiempo.

**Pregunta 6.**

- a) No siento que esté siendo castigado.
- b) Siento que puedo estar siendo castigado.
- c) Espero ser castigado.
- d) Siento que estoy siendo castigado.

**Pregunta 7.**

- a) No me siento decepcionado en mí mismo.
- b) Estoy decepcionado conmigo.
- c) Estoy harto de mí mismo.
- d) Me odio a mí mismo.

**Pregunta 8.**

- a) No me siento peor que otros.
- b) Me critico por mis debilidades o errores.
- c) Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
- d) Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

**Pregunta 9.**

- a) No tengo ninguna idea de matarme.
- b) Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
- c) Me gustaría matarme.
- d) Me mataría si tuviera la oportunidad.

**Pregunta 10.**

- a) No lloro más de lo habitual.
- b) Lloro más que antes.
- c) Ahora lloro todo el tiempo.
- d) Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca, aunque quisiera.

**Pregunta 11.**

- a) No me irrito más ahora que antes.
- b) Me enoja o irrito más fácilmente ahora que antes.
- c) Me siento irritado todo el tiempo.
- d) No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

**Pregunta 12.**

- a) No he perdido interés en otras personas.
- b) Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
- c) He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
- d) He perdido todo interés en los demás.

**Pregunta 13.**

- a) Tomo decisiones como siempre.
- b) Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
- c) Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
- d) Ya no puedo tomar ninguna decisión.

**Pregunta 14.**

- a) No creo que me vea peor que antes.
- b) Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).
- c) Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver inatractivo (a)...
- d) Creo que me veo horrible.

**Pregunta 15.**

- a) Puedo trabajar tan bien como antes.
- b) Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
- c) Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
- d) No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

**Pregunta 16.**

- a) Puedo dormir tan bien como antes.
- b) No duermo tan bien como antes.
- c) Me despierto 1 o 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
- d) Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme.

**Pregunta 17.**

- a) No me canso más de lo habitual.
- b) Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
- c) Me canso al hacer cualquier cosa.
- d) Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.



**Pregunta 18.**

- a) Mi apetito no ha variado.
- b) Mi apetito no es tan bueno como antes.
- c) Mi apetito es mucho peor que antes.
- d) Ya no tengo nada de apetito.

**Pregunta 19.**

- a) Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
- b) He perdido más de 2 kilos.
- c) He perdido más de 4 kilos.
- d) He perdido más de 6 kilos.

**Pregunta 20.**

- a) No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
- b) Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación.
- c) Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
- d) Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

**Pregunta 21.**

- a) No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
- b) Estoy menos interesado por el sexo de lo solía estar.
- c) Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- d) He perdido por completo mi interés por el sexo.

**Interpretación:**

**Nivel mínimo de depresión:0-9**

**Depresión leve:10-16**

**Depresión moderada:17-29**

**Depresión severa:30-63**

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**