

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL
POSTGRADO DE PSIQUIATRÍA**

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES
INGRESADOS EN LA UNIDAD DE PACIENTES AGUDOS. HOSPITAL
CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL, TÁCHIRA, VENEZUELA. 2025**

www.bdigital.ula.ve

Autor: Dr. Eduardo José Rojas Torrens

Tutora Académica: Dra. Edmary Katheryn Mora Sosa

Tutor Metodológico: Dra. Carolina Madriz Camacho

San Cristóbal, octubre 2025

Reconocimiento

Autor: Dr. Eduardo José Rojas Torrens.

Residente del Postgrado de Psiquiatría de la Universidad de Los Andes en el Hospital Central de San Cristóbal.

Tutora Académica: Dra. Edmary Katheryn Mora Sosa

Médico Cirujano egresada de la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela. Especialista en Psiquiatría de la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela. Médico Adjunto al Servicio de Psiquiatría del Hospital Central de San Cristóbal. Docente invitada al Postgrado de Psiquiatría en San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela. Coordinadora del movimiento “SOMOS” extensión Táchira.

Asesora Metodológica: Dra. Carolina Madriz Camacho.

Médico Cirujano. Universidad Central de Venezuela
Licenciada de Educación mención Educación para la Salud. Universidad de Los Andes
Magister en Medicina Familiar. Universidad Nacional Experimental del Táchira
Magister en Administración de Instituciones de Salud. Universidad Nacional Experimental del Táchira
Profesora de la Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Página
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS.....	v
RESUMEN.....	Vi
ABSTRACT.....	Vii
INTRODUCCIÓN.....	1
Planteamiento y formulación del problema.....	1
Justificación.....	2
Antecedentes.....	3
Marco teórico.....	6
Objetivos	11
MÉTODOS.....	12
RESULTADOS.....	17
DISCUSIÓN.....	24
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	27
REFERENCIAS	29
ANEXOS.....	35

INDICE DE TABLAS

pp

Tabla 1. Cuidadores principales de pacientes según edad y sexo. Unidad de Pacientes Agudos Servicio de Psiquiatría Hospital Central de San Cristóbal 2025.....17

Tabla 2. Cuidadores principales de pacientes según procedencia. Unidad de Pacientes Agudos Servicio de Psiquiatría Hospital Central de San Cristóbal 2025.....18

Tabla 3. Cuidadores principales de pacientes según grado de instrucción. Unidad de Pacientes Agudos Servicio de Psiquiatría Hospital Central de San Cristóbal 202519

Tabla 4. Cuidadores principales de pacientes según estado civil. Unidad de Pacientes Agudos Servicio de Psiquiatría Hospital Central de San Cristóbal 2025.....20

Tabla 5. Cuidadores principales de pacientes según diagnóstico del familiar. Unidad de Pacientes Agudos Servicio de Psiquiatría Hospital Central de San Cristóbal 202521

Tabla 6. Nivel de ansiedad de los cuidadores principales de pacientes. Unidad de Pacientes Agudos Servicio de Psiquiatría Hospital Central de San Cristóbal 2025.....22

Tabla 7. Nivel de depresión de los cuidadores principales de pacientes. Unidad de Pacientes Agudos Servicio de Psiquiatría Hospital Central de San Cristóbal 2025.....23

Ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes ingresados en la Unidad de Pacientes Agudos. Hospital Central de San Cristóbal, Táchira, Venezuela. 2025

Autor: Eduardo José Rojas Torrens

Los cuidadores de pacientes psiquiátricos a menudo experimentan altos niveles de ansiedad y depresión debido al agotamiento, carga emocional y estrés, lo que puede llevar al síndrome del cuidador o al burnout. **Objetivo:** Determinar la presencia de ansiedad y depresión en cuidadores principales de los pacientes ingresados en la Unidad de Pacientes Agudos del Servicio de Psiquiatría adscrito al Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, durante el año 2025. **Metodología:** se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, no experimental, observacional, nivel descriptivo, de campo, tipo transversal y prospectivo, con una muestra de 42 sujetos a quienes se les aplicó un cuestionario. **Resultados:** cuidadores mayores de 60 años, 64% del sexo masculino, 64,29 %, procedentes del municipio san Cristóbal, 67,44%, nivel universitario 42.86 %, 35.71 % casados, el diagnóstico psiquiátrico que más conocen los cuidadores es la depresión 23,81%. Presentaron los cuidadores 71,43% de ansiedad de nivel muy baja y 28,57% ansiedad moderada. Para depresión leve, se presentó en 57,14% de los cuidadores. **Conclusión:** se diagnosticó en la muestra de cuidadores ansiedad leve y moderada y depresión leve.

Palabras clave: Ansiedad, depresión, cuidadores principales, pacientes psiquiátricos

ABSTRACT

Anxiety and Depression in Primary Caregivers of Patients Admitted to the Acute Care Unit. San Cristóbal Central Hospital, Táchira, Venezuela. 2025

Author: Eduardo José Rojas Torrens

Caregivers of psychiatric patients often experience high levels of anxiety and depression due to exhaustion, emotional burden, and stress, which can lead to caregiver syndrome or burnout. **Objective:** To determine the presence of anxiety and depression in primary caregivers of patients admitted to the Acute Patient Unit of the Psychiatry Service attached to the Central Hospital of San Cristóbal, Táchira state, Venezuela, during the year 2025. **Methodology:** A quantitative, non-experimental, observational, descriptive, field, cross-sectional, and prospective study was conducted with a sample of 42 subjects to whom a questionnaire was administered. **Results:** Caregivers over 60 years of age, 64% male, 64.29% from the municipality of San Cristóbal, 67.44%, university level 42.86%, 35.71% married, the psychiatric diagnosis most known by caregivers is depression 23.81%. 71.43% of caregivers presented very low anxiety and 28.57% moderate anxiety. Mild depression was present in 57.14% of caregivers. **Conclusion:** Mild and moderate anxiety and mild depression were diagnosed in the sample of caregivers.

Keywords: Anxiety, depression, primary caregivers, psychiatric patients

INTRODUCCIÓN

Planteamiento y formulación del problema

El abordaje de la salud mental, requiere manejar una serie de aspectos técnicos, medioambientales, sociales e individuales, que permitan el entendimiento de los estilos de vida del individuo, familia y sociedad. Por ello, requiere ser vista desde múltiples aristas y dirigir esfuerzos a gestionar la salud, más allá de lo biológico y considerando lo psicológico. En virtud de ello, los entes internacionales de salud, consideran la salud mental, como un estado de bienestar en el que la persona identifica sus capacidades y puede hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad; ⁽¹⁾ en sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad. ⁽¹⁾

Cabe acotar, que esta definición de la salud mental se refiere al bienestar subjetivo, competencias, reconocimiento de habilidades para realizarse intelectual y emocionalmente ⁽²⁾ pero, debe adaptarse realmente al bienestar emocional, psicológico y social, haciendo alusión al sentirse bien. ⁽²⁾ Por el contrario, no habría salud mental, si se sintiera intranquilidad, exacerbación de las preocupaciones, agotamiento físico y mental, y la aparición de estados emocionales de agobio, estrés, ansiedad, depresión y otras alteraciones que pueden limitar el desempeño cotidiano en la vida social, laboral y las relaciones familiares. ⁽²⁾

No obstante, quien padece de trastornos mentales, requiere, de manera frecuente y segura, alguien que lo acompañe en el proceso, que en la gran mayoría de los casos es crónico. Los acompañantes o cuidadores principales deberán estar pendientes del cumplimiento de los medicamentos, de las citas de control, de la atención general en el domicilio y fuera este, sobre todo si se presenta algún cuadro de crisis aguda que requiera hospitalización para evitar autoagresiones o agresiones a terceros. Se sabe, que muchos pacientes que presentan crisis o descompensaciones de su patología, requieren ser ingresados a la Unidad de

pacientes agudos (UPA) y corresponde al cuidador estar pendiente de la comida, de llevar el tratamiento, el cambio de ropa, entre otras.

Los acompañantes o cuidadores principales, sin embargo, también tienen que cuidar de sí mismos, porque suelen ser adultos que hasta tengan comorbilidades y el estado emocional que les acarrea el hecho de que su familiar esté en crisis y requiera hospitalización, les genera estrés y hasta descompensación de su propio proceso salud enfermedad de patologías no transmisibles, crónicas y degenerativas, que, sumado a la hospitalización de quien cuida, va a ocasionar más gastos por el transporte, la comida y los medicamentos que deberá llevar a UPA, lo que puede poner en riesgo su estado emocional y también presentar algún trastorno afectivo. Por ello, vale la pena que, para humanizar más la atención del paciente psiquiátrico, se revise y valore la salud mental de quienes los cuidan, porque la salud física y mental del cuidador es importante. Asimismo, se requiere conocer la aparición de cuadros incipientes, solapados o expresados de los niveles de ansiedad y depresión que puedan estar presentes en cuidadores principales de los pacientes psiquiátricos ingresados en UPA.

Tomando en cuenta lo antes expuesto, se plantea la realización de la presente investigación para dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿Cómo es el estado emocional de los cuidadores principales de los pacientes ingresados en la Unidad de pacientes agudos del Hospital Central de San Cristóbal? ¿Tienen estos cuidadores manifestaciones de ansiedad y/o depresión?

Justificación

Es necesario tomar en cuenta que, quienes cuidan de un paciente con trastornos mentales, deben estar lo suficientemente sanos para poder hacerlo, a la par, de darle las herramientas para minimizar la aparición de ansiedad, depresión o intentos autolíticos en su rol como cuidador principal. Este tema ha sido tomado en cuenta y se debe fortalecer el conjunto de acciones que se desarrollan a través de la Escuela de Familia, que busca el abordaje para la educación y entrenamiento de los familiares del paciente psiquiátrico en la Unidad de Pacientes Agudos del Hospital Central de San Cristóbal. Asimismo, cumpliendo con las directrices para el desarrollo científico en la Facultad de Medicina de la Universidad de

Los Andes, este estudio se adscribe a la línea de investigación sobre los Trastornos Afectivos, dispuesta para la Especialización en Psiquiatría de esta casa de estudios superiores. Además, desde el punto de vista metodológico, se justifica porque se ha llevado a cabo dentro UPA con los cuidadores de los pacientes que han sido ingresados.

Desde el punto de vista de la justificación práctica o social, está el hecho de que los resultados de la investigación serán divulgados y ello servirá para dar más herramientas en la conformación y fortalecimiento de la Escuela para familia de pacientes con problemas de la salud mental.

Antecedentes

Peña realizó en la Universidad Autónoma de México, un trabajo titulado “Relación entre ideación suicida y depresión en cuidadores primarios informales en el área de urgencia”, con el objetivo de identificar la relación entre la depresión y el riesgo suicida de los Cuidadores Primarios Informales (CPI) del área de Urgencias Médicas. El estudio descriptivo, cuantitativo, transversal, correlacional, evaluó 231 CPI de un Hospital General, aplicando un cuestionario socio-demográfico, la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS). Los resultados indican, que la media de la edad fue de 47,37 años, 73,59% fueron mujeres, 54,11% presentaron sintomatología depresiva, 28,13% riesgo suicida; no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres respecto a las variables; también, se identificó una correlación positiva, con débil fuerza de asociación y estadísticamente significativa entre la sintomatología depresiva y el riesgo suicida ($r_s=0,21$, $p<0.001$). Los hallazgos resaltan que los CPI que llegan al área de urgencias, presentan sintomatología depresiva e ideación suicida, de manera similar a lo reportado en otras áreas hospitalarias. Se recomienda generar más investigación en el tema y desarrollar intervenciones para atender la necesidad de salud mental de esta población. ⁽¹³⁾

Por otra parte, Roca, en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en Perú, presentó un estudio denominado “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”, a fin de determinar el nivel de sobrecarga, depresión y ansiedad en CPI de pacientes con adicción a drogas en el “Instituto Nacional de Salud Mental Honorio

Delgado - Hideyo Noguchi”, durante la pandemia de COVID-19 entre octubre y noviembre de 2020. Fue un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, encuestó a 75 cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas.

Los hallazgos señalan, que la mayor parte de los CPI fueron mujeres, casadas, madres entre 30 a 59 años, amas de casa, con estudio superior técnico completo y provenientes de Lima; 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 intensa (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. En lo que respecta a la ansiedad y depresión, predominó el nivel mínimo, seguido del nivel leve. Por lo tanto, se requiere intervenir oportunamente para evitar vulnerabilidad y desarrollo de trastornos psiquiátricos por el esfuerzo de cuidar a pacientes con estas patologías. ⁽¹⁴⁾

Asimismo, Lázaro, en la Universidad San Martín de Porres, presentó un estudio sobre “Niveles de sobrecarga relacionados con la ansiedad y depresión en el cuidador de paciente psiquiátrico grave. Hospital Víctor Larco Herrera. 2022”, cuyas apreciaciones señalan que, en otrora, el paciente psiquiátrico pasaba largo tiempo internado, siendo su cuidado proporcionado por el personal sanitario; actualmente, esto ha variado, debido al fin del paradigma de la psiquiatría institucionalizada, otorgando al cuidador del enfermo mental, usualmente un miembro de la familia, gran responsabilidad y que, generalmente, recae sobre un único miembro. En los últimos años, las familias han obtenido conocimientos que les permiten proporcionados cuidados a los enfermos mentales, supervisado por una expansión en los servicios de atención mental hacia extramuros; las familias, si bien son sujetas a estrés, les preocupa más la actitud de los cuidadores institucionalizados, pues la percepción que tienen sobre estos cuidadores es negativa. Esta situación hace que los cuidadores estén en riesgo de sobrecarga, ansiedad y depresión. ⁽¹⁵⁾

De igual manera, Altamirano en la Universidad Tecnológica Indoamérica de Ecuador, presentó una investigación intitulada “Depresión en cuidadores de pacientes de un hospital de niños de la ciudad de Quito”, haciendo algunas reflexiones sobre la depresión como trastorno mental frecuente y que requiere de la participación de cuidadores de pacientes; se

planteó como objetivo analizar la manifestación de la depresión en cuidadores de pacientes en un Hospital de niños, con base en un estudio cuantitativo, descriptivo y no experimental, utilizando como muestra, 100 cuidadores con edades entre 18 a 60 años, en algunas áreas clínicas del Hospital Pediátrico. Para ello, aplicó el Test de Depresión de Beck, identificando prevalencia de 31% de depresión en el área de consulta externa, un 71% de depresión en un rango de edad de 29 a 39 años y un 67% de representación femenina. Concluyendo que existe el evento y debe ser abordado para prevenirlo y controlarlo. ⁽¹⁶⁾

En el ámbito nacional, Guerrero et al, en la Universidad de Zulia, publicaron el artículo “Nivel de resiliencia y autoconcepto en los cuidadores de personas en situación de discapacidad”, con el propósito de determinar los niveles de resiliencia y autoconcepto en 80 cuidadores de personas en situación de discapacidad, mediante un estudio descriptivo, de campo y no experimental, la técnica fue la encuesta y el instrumento de recolección de datos fue el “instrumento de resiliencia” diseñado y validado por Colina y Esqueda (2002) y la Escala de Autoconcepto de Tennessee, adaptada por Garanto (1984). Los resultados, mostraron que la variable resiliencia reflejó nivel medio alto en cuidadores. La variable autoconcepto se encontró en un nivel medio. Al analizar las dimensiones de autoconcepto, las dimensiones identidad y conducta se situaron en nivel medio, en la dimensión autosatisfacción los resultados mostraron nivel bajo, indicando que existe insatisfacción en su estado de salud mental actual. En cuanto a la relación de grupos de edad, filiación y tipo de discapacidad con las variables resiliencia y autoconcepto, no se apreció relación significativa según la prueba no paramétrica H de Kruskal Wallis. ⁽¹⁷⁾

Del mismo modo, Sánchez en Mérida, presentó el estudio “Niveles de ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes hospitalizados en la Unidad Psiquiátrica de Agudos en el periodo comprendido diciembre 2016. Mérida, Venezuela. 2017”, con el objetivo de determinar los niveles de ansiedad y/o depresión en cuidadores principales de pacientes psiquiátricos. Para ello, se implementó un estudio cuantitativo, observacional, descriptiva y transversal, cuya muestra estuvo constituida por 33 cuidadores, se recolectaron datos sociodemográficos aplicando los test de Hamilton para ansiedad y depresión. Los resultados, muestran el perfil de los cuidadores como de sexo femenino (84,4%), soltero(a) sin relación de pareja (36,4%), nivel de instrucción profesionales universitarios (45,5%),

provenientes del estado Mérida (72,7%); el mayor parentesco fue madre (36,4%); el 69,7% indicó no conocer el diagnóstico psiquiátrico del paciente a cargo.

Los síntomas de ansiedad se presentaron en el 100% de los cuidadores: a) ansiedad leve (66,7%); b) ansiedad moderada-severa (21,2%) y; c) ansiedad leve-moderada (12,1%). En cuanto a la depresión, se contabiliza: a) No deprimido (30,3%); b) depresión leve-moderada (33,3%); c) depresión moderado (18,2%); d) depresión severa (12,1%) y; e) depresión muy severa (6,1%). No se encontró asociación entre niveles de ansiedad y/o depresión con el diagnóstico del paciente cuidado, ni el tiempo de evolución de la enfermedad. En conclusión, es fundamental apoyar al cuidador principal del enfermo con Trastorno mental, así como al del propio paciente, ambos son población en riesgo. ⁽¹⁸⁾

Marco teórico

Salud mental de los cuidadores

Aun cuando en Venezuela, no se dispone de cifras actualizadas del proceso salud enfermedad, mucho menos de trastornos mentales, se tienen claros los efectos sociales y especialmente, en salud de los habitantes, de hecho, los datos de la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (Encovi) 2019-2020, realizada por investigadores de 3 universidades nacionales: Universidad Central de Venezuela, Universidad Simón Bolívar y Universidad Católica Andrés Bello; ⁽²⁾ existen graves alteraciones en los hogares venezolanos, marcados por pobreza, poca participación de programas sociales, poca seguridad personal, mala nutrición, bajo índice de educación, trabajo, seguridad social y salud, a lo cual se le suma la emigración, condiciones de las vivienda y servicios públicos. ⁽²⁾

En el ámbito estatal, los Trastornos Mentales y del Comportamiento suman los 2379 casos, marcando una tasa de morbilidad de 181,5 casos por cada 100.000 hab. en el estado Táchira, en 2024, reportando, además, 268 Trastornos Mentales no especificados (1591 casos), sin discriminar el tipo de afectación, tampoco, si son pacientes psiquiátricos o familiares los afectados atendidos en la Red de Atención Integral de Salud. ⁽⁵⁾

Ahora bien, dentro de las causas de las afectaciones de los cuidadores primarios, destaca el esfuerzo o exceso de cuidados que requiere la persona enferma, en especial, aquellas con

trastornos mentales, pues ameritan grandes exigencias físicas, mentales, económicas y emocionales. Estas exigencias de cuidados podrían expresarse en molestias, rabia, ira, frustración, agotamiento, o, por el contrario, ansiedad, depresión o tristeza.

La Organización no Gubernamental, Alianza para la las familias y cuidadores, ha señalado que el 20% de los cuidadores familiares sufre de depresión, el doble de la incidencia en la población general ⁽⁴⁾ además, alrededor del 60% muestran signos clínicos de depresión, el 41% de los ex cuidadores de un cónyuge con Alzheimer u otra forma de demencia, han experimentado una depresión de leve a grave por un período de hasta tres años después de la muerte del cónyuge. ⁽⁴⁾ Tal situación, se vive en el proceso de atención y requiere ser abordada brindando el mayor acompañamiento y cuidados a quienes día a día dedican tiempo y esfuerzo a la atención de pacientes psiquiátricos.

Dentro de los factores que pueden aumentar las situaciones arriba descritas, incluyen: a) cuidar de un cónyuge; b) vivir con la persona que necesita cuidados; c) cuidar de alguien que necesita atención médica constante; d) sentirse solo; e) sentirse indefenso o deprimido; f) tener problemas de dinero; g) pasar muchas horas en las labores de cuidado; h) recibir muy poca orientación por parte de profesionales de atención médica; i) no tener elección a la hora de ser cuidador; j) no tener buena capacidad para afrontar una situación difícil ni resolver problemas; k) sentir la necesidad de cuidar en todo momento. ⁽⁶⁾

En consecuencia, los sentimientos resultantes se traducen en ira, ansiedad, tristeza, aislamiento y agotamiento y la culpa por sentir estos sentimientos, puede ser una carga muy pesada. Al respecto, se señala que el desgaste causado en el cuidador al atender a algún paciente, ocasiona múltiples daños, desde problemas interpersonales, así como sentimientos de desesperanza la mayor parte del tiempo, resentimiento hacia la persona que cuida, pensamientos de suicidio o de abandono, frecuentes dolores de cabeza o de espalda, pérdida de energía, sensación de cansancio y aislamiento. ⁽⁷⁾ Con ello, se perciben elementos de interés a considerar como estresores, sensación de agotamiento y repercusiones en la salud física y mental del cuidador, mostrado ansiedad y depresión.

Entonces, por familiaridad, compromiso humanitario, así como por cultura, las personas acudan al llamado para cuidar a un paciente que amerita su atención. Sin embargo, esta

responsabilidad no debe ser exclusiva de la familia, sino, que el sector público debe participar para facilitar el entrenamiento, atención especializada y con criterio, que permita mejor calidad de vida al paciente y cuidar la salud mental del cuidador.

En ese orden de ideas, las instituciones públicas, con compromiso y responsabilidad, deben implementar programas acordes a las etapas y circunstancias de las personas mayores y sus cuidadores; ⁽⁸⁾ también, se entiende que siendo el cuidador primario, quien recibe toda la carga tanto emocional, social y a veces económica del paciente, requiere del apoyo de estado y de las instituciones dedicadas a ello.

Atención del cuidador y su salud mental

Para reducir la sobrecarga del cuidador, se pueden considerar algunos elementos, como son: a) proveerles de tiempo libre; b) facilitar intervenciones en los grupos de autoayuda; c) asistir a cursos y talleres recreativos; d) brindar terapia psicológica de grupo; e) terapia ocupacional; f) intervenciones en los programas psicoeducativos, entre otros, en los cuales, se entrenen y den estrategias y habilidades para afrontar las consecuencias del cuidado por parte de un equipo interdisciplinario. ⁽⁸⁾

En otro orden de ideas, se presentan algunas bases teóricas de la investigación, siendo pertinente definir al cuidador primario, considerado aquella persona que, pudiendo ser familiar o no del paciente, mantiene el contacto humano más estrecho con este; ⁽⁷⁾ además, se señalan que su principal función es satisfacer diariamente las necesidades físicas y emocionales del paciente. ⁽⁷⁾ También, lo mantiene vinculado con la sociedad y le provee afecto, ya que el cuidador es solidario con el que sufre ⁽⁷⁾ por ende, dada estas particularidades, es trascendental para el paciente contar con su apoyo según como progrese la enfermedad, a la par de tener un papel importante en la reorganización, mantenimiento y cohesión del grupo familiar. ⁽⁷⁾

Por su parte, el cuidador primario cumple con los cinco criterios, a saber: 1) Es su cónyuge, su padre o su pareja; 2) Es el que tiene un mayor contacto con el paciente; 3) Se encarga de la situación económica del paciente; 4) Es el responsable de darle la medicación y 5) Es la persona que contacta con los servicios sanitarios de emergencia. ⁽⁹⁾

Cabe señalar, que, ante esa sobrecarga física, emocional y económica del cuidador primario, sobre todo en pacientes con trastornos mentales, se presentan altos niveles de depresión, estrés psicológico, peor salud física, usan más psicofármacos y acuden frecuentemente a los servicios de atención primaria. Por todos estos motivos los cuidadores tienen mayor riesgo de mortalidad. ⁽⁹⁾

Signos de estrés del cuidador

Las personas o familiares que se encargan de cuidar a una persona con algún problema de su salud mental, pueden manifestar alguno de los siguientes síntomas: a) Sentirse agobiado o preocupado todo el tiempo; b) Sentirse cansado a menudo; c) Dormir mucho o poco; d) Ganar o perder peso; e) Enojarse o irritarse con facilidad; f) Falta de interés por actividades que antes te gustaban; g) Sentirse triste; h) Tener dolores de cabeza frecuentes u otros dolores o problemas de salud; i) Abuso de alcohol o drogas, incluidos los medicamentos con receta o; j) Faltar a tus citas médicas. ⁽⁶⁾

Así, se ha planteado que existen dos tipos de síndromes por sobrecarga que puede alterar al cuidador primario ⁽¹⁰⁾, los cuales son:

- 1) Sobrecarga mental: originando sobrecarga emocional, estrés, miedo, agotamiento, ansiedad y menor satisfacción con la vida, lo cual se traduce en pérdida de la autoestima, desesperanza, desaliento, tristeza y soledad
- 2) Sobrecarga social: afectando la dinámica familiar por la priorización de las necesidades del paciente, además de demostrarse alterado el ingreso familiar y observarse un cambio abrupto de las actividades cotidianas del cuidador. ⁽¹⁰⁾

Por otra parte, la ansiedad es un trastorno común en el mundo, donde datos de los organismos internacionales señalan que, en 2019, se registraron más de 301 millones de personas, a predominio de mujeres, además, los síntomas suelen aparecer durante la infancia o la adolescencia y se cuenta con tratamientos eficaces para este tipo de trastornos.

⁽¹¹⁾ Asimismo, los signos y síntomas son variados, las personas con un trastorno de ansiedad pueden experimentar un miedo o una preocupación excesivos ante una situación

específica... o, en el caso del trastorno de ansiedad generalizada, ante una amplia gama de situaciones cotidianas. ⁽¹¹⁾

Adicionalmente, se reconocen algunos síntomas de los trastornos de ansiedad como son: dificultad para concentrarse o tomar decisiones, irritabilidad, tensión o inquietud, náuseas o malestar abdominal, palpitaciones, sudoración, temblores, trastornos del sueño, sensación de peligro inminente, de pánico o de fatalidad. ⁽¹¹⁾ Es común observar, que los trastornos de ansiedad aumentan el riesgo de depresión y de trastornos por consumo de drogas, así como el riesgo de pensamientos y comportamientos suicidas. ⁽¹¹⁾ Adicionalmente, las manifestaciones clínicas pueden ser: 1) Trastorno de ansiedad generalizada; 2) Trastorno de angustia; 3) Trastorno de ansiedad social; 4) Agorafobia; 5) Trastorno de ansiedad por separación; 6) Determinadas fobias, y; 7) Mutismo selectivo. ⁽¹¹⁾

Diagnóstico de patología de la salud mental en el cuidador

En cuanto a diagnóstico, se describe con criterios clínicos y la comprobación a través de la aplicación de test para medir la ansiedad; consecuentemente el tratamiento, prescrito bajo estricta vigilancia médica por el psiquiatra, conjuntamente con, intervenciones psicológicas individuales o en grupos, uso de manuales de autoayuda, apoyo en sitios web y algunas aplicaciones telefónicas. ⁽¹¹⁾ Además, combinaciones de medicamentos antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. ⁽¹¹⁾

Por otro lado, la depresión, es una enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida ⁽¹²⁾ causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos. ⁽¹²⁾ Clínicamente, existen diversos niveles de depresión, sin embargo, la gravedad, frecuencia y duración de los síntomas varían dependiendo de la persona y su enfermedad en particular. ⁽¹²⁾ No obstante, se evidencia “tristeza persistente y pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas” (s.p.); ⁽¹²⁾ los síntomas, incluyen: “pérdida de energía; cambios en el apetito; necesidad de dormir más o menos de lo normal; ansiedad; disminución de la concentración; indecisión; inquietud; sentimiento de inutilidad, culpabilidad o desesperanza; y pensamientos de autolesión o suicidio” (s.p.). ⁽¹²⁾

Entonces, con evidencia clínica y pruebas psicológicas calificadas, se hace diagnóstico e instala tratamiento con medicación antidepresiva, terapia o intervención psicológica, o bien, una combinación de ambos métodos. ⁽¹²⁾

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en cuidadores principales de los pacientes ingresados en la Unidad de Pacientes Agudos del Servicio de Psiquiatría adscrito al Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, durante el año 2025.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características demográficas de los cuidadores principales de los pacientes ingresados en la Unidad de Pacientes Agudos del Servicio de Psiquiatría adscrito al Hospital Central de San Cristóbal, el estado Táchira, Venezuela, durante el año 2025
2. Identificar la presencia de depresión en los cuidadores principales de los pacientes ingresados en la Unidad de Pacientes Agudos del Servicio de Psiquiatría adscrito al Hospital Central de San Cristóbal, el estado Táchira, Venezuela, durante el año 2025
3. Detectar la presencia de ansiedad en los cuidadores principales de los pacientes ingresados en la Unidad de Pacientes Agudos del Servicio de Psiquiatría adscrito al Hospital Central de San Cristóbal, el estado Táchira, Venezuela, durante el año 2025

MÉTODOS

Diseño, nivel y tipo de investigación

Se planteó una investigación observacional, no experimental, sin intervención ni manipulación de las variables de estudio; de nivel relacional, tipo transversal y prospectiva. Se planteó cruzar variables para conocer más en profundidad la relación entre algunas de ellas y cómo dar respuesta a los objetivos y plantear aportes posteriores. Se usó una sola vez la recopilación de datos primarios, directamente de los cuidadores, y se hizo en la medida en que fue avanzando el tiempo de estudio.

Población y muestra

La población está representada por todos los familiares y cuidadores principales de los pacientes con alguna patología psiquiátrica que hayan sido ingresados en UPA. Tomando en cuenta que se tiene una serie de cuidadores primarios activos en la Escuela de familia para el acompañamiento a los familiares de pacientes psiquiátricos de UPA en el Servicio de psiquiatría del Hospital Central de San Cristóbal. Asimismo, para la escogencia de la muestra, se planteó la toma de una muestra censal, es decir, tomar todo el conjunto de la población, por lo que se conformó la muestra de 42 cuidadores primarios

Criterios de inclusión

- Cuidadores principales de ambos sexos, activos en la “Escuela de Familia”
- Que estuvieron de acuerdo en participar en el estudio y lo manifestaron formando el consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Otros familiares que cuidaban los pacientes ocasionalmente
- Cuidadores con comorbilidades

Procedimientos

Se solicitó permiso para realizar la investigación al jefe del servicio de psiquiatría; se abordó a cada cuidador y se le suministró el cuestionario realizado para tal fin. Ello permitió que se recolectaran los datos; dado los objetivos planteados, se requirió de un cuestionario, que permitió recolectar datos de manera rápida y eficaz, sobre todo en estudios cuantitativos; ⁽²³⁾ en consecuencia, se utilizó como instrumento de recolección de datos un cuestionario, usualmente auto-administrado conformado por interrogantes según las variables en estudio (anexo 2). ⁽²¹⁾

Este cuestionario estuvo conformado por tres partes; la primera con 10 ítem para conocer aspectos socio-demográficos de los cuidadores; la segunda, con 21 ítem para determinar el grado de ansiedad con base en las apreciaciones de Aaron Beck; ⁽²⁴⁾ y; la tercera, con 21 ítem para determinar la depresión según el test de Beck. ⁽²⁵⁾ La confiabilidad de los instrumentos fue asumida a partir de su naturaleza estandarizada y validada internacionalmente (Test de Ansiedad de Beck y Test de Depresión de Beck) siendo ampliamente utilizados en la investigación en salud mental.

Ahora bien, el manejo estadístico de los datos fue realizado con estadística descriptiva a través del paquete ofimático Excel 2016, con el cual, se calcularon medidas de resumen de las variables cuantitativas, medidas de frecuencias absolutas y porcentajes para valorar las variables previamente operacionalizadas en la Tabla 1, más adelante; luego de lo cual, fueron presentadas en cuadros y gráficos indistintamente.

No obstante, en las partes 2 y 3, fue necesario el análisis particular según las estimaciones de Aaron Beck para ansiedad y depresión; en ese sentido, el inventario de Ansiedad de Beck es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, cuyo cuestionario, consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado son los siguientes: 1) Ansiedad muy baja: entre 00–21; 2) Ansiedad moderada: entre 22–35 y; 3) Ansiedad severa: más de 36; esto obedece a que cada ítem se califica de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy

desagradable pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo", al sumar cada pregunta, se obtiene el total de puntuación del evaluado. ⁽²⁴⁾

De igual manera, el test de Depresión de Beck, es un cuestionario auto-administrado conformado por 21 preguntas de respuesta múltiple, comúnmente utilizados para medir la severidad de la depresión en psiquiatría, califica al paciente en: 1) Depresión ausente o mínima; 2) Depresión mínima; 3) Depresión moderada y; 4) Depresión grave. ⁽²⁵⁾

Al obtener los elementos científicos y técnicos, corresponderá detallar los resultados, interpretar y discutir la información, dando respuesta a los objetivos de la investigación, comparando los hallazgos con las teorías y antecedentes presentados a lo largo de la investigación.

www.bdigital.ula.ve

Tabla 1. Operacionalización de variables

Objetivo general: Determinar la presencia de ansiedad y depresión en cuidadores principales de los pacientes ingresados en la Unidad de Pacientes Agudos del Servicio de Psiquiatría adscrito al Hospital Central de San Cristóbal, estado Táchira, Venezuela, durante el año 2025.					
Objetivos específicos	Variable	Definición	Dimensiones	Instrumento	Items
Describir características socio-demográficas de los cuidadores principales de pacientes ingresados en la Unidad de Pacientes Agudos del Servicio de Psiquiatría adscrito al Hospital Central de San Cristóbal, el estado Táchira, durante el año 2025.	Variables socio-demográficas	Características de los cuidadores principales objeto de estudio	Edad	Cuestionario	1
			Sexo		2
			Procedencia		3
			Grado de instrucción		4
			Ocupación		5
			Estado civil		6
			Conocimiento del Diagnóstico		7
Detectar la presencia de ansiedad en los cuidadores principales de los pacientes ingresados en la Unidad de Pacientes Agudos del Servicio de Psiquiatría adscrito al Hospital Central de San Cristóbal, el estado Táchira, Venezuela, durante el año 2025.	Ansiedad	Estado emocional en el que se presentan cambios somáticos (cuando una persona expresa tener un síntoma que en realidad no tiene) y psíquicos.	Torpeza	Test de Ansiedad de Beck	8
			Calor		9
			Temblor		10
			Relajación		11
			Temor		12
			Mareos		13
			Palpitaciones		14
			Inestabilidad		15
			Susto		16
			Nervios		17
			Bloqueo		18
			Temblor		19
			Inquietud		20
			Miedo		21
			Ahogo		22
			Temor a morir		23
			Miedo		24
			Problemas digestivos		25
			Desvanecimiento		26
			Rubor facial		27
			Sudoración		28

Tabla 1. Operacionalización de variables. Continuación.

Objetivos específicos	Variable	Definición	Dimensiones	Instrumento	Items
Identificar la presencia de depresión en los cuidadores principales de los pacientes ingresados en la Unidad de Pacientes Agudos del Servicio de Psiquiatría adscrito al Hospital Central de San Cristóbal, el estado Táchira, Venezuela, durante el año 2025	Depresión	Enfermedad caracterizada por la sensación de tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades cotidianas, con incapacidad para llevar a cabo las actividades rutinarias.	Tristeza	Test de Depresión de Beck	29
			Pesimismo		30
			Fracaso		31
			Pérdida Placer		32
			Sentimiento de culpa		33
			Sentimiento de castigo		34
			Disconformidad con uno mismo		35
			Autocrítica		36
			Pensamiento suicida		37
			Llanto		38
			Agitación		39
			Pérdida Interés		40
			Indecisión		41
			Desvalorización		42
			Pérdida de Energía		43
			Cambio Hábito del sueño		44
			Irritabilidad		45
			Cambio apetito		46
			Dificultad en la concentración		47
			Cansancio o fatiga		48
			Pérdida de interés en el sexo		49

Para cerrar, corresponde explicar los aspectos éticos de la investigación, para lo cual, el autor trabajó responsablemente, evitando el plagio de otros autores, respetando las actividades descritas en el cronograma de actividades y cumpliendo con los parámetros y normas establecidas por la Universidad de Los Andes. Así mismo, cumpliendo con la Declaración de Helsinki se construyó el “Consentimiento Informado”, asegurando la confidencialidad de los cuidadores encuestados (anexo 3). ⁽²⁶⁾

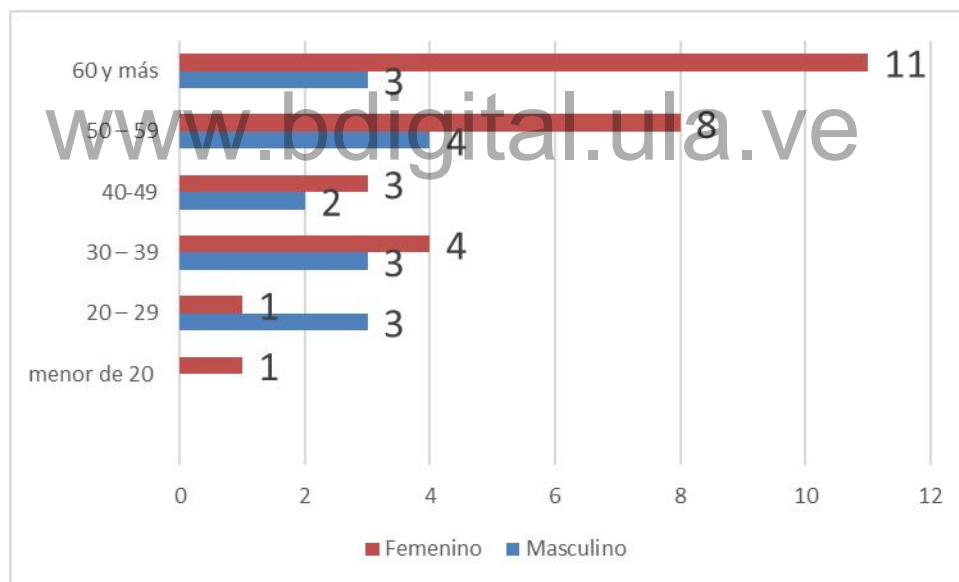
RESULTADOS

Tabla 1. Cuidadores principales de pacientes según edad y sexo. Unidad de Pacientes Agudos Servicio de Psiquiatría Hospital Central de San Cristóbal 2025

Grupos de Edades(años)	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menos de 20	1	2.38		0.00		0.00
20 – 29	1	2.38	3	7.14	4	9.52
30 – 39	4	9.52	3	7.14	7	16.67
40-49	3	7.14	2	4.76	5	11.90
50 – 59	8	19.05	4	9.52	12	28.57
60 y más	11	26.19	3	7.14	14	33.33
Total	27	64.29	15	35.71	42	100.00

Fuente: Cuestionario de ansiedad y depresión

Gráfico 1. Cuidadores principales de pacientes según edad y sexo. Unidad de Pacientes Agudos Servicio de Psiquiatría Hospital Central de San Cristóbal 2025



Fuente: Tabla 1

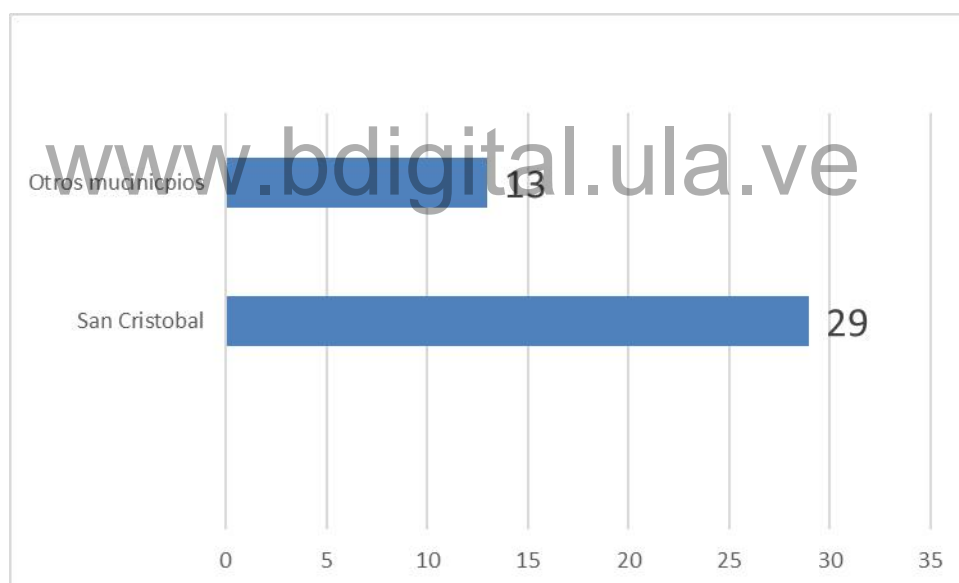
Al realizar la distribución de los cuidadores principales de los pacientes ingresados se pudo observar un predominio de los que tenían 60 años y más con 14 sujetos para un 33,33 % del total, seguido por los de 50-59 años con 12 para un 28,57 % En relación al sexo, las mujeres alcanzaron el mayor porcentaje con 64,29 % (n=27)

Tabla 2. Cuidadores principales de pacientes según procedencia. Unidad de Pacientes Agudos Servicio de Psiquiatría Hospital Central de San Cristóbal 2025

Procedencia	Número	%
San Cristóbal	29	69.05
Otros municipios	13	30.95
Total	42	100.00

Fuente: Cuestionario de ansiedad y depresión

Gráfico 2. Cuidadores principales de pacientes según procedencia. Unidad de Pacientes Agudos Servicio de Psiquiatría Hospital Central de San Cristóbal 2025



Fuente: Tabla 2

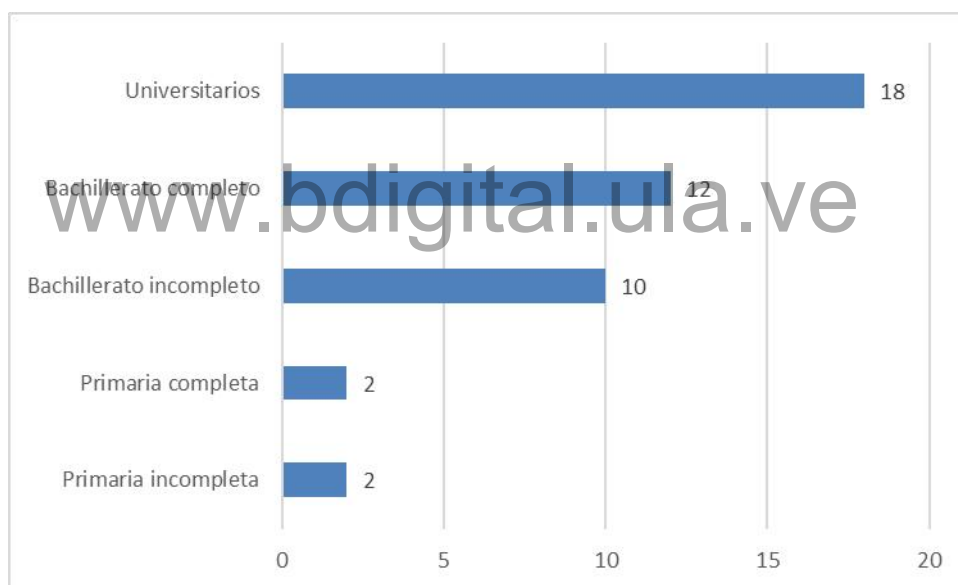
Al interrogar a los cuidadores según la procedencia de estos los que refirieron ser del municipio san Cristóbal alcanzaron el mayor número con 29 para un 69,05% y de otros municipios solo 13 para un 30,95 %

Tabla 3. Cuidadores principales de pacientes según grado de instrucción. Unidad de Pacientes Agudos Servicio de Psiquiatría Hospital Central de San Cristóbal 2025

Grado de instrucción	Número	%
Primaria incompleta	2	4.76
Primaria completa	2	4.76
Bachillerato incompleto	10	23.81
Bachillerato completo	12	28.57
Universitarios	18	42.86
Total	42	100.00

Fuente: Cuestionario de ansiedad y depresión

Gráfico 3. Cuidadores principales de pacientes según grado de instrucción. Unidad de Pacientes Agudos Servicio de Psiquiatría Hospital Central de San Cristóbal 2025



Fuente: Tabla 3

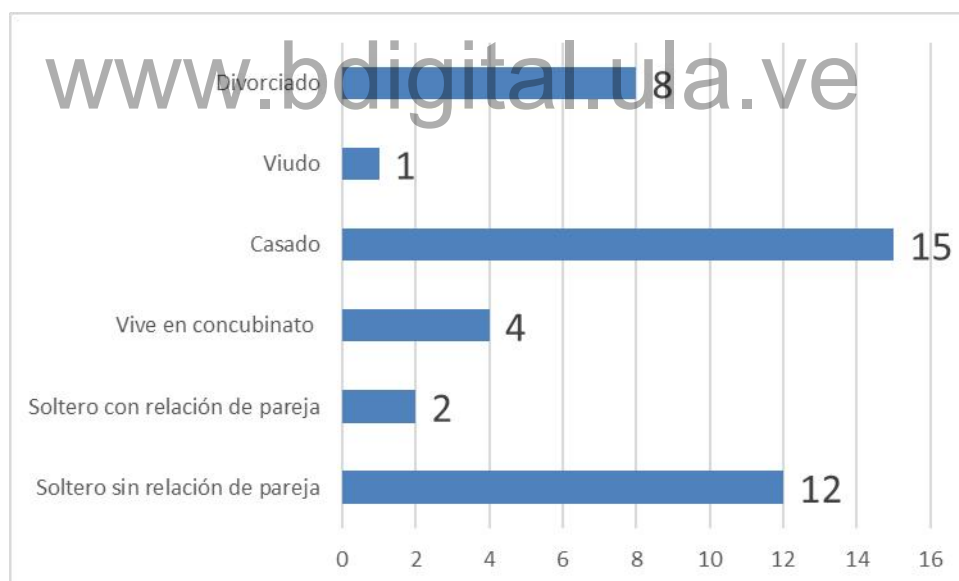
Al interrogar a los cuidadores principales sobre su grado de instrucción se reportó que, el mayor número refirió ser universitario con 18 sujetos para un 42.86 % , seguido en orden decreciente por los que refirieron tener bachillerato completo con 12 para 28.57 %, notándose un grado alto de instrucción.

Tabla 4. Cuidadores principales de pacientes según estado civil. Unidad de Pacientes Agudos Servicio de Psiquiatría Hospital Central de San Cristóbal 2025

Estado Civil	Número	%
Soltero sin relación de pareja	12	28.57
Soltero con relación de pareja	2	4.76
Vive en concubinato	4	9.52
Casado	15	35.71
Viudo	1	2.38
Divorciado	8	19.05
Total	42	100.00

Fuente: Cuestionario de ansiedad y depresión

Gráfico 4. Cuidadores principales de pacientes según estado civil. Unidad de Pacientes Agudos Servicio de Psiquiatría Hospital Central de San Cristóbal 2025



Fuente: Tabla 4

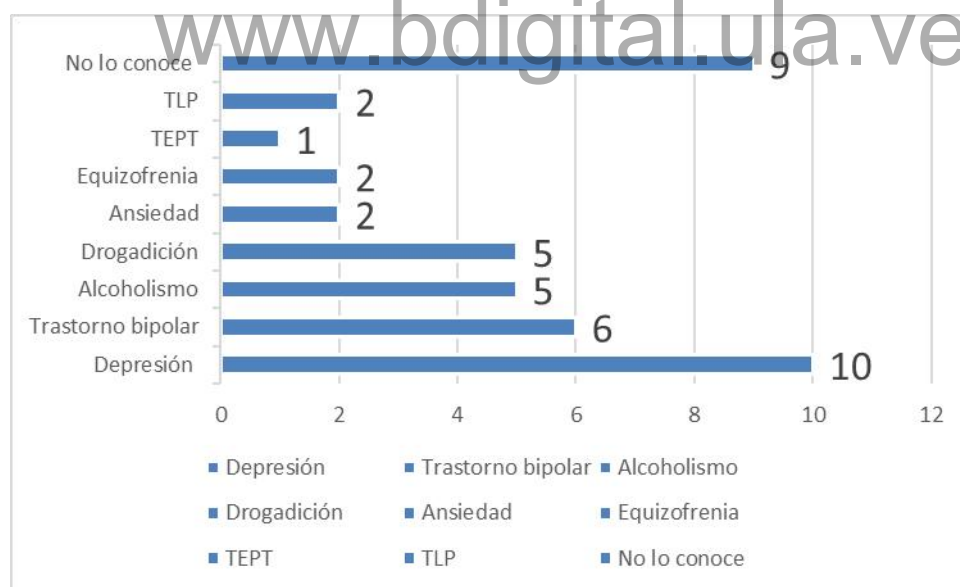
En relación al estado Civil el mayor número refirió estar casado con 15 sujetos para un 35.71 %, le siguieron en orden decreciente los que estaban soltero sin relación de pareja con 12 para 28.57 %.

Tabla 5. Cuidadores principales de pacientes según diagnóstico del familiar. Unidad de Pacientes Agudos Servicio de Psiquiatría Hospital Central de San Cristóbal 2025

Diagnóstico del familiar	Número	%
Depresión	10	23.81
Trastorno bipolar	6	14.29
Alcoholismo	5	11.90
Drogadicción	5	11.90
Ansiedad	2	4.76
Esquizofrenia	2	4.76
TEPT	1	2.38
TLP	2	4.76
No lo conoce	9	21.43
Total	42	100.00

Fuente: Cuestionario de ansiedad y depresión

Gráfico 5. Cuidadores principales de pacientes según diagnóstico del familiar. Unidad de Pacientes Agudos Servicio de Psiquiatría Hospital Central de San Cristóbal 2025



Fuente: Tabla 5

Al preguntarle a los cuidadores principales sobre el diagnóstico psiquiátrico que tenían los pacientes bajo su cuidado, el mayor número refirió la depresión, con 10 pacientes para un 23.81 %, sin embargo, le siguieron en orden de frecuencia los que no conocen que

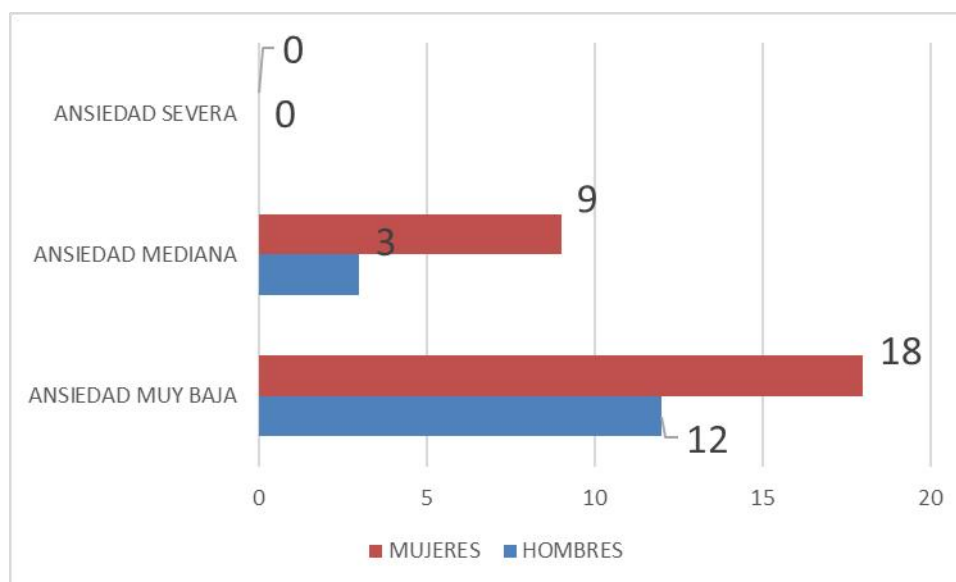
diagnóstico tiene su familiar con 9 para un 21.43%, luego los que refirieron trastorno bipolar con 6 para un 14.29%.

Tabla 6. Nivel de ansiedad de los cuidadores principales de pacientes. Unidad de Pacientes Agudos Servicio de Psiquiatría Hospital Central de San Cristóbal 2025

Sexo	Nivel de ansiedad							
	Muy baja	%	Mediana	%	Severa	%	Total	%
Masculino	12	28.57	3	7.14	0	0.00	15	35.71
Femenino	18	42.86	9	21.43	0	0.00	27	64.29
TOTAL	30	71.43	12	28.57		0.00	42	100.00

Fuente: Cuestionario de ansiedad y depresión

Gráfico 6. Nivel de ansiedad de los cuidadores principales de pacientes. Unidad de Pacientes Agudos Servicio de Psiquiatría Hospital Central de San Cristóbal 2025



Fuente: Tabla 6

Al aplicar el Test de Ansiedad de Beck (Tabla y gráfico 6) se pudo notar el nivel que más se presentó fue el de ansiedad muy baja con 30 sujetos afectados para un 71.43 % seguido por el de ansiedad mediana con 12 para un 28.57 %, el sexo más afectado fueron los hombres con 27 para un 64,29 %.

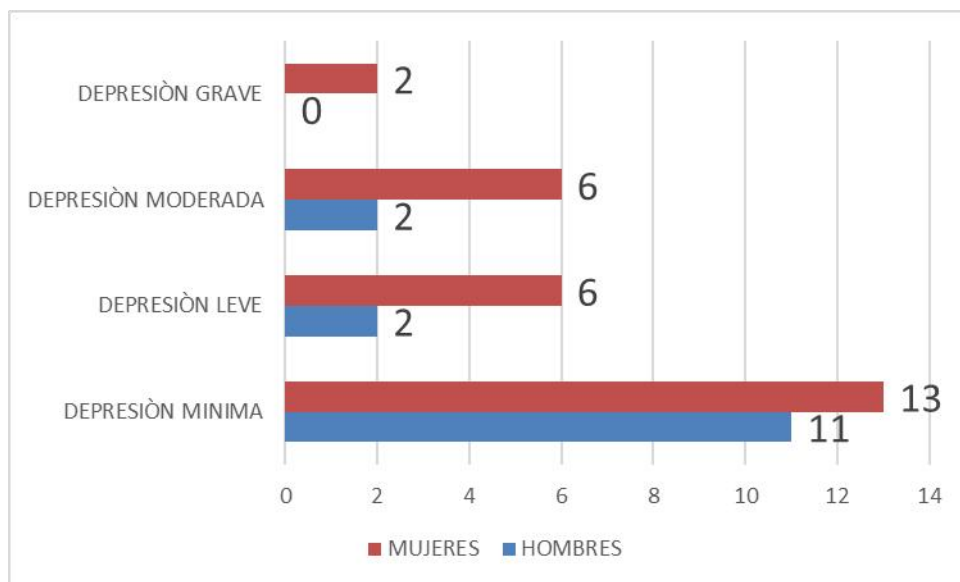
Tabla 7. Nivel de depresión de los cuidadores principales de pacientes. Unidad de Pacientes Agudos Servicio de Psiquiatría Hospital Central de San Cristóbal 2025

Sexo	Nivel de depresión									
	Mínima	%	Leve	%	Moderada	%	Grave		Total	%
Masculino	11	26.19	2	4.76	2	4.76	0	0.00	15	35.71
Femenino	13	30.95	6	14.29	6	14.29	2	4.76	27	64.29
TOTAL	24	57.14	8	19.05	8	19.05	2	4.76	42	100

Fuente: Cuestionario de ansiedad y depresión

www.bdigital.ula.ve

Gráfico 7. Nivel de depresión de los cuidadores principales de pacientes. Unidad de Pacientes Agudos Servicio de Psiquiatría Hospital Central de San Cristóbal 2025



Fuente: Tabla 7

Al aplicar el Test de depresión de Beck (tabla y gráfico 7) se observó un predominio de la depresión mínima con 24 afectados para un 57.14 %, le siguieron en orden de frecuencia la depresión leve y moderada con 8 afectados cada grupo para un 19.05%.

DISCUSIÓN

Los cuidadores de pacientes psiquiátricos a menudo experimentan altos niveles de ansiedad y depresión debido al agotamiento, la carga emocional y el estrés, lo que puede llevar al síndrome del cuidador o al burnout. Para manejarlo, es esencial que los cuidadores prioricen el autocuidado, busquen apoyo en grupos y profesionales. La detección temprana de estos problemas es crucial para que reciban el tratamiento adecuado, que puede incluir terapia, medicación y estrategias para afrontar el estrés y la sobrecarga.

En relación a las variables sociodemográficas, en este estudio se observó un predominio de cuidadores mayores de 60 años (33,33%), del sexo femenino este resultado es diferente al obtenido por Peña ⁽¹³⁾ en su estudio llevado a cabo en la Universidad Autónoma de México, para establecer la relación entre ideación suicida y depresión en cuidadores primarios encontró un predominio de edades con una media de la edad fue de 47,37 años, donde el mayor porcentaje de cuidadores eran mujeres, con 73,59 %.

Entre los resultados, Rajak y cols. ⁽²⁷⁾ reportaron una media para la edad de los familiares cuidadores en 35.9 años, con un predominio de las mujeres que conformaron el 59.7%. De igual manera Maximiano et al ⁽²⁸⁾ en su trabajo encontraron una edad media de 45,4 años y donde el 91,0% fueron mujeres. En la mayoría de los estudios revisados como antecedentes se encontró que en un alto porcentaje los cuidadores eran mujeres y que los hombres se involucraban, pero sin llegar a ser el cuidador principal.

En relación al nivel académico de los cuidadores principales, el mayor número fueron los universitarios (42.86 %), en este sentido Buitrago y Flórez ⁽²⁹⁾ encontraron resultados muy similares ya que, en el 30.0% (n=12) de los cuidadores el nivel educativo era bachiller y universitario, el 77.5% (n=31) eran residentes del área metropolitana de Bucaramanga y en el 37.5% (n=15) su estado civil era soltero. En relación a la ocupación que realizan, el 32.3% (n=13) eran empleados, seguido del 25.0% (n=10) dedicados al hogar.

Mares ⁽³⁰⁾ en su estudio encontró que el mayor porcentaje de las estudiadas eran mujeres casadas, Esto puede deberse a que históricamente el cuidado ha sido considerado una actividad feminizada, carente de valor económico y social. También se encontró que quien brinda cuidado, en su mayoría, son hijas/esposas, tal y como menciona Martínez. La ocupación predominante de los CF es el hogar, dato que coincide con los resultados de Hurtado-Vega. Esto podría deberse a que el tiempo invertido en cuidar a otros implica que los CF dejan de distribuir espacios personales dedicados a actividades laborales, sociales, de ocio o de autocuidado, en deterioro de su propia salud física y mental.

Roca ⁽¹⁴⁾ en su estudio realizado en Lima Perú encontró un predominio encontró 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.

En relación al conocimiento de los cuidadores sobre el diagnóstico de su familiar el 23.81 % reconoció la depresión como principal diagnóstico , y 21, 43 % negó conocerlo, este hecho fue avalado en un estudio llevado a cabo en Mérida por Sánchez ⁽¹⁸⁾ , sobre niveles de ansiedad y depresión en cuidadores principales encontró que el mayor porcentaje de cuidadores (69,7 %) indicó no conocer el diagnóstico psiquiátrico del paciente a cargo;

sin embargo, los diagnósticos psiquiátricos de los hospitalizados fueron múltiples, a saber: Trastornos Bipolares (33,3%); Trastornos Mentales Orgánicos (18,2%); Trastornos Afectivos Orgánicos (12,1%) y; Esquizofrenias Paranoides (12,1%), resultados muy similares fueron encontrados en este estudio aunque con diferencias en los porcentajes encontrados

Al aplicar el test de Beck se encontró ansiedad muy baja (71.43 %) y (28.57 %), mientras que se determinó depresión mínima en un 57.14 %, Un aspecto importante que relaciona este estudio con el realizado por Roca ⁽¹⁴⁾ es que en su estudio 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%,

Es su trabajo Peña encontró que su muestra presentó sintomatología depresiva, en un 28,13%; sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ⁽¹³⁾.

Resultados similares encontró Altamirano ⁽¹⁶⁾ para ello, aplicó el Test de Depresión de Beck, identificando prevalencia de 31% de depresión en el área de consulta externa, un 71% de depresión en un rango de edad de 29 a 39 años y un 67% de representación femenina. Concluyendo que existe el evento y debe ser abordado para prevenirlo y controlarlo.

Los síntomas de ansiedad se presentaron en el 100% de los cuidadores: a) ansiedad leve (66,7%); b) ansiedad moderada-severa (21,2%) y; c) ansiedad leve-moderada (12,1%). En cuanto a la depresión, se contabiliza: a) No deprimido (30,3%); b) depresión leve-moderada (33,3%); c) depresión moderada (18,2%); d) depresión severa (12,1%) y; e) depresión muy severa (6,1%).

Buitrago y Flórez ⁽²⁹⁾ en su estudio, en relación a la ansiedad no se demostró una prevalencia significativa en la muestra estudiada, sin embargo, la prevalencia de depresión encontrada en su estudio fue marcadamente superior a la detectada en los trabajos consultados; siendo ésta de 92.5%.

En criterio del autor, la ansiedad del cuidador es un problema común durante la hospitalización, pero su evolución puede ser diferente después en el domicilio del paciente

cuando el cuidador se enfrenta a situaciones muy estresantes como la disnea entre otras alteraciones. En un estudio realizado por la Universidad de Murcia. España, demostraron que los cuidadores mostraron síntomas de ansiedad después de la hospitalización en un 21,6%.

www.bdigital.ula.ve

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Reconocimiento

- Los cuidadores principales son en su mayoría femeninas, de más de 60 años, casados, tienen grado alto de instrucción y residen en San Cristóbal
- A pesar de que los cuidadores pasan mucho tiempo con sus familiares, no todos conocen el diagnóstico que tiene su familiar, hecho que podría ir en contra del buen manejo del paciente con afecciones psiquiátricas en la familia.
- El cuidador de personas con trastornos mentales tiene riesgo para presentar ansiedad y depresión y éste aumenta a medida que el cuidador tiene más tiempo al cuidado de su familiar y además cuando el paciente es internado frecuentemente.
- Frecuentemente ocurre que una sola persona se hace cargo del paciente, destinando su tiempo y recursos económicos al cuidado del mismo
- En ocasiones dejan de lado su trabajo para proporcionar las atenciones que requieren su familiar

Recomendaciones

- A los cuidadores principales: Dedicar tiempo para sí mismo: Establecer metas pequeñas y realizables cada semana, como acostarse 15 minutos más temprano o dar un paseo breve. Lograr estos objetivos dará una sensación de control y energía. Es fundamental entender que cuidar de sí no es un lujo, es una necesidad
- Reconocer y expresar sus emociones: Llevar un diario, expresarse a través del arte, el yoga o simplemente preguntarse a ti mismo cómo te sientes, puede ser de gran ayuda para procesar emociones difíciles como la frustración, la tristeza o la culpa.
- Priorizar la salud física: La conexión entre mente y cuerpo es fuerte. Intenta incorporar actividad física ligera (caminar), mantener una dieta equilibrada con frutas, verduras y alimentos que ayudan a reducir el cortisol (como el aguacate y el salmón), y dormir lo suficiente. Dormir mal es un factor que contribuye significativamente a la depresión.
- Establecer límites y ser realista: Dividir las tareas grandes en pasos más pequeños y concentrarse en lo que es prioritario. Aprender a decir "no" es crucial para evitar el agotamiento. Recordar que no eres un superhéroe y que está bien no poder con todo.

- Pedir y aceptar ayuda: Hacer una lista de formas en que otros pueden ayudarse (preparar comidas, hacer mandados, acompañar a tu ser querido unas horas) y permitir que la familia y amigos colaboren. Aceptar ayuda no es un signo de debilidad.
- Conectar con otras personas: Mantener el contacto con familiares y amigos que te apoyen es fundamental. Además, unirse a un grupo de apoyo permite conectar con personas que entienden por lo que estás pasando, ofreciéndote consejos prácticos.
- Buscar apoyo profesional: Si los sentimientos de depresión o ansiedad interfieren con tu vida diaria durante más de dos semanas, es muy importante que hables con un profesional de la salud. El apoyo psicológico (como la terapia cognitivo-conductual) puede enseñarse estrategias para manejar tus emociones, y en algunos casos, los medicamentos pueden ser de gran ayuda para mejorar el estado de ánimo.
- Organizar y manejar las demandas prácticas del cuidado para reducir el estrés.
- Informarse sobre la condición de su ser querido: Comprender el diagnóstico y el tratamiento ayudará a empatizar más con su experiencia y a sentir que están más control sobre la situación.
- Crear un equipo y un plan: En lugar de asumir toda la responsabilidad, intentar trabajar en equipo con tu familia y, si es posible, con el personal médico. Crear un plan para distribuir tareas (finanzas, citas médicas, comidas) es muy útil. Para una comunicación más fluida con los médicos, su ser querido puede firmar una autorización HIPAA que te permita acceder a información relevante.
- Utilizar los recursos de respiro: Tomarse un descanso no es egoísta, es necesario. Investiga sobre servicios de cuidado temporal o "respite care", que pueden ser en el hogar, en centros de día para adultos o en residencias de corta estancia. Esto te permite recargar energías.
- Desarrollar un plan de emergencia: Ten a mano una lista de contactos de emergencia, incluidos hospitales, equipos de crisis móviles y los proveedores de salud de tu ser querido. En una emergencia de salud mental, puedes marcar al 988 (Línea de Prevención del Suicidio y Crisis) para obtener ayuda inmediata.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Salud Mental. [Internet]. 2025 [Consultado el 20 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental#:~:text=La%20salud%20mental%20es%20un,la%20mejora%20de%20su%20comunidad.>
2. Acosta Y. La salud mental en Venezuela a un año del inicio de la pandemia. Cuadernos del Cendes. Dossier Venezuela: Emergencia en Salud y Pandemia. [Internet]. 2021 [Consultado el 20 de febrero de 2025]; 38(106): 103-133. https://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_cc/article/view/22730
3. Núñez C. Notas antropológicas en torno a los cuidadores primarios de personas con diagnóstico de esquizofrenia. En: Calderon D, Sarricolea J. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia; 2021.
4. Family Caregiver Alliance. Depresión del cuidador: una crisis de salud silenciosa. [Internet]. 2025 [Consultado el 20 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.caregiver.org/es/resource/depresion-del-cuidador-una-crisis-de-salud-silenciosa-caregiver-depression-silent-health-crisis/>
5. Corporación de Salud del estado Táchira. Informes Epidemiológicos. División de Epidemiología. San Cristóbal, estado Táchira. 2024
6. Mayo Clinic. Estilo de vida saludable. Control del estrés. Estrés de las personas encargadas del cuidado. [Internet]. 2025 [Consultado el 24 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/stress-management/in-depth/caregiver-stress/art-20044784>
7. Hernández E, Reyes A, Villegas V, Pérez J. Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes internados en un hospital general de zona en

Nuevo León, México. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. [Internet]. 2017 [Consultado el 20 de febrero de 2025]; 25(3):213-20. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim173h.pdf>

8. Delfín C, Cano R, De la Rosa Y, Pinto N. Lineamientos legales para proteger al cuidador primario del adulto mayor en México. Revista de Ciencias Sociales. [Internet]. 2023 [Consultado el 20 de febrero de 2025]; 29(1): 95-107. file:///C:/Users/Principal/Downloads/Dialnet-LineamientosLegalesParaProtegerAlCuidadorPrimarioD-8822429.pdf
9. Gutiérrez L, Martínez J, Rodríguez F. La sobrecarga del cuidador en el trastorno bipolar. Revista Anales de Psicología. [Internet]. 2013 [Consultado el 28 de febrero de 2025]; 29(2): 624-632. 624-632. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000200036&lng=es. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.2.124061>.
10. Robles A, De Anda M, Casillas G, Cea A, Portilla M, Gallegos F, Romo S. Síndrome de sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con oncología pulmonar. Revista Lux Médica. [Internet]. 2023 [Consultado el 28 de febrero de 2025]; 18(54). <https://portal.amelica.org/ameli/journal/486/4864406012/html/>
11. Organización Mundial de la Salud. Trastornos de ansiedad. [Internet]. 2023 [Consultado el 28 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
12. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Depresión. [Internet]. 2025 [Consultado el 20 de febrero de 2025]. <https://www.paho.org/es/temas/depresion>

13. Peña J. Relación entre ideación suicida y depresión en cuidadores primarios informales en el área de urgencia. [Tesis de Grado para Licenciado en Psicología]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2023. <https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000846698/3/0846698.pdf>
14. 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. [Trabajo de Grado para Médico Cirujano]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2022. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/item/15be379f-7e5d-48ad-af89-76e4fe68fb19>
15. Lazaro C. Niveles de sobrecarga relacionados con la ansiedad y depresión en el cuidador de paciente psiquiátrico grave. Hospital Víctor Larco Herrera. 2022. [Tesis de Grado Especialista en Psiquiatría]. Perú: Universidad San Martín de Porres; 2022. https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/10484/lazaro_c.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Altamirano J. Depresión en cuidadores de pacientes de un hospital de niños de la ciudad de Quito. [Tesis de Pregrado licenciado en psicología]. Ecuador: Universidad Tecnológica Indoamérica; 2022. <https://repositorio.uti.edu.ec/handle/123456789/5042>
17. Guerrero C, Villasmil R, Persad, E. Nivel de resiliencia y autoconcepto en los cuidadores de personas en situación de discapacidad. Revista Síndrome de Down. [Internet]. 2018 [Consultado el 28 de febrero de 2025]; 35(1): 26-32. http://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/6281/Nivel_resiliencia_y_autoconcepto_cuidadores.pdf?sequence=1&rd=0031322799257828

18. Sánchez M. Niveles de ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes hospitalizados en la Unidad Psiquiátrica de Agudos en el periodo comprendido diciembre 2016. Mérida, Venezuela. 2017. [Trabajo de grado para especialista en Psiquiatría]. Mérida: Universidad de los Andes; 2017.
19. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Paradigma Positivista. Boletín Científico de las Ciencias Económico Administrativas del ICEA. [Internet]. 2007 [Consultado el 28 de febrero de 2025]; 12(24). <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/icea/article/view/12660/11178>
20. Hernández R, Fernández C, Batista P. Metodología de la Investigación. Colombia: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A.; 2014.
21. Arias F. El Proyecto de Investigación. Introducción a la Metodología Científica. 7ma edición. Caracas, Venezuela: Editorial Episteme; 2016.
22. Velázquez A. Investigación no experimental: Qué es, características, ventajas y ejemplos. 2025 [Consultado el 26 de febrero de 2025]. en Questionpro.com [Internet]. México. Disponible en: <https://www.questionpro.com/blog/es/investigacion-no-experimental/>
23. Casas J, Repullo J, Donado J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). Revista de Atención Primaria. [Internet]. 2003 [Consultado el 08 de marzo de 2025]; 31(8): 527-538. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13047738>
24. Clínica Las Condes. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). [Internet]. 2025 [Consultado el 22 de febrero de 2025]. <https://www.clinicalascondes.cl/CENTROS-Y-ESPECIALIDADES/Especialidades/Departamento-de-Medicina-Interna/Unidad-de-Geriatria/Inventario-de-Ansiedad-de-Beck>

25. Mental Salud. Test de la depresión de Beck (BDI). [Internet]. 2025 [22 de febrero de 2025]. <https://mentalsalud.com/test-depresion-beck/>

26. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet]. 1964 [Consultado el 20 de febrero de 2025]. <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

27. Rajak S, Samson P. Burden on Family Members of Psychiatric Patients attending Out Patient Department of a Teaching Hospital. *World J Adv Healthc Res*. 2021;5(4):99-105.

28. Maximiano-Barreto MA, Fabrício D de M, de Moura AB, Brito TRP de, Luchesi BM, Chagas MHN. Relationship of burden with depressive symptoms, mental disorders and older adults' functional dependence: A study with paid and unpaid caregivers in Brazil. *Health Soc Care Community* [Internet]. 2021 [citado 15 de diciembre de 2021]; n/a(n/a). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/hsc.13607>

29. Buitrago NJ, Flórez Galeano AD. Ansiedad y Depresión en el Rol en Cuidadores Familiares de Pacientes con Enfermedad Crónica en una Institución de Salud del Área Metropolitana de Bucaramanga, 2021-2022. Disponible en: <https://repositorio.udes.edu.co/server/api/core/bitstreams/ae332bda-6783-4eae-8d29-254173c143f1/content>.

30. Mares-Rico Karina Fernanda, Cardona-Ramírez Valeria Lilian, Franco-Álvarez Diego Miguel, Medina-Fernández Isaí Arturo, Medina-Fernández Josué Arturo, Carrillo-Cervantes Ana Laura. Ansiedad, depresión y soledad en cuidadores de personas con enfermedad crónica. *Index Enferm* [Internet]. 2022 Sep [citado 2025 Oct 02] ; 31(3): 166-169. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962022000300006&lng=es. Epub 06-Feb-2023.

31. Zamarripa Esparza, Emma;Tamez Valdez, Blanca;Ribeiro Ferreira, Manuel. Repercusiones del cuidado informal en la vida laboral y personal de las mujeres cuidadoras. AZARBE. 2017;(6):47-56. Disponible en: <https://revistas.um.es/azarbe/article/view/273401> [acceso: 15/06/2021]. [Links]
32. Martínez Pizarro, Sandra. Síndrome de sobrecarga del cuidador informal. Rev Enfermería. 2020;14(1):1-24. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1041> [acceso: 20/06/2021]. [Links]
33. Hurtado-Vega, Juan. Impacto psicosocial e intervenciones de apoyo para cuidadores informales de personas dependientes en México. Psicol Iberoam. 2021;29(1). Doi: <https://doi.org/10.48102/pi.v29i1.339> [Links]

www.bdigital.ula.ve

ANEXOS

Anexo 1. Imágenes del sitio de investigación

Anexo 1A: Fachada de la Unidad de Pacientes Agudos. Servicio de Psiquiatría del Hospital Central de San Cristóbal.



www.bdigital.ula.ve

Anexo 1B: Área de atención de la Escuela de Familia. Unidad de Pacientes Agudos.



Anexo 2. Instrumento de recolección de datos.

CUESTIONARIO

Parte I: Características Socio-demográficas.

1) Edad de años:	_____	2) Sexo:	Hembra: _____	Varón: _____
3) Municipio de residencia:	_____			
4) Grado de Instrucción:	a. Analfabeta b. Alfabeto no escolarizado, c. Primaria incompleta, d. Primaria completa, e. Secundaria incompleta, f. Secundaria completa, g. Universitaria.			
5) Ocupación:	_____			
6) Estado Civil:	a. Soltero sin relación de pareja b. Soltero con relación de pareja c. Vive en concubinato d. Casado e. Viudo f. Divorciado			
7) Conoce el diagnóstico del paciente:	Si: _____		No: _____	
En caso afirmativo, cuál es el diagnóstico:	_____			

Parte II: Ansiedad

A continuación, encontrará una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy. Marque con una equis “x”, la opción que más se acerque a sus sentimientos.

Nº	Interrogante	No	Leve	Moderado	Bastante
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 desvanecimientos				
20	Con rubor facial				
21	Con sudores, fríos o calientes				

Parte II: Escala de Desesperanza de BECK.

Este aparte, consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo.

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado.
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
- 2 Querría matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso.
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a. Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3a. Duermo la mayor parte del día.
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
- 3a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer. hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: _____

Anexo 3. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, C.I. _____

Por medio de la presente, hago constar que el ciudadano: **Eduardo José Rojas Torrens**, titular de la Cédula de Identidad N° V- **16.508.313**, me ha solicitado participar en su trabajo de investigación titulado: **“Ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes ingresados en la Unidad de Pacientes Agudos. Hospital Central de San Cristóbal, Táchira, Venezuela. 2025”**, el cual, es un requisito exigido por la Universidad de Los Andes, para obtener el Título de **Especialista en Psiquiatría**.

www.bdigital.ula.ve

De igual forma, doy fe que se me ha explicado detalladamente el fin del trabajo, así como la colaboración que espera de mí al formar parte de la muestra de estudio, me ha garantizado la confidencialidad y el anonimato de los datos que yo le estoy proporcionando. Autorizando, además, a utilizar recursos como toma de notas o fotografías, con el fin de aportar la información a su trabajo de la manera más fiable posible.

En tal sentido le otorgo mi consentimiento, en San Cristóbal, municipio San Cristóbal del estado Táchira, a los ____ días del mes de _____ 2025.

Encuestado (a)

Encuestador