



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA

TRABAJO DE TITULACIÓN

Modalidad: Proyecto de Investigación

TEMA

**Caracterización de la salud mental en cuidadores de pacientes con enfermedades
catastróficas e incapacitantes, Manta 2025**

Estudiantes:

Burbano Acosta Jhon Jairo

Santana Alonzo Neiser Javier

Tutor:

Psi. Cl. Zoila María Álava Vásquez

Periodo 2025-2

Certificación De Autoría

Yo, Jhon Jairo Burbano Acosta, estudiante de la carrera de Psicología, en calidad de autora del trabajo de investigación titulado: “*Caracterización de la salud mental en cuidadores de pacientes con enfermedades catastrófica e incapacitantes, Manta 2025.*”, modalidad Proyecto de Investigación, declaro que el mismo ha sido desarrollado cumpliendo con los principios éticos, metodológicos y académicos establecidos por la Institución.

Declaro que el contenido presentado en este estudio corresponde exclusivamente a mi autoría, asumiendo la responsabilidad académica y legal derivada de su elaboración y presentación.

Autorizo la digitalización y publicación del presente trabajo en el repositorio institucional, con fines estrictamente académicos y no comerciales, conforme a lo establecido en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Para constancia de lo expuesto, se firma la presente certificación en la ciudad de Manta, periodo 2025-2.



Jhon Jairo Burbano

C.I. 1720953908

Certificación de Autoría

Yo, Neiser Javier Santana Alonzo, estudiante de la carrera de Psicología, en calidad de autora del trabajo de investigación titulado: “*Caracterización de la salud mental en cuidadores de pacientes con enfermedades catastrófica e incapacitantes, Manta 2025.*”, modalidad Proyecto de Investigación, declaro que el mismo ha sido desarrollado cumpliendo con los principios éticos, metodológicos y académicos establecidos por la Institución.

Declaro que el contenido presentado en este estudio corresponde exclusivamente a mi autoría, asumiendo la responsabilidad académica y legal derivada de su elaboración y presentación.

Autorizo la digitalización y publicación del presente trabajo en el repositorio institucional, con fines estrictamente académicos y no comerciales, conforme a lo establecido en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.


Para constancia de lo expuesto, se firma la presente certificación en la ciudad de Manta, periodo 2025.



Neiser Javier Santana Alonzo

C.I. 1316187119

Certificación del tutor

	NOMBRE DEL DOCUMENTO: CERTIFICADO DE TUTOR(A).	CÓDIGO: PAT-04-F-010
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO BAJO LA UNIDAD DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	REVISIÓN: 1 Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, CERTIFICO:

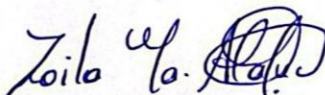
Haber dirigido y revisado el trabajo de Integración Curricular bajo la autoría del estudiante: **Burbano Acosta Jhon Jairo**, legalmente matriculado en la carrera de Psicología, período académico **2025.2**, cumpliendo el total de 384 horas, cuyo tema del proyecto es: **Caracterización de la salud mental en cuidadores de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes, Manta 2025.**

La presente investigación ha sido desarrollada en apego al cumplimiento de los requisitos académicos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico y en concordancia con los lineamientos internos de la opción de titulación en mención, reuniendo y cumpliendo con los méritos académicos, científicos y formales, suficientes para ser sometido a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.


Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 26 de enero del 2026.

Lo certifico,



Psi. Clin. Zoila María Álava Vásquez, Mgs.
Docente Tutor/a
Área: Ciencias de la Salud

	NOMBRE DEL DOCUMENTO: CERTIFICADO DE TUTOR(A).	CÓDIGO: PAT-04-F-010
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO BAJO LA UNIDAD DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	REVISIÓN: 1 Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, CERTIFICO:

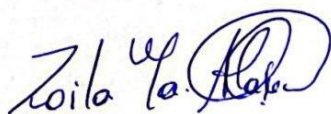
Haber dirigido y revisado el trabajo de Integración Curricular bajo la autoría del estudiante: **Santana Alonzo Neiser Javier**, legalmente matriculado en la carrera de Psicología, período académico **2025.2**, cumpliendo el total de 384 horas, cuyo tema del proyecto es: **Caracterización de la salud mental en cuidadores de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes, Manta 2025.**

La presente investigación ha sido desarrollada en apego al cumplimiento de los requisitos académicos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico y en concordancia con los lineamientos internos de la opción de titulación en mención, reuniendo y cumpliendo con los méritos académicos, científicos y formales, suficientes para ser sometido a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 26 de enero del 2026.

Lo certifico,



Psi. Clin. Zoila María Álava Vásquez, Mgs.
Docente Tutor/a
Área: Ciencias de la Salud

Dedicatoria

Dedico el presente trabajo, en primer lugar, a Dios, por brindarme sabiduría a lo largo de este proceso académico. A mi madre y a mi abuelita, por su amor incondicional, y apoyo permanente, siendo pilares fundamentales de mi formación personal y profesional. A mi esposa, por su confianza y acompañamiento en cada etapa de este camino. A mis hermanos y a mi tío, por su respaldo, palabras de aliento, que han sido una motivación para alcanzar esta meta.

Jhon Burbano

Dedicatoria

El presente trabajo, se lo dedico a Dios, por brindarme sabiduría, salud y bienestar en el trayecto de mi formación académica; a mis padres porque con amor, resiliencia, esfuerzo y arduo trabajo me motivaron y dieron aliento para seguir adelante; a mis hermanas, porque me enseñaron que con constancia todo es posible, y en especial a César que me ayudo a entender que en los momentos difíciles hay que mantener la calma y continuar, a todos ellos les dedico el presente trabajo, porque hicieron posible que pueda alcanzar esta meta.

Neiser Santana

Agradecimientos

Agradezco a Dios, por guiarme a lo largo de este proceso, a mi tutora de tesis Psi. Cli. Zoila Álava por su acompañamiento, observaciones que guiaron el desarrollo de este proyecto de investigación.

A mis docentes de la carrera de Psicología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, por su orientación y dedicación a lo largo de mi formación.

Agradezco a mi amigo y compañero de tesis Neiser Santana, por la responsabilidad, compromiso, y el trabajo en equipo que hicieron posible alcanzar este objetivo. Así como a todo mi grupo de amigos que hicieron mi estadía en Manta durante estos 4 años más amena, gracias a todos por los momentos vividos.

Jhon Burbano

Empiezo agradeciendo a Dios por brindarme salud, bienestar y la fortaleza necesaria para no rendirme.

A mi familia y hermanas, por creer en mi incluso cuando yo no lo hacía, por sus esfuerzos que me han permitido cumplir una de mis metas, por los consejos de vida, por los valores inculcados y por saberme guiar por un buen camino, gracias a ellos soy la persona que soy hoy en día.

En especial, le agradezco a Cesar que está presente, apoyándome, dándome consejos, llenándome de aliento y fortaleza para seguir adelante en cada paso que doy y se siente orgulloso de lo que he logrado de hoy en día, por ayudarme a mantenerme firme cuando las ganas y fuerzas de seguir adelante me faltaban, por recordarme que a pequeños pasos grandes logros.

A mis amigos, Jhon, Katheryne y María José, por los recuerdos consolidados en este largo trayecto, involucrándose en momentos importante de mi vida y haciéndome parte de los suyos, por las risas, por los llantos, por las enseñanzas, por todos los momentos y más que sin lugar a duda, se llevan en la mente y en el corazón.

A mis docentes, por compartir de su experiencia y trayecto de vida, por ser parte de mi vida como educadores y por contribuir de manera significativa a mi formación profesional.

Finalmente, le agradezco a mí tutora, Psi. Clin. Zoila Álava, que nos enseñó que con perseverancia, constancia y empeño todo es posible, que no hay pero que nos limite sino lo intentamos, que con esfuerzo podemos ser capaces de lograr todo lo que nos proponamos.

Muchas gracias, por formar parte de este logro.

Neiser Santana

ÍNDICE

Certificación De Autoría	ii
Certificación del tutor	iv
Dedicatoria	vi
Agradecimientos	vii
Resumen.....	xiii
Abstract.....	xiv
Introducción	1
Caracterización De La Situación Problemática	2
Objetivo General.....	4
Objetivos Específicos.....	4
Pregunta De Investigación	4
Justificación Del Estudio	4
Capítulo I	6
1. Marco Teórico.....	6
1.1. Antecedentes Investigativos.....	6
1.2. Enfermedades Catastróficas E Incapacitantes	8
1.3. El Cuidado	11
1.4. Cuidador.....	13
1.5. Tipos De Cuidadores.....	14
1.6. Características De Los Cuidadores Informales.....	16
1.7. Salud Y Salud Mental	18
1.8. Impacto Del Cuidado En La Salud Mental Del Cuidador	19
1.9. Cuestionario General De Salud (GHQ-28).....	23
1.10. Escala De Sobrecarga Del Cuidador De Zarit	25
1.11. Postura Teórica.....	25
Capítulo II.....	27
2. Metodología	27
2.1. Tipo De Estudio	27
2.2. Sujetos, Población Y Muestra	27
Población.....	27
Muestra	28
Criterios De Inclusión.....	28
Criterios De Exclusión.....	28

2.3. Operacionalización De Las Variables	29
2.4. Descripción De Métodos, Técnicas E Instrumentos	33
2.5. Procedimientos.....	38
Procedimiento Científicos Para El Objetivo 1	40
Procedimiento Científico Para El Objetivo 2.....	41
Procedimiento Científico Para El Objetivo 3.....	42
2.6. Validez de la investigación.....	43
2.7. Consideraciones Éticas	44
Capítulo III.....	45
3. Resultados.....	45
3.1. Resultados Del Objetivo Específico 1.- Describir Las Características Sociodemográficas De Los Cuidadores De Pacientes Con Enfermedades Catastróficas E Incapacitantes.....	45
3.2. Resultados Del Objetivo Específico 2.- Evaluar La Salud Mental Mediante La Prevalencia De Malestar Psicológico Y Las Dimensiones Del GHQ-28.....	55
3.3. Resultado Del Objetivo Específico 3.- Determinar La Sobrecarga En Los Cuidadores De Pacientes Con Enfermedades Catastróficas E Incapacitantes, Mediante La Escala De Sobrecarga Del Zarit.	57
4. Discusión De Resultados	60
4.1. Discusión De Resultados Del Objetivo Específico 1.- Describir Las Características Sociodemográficas De Los Cuidadores De Pacientes Con Enfermedades Catastróficas E Incapacitantes.....	60
4.2. Discusión De Resultados Del Objetivo Específico 2.- Evaluar La Salud Mental Mediante La Prevalencia De Malestar Psicológico Y Las Dimensiones Del GHQ-28	65
4.3. Discusión de Resultados Del Objetivo Específico 3.- Determinar La Sobrecarga En Los Cuidadores De Pacientes Con Enfermedades Catastróficas E Incapacitantes, Mediante La Escala De Sobrecarga Del Zarit.....	67
5. Conclusiones.....	69
5.1. Conclusiones Del Objetivo Específico 1: Describir Las Características Sociodemográficas De Los Cuidadores De Pacientes Con Enfermedades Catastróficas E Incapacitantes.....	69
5.2. Conclusiones Del Objetivo Específico 2: Evaluar La Salud Mental Mediante La Prevalencia De Malestar Psicológico Y Las Dimensiones Del GHQ-28.....	70
5.3. Conclusiones Del Objetivo Específico 3: Determinar La Sobrecarga En Los Cuidadores De Pacientes Con Enfermedades Catastróficas E Incapacitantes, Mediante La Escala De Sobrecarga Del Zarit.....	70
6. Recomendaciones	71

6.1. Recomendaciones Para El Objetivo Específico 1: Describir Las Características Sociodemográficas De Los Cuidadores De Pacientes Con Enfermedades Catastróficas E Incapacitantes.....	71
6.2. Recomendaciones Para El Objetivo Específico 2: Evaluar La Salud Mental Mediante La Prevalencia De Malestar Psicológico Y Las Dimensiones Del GHQ-28	71
6.3. Recomendaciones Para El Objetivo Específico 3: Determinar La Sobrecarga En Los Cuidadores De Pacientes Con Enfermedades Catastróficas E Incapacitantes, Mediante La Escala De Sobrecarga Del Zarit.....	72
7. Referencias Bibliográficas	73
8. Anexos	83
Anexo A. Consentimiento Informado	83
Anexo B. Cuestionario General De Salud (GHQ-28).....	85
Anexo C. Escala De Sobrecarga Zarit	88
Anexo D. Ficha Sociodemográfica	89
.....	90
Anexo E. Matriz De Resultados En Excel (Ficha Sociodemográfica, GHQ-28 Y Escala Del Zarit)	91
Anexo F. Forms (Ficha Sociodemográfica, GHQ-28 Y Escala Del Zarit)	92
Anexo G. Análisis Mediante SPSS 26 (Ficha Sociodemográfica, GHQ-28 Y Escala Del Zarit)	93
.....	93
Anexo H. Carta De Aprobación Definitiva- Estudios Observacionales/De Intervención	94
Anexo I. Certificado de plagio.....	96

Índice de Tablas

Tabla 1 Cuadro de Operacionalización de Variables.....	29
Tabla 2. Descripción Sociodemográfica por edad.....	45
Tabla 3. Descripción Sociodemográfica por Sexo	46
Tabla 4. Descripción Sociodemográfica por Estado Civil	47
Tabla 5. Descripción Sociodemográfica por Nivel de Instrucción	47
Tabla 6. Descripción Sociodemográfica por Religión	48
Tabla 7. Descripción Sociodemográfica por Situación Laboral.....	48
Tabla 8. Descripción sociodemográfica por Ingreso Mensual.	49
Tabla 9. Descripción Sociodemográfica por Edad del Paciente	50
Tabla 10. Descripción Sociodemográfica por Condición de la Persona Cuidada.....	50
Tabla 11. Descripción Sociodemográfica por Convivencia	51
Tabla 12. Descripción Sociodemográfica por Parentesco o Vínculo con la Persona Cuidada ...	52
Tabla 13. Descripción Sociodemográfica por Tiempo que lleva desempeñando el rol del cuidador.....	53
Tabla 14. Descripción Sociodemográfica por Tipo de Actividad	53
Tabla 15. Descripción por promedio de horas diarias.....	54
Tabla 16. Descripción por padecimiento de formación profesional.	55
Tabla 17. Puntuación Total GHQ – 28 (Malestar Psicológico).....	56
Tabla 18. Dimensiones de Salud Mental más afectadas según el GHQ-28	56
Tabla 19. Sobrecarga en los cuidadores de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes.....	58
Tabla 20. Relación entre Sobrecarga del Cuidador (Zarit) y Malestar Psicológico (GHQ-28) ..	58

Resumen

Los cuidadores informales de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes enfrentan altas demandas físicas, emocionales y sociales que comprometen su salud mental. El presente estudio tuvo como objetivo caracterizar la salud mental en cuidadores informales de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes en Manta durante el año 2025. Se utilizó una perspectiva cuantitativa, con un diseño descriptivo, de tipo transversal. La muestra estuvo conformada por 60 cuidadores informales seleccionados mediante muestreo no probabilístico tipo bola de nieve, quienes cumplieron criterios de inclusión. Se aplicó, una ficha sociodemográfica elaborada por los investigadores y validada por profesionales expertos, Cuestionario General de Salud (GHQ-28) para evaluar malestar psicológico en cuatro dimensiones (síntomas somáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social, depresión severa) y la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva utilizando el IBM SPSS Statistics versión 26. Los resultados evidenciaron que el 68.3% de los cuidadores fueron mujeres con edad media de 40.3 años, predominando el estado civil solteros con el 40% y con educación superior del 40%. Por otro lado, el 88.3% presentó malestar psicológico según el GHQ-28, siendo la dimensión ansiedad-insomnio la más afectada con un porcentaje de 56.32%, seguida de depresión con el 22.98 %. Respecto a la sobrecarga, el 45% presentó sobrecarga leve y el 18.3% sobrecarga intensa. Se concluyó que la salud mental de los cuidadores informales está caracterizada por malestar psicológico, con predominancia de ansiedad-insomnio, junto con altos niveles de estrés.

Palabras claves: Salud mental, cuidado, cuidadores informales, sobrecarga del cuidador.

Abstract

Informal caregivers of patients with catastrophic and disabling illnesses face high physical, emotional, and social demands that compromise their mental health. The present study aimed to characterize the mental health of informal caregivers of patients with catastrophic and disabling diseases in Manta during the year 2025. A quantitative perspective was used, with a descriptive, cross-sectional design. The sample consisted of 60 informal caregivers selected thru non-probability snowball sampling who met the inclusion criteria. A sociodemographic form developed by the researchers and validated by expert professionals, the General Health Questionnaire (GHQ-28) to assess psychological distress across four dimensions (somatic symptoms, anxiety–insomnia, social dysfunction, and severe depression), and the Zarit Caregiver Burden Scale were administered. The data were analyzed using descriptive statistics with IBM SPSS Statistics version 26. The results showed that 68.3% of the caregivers were women with a mean age of 40.3 years, with single individuals predominating (40%) and 40% having higher education. On the other hand, 88.3% reported psychological distress according to the GHQ-28, with the anxiety–insomnia dimension being the most affected (56.32%), followed by depression (22.98%). Regarding overload, 45% experienced mild overload and 18.3% experienced severe overload. It was concluded that the mental health of informal caregivers is characterized by psychological distress, with a predominance of anxiety and insomnia, along with high levels of stress.

Keywords: Mental health, care, informal caregivers, caregiver burden

Introducción

Durante los últimos tiempos, el estudio de la salud mental de los cuidadores informales se dio a conocer a nivel mundial debido al envejecimiento poblacional, por lo cual la Organización Mundial de la salud [OMS], definió a la salud mental como “un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todo su potencial, aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a su comunidad” (2025, párr. 5).

Sin embargo, en las personas que asumen el rol de cuidadores este estado de bienestar mental se ve afectado por las demandas que implica, tanto físicas, emocionales y sociales, por personas que no cuentan con una formación profesional, ni remuneración económica por su trabajo (Martínez, 2020).

A nivel mundial, en países como Estados Unidos hay aproximadamente 63 millones de adultos que se dedican a ser cuidadores de personas con enfermedades o con alguna discapacidad (AARP & Alianza Nacional para el cuidado, 2025). La OMS (2025), proyectó que para “2050, la población mundial de personas de 60 años o más se habrá duplicado” (párr. 7).

Estos datos son asociados a un incremento de las enfermedades catastróficas e incapacitantes, lo cual va a estar generando una necesidad mayor de cuidados prolongados, los cuales caen directamente en su mayoría en miembros del núcleo familiar.

Diversos estudios reportaron alteraciones psicológicas en cuidadores informales, como el de Pan & Lin (2022), identificaron tasas de depresión entre los cuidadores de pacientes con cáncer varían entre 2.6 y 82.2 %, por otro lado, un metaanálisis de Sallim et al., (2015) evidenció una prevalencia de depresión y ansiedad que oscila entre el 34 y 43% entre cuidadores.

Con estos hallazgos los autores evidenciaron que el cuidado informal podría repercutir como factor de riesgo en el desarrollo de trastornos mentales.

En América Latina y el Caribe la Organización Panamericana de la Salud [OPS] & Banco Interamericano de Desarrollo [BID] (2023), identificaron a esta región como la que tiene el proceso de envejecimiento poblacional más acelerado a nivel mundial con un incremento en la probabilidad de padecer enfermedades, disminución progresiva de las capacidades funcionales, requiriendo de un cuidador.

En países como Brasil, gran parte de los cuidadores informales tuvo que abandonar sus actividades tanto laborales como educativas para dedicarse al cuidado, mientras que en Colombia un porcentaje de los cuidadores tuvieron que reducir su jornada de trabajo

Así mismo, un estudio en República Dominicana dio a conocer que un gran porcentaje de cuidadores eran mujeres las cuales podrían sufrir de depresión con un 63%, mientras que un 52% podía estar sufriendo de ansiedad (Ferrerías et al., 2021).

Caracterización De La Situación Problemática

En Ecuador, el servicio internacional de noticias e información de la sociedad Suiza de Radiodifusión es Swissinfo.ch (2025), estimó que 800.000 personas padecen de enfermedades catastróficas como cáncer, insuficiencia renal crónica considerando los cálculos del Observatorio que está a cargo de supervisar los derechos de estos pacientes.

El surgimiento de este tipo de enfermedades en un miembro de la familia modificó las responsabilidades y los roles llevando a disgustos, descuidos en las relaciones o aislamiento social en la persona que asume el cuidado (Calderón, 2025).

Así mismo, Meléndez et al., (2025), en la ciudad de Quito, evidenciaron que la muestra de cuidadores informales presentó depresión y ansiedad severa, sin dejar de lado un alto nivel de estrés, mientras que, en Tungurahua, encontraron que el porcentaje de cuidadores que sufría ansiedad era del 83.9% y 87.1% depresión (Jordán et al., 2021).

Actualmente Bravo (2025), evidenció que algunos cuidadores primarios de pacientes pluripatológicos mostraron resultados de depresión moderada a grave con un porcentaje de 55.5%, resaltando síntomas como fatiga y tristeza.

A pesar de estos estudios previos en Manta, ninguna investigación evaluó de manera integral la salud mental de los cuidadores informales, usando instrumentos que midieran al mismo tiempo ansiedad, depresión, síntomas físicos, problemas sociales y sobrecarga. Por lo cual, la salud mental de los cuidadores informales pudo manifestarse a través de diversos indicadores como sintomatología de ansiedad y depresión, alteraciones en el funcionamiento social y laboral, somatización y sobrecarga. Asimismo, la invisibilización del impacto psicológico que tienen los cuidadores informales no solo es una afectación directa a él, sino también afecta el deterioro de la calidad de cuidados que se brinda a los pacientes.

El presente informe se estructuró en tres capítulos, partiendo del marco teórico, que abordó los fundamentos conceptuales sobre las enfermedades catastróficas e incapacitantes, el cuidado, el perfil del cuidador, los tipos de cuidadores, las características de los cuidadores informales, la salud y la salud mental, el impacto del cuidado en la salud mental del cuidador, la descripción del Cuestionario General de Salud GHQ-28, la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit y la postura teórica.

El segundo capítulo describió el diseño metodológico, incluyendo el tipo de estudio, los sujetos, la población y muestra, los criterios de inclusión y exclusión, la operacionalización de variables, la descripción de métodos, técnicas e instrumentos, los procedimientos científicos para cada objetivo, el tratamiento y manejo de los datos, la validez de la investigación y los criterios éticos.

El tercer capítulo presentó los resultados organizados según los tres objetivos específicos, seguidos de la discusión de resultados contrastada con otros estudios, las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos.

Objetivo General

- Caracterizar la salud mental en cuidadores informales de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes en Manta durante el año 2025.

Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas de los cuidadores de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes.
- Evaluar la salud mental mediante la prevalencia de malestar psicológico y las dimensiones del GHQ-28.
- Determinar la sobrecarga en los cuidadores de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes, mediante la escala del Zarit.

Pregunta De Investigación

¿Cómo se caracteriza la salud mental de los cuidadores de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes en la ciudad de Manta durante el año 2025?

Justificación Del Estudio

La presente investigación sobre la caracterización de la salud mental en cuidadores de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes en Manta durante el año 2025, su justificación toma en cuenta la relevancia social, científica.

Desde el punto de vista social, este estudio fue necesario para visibilizar una problemática que permaneció invisible en el contexto ecuatoriano, por lo cual las personas que

están ejerciendo el rol de cuidador tienden a adquirir responsabilidades que repercuten en desafíos físicos, económicos, emocionales y sociales.

Bellido (2023), refirió que los cuidadores formales, tienen formación profesional y remuneración, lo cual pone en vulnerabilidad aún más al cuidador informal siendo reconocido como un recurso invisible dentro de la sociedad, con demandas en crecimiento y sin remuneración ni apoyo institucional.

Desde el punto de vista científico, este estudio contribuyó a la literatura existente sobre el impacto que tiene la labor del cuidado en la salud mental, específicamente en el contexto de enfermedades catastróficas e incapacitantes en Ecuador, delimitándolo a la ciudad de Manta.

Diversos estudios han logrado evidenciar que los cuidadores informales suelen normalizar los efectos que tiene su rol, como la sobrecarga sobre su salud, priorizando la necesidad del paciente, y esto repercutiendo como malestar en su salud mental (Salazar et al., 2019).

La caracterización permitió describir el perfil sociodemográfico, identificar la prevalencia de malestar psicológico medido por el GHQ-28, así como caracterizar las dimensiones de salud mental más afectas junto a la sobrecarga mediante la escala de Zarit.

Este proyecto de investigación resultó viable metodológicamente debido a la disponibilidad de instrumentos validados y adaptados al contexto latinoamericano y el acceso a la población objetivo mediante el muestreo por bola de nieve.

Capítulo I

1. Marco Teórico

1.1. Antecedentes Investigativos

En los últimos años, el interés por el estudio de la salud mental en cuidadores informales ha ido adquiriendo relevancia a nivel internacional, latinoamericano y local.

1.1.1. Antecedentes Internacionales.

Se llevó a cabo un estudio transversal en China mediante encuesta en línea con 1.224 cuidadores informales de personas con enfermedad mental, utilizando el Zarit, el Cuestionario de Salud del Paciente y la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada como instrumentos de medición, donde se reveló que el 72.1% de los participantes presentó alta carga de cuidado, el 53.5% reportó depresión de moderada a severa y el 43.1% ansiedad de moderada a severa, evidenciando que la sobrecarga, la depresión y la ansiedad se encontraron interrelacionadas entre sí aunque con perfiles de factores asociados diferentes (Yao et al., 2024).

Este estudio constituyó como referencia que confirmó la alta prevalencia simultánea de malestar psicológico y sobrecarga en cuidadores informales a nivel internacional.

Diversos estudios, han demostrado en sus investigaciones, que el cuidado se asocia a mayor prevalencia de ansiedad y depresión, un estudio en Canadá evidenció que una proporción considerable de cuidadores presentó síntomas clínicamente significativos de ansiedad y depresión (Soh et al., 2025).

Un estudio con 74 cuidadores de pacientes con Enfermedad Renal Crónica evidenció que “el 40% (n=30) de los cuidadores presenta sobrecarga intensa, mientras que el 26% (n=19) tiene sobrecarga leve y el 34% (n= 25) no presenta sobrecarga alguna” (Fang et al., 2023, p. 5).

Piñeiro et al. (2017) realizaron un estudio descriptivo en España con 30 cuidadores informales de pacientes con deterioro mental grave, con el objetivo de conocer el nivel de sobrecarga y de salud percibida de los cuidadores, aplicando la Escala de Zarit y el GHQ-28 de manera conjunta, obteniendo como resultado que más de la mitad de los cuidadores no manifestaron percepción de sobrecarga, sin embargo, la mayoría presenta una mala salud percibida.

1.1.2. Antecedentes Latinoamericanos y Ecuador.

Un estudio realizado en México, donde se incluyeron 100 cuidadores de pacientes con cáncer, dio a conocer que, mediante la aplicación de la escala de Zarit un tercio de los cuidadores presentaba sobrecarga (Valencia et al., 2017).

García Asitimbay (2025) desarrolló un estudio observacional, descriptivo-correlacional y transversal con 60 cuidadores primarios de personas con discapacidad en la ciudad de Cuenca, Ecuador, aplicando el Zarit como instrumento principal de medición, en la cual la muestra presentó una edad promedio de 47.83 años con predominio del sexo femenino en el 75% de los casos, presentando niveles moderados de sobrecarga en los cuidadores.

En un estudio examinaron la relación entre la carga laboral y la salud general en 100 cuidadores de la zona 9 de Ecuador, utilizando el Cuestionario General de Salud de Goldberg GHQ-28 y la Escala de Sobrecarga de Zarit como instrumentos de medición, evidenciando que el 42.2% de los cuidadores presentó sobrecarga intensa, que 4 de cada 10 participantes reportaron síntomas somáticos y ansiedad, y que 2 de cada 10 presentaron sintomatología depresiva (Barredo et al., 2024).

1.1.3. Antecedentes Locales.

Según Macias & Vélez (2024), realizaron un estudio descriptivo, no experimental y de campo en la ciudad de Portoviejo, provincia de Manabí, con 16 cuidadores informales de personas con parálisis cerebral pertenecientes a la Fundación de Ayuda Mutua San Jorge, en la cual aplicaron la Escala de Zarit de 22 ítems en su versión validada en español, para medir el nivel de sobrecarga.

Los resultados evidenciaron que, del total de la muestra, 10 de los 16 participantes presentaron sobrecarga intensa, lo que reflejó el alto impacto que tuvo el cuidado de personas con condiciones complejas sobre el bienestar de los cuidadores informales en el contexto de Manabí, provincia en la que se desarrolló también el presente estudio.

En la ciudad de Manta, Manabí, estudios previos lograron identificar problemáticas en poblaciones de cuidadores informales, como Regalado & Sánchez (2018), evidenciaron sobrecarga intensa en cuidadores de la Comunidad Ceibos Renacer, vinculándola al estrés crónico, agotamiento físico y la presencia de alteraciones psicológicas como ansiedad y depresión.

1.2. Enfermedades Catastróficas E Incapacitantes

“Las enfermedades catastróficas son aquellas enfermedades cuyo tratamiento involucra un costo directo mayor al 40% del ingreso del hogar (OMS, 2017, como se citó en Cañizares, 2018, p. 73). De acuerdo con Villa (2018), definió a las enfermedades catastróficas como “aquellas que deterioran de forma progresiva y agresiva la salud de las personas, caracterizándose por su alto grado de complejidad” (p. 17).

Las personas con este tipo de enfermedades, al presentar complicaciones, necesitan realizar cambios en su vida para adaptarse a nuevos escenarios que se vayan presentando,

causando deterioros cada vez mayores, trayendo consigo consecuencias económicas tanto a quienes las padecen como para sus familias.

Es importante considerar que las enfermedades catastróficas comparten características que las diferencian de otras enfermedades (Tobar et al., 2014, p. 17):

- Alto costo económico
- Generan severos daños en la salud de quienes la padecen.
- Registran bajo impacto en la carga de la enfermedad.
- Su financiación desde el presupuesto de los hogares resulta insustentable.
- Presentan una curva de gastos diferente.
- La mayor parte del gasto se destina a los medicamentos.
- Su cobertura es definida por vía judicial.
- La protección social de la población frente a las enfermedades catastróficas plantea dilemas de puja distributiva en la financiación sanitaria.

Estas características evidencian que el cuidado va a ser temporal en la vida de la persona que la padece, sino sostenido en el tiempo, es por lo que citando al Ministerio del Trabajo (s.f.), reconoce que, las personas con enfermedades catastróficas son consideradas un grupo de atención prioritario, algo igual que otro grupo que se encuentra en estado de vulnerabilidad.

Según el Ministerio de Salud Pública (2013), expone un listado de enfermedades catastróficas cubiertas actualmente, las cuales son expuestas a continuación:

- Todo tipo de malformaciones congénitas de corazón, todo tipo de valvulopatías cardíacas.
- Todo tipo de cáncer.
- Tumor cerebral en cualquier estadio y de cualquier tipo.
- Insuficiencia renal crónica.

- Trasplante de órganos: riñón, hígado, médula ósea.
- Secuelas de quemaduras graves.
- Malformaciones arteriovenosas cerebrales.
- Síndrome de Klippel Trenaunay.
- Aneurisma toracoabdominal.

Por otro lado, Urbina et al., (2007), refirió que “se consideran enfermedades incapacitantes a las que originan una pérdida funcional en la vida diaria”, por lo cual identifica como principales enfermedades incapacitantes los accidentes cerebrovasculares (ACV) con secuelas, infarto agudo de miocardio y/o insuficiencia cardíaca, enfermedad de Parkinson, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad osteomuscular que el enfermo refiere con dolor limitante de función, déficit visual a pesar de llevar lentes correctoras, déficit auditivo en un lugar ruidoso a pesar de llevar audífono, diabetes en tratamiento, obesidad (índice de masa corporal ≥ 30), demencia y depresión diagnosticada por un psiquiatra (p. 2).

Un aspecto importante de las enfermedades catastróficas es la generación de incapacidad de manera progresiva, generando deterioro funcional, definido como “la pérdida de la capacidad funcional (CF) en al menos una de las actividades básicas de la vida diaria” (Gómez et al., 2024, p. 1).

A medida que este tipo de enfermedades van avanzando, las personas pierden autonomía para realizar actividades como alimentarse, asearse, movilizarse, trabajar, administrar sus medicamentos, entre otras.

Para los cuidadores informales, esto implica que deben asumir esas responsabilidades, las cuales los pacientes van perdiendo la capacidad de hacerlas, sin embargo, estas responsabilidades

se asumen sin preparación, sin apoyo, lo que genera un impacto en la salud mental de los cuidadores (Martínez, 2020).

En el contexto ecuatoriano, al igual que en América Latina, el envejecimiento poblacional acelerado, con el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles se estima una mayor demanda de cuidados informales en los próximos años. Según Tobar et al., (2014) señaló que “la prevalencia de las enfermedades de mayor costo tiende a aumentar y lo hacen con la misma velocidad que las poblaciones avanzan en su transición demográfica y su evolución epidemiológica” (p. 17).

1.3.El Cuidado

Según Ramírez & Valenzuela (2023), refirió que el concepto de cuidado hace mención “a cualquier tarea necesaria para asistir, ayudar o dar soporte a personas que lo necesitan por no poder ser autónomas” (p. 4), en este caso las personas que adolecen de enfermedades catastróficas e incapacitantes. Esta definición de los autores abarca las actividades de la vida diaria (alimentación, higiene, movilización) e instrumentales (gestión de medicamentos, acompañamiento, administración de medicamentos).

Este rol, para su facilitación, debería ser realizado por personas que cumplan con características como “carácter, emociones, habilidades, conocimiento, tiempo y conexión emocional entre ellos” (Ramírez et al., 2023).

Según Gonzales & Blanco (2024), mencionó, que la investigación a lo largo de la historia da como evidencia cómo socialmente las mujeres han ido asumiendo las labores de cuidado, a pesar de que estas actividades suelen ser poco visibilizadas, siendo así pocas veces remuneradas. Esta feminización del cuidado da respuesta a las construcciones socioculturales de género que han asignado a las mujeres históricamente el rol de cuidador.

A pesar de que los cuidados han ido trascendiendo en el tiempo, los contextos sociohistóricos han diferenciado roles de género, los autores refieren que los cuidados van variando según la sociedad, las épocas y la manera en la que se van involucrando el contexto y los diferentes determinantes (Gonzales & Blanco, 2024).

Quezada & Bascones (2020), mencionó, que el hecho de recibir y dar cuidado se la considera una experiencia inherente a la vida humana, ya que todas las personas requieren apoyo en diferentes momentos de su vida, en especial aquellas que cuenten con enfermedades que las imposibiliten realizar actividades que antes hacían con normalidad.

Además, pacientes que han sufrido algún tipo de accidente que los ha dejado con limitaciones, siendo estos merecedores de vivir con dignidad y ser partícipes en la sociedad, mientras que las prácticas del cuidado han tenido que ir evolucionando a lo largo del tiempo.

Cuando se habla de cuidado, no se lo puede delimitar a una sola dimensión, sino mediante múltiples aristas Quezada & Bascones (2020):

- **Dimensión psicológica:** Esta dimensión se denota en la preocupación constante por el bienestar, descuidando sus propias necesidades.
- **Dimensión física:** Esta dimensión se da por la realización de actividades con gran peso para el cuidador ya que requiere esfuerzo para diferentes actividades, como la movilización, higiene.
- **Dimensión temporal:** Se da la pérdida de tiempo a nivel personal del que asume el rol de cuidador, para dedicárselo al cuidado, dejando de realizar actividades laborales, recreativas entre otras.

- **Dimensión económica:** Aquí se originan los gastos directos que se asocian con el cuidado, cada vez mas complicadas por el abandono o despido de actividades que daban una remuneración económica.
- **Dimensión relacional:** Se hace un cambio estructural en la familia, debido a que el rol del cuidador puede remplazar otros roles que ocupaba antes en la familia, como hijo/a, cónyuge, hermano/a.

El cuidado se lo puede entender como un conjunto de acciones que están orientadas a suplir o ayudar en aquellas áreas que se encuentren afectadas en las personas que dependen de cuidado (Piñeiro et al., 2017).

1.4. Cuidador

El que realiza las actividades de suplir o ayudar, es denominado cuidador, sin embargo, la forma en la que se lo defina va a depender de las responsabilidades que ocupe, el vínculo que tiene con la persona que está a su cuidado, y si existe o no remuneración por los servicios que presenta asumiendo el rol de cuidador (Piñeiro et al., 2017).

Esto coincide con que el cuidador “es una persona que brinda atención a uno o más miembros de su familia, amistades o comunidad de manera informal y, en general, no recibe remuneración” (OMS, 2015, como se citó en OPS & BID, 2023).

Por otro lado, el Instituto Nacional del Cáncer (s.f.), definió como cuidador al que brinda apoyo de manera constante a personas que presentan algún grado de dependencia para cuidarse por sí solas, independientemente de quién asuma el rol, debido a que puede ser realizado por familiares, personas cercanas o profesionales.

No obstante, esta labor tiene otra problemática importante, debido a que el cuidado, muchas de las veces a nivel mundial, son las que pasan desapercibidas en el ámbito de la salud,

así como la falta de reconocimiento dentro del ámbito de la familia y la sociedad, en el cual es ignorado (Laguado, 2019). Esta invisibilización tiene consecuencias directas en la salud mental de los cuidadores quienes no reciben el apoyo, ni la capacitación que requieren para hacer adecuadamente su labor.

1.5. Tipos De Cuidadores

Los cuidadores se pueden clasificar según qué condiciones llegan a asumir este rol y qué grado de responsabilidad pueden tener, por lo cual se presentan los principales tipos de cuidadores el formal e informal, siendo este último el eje de la investigación.

1.5.1. Cuidador Formal.

El cuidador formal se identifica por dar un servicio, siendo este remunerado por alguna institución o por personas que tengan una formación profesional o capacitación dentro del área de salud (Oh et al., 2024). Este tipo de cuidadores incluye a los enfermeros, auxiliares de enfermería, personas con capacitación previa a asumir el rol.

Dentro de las responsabilidades que deben cumplir estos profesionales está la atención directa, aseo personal, preparación de alimentos, medicamentos, similares a las tareas de los cuidadores informales, sin embargo, no hay un involucramiento emocional (De Lille et al., 2024).

1.5.2. Cuidador Informal.

Una de las características del cuidador informal, es brindar los cuidados a personas con dependencia funcional producto de enfermedades crónicas, condiciones psicológicas, las cuales incluyen una demanda tanto física y emocional a las personas que cumplen con el rol de cuidador, además de no recibir una remuneración por los servicios que prestan (Soh et al., 2025).

Por otro lado, “las responsabilidades de cuidado suelen ser asumidas por familiares (p.ej., hermana, hermano, padres, abuelos) o personas que tienen una relación cercana con el receptor del cuidado” (Broese van Groenou & De Boer, 2016, como se citó en Soh et al., 2025, p. 1).

Sin embargo, esta cercanía que tiene con la persona cuidada es lo que lo diferencia del cuidador formal, dando fortalezas como el compromiso emocional que hay de ambas partes, conocimiento de las preferencias y gustos de la persona a su cargo, así como vulnerabilidades de las cuales surge la sobrecarga por la dificultad en establecer límites en su labor de cuidador.

Considerando aquello, el cuidador familiar de quien padece una enfermedad catastrófica e incapacitante es considerado parte del entorno más cercano al paciente, siendo este un familiar, vecino o amigo, dedicando una gran parte de su tiempo al cuidado, sin remuneración económica, siendo reconocido por los otros familiares como la persona responsable del cuidado (Tartaglini et al., 2020).

El cuidador familiar, a lo largo de su labor, al hacerse cargo de diferentes situaciones por las cuales está atravesando el paciente con algún tipo de enfermedad, van a traer repercusiones a lo largo del tiempo en sus diferentes esferas tanto, físicas, como sociales como mantenerse aislado, dejando de hacer sus rutinas, económicas y emocionales, adquiriendo una gama de síntomas que afecten su salud (Laguado, 2019).

Dentro de la familia se encuentran diversos recursos para afrontar crisis de la vida misma, como situaciones inesperadas, por lo cual “la presencia de una enfermedad incapacitante en uno de los miembros exige que la disposición del cuidado a otro de los miembros de la familia, y se inicia así una alteración en la dinámica familiar” (Becerra & Villegas, 2020, p. 2)

Los cuidadores informales se diferencian según la persona receptora de cuidado, los padres jóvenes suelen atender a niños con enfermedades o discapacidades, mientras que los hijos

de mediana edad suelen cuidar a hijos adultos con problemas de salud mental, mientras que el cuidado de cónyuges o hijos adultos es en el caso de las personas mayores (Schulz & Tompkins, s.f.).

En un estudio donde se realizó un proceso de metasíntesis, los resultados arrojan que los cuidadores pasar por tres momentos descritos a continuación (Carreño & Chaparro, 2016):

Momento 1. **Se afecta la calidad de vida:** Este es el inicio del cuidado, donde se van presentando los momentos más difíciles para los que asumen el rol, tanto por el desconocimiento, como el impacto que genera, a su vez el cuidador entre en un estado de vulnerabilidad, presentando una variedad emociones, sin embargo, estas manifestaciones abarcan

Momento 2. **Se transforma:** El asumir el rol de cuidador puede llevar con el tiempo, a dejar de priorizar las propias necesidades, debido que al encargarse del cuidado de manera cotidiana puede sentirse solo, sin apoyo de su contexto cercano, además estas labores inciden con los ingresos económicos, por lo que suelen dejar estas actividades.

Momento 3. **Se resignifica:** El cuidador familiar direcciona sus hábitos, rutinas, a responder a las necesidades de la persona a su cargo, dando prioridad al cuidado incluso por encima de su propio bienestar.

1.6. Características De Los Cuidadores Informales

A nivel mundial, el cuidado informal de personas con enfermedades catastróficas, crónicas, incapacitantes, discapacidades lo asumen mayoritariamente las mujeres, por lo cual las cuidadoras llegan a ser esposas o hijas adultas (Sharma et al., 2016). Esta feminización del cuidado responde a constructos socioculturales, que asignan a las mujeres el rol de cuidadores familiares.

Siguiendo esta misma línea, Flores et al., (2012) mencionó, que el rol de cuidador suele ser realizado por el sexo femenino, que tiene un vínculo familiar con la persona cuidada, siendo la cónyuge o hija, quien asuma el rol de forma no remunerada y de forma voluntaria.

En un estudio que se realizó en Colombia, se evidenció que el sexo predominante era el femenino, con una edad promedio de 54 años, en la cual la mayoría se encontraba casada o en unión libre y con la secundaria completa (Cardona et al., 2011).

Según Galindo et al., (2017), refirió que los cuidadores informales suelen asumir diversas responsabilidades de alta complejidad, como actividades de higiene personal, control de síntomas, administración de medicamentos, movilización, organización de consultas, y acompañamiento emocional.

Asimismo, la implicación que tienen los cuidadores hacia la atención de su familiar trae consigo repercusiones en su ámbito laboral, en algunos casos perdiendo el empleo debido a las demandas tanto de tiempo como de esfuerzo que exige el rol (Cantillo et al., 2022).

En un estudio hecho en Colombia, con una población de 140 cuidadores de personas con enfermedad crónica, se demostró que la mayoría de los cuidadores 67.2 % llevan más de 3 años como cuidadores y más de la mitad, es decir el 57.9% dedicaba más de 15 horas diarias a esta labor (Rodríguez et al., 2018).

En un estudio descriptivo, correlacional con la participación de 80 cuidadores, encontraron una predominancia del sexo femenino, que rondaban una edad media de 40 años, con un promedio considerable de aproximadamente 10 años de escolaridad, y una gran parte refirió ser católica (Salazar et al., 2019).

1.7. Salud Y Salud Mental

La OMS (s.f.), reconoció que salud “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (párr. 2). No hay que dejar de lado, que para que esto prevalezca, hay diversos determinantes sociales de la salud que inciden de manera directa en el estado de salud y bienestar de las personas, siendo estas un conjunto de condiciones sociales, económicas y ambientales que están presentes a lo largo de la vida.

Las condiciones sociales repercuten de manera significativa en la aparición de enfermedades crónicas e infecciosas (Macías et al., 2024).

Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud [OPS], refirió que la salud mental “es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad” (s.f., párr. 1).

La salud mental influye en los procesos cognitivos, emocionales y sociales, en la capacidad de vincularse con otras personas y aportar a la sociedad, dejando de lado la ausencia de trastornos mentales como concepto. (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], s.f.).

La salud mental es un proceso dinámico que se va construyendo con diversos factores que influyen y varían entre las personas, por lo cual, en determinados contextos, la interacción de factores como personales, familiares, comunitarios, pueden favorecer el bienestar psicológico, sin embargo, puede afectarlo ya que la exposición a condiciones adversas va a hacer que se incremente la probabilidad de tener un problema de salud mental. (OMS, 2025).

Tomando en consideración las citas expuestas, se presenta la definición conceptual de la variable central de este estudio, la salud mental en cuidadores informales se entiende como un

proceso dinámico en el cual confluye el bienestar psicológico, emocional y social que se ve alterado por las demandas físicas, contextuales que son asociadas al rol del cuidado, sin remuneración de las personas con enfermedades catastróficas e incapacitantes, sin embargo esto no se limita solamente a la ausencia de la enfermedad o trastornos mentales.

Más bien, comprende la presencia o ausencia, ya dicho de sintomatología somática, ansiedad-insomnio, disfunción social, manifestaciones depresivas y niveles de sobrecarga percibida que es variable para cada uno, en función de los años que llevan cuidando, la cantidad de horas, la intensidad del cuidado y los recursos que tiene para afrontarlo.

En este contexto, los cuidadores de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes se exponen a diversas situaciones adversas, siendo vulnerables a las demandas del rol, incrementando el riesgo de ansiedad, depresión, entre otros.

1.8. Impacto Del Cuidado En La Salud Mental Del Cuidador

La persona que asume el rol de cuidador tiende a presentar una elevada carga emocional, debido a la atribución de responsabilidad única sobre el bienestar del familiar, al mantenerse en el tiempo estas demandas, traen consecuencia sobre quienes cuidan, desgaste emocional, disminuye el sentido de realización personal, mientras que la exposición constante al estrés y el estado de vulnerabilidad en la que se encuentra el cuidado, incrementa el riesgo de desarrollar depresión (Meléndez et al., 2025).

Asimismo, la afectación en la salud del cuidador puede agravarse por factores como el aislamiento de su red de apoyo, poco tiempo para su propio cuidado, esta labor es altamente demandante, ocasionando en los cuidadores, impotencia, frustración, tristeza o irritabilidad, cuando no se observan mejorías en la condición del paciente.

Los cuidadores informales, se encuentran en vulnerabilidad dentro de la dinámica familiar como social, debido que en ellos recaen todas las expectativas, emociones de otros miembros de la familia, como las del propio sujeto de cuidado, no solo luchan contra las diferentes manifestaciones físicas específicas de las personas que están cuidando, considerando la variabilidad de esta, sino que también enfrentan la subjetividad propia del afrontamiento que está llevando el paciente (Hurtado, 2021).

Además, entre las principales repercusiones psicológicas y psicosomáticas observadas en los cuidadores informales, se evidenciaron los trastornos del sueño, síntomas depresivos, estrés elevado, como también cefaleas y dolor articular.

Asimismo, puede llegar a presentar ideación suicida, consumo problemático de sustancias, como también deseo de abandono de su rol como cuidadores. (Hurtado, 2021).

Según Salazar et al., (2019), refirió que diversos estudios han evidenciado que los cuidadores suelen normalizar los efectos que tiene su rol en ellos, es decir la sobrecarga sobre su salud, priorizando en ellos, la necesidad del paciente que este a su cargo, trayendo como consecuencia malestar en su salud mental.

1.8.1. Sobrecarga Del Cuidador Y Síndrome Del Cuidador Quemado.

El término carga del cuidador, es esencial para comprender cómo el cuidador de adultos mayores, personas con enfermedades, afecta al sistema familiar, por lo cual la percepción de sobrecarga en quienes cumplen este rol es un determinante en el bienestar psicosocial del cuidador (Fajardo et al., 2019).

Los cuidadores informales, gran parte del tiempo, se sienten sobrecargados, priorizando el cuidado, por encima de su vida personal, dejando de lado actividades que antes disfrutaban, descuidando su propio bienestar. Además, Martínez (2020, p. 1), mencionó múltiples

repercusiones como “estrés, ansiedad, tristeza, preocupación en forma permanente, irritabilidad, pérdida de apetito, indefensión, desmotivación, vértigo, depresión, cansancio permanente, desesperanza, apatía, insomnio, cambio de humor frecuente, dificultad de concentración, sentimiento de culpabilidad, cefaleas, falta de cuidado personal a sí mismo, aislamiento social”.

La sobrecarga en los cuidadores puede manifestarse de manera objetiva, es decir, las consecuencias visibles y concretas derivadas del rol, por ejemplo, modificaciones en los hábitos, dejar el trabajo, mientras que la subjetiva menciona la percepción propia y las experiencias que vive el cuidador al realizar esta labor (Soriano et al., 2022).

Es importante considerar que la sobrecarga impacta de manera integral al bienestar de las personas que cumplen con el rol de cuidador, debido a que deteriora la salud mental, social y física del cuidador, llegando a presentar diversos trastornos de salud mental (Breinbauer et al., 2009).

Según Ferreras et al., (2021), postuló que el síndrome de cuidador “se define como una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico, que no aparece exclusivamente en cuidadores y cuyos rasgos principales son el agotamiento físico y/o psicológico”. De este modo, la sobrecarga se entiende como el estrés que sufren los cuidadores.

En algunas investigaciones también se pudo denotar el impacto que tiene asumir este rol en la salud mental de los cuidadores.

Mientras que en cuidadores de pacientes con Diabetes Mellitus se encontró que hay un predominio de sobrecarga intensa con 48.2 %, seguida de ausencia de sobrecarga con 44.6 %, mientras que un 7.2 % tiene presencia de sobrecarga leve (Martin del Campo et al., 2019).

1.8.2. Modelo Teórico

- Modelo De Estrés Aplicado Al Cuidado

El modelo de estrés aplicado al cuidado fue desarrollado por Pearlin y otros autores en 1990, en el cual se describe de manera integral, cómo se relacionan diferentes factores con el fin de afectar a la persona que asume el rol de cuidador, este modelo identifica cuatro factores que dan a entender cómo el cuidado afecta la salud mental (Painepán & Kühne, 2012).

En primer lugar, los antecedentes del cuidador, como su contexto, es decir que ya hay situaciones que incrementan el grado de vulnerabilidad, como la historia previa de salud mental, recursos socioeconómicos, sociodemográficos, red de apoyo e incluso el vínculo previo que hay con el receptor de cuidado.

En segundo lugar, se encuentran los estresores primarios, los cuales son producidos por la persona que recibe cuidado, como lo es el deterioro funcional del paciente, tanto en actividades básicas de la vida diaria como instrumentales, alteraciones cognitivas, problemas conductuales como agresividad, impulsividad, cantidad de actividades de cuidado, como las horas que dedica.

Asimismo, la percepción del cuidador sobre el impacto del cuidado incluye la sobrecarga percibida, dejar de ser hijo, madre, esposa, para convertirse en cuidador, son aspectos subjetivos que interfieren en la salud del cuidador.

En tercer lugar, se encuentran los estresores secundarios, los cuales son consecuencias indirectas que genera el cuidado, como lo son tensiones en roles, por la atribución de responsabilidades excesivas hacia un solo familiar, tensión de pareja y pérdida laboral.

Finalmente, los mediadores van a ayudar a sobrellevar las consecuencias que implica el cuidado, como el afrontamiento de las diversas adversidades que se vayan presentando como la disponibilidad de apoyo social.

1.9. Cuestionario General De Salud (GHQ-28)

El Cuestionario de Salud General (GHQ) fue elaborado por David Goldberg con la finalidad de identificar posibles alteraciones de tipo psiquiátrico, su aplicación está dirigida principalmente a personas atendidas en contextos clínicos comunitarios o no especializados en salud mental.

Este cuestionario es una prueba sugerida para la valoración de la salud de los cuidadores, entre otras poblaciones, basando su respuesta en las últimas semanas (Piñeiro et al., 2017).

Citando a Barreda et al., (2024), evidenció que “el GHQ-28 fue propuesto como una prueba de cribado para ser utilizado en el ámbito de la atención primaria”. El cual va a constar de cuatro componentes como son, los síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión severa.

Diversos estudios han evidenciado reportes de niveles de consistencia interna en distintas poblaciones, con valores de alfa de Cronbach que oscilan entre 0.75 y 0.89, respaldando su fiabilidad. Además, ha sido utilizado en investigaciones epidemiológicas y estudios de tamizaje para la evaluación de la salud mental en población general y grupos específicos, como estudiantes, personas mayores, familiares y cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas (Galindo et al., 2017).

1.9.1. Desglose De Dimensiones Evaluadas.

- Síntomas Somáticos

Los síntomas somáticos se caracterizan por molestias físicas, persistentes que generan un impacto relevante en el día a día, el cual es acompañado de preocupaciones, emociones y acciones excesivas vinculadas a la salud (Bernáldez et al., 2020).

Estos síntomas “se pueden expresar como reacciones temporales en forma de enfermedades gastrointestinales, pulmonares, cardiovasculares, dermatológicas, gènito- urinarias y otras” (Sánchez & Mejía, 2020, p. 20).

- **Ansiedad e Insomnio**

Según Sánchez & Mejia (2020), describió a la ansiedad como una sensación persistente de tensión, inquietud y presión acompañada de la expectativa de que pueda ocurrir un daño o amenaza, incluyendo nerviosismo, inseguridad, fatiga, inestabilidad y preocupación constante. Por otro lado, el insomnio se caracteriza por la dificultad sostenida para iniciar el sueño, hacer que se mantenga, aun cuando existan condiciones favorables para dormir (Esquivel, 2022)

- **Disfunción Social:**

Según Huaman (2025), refirió que los síntomas recurrentes de disfunción social son la “somatización, angustia, ansiedad, depresión, pérdida de autoestima” (p. 40). Por lo tanto, en el GHQ-28 evalúa el funcionamiento social diario, como las actividades sociales en las cuales se ve involucrado el cuidador.

- **Depresión**

La sintomatología depresiva en los cuidadores informales representa una respuesta disfuncional dada por el estrés crónico asociado al rol de cuidador, manifestándose mediante un estado de ánimo bajo, anhedonia, deterioro funcional en actividades de la vida diaria (Wassie et al., 2022). Por otro lado, la depresión en el contexto del cuidado, se lo puedo ver como un fenómeno aislado, sino el resultado de la integración entre carencias materiales, mínimos factores de protección y factores psicológicos del cuidador, estos tienden a exacerbarse en un contexto en donde el paciente manifiesta conductas disruptivas, complicando asumir el rol (Garzón et al., 2018).

1.10. Escala De Sobrecarga Del Cuidador De Zarit

Considerando los antecedentes de la escala, esta fue diseñada para valorar la vivencia subjetiva de sobrecarga percibida por el cuidador principal de pacientes con demencia. Según Tartaglino et al., (2020) refirió que “se trata de un instrumento autoaplicado que explora los efectos negativos que conlleva la tarea de cuidar sobre la salud del cuidador, en distintas áreas de su vida: aspecto físico, psíquico, actividades sociales y recursos económicos” (p. 30).

La escala de Zarit evalúa el nivel de sobrecarga en los cuidadores, está validada en español incluyendo 22 preguntas, ese puntaje clasifica al cuidador en ausencia de sobrecarga menor a 47, sobrecarga leve entre 47-55 e intensa mayores a 56, asimismo, el instrumento tiene una confiabilidad de 0.71, en su estado inicial y entre 0.71 y 0.85 en adopciones internacionales (Marante & Pozo, 2018). Además, la escala de Zarit ha tenido amplios procesos de validación en diferentes países con sus respectivas adaptaciones en 15 idiomas y estandarizado en más de 40 países, a nivel latinoamericano (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México, Perú), europeas (España, Portugal, Italia, Alemania), asiáticas (China, Japón, India).

1.11. Postura Teórica

El presente estudio adoptó una postura teórica basada en el Modelo de Estrés aplicado al cuidado, el cual da a entender que la salud mental es el resultado de la interacción con los diferentes factores que trae consigo el rol de cuidador, sus altas demandas, los recursos tanto individuales, familiares y sociales con los que cuentan para hacer frente estas circunstancias. Por consiguiente, en esta postura el cuidado prolongado ejercido en personas con enfermedades catastróficas e incapacitantes repercute como una fuente de estrés crónico que impacta en el bienestar del cuidador.

Considerando esta postura, la salud mental del cuidador es entendida como una variable multidimensional, en la cual coexisten de manera integral diferentes manifestaciones emocionales, somáticas, sociales y depresivas sin dejar de lado la sobrecarga la cual refleja el desgaste generado por el cuidado continuo y demandante.

En este estudio, no se concibió a la sobrecarga como una consecuencia aislada, sino como una dimensión que puede llegar a ser un detonante para el surgimiento de síntomas de ansiedad, depresión, alteraciones del sueño, entre otras.

Capítulo II

2. Metodología

2.1. Tipo De Estudio

Este proyecto de investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, ya que se emplearon instrumentos estandarizados, con el fin de caracterizar la salud mental en los cuidadores de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes. El diseño del estudio fue no experimental, de tipo transversal y prospectivo, debido a que la recolección de datos se realizó en un único momento temporal durante el año 2025, sin manipulación de variables.

Se utilizó el método descriptivo, debido a que el estudio se orientó a caracterizar las variables de manera natural, utilizando instrumentos validados que ayuden a describir sus características.

En este estudio, se buscó caracterizar el estado de salud mediante el Cuestionario de Salud General- 28 (GHQ-28), así como los niveles de sobrecarga del cuidador a través de la Escala de Zarit, con el fin de dar una visión integral de las repercusiones que tiene el rol del cuidado en la persona que da estos servicios. Además, se registraron características sociodemográficas relevantes mediante una ficha elaborada por los investigadores. Por último, no se plantearon hipótesis, debido a que el enfoque descriptivo se basa únicamente a detallar el comportamiento de las variables sin establecer relaciones causales entre ellas.

2.2. Sujetos, Población Y Muestra

Población

La población para esta investigación está constituida por cuidadores informales de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes que residen en la ciudad de Manta.

Muestra

La muestra de este proyecto de investigación se determina en 60 participantes recolectados por medio del muestreo no probabilístico, tipo bola de nieve, que estén dentro de los criterios de inclusión propuestos.

Criterios De Inclusión

- Ser cuidador informal principal de una persona con enfermedad catastrófica o incapacitante.
- Ser mayor de 18 años.
- Residir en la ciudad de Manta
- Dedicar al menos 3 horas diarias al cuidado directo del paciente.

Criterios De Exclusión

- Dificultades de lectoescritura que impidan responder los cuestionarios.
- Ser profesional, y que ejerza el cuidado como parte de sus funciones.

2.3. Operacionalización De Las Variables

Tabla 1

Cuadro de Operacionalización de Variables

Variable	Definición teórica	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Instrumento	Escala de Medición
Salud mental en cuidadores informales	La salud mental en cuidadores informales es un proceso dinámico de bienestar psicológico, emocional y social, de las personas que asumen el cuidado no remunerado, en el cual influyen las demandas del rol, manifestándose a través de síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción	Presencia de malestar psicológico y sobrecarga del cuidador, evaluados mediante instrumentos validados y estandarizados. 1. GHQ-28: evalúa malestar psicológico en 4 dimensiones (síntomas somáticos, ansiedad-insomnio,	Síntomas somáticos	Ítems 1-7 del GHQ-28 -Se ha sentido perfectamente bien -Necesidad de vitaminas -Sensación de agotamiento -Sentirse enfermo -Dolores de cabeza -Opresión en la cabeza -oleadas de calor/frío.	Cuestionario General de salud de Golberg (GHQ-28).	Ordinal

social, depresión y sobrecarga percibida.	disfunción social, depresión) Punto de corte 5/6 (siendo mayores o igual 6 caso).	Ansiedad-Insomnio	<p>Ítems del 8-14</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pérdida de sueño por preocupación -Dificultad para conciliar sueño -Sensación de agobio -Nerviosismo constante -Sensación de pánico -Todo se hace pesado -Nervios a flor de piel 	Ordinal
	<p>2. Escala de sobrecarga de Zarit: Evalúa sobrecarga percibida del cuidador (0-88 puntos) clasificándolo en <47 sin sobrecarga, 47-55 sobrecarga leve, >55 sobrecarga intensa.</p>	Disfunción social	<p>Ítems 15-21</p> <ul style="list-style-type: none"> -Capacidad de concentración -Sentirse ocupado/a y útil - Capacidad para tomar decisiones -Disfrutar actividades diarias -Capacidad para enfrentar problemas 	

	-Sentirse razonablemente feliz		
	-Satisfacción con tareas realizadas		
	Ítems 22-28		
	-Pensar que no vale la pena vivir		
	-Pensamientos suicidas		
	-Sentir que la vida es demasiado pesada		
Depresión	-Pensamientos de ser persona sin valor		Ordinal
	-Sentirse a punto de colapso nervioso		
	-Sentir que la vida no tiene sentido		
	-Agotamiento nervioso		
Niveles de sobrecarga	Niveles de sobrecarga según puntaje Zarit: • <47 puntos:	Escala de sobrecarga del Zarit	Ordinal

Ausencia de
sobrecarga

- 47-55 puntos:
Sobrecarga leve
- >55 puntos:
Sobrecarga intensa

Nota. Elaboración por Burbano Jhon, Santana Neiser

2.4. Descripción De Métodos, Técnicas E Instrumentos

- Ficha Sociodemográfica

Objetivo: Recopila datos sociodemográficos y características asociadas al rol de cuidado de los cuidadores de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes, con el fin de caracterizar a la población de estudio.

Características: Es una ficha sociodemográfica autoadministrada que permite recopilar información sobre las características sociodemográficos y del cuidado de los cuidadores de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes, fue diseñado por los investigadores de este estudio, y validado por expertos de la carrera de Psicología.

La aplicación puede durar aproximadamente 10 minutos y no requiere de personal especializado para la administración, esta ficha está compuesto por 16 secciones:

- 1. Código:** Se asignó un código único para cada cuidador para garantizar anonimato y facilitar el registro de datos.
- 2. Sexo:** Masculino o femenino, para caracterizar la distribución de género.
- 3. Edad del Cuidador:** Permite describir la distribución etaria de la muestra.
- 4. Estado Civil:** Incluyó categorías como soltera/a, viudo/a, unión libre, casado/a, divorciado/a y separado/a, para identificar el contexto familiar
- 5. Nivel de Instrucción:** Se registró el nivel educativo alcanzado por el cuidador, desde la opción de ninguno hasta educación superior, con el fin de conocer su preparación académica.
- 6. Religión:** Con el fin de caracterizar aspectos socioculturales.

7. **Edad del Paciente:** Se registra la edad de la persona cuidada, para contextualizar esta población cuidada.
8. **Condición de la Persona Cuidada:** Se describe el diagnóstico o condición de salud que motiva el cuidado
9. **Situación Laboral:** Incluye categorías para analizar la disponibilidad de tiempo y recursos.
10. **Ingreso Mensual Aproximado del Hogar:** Para describir la situación económica del hogar.
11. **Con Quien Vive:** Se registran las personas con las que convive el cuidador, con el fin de reflejar la estructura familiar.
12. **Parentesco o Vínculo con la Persona Cuidada:** Permitiendo identificar el tipo de relación con la persona cuidada.
13. **Tiempo que lleva desempeñando el rol de cuidador:** Se registra en años, permitiendo describir la demanda del cuidado
14. **Tipo de actividades de cuidado:** Incluye diferentes tareas como Actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales, describiendo la implicación del cuidado brindado.
15. **Promedio de horas diarias dedicadas al cuidado:** Describe la intensidad del cuidado y estimar la carga que asume el cuidado en su vida diaria.
16. **Posse formación profesional o técnicas en el área de salud:** Esta última variable es parte de un criterio de exclusión.

En este estudio, ficha sociodemográfica se utilizó para describir el perfil sociodemográfica de los cuidados, así como las condiciones en la que se realiza el cuidado de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes

- **Cuestionario General de Salud de Goldberg**

Objetivo: El objetivo del GHQ-28 es valorar de manera rápida y general aspectos generales de síntomas con posibles alteraciones psiquiátricas, además ha sido utilizado en investigaciones epidemiológicas y de tamizaje para evaluar la salud mental en diferentes poblaciones y grupos, como estudiantes, personas mayores, familiares y cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas (Galindo et., 2017).

Características: El Cuestionario de Salud General, fue elaborado por David Goldberg con la finalidad de identificar posibles alteraciones de tipo psiquiátrico, su aplicación está dirigida principalmente a personas atendidas en contextos clínicos comunitarios o no especializados en salud mental. Por otro lado, el GHQ en su formato original cuenta con 60 preguntas, sin embargo, han surgido diferentes formatos reduciendo el número de preguntas a 12 y 28 preguntas (Shayan et al., 2015).

Además, cabe mencionar que el cuestionario que contiene 28 preguntas ha sido reportado como la versión con mejor confiabilidad, sensibilidad y especificidad, Barreda et al., (2024) mencionó que el GHQ-28 fue propuesto como una prueba de cribado para ser utilizado en el ámbito de la atención primaria”.

Como ya se mencionó este cuestionario este compuesto por 28 ítems que se divide en 4 subescalas o dimensiones que sirven para evaluar diferentes aspectos de la salud mental, cada una con ítems del 1 al 7, el tiempo estimado es menor a 10 minutos:

1. Somatización (ítems 1-7)

2. Ansiedad- Insomnio (ítems 1-7)
3. Disfunción social (ítems 1-7)
4. Depresión (ítems 1-7)

Cada ítem se califica, asignando valores de 0,0,1,1, a las respuestas, con la finalidad de identificar la presencia de síntomas de malestar psicológico, asimismo, se utilizó el punto de corte 5/6 para saber si el cuidador se lo considera caso o no caso, siendo el 84.6% la sensibilidad del punto de corte, con una especificidad del 82% (Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental [CIBERSAM], s.f.).

En el caso de este estudio, el GHQ-28, se utilizó para evaluar el malestar psicológico en cuidadores de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes, en la cual hay constancia en esta población que se enfrentan a una sobrecarga de manera integral, reflejándose tanto en lo físico, emocional y social, manifestándose a través de síntomas somáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social y depresión severa.

Hay diversos estudios que han comprobado la sensibilidad del cuestionario para detectar posibles alteraciones de tipo psiquiátrico tanto en contexto de atención primaria como estudios epidemiológicos, en los cuales incluyen cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas (Barreda et al., 2024; Galindo et al., 2017). El GHQ-28, presentó una adecuada validez de constructo convergente con medidas de personalidad, salud física y mental, además de psicopatología ansiosa y depresiva, esto siendo similar a la validez del constructo de todas las versiones del GHQ-28.

- **Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit**

Objetivo: Valorar la vivencia subjetiva de sobrecarga percibida por el cuidador principal de pacientes.

Características: Es un instrumento creado por primera vez en el año 1980 por Zarit, Reeve y Bach-Peterson, en idioma inglés, con el fin de evaluar la carga familiar en gerontología (Montorio et al., 1998 como se citó en Albarracín et al., 2016).

Según Albarracín et al. (2016), mencionó que la escala de sobrecarga del Cuidador de Zarit tiene algunas versiones, y en algunas investigaciones se aplica la versión validada por Martín-Carrasco y otros autores publicada en el 2010.

La Escala de Zarit original consta de 22 reactivos puntuados en una escala Likert con cinco opciones de respuesta, que van de 0 (nunca) a 4 (casi siempre); excepto el reactivo final que se puntúa de 0 (nada) a 4 (extremadamente), se puede obtener una puntuación que va de 0 a 88 y una mayor puntuación implica una mayor carga. A partir del resultado se clasifica para el cuidador en: “ausencia de sobrecarga” (≤ 46), “sobrecarga ligera” (47-55) y “sobrecarga intensa” (≥ 56). Sin embargo, para efectos clínicos y del cuidado de la salud, los autores proponen un punto de corte dicotómico (ausencia – presencia) de 60.

Además, consta de tres dimensiones: Impacto del Cuidado sobre el Cuidador (ítems 1 a 12), Relación interpersonal (Ítems 13 a 18) y Expectativas de Autoeficacia (Ítems 19 a 22). Instrumento ampliamente aplicado de propiedades psicométricas fiables con indicadores de elevados de consistencia interna (Coeficientes Alfa de Cronbach sobre ,9 y Coeficientes de Spearman-Brown sobre ,8) (Marchena et al., 2022).

Ha demostrado también gran validez de apariencia, contenido y constructo en diferentes adaptaciones lingüísticas. En validez de criterio, la Escala de Zarit muestra alta correlación con instrumentos afines ($r = 0,71$ con Índice Global de Carga; $r = 0,41$ con Inventario Breve de Síntomas). También se relaciona estrechamente con detección de otras patologías, principalmente en salud mental. Se estima 20,7% de trastornos mentales en cuidadores, siendo la

Escala de Sobrecarga del Cuidador, capaz de discriminar distrés psíquico con una sensibilidad de 93% y especificidad de 80%. Más aún, el análisis factorial de las dimensiones que incorpora escala de sobrecarga de Zarit, permite caracterizar dinámicas socioculturales de la población sobre la que se aplica, siendo útil en la programación de intervenciones (Tripodoro et al., 2015).

2.5. Procedimientos

Actividades por realizar

- ***Socialización***

Se llevó a cabo una socialización, dirigida a los posibles participantes del estudio, en el cual se explicó detalladamente el propósito de este, sus objetivos, justificación, entre otras. Durante esta sesión también se expusieron los beneficios esperados y los posibles riesgos asociados con la participación, en el cual se garantizó un espacio para resolver cualquier inquietud o duda que puedan tener los involucrados.

Responsables: Investigador principal Jhon Jairo Burbano Acosta, e investigador Neiser Javier Santana Alonzo.

Lugar: En el espacio determinado por el participante, según su preferencia.

Duración de la actividad: Se estima que la jornada de socialización tuvo una duración aproximada de una hora.

- ***Consentimiento informado***

Una vez finalizada la socialización, se entregó a los participantes el consentimiento informado en formato físico, en el cual se incluyó los objetivos planteados, el procedimiento que se llevará a cabo, los posibles beneficios, riesgos, costos asociados y la declaración de aceptación voluntaria para participar.

El consentimiento informado garantizó la confidencialidad de la información proporcionada por los participantes. Sin embargo, cabe destacar que, a quienes decidieron participar, se les proporcionó una copia del documento firmado, como constancia de su aceptación en el proceso.

Responsables: Investigador principal Jhon Jairo Burbano Acosta, e investigador Neiser Javier Santana Alonzo.

Lugar: En el espacio determinado por el participante, según su preferencia.

Duración de la actividad: Se estima que la jornada de socialización tuvo una duración aproximada de una hora.

- ***Aplicación de instrumentos***

Con el fin de caracterizar la salud mental de los cuidadores de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes, se utilizó para la recolección de datos los instrumentos GHQ-28 y Escala de Sobrecarga de Zarit, herramientas estandarizadas que permiten evaluar el estado de salud mental y el nivel de sobrecarga en cuidadores. A través de estos cuestionarios, fue posible identificar en los cuidadores alteraciones psicológicas y las dimensiones más afectas en los cuidadores, como el nivel de sobrecarga percibida que influyen de manera integral en la salud mental del cuidador. La aplicación se realizó a 60 cuidadores, de forma presencial o virtual, dependiendo de la disponibilidad y preferencia de cada participante.

Responsables: Investigador principal Jhon Jairo Burbano Acosta, e investigador Neiser Javier Santana Alonzo.

Lugar: En el espacio determinado por el participante, según su preferencia.

Duración de la actividad: La toma de los instrumentos se dio aproximadamente 1 hora.

- **Recolección de datos**

Para la recolección de datos se emplearon dos instrumentos principales. El primero fue el Cuestionario de Salud General-28 (GHQ-28) y la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, ambos instrumentos validados internacionalmente, que permitieron obtener datos cuantitativos relacionados con la salud mental de los cuidadores. Estos cuestionarios fueron anónimos y autoadministrados, garantizando la privacidad y la autonomía de los participantes.

El tercer instrumento fue una ficha sociodemográfica, elaborada específicamente para esta investigación, que permitió recoger información cuantitativa sobre las características sociodemográficas de los cuidadores, esta ficha también fue anónima y autónoma, asegurando la confidencialidad y comodidad del participante durante el proceso.

- ***Análisis de resultados***

Una vez finalizado el proceso de recolección de datos, se procedió con la tabulación de los resultados obtenidos a través de los instrumentos GHQ-28 y Zarit, y ficha sociodemográfica, utilizando herramientas digitales para su organización como Google Forms, Excel, IBM SPSS Statistics versión 26. Posteriormente se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo, con el objetivo de interpretar las respuestas proporcionadas por los 60 cuidadores participantes. A partir de estos hallazgos, se realizó la discusión de resultados, tomando en consideración las investigaciones previas. Finalmente se realizó conclusiones y se propondrán recomendaciones.

Procedimiento Científicos Para El Objetivo 1

Para cumplir con el primer objetivo específico, con el fin de describir las características sociodemográficas de los cuidadores de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes, bajo un proceso de recolección y análisis de datos.

Se llevó a cabo la selección de la muestra mediante muestreo no probabilístico tipo bola de nieve, el cual consiste en “seleccionar a un participante que cumpla los criterios de selección

y al que se le solicita que informe al investigador sobre otros, y así sucesivamente hasta conseguir una muestra suficiente” (Arrogante, 2021). Con este método se alcanzó una muestra de 60 cuidadores informales que cumplieron con los criterios de inclusión ya descritos, posteriormente, se realizó la aplicación de la ficha elaborada por los investigadores, la cual incluyó las 16 variables mencionadas con anterioridad, el instrumento tuvo una validación por tres expertos docentes especializados en Psicología, de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

La aplicación fue realizada de manera autoadministrada, tanto presencial y virtual, tomando en consideración la disponibilidad y las preferencias del participante, los datos fueron almacenados en Google Forms, considerando los principios de anonimato y confidencialidad establecidos por el CEISH.

Para analizar los datos se realizó un análisis estadístico descriptivo mediante el software IBM SPSS Statistics versión 26, en donde la edad del cuidador fue consideradas variables continuas, las cuales se realizaron medidas de tendencia central y dispersión, mientras que las variables categóricas se calcularon por frecuencias.

Procedimiento Científico Para El Objetivo 2

Para el segundo objetivo, evaluar la salud mental mediante la prevalencia de malestar psicológico y las dimensiones del GHQ- 28 en cuidadores de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes, se hizo la aplicación y análisis de este.

Es importante destacar, que se utilizó la versión validada propuesta por Galindo et al., (2017), adaptada para cuidadores primarios informales en contexto latinoamericano, el mismo que cuenta con propiedades psicométricas acordes para evaluar el malestar psicológico en cuidadores, teniendo valores de Cronbach, oscilando entre 0.75 y 0.89.

La aplicación fue realizada de manera autoadministrada, pero con asistencia por parte de los investigadores para resolver cualquier duda, tanto presencial y virtual, según la disponibilidad de cada cuidador, cabe recalcar que el cuestionario fue administrado después de realizar la ficha sociodemográfica, en un tiempo aproximado de 10 minutos.

Para evaluar la prevalencia de malestar psicológico, se calculó la puntuación total del GHQ-28 para cada cuidador, luego agruparlos según el punto de corte establecido en la literatura, se realizaron frecuencias absolutas, para evidenciar la prevalencia de un posible malestar psicológico en la muestra de cuidadores. Posteriormente para identificar las dimensiones de salud mental más afectadas, se hizo un análisis descriptivo, se calcularon las puntuaciones de la media y la desviación estándar, de cada una de las cuatro subescalas, considerando la suma de los puntajes que arrojando los 60 cuidadores en cada dimensión y dividiéndolo entre el tamaño de la muestra, con el fin de constatar el promedio de afectación en cada subescala.

Por otro lado, se identificó por cuidador cuál de las cuatro subescalas tuvo mayor puntuación, considerando esta como la más afectada al tener mayor puntaje, sin embargo, en casos que se presenten dos subescalas o más con puntuaciones iguales, fueron contabilizadas, por eso el motivo de que el recuento total de subescalas afectadas sea 87, sobrepasando el nivel de la muestra 60.

Procedimiento Científico Para El Objetivo 3

Para el tercer objetivo, determinar la sobrecarga en los cuidadores de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes, mediante la escala del Zarit, se hizo la aplicación y análisis de este.

Es importante señalar que se utilizó la versión original adaptada al castellano por Montorio y otros autores, como mencionó Montero et al., (2014), es un instrumento de

autoinforme que evalúa la carga de los cuidadores primarios a partir de identificar los sentimientos habituales que experimentan quienes cuidan a otra persona.

La aplicación de la Escala del Zarit fue realizada de manera autoadministrada, pero con asistencia por parte de los investigadores para solventar cualquier duda, tanto presencial y virtual, según la disponibilidad de cada cuidador, cabe recalcar que el cuestionario fue administrado después de realizar la ficha sociodemográfica, y responder al Cuestionario de Salud General de Golberg (GHQ-28), la aplicación se llevó a cabo en un tiempo aproximado de 10 minutos.

Para determinar la sobrecarga en los cuidadores de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes, se inició con la aplicación del instrumento para luego calcular y clasificar la puntuación en tres categorías por: “ausencia de sobrecarga” (≤ 46), “sobrecarga leve” (47-55) y “sobrecarga intensa” (≥ 56). Posteriormente, para analizar los datos se realizó un análisis estadístico descriptivo mediante el software IBM SPSS Statistics versión 26, en donde se utilizó estadística descriptiva como frecuencias, porcentajes, mínimos y máximos.

Se identificó por cuidador en cuál de las tres categorías de sobrecarga se situaba, y cual era mayor puntuación, considerándola a esta como sobrecarga intensa.

2.6. Validez de la investigación

En cuanto a un posible sesgo, los participantes pudieron tender a minimizar o exagerar sus síntomas en función de cómo percibían que debían responder, sin embargo, este fue mitigado mediante la garantía del anonimato a través de la asignación de códigos para cada participante y la aplicación del consentimiento informado.

Por otro lado, respecto a la consistencia y credibilidad de los resultados, en primer lugar, se seleccionaron instrumentos estandarizados y validados a nivel internacional como lo fueron el

GHQ-28 y el Zarit, por su parte. la ficha sociodemográfica fue validada por expertos de la carrera de Psicología. En segundo lugar, el análisis estadístico se realizó mediante el software IBM SPSS Statistics versión 26, el cual garantiza precisión en el procesamiento de los datos.

Por último, la triangulación de datos tanto sociodemográficas, malestar psicológico y niveles de sobrecarga, permitió realizar una caracterización integral.

2.7. Consideraciones Éticas

Las consideraciones éticas que se tomaron en cuenta para garantizar la integridad y la seguridad de los participantes fueron los siguientes:

- **Autonomía:** La participación será totalmente voluntaria, respetando la decisión individual de cada cuidador, en la cual se proporcionó una explicación clara y detallada del propósito del estudio, obteniendo el consentimiento informado, así mismo, en todo momento los participantes tenían la libertad de abandonar el estudio sin necesidad de justificación.
- **Anonimato:** Se garantizó el principio de anonimato debido a que durante la aplicación del instrumento de recolección de datos no se preguntará por ningún dato identificativo.
- **Confidencialidad:** Dentro del proceso del CEISH se suscribió una declaración de confidencialidad que compromete a los investigadores, a no usar indebidamente los datos obtenidos.

Capítulo III

3. Resultados

En la investigación realizada se tomó en cuenta a una muestra de 60 cuidadores/as informales de personas con enfermedades catastróficas e incapacitantes, quienes participaron libre y voluntariamente en el proceso, en donde se obtuvieron resultados a partir de la aplicación de varios instrumentos como Ficha Sociodemográfica, Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit y Cuestionario de Salud General GHQ – 28. Para el análisis respectivo de los resultados de los diferentes instrumentos utilizados se usó estadística descriptiva, con un enfoque cuantitativo, teniendo en cuenta a frecuencias y porcentajes.

3.1. Resultados Del Objetivo Específico 1.- Describir Las Características

Sociodemográficas De Los Cuidadores De Pacientes Con Enfermedades Catastróficas E Incapacitantes

Con la finalidad de dar cumplimiento al primer objetivo específico, direccionado a describir las características sociodemográficas de cuidadores de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes, se aplicó una ficha sociodemográfica en una muestra de 60 cuidadores/as (N=60), reflejando resultados que se visualizan en diferentes tablas para las diferentes características sociodemográficas del Cuidador/a.

3.1.1. Variables Y Características Sociodemográficas Del Cuidador/a.

Tabla 2.

Descripción Sociodemográfica por edad

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
18-40 años	30	50,0%
41-60 años	29	48,3%
Más de 61 años	1	1,7%

Edad Media	40.3 años
Mínimo/Máximo	20/62 años

Nota. Elaborado por Burbano Jhon, Santana Neiser

Los resultados de las variables sociodemográficas describen las características de los participantes en función de cuidadores. Como se observa en la **Tabla 2** (descripción por edad), la edad media fue de 40.3 años, siendo la edad mínima 20 años y la máxima 62 años, reflejando concentración en un rango de edad específico, siendo el 50% (n=30) de cuidadores de 18 a 40 años, mientras que el 48,3 % (n=29) corresponde a cuidadores de entre 41 a 60 años, el 1,7% (n=1) fue de la población mayor de 61 años, evidenciándose una participación mínima dentro del estudio.

Tabla 3.

Descripción Sociodemográfica por Sexo

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Femenino	41	68.3%
Masculino	19	31,7 %

Nota. Elaborado por Burbano Jhon, Santana Neiser

La variable sexo, muestra una proporción ligeramente mayor de mujeres con el 68,3% (n=41) evidenciando un fuerte predominio por cuidadores del sexo femenino, mientras que para el sexo masculino se refleja en la visualización de la **Tabla 3** un porcentaje de 31.7 % (n=19), siendo el sexo masculino la población que menor participación tuvo dentro de la investigación.

Tabla 4.*Descripción Sociodemográfica por Estado Civil*

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Estado Civil		
Casado/a	21	35,0%
Divorciado/a	1	1,7%
Soltero/a	24	40,0%
Unión libre	12	20,0%
Viudo/a	2	3,3%

Nota. Elaborado por Burbano Jhon, Santana Neiser

En cuanto a Estado Civil, el 40% (n=24) corresponde a cuidadores solteros/as, formando el grupo más numeroso, seguidos por los casados con el 35% (n=21) y unión libre con el 20% (n=12) de la muestra. Para los estados civiles viudez y divorcio su participación fue limitada, puesto que representaron la población con frecuencias más bajas, con 3,3% (n=2) para personas Viudas y 1,7% (n=1) para personas de estado civil divorciadas. La tendencia de cuidadores de estado civil solteros y casados, sugieren que el rol de cuidador es asumido por familia o cónyuges de los pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes (**Tabla 4**).

Tabla 5.*Descripción Sociodemográfica por Nivel de Instrucción*

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de Instrucción		
General Básica	9	15,0%
Bachillerato	21	35,0%
Bachillerato incompleto	6	10,0%

Educación superior	24	40,0%
--------------------	----	-------

Nota. Elaborado por Burbano Jhon, Santana Neiser

Para el nivel de instrucción, se evidencia que el 40% (n= 24) de cuidadores cuenta con un nivel de educación superior, el 35% (n=21) corresponde bachillerato completo, 10% (n=6) a bachillerato incompleto y el 15% (n=9) a cuidadores de educación general básica, siendo estas dos últimas las de menor frecuencia en la muestra (**Tabla 5**).

Tabla 6.

Descripción Sociodemográfica por Religión

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Religión		
Católica	60	100%

Nota. Elaborado por Burbano Jhon, Santana Neiser

La **Tabla 6** muestra la frecuencia y el porcentaje con la que los cuidadores de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes se identifican respecto a la religión, representado por el 100% (n=60) quienes expresan profesar e identificarse con la religión católica. Dentro de esta variable se destaca que ningún cuidador reporta profesar e identificarse con religiones como la cristiana, testigo de jehová, mormón u otras (0,00%).

Tabla 7.

Descripción Sociodemográfica por Situación Laboral

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Situación Laboral		
Desempleado (a)	22	36,7%
Empleado(a)	18	30,0%
Trabajo informal/autónomo	20	33,3%

Nota. Elaborado por Burbano Jhon, Santana Neiser

Con relación a la situación laboral, en la **Tabla 7**, se evidencia que el 36,7% (n=22) de los cuidadores se encuentran desempleados, el 33,3 % (n=20) realiza trabajo de manera informal o autónoma y el 30% (n=18) se encuentra empleado. Lo que sugiere, la complejidad que conlleva el ser cuidador de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes, cuando se trata de compatibilizar con actividades de trabajos formales con remuneración acorde a lo estipulado con la ley.

Tabla 8.

Descripción sociodemográfica por Ingreso Mensual.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Ingreso Mensual		
Menos de \$200	20	33,3%
\$200-\$400	23	38,3%
\$401-\$600	17	28,3%

Nota. Elaborado por Burbano Jhon, Santana Neiser

Respecto al ingreso mensual, el 38,3% (n=23) de los cuidadores percibe ingresos de entre 200\$-400\$ mensuales, el 33,3% (n=20) de cuidadores percibe menos de 200\$ dólares y el 28,3% (n=17) de cuidadores percibe ingresos de entre 401\$-600\$ dólares, dentro de esta variable se destaca que ningún cuidador reporta tener ingresos de más de 600 dólares (**Tabla 8**).

3.1.2. Variables Y Características Del Cuidado Del Cuidador/A.

Tabla 9.

Descripción Sociodemográfica por Edad del Paciente

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad del Paciente		
Menor a 18 años	4	6,7%
18-40 años	11	18,3%
41-60 años	31	51,7%
Más de 61 años	14	23,3%

Nota. Elaborado por Burbano Jhon, Santana Neiser

Los resultados de las variables y características del cuidado del cuidador/a describen las características de los cuidadores en función de cuidados que brindan, además de aspectos sociodemográficos de los cuidados. Como se observa en la **Tabla 9** (descripción por edad del paciente), en donde se muestra que la edad de los pacientes bajo el cuidado de la muestra (N=60), predomina el 51,7% (n=31) correspondiente al grupo de entre 41 a 60 años (51,7%), seguido del 23,3 % (n=14) a pacientes de mayores de 61 años, con 18,3% (n=11) pacientes de entre 18-40 años y por último con el 6,7% (n=4) a pacientes menores de 18 años.

Tabla 10.

Descripción Sociodemográfica por Condición de la Persona Cuidada.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Condición de la persona Cuidada		
Enfermedades Endócrino – Metabólicas (Complicaciones)	8	13,3%
Enfermedades Renales	8	13,3 %

Enfermedades Oncológicas	22	36,7%
Enfermedades Neurológicas y del Neurodesarrollo	22	36,7%

Nota. Elaborado por Burbano Jhon, Santana Neiser

Existen enfermedades, que requieren más cuidados de lo normal y al ser enfermedades catastróficas e incapacitantes requieren de atención y vigilancia continua. En la **Tabla 10** se logra visualizar a distintitos grupos de enfermedades, de las cuales las principales condiciones corresponden a enfermedades oncológicas, neurológicas y del neurodesarrollo, ambas con un 36,7% (n=22), las enfermedades endocrino-metabólicas corresponden al 13,3 (n=8), así mismo para las enfermedades renales crónicas, las cuales coinciden con el listado de enfermedades catastróficas del Ministerio de Salud pública del Ecuador, además de reflejar las principales causas de dependencia funcional.

Tabla 11.

Descripción Sociodemográfica por Convivencia

Variable	Frecuencia	Porcentaje
¿Con quién vive?		
Con cónyuge o pareja.	2	3,3%
Con cónyuge o pareja y con hijos/as.	5	8,3%
Con cónyuge o pareja, la persona cuidada e hijos/as.	10	16,7%
Con la persona cuidada.	3	5,0%
Con la persona cuidada y con cónyuge o pareja.	7	11,7%
Con la persona cuidada e hijos/as.	4	6,7%
Con la persona cuidada, hijos/as, cónyuge o pareja y otros familiares.	5	8,3%
Con otros familiares.	11	18,3%

Con otros familiares y persona cuidada.	13	21,6%
---	----	-------

En la **Tabla 11**, respecto a la convivencia se evidencian una amplia diversidad de estructuras convivenciales, siendo convivir con otros familiares y la persona cuidada la forma más frecuente, correspondiendo al 21,6 % (n=13) de la muestra, seguidos con un 18,3 % (n=11) los cuidadores que conviven con otros familiares sin la persona cuidada. De igual manera, se observa que el 16,7% (n=10) de los cuidadores conviven con su pareja, la persona cuidada e hijos y un 11,7% (n=7) reporta convivir con la persona cuidada y su pareja. La convivencia menos frecuente se relaciona únicamente con la persona cuidada, correspondiendo al 5% (n=3) o con cónyuge o pareja 3,3% (n=2), lo que supone una menor cantidad de cuidadores que viven en estructuras familiares limitados y más reducidos.

Tabla 12.

Descripción Sociodemográfica por Parentesco o Vínculo con la Persona Cuidada

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Parentesco o vínculo con la persona cuidada		
Cónyuge/pareja	10	16,7%
Padre/madre	13	21,7%
Hermano/a	10	16,7%
Hijo/a	10	16,7%
Otro familiar (tío/a, primo/a, sobrino/a, etc.)	17	28,3%

Nota. Elaborado por Burbano Jhon, Santana Neiser

Con relación al parentesco o vínculo con la persona cuidada, existe una marcada frecuencia en cuidadores que cuidan a otros familiares, siendo este el 28,3% (n=17), seguidos por el 21,7% (n=13) de cuidadores que cuidan a su padre/madre y en proporciones iguales para cuidadores que cuidan de su pareja, hermano/a e hijo/a, correspondiendo al 16,7% (n=10) en cada una de las últimas tres variables ya mencionadas (**Tabla 12**).

Tabla 13.

Descripción Sociodemográfica por Tiempo que lleva desempeñando el rol del cuidador.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Tiempo que lleva desempeñando el rol de cuidador		
Menos de 1 año	11	18,3%
1 a 3 años	27	45,0%
4 a 5 años	14	23,3%
Más de 5 años	8	13,3%

Nota. Elaborado por Burbano Jhon, Santana Neiser

Para el tiempo que lleva desempeñando el rol de cuidador, el mayor predominio se encuentra en cuidadores que llevan de 1 a 3 años cuidando, correspondiendo al 45% (n=27), seguidos por el 23,3% (n=14) en cuidadores que llevan cuidando desde hace 4-5 años y el 18.3% (n=14) para cuidadores que tienen menos de un año cuidando. La frecuencia más baja se dio en cuidadores que tienen más de 5 años cuidando, correspondiente a 13,3 (n=8) (**Tabla 13**).

Tabla 14.

Descripción Sociodemográfica por Tipo de Actividad

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Tipo de actividades de cuidado que realiza		
Actividades básicas de la vida diaria (Alimentación, Higiene Personal, Movilización)	18	30,0%
Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Administración de medicamentos, gestión de trámites y acompañamiento a citas médicas)	14	23,3%

Todas las anteriores	28	46,7%
----------------------	----	-------

Nota. Elaborado por Burbano Jhon, Santana Neiser

En base a el tipo de actividad, el 47,6% (n=28) de los cuidadores ejerce actividades tanto básicas como instrumentales, siendo estas las actividades que más predominan, el 30% (n=18) de cuidadores realizan exclusivamente actividades básicas de la vida diaria, y por último, el 23,3% (14) de cuidadores se dedica solamente a realizar actividades instrumentales de la vida diaria respecto a los cuidados, siendo esta actividad la que menos se realiza, esto respecto a la muestra y la investigación realizada (**Tabla 14**).

Tabla 15.

Descripción por promedio de horas diarias

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Promedio de horas diarias		
3-4 horas	8	13,3%
5-6 horas	21	35,0%
7-9 horas	11	18,3%
10 horas o mas	20	33,3%

Nota. Elaborado por Burbano Jhon, Santana Neiser

En la **Tabla 15**, se evidencia los resultados del promedio de horas dedicadas al cuidado, el porcentaje más alto equivalente al 35% (n=21), refiere que los cuidadores dedican entre 5-6 horas a cuidar, el 33,3% (n=20) dedica 10 horas o más al cuidado, seguido del 18,3% (n=11) que corresponde a 7-9 horas dedicadas al cuidado y por último de 3-4 horas con un porcentaje de 13,3% (n=8), en relación con el promedio de horas dedicadas al cuidado.

Tabla 16.

Descripción por padecimiento de formación profesional.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0 %
No	60	100%

Nota. Elaborado por Burbano Jhon, Santana Neiser

En cuanto a la formación profesional, el 100% (n=60) de cuidadores no cuenta con una formación profesional o técnicas en el área de salud como enfermería, medicina, auxiliar de enfermería y entre otras (**Tabla 16**).

A partir de los resultados obtenidos y el conjunto de variables sociodemográficas, el perfil del cuidador de la muestra (N=60) corresponde a: sexo femenino (68,3%), con edad media de 40,3 años, soltera (40%) o casada (35%), con educación superior (40%), de religión católica (100%), desempleada (36,7%) o con trabajo informal (33,3%), que percibe ingresos mensuales inferiores a \$400 (71,6%), cuida a un familiar con enfermedad oncológica o neurológica (36,7% cada una), lleva entre 1 y 3 años en el rol de cuidador (45%), dedica entre 5 y 10 horas diarias al cuidado, realiza tanto actividades básicas como instrumentales (46,7%) y carece de formación profesional en salud (100%). Este perfil es consistente con el patrón de feminización del cuidado descrito en la literatura.

3.2.Resultados Del Objetivo Especifico 2.- Evaluar La Salud Mental Mediante La Prevalencia De Malestar Psicológico Y Las Dimensiones Del GHQ-28

3.2.1. Análisis De Fiabilidad

Se utilizó el Alfa de Cronbach para evaluar la consistencia interna de un total de 28 ítems correspondientes al Cuestionario General de Salud (GHQ-28), utilizado para la recolección de datos. El coeficiente de confiabilidad del cuestionario fue de 0.85, con una suma de varianzas de los ítems de 6.52 y una varianza total del instrumento de 36.94. Este

resultado indica una consistencia interna buena, evidenciando que el GHQ-28 presente homogeneidad entre sus ítems, resultando confiable para evaluar salud mental en cuidadores de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes en esta población.

Tabla 17.

Puntuación Total GHQ – 28 (Malestar Psicológico)

Puntuación Total GHQ – 28		
	Recuento	Porcentaje
≥ 6 (caso)	53	88,3%
≤ 5 (No caso)	7	11,7%

Nota. Elaborado por Burbano Jhon, Santana Neiser

En el análisis de la puntuación total de GHQ-28, expuestos en la **tabla 17**, el 88.3 % (n=53), obtuvo puntuaciones iguales o superiores a 6 puntos, siendo clasificados como caso, evidenciando la presencia de malestar psicológico en la muestra (N=60). El 11.7% (n=7) de los cuidadores, obtuvo puntuaciones iguales o menores a 5 puntos, siendo estos considerados no caso, se indaga que este grupo que no presenta malestar psicológico se caracterizó por disponer de mayor red de apoyo familiar, llevar menos de un año en el rol y tener jornadas de cuidado de 3 a 6 horas diarias, lo que podría actuar como factor protector frente al desarrollo de malestar psicológico.

Tabla 18.

Dimensiones de Salud Mental más afectadas según el GHQ-28

Dimensiones de salud mental más afectadas				
Subescalas	Recuento	%	Media (\bar{x})	Desviación Estándar
Síntomas somáticos	14	16,1%	2,95	1,68
Ansiedad-Insomnio	49	56,32%	4,02	1,89
Disfunción Social	4	4,6%	2,27	1,51

Depresión	20	22,98%	3,20	1,93
------------------	----	--------	------	------

Nota* Para identificar las dimensiones más afectadas se procedió a considerar las puntuaciones más altas de cada aplicación, la muestra no es congruente cuanto, a recuento, debido a que se encontró puntuaciones altas repetidas en distintas escalas, dentro de la misma aplicación.

La distribución por subescalas del Cuestionario de Salud General de Golberg (GHQ-28), que se visualiza en la **Tabla 18**, detalla las dimensiones de salud mental más afectadas. Los resultados evidencian que la dimensión *Ansiedad-Insomnio* presenta mayor afectación, con un porcentaje del 56,32% (n=49), una media elevada (M=4,02), y una desviación estándar de 1,89. Seguido de la dimensión *Depresión*, con un porcentaje de 22,98% (n=20), una media elevada (M=3,20) y una desviación estándar de 1,93. La subescala, *síntomas somáticos* determino un porcentaje de 16,1% (n=14), una media moderada (M=2,95) y una desviación estándar de 1,68; lo que indica que persiste afectación significativa en el estado de salud del cuidador; por último, para la subescala *disfunción social*, el 4,60% (n=4) de los cuidadores refieren sentir disfuncionalidad respecto a elementos sociales de los mismos, con una media más baja (M=2,27) y una desviación estándar de 1,51, siendo las dimensión disfunción social la dimensión más baja que las demás dimensiones, es decir, con menos afectación que las otras.

3.3.Resultado Del Objetivo Específico 3.- Determinar La Sobrecarga En Los Cuidadores De Pacientes Con Enfermedades Catastróficas E Incapacitantes, Mediante La Escala De Sobrecarga Del Zarit.

3.3.1. Análisis de fiabilidad.

El análisis de confiabilidad, realizado mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, arrojó un valor de 0.67 siendo calculado a partir de 22 ítems, con una sumatoria de varianzas de los ítems de 19.09 y una varianza total del instrumento de 52.72. Este valor indica una consistencia interna aceptable para instrumentos de evaluación del cuidador, tal como señalan Breinbauer et al. (2009) y Tartaglioni et al. (2020), quienes documentaron valores de consistencia interna que oscilan entre 0,71 y 0,85 en poblaciones similares. Las diferencias

pueden atribuirse al tamaño muestral (n=60) y a la heterogeneidad de los contextos de cuidado. Por tanto, los resultados se consideran válidos para el análisis descriptivo planteado en este estudio.

Tabla 19.

Sobrecarga en los cuidadores de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes.

Sobrecarga del Cuidador			
Métricas	Menor de 47	47-55	Mayores de 55
	(Sin sobrecarga)	(Sobrecarga Leve)	(Sobrecarga Intensa)
Recuento	22	27	11
Porcentaje	36,7%	45,0%	18,3%
Mínimo	30	47	56
Máximo	46	53	65

Nota. Elaborado por Burbano Jhon, Santana Neiser

En base a la aplicación de la escala del Zarit se evidencia en la **Tabla 19**, que el 63.3% (n=38) de los cuidadores presentan sobrecarga, donde el 45.0 % (n=27) de cuidadores predomina con *sobrecarga leve* con una puntuación máxima de 53 y una mínima de 47, seguido por el 36.7% (n=22) de cuidadores que reportan estar *sin sobrecarga*, teniendo una puntuación máxima de 46 y una mínima de 30 y por último los cuidadores que reportaron *sobrecarga intensa*, correspondiendo al 18.3% (n=11), teniendo puntuaciones mínimas de 56 y máximas de 65.

Tabla 20.

Relación entre Sobrecarga del Cuidador (Zarit) y Malestar Psicológico (GHQ-28)

Sobrecarga (Zarit) * Puntuación Total GHQ-28			
Puntuación Total GHQ			
Zarit	Menor de ≤ 5	Mayor a ≥6	Total

Sobrecarga	(No caso)		(Caso)		N	%
	N	%	N	%		
Menor de 47 (Ausente)	1	14,3	21	39,6%	22	36,7%
47-55 (Leve)	3	42,9%	24	45,3%	27	45,0%
Mayores de 55 (Intensa)	3	42,9%	8	15,1%	11	18,3%
Total	7	100%	53	100%	60	100%

Nota. Elaborado por Burbano Jhon, Santana Neiser

En cuanto a la relación de sobrecarga percibida y malestar psicológico, se evidencia en la **Tabla 20**, predominó con el 45,3% (n=24) de casos con malestar psicológico y sobrecarga leve, seguido del 39,6% (n=21) con significativo malestar psicológico, pero con ausencia de sobrecarga y el 15,1% (n=8) reportó malestar psicológico con sobrecarga intensa. Sin embargo, los hallazgos obtenidos para no casos evidencian que el 14,3% (n=1) reportó tener ausencia de sobrecarga, seguido del 42,9% (n=3) para sobrecarga intensa y leve, que, a pesar de no reportarse como casos con malestar psicológico, padecen de sobrecarga.

4. Discusión De Resultados

4.1. Discusión De Resultados Del Objetivo Específico 1.- Describir Las Características Sociodemográficas De Los Cuidadores De Pacientes Con Enfermedades Catastróficas E Incapacitantes

En base al primer objetivo específico, la muestra (N=60) de cuidadores de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes describe variables y características sociodemográficas del cuidador/a, además de las variables y características del cuidado del cuidador/a, contrastando particularidades representativas cuanto a la edad, el sexo, el estado civil, el nivel de instrucción, la religión, la situación laboral, el ingreso mensual, la edad del paciente, la condición de la persona que cuida, con quienes vive, el parentesco o vínculo con la persona que cuida, el tiempo que lleva desempeñando el rol de cuidador, el tipo de actividades que realiza respecto a los cuidados, el promedio de horas diarias dedicadas al cuidado y por último si cuenta o no con formación profesional o técnica en el área de la salud.

Con relación a la edad, los resultados reflejaron que la edad media de los cuidadores fue de 40,3 años, concentrándose principalmente entre los 18 a 40 años (50%) y 41-60 años (48,3%). Este hallazgo es concordante con Cardona et al. (2011), quienes reportaron una edad promedio de cuidadores de 54 años en Colombia, y con Salazar et al. (2019), quienes identificaron una edad media de aproximadamente 40 años en cuidadores de adultos mayores con dependencia funcional. La escasa participación de cuidadores mayores de 61 años (1,7%) coincide con las proyecciones de la OMS (2025) respecto al envejecimiento poblacional, que limita la capacidad de asumir el rol de cuidador de manera prolongada en edades avanzadas.

Respecto al sexo, el predominio del sexo femenino (68,3%) confirma la tendencia documentada ampliamente en la literatura. Gonzales y Blanco (2024) señalan que, pese a las transformaciones sociohistóricas, las mujeres continúan asumiendo mayoritariamente las

labores de cuidado. A nivel mundial, Sharma et al. (2016) y Flores et al. (2012) evidenciaron esta feminización del cuidado, que se explica por construcciones socioculturales de género que asignan históricamente a la mujer el rol cuidador. La proporción hallada en este estudio (68,3% mujeres vs. 31,7% hombres) es consistente con la reportada en estudios de la región, como los de Ferreras et al. (2021) en República Dominicana y Meléndez et al. (2025) en Ecuador.

Para el estado civil, la predominancia de cuidadores solteros (40%) y casados (35%) refleja que el rol se distribuye tanto en personas que cuidan a padres o hermanos como en cónyuges que cuidan a su pareja. Según Becerra y Villegas (2020), la presencia de una enfermedad incapacitante genera una reestructuración de roles dentro de la familia, siendo los miembros más cercanos quienes asumen las responsabilidades del cuidado. Esta tendencia es coherente con el dato de parentesco, donde los vínculos familiares más frecuentes son otros familiares (28,3%) y padre/madre (21,7%).

En cuanto al nivel de instrucción, la predominancia de educación superior (40%) podría implicar, paradójicamente, un factor de vulnerabilidad específico: personas con mayor formación académica pueden tener mayores expectativas sobre el control de la situación, generando mayor distrés cuando las demandas del cuidado superan sus recursos percibidos de afrontamiento. Esto se relaciona con lo expuesto por Martínez (2020), quien señala que los cuidadores informales, independientemente de su nivel educativo, carecen de formación específica en cuidados de salud, lo que incrementa la inseguridad y la percepción de sobrecarga.

Respecto a la religión, el 100% de cuidadores manifestó profesar o identificarse con la religión católica, constituye un hallazgo singular que merece análisis. En el contexto de la provincia de Manabí y de la muestra de Manta, la religiosidad puede actuar como un recurso de afrontamiento, proporcionando sentido al sufrimiento, apoyo comunitario y estrategias de

regulación emocional. Salazar et al. (2019) identificaron un patrón similar en cuidadores latinoamericanos, donde la fe religiosa funcionó como amortiguador del estrés percibido.

Para la situación laboral, el desempleo (36,7%) persiste, una fracción de cuidadores opta por adaptarse, y busca una estrategia de trabajo autónomo (33,3%) que le permita la flexibilidad y que compagine con su carga horaria en respuesta a los cuidados que brinda, de allí la opción de trabajar de manera informal o autónoma. Por lo tanto, lo anterior se relaciona con lo que Cantillo et al., (2022) refieren respecto a la implicación que tienen los cuidadores hacia la atención de su familiar, en donde el cuidar trae consigo repercusiones en su ámbito laboral, en algunos casos perdiendo el empleo debido a las demandas de tanto de tiempo y esfuerzo que exige el rol de cuidador.

El ingreso mensual se relaciona y constituyen un factor esencial en la vida socioeconómica del cuidador, puesto que la vulnerabilidad económica podría fragmentar y ser un condicionante estresor que, sumado a la carga del cuidado es reperiencia directa para el deterioro progresivo de la salud mental y física, favoreciendo así la aparición de síntomas relacionados con diversas patologías psicológicas. Por otra parte, los resultados evidenciaron que el (38.3%) percibe ingresos de entre 200\$-400\$ mensuales y el 33,3% menos de 200\$, reflejando así una situación socioeconómica de vulnerabilidad. Esto relacionado a la OMS (2017, citada en Cañizares, 2018) en donde manifestaron que las enfermedades catastróficas involucran un alto costo para la vida, siendo mayor al ingreso del hogar, por lo que es insuficiente para cubrir con las necesidades básicas del cuidado y del hogar, esto reflejado en los resultados de la investigación y la literatura.

Respecto a la edad del paciente, los resultados reflejan que el predominio se centra en grupos de pacientes con 41-60 (51,7%) y más de 61 años (23,3%), siendo estos resultados relacionados con lo que manifiesta la Organización Mundial de la Salud (2025), respecto al incremento de enfermedades crónicas, catastróficas e incapacitantes en la adultez y la vejez,

lo que incrementa la necesidad de cuidadores informales. Por otra parte, la presencia de pacientes menores de 18 años (6,7%) y de entre 18-40 años (18,3%), refleja que las enfermedades catastróficas e incapacitantes no son exclusivas de adultos mayores, sino que además afecta a la población infanto-juvenil y adulta-joven, lo que genera demanda de cuidados y vulnerabilidad en la salud mental del cuidador.

En cuanto a las condiciones del paciente que cuidan, las enfermedades catastróficas, que representan condiciones, que, según autores de la literatura científica, generan niveles significativos de vulnerabilidad respecto a la salud mental y física en el cuidador, la predominan las enfermedades oncológicas (36,7%) y neurológicas o del neurodesarrollo (36,7) coincide con el listado de enfermedades catastróficas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2013). Además, las enfermedades endocrino-metabólicas (13,3%) y renales (13,3%) representan a patologías que como indican Fang et al., (2013) y Martín del Campo et al., (2019), generan niveles significativos de sobrecarga debido a los procesos terapéuticos complejos, la necesidad de monitoreo constantes y las complicaciones e implicaciones que denotan.

Haciendo énfasis con quienes vive el cuidador, la estructura de convivencia refleja singularidades, puesto que el 21,6% vive con persona cuidada y otros familiares (sobrinos, tíos, primos, etc.), mientras que el 18,3% vive solo con otros familiares sin la persona cuidada. De acuerdo con Becerra y Villegas (2020) las personas que viven con el paciente enfrentan demandas de cuidado más intensa y frecuente, lo que puede modificar la dinámica familiar y generar mayor sobrecarga en el cuidador. Esto se contrasta en los resultados y la literatura científica.

Para el parentesco o vínculo, la predominancia de cuidados recae en, otro familiar (28,3%) y padre/madre (21,7%), denotando que el cuidado se distribuye entre distintos miembros de la familia, de acuerdo con Flores et al., (2012), manifestaron que el cuidado

informal recae en familiares directos, extendiéndose a familiares más distantes. Esto se puede contrastar con la literatura científica y los resultados.

Respecto al tiempo que lleva desempeñando el rol de cuidador, la tendencia recae en cuidadores con 1 a 3 años de experiencia (45%), contrastando con lo que refirieron Carreño y Chaparro (2016), donde las actividades y rutinas del cuidador son intensas, pero este, no ha desarrollado la capacidad de aplicar estrategias efectivas en cuanto a afrontamiento. Mientras que el 18,3% se atribuye a cuidadores con menos de un año de experiencia cuidando, quienes se encuentra en el inicio de la adaptación, en donde las demandas que exigen los cuidados pueden vulnerar el bienestar psicológico, generando malestar en la salud en general.

Con relación al tipo de actividades que realizan los cuidadores, el 46,7% realiza todas las actividades, ya sean básicas e instrumentales, esto a su vez coincide con lo expuesto con algunos autores como Gonzales & Blanco (2024) que mencionaron que realizar las actividades demandantes requieren de esfuerzo físico y pérdida de tiempo para actividades propias. Así mismo, Galindo et al., (2017) indican que los cuidadores informales asumen responsabilidades multidimensionales de alta complejidad, desde higiene personal hasta administración de medicamentos.

En cuanto al promedio de horas diarias dedicadas al cuidado, la predominancia recae en cuidar entre 5-6 horas diarias (35%) y 10 o más horas (33,3%), esto evidenciándose además en un estudio hecho en Colombia por Rodríguez et al., (2018), con una población de 140 cuidadores de personas en donde se demostró que la mayoría de los cuidadores 67.2 % llevan más de 3 años como cuidador y más de la mitad es decir el 57.9% dedicaba más de 15 horas diarias a esta labor.

Respecto a la formación profesional o técnica en el área de la salud, el 100% de los cuidadores carece o no cuenta con una formación en salud, al ser cuidadores informales no disponen de conocimiento oportuno sobre lo que implican los cuidados de manera formal,

esto a su vez coincide con Lille et al., (2024) donde indican que la diferencia entre cuidadores formales e informales prevale en la formación, capacitación profesional que proporciona estrategias y técnicas para manejar las demandas que exigen los cuidados.

4.2. Discusión De Resultados Del Objetivo Específico 2.- Evaluar La Salud Mental Mediante La Prevalencia De Malestar Psicológico Y Las Dimensiones Del GHQ-28

Con relación al segundo objetivo en cuidadores de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes se buscó evaluar la salud mental mediante la prevalencia de malestar psicológico y las dimensiones (Síntomas somáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social y depresión) que proporciona el GHQ-28, determinando así los casos y la dimensión de salud mental más afectada en los cuidadores de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes.

Respecto a la prevalencia de malestar psicológico del 88,3% representa una cifra elevada incluso en comparación con estudios latinoamericanos similares. Jordán et al. (2021) reportaron en Tungurahua (Ecuador) que el 83,9% de cuidadores sufría ansiedad y el 87,1% depresión. Meléndez et al. (2025) encontraron en Quito, depresión y ansiedad severa en cuidadores informales de personas con discapacidad. La alta prevalencia hallada en este estudio puede atribuirse a la combinación de factores: enfermedades de alta complejidad (oncológicas y neurológicas representan el 73,4% de los pacientes), vulnerabilidad socioeconómica (71,6% con ingresos <\$400) y la falta de formación en cuidados (100% sin preparación profesional), que en conjunto configuran el escenario de mayor riesgo psicosocial descrito por Pearlin et al. (Painepán y Kühne, 2012).

En cuanto a las dimensiones afectadas, el predominio de Ansiedad-Insomnio (56,3%, M=4,02) es coherente con los hallazgos de Soh et al. (2025), quienes reportaron en su estudio que la ansiedad es el trastorno más frecuente en cuidadores informales, superando a la

depresión. La ansiedad en este contexto responde a la incertidumbre crónica sobre la evolución de la enfermedad del paciente, la vigilancia constante, las responsabilidades de medicación y el temor a cometer errores en el cuidado. El insomnio, frecuentemente asociado a la ansiedad, representa además un mecanismo fisiopatológico de amplificación del malestar, dado que el déficit de sueño deteriora la capacidad de regulación emocional y el funcionamiento cognitivo del cuidador.

La presencia de depresión como segunda dimensión más afectada (22,9% de las instancias; $M=3,20$) es congruente con el estudio de Pan y Lin (2022), que reportó tasas de depresión en cuidadores de pacientes con cáncer entre 2,6% y 82,2%. Los resultados de este estudio, donde el 33,3% de los cuidadores presentó a la depresión como su dimensión más afectada, se sitúan en un punto intermedio de ese rango, lo cual es esperable en una muestra con alta proporción de enfermedades oncológicas (36,7%). Según Garzón et al. (2018), la depresión en el contexto del cuidado no es un fenómeno aislado, sino el resultado de la interacción entre carencias materiales, mínimos factores protectores y los estados emocionales propios de quienes cuidan a personas en proceso de deterioro progresivo.

Para la dimensión síntomas somáticos (16,1%, $M=2.95$), siendo otra de las dimensiones afectadas, pero con menor prevalencia dentro de la investigación, se puede incidir que genera al igual que las otras dimensiones, afectaciones dentro de la salud mental con manifestaciones físicas de origen psicológica. Esto a su vez, coincide con lo que señalaron Bernáldez et al., (2020) en relación con que los síntomas pueden expresarse como molestias gastrointestinales, cardiovasculares, fatiga, cefaleas y entre otras, haciendo alusión a la conexión que hay entre la mente y el cuerpo en situaciones de vulnerabilidad psicológica.

Por último, con el 4,7% ($M=2,27$) disfunción social es una dimensión con menor prevalencia, representando al aislamiento y deterioro progresivo de las relaciones sociales,

que a su vez coincide con lo reportado por Martínez (2020) en donde refirió que el aislamiento social es consecuencia del cuidado intenso.

4.3. *Discusión de Resultados Del Objetivo Específico 3.- Determinar La Sobrecarga En Los Cuidadores De Pacientes Con Enfermedades Catastróficas E Incapacitantes, Mediante La Escala De Sobrecarga Del Zarit*

Con relación al tercer objetivo se determinó la sobrecarga en cuidadores de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes, mediante la escala del Zarit, determinando así la sobrecarga por categorías y puntos de cortes que proporciona el mismo instrumento, siendo estos los siguientes: Con ausencia de sobrecarga puntuaciones menores de 47, con sobrecarga leve puntuaciones entre 47 y 55, y por último con sobrecarga intensa para puntuaciones mayores de 55.

Respecto a los niveles de sobrecarga, el 63,3% de los cuidadores presentó algún nivel de sobrecarga, distribuyéndose en sobrecarga leve (45,0%) e intensa (18,3%). Este hallazgo es coherente con la literatura. Fang et al. (2023), en un estudio con 74 cuidadores de pacientes con Enfermedad Renal Crónica, reportaron que el 66% presentaba algún nivel de sobrecarga (40% intensa, 26% leve). Valencia et al. (2017), en cuidadores de pacientes oncológicos en México, encontraron que un tercio presentaba sobrecarga. Los porcentajes de este estudio, aunque similares en la prevalencia global, muestran una distribución distinta: mayor proporción en sobrecarga leve que intensa, lo que puede relacionarse con el menor tiempo promedio en el rol de cuidador (45% lleva entre 1-3 años) respecto a las muestras comparadas.

En cuanto a la sobrecarga leve, El predominio de la sobrecarga leve (45,0%) es consistente con lo que Carreño y Chaparro (2016) denominan la fase de transformación del cuidador, en la que las rutinas se han establecido pero el cuidador aún no ha desarrollado estrategias efectivas de afrontamiento, encontrándose en un umbral de vulnerabilidad donde

cualquier incremento en las demandas del cuidado puede escalar hacia una sobrecarga intensa. Soriano et al. (2022) señalan que en este nivel de sobrecarga existen factores protectores que modularían la transición hacia la sobrecarga intensa, como el apoyo familiar, la espiritualidad y la percepción de autoeficacia.

La sobrecarga intensa (18,3%) coloca a este subgrupo en riesgo elevado de desarrollar el síndrome del cuidador quemado, tal como señalan Ferreras et al. (2021). Este grupo presenta puntuaciones en el Zarit de entre 56 y 65, indicando que las demandas percibidas superan significativamente los recursos de afrontamiento disponibles. La vinculación de este nivel de sobrecarga con el estrés crónico, el agotamiento físico y las alteraciones psicológicas, documentada por Regalado y Sánchez (2018) en una muestra previa de Manta, confirma que este subgrupo requiere intervención prioritaria.

La variabilidad en los niveles de sobrecarga según el tipo de enfermedad del paciente es un aspecto que este estudio no pudo analizar de forma comparativa dada la distribución de la muestra, pero que tiene respaldo en la literatura. Fang et al. (2023), Martín del Campo et al. (2019) y Valencia et al. (2017) han documentado diferencias en los niveles de sobrecarga según si el paciente padece insuficiencia renal crónica, diabetes mellitus o cáncer, respectivamente. En esta muestra, donde las enfermedades oncológicas y neurológicas concentran el 73,4% de los pacientes, la comparación intragrupo no fue posible por el tamaño muestral, lo que representa una limitación a abordar en estudios futuros.

Un hallazgo de especial relevancia teórica es la existencia de cuidadores con malestar psicológico, pero sin sobrecarga percibida (39,6% de los casos con GHQ ≥ 6 y Zarit < 47). Desde el Modelo de Estrés de Pearlin (Painepán y Kühne, 2012), esto sugiere que los estresores primarios objetivos del cuidado (demandas físicas, responsabilidades de medicación, horas de cuidado) pueden generar síntomas psicológicos como ansiedad - insomnio, o incluso somatización antes de que el cuidador desarrolle la percepción subjetiva

de estar sobrecargado. Es decir, el malestar psicológico puede preceder a la conciencia de sobrecarga, lo que convierte al GHQ-28 en un indicador más sensible para la detección temprana que el Zarit en fases iniciales del rol.

5. Conclusiones

La caracterización realizada en este estudio evidenció que la salud mental de estos cuidadores se encuentra gravemente comprometida en múltiples dimensiones. Debido a que el 88.3% presenta malestar psicológico según el GHQ-28, manifestándose principalmente a través de ansiedad-insomnio (56.32%), depresión (22.98%), simultáneamente, el 64.3% experimenta algún nivel de sobrecarga según la Escala de Zarit, distribuyéndose en sobrecarga leve con el 45% e intensa con el 18.3%, ubicando a los cuidadores en un perfil de vulnerabilidad psicosocial.

5.1. Conclusiones Del Objetivo Específico 1: Describir Las Características

Sociodemográficas De Los Cuidadores De Pacientes Con Enfermedades Catastróficas E Incapacitantes

- Los cuidadores de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes en Manta se caracterizan por ser predominantemente mujeres con el 68.3%, con edad media de 40.3 años, estado civil soltero con el 40% o casado con el 35% y nivel educativo superior del 40%, por su parte el 100% carece de formación profesional en salud, alineado a los criterios de exclusión del presente estudio, asimismo, se encuentran desempleado un 36.7% y el 71.6 % percibe ingresos mensuales inferiores a \$400. Dedican mayoritariamente entre 5-6 horas diarias el 35% o más de 10 horas con el 33% al cuidado de pacientes con enfermedades oncológicas y neurológicas el 36.7%, los cuales un 46.7% realiza actividades básicas como instrumentales, el 45% lleva entre 1-3 años desempeñando el rol de cuidador.

5.2. Conclusiones Del Objetivo Específico 2: Evaluar La Salud Mental Mediante La Prevalencia De Malestar Psicológico Y Las Dimensiones Del GHQ-28.

- La presencia de malestar psicológico clínicamente significativo fue del 88.3%, confirmando una prevalencia alta en esta población. Además, la dimensión más afectada es ansiedad-insomnio con 56.32% de casos, M=4.02, seguida de depresión con 22.98%, M=3.20, síntomas somáticos con 16.1%, M=2.95 y disfunción social con 4.6%, M=2.27.

5.3. Conclusiones Del Objetivo Específico 3: Determinar La Sobrecarga En Los Cuidadores De Pacientes Con Enfermedades Catastróficas E Incapacitantes, Mediante La Escala De Sobrecarga Del Zarit

- Según la Escala de Zarit, el 63.3 % de los cuidadores informales presenta algún nivel de sobrecarga distribuyéndose en sobrecarga leve con el 45%, siendo estas las puntuaciones de 47-55 y sobrecarga intensa con 18.3% con puntuaciones mayores o igual a 55. Mientras que el 36.7% no presenta sobrecarga con puntuaciones menores o iguales a 47, evidenciando que casi la gran parte de los cuidadores perciben que las demandas del cuidado superan sus recursos de afrontamiento.

6. Recomendaciones

Los autores del proyecto de investigación reconocen las limitaciones encontradas durante la investigación y en función de estas se elaboraron las recomendaciones, por lo tanto, se recomienda lo siguiente:

- Se recomienda realizar estudios longitudinales con el fin de evaluar cómo evoluciona la salud mental de los cuidadores informales a lo largo del tiempo, y así identificar factores protectores y de riesgo.
- Incluir más variables si se llegara a realizar una segunda etapa de este proyecto de investigación, como, la calidad de vida de los cuidadores, hábitos y estilos de vida, entre otras.
- Hacer un estudio con el tamaño de la muestra más amplia, utilizando diferentes técnicas de muestreo probabilístico, con el fin de mejorar la calidad de los resultados.

6.1. Recomendaciones Para El Objetivo Específico 1: Describir Las Características Sociodemográficas De Los Cuidadores De Pacientes Con Enfermedades Catastróficas E Incapacitantes

- Realizar estudios comparativos o correlacionales entre cuidadores formales e informales para identificar el nivel de sobrecarga que perciben ambos grupos de cuidadores.
- Delimitar el tipo de enfermedad de los pacientes que están a cargo de los cuidadores, puesto que el listado de enfermedades es variado.

6.2.Recomendaciones Para El Objetivo Específico 2: Evaluar La Salud Mental Mediante La Prevalencia De Malestar Psicológico Y Las Dimensiones Del GHQ-28

- Investigar si la depresión en los cuidadores de esta muestra se correlaciona con variables como el deterioro funcional del paciente, el tiempo dedicado al cuidado o la

percepción de apoyo social, utilizando diseños correlacionales o longitudinales que superen las limitaciones del presente estudio descriptivo.

- Utilizar instrumentos psicológicos determinados para evaluar una dimensión en específico.

6.3.Recomendaciones Para El Objetivo Específico 3: Determinar La Sobrecarga En Los Cuidadores De Pacientes Con Enfermedades Catastróficas E Incapacitantes, Mediante La Escala De Sobrecarga Del Zarit

- Se sugiere realizar estudios comparativos que analicen si existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles sobrecarga entre cuidadores de pacientes oncológicos, neurológicos, renales y endocrino-metabólicos, ya que este estudio no pudo explorar esas diferencias por el diseño descriptivo y el tamaño muestral.

7. Referencias Bibliográficas

- AARP & la Alianza Nacional para el Cuidado. (2025). *Cuidado de personas en los EE.UU.*
<https://www.aarp.org/content/dam/aarp/ppi/topics/ltss/family-caregiving/caregiving-in-us-2025.doi.10.26419-2fppi.00373.001.pdf>
- Albarracín, A., Cerquera, A., & Pabón, D. (2016). *Escala de sobrecarga del cuidador Zarit: estructura factorial en cuidadores informales de Bucaramanga.* *Revista de Psicología Universidad de Antioquia.*, 8(2), 87-99. <https://doi.org/10.17533/udea.rpsua.v8n2a06>
- Arrogante, O. (2021). *Técnicas de muestreo y cálculo del tamaño muestral: Cómo y cuantos participantes debo seleccionar para mi investigación.* *Enfermería Intensiva*, 33 (2022), 44-47. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2021.03.004>
- Barreda, A., Ames, R., & Limaymanta, C. (2024). *El cuestionario de Salud de Goldberg (GHQ-28): Una revisión sistemática.* *Rev. Psicol*, 14 (1), 35-59.
<https://doi.org/10.36901/dd8yjr19>
- Basurto, T., Vera, M., & Álava, Z. (2020). *Caracterización sociodemográfica de cuidadores y personas con capacidades especiales en Manta, 2018.* *Revista Científica y Arbitrada de Psicología NUNA YACHAY*, 3(5), 11.
<https://publicacionescd.uleam.edu.ec/index.php/nuna-yachay/article/view/17/52>
- Becerra, E., & Villegas, C. (2020). *Prevalencia de depresión en cuidadores primarios de pacientes mayores de 60 años de edad y con alguna dependencia física.* *Rev. CONAMED*. 25 (4), 161-166. <https://dx.doi.org/10.35366/97335>
- Bernaldez, G., Oudhof van, J., Robles, E., & Domínguez, A. (2019). *Narrativas del dolor: factores individuales y contextuales en el trastorno de síntomas somáticos.* *Acta Universitaria*, 29, e2356. <http://doi.org/10.15174.au.2019.2356>
- Breinbauer, H., Vásquez, H., Mayanz, S., Guerra, C., Millán, T. (2009). *Validación en Chile de la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit en sus versiones original y*

abreviada. *Rev. Méd. Chile*, 137(5), 657-665.

<https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000500009>

- Cantillo, C., Perdomo, A., & Ramírez, C. (2022). *Características y experiencias de los cuidadores familiares en el contexto de la salud mental. Rev Peru Med EXP Salud Pública*, 39 (2), 185-92. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2022.392.11111>
- Cañizares, T. (2018). *La aplicación de la normativa sobre enfermedades catastróficas en el Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito, 2017* [Tesis de pregrado, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio Digital UCE. <https://www.dspace.uce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/a58dff7-31e2-4ac5-b0d2-b68897cddb25/content>
- Cardona, D., Segura, A., Berbesí, D., Ordoñez, J., & Agudelo, A. (2011). Características demográficas y sociales del cuidador en adultos mayores. *Investigaciones Andina*, 13(22), 178-193. <https://www.redalyc.org/pdf/2390/239019304007.pdf>
- Carreño, J. (2016). *Consentimiento informado en investigación clínica: un proceso dinámico. Persona y Bioética*, 20 (2), 232- 243. <https://doi.org/10.5294/PEBI.2016.20.2.8>
- Carreño, S., & Chaparro, L. (2016). *Calidad de vida de los cuidadores de personas con enfermedad crónica. Aquichan* 16(4), 447-461. <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/4766/pdf>
- Centro de Investigación Biomédico en Red de Salud Mental [CIBERSAM]. (s.f.). *Ficha técnica del instrumento*. <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=23>
- De Lille, M., Carillo, C., Kuyoc, E., Echeverria, R., & Evia, N. (2024). *Caracterización del Cuidador Primario Formal en Mérida, Yucatán. Revista Ciencia Latina*, 8 (2). https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2.10927
- de personas con parálisis cerebral. *Rehuso*, 9 (1), 11-23. <https://doi.org/10.33936/rehuso>.

- Esquivel, L. (2022). *Insomnio: Conceptos generales y estrategias terapéuticas*. *Rev. Cúpula*, 36 (2), 28-37. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v36n2/art03.pdf>
- Fajardo, E., Soto, A., & Henao, A. (2019). *Sobrecarga del cuidador del adulto mayor en el barrio tierra firma de Ibagué (Colombia)*. *Revista Salud Uninorte*, 35 (2), 264-276. <https://doi.org/10.14482/sun.35.2.618.97>
- Fang, M., Del Ángel, B., Alcántara, A., Aguilar, K., Alonso, Z., Hernández, M., Pérez, A. (2023). *Nivel de sobrecarga del cuidado primario de pacientes renales crónicos hospitalizados*. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7 (3), 5400-5447. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i3.6561
- Ferreras, S., Matos, J., & Brito, P. (2022). *Evaluación del estado de salud mental de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles de la comunidad de El Llano, provincia Pereyá, República Dominicana, durante el período noviembre- diciembre 2013*. *Ciencia y Salud*, 6(1), 87-93. <https://revistas.intec.edu.do/index.php/cisa/article/view/2400/2787>
- Flores, E., Rivas, E., & Sequel, F. (2012). *Niveles de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa*. *Ciencia y Enfermería*. 18 (1), 29-41. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000100004>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (s.f.). *La salud mental en pocas palabras*. <https://www.unicef.org/lac/crianza/seguridad-proteccion/salud-mental-pocas-palabras>
- Galindo, O., Meneses, A., Herrera, A., Cabrera, P., Suchil, L., Rivera, L., & Aguilar, J. (2017). *Propiedades psicométricas del Cuestionario General de Salud de Goldberg-GHQ-28- en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer*. *Psicooncología*, 14 (1), 71-81. <https://doi.org/10.5209/PSIC.55812>

- García, A. (2025). *Sobrecarga del cuidador y funcionamiento ejecutivo en cuidadores primarios*. *Revista Científica de Psicología NUNA YACHAY*, 7(14).
<https://doi.org/10.56124/nuna-yachay.v7i14.029> .
- Garzón, M., Pascual, Y., & Collazo, E. (2018). *Relación entre depresión y características sociodemográficas en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer*. *Rev. Cubana Enfermer*, 34 (1).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000100010&lng=es&tlng=es
- Gómez, T., Morcillo, E., Carballeira, S., Frías, I., Galán, R., Gómez, M., Muñoz, M., Peñaranda, A., Ramos, M., Sánchez, A., Toro, N., & Vico, g. (2024). *Deterioro funcional del paciente anciano hospitalizado*. *Gerokomos*, 35(4).
<https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2024000400002>
- González, M., & Blanco, O. (2024). *Historia, cuidados y género: Discusiones y agendas futuras para la investigación historiográfica*. *Revista de Estudios Sociales*, (89), 179–195. <https://journals.openedition.org/revestudsoc/57067>
- Huaman, J. (2025). *Inteligencia emocional y salud mental en estudiantes del primer grado de secundaria de la Institución Educativa Privada “Avantgard”, Huaura, 2023*.
 Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión.
<https://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14067/10684/TESIS.pdf?>
- Hurtado, J. (2021). *Impacto psicosocial e intervenciones de apoyo para cuidadores informales de personas dependientes en México*. *Psicología Iberoamericana*, 29 (1).
<https://doi.org/10.48102/pi.v29i1.339>
- Instituto Nacional del Cáncer. (s.f.). *Cuidador*.
<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/cuidador>

- Jordán, A., Zavala, M., Bedoya, P., Rodríguez, C., & Barreno, S. (2021). *Salud familiar y psicológica del cuidador primario de adultos mayores dependientes*. *Revista Información Científica*, 100 (5).
<https://revinfeinformica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3463/4872>
- Laguado, E. (2019). *Perfil del cuidador del paciente con Enfermedad Renal Crónica: una revisión de la literatura*. *Enferm Nefrol*, 22(4), 352-59.
<http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842019000400002>
- Macías, K., Vélez, A. (2024). Estado emocional y físico de los cuidadores informales
- Macías, M., Haro, J., Piguave, T., & Carrillo, G. (2024). *Determinantes sociales de la salud y su influencia en la calidad de vida en Ecuador*. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud*. *Salud y Vida*, 8 (16), 155-165.
<https://doi.org/10.35381/s.v.v8i16.4213>
- Marante, E., & Pozo, L. (2018). *Efectividad de intervención educativa en sobrecarga del cuidador de adultos mayores dependientes*. *Rev Cubana Enfermer*, 34 (4).
<http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v34n4/1561-2961-enf-34-04-e1490.pdf>
- Marchena, C., Merma, M., & Rosales, G. (2023). *Propiedad psicométricas de la Escala de Sobrecarga de Zarit en cuidadores formales e informales de personas con esquizofrenia*. *Revista Científica de Psicología*, 12 (2).
<https://doi.org/10.18050/psiquemag.v14i2>
- Martín del Campo, A., Medina, P., Hernández, R., Correa, S., Peralta, S., & Rubí, M. (2019). *Grado de sobrecarga y caracterización de Cuidadores de Personas Adultas Mayores con Diabetes Mellitus tipo 2*. *Enfermería Global*, 18 (56), 57-78.
<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.4.361401>

- Martínez, S. (2020). *Síndrome de sobrecarga del cuidado informal [Carta al director]*. *Ene.vol.14(1)*. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000100018
- Meléndez, I., García, E., Berrios, A., Cabascango, C., & Pérez, A. (2025). *Relación entre el estado emocional y la sobrecarga en cuidadores de personas con discapacidad*. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 71 (1). <https://doi.org/10.4321/s0465-546x2025000100001>
- Meléndez, I., García, E., Berrios, A., Cabascango, C., & Pérez, A. (2025). *Relación entre el Estado Emocional y la Sobrecarga en cuidadores de Personas con Discapacidad*. *Med Segur Trab*, 71 (278), 6-9. <https://doi.org/10.4321/s0465-546x2025000100001>
- Ministerio del Trabajo (s.f.). *Dirección de Grupos de Atención Prioritaria*. <https://www.trabajo.gob.ec/direccion-de-grupos-de-atencion-prioritaria/>
- Ministerio del Trabajo (s.f.). *Dirección de Grupos de Atención Prioritaria*. <https://www.trabajo.gob.ec/direccion-de-grupos-de-atencion-prioritaria/>
- Oh, E., Moon, S., Chung, D., Choi, R., & Hong, G.-R. S. (2024). *The moderating effect of care time on care-related characteristics and caregiver burden: Differences between formal and informal caregivers of dependent older adults*. *Frontiers in Public Health*, 12, Article 1354263. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1354263>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Estrés*. <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/stress>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *Salud mental*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Constitución*.

<https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

Organización Panamericana de la Salud & Banco Interamericano de Desarrollo. (2023). *La situación de los cuidados a largo plazo en América Latina y el Caribe*.

<https://doi.org/10.37774/9789275326879>

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Salud Mental*.

<https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>

Pan, Y., & Lin, Y. (2022). *Systematic review and meta-analysis of prevalence of depression among caregivers of cancer patients. Frontiers in Psychiatry, 13, Article 817936*.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.817936>

Piñero, I., Rodríguez, S., Albeite, A., Freire, C., & Ferradás, M. (2017). *Sobrecarga y salud percibida en cuidadores informales de pacientes con enfermedad mental. European Journal of Health Research, 3(3), 185-196*. doi: 10.30552/ejhr.v3i3.75

Piñero, I., Rodríguez, S., Albite, A., Freire, C., Ferradás, M. (2017). *Sobrecarga y salud percibida en cuidadores informales de pacientes con enfermedad mental. European Journal of Health Research, 3(3), 185-196*. <https://doi.org/10.30552/ejhr.v3i3.75>

Quezada, M., & Bascones, L. (2020). *El cuidado de las personas vulnerables a lo largo de la historia. Sobre ruedas, 105, 6-10*.

https://siidon.guttmann.com/files/sr106_quezada_bascones_cuidado.pdf

Ramírez, R., Figuerola, R., Luna, D., Montiel, M. (2023). *Propiedades psicométricas de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit en cuidadores de pacientes con enfermedad renal crónica. Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 15 (1), 107-120*.

<https://revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.udg.mx/index.php/RMIP/article/view/614/679>

- Regalado, M., & Sánchez, M. (2018). *Caracterización sociodemográfica a cuidadores, personas con discapacidad y familias*. *Revista Científica y Arbitrada de Psicología NUNA YACHAY*, 1 (2), 29. <https://publicacionescd.uleam.edu.ec/index.php/nuna-yachay/article/view/112/222>
- Rodríguez, J., Valencia, C., Gonzales, S., & Muñoz, K. (2018). *Carga de cuidado en cuidadores de personas con enfermedad crónica pertenecientes a un programa de hospitalización en casa (Manizales, Colombia)*, 18 (2), 313-23. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/980612/6carga-de-cuidado.pdf>
- Salazar, M., Garza, E., García, S., Juárez, P., Herrera, J., & Duran, T. (2019). *Funcionamiento familiar, sobrecarga y calidad de vida del cuidador del adulto mayor con dependencia funcional*. *Enfermería Universitaria*, 16 (4). <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.615>
- Sallim, A., Sayampanathan, A., Cuttilan, A., & Ho, R. (2015). *Prevalence of mental health disorders among caregivers of patients with Alzheimer disease*. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16 (12), 1034-1041. [10.1016/j.jamda.2015.09.007](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.09.007)
- Sánchez, H., Mejía, K. (2020). *Investigaciones en salud mental en condiciones de pandemia por el COVID-19*. Universidad Ricardo Palma. <https://repositorio.urp.edu.pe/entities/publication/079eb57c-41c7-4cca-b02e-05866831db08>
- Sharma, N., Chakrabarti, S., & Grover, S. (2016). *Gender differences in caregiving among family-caregivers of people with mental illnesses*. *World Journal of Psychiatry*, 6(1), 7-17. <https://doi.org/10.5498/wjpv.6.i1.7>
- Shayan, Z., Pourmovahed, Z., Najafipour, F., Mohammad, A., Mohebpour, F., & Najafipour, S. (2015). *Factor structure of the General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) from*

- infertile women attending the Yazd Research and Clinical Center for Infertility. Int J Reprod Biomed.* 13 (2), 801-808. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4827513/>
- Soh, Xun., Hartanto, A., Ling, N., Reyes, M., Sim, L., & Majeed, N. (2025). *Prevalence of depression, anxiety, burden, burnout, and stress in informal caregivers: An umbrella review og meta-analyses. Archives of Gerontology and Geriatrics Plus*, 2 (3), Article 100197. <https://doi.org/10.1016/j.aggp.2025.100197>
- Soriano, I., Castrejón, R., Ávila, L., León, M., Albavera, C., Medina, C., & Espín, E. (2022). *Sobrecarga del cuidador primario de pacientes con cáncer terminal. Aten Fam.* 29 (2), 85-90. <https://doi.org/10.22201/fm.14058871p.2022.2.82030>
- Swissinfo.ch. (2025). *La enfermedad renal crónica es la novena causa principal de muerte en el mundo.* <https://www.swissinfo.ch/spa/la-enfermedad-renal-cr%C3%B3nica-es-la-novena-causa-principal-de-muerte-en-el-mundo/90299757>
- Tartaglini, M., Felberg, C., Hermida, P., Heisecke, S., Dillon, C., Ofman, S., Nuñez, M., & Somle, V. (2020). *Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit: análisis de sus propiedades psicométricas en cuidadores familiares residentes en Buenos Aires, Argentina. Neurología Argentina* 12 (1), 27-35. <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-pdf-S1853002819300862>
- Tobar, F., Bürgin, M., Hamilto, G., Lifschitz, E y Yjiliof, R. (2014). *Respuestas a las enfermedades catastróficas.* Buenos Aires: CIPPEC. https://www.fsg.com.ar/facebook/ediciones_pdf/201507-enfermedades-catastroficas.pdf
- Tripodoro, V., Velosa, V., Llanos V., & Nastasi, R. (2015). *Evaluación de la sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos con la escala de Zarit en el Instituto Lanari.* <https://www.aacademica.org/000-061/265>

- Urbina, J., Flores, J., García, M. Torres, L., & Torrubias, R. (2007). Síntomas depresivos en personas mayores: Prevalencia y factores asociados. *Gaceta Sanitaria*, 21(1).
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000100008v9i1.6029
- Valencia, M, Meza, G., Pérez, I., Cortes, N., Hernández, J., Hernández, P., Juárez, K., Chino, B., & Romero, M. (2017). *Factores que intervienen en la sobrecarga del cuidador primario del paciente con cáncer. Revista de Calidad Asistencial*, 33(4), 221-225.
DOI: [10.1016/j.cali.2016.11.003](https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.11.003)
- Villa, R. (2018). *Las enfermedades catastróficas y el derecho a la vida y el trabajo* [Tesis de maestría, Universidad Regional Autónoma de Los Andes].
<https://www.dspace.uce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/a58dfc7-31e2-4ac5-b0d2-b68897cd25/content>
- Wassie, L., Azagw, A., & Bifftu, B. (2022). *Depression and its associated factors among primary caregivers of adult cancer patients at Northwest Amhara Regional States Referrals Hospitals oncology treatment units, Northwesr Ethiopia, 2021. Rev. BMC Psychiatry*, 22 (533). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04182-w>
- Yao, H., Li, K., Li, C, Shuanghu., Huang,Z., Chen,J., & Xu,Y. (2024). Caregiving burden, depression, and anxiety in informal caregivers of people with mental illness in China: a cross-sectional survey. *BMC Psychiatry* 24(824). <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06239-4>

8. Anexos

Anexo A. Consentimiento Informado

PARTE I: INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE/REPRESENTANTE LEGAL

A. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN						
Caracterización de la salud mental en cuidadores de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes. Manta 2025.						
B. NOMBRE DE INVESTIGADOR PRINCIPAL Y DATOS DE CONTACTO						
Nombres completos:	Jhon Jairo Burbano Acosta	Cedula:	1720953908			
Teléfono:	0968792014	Correo electrónico:	e1720953908@live.uileam.edu.ec			
Nombre de la institución a la cual se encuentra suscrito el investigador (SI APLICA): Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí						
C. NOMBRE DEL PATROCINADOR Y DATOS DEL CONTACTO (SI APLICA)						
Nombres completos:	NO APLICA	Cedula:	NO APLICA			
Teléfono:	NO APLICA	Correo electrónico:	NO APLICA			
D. NOMBRE DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS QUE EVALUÓ Y APROBÓ EL ESTUDIO Y DATOS DEL CONTACTO						
Nombres completos:	Od. Juan Manuel Sierra Zambrano, Esp.	Cedula:	1310374119			
Teléfono:	0989693757	Correo electrónico:	comiteeticainvestigacion@uleam.edu.ec			
Nombre del comité: Comité de ética e investigación en seres humanos de la universidad laica Eloy Alfaro de Manabí (CEISH-ULEAM)						
E. NOMBRE DEL CENTRO O ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN						
NO APLICA						
F. INTRODUCCIÓN						
La presente investigación se centrará en caracterizar la salud mental de los cuidadores de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes de la ciudad de Manta.						
G. PROPÓSITO DEL ESTUDIO						
Objetivo general						
1. Caracterizar la salud mental de los cuidadores informales de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes en Manta durante el año 2025.						
Objetivos específicos						
2. Describir las características sociodemográficas de los cuidadores de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes.						
3. Evaluar la salud mental mediante la prevalencia de malestar psicológico y las dimensiones del GHQ-28.						
4. Determinar la sobrecarga en los cuidadores de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes, mediante la escala del Zarit.						
H. PROCEDIMIENTOS POR REALIZAR						
No.	Actividad	Objetivo del proyecto con el que se vincula la actividad	Justificación del motivo	Lugar de ejecución	Responsable	Tiempo de duración
1	Socialización del proyecto.	Caracterizar la salud mental en cuidadores informales de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes en Manta durante el año 2025	Favorece la participación voluntaria de los cuidadores, garantizando que comprendan los objetivos y alcances del estudio.	Lugar donde decide el participante realizar el proceso.	Jhon Jairo Burbano Acosta y Neiser Santana Alonzo	Periodo 2025-2
2	Aplicación del consentimiento informado.	Caracterizar la salud mental en cuidadores informales de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes en Manta durante el año 2025	Asegura la ética de la investigación mediante la aceptación libre e informada de los participantes.	Lugar donde decide el participante realizar el proceso.	Jhon Jairo Burbano Acosta y Neiser Santana Alonzo	Periodo 2025-2
3	Aplicación de la ficha sociodemográfica.	Describir las características sociodemográficas de los cuidadores de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes.	Permite recolectar información cuantitativa sobre el estado emocional y social de los cuidadores, así como las características que influyen en su salud mental.	Lugar donde decide el participante realizar el proceso.	Jhon Jairo Burbano Acosta y Neiser Santana Alonzo	Periodo 2025-2
4	Aplicación de instrumento: GHQ-28.	Evaluar la salud mental mediante la prevalencia de malestar psicológico y las dimensiones del GHQ-28.	Permite recolectar información cuantitativa sobre el estado emocional y social de los cuidadores, así como las características que influyen en su salud mental.	Lugar donde decide el participante realizar el proceso.	Jhon Jairo Burbano Acosta y Neiser Santana Alonzo	Periodo 2025-2
5	Aplicación de la Escala de sobrecarga del cuidador Zarit.	Determinar la sobrecarga en los cuidadores de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes, mediante la escala del Zarit.	Permite recolectar información cuantitativa sobre el estado emocional y social de los cuidadores, así como las características que influyen en su salud mental.	Lugar donde decide el participante realizar el proceso.	Jhon Jairo Burbano Acosta y Neiser Santana Alonzo	Periodo 2025-2
I. BENEFICIOS DE LA PARTICIPACIÓN Y FORMA DE SOCIALIZAR LOS RESULTADOS						
1. Oportunidad para reflexionar sobre su propio estado mental.						
2. Sentir que su labor y sus desafíos son reconocidos y valorados.						
3. Posible detección temprana de problemas de salud mental que puedan requerir atención profesional.						
4. Aportar al conocimiento científico, lo que puede ayudar a desarrollar mejores programas de apoyo para futuros cuidadores.						
J. RIESGOS FISICOS Y PSICOLOGICOS A CORTO Y LARGO PLAZO DE LA PARTICIPACIÓN Y FORMAS DE MITIGARLOS						
Riesgos			Forma de mitigarlos			
1. No hay riesgos en participar.						
K. COSTOS Y COMPENSACIÓN						
1. El participante/representante legal NO pagará por nada de lo que se realizara en el proceso.						
2. El participante/representante legal NO recibirá ninguna compensación por su participación.						
L. MECANISMOS PARA RESGUARDAR LA CONFIDENCIALIDAD DE DATOS						
1. Durante el desarrollo de la investigación la información obtenida; será entregada a la/el investigadora/or principal previamente ANONIMIZADOS .						
2. Al finalizar la investigación la información obtenida; será eliminada al cabo de 3 meses de entregado el producto final						

PARTE II: CONSENTIMIENTO INFORMADO

A. DECLARATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO		
Yo, en calidad de participante/representante legal del participante declaro que:	SI	NO
1. He leído el consentimiento informado.		
2. Han respondido a todas mis preguntas.		
3. Entiendo los riesgos y beneficios de participar.		
4. Entiendo que firmar este documento, NO implica renunciar a ninguno de los derechos que por ley me corresponden.		
5. He sido informado de todos y cada uno de los procedimientos que se realizarán para la ejecución de la investigación		
6. He sido informado que los cuestionarios y en general cualquier registro que contenga sus datos será resguardado en un sitio seguro.		
7. He sido informado que los resultados podrán ser publicados en revistas científicas u otros medios bibliográficos o pueden ser presentados en reuniones o eventos con fines académicos manteniendo el anonimato de estos sin revelar mi nombre o datos de identificación.		
8. He sido informado que al finalizar la investigación la información obtenida; será eliminada al cabo de 3 meses de entregado el producto final.		
9. He sido informado que los datos recolectados durante el proceso están sujetos a una política de estricta confidencialidad y que, por lo tanto, no puede ser divulgados a terceras personas sin nuestro consentimiento expreso. He sido informado que en el caso de que el investigador sea ordenado judicialmente o el mismo identifique situaciones que puedan representar un riesgo muy grave para mi persona o mi representado legal en su defecto, el investigador entregara solo la información pertinente del asunto en cuestión a las entidades acertadas, manteniendo la confidencialidad de cualquier otra información.		
10. Me será entregada una copia, una vez suscrito este documento.		
11. Mi participación es voluntaria, por lo que tengo el DERECHO de retirar mi consentimiento en cualquier momento.		
12. Consiento voluntariamente mi participación o la de mi representado en el estudio.		

	Firma/Huella	Firma/Huella	Firma/Huella
Denominación	Firma participante/ representante legal	Firma testigo #1	Firma testigo #2
Nombres completos:			
Cédula:			
Correo electrónico:			
Teléfono:			
Dirección:			
Lugar y fecha:			

B. DECLARATORIA DE REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO			
Yo, en calidad de participante/representante legal del participante declaro que pese a haber aceptado previamente mi participación en la investigación en mención, revoco mi autorización, implicando que los datos o muestras biológicas obtenidos del participante serán eliminados y no podrán utilizarse para ningún fin investigativo. Esta revocatoria no causará penalidad o impacto alguno en la atención en salud que por ley le corresponde al participante.			

	Firma/Huella	Firma/Huella	Firma/Huella
Denominación	Firma participante/ representante legal	Firma testigo #1	Firma testigo #2
Nombres completos:			
Cédula:			
Correo electrónico:			
Teléfono:			
Dirección:			
Lugar y fecha:			

Anexo B. Cuestionario General De Salud (GHQ-28)



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG -GHQ28-

Población diana: Población general. Sugerido para la valoración de la salud mental. También sugerido para cuidadores. Su respuesta debe abarcar las últimas semanas. Se trata de un cuestionario **autoadministrado** de 28 ítems divididas en 4 subescalas: A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfunción social) y D (depresión grave).

Como instrumento sugerido para detectar problemas de nueva aparición. La puntuación (GHQ) se realiza asignando los valores 0, 0, 1, 1 a las respuestas de los ítems. El punto de corte para GHQ se sitúa en 5/6 (no caso/caso).

Como instrumento sugerido para identificar problemas crónicos. La puntuación (CGHQ) se realiza asignando los valores 0, 1, 1, 1 a las respuestas de los ítems. El punto de corte para CGHQ se sitúa en 12/13 (no caso/caso).

Subescalas	Puntuación GHQ	Puntuación CGHQ
A. Síntomas somáticos		
B. Ansiedad-Insomnio		
C. Disfunción social		
D. Depresión		
PUNTUACIÓN TOTAL		

Bibliografía

- Goldberg DP. The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire. London. Oxford University Press. 1972.
- Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological Medicine 1979;9:139-145.
- Goodchild ME, Duncan-Jones P. Chronicity and the General Health Questionnaire. British Journal of Psychiatry 1985;146:55-61.
- Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. Psychological Medicine 1986;16:135-140.
- Muñoz PE, Vázquez-Barquero JL, Rodríguez F, Pastrana E, Varo J. Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ) de D.P. Goldberg. Archivos de Neurobiología 1979;42:139-158.

Cuestionario de Salud General De Goldberg -GHQ28-

Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante intente contestar TODAS las preguntas. Muchas gracias.

EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS:

A	B
A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?
<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?	B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?	B.4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?	B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?	B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	B.7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.



C	D
C.1. Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	D.1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?
<input type="checkbox"/> Más activo que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?
<input type="checkbox"/> Menos tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?
<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?
<input type="checkbox"/> Más satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?
<input type="checkbox"/> Más útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual de útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?
<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?
<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, no
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> Me parece que no
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Se me ha cruzado por la mente
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, lo he pensado

Anexo C. Escala De Sobrecarga Zarit



Test sobre la carga del cuidador (Zarit y Zarit)

A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

Puntuación:

0-Nunca 1-Rara vez 2-Algunas veces 3-Bastantes veces 4-Casi siempre

	Preguntas	Respuestas				
		0	1	2	3	4
1	¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para ud.?					
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8	¿Piensa que su familiar depende de Ud.?					
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?					
12	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?					
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?					
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su					
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?					
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22	Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					

Total:



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriátría.



Continúa al reverso

Anexo D. Ficha Sociodemográfica



Facultad de Ciencias de la Salud
Carrera de Psicología

Ficha Sociodemográfica del Cuidador Informal

Datos Generales

1. **Sexo:**
 - Masculino
 - Femenino
2. **Edad:**
 - 18-40 años
 - 40-60
 - 61+
3. **Estado civil**
 - Soltero/a
 - Casado/a
 - Viudo/a
 - Divorciado/a
 - Separado/a
4. **Nivel de instrucción**
 - Ninguno
 - Inicial
 - General básica
 - Bachillerato
 - Bachillerato incompleto
 - Educación superior
5. **Religión**
 - Católica
 - Cristiana
 - Testigo de jehová
 - Mormón
 - Otro:
6. **Condición de la persona cuidada:**
 - Enfermedades Oncológicas.
 - Enfermedades Renales.
 - Enfermedades Endócrino-Metabólicas (diabetes con complicaciones, obesidad, entre otras).
 - Enfermedades Neurológicas y del Neurodesarrollo.
7. **Situación Laboral del cuidador**
 - Empleado (a)
 - Trabajo informal / autónomo
 - Desempleado (a)
 - No realiza ninguna actividad remunerada actualmente.
8. **Ingreso mensual aproximado del hogar:**
 - Menos de \$200
 - \$200-\$400
 - \$401-\$600
 - Más de 600
9. **¿Con quién vive? (puede marcar varias):**
 - Solo(a)
 - Con la persona que cuida
 - Con hijos/as
 - Con cónyuge o pareja
 - Otros Familiares

Av. Circunvalación Vía a San Mateo
www.uleam.edu.ec

UleamEcuador

Uleam



10. Parentesco o vínculo con la persona cuidada:

- Padre/Madre
- Hijo (a)
- Cónyuge/ pareja
- Hermano (a)
- Vecino cercano
- Otro Familiar (tío/a, primo/a, sobrino/a, etc.)

11. Tiempo que lleva desempeñando el rol de cuidador:

- Menos de 1 año
- 1 a 3 años
- 4 a 5 años
- Más de 5 años

12. Tipo de actividades de cuidado que realiza.

- Actividades básicas de la vida diaria (Alimentación, Higiene Personal, Movilización)
- Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Administración de medicamentos, gestión de trámites y acompañamiento a citas médicas)
- Todas las anteriores

13. Promedio de horas diarias dedicadas al cuidado:

- 3 a 4 horas
- 5 a 6 horas
- 7 a 9 horas
- 10 horas a más

14. ¿Posee formación profesional o técnica en el área de salud (enfermería, medicina, auxiliar de enfermería, etc.)?

- Si
- No

Anexo E. Matriz De Resultados En Excel (Ficha Sociodemográfica, GHQ-28 Y Escala Del Zarit)

This screenshot shows the first 47 rows of an Excel spreadsheet. The columns include: ID, NOMBRE, SEXO, EDAD, NIVEL DE EDUCACION, RELIGION, CONDICION, TIPO DE ENTORNO, EDAD DEL PACIENTE, SITUACION LABORAL, REGISTRO MEDICO, PARQUE DE ESTACION GUAYMA, TIEMPO, and TIPO DE AFE. The data is organized into a table with alternating row colors (white and light blue). The bottom of the spreadsheet shows the sheet name 'FICHA SOCIODEMOGRAFICA' and the workbook name 'ZARIT GHQ28'.

This screenshot shows the GHQ-28 questionnaire results for the 47 patients. The columns represent the 28 items of the GHQ-28 scale, labeled from A to Z. Each cell contains a numerical score from 0 to 4. The data is organized into a table with alternating row colors. The bottom of the spreadsheet shows the sheet name 'FICHA SOCIODEMOGRAFICA' and the workbook name 'ZARIT GHQ28'.

This screenshot shows the Zarit Burden Interview (ZBI) results for the 47 patients. The columns represent the 12 items of the ZBI scale, labeled from A to L. Each cell contains a numerical score from 0 to 4. The data is organized into a table with alternating row colors. The bottom of the spreadsheet shows the sheet name 'FICHA SOCIODEMOGRAFICA' and the workbook name 'ZARIT GHQ28'.

Anexo F. Forms (Ficha Sociodemográfica, GHQ-28 Y Escala Del Zarit)

Forms FICHA SOCIODEMOGRÁFICA (CUIDADOR INFORMAL) - Guardado

← Volver a las preguntas

Información general sobre respuestas Activo

Respuestas: **60**

Tiempo promedio: **02:56**

Duración: **11** Días

1. CÓDIGO Más detalles

60 Respuestas

Respuestas más recientes

- "P66"
- "P65"
- "P64"
- ...

1 encuestados (2%) respondieron P62 para esta pregunta. Actualizar

P32 P46 P04 P01 P38 P52 P40 P31 P43 P51 P48 P62 P59 P50 P63 P36

Conclusiones y acciones

Analice y explore los resultados actualizados en Excel.

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA... SANTANA ALONZO NEISER JAVIER

Comprobar resultados individuales

Forms Resultados del Cuestionario de Salud GHQ-28 - Guardado

← Volver a las preguntas

Información general sobre respuestas Activo

Respuestas: **60**

Puntuación media: **0**

Tiempo promedio: **01:56**

1. CÓDIGO (0 punto) Más detalles

60 Respuestas

Respuestas más recientes

- "P34"
- "P33"
- "P32"
- ...

2 encuestados (3%) respondieron P01 para esta pregunta. Actualizar

P04 P12 P05 P24 P13 P25 P14 P11 P20 P23 P30 P01 P29 P31 P17 P16

Conclusiones y acciones

Analice y explore los resultados actualizados en Excel.

Resultados del Cuestionari... SANTANA ALONZO NEISER JAVIER

Revisar respuestas

Publicar puntuaciones

Forms Resultados del Test sobre la carga del cuidador (Zarit y Zarit) - Guardado

← Volver a las preguntas

Información general sobre respuestas Activo

Respuestas: **60**

Tiempo promedio: **05:15**

Duración: **28** Días

1. Código Más detalles

60 Respuestas

Respuestas más recientes

- "P66"
- "P65"
- "P64"
- ...

1 encuestados (2%) respondieron P66 para esta pregunta. Actualizar

P32 P37 P25 P29 P39 P48 P40 P31 P43 P55 P62 P66 P59 P52 P63 P36

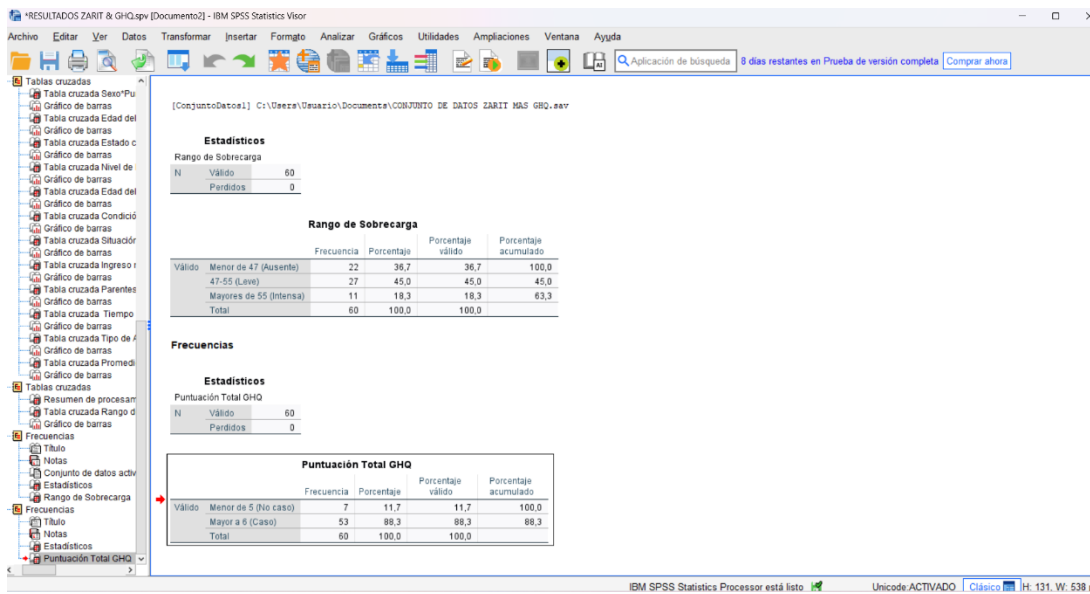
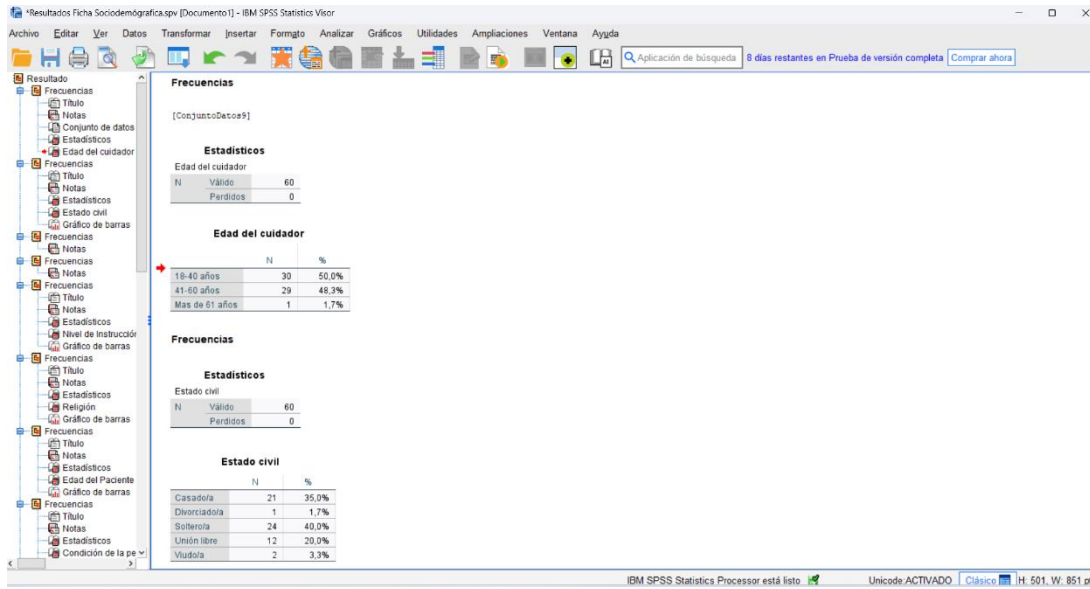
Conclusiones y acciones

Analice y explore los resultados actualizados en Excel.

Resultados del Test sobre l... SANTANA ALONZO NEISER JAVIER

Comprobar resultados individuales

Anexo G. Análisis Mediante SPSS 26 (Ficha Sociodemográfica, GHQ-28 Y Escala Del Zarit)



Anexo H. Carta De Aprobación Definitiva- Estudios Observacionales/De Intervención



Ministerio de Salud Pública
 Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud
 Dirección Nacional de Investigación en Salud

ANEXO 13. Formato de carta de aprobación definitiva- estudios observacionales/de intervención

Oficio circular No. 0446-CEISH-JMSZ-2025
 Manta, 01 de septiembre de 2025

Sr.
Jhon Jairo Burbano Acosta
 Investigador principal
 Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

ASUNTO: REVISIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN OBSERVACIONAL

Por medio de la presente y una vez que el protocolo de investigación presentado por el Sr. **Jhon Jairo Burbano Acosta**, que titula “**Caracterización de la Salud Mental en cuidadores de pacientes con enfermedades catastróficas e incapacitantes. Manta, 2025**” ha ingresado al Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, con fecha **29/07/2025, versión No. 1**, y cuyo código asignado es **CEISH-Uleam_0365**, luego de haber sido revisado y evaluado, dicho proyecto está **APROBADO** para su ejecución en la **Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí** al cumplir con todos los requerimientos éticos, metodológicos y jurídicos establecidos por el reglamento vigente para tal efecto.

Como respaldo de lo indicado, reposan en los archivos del CEISH-Uleam, tanto los requisitos presentados por el investigador, así como también los formularios empleados por el comité para la evaluación del mencionado estudio.

En tal virtud, los documentos aprobados sumillado del CEISH-Uleam que se adjuntan en físico al presente informe son los siguientes:

Nro.	Nombre del documento	Nro. de versión	Nro. de hojas	Fecha de aprobación
1	Anexo 1. Solicitud de evaluación de protocolos de investigación Observacionales y de Intervención	1	1	01/09/2025
2	Anexo 2. Formulario para la presentación del protocolo	1	20	01/09/2025
3	Anexo 3. Consentimiento y/o asentimiento informado	1	2	01/09/2025
4	Anexo 4. Formato de confidencialidad de los investigadores	1	2	01/09/2025
5	Anexo 5. Declaración de tener o no conflicto de interés	1	1	01/09/2025
6	Anexo 6. Hoja de vida de los investigadores	1	5	01/09/2025
7	Anexo 7. Carta de interés institucional	1	1	01/09/2025
8	Anexo 8. Declaración de responsabilidad del investigador principal	1	2	01/09/2025
9	Anexo 9. Instrumentos de recolección de datos	1	8	01/09/2025

Cabe indicar que la información de los requisitos presentados es de responsabilidad exclusiva del investigador, quien asume la veracidad, originalidad y autoría de los mismos.

Así también se recuerda las obligaciones que el investigador principal y su equipo deben cumplir durante y después de la ejecución del proyecto en el **Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí**:

- Informar al CEISH-Uleam la fecha de inicio y culminación de la investigación.
- Presentar a este comité informes periódicos del avance de ejecución del proyecto, según lo estime el CEISH- Uleam.
- Cumplir todas las actividades que le corresponden como investigador principal, así como las descritas en el protocolo con sus tiempos de ejecución, según el cronograma establecido en dicho



Ministerio de Salud Pública
Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud
Dirección Nacional de Investigación en Salud

proyecto, vigilando y respetando siempre los aspectos éticos, metodológicos y jurídicos aprobados en el mismo.

- Aplicar el consentimiento informado a todos los participantes, respetando el proceso definido en el protocolo y el formato aprobado.
- Al finalizar la investigación, entregar al CEISH- Uleam el informe final del proyecto.


Atentamente,



Juan Manuel Sierra
Zambrano
Time Stamping
Security Data

**Od. Juan Manuel Sierra
Zambrano, Esp.
Presidente CEISH-Uleam**

Anexo I. Certificado de plagio




CERTIFICADO DE ANÁLISIS
 magister

TESIS COMPLETA BURBANO-SANTANA

8%

Textos sospechosos



3% Similitudes
< 1% similitudes entre comillas
< 1% entre las fuentes mencionadas

4% Idiomas no reconocidos

7% Textos potencialmente generados por la IA (ignorado)

Nombre del documento: TESIS COMPLETA BURBANO-SANTANA.pdf

ID del documento: 1e78ceace14dbf35d7720a30480609f61449dac

Tamaño del documento original: 5,1 MB

Depositante: ZOILA ALAVA VASQUEZ

Fecha de depósito: 28/1/2026

Tipo de carga: interface

fecha de fin de análisis: 28/1/2026









Número de palabras: 19.108

Número de caracteres: 144.617







Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas






Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	 132.248.9.195 Frecuencia de factores asociados a disfunción familiar en cuidado... http://132.248.9.195/ptd2015/marzo/0726706/Index.html 1 fuente similar	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (109 palabras)
2	 doi.org Propiedades Psicométricas de la Escala de Sobrecarga de Zarit en cuidad... https://doi.org/10.18050/psique.mag.v12i2.2389 1 fuente similar	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (98 palabras)
3	 www.academia.edu Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit: análisis de sus ... https://www.academia.edu/89788289/Escala_de_sobrecarga_del_cuidador_de_Zarit_análisis... 1 fuente similar	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (85 palabras)
4	 www.elsevier.es Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit: análisis de sus pro... https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-articulo-escala-sobrecarga-del-c... 2 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (77 palabras)
5	 doi.org Escala de sobrecarga del cuidador Zarit: estructura factorial en cuidador... https://doi.org/10.17533/udea.rpsua.v8n2a06 1 fuente similar	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (63 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	 repositorio.ucv.edu.pe https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/76460/Manrique_AVL-Torres...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (32 palabras)
2	 www.viguera.com https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0503/503_0119_0124.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (32 palabras)
3	 dx.doi.org Grado de Sobrecarga y Caracterización de Cuidadores de Personas A... http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.4.361401	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (29 palabras)
4	 doi.org Funcionamiento familiar, sobrecarga y calidad de vida del cuidador del a... https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.615	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (28 palabras)
5	 hdl.handle.net FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA SOBRECARGA DEL CUIDAD... https://hdl.handle.net/20.500.14138/7321	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (28 palabras)

Fuentes mencionadas (sin similitudes detectadas)

Estas fuentes han sido citadas en el documento sin encontrar similitudes.

- 1  <https://www.aarp.org/content/dam/aarp/ppi/topics/lts/family-caregiving/caregiving>
- 2  <https://doi.org/10.11016/j.enfi.2021.03.004>
- 3  <https://doi.org/10.36901/dd8yj19>
- 4  <https://publicacionescd.uleam.edu.ec/index.php/nuna-yachay/article/view/17/52>
- 5  <https://dx.doi.org/10.35366/97335>