

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana Programa Profesional de Medicina Humana



**“ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS AL GRADO DE
SOBRECARGA EN EL FAMILIAR CUIDADOR DEL PACIENTE
CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA ESTADIO 5, EN
TERAPIA DE SUSTITUCIÓN RENAL DE LA RED ASISTENCIAL
– ESSALUD – PUNO - 2015.”**

*Tesis Presentada Por el Bachiller en
Medicina humana:*

José Paul Martínez Ruelas

Para Optar El Título Profesional De

Médico Cirujano.

Arequipa – Perú

2015

DEDICATORIA

A Dios, quien siempre está a mi lado en cada despertar y en cada atardecer.

A mi Mamá, Cristina, por su amor y apoyo incondicional en cada paso de mi vida

A mi Papá, Pastor (+) quien me enseñó el poder de la fuerza de voluntad

A mis maestros, y amigos que me enseñaron algo más que solo conocimientos, Sabiduría

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	iv
ABSTRACT	iv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	3
CAPÍTULO II RESULTADOS	7
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	22
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	27
BIBLIOGRAFÍA	30
ANEXOS	34
Anexo 1 Proyecto de Investigación	35
Anexo 2: Consentimiento informado	76
Ficha de recolección de datos	77
Test de sobrecarga de Zarit	78
Escala de ansiedad de Hamilton	79

RESUMEN

Objetivo: Determinar los niveles de ansiedad y los factores asociados, al grado de sobrecarga en el familiar cuidador del pacientes con insuficiencia renal crónica en estadio 5 que reciben terapia de sustitución renal en la red asistencial Essalud – Puno. **Métodos:** Estudio descriptivo y transversal, se midieron el grado de sobrecarga del cuidador utilizando el test de Zarit y la ansiedad mediante el test de Hamilton. Se utilizó estadística descriptiva con distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y de dispersión para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. La comparación de variables categóricas entre grupos independientes se realizará con la prueba chi cuadrado.

Resultados: se evaluó a 112 familiares cuidadores, de los cuales el 73.21% fueron mujeres. La media de edad en los cuidadores fue 42.92 ± 17.19 años, el grupo etáreo predominante fue el de 18 a 35 años (43.75%), la edad promedio en mujeres fue 44.75 ± 16.5 años y en varones 38.18 ± 18.5 años siendo la diferencia de edades significativa. ($p=0.0291$); El 42.86% fueron conyugues y el 41.07% hijos, con un grado de instrucción superior (63.39%), con ingresos menores a 1500 soles (73.21%), que lleva más de 3 años cuidando a su familiar (58.04%); y recibe el apoyo de otros familiares 62.50%; El 42.76% presentan enfermedades como hipertensión arterial, artritis reumatoide y diabetes mellitus tipo 2 entre otras, de los cuales solo el 29.46% cumplen con el tratamiento médico. En el estudio el 59.83% de cuidadores presentan ansiedad, siendo el 33.04% moderado a grave. La sobrecarga encontrada fue del 42.86%, siendo intensa en un 25%. Los factores asociados a la sobrecarga fueron la edad mayor de 40 años ($p = 0.02$). Ser conyugue con sobrecarga intensa (17.86%) ($p = 0.003$). La falta de apoyo en el cuidado, ingresos económicos menores a 1500 soles y un nivel de ansiedad moderado a grave ($p < 0.05$).

Conclusiones: La ansiedad es alta en esta población, con una sobrecarga intensa en la cuarta parte de los familiares cuidadores, asociada a un rango de edad preferente entre los 51 y 65 años; ser conyugue; presentar enfermedad en tratamiento, no contar con apoyo, ingresos económicos menores a 1500 soles aproximadamente y un nivel de ansiedad moderado a grave .

PALABRAS CLAVE: ansiedad - sobrecarga – familiar cuidador.

ABSTRACT

Objective: To determine the levels of anxiety and associated factors, the degree of overload on the family caregiver of patients with chronic kidney disease stage 5 who receive renal replacement therapy in Essalud care network - Puno.

Methods: This cross-sectional study, the degree of caregiver burden using the Zarit test and test anxiety by Hamilton were measured. Descriptive statistics were used with frequency distribution, measures of central tendency and dispersion for continuous variables; Categorical variables are presented as proportions. The comparison of categorical variables between independent groups was performed with the chi square test.

Results: 112 family caregivers, of which 73.21% were women was evaluated. The mean age was 42.92 ± 17.19 years, the predominant age group was 18-35 years (43.75%), the average age of women was 44.75 ± 16.5 years and 18.5 ± 38.18 years male being the difference significant ages. ($P = 0.0291$); The spouses were 42.86% and 41.07% children with a degree of higher education (63.39%), earning less than 1,500 soles (73.21%), which has been over 3 years caring for her family (58.04%); and supported by other relatives 62.50%; The 42.76% with diseases such as hypertension, rheumatoid arthritis and type 2 diabetes mellitus among others, of which only 29.46% compliance with medical treatment. In the study, 59.83% of caregivers experience anxiety, being 33.04% moderate to severe. The overload was found 42.86%, and severe in 25%. Factors associated with overload were age 40 years ($p = 0.02$). Being spouse with intense overload (17.86%) ($p = 0.003$). The lack of support in the care, lower income to 1500 soles and a level of moderate to severe anxiety ($p < 0.05$).

Conclusions: Anxiety is high in this population, with a greater burden on the fourth of family caregivers, associated with a preferred age range between 51 and 65 years; be spouse; present condition being treated, not having support, lower income to about 1500 soles and a moderate to severe anxiety.

KEYWORDS: Anxiety - overload - family caregiver.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica se define como la presencia persistente durante al menos 3 meses de alteraciones estructurales o funcionales del riñón, presentando a su vez alteraciones en estudios de laboratorio, en sangre u orina, estudios por imagen o biopsia, independientemente que se acompañen o no de una disminución de la tasa de filtración glomerular $<$ de 60ml/min por $1,73m^2$ de superficie corporal. Se clasifica en cinco estadios, según la gravedad de la reducción de la tasa de filtración glomerular estimada. Los estadios 1 y 2 representan el riesgo de una reducción progresiva en la tasa de filtración glomerular, el estadio 3, que a su vez se subdivide en 3a (leve a moderado) y 3b (moderado a grave) junto con el estadio 4 o grave, representan la insuficiencia renal crónica temprana y tardía grave respectivamente. Finalmente el estadio 5 constituye la falla renal y uremia, condiciones en las que se debe iniciar con la terapia de sustitución renal. (1)

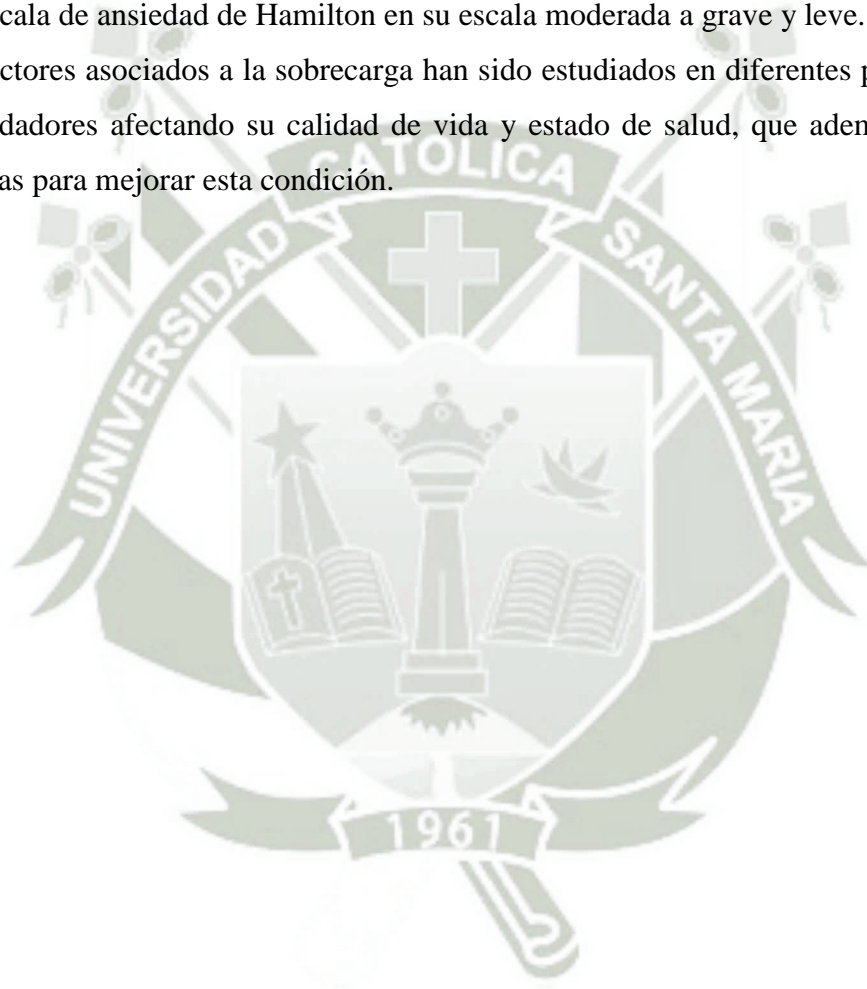
En la actualidad el aumento en la incidencia y prevalencia de la enfermedad renal crónica, hace que exista la posibilidad de un crecimiento en la dependencia, fragilidad y necesidad de cuidados hacia estos pacientes. Las características de la enfermedad como el tratamiento de hemodiálisis, o diálisis peritoneal, provocan una serie de cambios que afectan de manera importante la vida de los pacientes y la de sus familias. La tarea de cuidar se complejiza demandando tiempo y dedicación, fundamentalmente por parte del familiar, quien es por excelencia, encargado de mantener y preservar la salud, y estabilidad afectivo-emocional del paciente, aunque ello implique sacrificios y esfuerzos innumerables. (2)

Este cuidador principal dedica la mayor parte de su tiempo a supervisar la vida diaria de la persona, atendiendo sus necesidades y tomando decisiones que favorecen positivamente a sobrellevar la enfermedad que padece el paciente pero que en otros casos, debido al desgaste que experimentan, suelen alterar su ritmo de vida habitual presentando repercusiones negativas en su salud, que se manifiestan como problemas físicos, mentales, sociales y económicos, excluyendo al paciente de su autonomía y cuidado personal. A este desgaste se le denomina 'carga', sobrecarga, burnout, síndrome del cuidador o claudicación del cuidador. (3) El cual repercute en la salud mental del familiar, con posibles desventajas socioeconómicas, factores socioculturales y problemas emocionales, entre otros. Desencadenando en él, un

estado de estrés y ansiedad, siendo tal situación desconocida para este centro de salud y que despierta nuestro interés para brindar una atención integral a los pacientes.

Se planteó el presente estudio para determinar la ansiedad y los factores asociados al grado de sobrecarga en los familiares cuidadores de los pacientes con insuficiencia renal crónica estadio 5 en terapia de sustitución renal de la red asistencial Essalud-Puno, para tal fin se realizó una entrevista a la muestra total de familiares cuidadores de pacientes con insuficiencia renal crónica, aplicando una ficha de recolección de datos la escala de sobrecarga de Zarit para medir el grado de sobrecarga intenso o leve y la escala de ansiedad de Hamilton en su escala moderada a grave y leve.

Los factores asociados a la sobrecarga han sido estudiados en diferentes poblaciones de cuidadores afectando su calidad de vida y estado de salud, que además aportan medidas para mejorar esta condición.



CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la entrevista

Instrumentos: El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 02); la escala de sobrecarga del cuidador- Test de ZARIT (anexo 03) para hallar el grado de sobrecarga y la escala de ansiedad de HAMILTON (anexo 04) para medir la ansiedad en el familiar cuidador del paciente con insuficiencia renal crónica.

Materiales:

- Fichas de investigación.
- Escala del cuidador- Test de ZARIT.
- Escala de ansiedad –Test de HAMILTON.
- Material de escritorio.
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** el presente estudio se realizó en el servicio de Diálisis peritoneal (DIPAC) del Hospital Essalud base III Puno y la clínica de hemodiálisis SERMEDIAL servicios médicos y diálisis del sur virgen de la candelaria – Puno.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma coyuntural durante el primer trimestre del año 2015.

2.3. **Unidades de estudio:** familiar cuidador de pacientes con insuficiencia renal

crónica estadio 5 en terapia de sustitución renal, que se encuentran en hemodiálisis y diálisis peritoneal, de la red asistencial Essalud- Puno durante el periodo de estudio.

Población: la población total de pacientes que reciben hemodiálisis y diálisis peritoneal de manera regular, en la red asistencial Puno fue de 83 y 29 respectivamente haciendo una población total de 112 familiares cuidadores de pacientes.

Muestra: se hizo el estudio en la población total por lo que no se requirió de realizar un muestreo.

Criterios de selección:

– **Criterios de Inclusión**

- Familiar cuidador del paciente con diagnóstico de insuficiencia renal crónica estadio 5 en terapia de sustitución renal I en hemodiálisis o diálisis peritoneal de la red asistencial Essalud- Puno.
- Participación voluntaria en el estudio, firma de consentimiento informado.(anexo 01)

– **Criterios de Exclusión**

- Ausencia o negativa de los cuidadores a participar en el estudio.
- Fichas y Registros incompletos.

3. Tipo de investigación: la presente investigación es un estudio de campo transversal.

4. Nivel de investigación. Es un estudio descriptivo.

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización

Contando con el proyecto de tesis, planeamiento y permiso del director del Hospital Essalud base III – Puno, así como del gerente de la clínica de hemodiálisis SERMEDIAL, se identificara a los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal

que se encuentran recibiendo terapia de reemplazo de función renal de diálisis peritoneal ambulatoria continua, DIPAC, y hemodiálisis respectivamente. Durante su evaluación clínica mensual se realizara la entrevista a sus respectivos cuidadores, haciendo uso de la Escala del cuidador- Test de ZARIT, la escala de ansiedad de HAMILTON y la ficha de recolección de datos, cuidando que estos sean de forma confidencial y anónima firmando el consentimiento informado.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis

5.2. Validación de los instrumentos

La escala de ansiedad de HAMILTON valora la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento. No distingue síntomas específicos de un trastorno de ansiedad, ni entre un desorden de ansiedad y una depresión ansiosa. A pesar de discriminar adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos.

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos.

Validez: La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi ($r = 0,63 - 0,75$) y con el Inventario de Ansiedad de Beck ($r = 0,56$).

Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton 21, 22 ($r = 0,62 - 0,73$). Es sensible al cambio tras el tratamiento. (16)

La Sobrecarga del cuidador se definió como la medida de carga a la que está expuesto el cuidador del paciente adulto mayor; se utilizó la Escala de Zarit, que ha sido la más utilizada a nivel internacional, validado para nuestro medio y en diversos idiomas incluyendo el español. La escala consta de 22 preguntas, que evalúan calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar

problemas conductuales y clínicos del paciente al cuidado; tiene una sensibilidad de 84,5% y una especificidad de 85,3% para ausencia de sobrecarga y una sensibilidad de 89,7% y una especificidad de 94,2% para sobrecarga intensa; esta escala clasifica a los participantes con ausencia de sobrecarga (22 – 46 puntos), sobrecarga ligera (47 – 55 puntos) y con sobrecarga intensa (56 – 110 puntos). (7; 10; 17).

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 2, 3 y 4 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

c) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

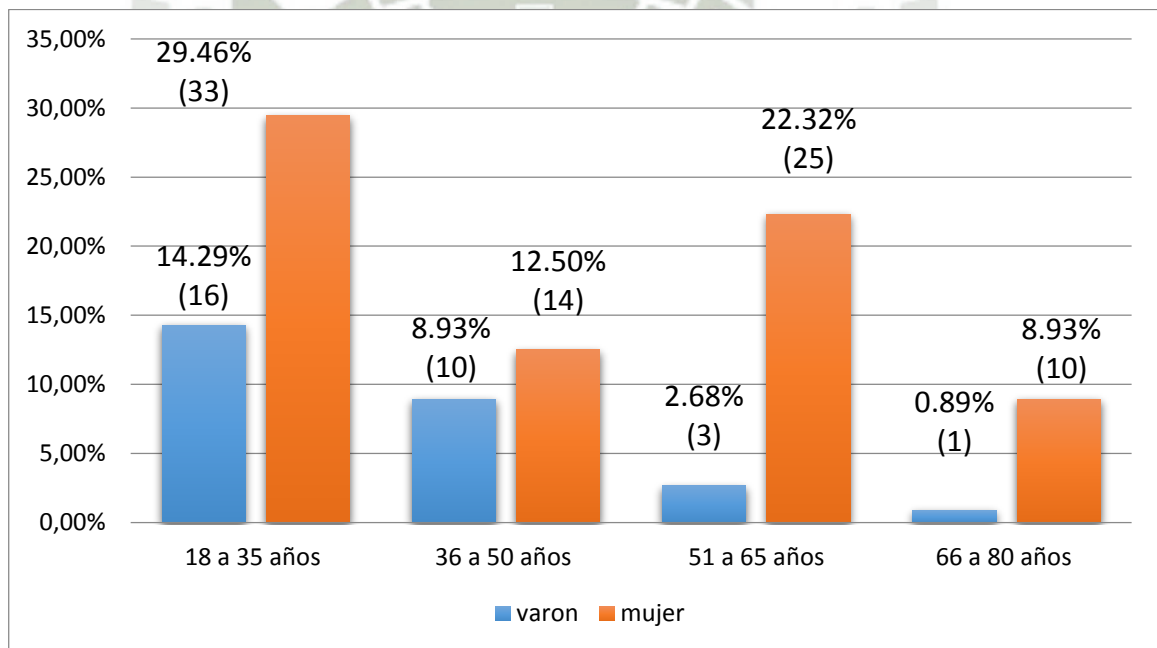
Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentaron como proporciones. La comparación de variables categóricas entre grupos independientes se realizó con la prueba chi cuadrado. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.19.0



**ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS AL GRADO DE SOBRECARGA
EN EL FAMILIAR CUIDADOR DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA
RENAL CRONICA ESTADIO 5 EN TERAPIA DE SUSTITUCION RENAL
DE LA RED ASISTENCIAL – ESSALUD – PUNO - 2015.**

GRAFICO 01

**Distribución según la edad y sexo de los familiares cuidadores de
pacientes con insuficiencia renal crónica estadio 5 en terapia de
sustitución renal.**



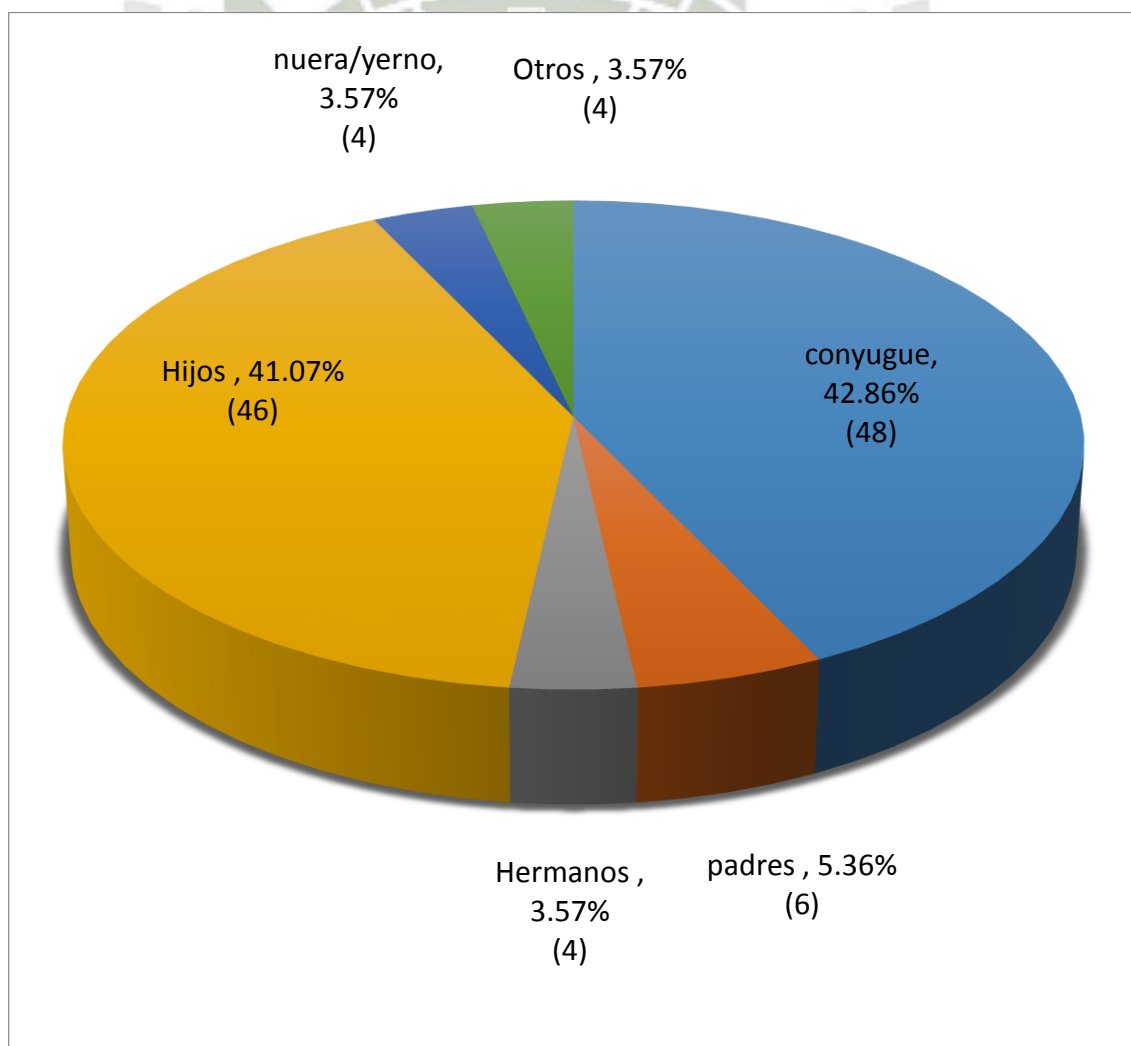
Fuente: El Autor

Edad promedio	D. estándar	(min –máx.)
Varón: 38.18	±18.54 años	(18 – 78)
Mujer: 44.75	± 16.5 años	(18 – 74)
Total: 42.92	± 17.19 años	(18 – 78)
Chi 2: 9.01	p= 0.0291	

**ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS AL GRADO DE SOBRECARGA
EN EL FAMILIAR CUIDADOR DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA
RENAL CRONICA ESTADIO 5 EN TERAPIA DE SUSTITUCION RENAL
DE LA RED ASISTENCIAL – ESSALUD – PUNO - 2015.**

GRAFICO 02

**Distribución según el parentesco de los familiares cuidadores de
pacientes con insuficiencia renal crónica estadio 5 en terapia de
sustitución renal.**



Fuente: El Autor

**ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS AL GRADO DE SOBRECARGA
EN EL FAMILIAR CUIDADOR DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA
RENAL CRONICA ESTADIO 5 EN TERAPIA DE SUSTITUCION RENAL
DE LA RED ASISTENCIAL – ESSALUD – PUNO - 2015.**

TABLA 01

**Distribución según el grado de instrucción de los familiares cuidadores
de pacientes con insuficiencia renal crónica estadio 5 en terapia de
sustitución renal.**

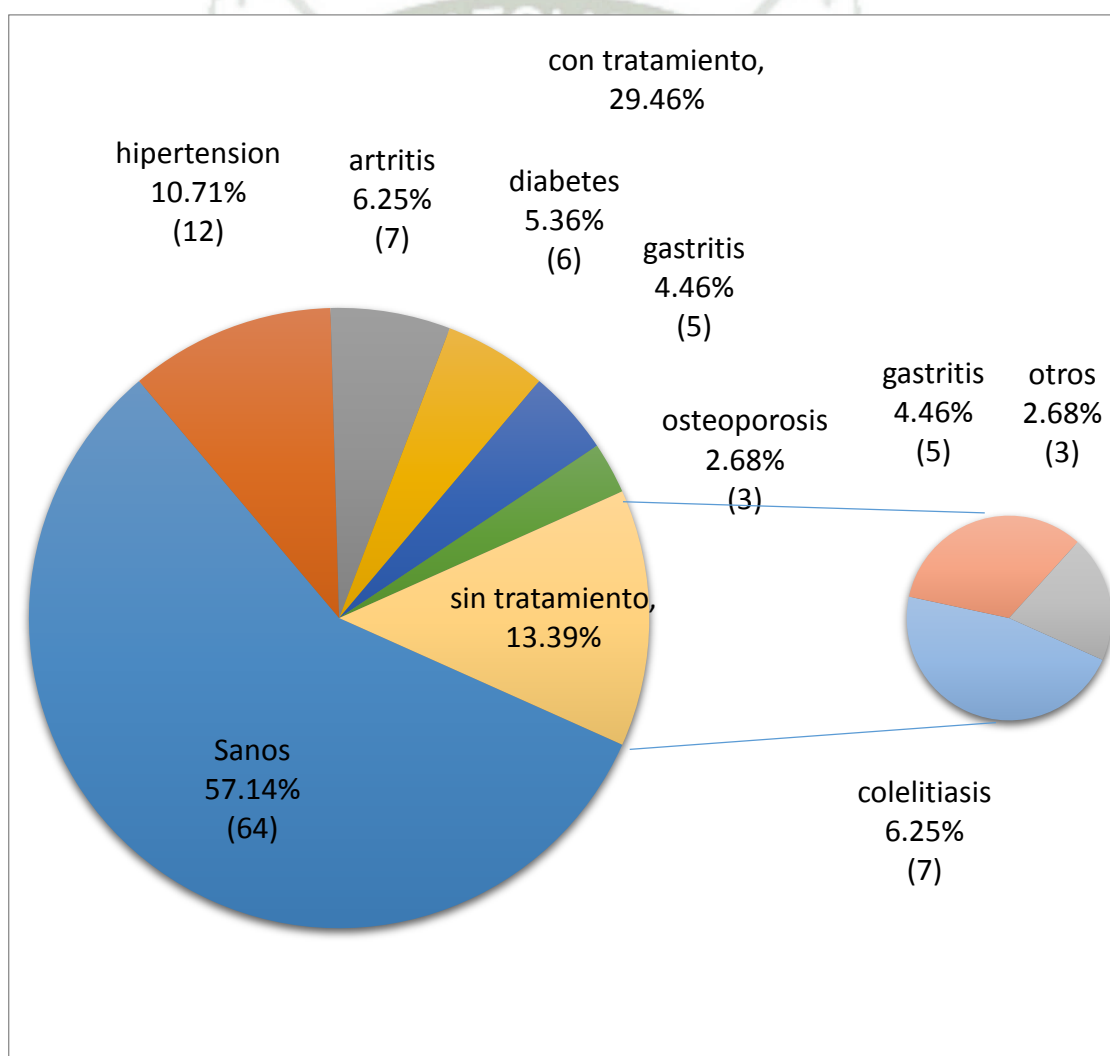
<i>Grado de instrucción:</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>Primaria</i>	<i>16</i>	<i>14.29%</i>
<i>Secundaria</i>	<i>22</i>	<i>19.64%</i>
<i>Superior</i>	<i>71</i>	<i>63.39%</i>
<i>Ninguno</i>	<i>3</i>	<i>2.68%</i>
TOTAL	112	100.00%

Fuente: El Autor.

**ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS AL GRADO DE SOBRECARGA
EN EL FAMILIAR CUIDADOR DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA
RENAL CRONICA ESTADIO 5 EN TERAPIA DE SUSTITUCION RENAL
DE LA RED ASISTENCIAL – ESSALUD – PUNO - 2015.**

GRAFICO 03

**Distribución según el estado de salud de los familiares cuidadores de
pacientes con insuficiencia renal crónica estadio 5 en terapia de
sustitución renal.**

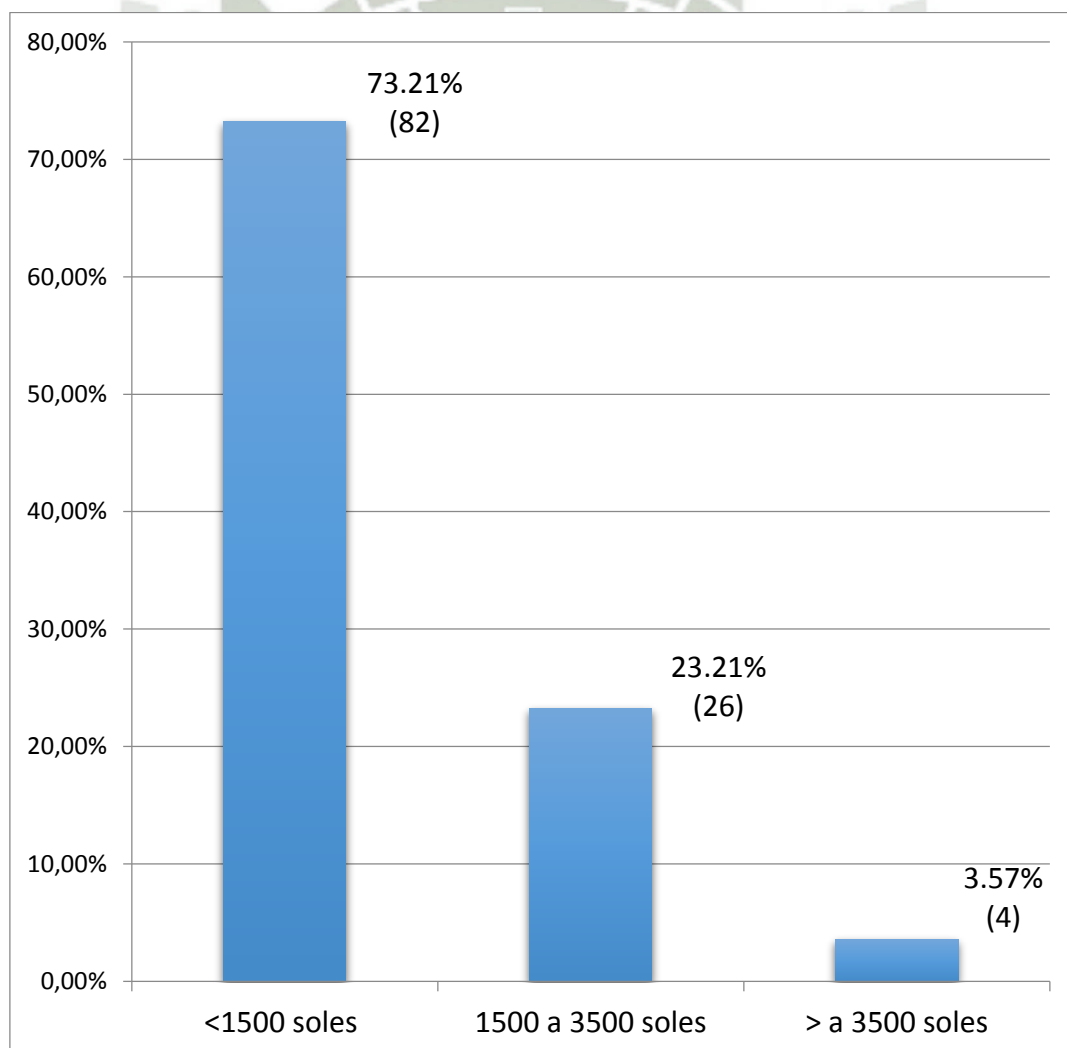


Fuente: El Autor...

**ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS AL GRADO DE SOBRECARGA
EN EL FAMILIAR CUIDADOR DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA
RENAL CRONICA ESTADIO 5 EN TERAPIA DE SUSTITUCION RENAL
DE LA RED ASISTENCIAL – ESSALUD – PUNO - 2015.**

GRAFICO 04

**Distribución según los ingresos económicos de los familiares 934000
cuidadores de pacientes con insuficiencia renal crónica estadio 5 en
terapia de sustitución renal.**

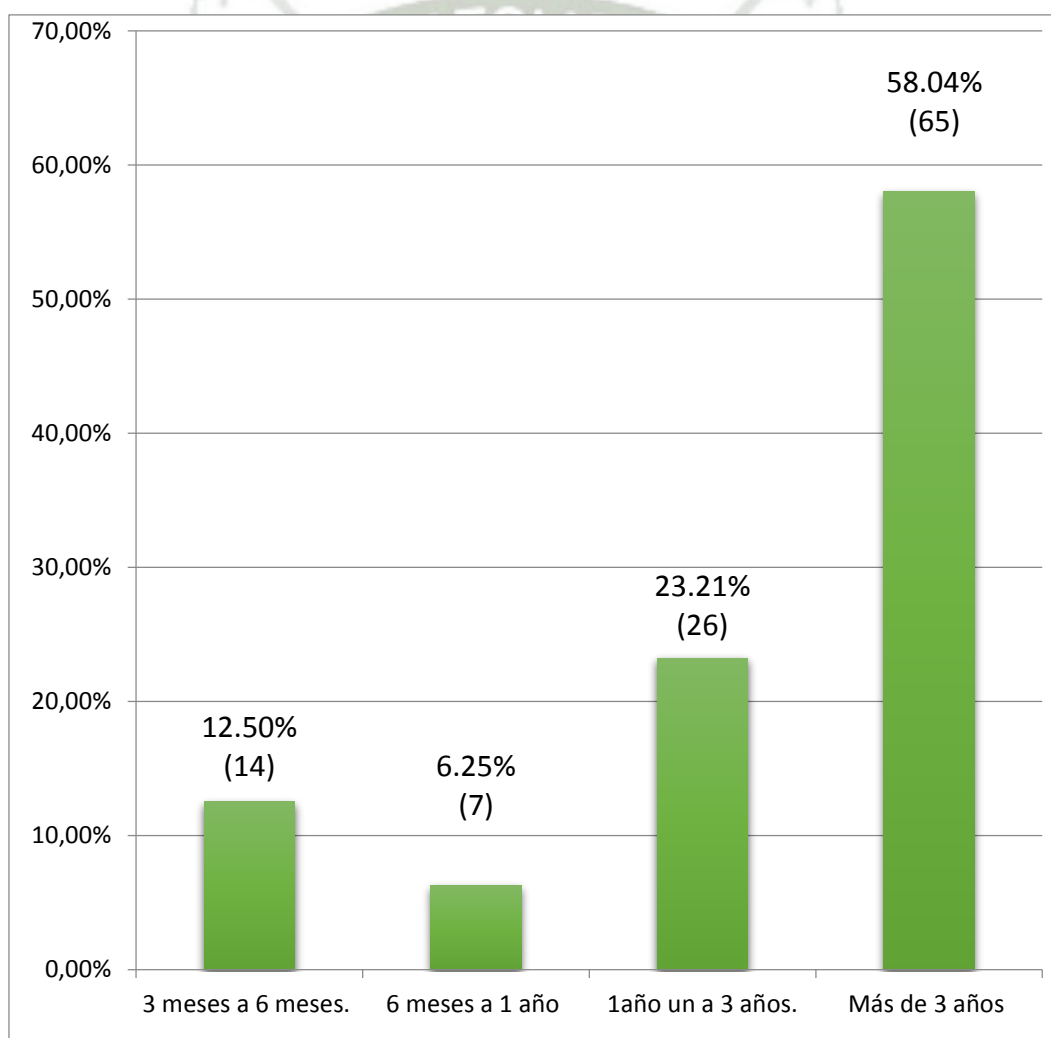


Fuente: El Autor.

**ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS AL GRADO DE SOBRECARGA
EN EL FAMILIAR CUIDADOR DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA
RENAL CRONICA ESTADIO 5 EN TERAPIA DE SUSTITUCION RENAL
DE LA RED ASISTENCIAL – ESSALUD – PUNO - 2015.**

GRAFICO 05

**Distribución de cuidadores de pacientes con insuficiencia renal crónica
según el Tiempo que lleva en terapia de hemodiálisis /diálisis
peritoneal.**

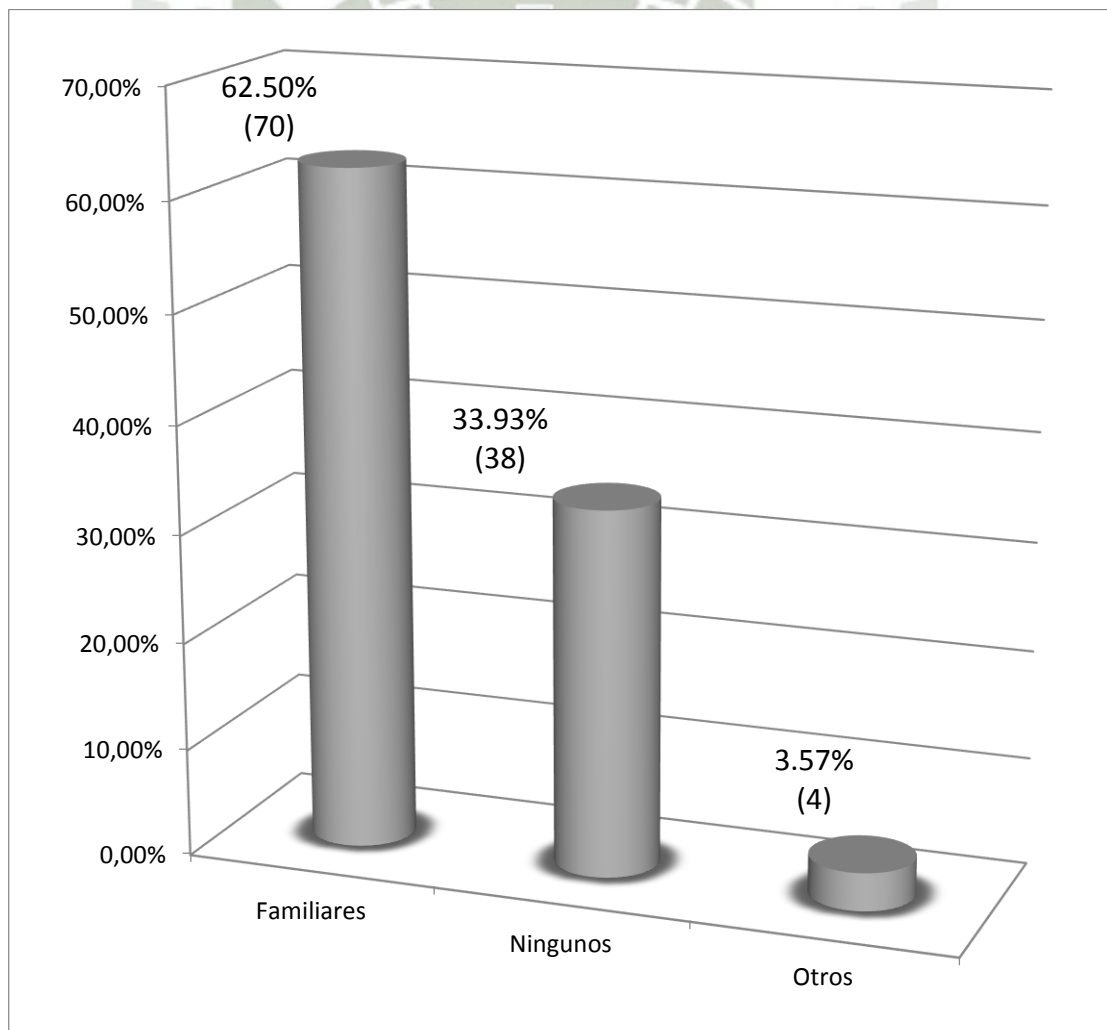


Fuente: El Autor.

**ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS AL GRADO DE SOBRECARGA
EN EL FAMILIAR CUIDADOR DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA
RENAL CRONICA ESTADIO 5 EN TERAPIA DE SUSTITUCION RENAL
DE LA RED ASISTENCIAL – ESSALUD – PUNO - 2015.**

CUADRO 06

**Distribución según el apoyo que reciben los familiares cuidadores de
pacientes con insuficiencia renal crónica estadio 5 en terapia de
sustitución renal.**

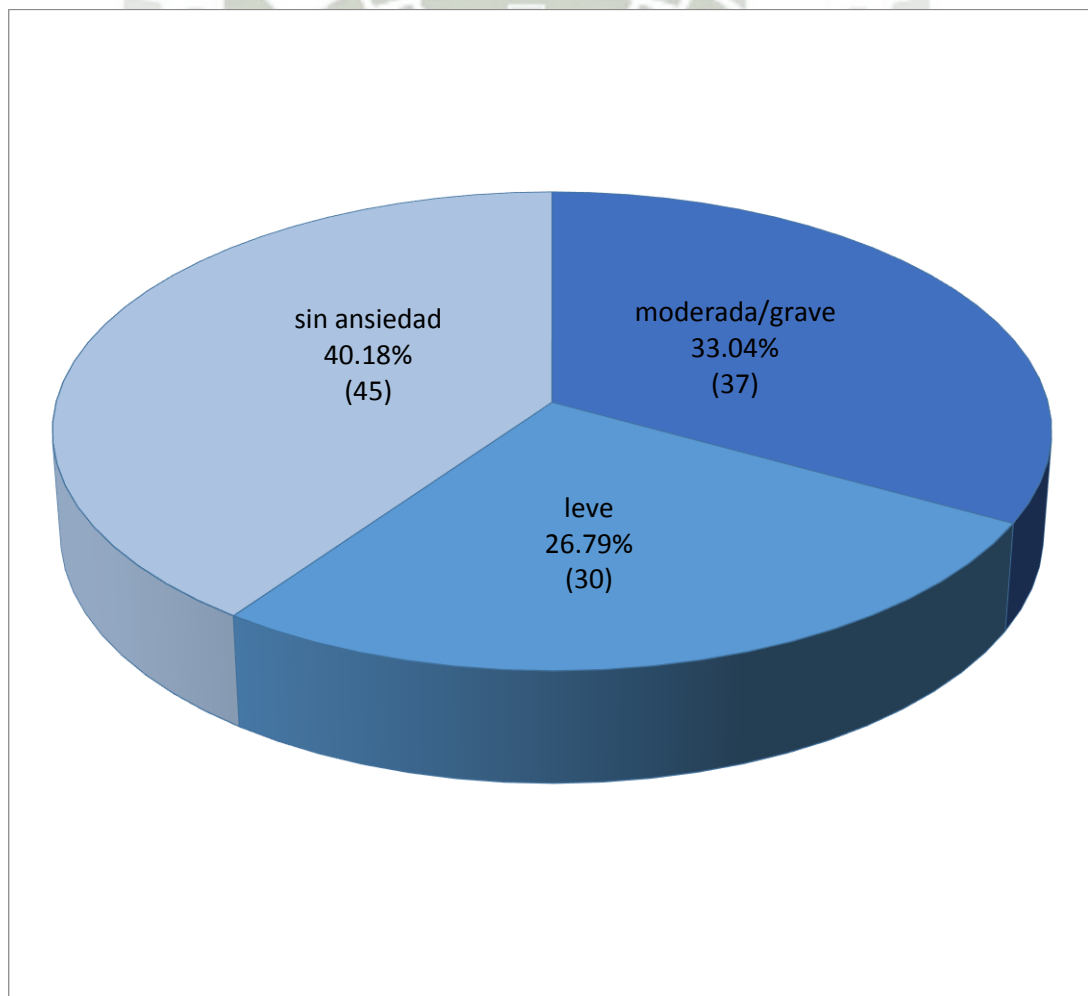


Fuente: El Autor.

**ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS AL GRADO DE SOBRECARGA
EN EL FAMILIAR CUIDADOR DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA
RENAL CRONICA ESTADIO 5 EN TERAPIA DE SUSTITUCION RENAL
DE LA RED ASISTENCIAL – ESSALUD – PUNO - 2015.**

GRAFICO 07

**Niveles de ansiedad presentados por los familiares cuidadores de
pacientes con insuficiencia renal crónica estadio 5 en terapia de
sustitución renal.**

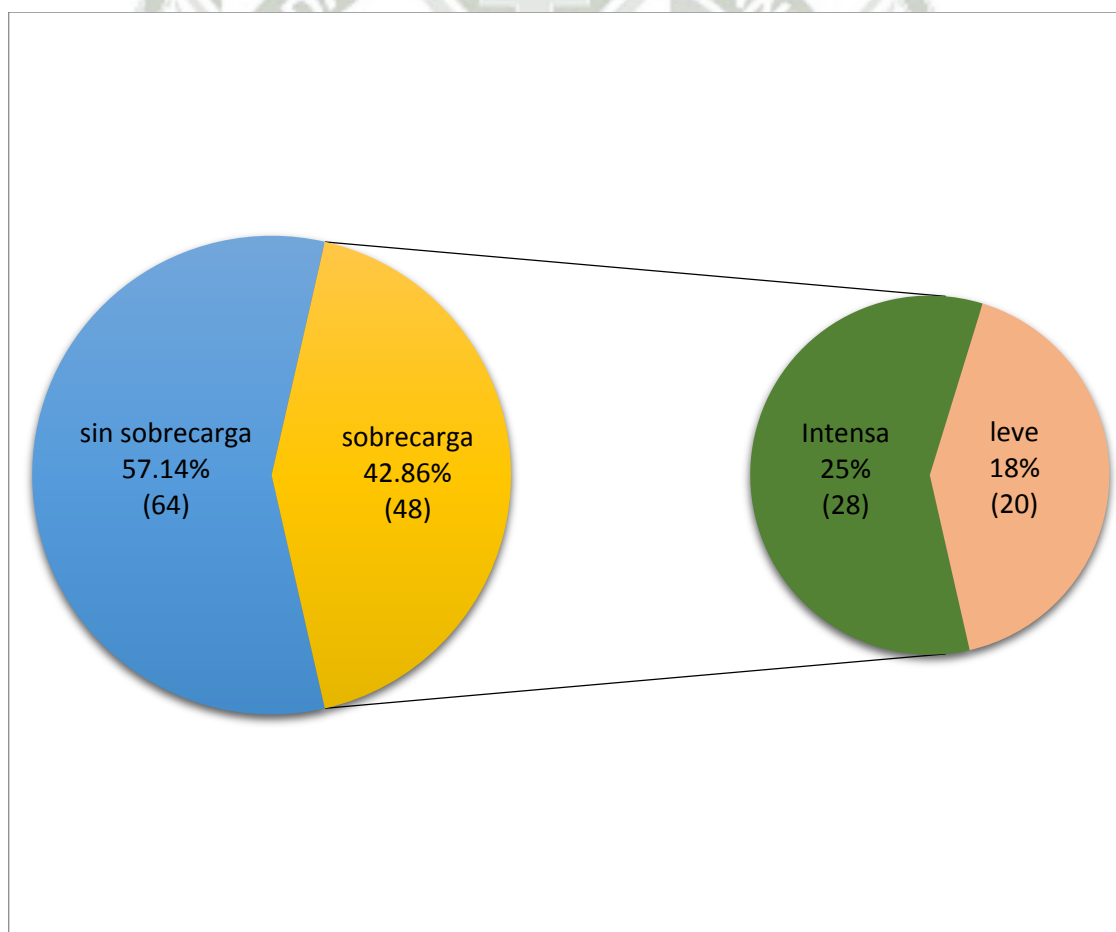


Fuente: El Autor.

**ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS AL GRADO DE SOBRECARGA
EN EL FAMILIAR CUIDADOR DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA
RENAL CRONICA ESTADIO 5 EN TERAPIA DE SUSTITUCION RENAL
DE LA RED ASISTENCIAL – ESSALUD – PUNO - 2015.**

GRAFICO 08

**Distribución según el Grado de sobrecarga de los familiares cuidadores
de pacientes con insuficiencia renal crónica estadio 5 en terapia de
sustitución renal.**



Fuente: El Autor.

**ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS AL GRADO DE SOBRECARGA
EN EL FAMILIAR CUIDADOR DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA
RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 EN TERAPIA DE SUSTITUCIÓN RENAL
DE LA RED ASISTENCIAL – ESSALUD – PUNO - 2015.**

TABLA 03

**Distribución de factores asociados a la sobrecarga de los familiares
cuidadores de pacientes con insuficiencia renal crónica estadio 5 en
terapia de sustitución renal.**

		<i>Sobrecarga intensa</i>		<i>Sobrecarga leve</i>		<i>No sobrecarga</i>		<i>Total</i>
<i>Edad</i>	18 a 35 años	6	5.36%	13	11.61%	30	26.79%	49
	36 a 50 años	6	5.36%	2	1.79%	16	14.29%	24
	51 a 65 años	10	8.93%	3	2.68%	15	13.39%	28
	66 a 80 años	6	5.36%	2	1.79%	3	2.68%	11
Chi 2: 14.7032	p: 0.02							
<i>Sexo:</i>	Varón	8	7.14%	5	4.46%	17	15.18%	30
	Mujer	20	17.86%	15	13.39%	47	41.96%	82
Chi2: 0.0797	p: 0.96							
TOTAL		28	25.00%	20	17.86%	64	57.14%	112

Fuente: El Autor

**ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS AL GRADO DE SOBRECARGA
EN EL FAMILIAR CUIDADOR DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA
RENAL CRONICA ESTADIO 5 EN TERAPIA DE SUSTITUCION RENAL
DE LA RED ASISTENCIAL – ESSALUD – PUNO - 2015.**

TABLA 04

**Distribución de los factores asociados a la sobrecarga de los familiares
cuidadores de pacientes con insuficiencia renal crónica estadio 5 en
terapia de sustitución renal.**

		<i>Sobrecarga intensa</i>		<i>Sobrecarga leve</i>		<i>No sobrecarga</i>		<i>Total</i>
<i>Parentesco</i>	<i>conyugue</i>	20	17.86%	8	7.14%	20	17.86%	48
	<i>padres</i>	3	2.68%	0	0.00%	3	2.68%	6
	<i>Hermanos</i>	2	1.79%	0	0.00%	2	1.79%	4
	<i>Hijos</i>	2	1.79%	12	10.71%	32	28.57%	46
	<i>nuera/yerno</i>	0	0.00%	0	0.00%	4	3.57%	4
	<i>Otros</i>	1	0.89%	0	0.00%	3	2.68%	4
chi2: 26.5306		p: 0.0031						
<i>instrucción:</i>	<i>Primaria</i>	7	6.25%	3	2.68%	6	5.36%	16
	<i>Secundaria</i>	5	4.46%	2	1.79%	15	13.39%	22
	<i>Superior</i>	16	14.29%	15	13.39%	40	35.71%	71
	<i>Ninguno</i>	0	0.00%	0	0.00%	3	2.68%	3
chi2:7.6545		p: 0.2645						
TOTAL		28	25.00%	20	17.86%	64	57.14%	112

Fuente: El Autor.

**ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS AL GRADO DE SOBRECARGA
EN EL FAMILIAR CUIDADOR DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA
RENAL CRONICA ESTADIO 5 EN TERAPIA DE SUSTITUCION RENAL
DE LA RED ASISTENCIAL – ESSALUD – PUNO - 2015.**

TABLA 05

**Distribución de los factores asociados a la sobrecarga de los familiares
cuidadores de pacientes con insuficiencia renal crónica estadio 5 en
terapia de sustitución renal.**

		<i>Sobrecarga intensa</i>		<i>Sobrecarga leve</i>		<i>No sobrecarga</i>		<i>Total</i>
<i>Estado de salud:</i>	<i>Sano</i>	<i>8</i>	<i>7.14%</i>	<i>9</i>	<i>8.04%</i>	<i>47</i>	<i>41.96%</i>	<i>64</i>
	<i>Con diagnóstico y tratamiento</i>	<i>12</i>	<i>10.71%</i>	<i>7</i>	<i>6.25%</i>	<i>14</i>	<i>12.50%</i>	<i>33</i>
	<i>Con diagnóstico y sin tratamiento</i>	<i>8</i>	<i>7.14%</i>	<i>4</i>	<i>3.57%</i>	<i>3</i>	<i>2.68%</i>	<i>15</i>
chi2: 20.2881		p: 0.0004						
<i>Ingreso económico :</i>	<i><1500 soles</i>	<i>28</i>	<i>25.00%</i>	<i>16</i>	<i>14.29%</i>	<i>38</i>	<i>33.93%</i>	<i>82</i>
	<i>1500 a 3500 soles</i>	<i>0</i>	<i>0.00%</i>	<i>4</i>	<i>3.57%</i>	<i>22</i>	<i>19.64%</i>	<i>26</i>
	<i>> a 3500 soles</i>	<i>0</i>	<i>0.00%</i>	<i>0</i>	<i>0.00%</i>	<i>4</i>	<i>3.57%</i>	<i>4</i>
chi2: 17.5670		p: 0.0015						
TOTAL		28	25.00%	20	17.86%	64	57.14%	112

Fuente: El Autor.

**ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS AL GRADO DE SOBRECARGA
EN EL FAMILIAR CUIDADOR DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA
RENAL CRONICA ESTADIO 5 EN TERAPIA DE SUSTITUCION RENAL
DE LA RED ASISTENCIAL – ESSALUD – PUNO - 2015.**

TABLA 06

**Distribución de los factores asociados a la sobrecarga de los familiares
cuidadores de pacientes con insuficiencia renal crónica estadio 5 en
terapia de sustitución renal.**

		Sobrecarga intensa		Sobrecarga leve		No sobrecarga		Total
<i>Tiempo</i>	3 meses a 6 meses.	4	3.57%	2	1.79%	8	7.14%	14
	6 meses a 1 año	0	0.00%	2	1.79%	5	4.46%	7
	1 año un a 3 años.	5	4.46%	2	1.79%	19	16.96%	26
	Más de 3 años	19	16.96%	14	12.50%	32	28.57%	65
chi2: 7.2980		p: 0.2942						
<i>Apoyo</i>	Familiare s	7	6.25%	12	10.71%	51	45.54%	70
	Ningunos	21	18.75%	8	7.14%	9	8.04%	38
	Otros	0	0.00%	0	0.00%	4	3.57%	4
chi2: 33.9279		p:0.0000						
TOTAL		28	25.00%	20	17.86%	64	57.14%	112

Fuente: El Autor.

**ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS AL GRADO DE SOBRECARGA
EN EL FAMILIAR CUIDADOR DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA
RENAL CRONICA ESTADIO 5 EN TERAPIA DE SUSTITUCION RENAL
DE LA RED ASISTENCIAL – ESSALUD – PUNO - 2015.**

TABLA 07

Distribución de los niveles de ansiedad asociados a la sobrecarga en los familiares cuidadores de pacientes con insuficiencia renal crónica estadio 5 en terapia de sustitución renal.

<i>Nivel de ansiedad</i>	<i>Sobrecarga intensa</i>		<i>Sobrecarga leve</i>		<i>No sobrecarga</i>		<i>Total</i>	
<i>Moderada grave</i>	22	19.64%	10	8.93%	5	4.46%	37	33.04%
<i>Leve</i>	6	5.36%	10	8.93%	14	12.50%	30	26.79%
<i>Sin ansiedad</i>	0	0.00%	0	0.00%	45	40.18	45	40.18%
chi2: 70.2919		p:0.000						
TOTAL	28	25.00%	20	17.86%	64	57.14%	112	100%

Fuente: El Autor

CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó para determinar las características, el nivel de ansiedad y los factores asociados a la sobrecarga en el familiar cuidador del paciente con insuficiencia renal crónica estadio 5 en terapia de sustitución renal de la red asistencial Essalud- Puno – 2015,

Para tal fin se realizó una entrevista a la muestra total de familiares cuidadores de pacientes con insuficiencia renal crónica, aplicando una ficha de recolección de datos la escala de sobrecarga de Zarit y la escala de ansiedad de Hamilton. Se presentan los resultados mediante estadística descriptiva y se comparan grupos mediante prueba chi cuadrado.

La muestra evaluada en el periodo de estudio fue de 112 familiares cuidadores de pacientes con insuficiencia renal crónica. En el **Gráfico 1**, como se puede comprobar en este y otros muchos estudios, las cuidadoras principales continúan siendo mayoritariamente mujeres (73.21%), debido al rol de cuidadora que se le asigna desde la infancia. La edad promedio es de $42.92 \pm (17.19)$ años, un dato aproximado que concuerda con estudios similares llevados en México el 2010 ⁽¹⁸⁾, y el realizado en Lambayeque - Perú el año 2012 ⁽⁷⁾.

El 43.75% del total tuvieron de 18 a 35 años, la edad promedio en mujeres es de $44.75 \pm (16.50)$ años y en varones de $38.18 \pm (18.54)$ años siendo la diferencia de edades entre los varones y mujeres significativa. ($p=0.0291$)

Podemos decir que el 66.25% son aproximadamente mayores de 40 años corroborando los datos de Velázquez P; Espín A. en Cuba ⁽²⁾ donde el 41,6 % de los cuidadores, se encontraba entre los 40 y 59 años, seguido por el grupo de menos edad de 40 años y más de 60 años, ambos con el 29,1 %.

En el **Gráfico 2** observamos que el conyugue es el que cumple el papel de cuidador principal, (42.86%), seguido por los hijos con un (41.07%). Similar al estudio Cubano ⁽²⁾ con un predominó del cónyuge del enfermo (41,6 %). Para Jofré A. y Sanhuesa A.

(22) la totalidad de los cuidadores tenían algún lazo de consanguinidad con el paciente. En su mayoría, los cónyuges, presentan síntomas depresivos que se podrían explicar debido a que los roles maritales se ven alterados cuando uno de los esposos desarrolla una enfermedad crónica. Los esposos, al convertirse en cuidadores, pueden desarrollar sentimientos de hostilidad o depresión

El cuidador tiene un grado de instrucción medio a superior (63.39%) como lo muestra la **Tabla 1**, porcentaje superior al de los cuidadores informales con un nivel de educación medio (42.9%) (22).

En el **Gráfico 3** señala que el 57.14% de los cuidadores gozan de buena salud según refieren, mientras que el 29.46% tiene tratamiento para alguna patología, como la hipertensión arterial (10.71%), la artritis (6.25%) y la diabetes mellitus (5.36%) principalmente. En tanto que el 13.39% presentan colelitiasis (6.25%), gastritis (4.46%) y otros (2.68%) pero no siguen tratamiento. Siendo la presencia de patologías un factor significativo en la sobrecarga del cuidador, tal parece que cuidar de un familiar con una enfermedad crónica, produce una toma de conciencia en la prevención de complicaciones, asumiendo el tratamiento de sus enfermedades responsablemente. No obstante los familiares que manifiestan estar sanos, podrían estar priorizando la atención de salud a su paciente en lugar del suyo, desconociendo sus dolencias o postergándolas, explicando así el predominio de un aparente buen estado de salud. Para Espinoza M. y Jofre A. (19) el 63% de los cuidadores/as informales presenta alguna enfermedad por la cual se encuentra en tratamiento médico permanente, siendo estos cuidadores informales.

Los ingresos económicos de los cuidadores son menores a 1500 soles representando el 73.21% como lo muestra la **Gráfica 4**.podríamos decir que el déficit económico es un factor asociado a la sobrecarga del cuidador, como lo señala el estudio en cuidadores de adultos mayores con dependencia de Flores G., Rivas R. y Seguel P. (20) que destaca un ingreso imponible mensual menor o igual a \$172, y apoyado por el estudio de Velázquez Espín A. (2) donde el 75 % de los casos manifestaron conflictos en las relaciones sociales y problemas económicos.

En tanto los ingresos económicos entre 1500 a 3500 soles, representan el 23.21%, y el 3.57% que está por encima de 3500 soles.

El tiempo en terapia de sustitución renal es el mismo que lleva el familiar cuidador en esta tarea, podemos afirmar que es mayor a 3 años, ya que en nuestro país el reemplazo renal es todavía un tratamiento escaso y el tiempo de espera por un donante compatible se alarga, siendo la diálisis peritoneal continua y la hemodiálisis la opción terapéutica usadas para mantener la vida, como lo muestra el **Gráfico 5** el 58.04% de los casos llevan más de tres años ya sea en hemodiálisis o diálisis peritoneal continua, similar a lo hallado por Contreras G., López S. y Crespo M. en cuidadores de pacientes en hemodiálisis (21), y al 54,1 % de 5 o más años por Velázquez P; Espín A. en Cuba. (2)

Las dos terceras partes de los cuidadores reciben algún tipo de apoyo en su tarea, como lo señala el **Gráfico 6** compartiendo esta responsabilidad con sus propios familiares (62.50%), que superaría al 40% que recibe ayuda de un familiar o no presentado por Espinoza M. y Jofre A. (19). Pero el 33.93% de los familiares cuidadores no cuentan con ningún tipo de apoyo. Lo que viene a ser un factor relacionado a la sobrecarga. Concordando con Flores G., Rivas R. y Seguel P. (20) en el que el 22% no cuentan con una ayuda en el rol de cuidar y el 29% sólo cuenta con 1 ó 2 personas que les colaboran.

La ansiedad experimentada por el familiar cuidador del paciente renal crónico representa el 59.83% del total como lo muestra el **Gráfico 7**, porcentaje similar al 60.3% hallado el 2009 por López G. y col en cuidadores de personas dependientes. (23), con repercusiones en la salud y calidad de vida del familiar cuidador. El 33.04% de ellos presenta niveles de ansiedad moderado a grave y el 26.79% es de un nivel leve. Por lo que debemos considerar la presencia de ansiedad como un factor predominante en el familiar cuidador, lo que concuerda con lo señalado por Velázquez P. y Espín A. (2) donde el 41,6 % tenía niveles medios y el 58,3 % niveles altos de ansiedad respectivamente.

El grado de sobrecarga en el familiar cuidador del paciente con insuficiencia renal crónica, medido por la escala de Zarit expresado en el **Gráfico 8** muestra que la carga es del 42.86% siendo el 25% sobrecarga intensa y el 17.86% sobrecarga leve, predominando así el 57.14% de familiares cuidadores sin sobrecarga. Similar a lo

hallado por Vázquez R. Elizabeth ⁽¹⁸⁾ que estudia un grupo similar donde la ausencia de sobrecarga fue de 41.9%, la Sobrecarga Ligera 29% y Sobrecarga Intensa también de 29%. En el estudio llevado en Cuba por Velázquez P. y Espín A. ⁽²⁾, el 45,8 % presentan sobrecarga. López G. y col ⁽²³⁾ señalan que la sobrecarga es severa en el 32,7%.siendo leve-moderada en el 23,7% respectivamente. Por lo que podríamos afirmar que en nuestro estudio la sobrecarga intensa representa la cuarta parte de los familiares cuidadores.

Este hecho se puede explicar según la dependencia del paciente hacia su cuidador ya que muchos de ellos asisten a sus sesiones de diálisis o controles solos. Para Contreras G., López S y Crespo M que estudiaron la relación entre el nivel de dependencia del paciente en hemodiálisis y la sobrecarga del cuidador principal. ⁽²¹⁾ haciendo uso del test de Zarit, no existe sobrecarga a nivel global, sin embargo si se analiza por categorías se encuentra sobrecarga moderada en el 14% de los cuidadores y sobrecarga intensa en el 33%. Algo lógico, teniendo en cuenta también la variabilidad del grado de dependencia de algunos pacientes.

En la **Tabla 3** La relación de la edad y la sobrecarga tiene un valor significativo ($p=0.0227$). La sobrecarga intensa asociada a un rango de edad entre los 51 y 65 años por encima del promedio de edad representa el 19.65%, Edades comprendidas entre los 18 a 35 años y por debajo del promedio (42.92 ± 17.19 años) no presentan sobrecarga o esta es leve. La proporción de mujeres como familiares cuidadoras es predominante como lo afirma Jofré A. y Sanhueza A. ⁽²²⁾, presentando sobrecarga intensa en el 17.86%. Cercano a lo encontrado por Vázquez R. Elizabeth. ⁽¹⁸⁾ donde predominó el nivel de sobrecarga ligera e intensa (19.3%). en el sexo femenino.

La misma investigación señala que el sexo femenino refiere sobrecarga intensa, con un porcentaje doble al del sexo masculino concordando con el 7.14% de sobrecarga en varones que hay en nuestro estudio. No obstante aproximadamente el 41.96% de las mujeres no experimentan sobrecarga ($p>0.05$).datos que concuerdan con los hallados por Velázquez P. y Espín A. ⁽²⁾ donde el número de mujeres con carga y sin carga fue similar (45,8 y 41,6 %).

En la **Tabla 4** el parentesco es también un factor asociado ($p=0.0031$) los conyugues tienen un grado de sobrecarga entre intenso (17.86%) y leve (7.14%), en tanto que los hijos son el 28.57% sin sobrecarga Aunque el mayor porcentaje de cuidadores son hijos e hijas, en estos prevalece la ausencia de sobrecarga como en el estudio de Vázquez R. Elizabeth. (18). En el estudio de Velázquez P. y Espín A. (2) Se observó que la carga de las esposas fue del (16,6 %) e hijas (8,3 %).

El 27,85% de los cuidadores padece de al menos una enfermedad diagnóstica y guarda relación con la sobrecarga intensa como lo señala la **Tabla 5** de los cuales el 7.14% no cumple con su tratamiento ($p= 0.0004$). Tenemos que el 25% de los cuidadores con un ingreso económico menor de s. / 1500 se asocian a un grado de sobrecarga intenso ($p= 0.002$) a su vez la influencia del apoyo recibido en el cuidado del paciente por otro miembro de la familia como lo señala la **Tabla 6** es un factor importante, representado el 45.54% de los casos sin sobrecarga y el 18.75% que no recibe apoyo alguno presentan sobrecarga intensa ($p < 0.05$). Existiendo relación significativa entre la mayor sensación de falta de apoyo con respecto a la sobrecarga como lo señalado por López G y col. (23). El tiempo que recibe terapia de sustitución renal no guarda relación con la sobrecarga.

Finalmente en la **Tabla 7** la ansiedad moderada a grave se relaciona con un grado de sobrecarga intenso constituyendo el 19.6%. Similar a lo hallado por Velázquez P. y Espín A. (2) donde los cuidadores con carga aumentaron los niveles de ansiedad en 33,3 %.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



CONCLUSIONES

- 1.- Las características del familiar cuidador son: ser mujer (73.21%) con una edad promedio de 44.75 (\pm 16.50) años y en varones de 38.18 \pm (18.54) años siendo la diferencia de edades significativa. ($p=0.0291$); conyugue (42.86%) o hijo del paciente (41.07%); con un grado de instrucción superior (63.39%); sin enfermedad aparente (57.14%); con ingresos menores a 1500 soles (73.21%); que lleva más de 3 años cuidando a su familiar (58.04%) y recibe el apoyo de otros familiares (62.50%).
- 2.- Existe una alta tasa de ansiedad en esta población (59.83%), siendo moderada a grave (33.04%)
- 3.- La sobrecarga es intensa en la cuarta parte de los familiares cuidadores del paciente con insuficiencia renal crónica estadio 5, en terapia de sustitución renal.
- 4.- Los factores asociados a la sobrecarga intensa en el familiar cuidador son: un rango de edad preferente entre los 51 y 65 años; ser conyugue del paciente; tener al menos una enfermedad con tratamiento médico; no recibir ningún tipo de apoyo en esta labor; ingresos económicos menores a 1500 soles aproximadamente y un nivel de ansiedad moderado a grave.

RECOMENDACIONES

- 1) Se recomienda a la red de asistencial Essalud – Puno y a su servicio de Psiquiatría implementar un programa que aborde al familiar cuidador del paciente con insuficiencia renal crónica, desde el momento del diagnóstico y que este involucre psi coeducación, para así mejorar la calidad de vida del cuidador y por ende de la familia
- 2) Se recomienda a los Médicos Asistentes y Médicos Residentes del departamento de medicina y servicio de nefrología detectar los síntomas de ansiedad en los familiares de los cuidadores, para poder brindar terapia de apoyo así como de ser necesario derivar los casos al servicio de psiquiatría para brindarles tratamiento especializado a aquellos que presenten elevados niveles ansiedad.
- 3) Se recomienda a la red asistencial Essalud Puno. crear un club de familiares de pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis y diálisis peritoneal , para que ellos mismos se organicen y velen por sus necesidades, así como implementar nuevas estrategias a largo plazo para mejorar su calidad de vida

BIBLIOGRAFÍA

1. Farreras P, Rozman C. Medicina Interna, 17a ed. Elsevier. Barcelona, 2012 p (821-824).
2. Velázquez Pérez Yuneisi, Espín Andrade Margarita. Repercusión psicosocial y carga en el cuidador informal de personas con insuficiencia renal crónica terminal. Rev. cub. salud pública [serial on the Internet]. 2014 Mar [citado el 20 febrero del 2015]; 40(1): 3-17. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000100002&lng=en
3. Mendoza G.: Síndrome de sobrecarga en familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica. Rev. Soc. Perú Medicina Interna; Lima - Perú 2014; vol. 27 (1) 12-18
4. Flores f. Rosita d.; Díaz I. Cristian. Evaluación de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continúa. Hospital II Essalud Tarapoto. Junio - noviembre 2012. Universidad nacional de san Martin; facultad de ciencias de la salud; escuela académica profesional de enfermería; tesis para obtener el título profesional de licenciados en enfermería; Tarapoto- Perú. 2012
5. Vargas-Mendoza; J.E. y Sánchez-Sigüenza, C. Cuidadores primarios de enfermos crónicos: agotamiento compasivo. CONDUCTITLÁN [revista en la Internet]. 2012, [citado el 18 de febrero del 2015]; 6(1): 13-18. Disponible en: http://www.conductitlan.net/centro_regional_investigacion_psicologia/71_cuidadores_primarios_enfermos_cronicos_agotamiento_compasivo.pdf
6. Mansilla N. Peggy. Intensidad Afectiva En Cuidadores Familiares De Pacientes Con Alzheimer De Las Ciudades De Lima Y Huánuco Temática Psicológica, Escuela De Postgrado De La Universidad Femenina Del Sagrado Corazón Lima - Perú Volumen 5 N° 1, Enero - Diciembre, 2009.Pag. 35 – 49.
7. Akintui V. Yasling D.; López A. Christian A. asociación entre calidad de vida y nivel de sobrecarga del cuidador primario de paciente con enfermedad renal crónica estadio 5 en tratamiento con hemodiálisis en la región Lambayeque durante el año 2012; Universidad Católica Santo Toribio De Mogrovejo, Tesis Para Optar El Título Profesional De: Médico Cirujano. Chiclayo, Febrero de 2014.
8. Romero, Zoila; Cuba, María. Síntomas somáticos en cuidadores de pacientes geriátricos con o sin sobrecarga, del área urbano-marginal Payet, Independencia, Lima, Perú. Rev. Med Hered, Lima, v. 24, n. 3, [revista en la Internet] jul. 2013

- [Citado el 15 de febrero del 2015] Disponible en <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2013000300005&lng=es&nrm=iso>.
9. Ortega, Jesús López, et al. Aproximación a los cuidados informales de enfermos renales crónicos en el complejo hospitalario de Jaén. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 2007, vol. 10, no 2, p. 127-136.
 10. Zambrano Cruz Renato, Ceballos Cardona Patricia. Síndrome de carga del cuidador. *rev.colomb.psiquiatr.* [revista en la Internet]. 2007 Oct [citado el 15 de febrero del 2015]; 36(Suppl 1): 26-39. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502007000500005&lng=es.
 11. Breinbauer K Hayo, Vásquez V Hugo, Mayanz S Sebastián, Guerra Claudia, Millán K Teresa. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev. méd. Chile* [revista en la Internet]. 2009 Mayo [citado el 18 de febrero del 2015]; 137(5): 657-665. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000500009&lng=es
 12. Toledo, Á. M., & Suances, M. B. Principios gestálticos aplicados al asesoramiento domiciliario del cuidador de enfermos de Alzheimer. *Revista Poiésis*, Colombia [revista en la Internet]. 2014 junio [citado el 18 de febrero del 2015]; 1(27): 26-27. Disponible en: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/1248>.
 13. Reyes-Ticas, J. Américo. "Trastornos De Ansiedad Guía Practica Para Diagnostico Y Tratamiento." *Biblioteca virtual en salud*. Honduras.[en línea]. Disponible en: [www. bvshn](http://www.bvshn.com) (2005).
 14. Rodríguez-Landa, Juan F.; Contreras, Carlos M. Algunos datos recientes sobre la fisiopatología de los trastornos por ansiedad. *Rev. Biomed*, Veracruz, México septiembre 2008, vol. 19, p. 181-91.
 15. Sierra, Juan Carlos; Ortega, Virgilio; Zubeidat, Ihab. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 2003, vol. 3, no 1, p. 10-59.
 16. López L. Jenny J. ; *Calidad De Vida En Cuidadores Informales De Adultos Mayores Con Enfermedades Crónicas Del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen; Escuela De Enfermería Padre Luis Tezza Afiliada A La Universidad Ricardo Palma, Tesis Para Optar El Título Profesional De Licenciada En Enfermería; Lima – Perú 2013.*

17. Estudio del psicoanálisis y psicología [homepage on the Internet]. : Escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS); c2006 - 2015 [publicado el 3 de abril del 2012; citado el 12 de marzo del 2015] Disponible en: <http://psicopsi.com/Escala-de-ansiedad-de-Hamilton-Hamilton-Anxiety-Scale-HAS>.

18. Vázquez Ramírez, Elizabeth. Sobrecarga en el cuidador informal primario de pacientes con insuficiencia renal crónica 2010. Repositorio Institucional de la Universidad Veracruzana, licenciatura en enfermería. [revista en la internet] Tesis presentada a la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana, Región Coatzacoalcos-Minatitlán. 2013-01-18T15:53:07Z. [citado el 15 de febrero del 2015]; disponible en: <http://cdigital.uv.mx/handle/123456789/31658>.

19. Espinoza Miranda Karina, Jofre Aravena Viviane. Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. Cienc. enferm. [revista en la Internet]. 2012 Ago. [citado 2015 Mar 08] ; 18(2): 23-30. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000200003&lng=es.

20. Flores G Elizabeth, Rivas R Edith, Seguel P Fredy. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Cienc. enferm. [revista en la Internet]. 2012 Abr [citado 2015 Mar 08] ; 18(1): 29-41. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000100004&lng=es.

21. Contreras Gallego Azahara, López Soto Pablo, Crespo Montero Rodolfo. Análisis de la relación entre nivel de dependencia del paciente en hemodiálisis y sobrecarga del cuidador principal. Enferm Nefrol [revista en la Internet]. 2014 Jun [citado 2015 Mar 09] ; 17(2): 98-103. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842014000200003&lng=es

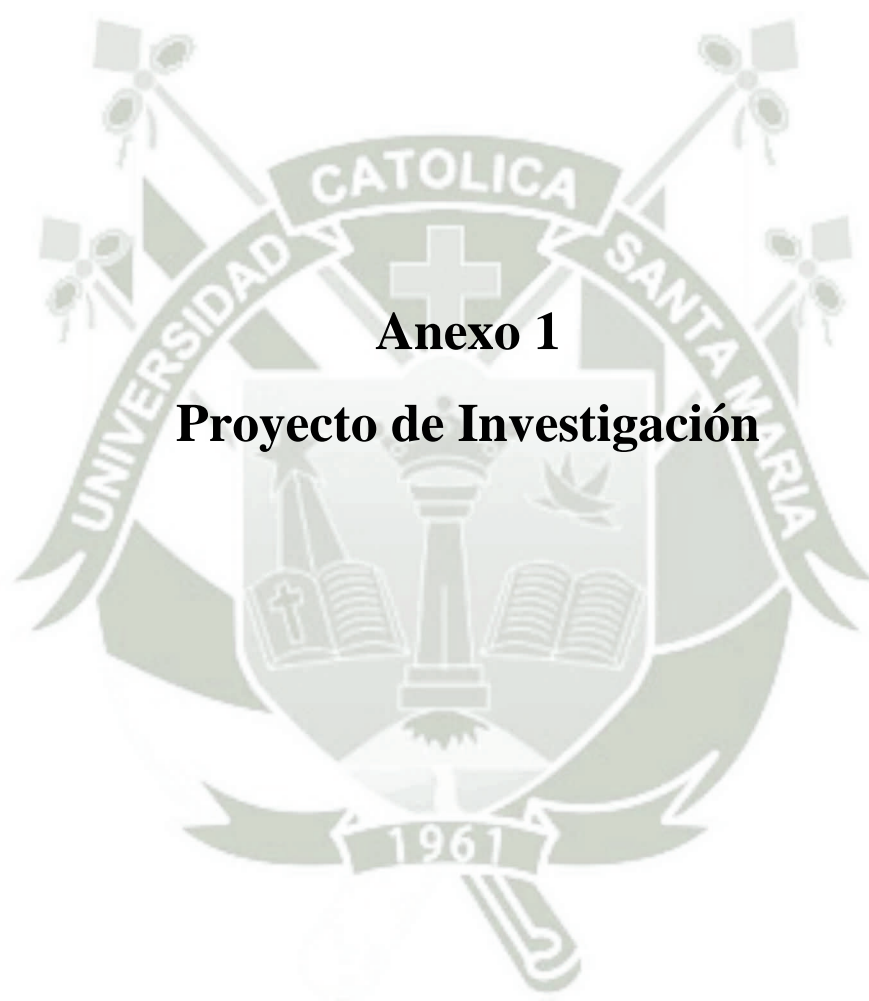
22. Jofré Aravena Viviane, Sanhueza Alvarado Olivia. Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. Cienc. enferm. [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2015 Mar 09] ; 16(3): 111-120. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300012&lng=es

23. López Gil M^a Jesús, Orueta Sánchez Ramón, Gómez-Caro Samuel, Sánchez Oropesa Arancha, Carmona de la Morena Javier, Alonso Moreno Francisco Javier. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. Rev. Clin Med Fam [revista en la Internet]. 2009 Jun

[citado 2015 Mar 09] ; 2(7): 332-339. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200004&lng=es







Anexo 1

Proyecto de Investigación

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana Programa Profesional de Medicina Humana



PROYECTO DE TESIS

“ANSIEDAD Y FACTORES ASOCIADOS AL GRADO DE SOBRECARGA EN EL FAMILIAR CUIDADOR DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA ESTADIO 5, EN TERAPIA DE SUSTITUCIÓN RENAL DE LA RED ASISTENCIAL – ESSALUD – PUNO - 2015.”

*Proyecto De Tesis Presentado Por el
Bachiller en Medicina humana:*

José Paul Martínez Ruelas

Para Optar El Título Profesional De

Médico Cirujano.

Arequipa – Perú

2015

I. PREÁMBULO

La enfermedad renal crónica se define como la presencia persistente durante al menos 3 meses de alteraciones estructurales o funcionales del riñón, presentando a su vez alteraciones en estudios de laboratorio, en sangre u orina, estudios por imagen o biopsia, independientemente que se acompañen o no de una disminución de la tasa de filtración glomerular $<$ de $60\text{ml/min por }1,73\text{m}^2$ de superficie corporal. Se clasifica en cinco estadios, según la gravedad de la reducción de la tasa de filtración glomerular estimada. Los estadios 1 y 2 representan el riesgo de una reducción progresiva en la tasa de filtración glomerular, el estadio 3, que a su vez se subdivide en 3a (leve a moderado) y 3b (moderado a grave) junto con el estadio 4 o grave, representan la insuficiencia renal crónica temprana y tardía grave respectivamente. Finalmente el estadio 5 constituye la falla renal y uremia, condiciones en las que se debe iniciar con la terapia de sustitución renal. (1) En la actualidad el aumento en la incidencia y prevalencia de la enfermedad renal crónica, hace que exista la posibilidad de un crecimiento en la dependencia, fragilidad y necesidad de cuidados hacia estos pacientes. Las características de la enfermedad como el tratamiento de hemodiálisis, o diálisis peritoneal, provocan una serie de cambios que afectan de manera importante la vida de los pacientes y la de sus familias. La tarea de cuidar se complejiza demandando tiempo y dedicación, fundamentalmente por parte del familiar, quien es por excelencia, encargado de mantener y preservar la salud, y estabilidad afectivo-emocional del paciente, aunque ello implique sacrificios y esfuerzos innumerables. (2) Este cuidador principal dedica la mayor parte de su tiempo a supervisar la vida diaria de la persona, atendiendo sus necesidades y tomando decisiones que favorecen positivamente a sobrellevar la enfermedad que padece el paciente pero que en otros

casos, debido al desgaste que experimentan, suelen alterar su ritmo de vida habitual presentando repercusiones negativas en su salud, que se manifiestan como problemas físicos, mentales, sociales y económicos, excluyendo al paciente de su autonomía y cuidado personal. A este desgaste se le denomina ‘carga’, sobrecarga, burnout, síndrome del cuidador o claudicación del cuidador. (3) El cual repercute en la salud mental del familiar, con posibles desventajas socioeconómicas, factores socioculturales y problemas emocionales, entre otros. Desencadenando en él, un estado de estrés y ansiedad, siendo tal situación desconocida para este centro de salud y que despierta nuestro interés para brindar una atención integral a los pacientes.



II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál son los niveles de ansiedad y los factores asociados al grado de sobrecarga en el familiar cuidador del paciente con insuficiencia renal crónica estadio 5 en terapia de sustitución renal de la red asistencial – Essalud – Puno – 2015?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Salud mental.
- Línea: Ansiedad y sobrecarga del cuidador.

b) Análisis u Operacionalización de Variables

CUADRO 01			
Variable	Indicador	Valores o categorías	Tipo de variable
Variable dependiente.			
Sobrecarga del cuidador.	Puntaje en la escala de ZARIT.	22-46 (no sobrecarga) 47-55 (sobrecarga leve) 56-110 (sobrecarga intensa)	Numérica Ordinal
Variables independientes – factores asociados.			
Ansiedad	Puntaje en la escala de ansiedad de HAMILTON.	0-5 (No ansiedad) 6-14 (Ansiedad menor) 14 o más (Ansiedad clínicamente manifiesta) 15 o más (Ansiedad mayor)	Numérica ordinal.

Factores asociados al cuidador.	Edad	Años cumplidos	Numérica continúa.
	Sexo	Masculino/ femenino	Catagórica Nominal
	Parentesco	Esposa/Esposo Hermana/Hermano Hija / Hijo Nuera Otros	Catagórica Nominal
	Grado de instrucción	Ninguno, Primaria, Secundaria, Superior	Catagórica Nominal
	Estado de salud	Sano; enfermo y en tratamiento; enfermo y no sigue tratamiento	Catagórica Nominal
	Nivel socioeconómico	<1500 soles; 1500 a 3500 soles; > a 3500 soles.	Numérica Ordinal.
	Apoyo en el cuidado	Ninguna familiares otros	Catagórica Nominal
	Tiempo aproximado desde que el paciente está en terapia de reemplazo renal.	3 meses a 6 meses. 6 meses a 1 año 1 año a 3 años. Más de 3 años	Numérica continúa.

Fuente: Elaboración personal

c) Interrogantes básicas :

- 1) ¿Cuáles son las características sociodemográficas del familiar cuidador del paciente con insuficiencia renal crónica estadio 5, que recibe terapia de sustitución renal de la red asistencial – Essalud – Puno - 2015?
- 2) ¿Cuál es el nivel de ansiedad medido a través de la escala de Hamilton en el familiar cuidador del paciente con insuficiencia renal crónica estadio 5, en terapia de sustitución renal de la red asistencial – Essalud – Puno - 2015?
- 3) ¿Cuál es el grado de sobrecarga en el familiar cuidador del paciente con insuficiencia renal crónica estadio 5 a través de la escala de sobrecarga de Zarit, en terapia de sustitución renal en la red asistencial – Essalud – Puno – 2015?
- 4) ¿Cuáles son los factores asociados al grado de sobrecarga en el familiar cuidador

del paciente con insuficiencia renal crónica estadio 5, en terapia de sustitución renal de la red asistencial – Essalud – Puno - 2015?

- d) **Tipo de investigación:** La presente investigación es un estudio de campo, transversal.
- e) **Nivel de investigación.** Es un estudio descriptivo.

1.3. Justificación del problema

Originalidad. La evaluación de la ansiedad y sobrecarga en aquellos familiares cuidadores de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal es un tema poco desarrollado en nuestra región y desconocido para la red asistencial Essalud-Puno, razón por la cual se identificó que esta población representa una oportunidad para investigar sobre el tema.

Tiene **relevancia científica**, ya que permitirá contribuir al conocimiento de la influencia de un paciente que padece de una enfermedad crónica en la salud de su familiar. Tiene **relevancia práctica** ya que permitirá establecer la ansiedad y los factores asociados relacionados al grado de sobrecarga identificándolos. Los cuales pueden ser tratables y prevenibles. Conociéndose los hallazgos en estos casos para poder buscarlos de manera activa en casos similares en el futuro. Tiene **relevancia social**, ya que en la población existen pacientes que padecen de insuficiencia renal crónica terminal que requieren del apoyo de un cuidador, además al ser la red asistencial Essalud Puno, el lugar donde se les brinda los servicios de hemodiálisis, diálisis peritoneal, evaluación clínica y seguimiento de todos los asegurados de la región, resulta ideal para mostrar el nivel de ansiedad y el grado de sobrecarga, además de establecer los factores asociados a este.

El estudio es **contemporáneo** ya actualmente tratamos pacientes con

enfermedades crónicas, lo cual significa muchas veces no lograr su curación, buscando su control y tratamiento de forma permanente, evitando complicaciones y en muchos casos su muerte. Es por ello que este estudio se enfoca en los familiares que conviven y brindan su tiempo al cuidado de estos, enfocándonos en la ansiedad, los factores que se asocian al grado de sobrecarga que experimentan al cumplir esta noble tarea.

El estudio es **factible** de realizar por tratarse de un estudio de campo en un grupo de familiares cuidadores de pacientes identificados.

Además de satisfacer la **motivación personal** de realizar una investigación en el área de salud mental. Lograremos una importante **contribución académica** al campo de la medicina, conociendo el grado de sobrecarga en el familiar cuidador, su gravedad y factores asociados, podremos proyectar medidas de salud mental y cambio de estilo de vida saludables que contribuyan a mejorar la salud de nuestra población, en especial la de los familiares y pacientes de hemodiálisis y diálisis peritoneal de la red asistencial Essalud Puno. Por último cumplimos con las **políticas de investigación** de la Universidad en esta etapa importante del desarrollo profesional con el desarrollo del proyecto en el área de pregrado en medicina.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La Insuficiencia Renal Crónica representa uno de los principales problemas de salud pública debido a su elevada prevalencia como por su importante

morbimortalidad cardiovascular, con todos los costes sociales y económicos que esto implica. (4)

Esta incidencia incrementada de enfermedades crónicas en especial las enfermedades renales, se deben al aumento en el número de pacientes diabéticos, hipertensos con enfermedades degenerativas como el lupus entre otras y a su vez al aumento de la población adulta mayor.

La insuficiencia renal crónica es la pérdida progresiva e irreversible por tres meses o más de la función renal. La fase 5 es la etapa en la que la función renal debe ser sustituida por la hemodiálisis, la diálisis peritoneal, o el trasplante renal, métodos que mantendrán la vida del enfermo.

Según datos estimados a nivel global existirían más de 135 millones de diabéticos y más de 1 000 millones de hipertensos. Según La Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2025 habrá 300 millones de personas con diabetes mellitus (DM) en todo el mundo, la mayoría tipo 2 y más de 1 560 millones de hipertensos, incrementándose a su vez los casos de IRCT.

Mundialmente en el 2010, la cifra de enfermos con IRCT que reciben terapia renal de reemplazo (TRR), superaba los 2 500 000 de personas, cifra que aumenta progresivamente, por lo que cada año se eleva el número de pacientes y se incrementa al mismo tiempo el costo de la atención. (2)

Según la Sociedad Peruana de Nefrología (SPN), en el Perú el 40% de los casos de insuficiencia renal crónica terminal se deben a la diabetes y afecta a uno de cada 10 adultos. Los cuales desconocen muchas veces los factores de riesgo de

esta enfermedad que es silente y asintomática. Siendo responsable de más de la mitad de personas que esperan por un donante de riñón. (4)

2.2. EL CUIDADOR.

Habitualmente es un familiar directo (cuidador primario), que convive y mantiene la responsabilidad de proveer recursos a un paciente, incapaz de auto sustentarse.

Debido a ello la persona puede presentar el fenómeno de “sobrecarga o estrés del cuidador” a causa de la tarea asumida, presentando, desatención de la propia salud, de su proyecto vital y vida social; acompañado de un deterioro de la vida familiar, muchas veces relacionado a dinámicas culposas, rabiosas y manipuladoras y finalmente una fuerte dosis de ansiedad o frustración por falta de preparación y conocimiento técnico en el cuidado de pacientes dependientes.

El deterioro de la salud mental, social y física del cuidador, suele presentarse con frecuentes trastornos ansioso-depresivos, aislamiento social, empeoramiento de la situación económica familiar, mayor morbilidad general e incluso mayor mortalidad, que en la población no sobrecargada.

El cuidador tiene la tendencia de no buscar o aprovechar la ayuda médica ofrecida, postergándose y priorizando la atención a las dolencias de su familiar dependiente, manteniendo la mayoría de los casos, sus propias patologías sin diagnosticar. (5)

En todos los cuidadores aparecen emociones y sentimientos tanto positivos como negativos en distintos grado e intensidad hacia la persona que cuida y hacia sí mismo, y que pueden convertir la tarea del cuidado en una labor difícil y, en ocasiones hasta frustrante para las personas que la desempeñan. (6)

En los últimos años, algunos estudios demostraron que la calidad de vida de los cuidadores de pacientes con diferentes tipos de enfermedades crónicas se ve afectada, sin embargo, existen pocos reportes acerca de la necesidad social, psicológica, apoyo económico, o educativos que se ofrecen a los cuidadores.

La sobrecarga es la carga sustancial impuesta a aquellas personas directamente responsables de dar cuidado, suministrar apoyo tanto a pacientes jóvenes como adultos con cualquier enfermedad crónica.⁽⁷⁾

El fenómeno de sobrecarga emocional ha sido documentado y descrito, en un principio en los profesionales de la salud, con el nombre de “síndrome de Burnout”, para luego generalizarlo a otras profesiones y actividades. Se ha definido el burnout como el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por el involucramiento crónico en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes. El Burnout tiene un carácter tridimensional:

- a) agotamiento emocional, disminución y pérdida de recursos emocionales.
- b) despersonalización, desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y cinismo hacia las personas que se deben atender.
- c) reducida realización personal, tendencia a evaluar el propio trabajo en forma negativa, sentimientos de baja auto-estima.

En un principio muchos de los cuidadores primarios aceptan su nuevo rol como cuidadores con un sentido de idealismo, de esperanza y deseo de hacer las cosas bien, pero al paso del tiempo llega la fatiga, las desilusiones y la frustración. El Burnout del cuidador, conocido ahora como “agotamiento compasivo” es una

sensación de estar completamente abrumado y abandonado, siendo común en los cuidadores de enfermos crónicos. (5)

Los cuidadores pueden llegar a padecer depresión, ansiedad, aislamiento, fatiga, relaciones sociales tensas y tensiones financieras. Considerando a la sobrecarga como un factor importante en su calidad de vida. (7)

El ser cuidador es un riesgo de problemas en su propia salud, pueden experimentar problemas graves de salud física y mental derivados del estrés por las circunstancias en que se desarrolla el cuidado. En si la carga del cuidador engloba múltiples dimensiones por lo que, este término no puede ser resumido en un único concepto sino que tiene que ser entendido dentro de un proceso multidimensional.

Muchas veces los síntomas que desarrollan los cuidadores sometidos a sobrecarga no son detectados en la consulta de Atención Primaria y por lo general carecen de explicación clínica definida; muchos pacientes presentan estos síntomas de modo incidental pero otros los padecen crónicamente y pasan mucho tiempo buscando atención médica.

Los síntomas somáticos en estos pacientes son expresiones de dificultades emocionales que resumen complejas interacciones psicológicas, vitales, familiares y sociales, difíciles y estresantes para el sujeto. Este heterogéneo cuadro recibe distintos nombres: somatizaciones, cuadros funcionales o síntomas físicos sin explicación médica. Aplicado a estos sujetos, el modelo biomédico obtiene resultados insatisfactorios. La alta utilización de recursos, estudios innecesarios e interconsultas a especialistas genera altos costos y riesgo de complicaciones iatrogénicas.

Se estima que la prevalencia de síntomas somáticos no explicados como causa de consulta externa en atención primaria es entre 15 y 25% y de estos un 30 a 70% no tienen explicación luego de una evaluación.(8)

Los cuidados son prestados mayoritariamente por una mujer de la familia (esposa, madre o hija) que padece problemas y dificultades para cuidar y que,

personalmente, sufre los impactos del ejercicio intenso y continuado de la labor de cuidadora. (9)

2.3. SOBRECARGA DEL CUIDADOR.

Es La serie de dificultades caracterizadas principalmente por sentimientos de carga, estrés y tristeza.

El SCC se puede describir como una combinación de síntomas de los espectros ansioso y depresivo, por lo que algunas personas podrían diagnosticar SCC con tan sólo existir comorbilidad de éstos; sin embargo, el SCC es más complejo que esto.

En la psicopatología descriptiva se encuentran varios trastornos que correlacionan con el síndrome de carga del cuidador: neurastenia, trastorno mixto ansioso-depresivo, trastornos de adaptación y algunos de sus subtipos y reacción mixta de ansiedad y depresión.

Neurastenia (F48.0 del CIE-10)

Para diagnosticar neurastenia se necesita que se cumplan tres criterios:

- a. Que haya quejas continuas de cansancio progresivo después de un esfuerzo mental o quejas de debilidad física y agotamiento después de esfuerzos mínimos.
- b. Que existan mínimo dos de los siguientes síntomas: sensación de dolor y molestias musculares, mareos, cefaleas tensionales, trastornos del sueño, incapacidad para relajarse, irritabilidad y dispepsia.

- c. Que los síntomas depresivos, si se presentan, no sean lo suficientemente persistentes como para diagnosticar algún trastorno del espectro depresivo.

Trastorno mixto ansioso-depresivo (F41.2 del CIE-10 y DSM-IV)

Se usa esta categoría (según la CIE-10) cuando existen síntomas de ansiedad y depresión, pero ninguno es lo suficientemente intenso como para justificar un diagnóstico por separado. Según el DSM IV, en su apéndice de criterios y ejes para estudios posteriores, debe cumplir con cinco criterios:

- a. Estado de ánimo disfórico recurrente durante al menos un mes.
- b. Que estén presentes mínimo cuatro de los siguientes síntomas: dificultades para concentrarse, trastornos del sueño, fatiga o falta de energía, irritabilidad, preocupaciones, llanto fácil, hipervigilancia, anticipación del peligro, desesperanza y baja autoestima.
- c. Que provoque deterioro social o laboral o en otras áreas significativas.
- d. Que los síntomas no se deban a efectos de sustancias o a una enfermedad crónica.
- e. Que se cumplan las tres condiciones siguientes:
 - I. nunca haber cumplido criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno de angustia o trastorno de ansiedad generalizada.
 - II. que no se cumplan actualmente criterios para algún trastorno del estado de ánimo o de ansiedad.
 - III. que los síntomas no se expliquen mejor por algún otro trastorno mental.

Trastornos de adaptación (F43.2 del CIE-10) y algunos de sus subtipos

Trastornos de adaptación son estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que interfieren con la actividad social y que aparecen después de un cambio significativo o de un acontecimiento vital estresante. El cuadro rara vez se prolonga más allá de los seis meses, y cuando esto sucede, debe reformularse el diagnóstico de acuerdo con el cuadro clínico presente; además, cualquier estrés mantenido debe ser codificado por alguno de los códigos Z de la misma CIE-10. Cuando el estado depresivo se prolonga más allá de los seis meses, pero menos de dos años, se diagnostica reacción depresiva prolongada (F43.21). En estos trastornos de adaptación se incluyen las reacciones de duelo.

Reacción mixta de ansiedad y depresión (F43.22 del CIE-10)

La reacción mixta es un subtipo de los trastornos de adaptación en el que se encuentran las mismas características del trastorno mixto ansioso-depresivo; sin embargo, se diferencia de éste en cuanto la característica principal es la presencia de un acontecimiento vital estresante o un cambio biográfico significativo como generador de este estado.

Tenemos diferentes trastornos que podrían ser compatibles con el SCC; pero el que más se le asemeja es el trastorno de adaptación de reacción mixta de ansiedad y depresión (F43.22), donde se podría hablar del SCC como una variante de este trastorno.

Se han identificado tres componentes principales para identificar el SCC:

- Impacto del cuidado
- Carga interpersonal

- Expectativas de autoeficacia.

Para ello, el instrumento de evaluación más usado es la Entrevista de carga del cuidador, prueba diseñada por Zarit y Zarit, en 1983, y que se ha validado en todo el mundo. (10)

Evaluación Sobrecarga del cuidador de zarit (zcbi).

Es una prueba psicométrica de calificación objetiva compuesta por 22 ítems, que evalúa la presencia o ausencia de éste, y mediante el análisis por cada uno de sus factores se pueden determinar las cualidades de la carga presente en el cuidador.

La Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (ZCBI) cuyo nombre original es “Zarit Care Burden Interview (ZCBI)” fue diseñado por Zarit, Rever y Bach Peterson que tiene su adaptación al español con Martín et al.

Es un cuestionario diseñado para valorar la vivencia subjetiva de sobrecarga sentida por el cuidador principal de una persona con trastorno mental. Explora los efectos negativos sobre el cuidador en distintas áreas de su vida: salud física, psíquica, actividades sociales y recursos económicos.

Destinada a cuidadores adultos cuenta con 22 ítems en formato de pregunta tipo Likert de 5 puntos (0 = Nunca; 1 = Casi nunca; 2 = A veces; 3 = Bastantes veces; 4 = Casi siempre).

Su Fiabilidad: Consistencia interna de 0.91. Fiabilidad test-retest a los tres meses de 0.86. Validez: Existe una correlación directa y significativa entre las puntuaciones de la Escala de Zarit y las del GHQ, Índice de Katz, Escalas de Trastornos del Comportamiento y de Memoria/Orientación y la Intención de Institucionalización. El análisis factorial arroja tres factores (sobrecarga, rechazo y competencia).

Tiene un tiempo de aplicación de 5 minutos en los que el cuidador responde las preguntas del cuestionario anotando una puntuación para cada cuestión (escala tipo Likert de 5 puntos). La puntuación total es la suma de todos los ítems y el rango oscila entre 22 y 110. A mayor puntuación, mayor nivel de carga del cuidador. No existen normas o puntos de corte establecidos. En la versión española se proponen como puntos de corte los siguientes: 22-46 (no sobrecarga), 47-55 (sobrecarga leve); y 56-110 (sobrecarga intensa)

(11; 12)

Características del SCC.

- Trastornos en el patrón de sueño.
- Irritabilidad.
- Altos niveles de ansiedad.
- Reacción exagerada a las críticas.
- Dificultad en las relaciones interpersonales.
- Sentimientos de desesperanza la mayor parte del tiempo.
- Resentimiento hacia la persona que cuida.
- Pensamientos de suicidio o de abandono.
- Frecuentes dolores de cabeza o de espalda.
- Pérdida de energía, sensación de cansancio.
- Aislamiento.
- Pérdida del interés.
- Dificultades para concentrarse y alteraciones de memoria.

Tratamiento-intervenciones

Se encuentran un total de 16 tipos de intervenciones psicosociales:

1. *Educación general*. Consiste en la presentación formal de información como lecturas o presentaciones sin discusiones en cualquier tema relacionado con el cuidado en la categoría de información general. Cuando no hay información detallada, se suministra mediante asesoría.
2. *Discusión general*. Se incluyen discusiones individuales y de grupo entre los pacientes y el facilitador.
3. *Grupos de apoyo*. Se trata de grupos conformados por personas con las mismas características, en los que entre ellos mismos hablan y discuten de las situaciones referentes al cuidado.
4. *Entrenamiento en habilidades sociales*. Se realiza en diferentes modalidades, como juego de roles, modelamiento, ensayos, entrenamiento en asertividad o entrenamiento en comunicación verbal y no-verbal.
5. *Apoyo social*. La intervención está enfocada en una manipulación del apoyo. Se realiza mediante la enseñanza de habilidades de interacción entre la familia con énfasis en incrementar la red de apoyo, reducir el aislamiento social y aumentar el apoyo social.
6. *Actividades sociales*. Son intervenciones que incluyen actividades como comidas, excursiones y ejercicios en grupo.
7. *Resolución cognitiva de problemas*. Son estrategias en caminadas a mejorar la respuesta ante los estresores que implica el cuidado, a fin de disminuir sus consecuencias negativas.
8. *Terapia cognitiva*. Son intervenciones que intentan directamente modificar una cognición individual, como el tipo de creencias más frecuentes con respecto a la situación de cuidado.

9. *Habilidades cognitivas*. Es un tipo de intervención en la que solamente se utilizan técnicas como distracción, imaginación guiada, dirección en la atención, disociación, etc.

10. *Habilidades prácticas de cuidado*. Consiste en la enseñanza de habilidades prácticas, como el bañar o levantar. Incluyen sesiones de demostración donde el cuidador puede poner en práctica las habilidades que ha aprendido, pero no incluye discusiones simples o habilidades prácticas.

11. *Conservación de grabaciones*. Se solicita al paciente el consentimiento para conservar las grabaciones. Las grabaciones que servían puramente para propósitos evaluativos, antes y después del programa, no se incluyen en este tipo de intervención.

12. *Relajación*. Enseñanza de cualquier técnica de relajación, como la de tensión/distensión.

13. *Terapia de conducta*. Incluye programas en los que se aplican principios de la teoría del aprendizaje y se usan una o más técnicas de las siguientes: establecimiento de metas formalizado (escrito como opuesto a lo verbal), contratos en las metas y reforzamiento verbal o material.

14. *Psicoterapia y consejería*. Intervenciones individuales o grupales de consejería o psicoterapia, diferentes a la terapia cognitiva.

15. *Respiración*. Se nombra como tipo de intervención cuando se ofrece en forma de cuidado en el día o en la noche.

16. *Misceláneo*. Toma este nombre cuando se nombran componentes de intervención amplios, pero no aclaran los detalles, como los componentes

cognitivo- conductuales, las habilidades sociales o la terapia de prevención de recaídas.

2.4. ANSIEDAD

La ansiedad es una experiencia emocional que todos estamos familiarizados con ella, pero no por eso fácil de definir. La ansiedad es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. En exceso, la ansiedad es nociva, mal adaptativa, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades.

Significados clínicos de ansiedad. En la semiología psiquiátrica la ansiedad se conceptualiza como sentimiento, síntoma, síndrome y enfermedad:

Ansiedad como sentimiento es una sensación normal de tensión provocado por estímulos internos como recuerdos, pensamientos, fantasías o problemas.

Ansiedad como síntoma (ej. "siento como si me van a dar una mala noticia" o "como un mal presentimiento", "nerviosismo", "ansias", "temor a no se que", etc.)

Forma parte de cualquier enfermedad psiquiátrica y constituye el componente psicológico esencial de los trastornos de ansiedad. El síntoma ansiedad es al trastorno por ansiedad lo que la tristeza es al trastorno por depresión.

Ansiedad como síndrome es el conjunto de síntomas psíquicos, físicos y conductuales, mediados por mecanismos neurobiológicos y asociados a diferentes etiologías. El síndrome ansioso puede ser secundario a intoxicación, abuso, abstinencia o efecto secundario de sustancias; hipertiroidismo, hipoglicemia,

insuficiencia cardíaca, epilepsia, o bien ser producido por cualquier trastorno de ansiedad.

La ansiedad como enfermedad es cuando el cuadro clínico ansioso está claramente definido, tiene su propia etiopatogenia, evolución, pronóstico y tratamiento. Es por lo tanto un trastorno primario (ej. trastorno por pánico, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por fobia social, etc.).

(13)

FISIOPATOLOGIA

TRASTORNOS POR ANSIEDAD Y SISTEMA LIMBICO. En los trastornos por ansiedad participan algunas de las estructuras cerebrales que conforman el sistema límbico, y es ahí en donde se ha observado que los fármacos ansiolíticos ejercen algunas de sus acciones. El sistema límbico es el responsable de las emociones y de las estrategias asociadas a la sobrevivencia. Entre estas emociones se encuentran: el miedo, la furia, las sensaciones ligadas al sexo o al placer y también al dolor y a la angustia.

El estrés crónico, disminuye los niveles cerebrales del ácido gamma-amino butíricos (GABA) en el hipocampo de la rata (18), lo que coincide con observaciones en humanos en estado ansioso y depresivo, en quienes se han encontrado niveles disminuidos de GABA en el líquido cefalorraquídeo. En consistencia, la administración de fármacos ansiolíticos que tienen acciones agonistas GABAérgicos, disminuyen algunos síntomas de la ansiedad y de la depresión. Sin embargo, otros neurotransmisores como la serotonina (5-HT), la noradrenalina (NA) y la dopamina (DA) también están involucrados en la fisiopatología de los trastornos por ansiedad.

COMPLEJO DE RECEPTOR GABA.

El GABA es el neurotransmisor inhibitor más importante en el Sistema Nervioso Central (SNC), donde aproximadamente el 30 % de las sinapsis son GABAérgicas. Se han propuesto dos tipos de receptores para el GABA: los receptores GABAA y los GABAB; los primeros están asociados con receptores a benzodiazepinas y canales de membrana para el ión cloro. Los segundos se relacionan con la adenilato ciclasa y parecen no estar modulados por las benzodiazepinas. En el contexto de la ansiedad, se ha demostrado que las benzodiazepinas y otras drogas ansiolíticas ejercen sus acciones por la estimulación de los receptores GABAA. Estos receptores se encuentran localizados sobre la membrana neuronal y contienen un sitio de alta afinidad para las benzodiazepinas.

El receptor GABAA es un pentámero integral de un complejo de glicoproteínas hetero-oligoméricas transmembranales, constituido por dos subunidades, una α de 50 KDa y otra β de 55 kDa. En un principio, se consideraba que la subunidad α era el sitio de afinidad para el GABA y la subunidad β para las benzodiazepinas, sin embargo, algunos estudios proponen que ambas subunidades reconocen tanto al GABA como a las benzodiazepinas. El complejo de receptores GABAA está constituido por varias subunidades que forman un canal iónico y contiene el sitio de reconocimiento para el GABA y otras sustancias agonistas como las benzodiazepinas y los barbitúricos, y antagonistas como la picrotoxina, además, de un sitio de reconocimiento de algunos esteroides neuroactivos como la progesterona y de su metabolito, la alopregnanolona. Cuando los sitios de reconocimiento de los receptores son ocupados por los agonistas, se incrementa la actividad GABAérgica. Por el contrario, cuando son ocupados por antagonistas la

actividad GABAérgica disminuye. Por ejemplo, cuando las benzodiazepinas se acoplan a los receptores GABAA pos sinápticos, conducen a un incremento de la frecuencia de apertura del canal iónico, con un consecuente aumento del flujo de iones Cl⁻ hacia el interior de la neurona. Esto provoca una hiperpolarización neuronal que produce un efecto inhibitorio. Por el contrario, los antagonistas bloquean la apertura de los canales iónicos, con la consecuente desinhibición neuronal, cuyo efecto produce una excitación que puede provocar convulsiones. A partir de estudios químicos y farmacológicos, se ha establecido que los receptores GABAA están constituidos por un complejo de proteínas oligoméricas que forman subunidades con múltiples sitios de reconocimiento de varios agentes ansiolíticos, sedantes y anticonvulsivantes. El hecho de que las drogas ansiolíticas y sedantes intervengan en la neurotransmisión GABAérgica hace que los receptores GABAA constituyan un sitio de interés para investigar los mecanismos cerebrales involucrados en la ansiedad y en las acciones de los fármacos ansiolíticos.⁽¹⁴⁾

CUADRO CLINICO

Criterios DSM IV para el diagnóstico de F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada (300.02)

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. Inquietud o impaciencia
2. Fatigabilidad fácil
3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
4. Irritabilidad
5. Tensión muscular
6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

CRITERIOS CIE-10 PARA EL DIAGNÓSTICO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.

La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre flotante"). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

Pautas para el diagnóstico

El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

- a) Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.).
- b) Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).
- c) Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).
- d) En los niños suelen ser llamativas la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas recurrentes.

La presencia transitoria (durante pocos días seguidos) de otros síntomas, en particular de depresión, no descarta un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada, pero no deben satisfacerse las pautas de episodio depresivo, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno de pánico o trastorno obsesivo-compulsivo.

Incluye: Estado de ansiedad. Neurosis de ansiedad. Reacción de ansiedad.

Excluye: Neurastenia. (15)

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel nacional

3.1. Autores: Akintui Villalobos, Yasling Danmis ; López Araujo, Christian

Antonio

Título: Asociación entre calidad de vida y nivel de sobrecarga del cuidador primario de paciente con enfermedad renal crónica estadio 5 en tratamiento con hemodiálisis en la región Lambayeque durante el año 2012

Fuente: Tesis presentada en la Universidad Católica Santo Toribio De Mogrovejo. 2014

Resumen:

Objetivo: Determinar la asociación entre la calidad de vida y el nivel de sobrecarga del cuidador primario del paciente en hemodiálisis. **Material y métodos:** Estudio transversal analítico, realizado en 204 cuidadores. Se utilizó el cuestionario de calidad de vida SF-36, el cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit y el test de dependencia Delta.

Se evaluó la asociación utilizando el análisis bivariado mediante el método ANOVA, Kruskal Wallis, t de Student y coeficiente de correlación de Pearson; y el análisis multivariado con regresión lineal. **Resultados:** La mayoría de cuidadores primarios tenían a cargo a su cónyuge (34,3%). El promedio de edad fue 43,9 años ($\pm 12,5$ DE). El nivel de sobrecarga intensa representó el 47,1% y el grado de dependencia asistido leve representó el 45,1%.

Los componentes de salud física (CSF) y salud mental (CSM) muestran una media de 49,6 ($\pm 8,4$ DE) y 41,4 ($\pm 12,2$ DE). En el análisis bivariado se halló asociación entre el nivel de sobrecarga y los CSF ($p= 0,024$) y CSM ($p> 0,001$); asimismo, entre el nivel de dependencia y el CSM ($p> 0,001$). En el análisis multivariado se encontró que los cuidadores primarios con sobrecarga intensa presentan -15,48 (IC 95%, -20,24- -10,72, $p>0,001$) puntos en el CSM en comparación con aquellos sin sobrecarga.

Los cuidadores primarios cuyos pacientes presentaron niveles de dependencia grave muestran -18,03 (IC 95%, -25,14- -10,93, $p>0.001$) puntos en el CSM en comparación con los cuidadores primarios cuyos pacientes eran válidos. Conclusiones: Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el nivel de sobrecarga del cuidador con la calidad de vida del cuidador primario del paciente en hemodiálisis. (7)

3.2. Autor: Jenny Janet López López

Título: Calidad De Vida En Cuidadores Informales De Adultos Mayores Con Enfermedades Crónicas Del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen

Fuente: Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería, Escuela De Enfermería Padre Luis Tezza, afiliada a La Universidad Ricardo Palma, 2013.

Resumen:

Introducción: El cuidador informal es un miembro de la familia, que aparte de desempeñarse en sus actividades cotidianas y de realización personal, se ocupa del cuidado de un familiar que tiene alguna enfermedad crónica y está incapacitado para auto cuidarse y/o satisfacer sus necesidades básicas. Presenta desgaste físico y mental que desencadena una “crisis” y le origina una sobrecarga, posible aparición de estrés, disminución de horas de sueño y consumo de fármacos.

Objetivo: Determinar el nivel de calidad de vida en cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónicas concurrentes a los servicios de Enfermería de Geriatría, Medicina Interna y Neurocirugía del H.N.G.A.I.

Metodología: Estudio de tipo cuantitativo, método observacional y diseño descriptivo; cuya población fue constituida por cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónicas que acuden al H.N.G.A.I, con una muestra es 52 personas. Utilizándose como instrumentos: el test de índice de Barthel (grado de dependencia del adulto mayor cuidado), cuestionario SF-36 (calidad de vida) y escala de Zarit (sobrecarga laboral). La recolección de datos fue realizada entre abril-julio 2012, aplicando las técnicas de revisión de historias clínicas y entrevistas. El proyecto fue aprobado por el comité de ética en investigación del hospital.

Resultados: La mayoría de los cuidadores informales tenía 51 años o más y era mujer, con grado de instrucción superior; la dimensión mental fue la más afectada, siendo el rol emocional el de peor calidad de vida; con una mejor calidad de vida en la dimensión física con el rol físico y una sobrecarga baja, a pesar que el adulto mayor con enfermedad crónica tenía una dependencia de grave a moderado.

Conclusiones: La mayoría de cuidadores informales indicó tener una mejor calidad de vida de forma global, aunque la dimensión mental se vio más afectada. Cabiéndole al personal de enfermería dar el soporte interviniendo oportunamente.

(16)

A nivel internacional

3.3. **Autores:** Lic. Yuneisi Velázquez Pérez, Dr. C. Ana Margarita Espín Andrade.

Título: Repercusión psicosocial y carga en el cuidador informal de personas con insuficiencia renal crónica terminal.

Fuente: investigación publicada en Revista Cubana de Salud Pública. 2014; 40(1).

Resumen:Objetivos: Describir características demográficas, socioeconómicas, y psicológicas en cuidadores informales de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, y evaluar la carga, atendiendo a edad, sexo, parentesco, ansiedad y depresión.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal, en 24 cuidadores informales, de febrero a septiembre de 2011. Se aplicaron el cuestionario de caracterización del cuidador, inventarios autoevaluativos para depresión y ansiedad, la escala psicosocial del cuidador y la escala de carga de Zarit.

Resultados: Los cuidadores eran en su mayoría mujeres de 40 a 59 años, preuniversitarias, cónyuges del enfermo, sin vínculo laboral, convivían con este, lo cuidaban hacía más de 5 años a tiempo completo y lo atendían por razones afectivas. Poseían información sobre la enfermedad, no tenían experiencia en cuidar y padecían de problemas nerviosos, osteomusculares y cefalea. Utilizaban estrategias de afrontamiento centrado en el problema y en las emociones.

El 100% tuvo niveles medios y altos de ansiedad y depresión. Como afectación socioeconómica predominó la limitación del tiempo libre, poco apoyo percibido, escasas relaciones sociales, problemas económicos y dificultades laborales. Emergieron sentimientos negativos como miedo, angustia, irritabilidad y soledad. Casi la mitad de los cuidadores presentó carga, siendo más evidente en el grupo de menores de 40 años, madres del enfermo, donde los niveles de ansiedad y depresión fueron altos.

Conclusiones: El cuidado del paciente conlleva una gran carga y afectaciones en la esfera social, psicológica, económica y laboral, y del estado de salud en general, que pudiera repercutir en la calidad de vida del enfermo y del propio cuidador. (2)

4. OBJETIVOS.

4.1. General

Determinar la ansiedad y los factores asociados al grado de sobrecarga en los familiares cuidadores de los pacientes con insuficiencia renal crónica estadio 5, en terapia de sustitución renal de la red asistencial Essalud- Puno – 2015.

4.2. Específicos

- 1) Determinar las características sociodemográficas del familiar cuidador del paciente con insuficiencia renal crónica estadio 5, en terapia de sustitución renal de la red asistencial Essalud- Puno – 2015,
- 2) Determinar el nivel de ansiedad mediante la escala de Hamilton en el familiar cuidador del paciente con insuficiencia renal crónica estadio 5, en terapia de sustitución renal de la red asistencial Essalud- Puno – 2015,
- 3) Determinar el grado de sobrecarga en el familiar cuidador del paciente con insuficiencia renal crónica estadio 5, en terapia de sustitución renal de la red asistencial Essalud- Puno – 2015, mediante el Test de Zarit.
- 4) Determinar los factores asociados al grado de sobrecarga en el familiar cuidador del paciente con insuficiencia renal crónica estadio 5, en terapia de sustitución renal I de la red asistencial Essalud- Puno – 2015.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

3. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la entrevista

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (anexo 02); se aplicara la escala de sobrecarga del cuidador- Test de ZARIT (anexo 03) para hallar el grado de sobrecarga y la escala de ansiedad de HAMILTON (anexo 04) para medir el nivel de ansiedad.

Materiales:

- Fichas de investigación.
- Escala del cuidador- Test de ZARIT.
- Escala de ansiedad –Test de HAMILTON.
- Material de escritorio.
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

4. Campo de verificación

2.4. Ubicación espacial: La presente investigación se realizará en el servicio de Diálisis peritoneal (DIPAC) del Hospital Essalud base III Puno y la clínica de hemodiálisis SERMEDIAL servicios médicos y diálisis del sur virgen de la candelaria – Puno.

2.5. Ubicación temporal: El estudio se realizara en forma coyuntural durante el primer trimestre del año 2015.

2.6. Unidades de estudio: familiar cuidador de pacientes con insuficiencia renal crónica estadio 5 en terapia de sustitución renal en hemodiálisis y diálisis peritoneal, de la red asistencial Essalud- Puno durante el periodo de estudio.

2.7. Población: la población total de pacientes que reciben hemodiálisis y diálisis peritoneal de manera regular, en la red asistencial Puno.

2.8. Muestra: el siguiente estudio pretende hacer la investigación en la población total por lo que no se requiere de realizar un muestreo.

Criterios de selección:

– **Criterios de Inclusión**

- Familiar cuidador del paciente con diagnóstico de insuficiencia renal crónica estadio 5 en terapia de sustitución renal en hemodiálisis o diálisis peritoneal de la red asistencial Essalud- Puno.
- Participación voluntaria en el estudio, firma de consentimiento informado.(anexo 01)

– **Criterios de Exclusión**

- Ausencia o negativa de los cuidadores a participar en el estudio.
- Fichas y Registros incompletos.

5. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Contando con el proyecto de tesis, planeamiento y permiso del director del Hospital Essalud base III – Puno, así como del gerente de la clínica de hemodiálisis SERMEDIAL, se identificara a los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que se encuentran recibiendo terapia de reemplazo de función renal de diálisis peritoneal ambulatoria continua, DIPAC, y hemodiálisis respectivamente. Durante su evaluación clínica mensual se realizara la entrevista a sus respectivos cuidadores, haciendo uso de la Escala del cuidador- Test de ZARIT, la escala de

ansiedad de HAMILTON y la ficha de recolección de datos, cuidando que estos sean de forma confidencial y anónima firmando el consentimiento informado. Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis

3.2. Recursos

a) Humanos

- Investigador, asesor, personal técnico y asistencial del servicio de DIPAC, y clínica de hemodiálisis SERMEDIAL.

b) Materiales

- Fichas de investigación
- Escala del cuidador- Test de ZARIT.
- Escala de ansiedad – Test de Hamilton.
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

c) Financieros

- Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

La escala de ansiedad de HAMILTON valora la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento. No distingue síntomas específicos de un trastorno de ansiedad, ni entre un

desorden de ansiedad y una depresión ansiosa. A pesar de discriminar adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos.

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems.

El rango va de 0 a 56 puntos. Validez: La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi ($r = 0,63 - 0,75$) y con el Inventario de Ansiedad de Beck20 ($r = 0,56$).

Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton 21, 22 ($r = 0,62 - 0,73$). Es sensible al cambio tras el tratamiento. (18)

La Sobrecarga del cuidador se definió como la medida de carga a la que está expuesto el cuidador del paciente adulto mayor; se utilizó la Escala de Zarit, que ha sido la más utilizada a nivel internacional, validado para nuestro medio y en diversos idiomas incluyendo el español.

La escala consta de 22 preguntas, que evalúan calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente al cuidado; tiene una sensibilidad de 84,5% y una especificidad de 85,3% para ausencia de sobrecarga y una sensibilidad de 89,7% y una especificidad de 94,2% para sobrecarga intensa; esta escala clasifica a los participantes con ausencia de sobrecarga (22 – 46 puntos), sobrecarga ligera (47 – 55 puntos) y con sobrecarga intensa (56 – 110 puntos). (8; 11; 18).

3.4. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 2, 3 y 4 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

c) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleará estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. La comparación de variables categóricas entre grupos independientes se realizará con la prueba chi cuadrado. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.19.0.

IV. Cronograma de Trabajo

CUADRO 02

ACTIVIDADES	Enero		Febrero				marzo			
	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema										
2. Revisión bibliográfica										

3. Aprobación del proyecto										
Ejecución, análisis e interpretación										
4. Informe final										

Fuente: elaboración personal.

Fecha de Inicio: 19/01/2015

Fecha probable de termino: 16/03/2015



V. Bibliografía Básica.

1. Farreras P, Rozman C. Medicina Interna, 17a ed. Elsevier. Barcelona, 2012 p (821-824).
2. Velázquez Pérez Yuneisi, Espín Andrade Margarita. Repercusión psicosocial y carga en el cuidador informal de personas con insuficiencia renal crónica terminal. Rev. cub. salud pública [serial on the Internet]. 2014 Mar [citado el 20 febrero del 2015]; 40(1): 3-17. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000100002&lng=en
3. Mendoza G.: Síndrome de sobrecarga en familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica. Rev. Soc. Perú Medicina Interna; Lima - Perú 2014; vol. 27 (1) 12-18
4. Flores f. Rosita d.; Díaz I. Cristian. Evaluación de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continúa. Hospital II Essalud Tarapoto. Junio - noviembre 2012. Universidad nacional de san Martín; facultad de ciencias de la salud; escuela académica profesional de enfermería; tesis para obtener el título profesional de licenciados en enfermería; Tarapoto- Perú. 2012
5. Vargas-Mendoza; J.E. y Sánchez-Sigüenza, C. Cuidadores primarios de enfermos crónicos: agotamiento compasivo. CONDUCTITLÁN [revista en la Internet]. 2012, [citado el 18 de febrero del 2015]; 6(1): 13-18. Disponible en: http://www.conductitlan.net/centro_regional_investigacion_psicologia/71_cuidadores_primarios_enfermos_cronicos_agotamiento_compasivo.pdf
6. Mansilla N. Peggy. Intensidad Afectiva En Cuidadores Familiares De Pacientes Con Alzheimer De Las Ciudades De Lima Y Huánuco Temática Psicológica, Escuela De Postgrado De La Universidad Femenina Del Sagrado Corazón Lima - Perú Volumen 5 N° 1, Enero - Diciembre, 2009.Pag. 35 – 49.
7. Akintui V. Yasling D.; López A. Christian A. asociación entre calidad de vida y nivel de sobrecarga del cuidador primario de paciente con enfermedad renal crónica estadio 5 en tratamiento con hemodiálisis en la región Lambayeque durante el año 2012; Universidad Católica Santo Toribio De Mogrovejo, Tesis Para Optar El Título Profesional De: Médico Cirujano. Chiclayo, Febrero de 2014.
8. Romero, Zoila; Cuba, María. Síntomas somáticos en cuidadores de pacientes geriátricos con o sin sobrecarga, del área urbano-marginal Payet, Independencia, Lima, Perú. Rev. Med Hered, Lima, v. 24, n. 3, [revista en la Internet] jul. 2013

- [Citado el 15 de febrero del 2015] Disponible en <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2013000300005&lng=es&nrm=iso>.
9. Ortega, Jesús López, et al. Aproximación a los cuidados informales de enfermos renales crónicos en el complejo hospitalario de Jaén. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 2007, vol. 10, no 2, p. 127-136.
 10. Zambrano Cruz Renato, Ceballos Cardona Patricia. Síndrome de carga del cuidador. *rev.colomb.psiquiatr.* [revista en la Internet]. 2007 Oct [citado el 15 de febrero del 2015]; 36(Suppl 1): 26-39. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502007000500005&lng=es.
 11. Breinbauer K Hayo, Vásquez V Hugo, Mayanz S Sebastián, Guerra Claudia, Millán K Teresa. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev. méd. Chile* [revista en la Internet]. 2009 Mayo [citado el 18 de febrero del 2015]; 137(5): 657-665. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000500009&lng=es
 12. Toledo, Á. M., & Suances, M. B. Principios gestálticos aplicados al asesoramiento domiciliario del cuidador de enfermos de Alzheimer. *Revista Poiésis*, Colombia [revista en la Internet]. 2014 junio [citado el 18 de febrero del 2015]; 1(27): 26-27. Disponible en: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/1248>.
 13. Reyes-Ticas, J. Américo. "Trastornos De Ansiedad Guía Practica Para Diagnostico Y Tratamiento." *Biblioteca virtual en salud*. Honduras.[en línea]. Disponible en: www.bvs.hn (2005).
 14. Rodríguez-Landa, Juan F.; Contreras, Carlos M. Algunos datos recientes sobre la fisiopatología de los trastornos por ansiedad. *Rev. Biomed*, Veracruz, México septiembre 2008, vol. 19, p. 181-91.
 15. Sierra, Juan Carlos; Ortega, Virgilio; Zubeidat, Ihab. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 2003, vol. 3, no 1, p. 10-59.
 16. López L. Jenny J. ; *Calidad De Vida En Cuidadores Informales De Adultos Mayores Con Enfermedades Crónicas Del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen; Escuela De Enfermería Padre Luis Tezza Afiliada A La Universidad Ricardo Palma, Tesis Para Optar El Título Profesional De Licenciada En Enfermería; Lima – Perú 2013.*

17. Estudio del psicoanálisis y psicología [homepage on the Internet]. : Escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS); c2006 - 2015 [publicado el 3 de abril del 2012; citado el 12 de marzo del 2015] Disponible en: <http://psicopsi.com/Escala-de-ansiedad-de-Hamilton-Hamilton-Anxiety-Scale-HAS>.
18. Vázquez Ramírez, Elizabeth. Sobrecarga en el cuidador informal primario de pacientes con insuficiencia renal crónica 2010. Repositorio Institucional de la Universidad Veracruzana, licenciatura en enfermería. [revista en la internet] Tesis presentada a la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana, Región Coatzacoalcos-Minatitlán. 2013-01-18T15:53:07Z. [citado el 15 de febrero del 2015]; disponible en: <http://cdigital.uv.mx/handle/123456789/31658>.
19. Espinoza Miranda Karina, Jofre Aravena Viviane. Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. Cienc. enferm. [revista en la Internet]. 2012 Ago. [citado 2015 Mar 08] ; 18(2): 23-30. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000200003&lng=es.
20. Flores G Elizabeth, Rivas R Edith, Seguel P Fredy. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Cienc. enferm. [revista en la Internet]. 2012 Abr [citado 2015 Mar 08] ; 18(1): 29-41. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000100004&lng=es.
21. Contreras Gallego Azahara, López Soto Pablo, Crespo Montero Rodolfo. Análisis de la relación entre nivel de dependencia del paciente en hemodiálisis y sobrecarga del cuidador principal. Enferm Nefrol [revista en la Internet]. 2014 Jun [citado 2015 Mar 09] ; 17(2): 98-103. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842014000200003&lng=es
22. Jofré Aravena Viviane, Sanhueza Alvarado Olivia. Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. Cienc. enferm. [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2015 Mar 09] ; 16(3): 111-120. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300012&lng=es
23. López Gil M^a Jesús, Orueta Sánchez Ramón, Gómez-Caro Samuel, Sánchez Oropesa Arancha, Carmona de la Morena Javier, Alonso Moreno Francisco Javier. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. Rev. Clin Med Fam [revista en la Internet]. 2009 Jun

[citado 2015 Mar 09] ; 2(7): 332-339. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200004&lng=es



ANEXO 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El propósito de este documento de consentimiento es proveer a los participantes sobre la investigación una clara explicación de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por el bachiller en medicina: José Paul Martínez Ruelas

Con el objetivo de Determinar la ansiedad y los factores asociados al grado de sobrecarga en los familiares cuidadores de los pacientes con insuficiencia renal crónica estadio 5 en terapia de sustitución renal de la red asistencial Essalud-Puno – 2015

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder las preguntas para completar dos cuestionarios.

Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que haya expresado.

La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. Y la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Las respuestas al cuestionario, serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse en el momento que Usted lo considere, sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas de la encuesta le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Puno.marzo 2015



Huella digital.

Firma y DNI del participante.

ANEXO 02

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Ficha n°:

Datos del cuidador

Edad: Años.

- 18 a 35 años
- 36 a 50 años
- 51 a 65 años
- 66 a 80 años
- Más de 80 años.

Sexo: Varón Mujer

Parentesco con el paciente:

- Esposa Esposo
- Madre padre
- Hermana Hermano
- Hija Hijo
- Nuera yerno
- Otros

Grado de instrucción:

- Primaria Secundaria Superior
- Ninguno

Estado de salud:

- Aparentemente Sano
- enfermo y en tratamiento
- enfermo y no sigue tratamiento

Nivel socioeconómico:

<1500 soles 1500 a 3500 soles > a 3500 soles

Tiempo que lleva en terapia de hemodiálisis /diálisis peritoneal

- 3 meses a 6 meses.
- 6 meses a 1 año
- 1 año un día a 3 años.
- Más de 3 años
- Apoyo en el cuidado
- Ninguna
- Familiares
- Otros

ANEXO 03

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR (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 o casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

Opciones:	1=Nunca	2=Rara vez	3=Algunas veces	4=Bastantes veces	5=casi siempre
1. ¿Siente Ud. que su familiar/paciente solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Siente Ud. que, a causa del tiempo que gasta con su familiar/paciente, ya no tiene tiempo suficiente para Ud. mismo?					
3. ¿Se siente estresada(o) al tener que cuidar a su familiar/paciente y tener además que atender otras responsabilidades? (p. ej., con su familia o en el trabajo)					
4. ¿Se siente avergonzada(o) por el comportamiento de su familiar/paciente?					
5. ¿Se siente irritada(o) cuando está cerca de su familiar/paciente?					
6. ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?					
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar/paciente?					
8. ¿Siente que su familiar/paciente depende de Ud.?					
9. ¿Se siente agotada(o) cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente?					
10. ¿Siente Ud. que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?					
11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar/paciente?					
12. ¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar/paciente?					
13. (Solamente si el entrevistado vive con el paciente) ¿Se siente incómoda(o) para invitar a amigos a casa, a causa de su familiar/paciente?					
14. ¿Cree que su familiar/paciente espera que Ud. le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar?					
15. ¿Cree Ud. que no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familiar/paciente, además de sus otros gastos?					
16. ¿Siente que no va a ser capaz de cuidar de su familiar/paciente durante mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó?					
18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar/paciente a otra persona?					
19. ¿Se siente insegura(o) acerca de lo que debe hacer con su familiar/paciente?					
20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar/paciente?					
21. ¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que lo hace?					
22. En general, ¿se siente muy sobrecargada(o) al tener que cuidar de su familiar/paciente?					
TOTAL					

El cuestionario de Zarit se realizará al cuidador familiar habitual con el fin de detectar situaciones de sobrecarga que precisen la actuación de los servicios sociales. Consta de 22 ítems que evalúan las repercusiones negativas sobre determinadas áreas de la vida asociadas a la prestación de cuidados. La puntuación total es la suma de todos los ítems y el rango oscila entre 22 y 110. A mayor puntuación, mayor nivel de carga del cuidador. No existen normas o puntos de corte establecidos. En la versión española se proponen como puntos de corte los siguientes:

22-46 (no sobrecarga)

47-55 (sobrecarga leve)

56-110 (sobrecarga intensa)

ANEXO 04

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente.

Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	leve	Moderado	grave	Muy incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

PUNTUACIÓN TOTAL	
------------------	--

