

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN**

**FACULTAD DE MEDICINA**



**“RELACION ENTRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD,  
DEPRESION Y SOBRECARGA CON LOS FACTORES  
ASOCIADOS A LOS CUIDADORES PRINCIPALES DE  
PACIENTES EN TERAPIA DE DIALISIS DEL  
HRHDE - 2016”**

**Tesis presentada por:**

FIORELLA JENNY CONDE HALANOCCA

**Para optar el Título Profesional de:**

MÉDICO CIRUJANO

**Tutor:**

Dr. Juan Pacheco Salazar

**AREQUIPA - PERÚ**

**2016**

## DEDICATORIA

*A **Dios**, por su amor supremo que me permitió seguir esta maravillosa profesión.*

*A mis padres, **Alejandro y Norma**, quienes a pesar de lo vivido continúan apoyándome de una u otra forma.*

*A mis hermanas, **Lia y Daniela**, quienes por su amistad y compañía inspiran mis logros.*

*A mi novio, **Adrian**, quien con su compañía incondicional y apoyo hace de este largo camino algo agradable e inolvidable.*

***La Autora.***

## AGRADECIMIENTOS

*A la **Facultad de Medicina de la UNSA**, por haberme brindado la formación como médico.*

*A mi tutor, el **Dr. Juan Pacheco Salazar**, por su asesoramiento y orientación durante la realización del presente trabajo de investigación.*

*A todos mis amigos, **Claudia, Erika, Diana, Alexandra, Karen** y **Helper**, que hasta el día de hoy siguen apoyándome en este largo camino.*

***La Autora.***

## INDICE DE CONTENIDO

<b>RESUMEN .....</b>	<b>5</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>6</b>
<b>CAPITULO I.....</b>	<b>7</b>
<b>1.1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>10</b>
<b>CAPITULO II.....</b>	<b>11</b>
<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>11</b>
<b>MARCO CONCEPTUAL.....</b>	<b>12</b>
<b>2.1. EL CUIDADO Y EL CUIDADOR.....</b>	<b>12</b>
<b>2.2. EL CUIDADOR PRINCIPAL.....</b>	<b>13</b>
<b>2.3. PACIENTE EN DIALISIS .....</b>	<b>13</b>
<b>2.4. SOBRECARGA EN EL CUIDADOR.....</b>	<b>14</b>
<b>2.5. ANSIEDAD .....</b>	<b>15</b>
<b>2.6. DEPRESION.....</b>	<b>16</b>
<b>CAPITULO III .....</b>	<b>17</b>
<b>OBJETIVOS DEL ESTUDIO .....</b>	<b>17</b>
<b>3.1. OBJETIVO GENERAL.....</b>	<b>17</b>
<b>3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>	<b>17</b>
<b>CAPITULO IV.....</b>	<b>18</b>
<b>MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>18</b>
Tipo de Estudio.....	18
Lugar y tiempo.....	18
Población de estudio.....	18
Criterios de Inclusión.....	18
Criterios de Exclusión .....	18
Técnicas y Procedimientos .....	19
Análisis Estadístico.....	21
<b>CAPITULO V .....</b>	<b>23</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>23</b>
<b>CAPITULO VI.....</b>	<b>29</b>
<b>DISCUSION Y COMENTARIOS .....</b>	<b>29</b>
<b>CAPITULO VII .....</b>	<b>33</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>33</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>34</b>
<b>CAPITULO VIII.....</b>	<b>35</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>35</b>
<b>CAPITULO IX.....</b>	<b>39</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>39</b>

## RESUMEN

Está demostrado que los cuidadores de pacientes que padecen patologías crónicas diversas, reportan síntomas de ansiedad, depresión y niveles de sobrecarga; pero no se cuenta con estudios en nuestra localidad que valoren su asociación con otros factores o que lo hagan en cuidadores de pacientes en terapia de diálisis.

**Objetivo:** Determinar la relación entre los niveles de ansiedad, depresión y sobrecarga con los factores asociados a los cuidadores principales de pacientes en terapia de diálisis del HRHDE – 2016.

**Materiales y métodos.** Este es un estudio observacional, prospectivo y transversal que analizó un total de 57 cuidadores principales de pacientes en terapia de hemodiálisis que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Los datos se extrajeron de una Ficha de recolección diseñada para tal fin, se evaluó el estado funcional del paciente con la Escala de Karnofsky, el test de Zarit para sobrecarga y el test de Hamilton para ansiedad y depresión; luego estos datos fueron ingresados para su análisis al paquete estadístico SPSS v.22.0. Posteriormente se construyeron tablas de frecuencia para las variables categóricas, y tablas cruzadas para relacionar variables. Se utilizó las pruebas estadísticas Chi 2 y rho de Spearman.

**Resultados:** Se encontró Ansiedad en los cuidadores principales representada en un 61.4%, de ellos un 28.6% evidenciaron ansiedad mayor; presencia de Depresión representada por el 63.2% del total y un nivel de sobrecarga en 82.5% de los cuidadores principales. La relación entre la ansiedad y los factores asociados tomados en cuenta son significativas para la edad, el grado de instrucción, el cuidado horas/día, el apoyo recibido, y con el estado funcional del paciente. La relación entre la depresión y los factores asociados son significativas para la edad, el grado de instrucción, el cuidado horas/día, y con el estado funcional del paciente. Y la relación entre la sobrecarga y los factores asociados son significativas para la edad, el cuidado horas/día, el apoyo recibido, y con el estado funcional del paciente.

**Conclusiones:** El nivel de sobrecarga en el grupo de estudio es elevado, el nivel de ansiedad y depresión mayor al 60% por lo cual es necesario implementar programas de intervención que centren su atención en el cuidador principal del paciente con terapia de diálisis.

**Palabras clave:** sobrecarga, ansiedad, depresión, cuidador, diálisis.

## ABSTRACT

It is shown that caregivers of patients suffering from various chronic diseases, reported symptoms of anxiety, depression and overload levels; but not with studios in our area who value their association with other factors or to do so in caregivers of patients on dialysis therapy.

**Objective:** To determine the relationship between levels of anxiety, depression and overload factors associated with primary caregivers of patients on dialysis therapy HRHDE - 2016.

**Materials and methods:** This is an observational, prospective and cross-sectional study analyzed a total of 57 primary caregivers of hemodialysis therapy patients who met the inclusion and exclusion criteria. Data were extracted from a collection sheet designed for this purpose, the functional status of patients with Karnofsky scale, the test Zarit overload and Hamilton test for anxiety and depression was assessed; then these data were entered for analysis to SPSS v.22.0. Later frequency tables for categorical variables, and cross tables to relate variables were constructed. Chi2 statistical tests and Spearman rho was used.

**Results:** Anxiety was found in the primary caregivers represented a 61.4%, 28.6 % of them showed increased anxiety; Depression presence represented by 63.2 % of the total and an overload level in 82.5 % of primary caregivers. The relationship between anxiety and associated factors taken into account are significant for age, level of education, care hours / day, the support, and the patient's functional status. The relationship between depression and associated factors are significant for age, level of education, care hours / day, and the patient's functional status. And the relationship between the overhead and associated factors are significant for age, care hours / day, the support, and the patient's functional status .

**Conclusions:** The overload level in the study group is high, the level of anxiety and major depression at 60% which is necessary to implement intervention programs that focus on the primary caregiver of the patient with dialysis therapy.

**Keywords :** overload , anxiety , depression, caregiver, dialysis.

# CAPITULO I

## 1.1. INTRODUCCION

El cuidado del paciente conlleva una gran carga y afectaciones en la esfera social, psicológica, económica, laboral, y del estado de salud en general. Esta responsabilidad del cuidado de un paciente mantenida durante años, trae consigo la aparición de problemas físicos, psicológicos y socioeconómicos, estas características se interrelacionan y pueden conducir a la sobrecarga del cuidador, en dependencia de cómo este vivencie la experiencia de cuidar al enfermo.

Algunos estudios como el de **Velázquez Y.** muestran que la carga está presente en casi la mitad de los cuidadores, lo que nos indica que esta labor es percibida por muchos de ellos como una tarea sumamente difícil y desgastante, la cual pudiera estar interfiriendo en la calidad de los cuidados brindados al paciente y afectar notablemente la salud del cuidador su calidad de vida, así como la evolución del enfermo. Valorar la carga del cuidador, es un recurso indispensable para la creación de futuros programas de intervención psico-educativa dirigidos a estas personas y encaminados a elevar su calidad de vida. <sup>(1)</sup>

Varios trabajos abordan desde perspectivas diferentes la sobrecarga del cuidador de pacientes con enfermedades crónicas. **Cedano S.** evaluó la calidad de vida y la sobrecarga de cuidados experimentada por cuidadores de portadores de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en uso de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada; mostrando que casi la totalidad de los cuidadores correspondían a mujeres las cuales presentaban problemas musculo-esqueléticos, y un 36% de cuidadores con positividad para la sobrecarga experimentada por el cuidador. Concluyendo de esta manera que los disturbios osteo-musculares de los cuidadores pueden ser atribuidos a factores ergonómicos y posturales inadecuados, presentes, sobre todo en la dinámica del trabajo con el enfermo, sumado a la fragilidad inherente de la mujer con el rol de cuidadora principal. <sup>(2)</sup>

**Dominguez J.** evaluó la presencia de ansiedad y depresión en el cuidador del paciente con dependencia, encontrando que un 86% de los cuidadores evaluados presentaron ansiedad y un 65% de los mismos presentaron depresión, lo cual se relacionó con un cuidador no remunerado principalmente. <sup>(3)</sup>

Por otro lado, **Montero X.** observó que 16% de los cuidadores primarios informales de niños con cáncer presentaron carga excesiva, en cuanto a la ansiedad, 16% de los cuidadores alcanzó un nivel severo, y en cuanto a la depresión observó que una quinta parte de las respuestas cayeron en un nivel severo, lo que difiere de lo reportado por otros estudios, en los cuales se han apreciado porcentajes menores; concluyendo que existe una relación entre ansiedad, depresión y carga.<sup>(4)</sup>

En el ámbito nacional **Martinez J.** evaluó la ansiedad y factores asociados al grado de sobrecarga del familiar cuidador del paciente con enfermedad renal crónica encontrando dentro de las características del cuidador: el ser mujer con una edad promedio de 44.7 años y varón con una edad promedio de 38 años, el ser cónyuge del paciente en un 42.8%, el no presentar enfermedad aparente en un 57%; encontrándose también una alta tasa de ansiedad y sobrecarga intensa en la cuarta parte de familiares.<sup>(5)</sup>

En el ámbito local **Cervantes P.** en el 2012, mostró que un 41% de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia en el servicio de psiquiatría del hospital III – Yanahuara, presentaron síntomas depresivos catalogados como alto riesgo; además los síntomas más frecuentes fueron: tristeza 56%, pérdida de interés en las cosas 47.8%; y también se encontró que el 43.3% de los cuidadores tuvieron síntomas de ansiedad catalogada de alto riesgo.<sup>(6)</sup>

**Manrique J.** evaluó las características predominantes de los cuidadores de enfermedades discapacitantes como el síndrome demencial, determinando que el cuidador presentaba como característica: una edad entre 56 y 75 años, ser de sexo femenino, con estudios superiores y siendo la mayor parte de ellos, hijos de los pacientes; en el estado de salud de estos cuidadores se encontró presencia de enfermedades crónicas como Hipertensión y Diabetes Mellitus. También se evaluó la presencia de síntomas somáticos como sensación de cansancio intenso, dolores musculares y síntomas psíquicos como insomnio e irritabilidad; encontrándose a la mayoría vulnerables al estrés.<sup>(7)</sup>

Existe un grupo importante de pacientes que requieren cuidados domiciliarios, siendo ellos pacientes en terapia de diálisis por múltiples causas (patologías crónicas en su mayoría); precisando de un cuidador que la mayoría de veces es un familiar quien además



de realizar cuidados instrumentales, también tendrá el “papel amortiguador de todas las tensiones que se van generando en el proceso de la terapia de diálisis y su enfermedad de fondo”, esto puede afectar su salud y calidad de vida.<sup>(8)</sup>

El estudio realizado en España y publicado en el 2011, consideró necesario conocer cómo afecta el tratamiento de la diálisis a la calidad de vida y supervivencia de los adultos mayores, encontrando que ellos obtienen beneficio de la diálisis, y durante la duración del tratamiento, mantienen una capacidad funcional aceptable que les permite tener una buena calidad de vida; a pesar de los requerimientos de ayuda en la movilidad y en menor medida a trastornos de conducta. Además muestra estudios que valoraron el estado funcional y/o calidad de vida de estos pacientes, los cuales utilizaron diferentes escalas e instrumentos de medida como la escala de Karnofsky.<sup>(9)</sup>

Todos estos cambios que se generan en el cuidador principal de un paciente crónico y/o dependiente incluyendo el estado funcional y/o calidad de vida del paciente a su cuidado, esto indudablemente traerá repercusiones en el nivel de sobrecarga y salud de su cuidador que pueden afectar la calidad del cuidado del paciente en terapia de diálisis.

Además se ha visto que la depresión y la ansiedad se correlacionaron significativamente con la sobrecarga, es decir, que mientras más sintomatología depresiva y ansiosa se perciba, el cuidador experimentará mayor nivel de sobrecarga.<sup>(10)</sup>

Por lo tanto el objetivo de este trabajo fue determinar la relación entre los niveles de ansiedad, depresión y sobrecarga con los factores asociados a los cuidadores principales de pacientes en terapia de diálisis que asisten a un establecimiento de salud, para comparar resultados con otros estudios y así, definir estrategias futuras que permitan prevenir la ansiedad, depresión, reducir la sobrecarga y mejorar así la calidad de vida del cuidador.

## **1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Al ser el cuidado de los pacientes en hemodiálisis una tarea que predispone a una sobrecarga, a desarrollar ansiedad y/o depresión en el cuidador, este estudio tuvo como problema el saber si ¿Existe relación entre los niveles de ansiedad, depresión y sobrecarga con los factores asociados a los cuidadores principales de pacientes en terapia de diálisis del HRHDE - 2016?.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

En el Perú, existe una tasa de prevalencia de insuficiencia renal crónica (IRC) de 244.04 por millón de personas y la hemodiálisis es la modalidad más utilizada como terapia de mantenimiento, con una prevalencia de 167.36 personas por millón (68.6%). La incidencia de la enfermedad renal crónica está en aumento conforme se incrementan los casos de diabetes, obesidad e hipertensión arterial. <sup>(11)</sup>

En el caso de los pacientes que reciben terapia dializadora, la familia juega un rol importante en cuanto al nivel de demanda que se les impone, con exigencias adicionales al contar en su seno con un paciente afectado por un proceso crónico, asumiendo ciertos roles característicos de las familias de enfermos con IRC (siempre acompañan al paciente al tratamiento, pues como se prioriza en muchas ocasiones su atención médica, alguno de sus miembros se desvincula del trabajo para ocuparse de atenderle) como necesidad de un responsable directo, un cuidador para que acompañe y atienda al enfermo. <sup>(12)</sup>

Los cuidadores de estos pacientes que suelen ser familiares, son personas vulnerables, ya que esta responsabilidad les implica descuidar de cierta manera su salud, disminuir sus actividades sociales y aumentar su carga de trabajo, esto supone una notable fuente de estrés, por lo que estos cuidadores suelen presentar cuadros tales de fatiga, ansiedad, síntomas depresivos, y riesgo de padecer múltiples enfermedades. <sup>(13)</sup>

Además, se debe tener en cuenta que pueden desarrollar el síndrome de la carga del cuidador, causando en el cuidador malestar físico y psicológico que afecta su salud y por ende la salud del paciente a su cuidado.

## MARCO CONCEPTUAL

### 2.1. EL CUIDADO Y EL CUIDADOR

El cuidado es un fenómeno que se presenta y es necesario en varias fases del desarrollo del ser humano. No obstante, hay algunas fases y circunstancias en las que el cuidado es más necesario y entre ellas podemos mencionar: el nacimiento, la adolescencia, la pérdida de un ser querido, un accidente, una dolencia, la vejez, la muerte, entre las más contundentes. El cuidado, como esencia del ser y en el área de salud, tiene relevancia fundamental como una acción que hace la diferencia al lidiar con el dolor, la ansiedad, la angustia, el sentimiento de pérdida, el temor de lo desconocido y tantos otros sentimientos que acometen al sujeto cuidado. <sup>(14)</sup>

Ahora cuando nos referimos a cuidador, nos referimos a aquella persona encargada de dedicar su esfuerzo, para permitir que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, quienes por su situación de salud o presencia de alguna discapacidad física, mental, social o funcional tienen problemas para cuidarse a sí mismos, la cantidad de apoyo tiene que ver mucho con el grado de limitación. <sup>(15)</sup>

La figura del cuidador, aparece desde tiempos prehistóricos, donde en la mayoría de los casos correspondía a la madre que cuida de sus hijos, a la hija que cuida de sus padres, a la esposa que cuida de su marido, aunque se empezó a estudiar recientemente, la figura del cuidador siempre ha existido, es en la actualidad donde nacen los cuidados dirigidos a estas personas que cuidan, que frecuentemente se veían ignorados y poco valorados por la sociedad en general. El rol de cuidador, también ha evolucionado y cambiado en la actualidad. <sup>(16)</sup>

Un cuidador es la persona que se hace cargo, por cuenta propia o por encargo, de vigilar y atender a otra persona como un anciano, un bebé, un convaleciente, o una dependencia. Así mismo, el Diccionario de la Real Academia Española señala que Cuidador/ra, es quien cuida a una persona, es una persona muy servicial, cuidadosa, pensativa y metida en sí. El cuidador, como lo entendemos en materia de dependencia, es la persona que facilita la vida y complementa la falta de autonomía de una persona dependiente,

ayudándola en sus tareas diarias como aseo, alimentación, desplazamiento, entre otras.  
(17)

## **2.2. EL CUIDADOR PRINCIPAL**

Los cuidadores suelen ser categorizados por sus responsabilidades, retribuciones, parentesco, entre ellos existe: el cuidador principal o primario, el cuidador secundario, el cuidador formal o profesional, los cuidadores voluntarios entre otras calificaciones.

El cuidador principal o primario: Está representado por el familiar más cercano, en muchas ocasiones el cónyuge, quien acompaña al paciente durante todo el proceso de la enfermedad, asumiendo la responsabilidad de atender y cuidar del enfermo diariamente.<sup>(15)</sup>

El cuidador principal es “aquel individuo que dedica la mayor parte del tiempo medido en número de horas al día al cuidado de dicho enfermo”. Los cuidadores principales o primarios son los que asumen su total responsabilidad en la tarea, pasando por diferenciaciones progresivas a esta situación según la ayuda, formal o informal, que reciban.<sup>(17)</sup>

## **2.3. PACIENTE EN DIALISIS**

La Diálisis es un proceso de soporte vital que limpia los productos de desecho de la sangre, elimina el exceso de líquidos y controla la química del cuerpo cuando los riñones de una persona fallan. Por lo general, los pacientes que reciben diálisis requieren de un tratamiento continuo, a menos que reciban el trasplante de riñón. Hay varios tipos de diálisis. La hemodiálisis elimina los desechos y el exceso de líquido de su cuerpo, moviendo constantemente su sangre a través de un filtro externo. El filtro, conocido como un dializador o riñón artificial, se utiliza con una máquina de diálisis. La Diálisis Peritoneal (DP) también filtra la sangre. Pero, en lugar de utilizar un riñón artificial, la DP utiliza la membrana delgada (llamada el peritoneo) que recubre la cavidad abdominal. Un gran número de vasos sanguíneos existen justo debajo del peritoneo. Cuando un líquido llamado dializado se introduce en la cavidad abdominal, las propiedades químicas de los líquidos sacan las toxinas de los vasos sanguíneos a través de la membrana, así filtrando la sangre. Cuando se completa el proceso de filtrado, se bombea el dializado

(junto con las toxinas) hacia fuera de la cavidad abdominal. Para obtener acceso a la cavidad, un catéter (un tubo hueco y flexible) se coloca quirúrgicamente en el abdomen inferior. Hay dos tipos de DP. La opción de tratamiento más común de la DP es diálisis peritoneal cíclica continua (DPCC). Durante la DPCC, una máquina automáticamente llena y drena el dializado desde abdomen del paciente. Este proceso toma alrededor de 10 a 12 horas y se realiza generalmente en la noche, mientras el paciente duerme. El otro tipo de DP es un tratamiento no mecánico, llamada diálisis peritoneal ambulatoria continua (DPAC), que ofrece movilidad total y se puede utilizar en casa, en el trabajo o mientras viaja. Por lo general implica cuatro intercambios cortos (media hora) al día.<sup>(18)</sup>

La diálisis es una de las terapias más importantes en los pacientes con enfermedad renal crónica la cual se ha incrementado a nivel mundial y nacional, este hecho conlleva a una mayor población usuaria de la terapia, y por ende a una mayor población que tendrá que asumir el rol de cuidador que acompañe y atienda al enfermo.

Por lo que es necesario reflexionar sobre el desgaste emocional que el cuidado de estos pacientes, ocasiona en enfermería y el cuidador. Acompañar tan de cerca y continuado en el tiempo, el sufrimiento sin esperanza de algunos de estos pacientes, es muy duro, apareciendo en el cuidador sentimientos contradictorios de pena y alivio cuando alguno fallece. Contreras D. et al. Ha comprobado que las dependencias que presentan los pacientes dializados en la unidad hospitalaria, confirman que se ha producido un incremento cuantitativo y cualitativo de cuidados para dar respuesta a las necesidades que estos presentan. Los pacientes de edad igual o superior a 60 años con patología crónica, presentan mayor grado de dependencia, por lo que los cuidados deben plantearse de forma individualizada en el paciente anciano y adaptados a su situación.<sup>(19)</sup>

#### **2.4. SOBRECARGA EN EL CUIDADOR**

Son muchas las variables que se pudieran relacionar con el malestar del cuidador. La falta de apoyo social y la falta de satisfacción con los lazos sociales se relacionan con un peor estado psicológico del cuidador.

El cuidador que suele sufrir la sobrecarga o síndrome es aquel que llega a dedicarle casi todo su tiempo al paciente (incluso dejando de trabajar para cuidarle), actuando por lo general en forma solitaria (casi siempre hay otros familiares que suelen “lavarse las

manos” y mantenerse en la periferia) y empleando estrategias pasivas e inadecuadas de resolución de problemas. En base a estas circunstancias se desarrollan actitudes y sentimientos negativos hacia los enfermos a quienes se cuida: desmotivación, depresión-angustia, trastornos psicosomáticos, fatiga y agotamiento no ligado al esfuerzo, irritabilidad, despersonalización y deshumanización. <sup>(17)</sup>

El cuidado de un anciano o enfermo discapacitado es siempre una dura “carga” para cualquier persona que se vea sometido a dicha tarea y es frecuente que en algún momento el “cuidador” se sienta incapaz de afrontarlo, ya que compromete su bienestar, e incluso su salud. Para algunos autores el “cuidador” es un paciente “oculto” o “desconocido”.<sup>(20)</sup>

## **2.5. ANSIEDAD**

La ansiedad representa un fenómeno central alrededor del cual se han organizado considerables teorías psiquiátricas, por lo tanto el termino ansiedad ha jugado un papel central en la teoría psicodinámica, así como en la investigación. Los trastornos de ansiedad se asocian una morbilidad significativa a menudo ya crónica y resistente al tratamiento. Los trastornos de ansiedad pueden ser vistos como una familia de trastornos mentales relacionados pero distintos, que incluyen el trastorno de pánico, agorafobia, fobia específica, el trastorno de ansiedad social o fobia y el trastorno de ansiedad generalizada. Un aspecto fascinante de los trastornos de ansiedad es la exquisita interacción de factores genéticos y experimentales. Dado de que existe genes alterados que predisponen a estados patológicos de ansiedad; Sin embargo, la evidencia indica claramente que los eventos traumáticos en la vida y el estrés también son etiológicamente importantes. Por lo tanto, el estudio de los trastornos de ansiedad representa una única oportunidad para entender la relación entre la naturaleza y la educación de la etiología de estos trastornos mentales. <sup>(21)</sup>

## **2.6. DEPRESION**

Un trastorno depresivo mayor se produce sin una historia de un episodio maníaco, mixto o hipomaníaco. Un episodio depresivo debe durar al menos 2 semanas, y normalmente una persona con un diagnóstico de un episodio depresivo mayor también experimenta al menos cuatro síntomas de una lista que incluye cambios en el apetito y el peso, cambios en el sueño y la actividad, falta de energía, sentimientos de culpa, problemas de pensamiento y hacer decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. Los trastornos depresivos se caracterizan por la depresión; tristeza; irritabilidad; retraso psicomotor; y, en casos graves, ideas de suicidio. La característica necesaria del trastorno depresivo mayor es el estado de ánimo o la pérdida de interés o placer en las actividades habituales deprimido. <sup>(21)</sup>



## **CAPITULO III**

### **OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

#### **3.1. OBJETIVO GENERAL.**

Determinar la relación entre los niveles de ansiedad, depresión y sobrecarga con los factores asociados a los cuidadores principales de pacientes en terapia de diálisis del HRHDE – 2016.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Establecer la frecuencia de los niveles de ansiedad, que presentan los cuidadores principales.
- Determinar la frecuencia de depresión, que presentan los cuidadores principales.
- Establecer la frecuencia de la sobrecarga que presentan los cuidadores principales.
- Determinar los factores asociados al nivel de ansiedad que presentan los cuidadores principales.
- Establecer los factores asociados al nivel de depresión que presentan los cuidadores principales.
- Determinar los factores asociados al nivel de sobrecarga que presentan los cuidadores principales.

## CAPITULO IV

### MATERIAL Y MÉTODOS.

#### **Tipo de Estudio.**

Según Altman Douglas el presente trabajo es un estudio observacional, prospectivo y transversal.

#### **Lugar y tiempo.**

El estudio se realizó en el ambiente de espera de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza (HRHDE), durante el mes de Febrero del 2016.

#### **Población de estudio.**

Se encuestaron a todos los cuidadores de pacientes en terapia de diálisis que acudieron a la unidad de hemodiálisis, en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y que a su vez cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

#### **Criterios de Inclusión:**

- Cuidadores principales
- Cuidadores que acepten el estudio y cuente con consentimiento informado.

#### **Criterios de Exclusión.**

- Cuidadores principales con diagnósticos previos de ansiedad y/o depresión.
- Cuidadores menores de 18 años.

La unidad de hemodiálisis del HRHDE cuenta con una atención de 100 pacientes en promedio por mes, de los cuales varios de ellos no cuentan con cuidador por diversas circunstancias y otros que acuden a diálisis desde otras localidades del sur del país, se presentan sin cuidador, por lo que se entrevistaron a un total de 57 cuidadores principales de estos pacientes, quienes cumplieron con los criterios de elegibilidad del estudio.

## **Técnicas y Procedimientos.**

Se utilizó una ficha de recolección de datos en donde se obtuvieron datos de las características sociodemográficas y de las características generales como factores asociados de los cuidadores de pacientes en terapia de diálisis, además del consentimiento informado y una segunda parte que consta de los instrumentos:

### **a. Escala de ansiedad de Hamilton:**

Escala de observación que permite determinar el grado de ansiedad global del paciente. Consta de 14 ítems, de los cuales 13 ítems referentes a síntomas ansiosos, y uno referido al comportamiento durante la entrevista.

Consistencia interna: 0.79-0.86; fiabilidad test-retest: 0.96. Correlaciones de la HARS con la escala de ansiedad de Covi: 0.73-0.75: y con el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): 0.56. Correlaciones significativamente altas (0.62-0.73) con la escala de valoración de la depresión de Hamilton (Ham-D). Al eliminarse los ítems referidos a depresión de la HARS y los ítems referidos a ansiedad de la Ham-D se alcanza una mejor discriminación entre pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y pacientes con trastorno de depresión mayor, según criterios DSM-III-R. <sup>(22)</sup>

La puntuación de la escala de Hamilton-ansiedad se da con los siguientes criterios:

- 0-5 : no ansiedad
- 6-14 : ansiedad menor
- >14 : ansiedad mayor

### **b. Escala de depresión de Hamilton:**

Escala (de observación) heteroaplicada que ofrece una medida cuantitativa de la intensidad del trastorno depresivo. Las escalas más utilizadas tienen 21 y 17 ítems. Los criterios de puntuación de los ítems están poco especificados, contando solo con indicaciones someras, y debe ser el juicio clínico del entrevistador quien asigne el grado de severidad. El marco temporal de la evaluación se refiere al momento actual y/o los días o semana previa. Su contenido se centra fundamentalmente en los aspectos somáticos y comportamentales de la depresión, siendo los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad los que más peso tienen en el cómputo total de la escala.

En sus dos versiones (adaptadas) esta escala posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92). El coeficiente de correlación intraclase es de 0,92. La fiabilidad interobservador oscila, según autores, entre 0,65 y 0,9. Su correlación con otros

instrumentos de valoración de la depresión como la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg, o el Inventario de Sintomatología Depresiva y la Escala de Melancolía de Bech, oscila entre 0,8 y 0,9. La validez es menor en pacientes de edad elevada, aunque ha mostrado buenos índices psicométricos en subpoblaciones de especiales características y mantiene un buen rendimiento en población geriátrica. Es muy sensible al cambio terapéutico.<sup>(23)</sup>

La puntuación de la escala de Hamilton-depresión se da con los siguientes criterios:

- 0-6 : sin depresión
- 7-17 : depresión ligera;
- 18-24 : depresión moderada;
- >24 : depresión grave

### **c. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit:**

Breinbauer(2009) refiere que numerosos instrumentos intentan objetivar la sobrecarga del cuidador: “índice global de carga”; “entrevista de sobrecarga del cuidador”; “cuestionario de sentido de competencia”. Sin embargo estas herramientas evalúan sólo algunas dimensiones de este fenómeno, que incluye calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente cuidado. La “Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit” (EZ) logra aunar consistentemente todas estas dimensiones. Siendo la más utilizada a nivel internacional, ha sido validada en diversos idiomas incluyendo español. EZ consta de 22 preguntas tipo Likert de 5 opciones (1-5puntos), cuyos resultados se suman en un puntaje total (22-110 puntos).

Este resultado clasifica al cuidador en:

- 22-46 : no sobrecarga
- 47-55 : sobrecarga leve
- 56- 110 : sobrecarga intensa

Esta herramienta presenta gran confiabilidad inter-observador (coeficiente de correlación intraclass (CCI) 0,71 en su estudio original, y 0,71-0,85 en validaciones internacionales<sup>24-27</sup>), consistencia interna (alfa de Cron Bach 0,91 en estudio original, y 0,85-0,93 en varios países). También se relaciona estrechamente con detección de otras patologías, principalmente en salud mental. <sup>(24)</sup>

#### **d. Escala funcional de Karnofsky-índice de Karnofsky (IK):**

Desarrollada por Karnofsky y Burchenal con el objetivo de evaluar los agentes quimioterápicos utilizados en el tratamiento del cáncer, fue descrita por primera vez en 1948. Poco más tarde los mismos autores publicaron el primer trabajo de investigación sobre un agente quimioterápico en el que se contaba en la evaluación con esta escala de medición de la capacidad funcional. Consta de 11 categorías de clasificación divididas por deciles desde 100, paciente asintomático con funcionalidad completamente conservada, hasta 0, muerto. Para la clasificación de los pacientes se utiliza información sobre la capacidad para realizar la actividad normal en el trabajo y/o domicilio, la severidad de los síntomas y la necesidad de cuidados médicos y personales. La validez y fiabilidad de la escala fue estudiada por primera vez por Yates y cols. en 1980. La validez se evaluó mediante la correlación de la escala con un gran número de variables clínicas. El IK aparecía fuertemente correlacionado con las variables más estrechamente ligadas con la funcionalidad y débil, pero todavía significativamente correlacionado, con las variables referidas al estado psicológico. La fiabilidad interobservador obtenida también fue aceptable (coeficiente de correlación de Pearson de 0,69 con  $p < 0,001$ ) destacándose que las mediciones realizadas en consultas u hospital eran más elevadas que las obtenidas en el domicilio del paciente. Posteriormente, el Nacional HospiceStudy, realizado en EE.UU. incluyendo a más de 1.000 pacientes que habían ingresado en programas de hospicios y que tuvieron una media de supervivencia de 37 días, confirmó los datos sobre validez y fiabilidad de la escala. <sup>(25)</sup>

Esta escala puede estratificar a los pacientes en tres niveles:

- Vida normal (100-80): no necesita cuidados especiales.
- Incapacidad laboral (70-50): capaz de autocuidado.
- Incapacidad para el autocuidado (0-40): precisa institucionalización o similar. <sup>(26)</sup>

#### **Análisis Estadístico.**

Se recolectó información de los cuidadores principales mediante los instrumentos ya mencionados y una ficha de recolección de datos para cuidadores utilizada ya en anteriores estudios.

Los datos fueron ingresados para su análisis al paquete estadístico SPSS v.22.0. Posteriormente se construyeron tablas de frecuencia para las variables categóricas

(ansiedad, depresión y sobrecarga), y tablas cruzadas para relacionar dichas variables con cada factor asociado (edad, sexo, parentesco, grado de instrucción, estado civil, ocupación, tiempo de cuidado, relación horas/día al cuidado, si recibe apoyo de otros familiares, estado de salud del cuidador, estado funcional del paciente); aplicando las pruebas estadísticas de Chi 2 y Rho de Spearman, presentando las tablas con sus valores estadísticos respectivos.

Las pruebas estadísticas utilizadas tuvieron un margen de error menor al 5% (alfa), se consideraron significativas cuando presentaron una probabilidad aleatoria bilateral menor a 0.05.

Comentario: para la aplicación de los diferentes instrumentos en dicha población, en algunos casos se trabajó con una persona que traducía al idioma quechua las diferentes preguntas y/o situaciones, para completar así la población de estudio.

## CAPITULO V

### RESULTADOS

#### “RELACION ENTRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESION Y SOBRECARGA CON LOS FACTORES ASOCIADOS A LOS CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES EN TERAPIA DE DIALISIS DEL HRHDE - 2016”

**Tabla 1: Presencia de ansiedad en cuidadores principales.**

<b>Ansiedad*</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
No ansiedad	<b>22</b>	<b>38.6%</b>
Ansiedad menor	<b>25</b>	<b>43.9%</b>
Ansiedad mayor	<b>10</b>	<b>17.5%</b>
Total	<b>57</b>	<b>100%</b>

**\*Se evidencia un 61.4% (35 casos) de cuidadores que presentan ansiedad, de estos el 28.6% (10 casos) constituyen Ansiedad mayor.**

**“RELACION ENTRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESION Y SOBRECARGA CON LOS FACTORES ASOCIADOS A LOS CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES EN TERAPIA DE DIALISIS DEL HRHDE - 2016”**

**Tabla 2. Presencia de depresión en cuidadores principales**

<b>Depresión *</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sin depresión	21	36.8%
Depresión ligera	25	43.9%
Depresión moderada	11	19.3%
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100%</b>

**\*No se encontraron casos de Depresión grave.**



**“RELACION ENTRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESION Y SOBRECARGA CON LOS FACTORES ASOCIADOS A LOS CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES EN TERAPIA DE DIALISIS DEL HRHDE - 2016”**

**Tabla 3. Sobrecarga en los cuidadores principales**

<b>Sobrecarga *</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
No sobrecarga	<b>10</b>	<b>17.5%</b>
Sobrecarga leve	<b>21</b>	<b>36.9%</b>
Sobrecarga intensa	<b>26</b>	<b>45.6%</b>
Total	<b>57</b>	<b>100%</b>

**\*Se evidencia un 82.5% (46 casos) de cuidadores que presentan sobrecarga, de estos el 56.5% (26 casos) constituyen sobrecarga intensa.**

**“RELACION ENTRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESION Y SOBRECARGA CON LOS FACTORES ASOCIADOS A LOS CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES EN TERAPIA DE DIALISIS DEL HRHDE - 2016”**

**Tabla 4. Ansiedad y factores asociados.**

<b>Factores</b>		<b>Ansiedad mayor</b>		<b>Ansiedad menor</b>		<b>No ansiedad</b>		<b>Total</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>Rho</b>
<b>Edad</b>	66 a 80 años	3	5.3%	3	5.3%	0	0%	6	P:0.07	0.41
	51 a 65 años	4	7.0%	7	12.3%	4	7.0%	15		
	36 a 50 años	2	3.5%	9	15.8%	8	14.0%	19		
	18 a 35 años	1	1.8%	6	10.5%	10	17.5%	17		
<b>Sexo</b>	Femenino	7	12.3%	16	28.1%	13	22.8%	36	P:0.83	0.07
	Masculino	3	5.3%	9	15.8%	9	15.8%	21		
<b>Parentesco</b>	Padres	1	1.8%	2	3.5%	0	0%	3	P:0.58	0.00
	Hermanos	1	1.8%	1	1.8%	3	5.3%	5		
	Hijos	2	3.5%	13	22.8%	9	15.8%	24		
	Cónyuge	5	8.8%	6	10.5%	7	12.3%	18		
	Otros	1	1.8%	3	5.3%	3	5.3%	7		
<b>Grado de instrucción</b>	Ninguno	3	5.3%	3	5.3%	0	0%	6	P:0.04	0.34
	Primaria	3	5.3%	4	7.0%	1	1.8%	8		
	Secundaria	3	5.3%	10	17.5%	14	24.6%	27		
	Superior	1	1.8%	8	14.0%	7	12.3%	16		
<b>Estado civil</b>	Soltero	2	3.5%	10	17.5%	7	12.3%	19	P:0.58	0.06
	Casado	6	10.5%	12	21.1%	9	15.8%	27		
	Conviviente	2	3.5%	3	5.3%	6	10.5%	11		
<b>Ocupación</b>	Empleado	1	1.8%	1	1.8%	3	5.3%	5	P:0.24	-0.23
	Independiente	2	3.5%	13	22.8%	11	19.3%	26		
	Estudiante	0	0.0%	3	5.3%	2	3.5%	5		
	Desempleado	7	12.3%	8	14.0%	6	10.5%	21		
<b>Tiempo de cuidado</b>	<6 meses	2	3.5%	3	5.3%	3	5.3%	8	P:0.32	-0.04
	6 – 11 meses	1	1.8%	5	8.8%	3	5.3%	9		
	1 – 3 años	6	10.5%	10	17.5%	15	26.3%	31		
	>3 años	1	1.8%	7	12.3%	1	1.8%	9		
<b>Horas/día</b>	>18 horas	8	14.0%	14	24.6%	3	5.3%	25	P:0.00	0.56
	12 – 18 horas	2	3.5%	8	14.0%	8	14.0%	18		
	<12 horas	0	0.0%	3	5.3%	11	19.3%	14		
<b>Recibe apoyo</b>	No	6	10.5%	15	26.3%	5	8.8%	26	P:0.02	0.33
	Si	4	7%	10	17.5%	17	29.8%	31		
<b>Estado de salud</b>	Sano	5	8.8%	20	35.1%	18	31.6%	43	P:0.17	-0.23
	Enfermo c/Tx	3	5.3%	3	5.3%	4	7.0%	10		
	Enfermo s/Tx	2	3.5%	2	3.5%	0	0.0%	4		
<b>Karnofsky</b>	50	4	7.0%	1	1.8%	1	1.8%	6	P:0.00	0.56
	60	4	7.0%	10	17.5%	1	1.8%	15		
	70	2	3.5%	12	21.1%	13	22.8%	27		
	80	0	0.0%	2	3.5%	7	12.3%	9		
<b>Total</b>		10	17.5%	25	43.9%	22	38.6%	57		

**“RELACION ENTRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESION Y SOBRECARGA CON LOS FACTORES ASOCIADOS A LOS CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES EN TERAPIA DE DIALISIS DEL HRHDE - 2016”**

**Tabla 5. Depresión y factores asociados.**

<b>Factores</b>		<b>Depresión moderada</b>		<b>Depresión ligera</b>		<b>Sin depresión</b>		<b>Total</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>Rho</b>
<b>Edad</b>	66 a 80 años	3	5.3%	3	5.3%	0	0%	6	P:0.00	0.46
	51 a 65 años	3	5.3%	10	17.5%	2	3.5%	15		
	36 a 50 años	5	8.8%	5	8.8%	9	15.8%	19		
	18 a 35 años	0	0%	7	12.3%	10	17.5%	17		
<b>Sexo</b>	Femenino	8	14.0%	17	29.8%	11	19.3%	36	P:0.42	0.16
	Masculino	3	5.3%	8	14.0%	10	17.5%	21		
<b>Parentesco</b>	Padres	3	5.3%	0	0%	0	0%	3	P:0.05	0.04
	Hermanos	0	0%	2	3.5%	3	5.3%	5		
	Hijos	3	5.3%	12	21.1%	9	15.8%	24		
	Cónyuge	4	7.0%	8	14.0%	6	10.5%	18		
	Otros	1	1.8%	3	5.3%	3	5.3%	7		
<b>Grado de instrucción</b>	Ninguno	4	7.0%	2	3.5%	0	0%	6	P:0.00	0.42
	Primaria	2	3.5%	6	10.5%	0	0%	8		
	Secundaria	4	7.0%	10	17.5%	13	22.8%	27		
	Superior	1	1.8%	7	12.3%	8	14.0%	16		
<b>Estado civil</b>	Soltero	1	1.8%	12	21.1%	6	10.5%	19	P:0.12	0.02
	Casado	8	14.0%	10	17.5%	9	15.8%	27		
	Conviviente	2	3.5%	3	5.3%	6	10.5%	11		
<b>Ocupación</b>	Empleado	1	1.8%	2	3.5%	2	3.5%	5	P:0.22	-0.25
	Independiente	3	5.3%	10	17.5%	13	22.8%	26		
	Estudiante	0	0.0%	4	7.0%	1	1.8%	5		
	Desempleado	7	12.3%	9	15.8%	5	8.8%	21		
<b>Tiempo de cuidado</b>	<6 meses	0	0%	6	10.5%	2	3.5%	8	P:0.51	0.01
	6 – 11 meses	3	5.3%	3	5.3%	3	5.3%	9		
	1 – 3 años	6	10.5%	12	21.1%	13	22.8%	31		
	>3 años	2	3.5%	4	7.0%	3	5.3%	9		
<b>Horas/día</b>	>18 horas	9	15.8%	13	22.8%	3	5.3%	25	P:0.00	0.54
	12 – 18 horas	2	3.5%	8	14.0%	8	14.0%	18		
	<12 horas	0	0.0%	4	7.0%	10	17.5%	14		
<b>Recibe apoyo</b>	No	8	14.0%	12	21.1%	6	10.5%	26	P:0.05	0.31
	Si	3	5.3%	13	22.8%	15	26.3%	31		
<b>Estado de salud</b>	Sano	6	10.5%	19	33.3%	18	31.6%	43	P:0.27	-0.26
	Enfermo c/Tx	3	5.3%	4	7.0%	3	5.3%	10		
	Enfermo s/Tx	2	3.5%	2	3.5%	0	0.0%	4		
<b>Karnofsky</b>	50	4	7.0%	1	1.8%	1	1.8%	6	P:0.00	0.51
	60	4	7.0%	10	17.5%	1	1.8%	15		
	70	2	3.5%	13	22.8%	12	21.1%	27		
	80	1	1.8%	1	1.8%	7	12.3%	9		
<b>Total</b>		11	19.3%	25	43.9%	21	36.8%	57		

**“RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SOBRECARGA CON LOS FACTORES ASOCIADOS A LOS CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES EN TERAPIA DE DIALISIS DEL HRHDE - 2016”**

**Tabla 6. Sobrecarga y factores asociados.**

Factores		Sobrecarga intensa		Sobrecarga leve		No sobrecarga		Total	X <sup>2</sup>	Rho
<b>Edad</b>	66 a 80 años	5	8.8%	1	1.8%	0	0%	6	P:0.03	0.34
	51 a 65 años	8	14.0%	6	10.5%	1	1.8%	15		
	36 a 50 años	7	12.3%	10	17.5%	2	3.5%	19		
	18 a 35 años	6	10.5%	4	7.0%	7	12.3%	17		
<b>Sexo</b>	Femenino	16	28.1%	14	24.6%	6	10.5%	36	P:0.91	-0.01
	Masculino	10	17.5%	7	12.3%	4	7.0%	21		
<b>Parentesco</b>	Padres	2	3.5%	1	1.8%	0	0%	3	P:0.94	0.01
	Hermanos	2	3.5%	1	1.8%	2	3.5%	5		
	Hijos	11	19.3%	9	15.8%	4	7.0%	24		
	Cónyuge	8	14.0%	7	12.3%	3	5.3%	18		
<b>Grado de instrucción</b>	Otros	3	5.3%	3	5.3%	1	1.8%	7	P:0.06	0.22
	Ninguno	5	8.8%	1	1.8%	0	0.0%	6		
	Primaria	5	8.8%	3	5.3%	0	0%	8		
	Secundaria	8	14.0%	14	24.6%	5	8.8%	27		
<b>Estado civil</b>	Superior	8	14.0%	3	5.3%	5	8.8%	16	P:0.65	0.09
	Soltero	9	15.8%	7	12.3%	3	5.3%	19		
	Casado	14	24.6%	8	14.0%	5	8.8%	27		
<b>Ocupación</b>	Conviviente	3	5.3%	6	10.5%	2	3.5%	11	P:0.22	-0.15
	Empleado	2	3.5%	1	1.8%	2	3.5%	5		
	Independiente	10	17.5%	12	21.1%	4	7.0%	26		
	Estudiante	3	5.3%	0	0%	2	3.5%	5		
<b>Tiempo de cuidado</b>	Desempleado	11	19.3%	8	14.0%	2	3.5%	21	P:0.03	-0.10
	<6 meses	3	5.3%	5	8.8%	0	0%	8		
	6 – 11 meses	3	5.3%	6	10.5%	0	0%	9		
	1 – 3 años	13	22.8%	9	15.8%	9	15.8%	31		
<b>Horas/día</b>	>3 años	7	12.3%	1	1.8%	1	1.8%	9	P:0.00	0.55
	>18 horas	17	29.8%	8	14.0%	0	0%	25		
	12 – 18 horas	7	12.3%	9	15.8%	2	3.5%	18		
<b>Recibe apoyo</b>	<12 horas	2	3.5%	4	7.0%	8	14.0%	14	P:0.00	0.39
	No	16	28.1%	10	17.5%	0	0%	26		
<b>Estado de salud</b>	Si	10	17.5%	11	19.3%	10	17.5%	31	P:0.65	-0.17
	Sano	18	31.6%	16	28.1%	9	15.8%	43		
	Enfermo c/Tx	5	8.8%	4	7.0%	1	1.8%	10		
	Enfermo s/Tx	3	5.3%	1	1.8%	0	0.0%	4		
<b>Karnofsky</b>	50	6	10.5%	0	0%	0	0%	6	P:0.00	0.57
	60	11	19.3%	4	7.0%	0	0%	15		
	70	9	15.8%	10	17.5%	8	14.0%	27		
	80	0	0%	7	12.3%	2	3.5%	9		
<b>Total</b>		26	45.6%	21	36.8%	10	17.5%	57		

## CAPITULO VI

### DISCUSION Y COMENTARIOS

Se analizaron 57 encuestas a cuidadores principales de pacientes en terapia de diálisis en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, las cuales cumplieron con los criterios de elegibilidad.

La **tabla 1** nos muestra una presencia de ansiedad en los cuidadores principales representada por el 61.4% (35 casos) del total, así como un 28.6% (10 casos) de los mismos evidenciaron una ansiedad mayor; cifras que son similares a otros estudios realizados, como el de Martínez <sup>(5)</sup> donde la ansiedad en los cuidadores era del 59.83%, siendo el 33.04% de ansiedad moderada a grave. Existen otros estudios donde se encontró una mayor prevalencia de ansiedad <sup>(3)</sup>, pero estos estudios incluyeron a cuidadores con diagnóstico previo de ansiedad, aumentando de esta manera el valor final de su prevalencia.

En la **tabla 2** se muestra la presencia de Depresión representada por el 63.2% (36 casos) del total de encuestados. Dicho valor es ligeramente mayor a otros estudios que evalúan la depresión de los cuidadores en forma aislada, tales como el de Arechabala <sup>(13)</sup> donde la depresión fue del 43.82%. Esto puede deberse a que no se utilizaron las mismas escalas para la depresión, en nuestro trabajo por ejemplo se utilizó la escala de Hamilton que posee una mayor sensibilidad para detectar los casos más leves. Lo que si se observa en la literatura, es que muy al margen de la prevalencia total de depresión, sea esta baja o alta, por lo general va asociada con los valores de ansiedad en los estudios donde se analizan de forma conjunta <sup>(3)</sup>.

En la **tablas 3** se muestra el nivel de sobrecarga de los cuidadores principales con una frecuencia de 82.5% (47 casos) de la población total, cifra que es mayor a la encontrada en otros estudios donde la sobrecarga se presenta alrededor del 50%, tal como Martínez <sup>(5)</sup> que halló una sobrecarga del 42.86% en los cuidadores de los pacientes con enfermedad renal crónica. Esto se explicaría debido al tipo de población a la que pertenecen los cuidadores encuestados, pues se trata de cuidadores que asisten a pacientes del Seguro Integral de Salud (SIS) que para poder hacer uso de su derecho tienen que viajar desde

lugares lejanos, pues el Hospital Honorio Delgado Espinoza, constituye un centro de referencia en el sur del país, y no se dispone de otros lugares para terapia de hemodiálisis, caso contrario a lo que ocurre en Essalud que posee centros de hemodiálisis en Arequipa y fuera de ella, tales como en Puno, no ocasionando una saturación de pacientes en una localidad distinta a la del origen del paciente.

La **tabla 4** se presenta la relación entre la ansiedad y los factores asociados tomados en cuenta en el presente estudio; se observa que entre la **ansiedad** y el factor **edad** hay una asociación directa de moderada intensidad, aunque con un nivel de significancia no significativo ( $\rho$ : 0.41;  $p$ : 0.07), lo cual se interpreta que a mayor edad del cuidador se verá mayor nivel de ansiedad. Así mismo entre la **ansiedad** y el factor **grado de instrucción** se encontró una asociación directa de débil intensidad y con un nivel de significancia significativo ( $\rho$ : 0.34;  $p$ : 0.04), lo que indica que a más bajo nivel educativo se tiende a presentar un mayor nivel de ansiedad. Con respecto a la relación entre la **ansiedad** y el factor **cuidado horas/día empleado por el cuidador**, se observa una asociación directa de moderada intensidad con un nivel de significancia muy significativo ( $\rho$ : 0.56;  $p$ : 0.00), que se interpreta que a mayores horas de cuidado empleado mayor será el nivel de ansiedad en el cuidador. Otra relación se observa entre la **ansiedad** y el factor **apoyo recibido por parte de otros familiares** para tal cuidado, encontrando una asociación directa de débil intensidad con un nivel de significancia significativo ( $\rho$ : 0.33;  $p$ : 0.02), lo cual indica que los cuidadores que no reciben apoyo tienden a presentar mayores niveles de ansiedad. Por último se observa que entre la **ansiedad** y el factor **estado funcional del paciente** se encontró una asociación directa de moderada intensidad y un nivel de significancia muy significativo ( $\rho$ : 0.56;  $p$ : 0.00), lo cual quiere decir que entre más bajo sea el estado funcional mayor será el nivel de ansiedad en el cuidador. Estos resultados son similares a los encontrados por Rodríguez<sup>(27)</sup> respecto a la relación de ansiedad y el grado de instrucción de los cuidadores aunque él lo denominó escolaridad; sin embargo no es así con los otros factores como edad, horas al día de cuidado y el apoyo recibido lo cual se explicaría por el uso de otro instrumento para la variable ansiedad; no evaluaron el estado funcional del paciente lo que se realizó en nuestro estudio.

La **tabla 5** nos muestra la relación entre la depresión y los factores asociados tomados en cuenta en el presente estudio; se observa que entre la **depresión** y el factor **edad** hay

una asociación directa de moderada intensidad, con un nivel de significancia significativo (rho: 0.46; p: 0.00), lo cual se interpreta que a mayor edad del cuidador mayor será el nivel de depresión. Otra relación es entre la **depresión** y el factor **grado de instrucción** en la cual hay una asociación directa de moderada intensidad y con un nivel de significancia muy significativo (rho: 0.42; p: 0.00), que indica que a más bajo nivel educativo se tiende a un mayor nivel de depresión. Con respecto a la relación entre la **depresión** y el factor **cuidado horas/día empleado por el cuidador**, hay una asociación directa de moderada intensidad con un nivel de significancia muy significativo (rho: 0.54; p: 0.00), que se interpreta que a mayores horas de cuidado empleado mayor será el nivel de depresión en el cuidador. Así mismo se observa que entre la **depresión** y el factor **estado funcional del paciente** se encontró una asociación directa de moderada intensidad y un nivel de significancia bien significativo (rho: 0.51; p: 0.00), lo cual quiere decir que entre más bajo sea el estado funcional del paciente, mayor será el nivel de depresión en el cuidador. Estos resultados guardan concordancia con los encontrados por Clemente<sup>(28)</sup> respecto a la relación de la depresión con la edad del cuidador, el muestra que los cuidadores más deprimidos tienen una edad entre 60 y 79 años; así mismo con Rodríguez<sup>(27)</sup> respecto a la depresión y el grado de instrucción de los cuidadores aunque él lo denomina escolaridad; sin embargo no es así con los otros factores como horas al día de cuidado lo cual se explicaría por el uso de otro instrumento para medir la depresión.

En la **tabla 6** se describe la relación entre nivel de sobrecarga y los factores asociados tomados en cuenta en el presente estudio; se observa que entre la **sobrecarga** y el factor **edad** hay una asociación directa de débil intensidad con un nivel de significancia significativo (rho: 0.34; p: 0.03), lo cual se interpreta que a mayor edad del cuidador se desarrolla mayor nivel de sobrecarga. Entre la **sobrecarga** y el factor **cuidado horas/día empleado por el cuidador**, hay una asociación directa de moderada intensidad con un nivel de significancia muy significativo (rho: 0.55; p: 0.00), que se interpreta que a mayores horas de cuidado empleado mayor será el nivel de sobrecarga en el cuidador. Otra relación es entre la **sobrecarga** y el factor **apoyo recibido por parte de otros familiares** para tal cuidado, donde hay una asociación directa de débil intensidad con un nivel de significancia significativo (rho: 0.39; p: 0.00) que se interpreta que los cuidadores que no reciben apoyo tienden a presentar mayores niveles de sobrecarga. Y por último se observa que la relación entre la **sobrecarga** y el factor **estado funcional del paciente** se encontró una asociación directa de moderada intensidad y un nivel de significancia muy

significativo ( $\rho: 0.57; p: 0.00$ ), lo cual quiere decir que entre más bajo sea el estado funcional mayor será el nivel de sobrecarga en el cuidador. Estos resultados guardan concordancia con los encontrados por Martínez<sup>(5)</sup> respecto a la relación de la sobrecarga y el factor edad, además del apoyo recibido por otros familiares con niveles de significancia importante.



## **CAPITULO VII**

### **CONCLUSIONES**

- La frecuencia de Ansiedad encontrada en los cuidadores principales fue del 61.4%; de estos el 28.6% constituyen Ansiedad mayor.
- La frecuencia de Depresión en dicha población resulto ser un 63.2% del total de encuestados; ningún caso de Depresión grave.
- La Sobrecarga en los cuidadores fue del 82.5% de la población total; de estos el 56.5% constituyen sobrecarga intensa.
- Los factores asociados a la Ansiedad del cuidador fueron la edad, grado de instrucción, cuidado horas/día, apoyo de otros familiares y el estado funcional del paciente.
- Los factores asociados a la Depresión del cuidador fueron la edad, grado de instrucción, cuidado horas/día, y el estado funcional del paciente.
- Los factores asociados a la Sobrecarga del cuidador fueron la edad, cuidado horas/día, apoyo de otros familiares y el estado funcional del paciente.

## RECOMENDACIONES

- Se recomienda la realización de estudios en esta población, donde se evalué el tratamiento oportuno de los cuidadores que presentan síntomas de ansiedad, depresión y sobrecarga; así como la repercusión que tiene en los pacientes a su cuidado.
- Se recomienda implementar estrategias de salud dirigidas hacia los cuidadores con el fin de capacitarlos no solo en la atención de los pacientes a su cargo si no en la prevención de las enfermedades a los cuales están expuestos, debido al riesgo de convertirse en pacientes invisibles.
- Se recomienda a las unidades de nefrología y medicina trabajar conjuntamente con la unidad de psiquiatría para detectar de forma temprana síntomas de ansiedad, depresión y sobrecarga en los cuidadores de pacientes que acuden a diálisis.

## CAPITULO VIII

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Velázquez Y. Repercusión psicosocial y carga en el cuidador informal de personas con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2014 [citado 15 Dic 2015]; 40(1):3-17. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v40n1/spu02114.pdf>.
2. Cedano S. Calidad de vida y sobrecarga de los cuidadores de portadores de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en oxigenoterapia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013 [citado 18 Dic 2015]; 21(4):[08 pantallas]. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/es\\_0104-1169-rlae-21-04-0860.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/es_0104-1169-rlae-21-04-0860.pdf).
3. Dominguez J. Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes. *SEMERGEN - Medicina de Familia*. 2012 [citado 24 Dic 2015]; 38(1):16–23. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90095695&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=40&ty=70&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=40v38n01a90095695pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90095695&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=40&ty=70&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=40v38n01a90095695pdf001.pdf).
4. Montero X. Carga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios informales de niños con cáncer. *Psicología y Salud*. 2014 [citado 5 Mar 2016]; 24(1): 45-53. Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/719/1267>.
5. Martinez J. 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-PUNO2015 [tesis]. Arequipa: Universidad Católica Santa María; 2015.
6. Cervantes P. Salud mental en el cuidador del paciente con esquizofrenia en el servicio de psiquiatría Hospital III Yanahuara 2012 [tesis]. Arequipa: Universidad Nacional San Agustín; 2012.
7. Manrique J. Perfil psicosomático del cuidador principal de pacientes con síndrome demencial. [tesis]. Arequipa: Universidad Nacional San Agustín; 2012.
8. Lopez L. Cuidadores de pacientes en diálisis peritoneal: experiencia de participar en un programa de habilidad de cuidado. *Enferm Nefrol* 2015 [citado 2 Ene 2016];

- 18(3): 189/195. Disponible en: [http://www.revistaseden.org/files/Articulos\\_3534\\_86original151121.pdf](http://www.revistaseden.org/files/Articulos_3534_86original151121.pdf).
9. Montes R. DIALISIS EN MAYORES. HOSPITAL MIGUEL SERVET. ZARAGOZA ARAGON. [citado 25 Ene 2016]. Disponible en: [http://www.revistaseden.org/files/3497\\_Articulo%2095.pdf](http://www.revistaseden.org/files/3497_Articulo%2095.pdf).
10. Alfaro O. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2008 [citado 6 Mar 2016]; 46 (5): 485-494. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2008/im085e.pdf>.
11. MINSA. Diabéticos e hipertensos pueden padecer de una enfermedad renal. [citado 8 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51&nota=16193>.
12. Reyes A. Caracterización familiar de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (artículo en línea). MEDISAN 2006 [citado 8 Mar 2016]; 10(4). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10\\_04\\_06/san05406.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_04_06/san05406.htm).
13. Arechabala M. Depresión y autopercepción de la carga del cuidado en pacientes en hemodiálisis y sus cuidadores. Rev Panam Salud Publica, 2011 [citado 5 Mar 2016]; 30(1):74-79. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v30n1/v30n1a11.pdf>.
14. Waldow V. Cuidado humano: LA VULNERABILIDAD DEL SER ENFERMO Y SU DIMENSIÓN DE TRASCENDENCIA. INDEX DE ENFERMERÍA/CUARTO TRIMESTRE 2014, [citado 6 Mar 2016]; 23(4): 234-238. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v23n4/pdf/9478.pdf>.
15. Chomba A. SOBRECARGA EN EL CUIDADOR FAMILIAR DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA, HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN AGOSTO 2013. [citado 4 Mar 2016]. Disponible en: [http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/333/1/Chomba\\_a\\_m.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/333/1/Chomba_a_m.pdf).
16. García P. Cuidadores informales y “sobrecarga intensa” asociada al cuidado de personas dependientes. Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento. Volumen III. 2014. [citado 4 Ene 2016]; 3(43):319-326. Disponible en: [http://sej473.com/documents/2015%20Calidad%20de%20vida%20cuidadores%](http://sej473.com/documents/2015%20Calidad%20de%20vida%20cuidadores%20)

- 20e%20intervencion%20para%20la%20mejora%20de%20la%20salud%20en%20el%20envejecimiento%20volumen%20III.pdf.
17. Ruiz A. Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *EnfNeurol (Mex)* 2012 [citado 28 Dic 2015]; 11(3): 163-169. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123i.pdf>.
  18. Fresenius Medical Care [internet]. EEUU: Fresenius; 2005 [actualizado 2013; citado 3 Ene 2016]. Disponible en: <http://www.ultracare-dialysis.com/ES/Treatment/WhatIsDialysis.aspx#sthash.3gI5jmdN.dpuf>
  19. Contreras D. Perfil actual del paciente en hemodiálisis hospitalaria. Análisis de sus necesidades. *RevSocEspEnfermNefrol* 2004 [citado 3 Ene2016]; 7(1): 56/61. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v17n2/03\\_original2.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v17n2/03_original2.pdf).
  20. Contreras A. Análisis de la relación entre nivel de dependencia del paciente en hemodiálisis y sobrecarga del cuidador principal. *EnfermNefrol* 2014 [citado 4 Ene 2016]; 17(2): 98/103. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v17n2/03\\_original2.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v17n2/03_original2.pdf).
  21. Sadock, SYNOPSIS OF PSYCHIATRY, 11 Edición, Wolters Kluwer, Agosto 2014.
  22. Hamilton M. Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton (HAS). Universidad Complutense Madrid. [citado 4 Ene 2016]. Disponible en: [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DE%20ANSIEDAD/EVALUACION%20GENERAL%20DE%20LOS%20TRASTORNOS%20DE%20ANSIEDAD/ESCALA%20DE%20VALORACION%20DE%20LA%20ANSIEDAD%20DE%20HAMILTON%20\(HAS\)/HAS\\_F.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DE%20ANSIEDAD/EVALUACION%20GENERAL%20DE%20LOS%20TRASTORNOS%20DE%20ANSIEDAD/ESCALA%20DE%20VALORACION%20DE%20LA%20ANSIEDAD%20DE%20HAMILTON%20(HAS)/HAS_F.pdf).
  23. Hamilton M. Escala de Hamilton para la Evaluación de la Depresión (HRSD, HAM-D). Universidad Complutense Madrid. [citado 4 Ene 2016]. Disponible en: [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DEL%20ESTADO%20DE%20ANIMO/ESCALA%20DE%20HAMILTON%20PARA%20LA%20EVALUACION%20DE%20LA%20DEPRESION%20HAM-D/HAM-D\\_F.PDF](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DEL%20ESTADO%20DE%20ANIMO/ESCALA%20DE%20HAMILTON%20PARA%20LA%20EVALUACION%20DE%20LA%20DEPRESION%20HAM-D/HAM-D_F.PDF).
  24. Breinbauer H. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zariten sus versiones original y abreviada. *RevMéd Chile* 2009 [citado 4 Ene

- 2016]; 137: 657-665. Disponible en:  
<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v137n5/art09.pdf>.
25. Barbarro A. Medidas de capacidad funcional. VALORACIÓN CLÍNICA EN EL PACIENTE CON CÁNCER. [citado 25 Ene 2016]. Disponible en:  
<http://media.axon.es/pdf/61341.pdf>.
26. Nabal M. Valoración general del paciente oncológico avanzado. Principios de control de síntomas. Aten Primaria. 2006 [citado 10 Mar 2016]; 38(2): 21-28. Disponible en:  
[http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13094772&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=27&ty=105&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v38nSupl.2a13094772pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13094772&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=105&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v38nSupl.2a13094772pdf001.pdf).
27. Rodríguez A. Variables asociadas con ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes con enfermedades neurodegenerativas. Arch Neurocién (Mex) 2010. [citado 11 Mar 2016]; 15(1): 25-30. Disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2010/ane101f.pdf>.
28. Clemente M. Depresión en los cuidadores familiares de enfermos crónicos. PsiqueMag 2012. [citado 10 Mar 2016]; 1(1):1 – 7. Disponible en:  
<http://www.ucvlima.edu.pe/psiquemag/pdf/PsiqueMag03.pdf>.

## CAPITULO IX

### ANEXOS

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con el objetivo de determinar la relación entre los niveles de ansiedad, depresión y sobrecarga con los factores asociados a los cuidadores principales de pacientes en terapia de diálisis del HRHDE, se desarrolla la siguiente investigación en la cual usted podrá colaborar mediante el llenado de una serie de instrumentos de evaluación. Con su contribución podremos cumplir con el objetivo de la investigación y crear futuras estrategias de trabajo que permitan mejorar su salud y calidad de vida.

Apellidos y nombres:..... y/o Firma:.....

#### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DEL CUIDADOR

Ficha N°.....

Edad:.....años.      sexo:.....      parentesco:.....

Grado de instrucción:

- ( ) primaria
- ( ) secundaria
- ( ) superior
- ( ) ninguno

Estado civil:

- ( ) soltero
- ( ) casado
- ( ) conviviente

Ocupación:

- ( ) empleado
- ( ) independiente
- ( ) estudiante
- ( ) desempleado
- ( ) jubilado

Tiempo que viene cuidando al paciente:.....meses/años

Horas al día que dedica al cuidado del paciente:.....

Apoyo de otros familiares en el cuidado del paciente: (si)    (no)

Enfermedades que padece:.....

Estado funcional del paciente según escala de karnofsky:.....

## TEST DE HAMILTON – ANSIEDAD

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
<b>1. Estado de ánimo ansioso.</b> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
<b>2. Tensión.</b> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
<b>3. Temores.</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
<b>4. Insomnio.</b> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
<b>5. Intelectual (cognitivo)</b> Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
<b>6. Estado de ánimo deprimido.</b> Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
<b>7. Síntomas somáticos generales (musculares)</b> Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
<b>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b> Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
<b>9. Síntomas cardiovasculares.</b> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
<b>10. Síntomas respiratorios.</b> Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
<b>11. Síntomas gastrointestinales.</b> 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
<b>12. Síntomas genitourinarios.</b> Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
<b>13. Síntomas autónomos.</b> Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
<b>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</b> 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



## TEST DE ZARIT-ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

Señalar la frecuencia con la que se siente identificado:

1: Nunca    2: Rara vez    3: Algunas veces    4: Bastantes veces    5: Casi siempre

¿Cree que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
¿Siente que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
¿Sientes que por pasar tiempo con tu familiar, no tienes suficiente tiempo para ti?	
¿Te sientes estresado(a) entre el cuidado de tu familiar, y tratar de cumplir con las responsabilidades de tu familia y trabajo?	
¿Te sientes avergonzado(a) de la conducta de tu familiar?	
¿Te sientes con rabia cuando estás al lado de tu familiar?	
¿Sientes que tu familiar en el presente afecta tu relación de una manera negativa con otros miembros de la familia o tus amigos?	
¿Tienes miedo de lo que el futuro le aguarda a tu familiar?	
¿Sientes que tu familiar depende de ti?	
¿Te sientes estresado(a) cuando estas alrededor de tu familiar?	
¿Sientes que tu salud ha sufrido por el cuidado de tu familiar?	
¿Tú sientes que no tienes suficiente privacidad por tu familiar?	
¿Tú sientes que tu vida social ha sufrido por tu familiar?	
¿Te sientes incómodo de invitar alguien a tu casa debido a tu familiar?	
¿Sientes que tu familiar espera que tú lo cuides como si tú fueras la única persona sobre la cual él puede depender?	
¿Sientes que no tienes dinero para cuidar de tu familiar, más todos tus otros gastos?	
¿Crees que no vas a poder cuidar de tu familiar por mucho tiempo más?	
¿Sientes que has perdido el control de tu vida desde que tu familiar se enfermó?	
¿Desearías dejar el cuidado de tu familiar a otra persona?	
¿Te sientes inseguro(a) respecto a qué hacer con tu familiar?	
¿Crees que deberías hacer más por tu familiar?	
¿Crees que podrías cuidar mejor de tu familiar?	

Señalar la frecuencia con la que se siente identificado:

**N:** nunca, **A:** algunas veces, **B:** bastantes veces, **C:** casi siempre, **S:** siempre.

<b>TEST DE HAMILTON</b>	<b>N</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>S</b>
1. Me siento triste, desamparado, inútil. Me encuentro pesimista. Lloro con facilidad.					
2. Me siento culpable. Creo haber decepcionado a los demás. Pienso que mi situación actual es un castigo.					
3. Me parece que no vale la pena vivir. Desearía estar muerto. Pienso en quitarme la vida.					
4. Me siento incapaz de realizar mi trabajo. Hago mi trabajo peor que antes. Me siento cansado, débil. No tengo interés por nada.					
5. Me encuentro lento, parado. Me cuesta concentrarme en algo y expresar mis ideas.					
6. Me encuentro tenso, irritable. Todo me preocupa y me produce temor. Presiento que algo malo puede ocurrirme.					
7. Me siento preocupado por notar palpitaciones, dolores de cabeza. Me encuentro molesto por mi mal funcionamiento intestinal. Necesito suspirar. Sudo copiosamente. Necesito orinar con frecuencia.					
8. Me siento preocupado por el funcionamiento de mi cuerpo y por el estado de mi salud. Creo que necesito ayuda médica.					
9. A veces me siento como si no fuera yo, o lo que me rodea no fuera normal.					
10. Recelo de los demás, no me fío de nadie. A veces me creo que alguien me vigila y me persigue donde quiera que vaya.					
11. Tengo dificultad para conciliar el sueño. Tardo mucho en dormirme.					
12. Tengo un sueño inquieto, me despierto fácilmente y tardo en volver a dormirme.					
13. Me despierto muy temprano y ya no puedo volver a dormirme.					
14. Me siento intranquilo e inquieto, no puedo estar quieto. Me retuerzo las manos, me tiro de los pelos, me muerdo las uñas, los labios.					
15. Tengo poco apetito, sensación de pesadez en el abdomen. Necesito alguna cosa para el estreñimiento.					
16. Me siento cansado y fatigado. Siento dolores, pesadez en todo mi cuerpo. Parece como si no pudiera conmigo.					
17. No tengo ninguna apetencia por las cuestiones sexuales. Tengo desarreglos menstruales.					
18. Peso menos que antes. Estoy perdiendo peso.					
19. No sé lo que pasa, me siento confundido.					
20. Por las mañanas (o por las tardes me siento peor).					
21. Se me meten en la cabeza ideas, me dan constantes vueltas y no puedo librarme de ellas.					