

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN - AREQUIPA
ESCUELA DE POSGRADO
UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA



**“FACTORES ASOCIADOS A LA APARICION DEL SINDROME DEL CUIDADOR DE
PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2013 - 2015”**

TESIS PRESENTADA POR LA BACHILLER
YABDANIA ROXANA CHUQUIMIA CHURA

PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE
MAESTRA EN CIENCIAS: SALUD PÚBLICA
MENCIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE
SALUD

ASESOR: DRA. MARTHA AVILA CONCHA

AREQUIPA – PERU

2017

INDICE

	Pag.
RESUMEN	01
ABSTRACT	02
INTRODUCCION	03
CAPITULO I MARCO TEORICO	08
CAPITULO II METODOS	19
CAPITULO III RESULTADOS	25
CAPITULO IV DISCUSIÓN	35
CAPITULO V CONCLUSIONES RECOMENDACIONES	44
BIBLIOGRAFIA	46
ANEXOS	49

*Dedico este trabajo de investigación a todos mis
pacientes que reciben terapia renal y sus familias
que vienen a ser su apoyo emocional, son ellos
que luchan día a día por enfrentarse a desafíos y
lograr una mejor calidad de vida.*

*Agradezco a Dios, la Virgen María y mi niño
Jesús, por guiándome y estar siempre presente
en mi vida y mis oraciones.*

*A mis queridos padres Rene y Lucia, mis
ejemplos y sobre todo mi motor por ser mejor
cada día.*

*A Eduardo mi gran amigo, por todo su apoyo
invalorable.*

RESUMEN

El síndrome del cuidador, es un trastorno que se presenta en personas que desempeña el rol de cuidador principal de una persona dependiente, como es el caso de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, enfermedad degenerativa que impacta la calidad de vida del enfermo y su entorno; el cuidador tiene que afrontar de repente una situación nueva al que no está preparado y llega a consumir todo su tiempo y energía, todo ello se caracteriza por el agotamiento físico y psíquico, el cual se considera producido por el estrés continuado frente a una lucha diaria contra la enfermedad. Por lo que el objetivo del presente estudio fue establecer los factores biológicos, sociales, psicológicos y socioeconómicos, están asociados a la aparición del síndrome del cuidador de pacientes con Enfermedad Renal Crónica.

De acuerdo a los resultados, los factores biológicos demostraron que el mayor porcentaje de cuidadores de los pacientes con enfermedad renal crónica son mujeres (73.8%) cuyas edades eran de 21 a 35 años (38.1%). En relación a los Factores Sociales el mayor porcentaje de cuidadores eran informales (85.7%), siendo los cuidadores directos las madres/padres (27.5%) en condición casada o conviviente (33.3%) cuyo nivel de instrucción eran secundario (54.8%) muestra una ocupación de oficio comerciante (42.9%) y tienen de 7 a 11 meses (54.8%) al cuidado del paciente. Respecto a los Factores Psicológicos la mayoría de los cuidadores presentan depresión (85.7%) seguido de ansiedad (73.8%) y el Nivel Socioeconómico, el mayor porcentaje de cuidadores estaba catalogado con pobreza crónica (42.9%). El Síndrome del Cuidador muestra que la mayoría de las personas evaluadas (66.7%) presentaban una sobrecarga intensa.

Se concluye que los factores biológicos: edad y sexo se relacionan, los factores Sociales: parentesco familiar y nivel de instrucción tienen relación, con respecto a los Factores Psicológicos se evidenció: depresión. Finalmente el Nivel Socioeconómico no presentó asociación con este síndrome; por tanto, debido a estos estos resultados, nuestra hipótesis se acepta.

PALABRAS CLAVES: Síndrome del cuidador, enfermedad renal.

ABSTRACT

The caregiver syndrome is a disorder that occurs in people who play the role of primary carer of a dependent person, as is the case of patients with chronic renal failure, a degenerative disease that impacts the quality of life of the patient and their environment; the person who take care has to suddenly face a new situation to which he is not prepared and consumes all his time and energy, all this is characterized by physical and psychic exhaustion, which is considered produced by continued stress in the face daily struggle against the disease. Therefore, the objective of the present study was to establish the biological, social, psychological and socioeconomic factors are associated to the appearance of the caregiver syndrome of patients with Chronic Renal Disease.

According to the results, biological factors showed that the highest percentage of caregivers of patients with chronic kidney disease are women (73.8%), whose their ages ranged from 21 to 35 years old (38.1%). In relation to Social Factors, the highest percentage of caregivers were informals (85.7%); direct caregivers were mothers / fathers (27.5%) in a married or cohabiting condition (33.3%) whose educational level were secondary (54.8%) an occupational trader (42.9%) and they have 7 to 11 months (54.8%) to the care of the patient. According Psychological Factors of the most caregivers presented depression (85.7%) followed by anxiety (73.8%) and the Socioeconomic Level, the highest percentage of caregivers was classified as chronic poverty (42.9%). Caregiver Syndrome shows that the majority of the people evaluated (66.7%) had an intense overload.

The conclusion is that biological factors as age and sex are related, social factors as family kinship and educational level are related, according to psychological factor was evidenced the depression. Finally socioeconomic level had no association with this syndrome; therefore, according to these results, our hypothesis is accepted.

KEY WORDS: Caregiver syndrome, kidney disease.

INTRODUCCION

Todos los organismos vivos necesitan adaptarse al entorno físico y emocional que les toca vivir, pues hemos de adaptarnos a una vida que es menos perfecta de la que nos gustaría; una vida en la cual hasta los placeres parecen acompañarse de complicaciones intrínsecas (1). Una de las razones por lo que a una persona le afecta su estilo de vida es decayendo por una enfermedad siendo esta crónica. Cuando hablamos de enfermedad, lo primero que se piensa es en las “personas enfermas”, sin embargo, los especialistas aconsejan no olvidar a todos aquellos que dedican una parte muy importante de su tiempo a cuidarlas. Ellos son los encargados de las necesidades básicas y psicosociales del enfermo y pueden sufrir, una serie de problemas físicos, mentales, socioeconómicos y la alteración de su capacidad para atender a su asistido a causa de esta labor, definiendo la sobrecarga o síndrome del cuidador (2).

El síndrome del cuidador, es un trastorno que se presenta en personas que desempeña el rol de cuidador principal de una persona dependiente. Se caracteriza por el agotamiento físico y psíquico. La persona tiene que afrontar de repente una situación nueva para la que no está preparada y que consume todo su tiempo y energía (3). Se considera producido por el estrés continuado en una lucha diaria contra la enfermedad, y que puede agotar las reservas físicas y mentales del cuidador.

Wilson, refiere que Cuidador Informal a aquella persona procedente del sistema de apoyo del paciente, sea un familiar o un amigo que asume la responsabilidad absoluta del enfermo en todo lo que respecta a su atención básica. “Es aquella persona que de una manera voluntaria y decidida, toma la opción de convertirse en cuidador de ese otro que se encuentra limitado en sus recursos para enfrentar las demandas del mundo” (4).

Otros autores lo identifican como Cuidador Primario Informal Familiar (CPIF), siendo éste quien asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que no puede llevar a cabo; sin recibir una retribución económica ni capacitación previa para la atención del paciente (5).

En muchas sociedades como la nuestra, la familia es el sistema de apoyo social para el adulto mayor más importante y muchas veces el único. El cuidado y la preocupación surgen de compromisos emocionales sólidos basados en valores culturales, con un sentido de solidaridad familiar y conciencia de grupo. Por estos motivos en nuestra sociedad predomina el cuidado informal ejercido por un familiar, amigo o vecino. Un estudio norteamericano encontró que el 26.6% de los cuidadores de personas mayores de 65 años eran hijas, 17.5% otro familiar mujer, 14.7% hijo, 13.4% esposa, 10.0% esposo, 8.6% otro familiar varón. Otros estudios han encontrado porcentajes de 15% y 24% para el cuidado ejercido por amigos o vecinos. Parodi, en su estudio realizado en cuidadores del Centro Geriátrico Naval en Lima encontró que el 84.2% de los cuidadores eran familiares.

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad que trae severas consecuencias para quien la padece así como para su entorno familiar ya que de no ser posible un trasplante de riñón se tiene la opción de un tratamiento renal sustitutivo, la diálisis, que en sus distintas modalidades resulta un tratamiento que invade la calidad de vida del paciente y de la familia siendo esta última quien busca la manera de afrontar las diversas necesidades que surgen a partir del diagnóstico que recibe el paciente, durante y después de que llegue el final del enfermo.

Estamos frente a una de las enfermedades crónicas degenerativas, en este caso la Insuficiencia Renal Crónica, realmente tienen un impacto en la calidad de vida del paciente y su familia, el cual es notorio en el ciclo familiar y en la respuesta ante la aparición del síndrome del cuidador. Así mismo la diálisis, tratamiento al cual se somete el paciente, genera cambios tanto fisiológicos, emocionales,

sociales y económicos los cuales de no ser atendidos oportunamente desencadenan consecuencias desagradables para quién vive bajo esta situación (6).

Los familiares no necesariamente se reconocen ni describen a sí mismos como cuidadores; son generalmente cónyuges, hijas, hijos o nueras, que en un momento dado tienen que asumir la mayor parte de la responsabilidad del cuidado del paciente que requiere de cuidado personal y apoyo en otras actividades de la vida diaria, ya que ha perdido la capacidad de cuidarse a sí mismo parcial o totalmente. La mayor parte de estudios coinciden en la predominancia del género femenino tanto en estudios a nivel local como en la literatura.

La presente investigación surge con el propósito de identificar los factores asociados ante las necesidades de personas que prestan cuidados directo al enfermo renal el cual presentan cambios o trastornos a partir de que hay una alteración en su vida cotidiana muy diferente a la que estaba acostumbrado a llevar, éstos cambios pueden ir desde la economía familiar hasta generar algunos trastornos o frustraciones en los miembros de la familia, de tal manera que la propuesta se pueda generar en base a las necesidades reales y permita resolver los problemas emocionales que se generan a partir de la enfermedad. En el Hospital Honorio Delgado el cuidado del enfermo renal es cada vez más complejo, sus necesidades van en aumento, y aunque los tratamientos permiten la prolongación de la vida, no están exentos de riesgo y dan paso a la aparición de otras patologías. Por lo tanto el cuidador de la persona enferma, enfrenta toda esta realidad y lleva consigo dicha enfermedad como si fuese la suya propia. Para poder ofrecer unos cuidados de calidad se debe adquirir competencia es decir poseer los conocimientos necesarios y demostrar habilidades técnicas como educador, además de ser capaz de desarrollar estrategias de soporte psicológico, no olvidar que estos pacientes provienen de zonas rurales y alejadas de la ciudad o en su mayoría vienen del sur del país.

Por último, sus resultados despertarán interés del personal de salud que labora al buscar explicación a dichas conductas, muchas veces encontramos que ello está relacionado con la ausencia de estrategias adecuadas de afrontamiento ante situaciones que le generan tensión anormal. Por lo tanto es importante detectar y conocer si el recurso humano (cuidador) se encuentra afectado psicológico y emocionalmente para ello se debe emprender las medidas preventivas primarias y promocionales, la puesta en marcha de mecanismos de prevención como Campañas por el Día Mundial del Riñón, el cual sirvan para alertar a la población sobre los peligros de contraer el mal y prevenir sus funestas consecuencias para el paciente y/o la familia, como también la participación un equipo multidisciplinario que cubra la demanda del enfermo renal y su cuidador en todo ámbito psicológico, nutricional, servicio social, medicina y enfermería (Es decir, detectado a tiempo se puede manejar o detener la enfermedad renal).

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuáles son los factores asociados a la aparición del síndrome del cuidador de pacientes con enfermedad renal crónica?

FORMULACIÓN DEL HIPÓTESIS:

La edad de 21 a 35 años, sexo femenino, de parentesco madre/padre, estado civil entre convivientes y casados, nivel de instrucción secundario, ocupación comerciante, tiempo de cuidador de 7 a 11 meses, con depresión, viven en una pobreza crónica son factores que se asocian a la aparición del síndrome del cuidador de pacientes con enfermedad renal crónica.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Establecer los factores biológicos en el cuidador de pacientes con enfermedad renal crónica.
- Establecer los factores sociales en el cuidador de pacientes con enfermedad renal crónica.
- Establecer los factores psicológicos en el cuidador de pacientes con enfermedad renal crónica.
- Establecer el nivel socioeconómico en el cuidador de pacientes con enfermedad renal crónica.
- Evaluar el Síndrome del Cuidador de pacientes con enfermedad renal crónica.
- Relacionar los factores biológicos, sociales, psicológicos y socioeconómicos con el síndrome del cuidador.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1. SINDROME DEL CUIDADOR:

1.1.1 DEFINICION

Es un trastorno común que presenta una sintomatología múltiple. Repercute en la vida de la persona de tal forma que puede llevarla a una situación en la que tendrá que dejar de ejercer su ayuda.

El cuidador es un enfermo oculto, teóricamente sano, sobre quien recae tal impacto de responsabilidades y tareas que ve alterado su equilibrio, a veces con consecuencias extendidas al carácter, las relaciones o la propia familia. Más allá del tradicional "báculo de la vejez" del mayor, asume papeles asistenciales de todo tipo que le ocasionan a menudo un fuerte desgaste. (7)

La persona que suele pasar por esta situación normalmente pertenece al sexo femenino y se responsabiliza de forma única la mayoría de las veces de un familiar enfermo dependiente, este síndrome ha existido desde siempre y ha permanecido en el silencio de las casas y arropado por el machismo que por obligación las mujeres y muchas veces las hijas tenían instaurado. Sentimientos muy ambivalentes como cansancio, desesperanza, depresión, rabia, hostilidad encubierta, y sentimientos de culpa por generar este tipo de emociones por el enfermo. La intensidad del síndrome varía según los apoyos familiares, sociales y el aislamiento.

1.1.2. CUIDADOR

Es *cuidador* es la persona que se hace cargo de proveer atención y asistencia a un enfermo. Dentro de los cuidadores se pueden distinguir dos categorías: los cuidadores primarios y los secundarios. (8)

El ***cuidador informal o primario*** es aquel que guarda una relación directa con el paciente o enfermo, como el cónyuge, los hijos, los hermanos o los padres.

El ***cuidador formal o secundario*** es aquel que no tiene una relación directa o un vínculo cercano con el enfermo; puede tratarse de una enfermera, un asistente, un trabajador social, un familiar lejano o cualquier persona que labore en una institución prestadora de servicios de salud.

1.1.3. EL CUIDADOR PRINCIPAL

Generalmente, los cuidados que precisa un enfermo crónico, que suele ser también una anciano(a), los da una mujer, cuya edad está comprendida entre los 45 y 60 años y a la que le unen con dicho paciente lazos familiares. Esta mujer, considerada como cuidador principal:

- Contrae un gran carga física y psíquica
- Se responsabiliza de la vida del enfermo: medicación, higiene, cuidados, alimentación, etc.
- Va perdiendo paulatinamente su independencia, porque el enfermo cada vez le absorbe más.
- Se desatiende a sí misma: no toma el tiempo libre necesario para su ocio, abandona sus aficiones, no sale con sus amistades, etc. y acaba paralizando, durante largos años, su proyecto vital.

También existen un grupo importante de cuidadores mayores de 65 años (una cuarta parte), generalmente cónyuges del enfermo, y aquí habría que considerar que, debido a su edad avanzada, regularmente manifiestan limitaciones y dificultades físicas que deben ser consideradas para prevenir que tales cuidadores sufran problemas adicionales de salud (9). De igual manera, una gran mayoría de los cuidadores (80%) presta sus servicios un número variable de horas durante los siete días de la semana.

1.1.4. MANEJO DE SENTIMIENTOS DEL CUIDADOR

Contar con ellos. Aprender a manejarlos, que sean nuestra propia riqueza no nuestros perturbadores implacables y desesperantes. El cuidador principal a menudo está abrumado y de poco le valen los consejos de otros familiares. Las reacciones emocionales, los sentimientos en los que puede caer como consecuencia de convivir, atender y querer a su familiar enfermo, son variadas. Aunque cada persona cada enfermo y cada familia son diferentes, se exponen a continuación algunas de las perturbaciones del carácter que pueden afectar al cuidador principal.

- a. Descanse cada día lo suficiente. Si Ud. enferma las cosas se pondrán peor.
- b. Evite el alcohol para animarse
- c. Haga todo lo que pueda para conservar su propia salud. Vaya al médico periódicamente, consúltelo lo que le duele, lo que siente, etc. y explíquele su situación personal. Muchas veces el cuidador debe medicarse por prescripción médica, para evitar el insomnio, la angustia o la depresión. También es frecuente la aparición de lesiones musculares, dolores de espalda, cervicales, etc., por el esfuerzo de mover al enfermo, para levantarlo, ducharlo, etc., que deben de ponerse en conocimiento del médico.
- d. No se aíse. A pesar de todo, continúe quedando con los buenos amigos que le quedan, acuda a reuniones sociales. El cuidador necesita tener amigos y también nuevos amigos relacionados con la situación que Ud. está viviendo.
- e. Procure mantener alguna de las actividades que siempre le han divertido: ir al cine, pasear, tocar el piano, pintar, hacer punto, hacer crucigramas.
- f. La risa, el amor y la alegría son fundamentales para su bienestar y para su vida con el enfermo. Si tiene la suerte de sentirse bien "en medio del temporal", no se avergüence de ello. Procure buscar personas, cosas, situaciones y

actividades que le satisfagan. Una persona serena irradia armonía, y si además se ríe, relajará el ambiente. El enfermo vivirá mejor con su alegría.

- g. Procúrese un tiempo semanal para Ud. Busque a un familiar, asistente etc., que cuide del enfermo unas horas a la semana para que Ud. pueda salir y relajarse. Y no olvide tomarse unas vacaciones, al menos anualmente, después de haber descansado verá las cosas con mayor serenidad.

1.2. PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA:

En nuestros días es cada vez más común encontrar en los centros de atención médica a pacientes con infinidad de enfermedades, en su mayoría crónicas que llevan a un desenlace drástico para las familias que viven con un miembro enfermo y con pocas posibilidades de vida, que angustia y preocupa a la misma.

1.2.1. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad que trae severas consecuencias para quien la padece así como para su entorno familiar ya que de no ser posible un trasplante de riñón se tiene la opción de un tratamiento renal sustitutivo, la diálisis, que en sus distintas modalidades resulta un tratamiento que invade la calidad de vida del paciente y de la familia siendo esta última quien busca la manera de afrontar las diversas necesidades que surgen a partir del diagnóstico que recibe el paciente, durante y después de que llegue el final del enfermo (10).

Entonces, resulta necesario para la planeación de las intervenciones conocer cuáles son las necesidades que la familia requiere en ese momento y que cambios se propician a partir de que hay una alteración en la vida cotidiana a la que se está acostumbrado a llevar, éstos pueden ir desde la economía familiar

hasta generar algunos trastornos o frustraciones en los miembros de la familia que pueden llegar a complicar o a desintegrar la misma, de tal manera que la propuesta se pueda generar en base a las necesidades reales y permita resolver los problemas emocionales que se generan a partir de la enfermedad.

El problema de la insuficiencia renal es cada vez más frecuente en el hospital y este tipo de programas representan una alternativa de tratamiento para pacientes con características comunes ya que en la actualidad se puede identificar la diversidad de condiciones económicas, sociales y culturales de los involucrados, que en la mayoría de los casos se ven afectados por las carencias que esto representa y que constituyen el escenario cotidiano de los centros de salud.

1.2.2. ENFERMEDADES RENALES

El riñón es para el organismo un regulador de las funciones sanguíneas y corporales así como muy importante para mantener el bienestar físico del individuo. Cuando estas funciones del riñón se ven afectadas, es necesario realizar tratamientos farmacológicos y terapias como la diálisis, a la cual nos vamos a referir más adelante.

La insuficiencia renal es una enfermedad que afecta el estado de salud, emocional, económico y social del paciente ya que al ingresar a los programas de terapia de reemplazo renal; se ven obligados a someterse a un estricto tratamiento, teniendo que modificar su vida social, además de esto, las múltiples canulaciones, dieta, restricción de líquidos, técnicas dolorosas, muchas veces la pérdida de esperanzas de trasplantes renales y en muchos casos el abandono familiar afectan notablemente al paciente disminuyendo su colaboración con respecto al tratamiento, lo que conduce que algunos pacientes adquieran conductas negativas a la diálisis. (11)

La insuficiencia renal crónica es la pérdida de la capacidad funcional de los riñones en forma permanente, llegando a un grado funcional tan bajo que requiere diálisis. El Manual Merck (1998) la define como "situación clínica resultante de una multitud de procesos patológicos que conducen a un desajuste e insuficiencia de la función excretora y reguladora renales (uremias)" (12). La insuficiencia renal crónica puede producirse como resultado de infecciones renales crónicas, anomalías del desarrollo, trastornos vasculares y destrucción de los túbulos renales.

El paciente puede presentar letargo o somnolencia, cefalea, náuseas, prurito, vómitos, anemia, descenso del pH sérico, hipertensión, aumento de la fosfatemia y disminución de la calcemia, escarcha urémica, convulsiones, coma y muerte. El deterioro progresivo de la función renal ocasiona uremia. El síndrome urémico ocurre cuando se elevan las concentraciones de nitrogenados y otros productos tóxicos de la sangre.

1.2.3. DIALISIS

La diálisis es una alternativa de tratamiento cuando el deterioro de la función renal se hace irreversible; la misma puede ser de dos tipos: diálisis peritoneal y hemodiálisis. La diálisis elimina los productos de desecho metabólico a través de membranas semipermeables como el peritoneo o de aparatos dializadores que separan la sangre del líquido dializante. (13)

Una enfermedad crónica puede afectar potencialmente la calidad de vida de una persona ya que incluye términos como salud y bienestar, los que se ven seriamente afectados cuando aparece una enfermedad, en la que el paciente puede experimentar el empobrecimiento de las actividades diarias y el progresivo o permanente acortamiento de las propias posibilidades y afecta asimismo el auto concepto y sentido de la vida y provoca estados depresivos.

1.3. FACTORES RELACIONADOS A LA APARICION DEL SINDROME DEL CUIDADOR:

1.3.1. FACTORES BIOLÓGICOS

Las características biológicas de la especie humana crean unas ligeras diferencias en cuanto a la población según el sexo y a la variación de dichas diferencias a través de las distintas edades (14). La conducta del individuo son actos, exteriores y visibles para su observador, el hombre revela, más que sus palabras, sus verdaderos pensamientos, sus propósitos y sus ideales, cada uno de ellos lo transmite de acuerdo a su edad establecida.

El sexo es una característica heredable determinada genéticamente por una pareja de cromosomas y lo que conlleva diferentes cambios biológicos en ambos sexos.

1.3.2. FACTORES SOCIALES

Es un factor clave, pues como seres sociales estamos en relación con otros seres; como es el caso de un enfermo crónico (proceso invalidante que se desarrolla en el deterioro, limitación funcional, la incapacidad) dificultad existente de una o más actitudes que, de acuerdo al entorno familiar, el rol social del sujeto es aceptado generalmente como esenciales componentes básicos de la vida diaria, tales como el cuidado, autonomía personal, relaciones sociales y actividad económica.

La persona experimenta un cambio en su entorno social o familiar, requiere una atención que no se relaciona exclusivamente con las manifestaciones patológicas y su demanda sobrepasa el ámbito sanitario.

1.3.3. FACTORES PSICOLOGICOS

Los aspectos arriba citados pueden causar importantes trastornos psicológicos en el cuidador, que se detectan cuando alguno de los síntomas se agudizan, como es la Depresión, cansancio, ansiedad. Toda esta situación obliga al cuidador principal a tomar mayor tiempo de ocio, cubriendo esas horas con ayuda de la familia o la de una asistenta domiciliaria. (15)

Pero en gran parte de los casos, el cuidador principal, además de salir y ponerse en contacto con otras personas que están en su misma situación, requiere asistencia médica para aliviar su depresión y angustia, procurar que el cuidador principal acuda a la consulta del médico para tratar de su estado físico y psíquico. (16)

DEPRESION

Cuando la tristeza, la preocupación, la soledad y la desesperanza se viven sin otra alternativa se enferma de depresión. Es decir, cuando estos sentimientos que causan infelicidad no se mitigan, o se equilibran con otras vivencias positivas: amor, cariño, ilusiones, etc., causan depresión en el cuidador. Este debe autoanalizarse para valorar el grado de depresión que padece. En el caso de depresiones leves su estado de ánimo mejorará tomándose unas vacaciones, un tiempo alejado del enfermo, realizando alguna actividad gratificante, descansando lo suficiente, etc. En otras personas la depresión es más grave, la depresión severa no se cura por sí misma, por lo que deben acudir, sin falta, a un profesional bien de la medicina que le administrará medicamentos o a un psicoterapeuta que le tratará mediante psicoterapia o le pondrá en contacto con grupos de apoyo y/o personas que están en su misma situación. (17)

ANSIEDAD

La ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva. Se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior, que podemos

calificar de emoción. La ansiedad es un mecanismo humano de adaptación al medio y ayuda (si su intensidad no es excesiva) a superar ciertas exigencias de la vida.

En este sentido podemos considerar a la ansiedad como una *defensa organizada frente a estímulos que rompen el equilibrio fisiológico y psicológico*.

(18) La ansiedad necesariamente positiva se entronca con lo cotidiano y entra de lleno en el campo de la motivación que nos hace alcanzar metas. La ansiedad normal y proporcionada, así como sus manifestaciones, no puede ni deben eliminarse, dado que se trata de un mecanismo funcional y adaptativo.

1.3.4. NIVEL SOCIOECONOMICO

El Nivel socioeconómico, es un atributo del hogar, compartido y extensible a todos sus miembros. Para determinar este atributo se estudiaron distintas variables relacionadas con la vivienda, el nivel de hacinamiento, los ingresos medios, la educación y el trabajo del jefe de hogar. A partir de esto se clasificaron los hogares en cinco grupos de mayor a menor pobreza: bajo, medio-bajo, medio, medio-alto y alto. (19)

Según la O.M.S. la alimentación, el alojamiento y el trabajo son pilares básicos de salud, porque esta se mantiene y se pierde ahí donde la población vive y trabaja. Estos tres pilares son la expresión del factor económico. El problema económico viene dado por no poder seguir desempeñando su actividad laboral.

Todo esto lleva consigo la búsqueda de alternativas con prestaciones económicas de menor cuantía no pudiendo mantener el nivel de ingresos y generando la aparición de una serie de desequilibrios personales y familiares, sobre todo cuando los miembros de la familia son menores de edad o están estudiando no teniendo por ello la cualificación y preparación suficiente para

desarrollar una actividad laboral, añadiéndose la dificultad actual de encontrar empleo.

El paciente con I.R.C. padece un déficit en su economía en uno de los momentos de su vida que más necesita el aporte económico. Hay un aumento de los gastos extra generados por su propia patología como pueden ser: Dieta alimenticia, tratamiento de fármacos, desplazamientos a tratamiento y en ocasiones cambio de domicilio por aproximación al centro de tratamiento. Hay una preocupación clara del paciente de carácter económico que le hace dudar en el poder adquisitivo de su futura pensión, debido a la falta de incremento de la misma en relación con el aumento del coste de la vida y los gastos que genera la propia enfermedad.

1.4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL SÍNDROME DEL CUIDADOR

En el estudio de las condiciones de vida del cuidador, y particularmente de los sentimientos de carga del cuidador, debe observarse con detenimiento la tarea que realizan. La tarea de cuidar a un enfermo comprende a menudo la aparición de una amplia variedad de problemas de orden físico, psíquico y socio familiar, los que componen un auténtico síndrome que es necesario conocer y diagnosticar tempranamente para prevenir su agravamiento. De igual manera, hay otros factores que pueden influir en la salud del cuidador y que pueden afectarlo; entre otros, habrán de considerarse su edad, género, parentesco, tiempo de dedicación y otras cargas familiares, elementos que han demostrado influir en la aparición del síndrome.

ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION:

Mejía Ramos (España), Un estudio sobre el perfil del cuidador afirma que “responde en su mayoría al de una mujer, principalmente hija de la persona

atendida, con una edad media de 52 años. Sólo uno de cada diez hijos que se hacen cargo de sus progenitores es varón, una cifra muy inferior a la de los EE.UU. donde uno de cada cuatro hijos dedicados al cuidado de su familiar pertenece al sexo masculino”. Otro dato del informe es que un alto promedio de estas personas dedica más de 40 horas semanales al enfermo. Información más que importante a la hora de evaluar el síndrome, “el aumento de la cantidad de horas semanales incrementa el valor de la sobrecarga”. (20)

EEUU. Un estudio norteamericano encontró que el 26.6% de los cuidadores de personas mayores de 65 años eran hijas, 17.5% otro familiar mujer, 14.7% hijo, 13.4% esposa, 10.0% esposo, 8.6% otro familiar varón. Otros estudios han encontrado porcentajes de 15% y 24% para el cuidado ejercido por amigos o vecinos. (21) Parodi, en su estudio realizado en cuidadores del Centro Geriátrico Naval en Lima encontró que el 84.2% de los cuidadores eran familiares.

Bañobre González, Antonio y colaboradores; en su estudio “Efectividad de la intervención educativa en cuidadores de pacientes dependientes en diálisis y valoración de la carga”, mostraron que el 24,5% de los pacientes en HD y el 33,3% en DP son dependientes de un cuidador. Los cuidadores no percibían sobrecarga, siendo el grado similar en ambos tipos de (HD vs DP) y además disminuía con el aumento de tiempo como cuidador. Se observa un déficit de conocimientos en los cuidadores antes de la información, aumentando estos significativamente después de la intervención educativa. (22)

CAPITULO II

METODOS

2.1. ÁMBITO DE ESTUDIO

El presente estudio de investigación se llevó a cabo en la ciudad de Arequipa en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza del Ministerio de Salud, en los servicios de Hemodiálisis, el cual se encuentra ubicado en el sótano de dicha institución.

El Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza se encuentra en la Avenida Daniel Alcides Carrión N° 505 de la Urbanización la Pampilla, distrito Cercado de la ciudad de Arequipa, provincia y departamento de Arequipa; cuenta con una superficie total de terreno es de 83,392m², entre edificios y pistas, el restante 44,00m² está considerado como área libre, también posee acceso para impedidos físicos áreas de evacuación y zonas de seguridad.

2.2. POBLACION A ESTUDIAR

La población estuvo constituida por todas personas cuidadoras de pacientes con enfermedad renal crónica que asistan al Hospital Regional Honorio Delgado, aquellos que reciben terapia de reemplazo renal como la Hemodiálisis o Diálisis Peritoneal, dentro del periodo comprendido entre el 2013 y 2015 y que cumplan con los siguientes criterios.

De inclusión

- ◆ El Cuidador informal (el cónyuge, los hijos, los hermanos o los padres).
- ◆ El Cuidador formal (tec. enfermera, un asistente, un trabajador social, un familiar lejano).

- ♦ Ambos sexos.
- ♦ Mayores de 18 años de edad.

De exclusión

- ♦ Cuidadores hace menos de un mes

2.3. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTO:

A) TIPO DE ESTUDIO:

Según Douglas G. Altman, el presente, es un estudio Observacional, transversal y prospectivo. Según el propósito estadístico es de asociación con dependencia y según la finalidad cognoscitiva es de explicar.

B) PRODUCCIÓN Y REGISTRO DE DATOS:

Para realizar nuestra investigación se pidió permiso respectivo al personal encargado, jefe y coordinadora del servicio de hemodiálisis y diálisis peritoneal en el Hospital Regional Honorio Delgado.

Posteriormente se aplicó la toma del cuestionario a cada cuidador, previo consentimiento personal (ANEXO 01) dentro de las instalaciones del servicio, este procedimiento se llevó a cabo durante el ingreso y salida del tratamiento dialítico.

Se explicó al cuidador sobre el contenido de los cuestionarios y se le solicitó su participación en el estudio.

- Se aplicó un cuestionario para medir la aparición del **Síndrome del cuidador** elaborado por Zarit y Zarit (Lanz et al., 1996), es un instrumento

que mide la Escala de Evaluación de Sobrecarga o síndrome del cuidador: (ANEXO 02)

Instrumento que tiene por objetivo valorar la vivencia subjetiva del síndrome el cuidador, en distintas áreas de su vida (física, síquica, social y económica). Esta escala fue adaptada al español y validada por Martín y Cols. en 1996, arrojando buenos valores de fiabilidad y consistencia interna. Consta de 22 ítems, puntuándose en un gradiente de frecuencia que va desde 1 (no presentado) a 5 (casi siempre), y los puntos de corte son:

- 22 a 46 puntos : sin sobrecarga
- 47 a 55 puntos : sobrecarga leve
- 56 a 110 puntos: sobrecarga intensa.

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
1	2	3	4	5

- Otro instrumento que se utilizo fue la **Escala de Goldberg**, instrumento de cribaje para detectar la ansiedad y la depresión, se interroga al encuestado sobre si ha presentado algunos de los síntomas a los que hace referencia los ítems; cada una de las subescala se estructuran en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan solo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión). (ANEXO 03)

Los puntos de corte son mayores o iguales a 4 para la subescala de ansiedad, y mayor o igual 2 para la de depresión, el instrumento está diseñado para detectar probables casos.

- Y por último se entrevistó sobre su nivel socioeconómico a través de una Ficha, elaborado por la ANASS (Asociación Nacional de Asistentes Sociales de Salud) el Score Social, utilizada en el Ministerio de Salud con el objetivo de otorgar una calificación al paciente, familia que es atendida en hospitales. (ANEXO 04)

Dicho instrumento tiene como base las distintas variables socioeconómicas y sus respectivos indicadores el cual consta de 9 items cuyo puntaje arroja las siguientes categorías:

- Pobreza extrema : 53 puntos a más
- Pobreza crónica : 42 a 52 puntos
- Pobreza reciente : 21 a 41 puntos
- No pobre : 20 puntos a menos.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD/CATEGORIA	ESCALA
Síndrome del cuidador	Presenta signos y síntomas del cuidador	Sin sobrecarga Sobrecarga leve Sobrecarga intensa	Ordinal
Factores Biológicos			
➤ Edad	Fecha de nacimiento	años	Razón
➤ Sexo	Características sexuales secundarias	Femenino Masculino	Nominal
Factores Sociales			
➤ Tipo de Cuidador	Relación con el Enfermo	Informal Formal	Nominal
➤ Parentesco familiares	Relación familiar con el enfermo	Madre o padre Esposa o esposo Hermana (o) Hija (o) Nuera o yerno Sobrina (o) Nieta (o)	Nominal
➤ Estado civil	Relación conyugal	Casado (a) Soltero (a) Conviviente Divorciado Separado	Nominal
➤ Nivel de instrucción	Ultimo año académico aprobado	Superior Secundaria Primaria Sin nivel	Ordinal
➤ Ocupación	Actividad que realiza	Empresario Empleado publico Comerciante Ambulante Sin oficio	Nominal
➤ Tiempo de Cuidador	Directa	2- 6 meses 7 – 11 meses Mas 1 año	Razón
Factores Psicológicos			
ANSIEDAD	Respuesta al cuestionario	SI NO	Nominal

DEPRESION	Respuesta al cuestionario	SI NO	Nominal
Nivel socioeconómico			
SCORE SOCIAL	Grado de dependencia económica Ingreso económico familiar. Grado educativo del jefe de familia Escolaridad en niños Vivienda Servicios básicos Condición laboral Salud familiar Problemas sociales	Pobreza extrema Pobreza crónica Pobreza reciente No pobre	Ordinal

C) ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

El análisis estadístico que se utilizó en la presente investigación correspondió, en un primer momento, a la estadística descriptiva, donde se calcularon frecuencias absolutas (N°) y relativas (%), dada la naturaleza cualitativa de las variables de interés.

En una segunda etapa, y para demostrar la relación entre las variables, se aplicó la prueba estadística de chi cuadrado a un nivel de significancia del 95% (0.05). El proceso se llevó a cabo con la ayuda del software EPI – INFO versión 6.0.

Los resultados se presentaron a través de la elaboración de tablas, tanto de simple como de doble entrada. Los porcentajes se establecieron tomando como referencia a la variable independiente.

CAPITULO III

RESULTADOS

TABLA N°1

**FACTORES BIOLÓGICOS EN EL CIUDADOR DE PACIENTES CON ENFERMEDAD
RENAL CRÓNICA**

FACTORES BIOLÓGICOS	N°	%
EDAD		
21 a 35 años	16	38.1
36 a 50 años	15	35.7
Más de 50 años	11	26.2
SEXO		
Femenino	31	73.8
Masculino	11	26.2
Total	42	100.0

Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 2

FACTORES SOCIALES EN EL CIUDADOR A PACIENTES CON ENFERMEDAD
RENAL CRONICA

FACTORES SOCIALES	N°	%
TIPO DE CUIDADOR		
Informal	36	85.7
Formal	6	14.3
PARENTESCO		
Madre/Padre	11	27.5
Esposa(o)	10	25.0
Hermano(a)	5	12.5
Hija(o)	5	12.5
Nuera/Yerno	3	7.5
Sobrino(o)	2	5.0
Nieta(o)	4	10.0
ESTADO CIVIL		
Casado(a)	14	33.3
Soltero(a)	7	16.7
Conviviente	14	33.3
Divorciado(a)/Separado(a)	7	16.7
NIVEL DE INSTRUCCIÓN		
Sin nivel	5	11.9
Primaria	10	23.8
Secundaria	23	54.8
Superior	4	9.5
OCUPACIÓN		
Sin oficio	5	11.9
Ambulante	8	19.0
Comerciante	18	42.9
Empleado	9	21.4
Empresario	2	4.8
TIEMPO DE CUIDADOR		
2 a 6 meses	7	16.7
7 a 11 meses	23	54.8
Más de 1 año	12	28.6
Total	42	100.0

Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 3

FACTORES PSICOLOGICOS EN EL CIUDADOR A PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA

FACTORES PSICOLÓGICOS	N°	%
ANSIEDAD		
No	11	26.2
Si	31	73.8
DEPRESIÓN		
No	6	14.3
Si	36	85.7
Total	42	100.0

Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 4

**NIVEL SOCIOECONOMICO EN EL CIUDADOR A PACIENTES CON ENFERMEDAD
RENAL CRONICA**

NIVEL SOCIOECONÓMICO	N°	%
Pobreza extrema	7	16.7
Pobreza crónica	18	42.9
Pobreza reciente	13	31.0
No pobre	4	9.5
Total	42	100.0

Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 5

**SINDROME DEL CUIDADOR DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL
CRONICA**

SINDROME DEL CUIDADOR	N°	%
Sin sobrecarga	4	9.5
Sobrecarga leve	10	23.8
Sobrecarga intensa	28	66.7
Total	42	100.0

Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 6

**RELACION DE LOS FACTORES BIOLÓGICOS CON EL SÍNDROME DEL
CUIDADOR DE PACIENTES CON ERC**

FACTORES BIOLÓGICOS	Síndrome del Cuidador						Total	
	Sin sobrecarga		Sobrecarga leve		Sobrecarga intensa		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
EDAD								
21 a 35 años	3	18.8	4	25.0	9	56.3	16	100.0
36 a 50 años	1	6.7	3	20.0	11	73.3	15	100.0
Más de 50 años	0	0.0	3	27.3	8	72.7	11	100.0
P	0.041 (P < 0.05)							
SEXO								
Femenino	3	9.7	6	19.4	22	71.0	31	100.0
Masculino	1	9.1	4	36.4	6	54.5	11	100.0
P	0.033 (P < 0.05)							
Total	4	9.5	10	23.8	28	66.7	42	100.0

Fuente: Matriz de datos

TABLA Nº 7

**RELACION DE LOS FACTORES SOCIALES CON EL SINDROME DEL CUIDADOR
DE PACIENTES CON ERC**

FACTORES SOCIALES	Síndrome del Cuidador						Total	
	Sin sobrecarga		Sobrecarga leve		Sobrecarga intensa		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
TIPO DE CUIDADOR								
Informal	2	5.6	9	25.0	25	69.4	36	100.0
Formal	2	33.3	1	16.7	3	50.0	6	100.0
P	0.049 (P < 0.05)							
PARENTESCO FAMILIAR								
Madre/Padre	0	0.0	2	18.2	9	81.8	11	100.0
Esposa(o)	0	0.0	3	30.0	7	70.0	10	100.0
Hermano(a)	1	20.0	1	20.0	3	60.0	5	100.0
Hija(o)	0	0.0	2	40.0	3	60.0	5	100.0
Nuera/Yerno	0	0.0	1	33.3	2	66.7	3	100.0
Sobrina(o)	2	100.0	0	0.0	0	0.0	2	100.0
Nieta(o)	1	25.0	0	0.0	3	75.0	4	100.0
P	0.016 (P < 0.05)							
ESTADO CIVIL								
Casado(a)	0	0.0	4	28.6	10	71.4	14	100.0
Soltero(a)	2	28.6	0	0.0	5	71.4	7	100.0
Conviviente	1	7.1	4	28.6	9	64.3	14	100.0
Divorciado(a) Separado(a)	1	14.3	2	28.6	4	57.1	7	100.0
P	0.377 (P ≥ 0.05)							
Total	4	9.5	10	23.8	28	66.7	42	100.0

Fuente: Matriz de datos

TABLA Nº 8

**RELACION DE LOS FACTORES SOCIALES CON EL SINDROME DEL CUIDADOR
DE PACIENTES CON ERC**

FACTORES SOCIALES	Síndrome del Cuidador						Total	
	Sin sobrecarga		Sobrecarga leve		Sobrecarga intensa		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
NIVEL DE INSTRUCCIÓN								
Sin nivel	4	80.0	1	20.0	0	0.0	5	100.0
Primaria	0	0.0	1	10.0	9	90.0	10	100.0
Secundaria	0	0.0	8	34.8	15	65.2	23	100.0
Superior	0	0.0	0	0.0	4	100.0	4	100.0
P	0.000 (P < 0.05)							
OCUPACIÓN								
Sin oficio	1	20.0	1	20.0	3	60.0	5	100.0
Ambulante	0	0.0	1	12.5	7	87.5	8	100.0
Comerciante	2	11.1	3	16.7	13	72.2	18	100.0
Empleado	1	11.1	5	55.6	3	33.3	9	100.0
Empresario	0	0.0	0	0.0	2	100.0	2	100.0
P	0.326 (P ≥ 0.05)							
TIEMPO CUIDADOR								
2 a 6 meses	1	14.3	2	28.6	4	57.1	7	100.0
7 a 11 meses	2	8.7	6	26.1	15	65.2	23	100.0
Más de 1 año	1	8.3	2	16.7	9	75.0	12	100.0
P	0.938 (P ≥ 0.05)							
Total	4	9.5	10	23.8	28	66.7	42	100.0

Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 9

**RELACION DE LOS FACTORES PSICOLOGICOS CON EL SINDROME DEL
CUIDADOR DE PACIENTES CON ERC**

FACTORES PSICOLÓGICOS	Síndrome del Cuidador						Total	
	Sin sobrecarga		Sobrecarga leve		Sobrecarga intensa		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
ANSIEDAD								
No	0	0.0	2	18.2	9	81.8	11	100.0
Si	4	12.9	8	25.8	19	61.3	31	100.0
P	0.345 (P ≥ 0.05)							
DEPRESIÓN								
No	4	66.7	0	0.0	2	33.3	6	100.0
Si	0	0.0	10	27.8	26	72.2	36	100.0
P	0.000 (P < 0.05)							
Total	4	9.5	10	23.8	28	66.7	42	100.0

Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 10

**RELACION DEL NIVEL SOCIOECONOMICO CON EL SINDROME DEL CUIDADOR
DE PACIENTES CON ERC**

NIVEL SOCIOECONÓMICO	Síndrome del Cuidador						Total	
	Sin sobrecarga		Sobrecarga leve		Sobrecarga intensa		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Pobreza extrema	0	0.0	2	28.6	5	71.4	7	100.0
Pobreza crónica	1	5.6	5	27.8	12	66.7	18	100.0
Pobreza reciente	2	15.4	2	15.4	9	69.2	13	100.0
No pobre	1	25.0	1	25.0	2	50.0	4	100.0
Total	4	9.5	10	23.8	28	66.7	42	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.781 (P ≥ 0.05)

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

En la tabla N° 1 al evaluar el Factor Biológico, frente a la aparición del Síndrome del Cuidador, apreciamos que el mayor porcentaje corresponde a las edades de 21 a 35 años con 38.1%, muy cerca con un 35.7% entre las edades de 36 a 50 años, y con un menor porcentaje de 26.2% los cuidadores mayores de 50 años de edad, siendo el sexo femenino quien predomina al cuidado de personas con Enfermedad Renal Crónica.

La mayor parte de estudios coinciden en la predominancia del género femenino tanto en estudios a nivel local como en la literatura. Los familiares como cónyuges, hijas, hijos o nueras, que en un momento dado tienen que asumir la mayor parte de la responsabilidad del cuidado del paciente que requiere de cuidado personal y apoyo en otras actividades de la vida diaria, ya que esta ha perdido la capacidad de cuidarse a sí mismo de forma parcial o totalmente(23).

Una de las principales razones de que la mayoría de los cuidadores sean mujeres es que, a través de la educación recibida y los mensajes que transmite la sociedad, se favorece la concepción de que la mujer está mejor preparada que el hombre para el cuidado, ya que tiene más capacidad de abnegación, de sufrimiento y es más voluntariosa (24). A pesar del claro predominio de las mujeres en el ámbito del cuidado, los hombres participan cada vez más en el cuidado de las personas mayores bien como cuidadores principales o bien como ayudantes de las cuidadoras principales, lo que significa un cambio progresivo de la situación.

En bastantes ocasiones, las mujeres cuidadoras se resisten a buscar o recibir ayuda de otros familiares, amigos, vecinos e, incluso, de organismos oficiales. Estas mujeres, a menudo, acaban cuidando y sobrecargándose de trabajo más de lo que su salud y condiciones se lo permiten al no aceptar la ayuda de otros (25).

Según la tabla N° 2 se observa en el Factor Social, que el Tipo de cuidador Informal predomina con un 85.7% frente a los cuidadores Formales, siendo el grupo de madres/padres con 27.5% quienes brindan atención directa al paciente con Enfermedad renal crónica, cuyo estado civil vienen a ser los casados o convivientes con un 33.3%, en su mayoría tienen un nivel de instrucción secundario con 54.8% a su vez se observa una ocupación de oficio comerciantes con un 42.9%, por lo que vienen a ser los directos encargados durante los primeros meses de tratamiento.

La búsqueda de apoyo y aliento suele ser un medio para combatir los sentimientos negativos y fortalecer la estabilidad emocional. Estos recursos pueden ser la pareja, hijos, amigos y personas que se encuentran en el mismo proceso de tratamiento diálisis.

Cuando uno de los miembros de una pareja sufre un deterioro de la salud y necesita ayuda para sus actividades de la vida diaria, el cuidador principal suele ser el miembro de la pareja con mejor salud. El hecho de que un miembro de la pareja sea el que tiene que dar ayuda y el otro el que la recibe puede crear tensiones en la pareja, al ser una relación menos recíproca que anteriormente. Una buena comunicación y actitud por parte de los dos puede ayudar mucho a rebajar estas tensiones (26)

Es más fácil aceptar la ayuda del esposo (a) que la ayuda de, amigos, vecinos o instituciones, en la medida en que se ve como una obligación transmitida de generación en generación, así como una muestra de cariño por los años de convivencia juntos. En el caso de que los cuidadores sean hermanos o hermanas de la persona dependiente también suele resultar más fácil aceptar su ayuda que la de otras personas (27).

En la tabla N° 3 se muestra los Factores Psicológicos de cuidadores de pacientes con enfermedad renal crónica, siendo la depresión el valor alto de 85.7% quienes responden pasar por un momento de emociones de tristeza, preocupación, soledad, y el 73.8% presentan ansiedad.

La depresión podría ser una respuesta al stress ocasionado por enfermedades en pacientes predispuestos, o no, a deprimirse. Un número de reacciones emocionales referidas a patologías puede contribuir a desencadenar la depresión, además, las

pérdidas objetales, inclusive aquellas que han sucedido antes del inicio de la enfermedad, pueden tornarse más problemáticas, precipitando una depresión en aquellos cuyos lazos emocionales se han debilitado por la enfermedad. Evidentemente, la depresión no solo responde a la enfermedad orgánica, sino que también la precede y la acompaña y, además, como se observa en el cuadro, ocupa casi cualquier posición posible en relación con ella (28).

El geriatra Dr. Rafael Jara indica que para identificar al cuidador que inicia problemas psicológicos muestra señales, como es la dificultad para conciliar, despertar de madrugada, pérdida de energía, fatiga crónica, sensación de cansancio continuo, aislamiento; en muchos casos también está el consumo excesivo de bebidas con cafeína, alcohol o tabaco, pastillas para dormir u otros medicamentos. Puede ser que los mencionados se sumen problemas físicos: palpitaciones, temblor de manos, molestias digestivas, problemas de memoria y dificultad para concentrarse, menor interés por actividades y personas que anteriormente eran objeto de interés.

También comenta que puede haber aumento o disminución del apetito, la persona puede enfadarse fácilmente o dar demasiada importancia a pequeños detalles. Puede tener cambios frecuentes de humor o de estado de ánimo, propensión a sufrir accidentes, dificultad para superar sentimientos de depresión o nerviosismo y tratar a otras personas de la familia de forma menos considerada que habitualmente (29).

Es importante que tanto el paciente, familia como personal clínico sepan de estas etapas psicológicas por las que atraviesa el paciente de diálisis, para que le puedan ofrecer la ayuda necesaria para la superación.

En la tabla N° 4 presenta a los Cuidadores de pacientes con IRC en un Nivel socioeconómico de Pobreza Crónica con 42.9%, seguido de una pobreza reciente de 31.0%, no llegando significativamente a una pobreza extrema con 16.7%, y siendo un 9.5% los cuidadores no pobres.

La pobreza es la privación de los medios materiales para satisfacer en la medida que como mínimo sea aceptable las necesidades humanas, incluidos los alimentos. La pobreza crónica es un problema que afecta al medio urbano tanto como al rural, los

individuos que pertenecen a hogares cuyos ingresos per capita se encuentra por debajo de la línea de pobreza cada año. Permite evitar (en parte) la contaminación del indicador de transición de pobreza por errores de medición.

No obstante, pese a que las tasas de pobreza crónica son mucho más elevadas en las áreas rurales, la pobreza crónica es un problema que afecta a los centros urbanos tanto como al medio rural. Los ingresos laborales representaron el factor impulsor más importante detrás de la fuerte reducción de la pobreza registrada entre los años 2004 y 2012. Lamentablemente, al parecer los pobres crónicos enfrentan barreras más serias para ingresar a la fuerza laboral, y dependen relativamente más de ingresos no laborales. Asimismo, son más activos en sectores de baja productividad o de subsistencia.

En la tabla N° 5 se observa la sobrecarga que lleva el cuidador de pacientes con IRC, y lo que muestra es que la mayoría presenta una sobre carga intensa de 66,7% es decir más de la mitad se encuentra es esta situación y 23.8% con sobrecarga leve, habiendo un 9.5% de personas sin sobrecarga.

Asumir el rol de cuidador no es inocuo, la persona tiene que afrontar de repente una situación nueva para la que no está preparada y que consume todo su tiempo y energía. Se considera producido por el estrés continuado (no por una situación puntual) en una lucha diaria contra la enfermedad, y que puede agotar las reservas físicas y mentales del cuidador.

Es posible desarrollar un fenómeno de "sobrecarga" por la tarea asumida, conjugando diversas variables: 1) Desatención de la propia salud, proyecto vital y vida social; 2) Deterioro familiar, relacionadas a dinámicas culposas, rabiosas; 3) Ansiedad o frustración por falta de preparación y conocimiento técnico en el cuidado de pacientes dependientes(30).

Frecuentemente, en el inicio del cuidado, la persona que cuida aún no es plenamente consciente de que es el miembro de la familia sobre el que va a recaer la mayor parte del esfuerzo y responsabilidades del cuidado y tampoco de que probablemente se encuentra en una situación que puede mantenerse durante muchos años y que,

posiblemente, implique un progresivo aumento de dedicación en tiempo y energía. Poco a poco, sin apenas darse cuenta de ello, la persona va integrando su nuevo papel de cuidador/a en su vida diaria. . Así, el cuidador también va perdiendo paulatinamente su independencia, porque el enfermo cada vez le absorbe más. Se desatiende a sí misma: no toma el tiempo libre necesario para su ocio, abandona sus aficiones, no sale con sus amistades, etc. y acaba paralizando, durante largos años, su proyecto vital, por ello explica el Dr. Jara resulta tan preocupante, algo como lo ocurrido con una pareja de adultos mayores de quinta normal que terminaron suicidándose.

En la tabla N° 6 nos muestra la relación de los Factores Biológicos con el síndrome del cuidador, el cual se observa que son las edades de 36 a 50 años quienes llevan una sobrecarga intensa de 73.3% como cuidadores de pacientes con ERC, siendo el sexo femenino el que lleva el desgaste físico y mental como cuidador directo. Según la prueba estadística las diferencias encontradas son significativas, es decir hay relación entre ambas variables puesto que a mayor edad la sobrecarga aumenta y son las mujeres las que experimentan la sobrecarga intensa.

El cuidado es una actividad no remunerada de la mayor relevancia dentro del hogar. La responsabilidad del cuidado de aquellas personas que no pueden cuidar de sí mismas, a causa de la edad, de alguna enfermedad, por invalidez, por discapacidad; es asumida casi siempre por una mujer que desempeña el papel de cuidar a familiares enfermos, discapacitados o adultos mayores (31).

La mujer suele estar más predispuesta a pedir ayuda que los hombres, ya que los hombres tienen emociones más intensas y duraderas que les impide buscar ayuda o tardan más tiempo en solicitar la misma. Las estadísticas reflejan un 60% de mujeres frente a un 40% de hombre. La familia es la que más impacto emocional sufre, ya que la convivencia con el paciente se complica. (32)

Roig, Abengózar y Serra (1998), refiere que la edad del cuidador, como lo indican a medida que se avanza en el ciclo vital, va aumentando la probabilidad de padecer enfermedades, y va disminuyendo la capacidad física.

Como en cualquier situación de la vida que implique un cambio, la nueva situación que supone cuidar al marido o a la mujer puede resultar difícil y exige una constante adaptación.

La tabla N° 7 da a conocer la relación que existe entre los Factores Sociales con el síndrome del cuidador, respecto al tipo de cuidador muestra un 69.4% de cuidadores Informales son quienes padecen de una sobrecarga intensa y siendo el parentesco familiar de madres/padres quienes llevan una sobrecarga intensa de 81.8% seguido del apoyo del cuidado de nietas(o) con un 75.0% y muy cerca con un 66.7% la ayuda nueras/yernos; este grupo de cuidadores informales reflejan la sobrecarga intensa frente al paciente con Enfermedad renal crónica. Según la prueba estadística en estudio las diferencias encontradas son significativas es decir hay relación del tipo de cuidador y el parentesco familiar con el síndrome del cuidador, sin embargo no hay relación con el estado civil.

Este impacto también se ve afectado por el fenómeno de la inversión de roles, en cuanto que el papel de cuidador que se asigna al hecho de ser padre o madre deja paso al papel de persona que necesita ser cuidada y, viceversa, el papel del hijo como alguien que es cuidado es sustituido por un papel de cuidador. Además de esto, a los hijos les resulta muy difícil aceptar la situación de cuidar a sus padres ya que normalmente implica además algo imprevisto que puede impedirles realizar algunas de las actividades que pensaban llevar a cabo en un futuro inmediato.

En la tabla N° 8 los Factores sociales en relación con el Síndrome del cuidador, se aprecia un porcentaje elevado de 100% de cuidadores cuyo nivel de instrucción son aquellos que cursaron estudios superiores marca así una sobrecarga intensa frente al paciente con Enfermedad renal crónica, además muestra la ocupación o labor de oficio como Empresarios mantiene también el 100% de esta sobrecarga, no obviando que el 75.0% son cuidadores de más de un año que brindan su apoyo incondicional ante la persona con Enfermedad renal crónica. Según la prueba estadística las diferencias encontradas son significativas entre el grado de instrucción y el síndrome del cuidador, puesto que a mayor nivel de instrucción mayor sobrecarga, mientras que la ocupación y el tiempo de cuidador no tienen relación significativa con el síndrome.

Cuidar a una persona mayor dependiente exige mucho tiempo y dedicación. Una parte sustancial del tiempo que antes se dedicaba al ocio, a los amigos, hay que dedicarlo ahora a afrontar esta tarea. Es frecuente que el familiar cuidador perciba que no tiene tiempo ni para sus propias tareas, incluso es posible que no se dedique ese tiempo a sí mismo por los sentimientos de culpa que le produce pensar que si dedica tiempo a sí mismo está abandonando su responsabilidad (33). La reducción de actividades en general y, sobre todo, de las actividades sociales es muy frecuente y está muy relacionada con sentimientos de tristeza y de aislamiento.

Roig, Abengózar y Serra, (1997) Consideramos que un mayor nivel académico previo permitiría una mejor percepción de la enfermedad y facilidad para desarrollar estrategias de afrontamiento, implicando una menor afectación emocional. Se ha encontrado que mujeres con mayor nivel de estudios utilizan más a menudo estrategias de entrenamiento cognitivo como estimular en el anciano las habilidades que estaba perdiendo progresivamente, indicando con esto una mayor preparación a la hora de utilizar estos recursos.

Pearlin, Mullan, Semple y Skaff, (1990) En relación con el factor “tipo de ocupación”, indirectamente relacionado con el nivel escolar, algunas investigaciones han confirmado que los cuidadores que trabajan fuera de casa experimentan presiones y dilemas entre el cuidado y la ocupación.

(Novak y Guest, 1989 citados en Roig, Abengózar y Serra, 1998), según la cual a medida que pasa el tiempo, el cuidador desarrolla más habilidades de cuidado, disminuyendo así la intensidad de la respuesta emocional. En un estudio llevado a cabo por Deví y Ruiz (2002) se confirmó el entrenamiento que lograban los cuidadores de enfermos con demencia a medida que aumentaba el tiempo de dedicación, dando cuenta de la presencia de más recursos personales para afrontar las situaciones de carga. También se ha encontrado que el impacto personal en el cuidador ha sido mayor cuanto más tiempo ha transcurrido desde que comenzó su rol.

(Montorio et al., 1998). Wilson (1989, citado en Roig, Abengózar y Serra, 1998) define un tiempo mínimo de 6 semanas a 3 meses de cuidado. Se calcula que el cuidador

familiar proporciona cuidados los siete días a la semana, con un promedio de 16 horas diarias.

En la tabla N° 9, observamos los Factores Psicológico con relación al Síndrome del cuidador, apreciamos que un 81.8% de cuidadores de pacientes con ERC no padecen de Ansiedad, sin embargo un 72.2% de estos cuidadores sufren de depresión el cual les llega a una sobrecarga intensa. Según la prueba estadística las diferencias encontradas entre la variable depresión con la sobrecarga intensa son significativas, mas no existiendo relación con la ansiedad.

El síndrome del cuidador suele estar provocado por la dificultad que trae para el cuidador el cambio radical de su modo de vida y el desgaste que provoca ver cómo un ser querido va perdiendo progresivamente sus facultades físicas y mentales, conforme avanza el curso de la enfermedad, va afectando la parte física del cuidador sufriendo cansancio, cefaleas y dolores articulares, como también trastornos del sueño, depresión, ansiedad e irritabilidad y poco a poco va encontrando su propio aislamiento (34).

Por lo que se explica que una mayor sobrecarga, deteriora la salud mental, social y física del cuidador, presentando con mayor frecuencia trastornos ansioso-depresivos, mayor aislamiento social, empeoramiento de la situación económica familiar, mayor morbilidad general e incluso mayor mortalidad, que en población comparable no sobrecargada. Además, el cuidador tiende a no buscar ayuda médica, postergándose y priorizando los problemas de su familiar dependiente, manteniendo la mayoría de sus propias patologías sin diagnosticar, tornándose casi "invisible" para el sistema de salud (35).

Por último, en la tabla N°10 vemos que existe un nivel socioeconómico en relación con el síndrome del cuidador que en su mayoría los cuidadores padecen de una pobreza extrema llegando a una sobrecarga intensa cuyo porcentaje se aprecia un 71.4%, siendo un 50.0% de aquellos cuidadores no pobres pero que presentan una sobrecarga intensa. Según la prueba estadística con respecto al Nivel socioeconómico frente al

síndrome del cuidador las diferencias encontradas no son significativas, es decir no hay relación entre ambas variables.

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es una enfermedad que no distingue entre personas, ni edad, sexo, origen, color de piel, raza, nivel socioeconómico etc., simplemente se desarrolla en un cuerpo humano el cual sufre los estragos de esta dura enfermedad, que golpea violentamente a quien la padece y peor aún a quien no la padece y le toca ser responsable del paciente y de lo que conlleva la misma.

El cuidado de una persona mayor dependiente supone una serie de gastos adicionales que no todas las personas pueden afrontar. En el caso de que se trate de una enfermedad progresiva, los gastos relacionados con el cuidado irán en aumento conforme la enfermedad vaya progresando.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

1. Los factores biológicos estudiados demostraron que el mayor porcentaje de cuidadores de los pacientes con ERC son mujeres (73.8%) cuyas edades eran de 21 a 35 años (38.1%).
2. En relación a los Factores Sociales el mayor porcentaje de cuidadores eran informales (85.7%), el cual revela que en este grupo resalta más como cuidadores directos son las madres/padres (27.5%) en condición casada o conviviente (33.3%) cuyo nivel de instrucción eran secundario (54.8%) muestra una ocupación de oficio comerciante (42.9%) y tienen de 7 a 11 meses (54.8%) al cuidado del paciente con ERC.
3. Respecto a los Factores Psicológicos la mayoría de los cuidadores presentan depresión (85.7%) seguido de ansiedad (73.8%).
4. Respecto al Nivel Socioeconómico, el mayor porcentaje de cuidadores estaba catalogado con pobreza crónica (42.9%).
5. El Síndrome del Cuidador muestra que la mayoría de las personas evaluadas (66.7%) presentaban una sobrecarga intensa.
6. Relacionando los Factores con el Síndrome del cuidador podemos concluir que dentro de los Factores Biológicos la edad y el sexo se relacionan; respecto a los Factores Sociales fueron el parentesco familiar y el nivel de instrucción; en relación a los Factores Psicológicos se evidenció con la depresión y finalmente el Nivel Socioeconómico no presentó asociación con este síndrome; por tanto, de acuerdo a estos resultados, nuestra hipótesis se acepta.

RECOMENDACIONES

1. Tener en cuenta que el cuidador principal no ha recibido ningún tipo de preparación para realizar dicha actividad, por ello es importante recibir orientación y educación, por parte del personal de salud, brindándole conocimientos sobre los cuidados necesarios del enfermo renal.
2. Empezar las medidas preventivas primarias y promocionales, la puesta en marcha de mecanismos de prevención como Campañas por el Día Mundial del Riñón, el cual sirvan para alertar a la población sobre los peligros de contraer el mal y prevenir sus funestas consecuencias para el paciente y/o la familia.
3. Contar con el apoyo del personal multidisciplinario dentro del Hospital Regional como es la nutricionista, psicólogo, asistente social.
4. Elaborar, por parte del cuidador una agenda de actividades diarias y tiempo de diálisis del paciente renal, para mantener ordenado sus quehaceres diarios sin olvidarse de los demás miembros de familia.
5. La persona que padece de una enfermedad crónica es de interés saludable agilizar todo trámite de un Seguro Integral de Salud (SIS) o Seguro de Salud (ESSALUD) con el fin de optar por un mejor tratamiento dialítico (Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal o un futuro Trasplante Renal).
6. Debido a la demanda del incremento de pacientes con enfermedad renal, es de interés por parte de las autoridades Hospital Regional, logren convenio con clínicas tercerizadas para evitar el hacinamiento de pacientes.
7. Nueva infraestructura y local para atención a pacientes que reciben tratamiento dialítico.

BIBLIOGRAFIA

1. Núñez, Miguel Ángel, "Estrés Cómo vivir con equilibrio y control" 1era Edición, - Florida: Asoc. Casa Editora Sudamericana. 2006.
2. Moles, Ana; Psicólogo-Online y el Síndrome del Cuidador, Under Creative Commons License: Attribution No Derivatives.
3. Gonzalez F, Graz A, Pitiot D, Podestá J. Sobrecarga del cuidador de personas con lesiones neurológicas. Revista del Hospital J.M. Ramos, 2007.
4. Wilson H. Family care giving for a relative with Alzheimer's dementia: coping with negative choice. Nursing Research, 1989.
5. Islas N, Ramos B, Aguilar M, García M. Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. Rev Inst Nal Enf Resp México, 2006.
6. Rodríguez Ángel, Estela, Psic. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica y su familia, Faculta de Psicología Xalapa, Universidad Veracruzana, México.
7. González Salvador Mt., Cuidado del paciente psicogeriátrico. Papel de los familiares y cuidadores. En: Agüera Ortiz L, Martín, Editores. Psiquiatría geriátrica, Barcelona: Masson, 2002.
8. Artaso, B., Goñi, A. y Biurrún, A. "Estrategias de afrontamiento de las cuidadoras informales del paciente con demencia". Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace Navarra, España, 2002.
9. Muela, a., Torres, J. Y Peláez, M. "Instrumento de evaluación de situaciones estresantes en cuidadores de enfermos de Alzheimer". Anales de Psicología, 2004.
10. Tratado de enfermería psicológica MOSBY, México, Vol. III, 2007
11. Omadarilys Jesús, Alers Lourdes, "Calidad de vida del Paciente Renal", Universidad Metropolitana Centro de Aguadilla, 2009.
12. Merk Sharp & Dohme; Manual Merck de diagnóstico y terapéutica España, 1998.
13. Andreoli, T., Carpenter, C., Bennett, J. & Plum, F.; (1999). Compendio de medicina interna. (4ta. Edición) México: McGraw-Hill.
14. http://es.wikipedia.org/wiki/Pir%C3%A1mide_de_poblaci%C3%B3n

15. Nursing Photobook. "Cuidados Geriátricos en Enfermería". Barcelona Edit. Doyma.
16. Kersner, P.; Aspectos Psicosociales del paciente en Hemodiálisis. Rev. Soc. Esp. Enferm. Nefrol., 2008.
17. <http://www.bpdresourcecenter.org>. Borderline Personality Resource Center.
18. Dr. Ramón Blai, Consejo y Orientación Terapéutica de los Trastornos de Ansiedad y los Trastornos de la Alimentación, Panama, 2010.
19. http://www.alegsa.com.ar/Definicion/de/nivel_socioeconomico.php
20. <http://html.rincondelvago.com/cuidadores-de-ancianos.html>
21. Jiménez Villafuerte, Maria Victoria; Perfil epidemiológico del cuidador en el servicio de atención domiciliaria geriátrica de la clínica geriátrica "San José" PNP, UNMSM, Lima.
22. Bañobre González, Antonio, Efectividad de la intervención educativa en cuidadores de pacientes dependientes en diálisis y valoración de la carga, Barcelona: Prous; 2004.
23. Haley WE. The family caregiver's role in Alzheimer's disease. Neurología, 1997.
24. Carretero Gómez Jorge, Ferrer Francisco, "La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuesta de intervención psicosocial"
25. <http://www.es.scribd.com/document/144110931sindromedelcuidadorcansado>
26. EL ENFERMO CRÓNICO Y EL CUIDADOR: SÍNDROME DEL CUIDADOR María Julia Velázquez Mendoza; Patricia Balcázar Nava Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Ciencias de la Conducta. ma.julia.velazquez@gmail.com
27. Organización Mundial de la Salud OMS. Temas de salud: Enfermedades crónicas [Internet]. Disponible en http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- 28.2. Yanguas, L. J.J. Modelo de intervención a las personas con enfermedad de Alzheimer frente a la depresión. España: IMSERSO; 2007.
- 29.3. Giraldo, M. C. I. y Franco, A. G. M. Correa, B. L., Salazar, H. M. y Tamayo, V. A. Cuidadores familiares de ancianos: quiénes son y como asumen este rol. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública 2005; 23(2): 7-15.

30. Zambrano, R., y Ceballos, P. Síndrome de carga del cuidador. Revista Colombiana de Psiquiatría; 2007.
31. Álvarez, V. M.I y Montalvo, J. La familia ante la enfermedad. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas ; 2010
32. Omadarilys Jesús, Alers Lourdes, "Calidad de vida del Paciente Renal", Universidad Metropolitana Centro de Aguadilla, 2009.
33. Alberich, T., Barranco, A. y Funes, E. Intervención social y sanitaria con mayores: manual para el trabajo con la 3ª y 4ª edad. España: Dykinson; 2008.
34. Steele Britton h. Prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador en cuidadores informales de pacientes del Hospital Nacional Psiquiátrico, Argentina 2009-2010.
35. Delicado MV, Candal E, Alfaro A, López M, García C. Interacción de enfermería y cuidadoras informales de personas dependientes. Atención Primaria 2004; 33(4): 193-199. Ubeda, I. Calidad de vida de los cuidadores familiares: Evaluación mediante un cuestionario

ANEXOS

ANEXO 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. Señor (a), le invitamos a participar en forma voluntaria en la investigación titulada: “Factores Asociados a la Aparición del Síndrome del Cuidador de Pacientes con Enfermedad Renal Crónica en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa”
2. Esta investigación es realizada para conocer como los factores biológicos, sociales, psicológicos y socioeconómicos están asociados a la aparición del Síndrome del Cuidador de Pacientes con Enfermedad Renal Crónica.
3. Si usted decide participar de esta investigación, mi persona le hará algunas preguntas que serán manejados de manera confidencial.
4. Su participación es totalmente voluntaria y puede ser de mucho provecho y ayuda en su rol de cuidador principal.
5. Si decide no participar, no habrá ningún tipo de pena ni pérdida de beneficios, usted como el paciente con enfermedad renal seguirá siendo atendido dentro de las instalaciones del hospital, como es la unidad de hemodiálisis o diálisis peritoneal.
6. La información que usted nos proporcione y los resultados, es de uso exclusivo del estudio de investigación, el nombre del paciente como el suyo no serán revelados ni publicados.
7. Tomando en cuenta lo mencionado, otorgo mi consentimiento a la señorita Roxana Chuquimia Chura para ser partícipe de su investigación.

Yo....., acepto participar voluntariamente de la presente investigación.

Fecha:.....

Firma del investigador.....

ANEXO 02

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL SINDROME DEL CUIDADOR

NOMBRE DEL PACIENTE.....

NOMBRE DEL CUIDADOR.....EDAD.....SEXO.....

PARENTESCO FAMILIAR.....

ESTADO CIVIL.....

NIVEL DE INSTRUCCIÓN.....

OCUPACION.....

TIEMPO QUE RECIBE TRATAMIENTO DIALITICO EL PACIENTE.....

	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	BASTANTE VECES	SIEMPRE
1. ¿Cree que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	1	2	3	4	5
2. ¿Cree que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	1	2	3	4	5
3. ¿Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades en su trabajo o su familia?	1	2	3	4	5
4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	1	2	3	4	5
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	1	2	3	4	5
6. ¿Piensa que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia?	1	2	3	4	5
7. ¿Tiene miedo de lo que el futuro le depara a su familiar?	1	2	3	4	5
8. ¿Cree que su familiar depende de	1	2	3	4	5

usted?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	1	2	3	4	5
10. ¿Cree que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	1	2	3	4	5
11. ¿Cree que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar?	1	2	3	4	5
12. ¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?	1	2	3	4	5
13. ¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades debido a su familiar?	1	2	3	4	5
14. ¿Cree que su familiar parece esperar que usted sea la persona que le cuide, como si usted fuera la única persona de la que depende?	1	2	3	4	5
15. ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	1	2	3	4	5
16. ¿Cree que será incapaz de cuidarle por mucho más tiempo?	1	2	3	4	5
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar?	1	2	3	4	5
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a alguien?	1	2	3	4	5
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	1	2	3	4	5
20. ¿Cree que debería hacer más por su familiar?	1	2	3	4	5
21. ¿Cree que podría cuidar mejor de su familiar?	1	2	3	4	5
22. Globalmente, ¿qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	1	2	3	4	5

ANEXO 03

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PARA MEDIR LA ANSIEDAD Y DEPRESION

ESCALA DE ANSIEDAD - DEPRESION		
Subescala de Ansiedad	SI	NO
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3. ¿Se ha sentido muy irritable?		
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?		
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)		
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
Subescala de Depresión	SI	NO
1. ¿Se ha sentido con poca energía?		
2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?		
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		

ANEXO 04

FICHA SOCIOECONOMICA

1. GRADO DE DEPENDENCIA ECONÓMICA
 - 1.1 Carga familiar menor de 3 (01)
 - 1.2 Carga familiar mayor de 3 (05)

2. INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR
 - 2.1 Más de 4 sueldo mínimo vital (01)
 - 2.2 Más de 3 a 4 sueldo mínimo vital (02)
 - 2.3 Más de 2 a 3 sueldo mínimo vital (04)
 - 2.4 Más de 1 a 2 sueldo mínimo vital (06)
 - 2.5 Menos de 1 sueldo mínimo vital (08)
 - 2.6 Ninguno (10)

3. GRADO EDUCATIVO DEL JEFE DE FAMILIA
 - 3.1 Superior (01)
 - 3.2 Técnico (02)
 - 3.3 Secundario (03)
 - 3.4 Primaria (04)
 - 3.5 Iltrado (05)

4. ESCOLARIDAD EN NIÑOS
 - 4.1 Niños en edad escolar que asisten al colegio (01)
 - 4.2 Niños en edad escolar que no asisten al colegio (10)

5. VIVIENDA
 - 5.1 MATERIAL DE CONSTRUCCION
 - 5.1.1 Noble y acabado (01)
 - 5.1.2 Noble sin acabar (02)
 - 5.1.3 Mixto (03)
 - 5.1.4 Rustico (04)
 - 5.1.5 Precario (05)

 - 5.2 TENENCIA
 - 5.2.1 Propia (01)
 - 5.2.2 Alquilada (02)
 - 5.2.3 Guardianía (03)
 - 5.2.4 Invasión (04)
 - 5.2.5 Alojada (05)

- 5.3 HACINAMIENTO
 - 5.3.1 Menos de 3 personas por cuarto (01)
 - 5.3.2 Tres personas por cuarto (04)
 - 5.3.3 Más de tres personas por cuarto (08)

- 6. SERVICIOS BÁSICOS
 - 6.1 Con servicios básicos completos (01)
 - 6.2 Con servicios básicos parciales (04)
 - 6.3 Sin servicios básicos (08)

- 7. CONDICIÓN LABORAL
 - 7.1 Independencia formal (01)
 - 7.2 Estable contratado (02)
 - 7.3 Contratado (04)
 - 7.4 Independencia informal (06)
 - 7.5 Eventual (08)
 - 7.6 Desempleado (10)

- 8. SALUD FAMILIAR
 - 8.1 Enfermedades no crónicas de tratamiento prolongado (06)
 - 8.2 Enfermedades crónicas de tratamiento prolongado (08)

- 9. PROBLEMAS SOCIALES
 - 9.1 Violación (02)
 - 9.2 Violencia familiar (02)
 - 9.3 Fármaco dependencia (02)
 - 9.4 Antecedentes penales (02)
 - 9.5 Prostitución (02)

GRACIAS.