

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO

FACULTAD DE ENFERMERIA

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**“INFORMACIÓN, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL
CUIDADOR PRIMARIO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD
RENAL CRÓNICO TERMINAL”. 2013.**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

AUTORAS: Br. Lesly Katheryn Cotrina Morales

Br. Deysi Amanda Vértiz Huertas

ASESORA: Dra. Nancy Esmeralda Arteaga Lujan

**TRUJILLO - PERU
2013**

A Dios nuestro creador:

Señor, gracias le damos por su divina misericordia, por darnos salud para llegar a cristalizar este sueño que hoy se hace realidad, por ser fuente de motivación en los momentos de angustia; y después de mucho esfuerzo y dedicación, que caracterizaron el desarrollo de nuestra formación profesional y que con tu luz divina nos guiaste para no desmayar por este camino que hoy vemos realizado y hacer posible nuestro más anhelado sueño: el lograr ser profesionales; y ser el orgullo de nuestros padres.

Katheryn y Deysi

Con eterna gratitud a nuestra asesora:

Dra Nancy Esmeralda Arteaga Lujan

Con mucho cariño, respeto y admiración a nuestra asesora, por habernos inculcado todo lo que sabemos y enseñarnos a querer nuestra profesión aún más, y a ser personas de bien, llegando así a ser grandes profesionales; le expresamos un profundo agradecimiento por brindarnos su apoyo incondicional y por dedicarnos su valioso tiempo y preocupación para la elaboración de la presente investigación.

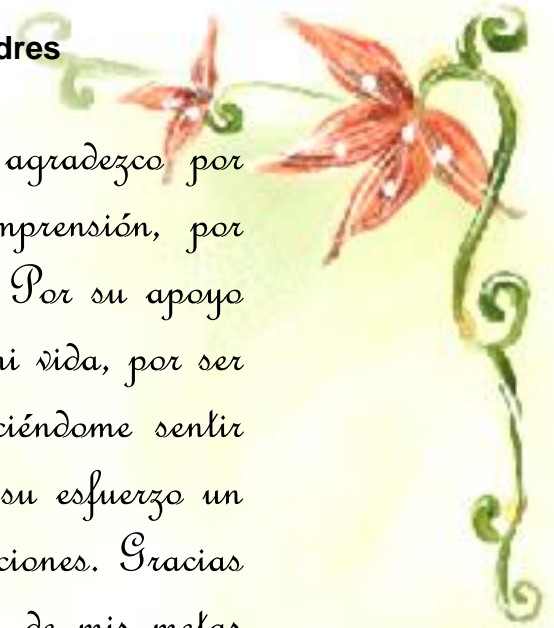
Dios la ilumine y bendiga siempre querida profesora.



Katheryn y Deysi

Con inmenso amor y gratitud a mis padres

CARLOS Y JULIA; a quienes agradezco por brindarme su amor, cariño y comprensión, por compartir mis alegrías y tristezas. Por su apoyo incondicional en todo momento de mi vida, por ser sinónimo de lucha y sacrificio haciéndome sentir cada día orgullosa de ellos siendo su esfuerzo un impulso para cristalizar mis aspiraciones. Gracias porque me permitieron cumplir una de mis metas en la vida ser Enfermera.”



Con amor y cariño a mi hermano adorado

CARLITOS; Por estar a mi lado siempre, por ser el mejor hermano que Dios me ha podido regalar, por tu apoyo incondicional por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida. Mil palabras no bastarían para agradecerte, comprensión y tus consejos en los momentos difíciles. Espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional, los amo.



Deysi

A mis queridos padres y hermano

JORGE, VICKY y DENCER; Porque creyeron en mí y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí.



A ti...

Que has sido el impulso durante esta etapa de mi vida profesional y uno de los pilares principales para la culminación de la misma, que con tu apoyo constante y amor incondicional ha sido amigo y compañero inseparable, fuente de sabiduría, calma y consejo en todo momento.



Katheryn

INDICE

RESUMEN	V
ABSTRACT	Vi
I. INTRODUCCION	01
II. MATERIAL Y METODOS	29
III. RESULTADOS	41
IV.- ANALISIS Y DISCUSION	46
V.- CONCLUSIONES	63
VI.- RECOMENDACIONES	64
VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	66
VIII.- ANEXOS	78

INFORMACION, ANSIEDAD Y DEPRESION EN EL CUIDADOR PRIMARIO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRONICO TERMINAL. 2013

Lesly Katheryn Cotrina Morales¹

Deysi Amanda Vértiz Huertas²

Nancy Esmeralda Arteaga Lujan³

RESUMEN

Estudio de investigación cuantitativo-descriptivo, diseño transeccional correlacional, se llevó a cabo para determinar la relación que existe entre el nivel de información, ansiedad y depresión en el cuidador primario del paciente con enfermedad renal crónico terminal; la población estuvo conformada por 120 cuidadores primarios, de la cual se extrajo una muestra representativa de 50; los instrumentos utilizados fueron: El cuestionario para evaluar el nivel de información del cuidador primario del paciente con ERCT, elaborado por las autoras y La escala de ansiedad y depresión de Golberg. Para el procesamiento de los datos se hizo uso del paquete estadístico SPSS 21. Para determinar si existe relación entre las variables de interés se utilizó la prueba gamma, se consideró significativa la relación si el valor p es menor a 0,05. Los resultados encontraron que el 50% de los cuidadores primarios presentan nivel regular de información, seguido de 46% nivel bueno y 4% nivel malo; el 86% de los cuidadores primarios son detectados como casos probables de ansiedad y el 72% son identificados como casos probables de depresión. No se encontró relación estadísticamente significativa entre ansiedad y depresión con el nivel de información (valor $p > 0,05$).

Palabras claves: Información, Ansiedad, Depresión, Cuidador Primario.

¹Autora: Bachiller de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo.
Email: katy_15908@hotmail.com

²Autora: Bachiller de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo. Email: dey.a2@hotmail.com

³Asesora: Dra. Ciencias de Enfermería. Profesora Asociada TC. De la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo. Email: esmeralda.artega@hotmail.com

INFORMATION, ANGST AND DEPRESSION IN THE PRIMARY CAREGIVER OF THE PATIENT WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE TERMINAL. 2013

Lesly Katheryn Cotrina Morales¹
Deysi Amanda Vèrtiz Huertas²
Nancy Esmeralda Arteaga Lujan³

ABSTRACT

Investigation quantitative-descriptive type and transactional correlational design, which was made to determinate the relation between level of information, angst and depression in the primary caregiver of the patient with chronic kidney disease terminal. The size of the samples was constituted for 120 primary caregiver, which is extracted a representative sample of 50; the instrument used was: The quiz to evaluate the level of information of primary caregiver of the patient with chronic kidney disease terminal, made by authors and the angst and depression scale of Golberg. To processing of information use was made of program SPSS V.21. To determinate the relation between variables gamma test was used, was considered significant the relation if the value p was less than 0.5. The results found that 50% of primary caregiver have regular level of information, followed by 46% level 4% level good and bad, 86% of primary caregivers are identified as probable cases of anxiety and 72% are identified as probable cases of depression. No statistically significant relationship was found between anxiety and depression with the information level (p value > 0, 05).

Key words: information, anxiety, depression, primary caregiver.

¹Bachelor's degree in nursing. Faculty of nursing of the National University of Trujillo. Email: katy_15908@hotmail.com

²Bachelor's degree in nursing. Faculty of nursing of the National University of Trujillo. Email: dey.a2@hotmail.com

³Dr. in Nursing Assistant of the department of Health Nursing in Adult of the Faculty of National University of Trujillo. Email: esmeralda.arteaga@hotmail.com

I.-INTRODUCCION

La enfermedad renal crónica (ERC) constituye en la actualidad un importante problema de salud pública, presenta una incidencia creciente y prevalencia del 11% de la población mundial; afecta a 2 de cada 10,000 personas aproximadamente, tiene como causas etiológicas en el mundo y en Latinoamérica a la diabetes y la hipertensión arterial (Otero, 2003; Cusumano, 2007; Hernando, 2009; Flores, 2010).

La Sociedad Peruana de Nefrología (SPN), estima que en el Perú, 200 a 300 mil personas padecen de ERC y 2´500,000 de personas están en riesgo de padecerla. El 40% de los casos de ERC que hay en el país se debe a la diabetes y afecta a uno de cada 10 adultos, siendo esta la causa común de los nuevos casos a nivel mundial (Hurtado y Rojas, 2007).

En el departamento de La Libertad, en su mayoría, los pacientes a quienes se diagnostica ERC llegan a los principales nosocomios de la ciudad en estado terminal, por lo cual casi la totalidad recibe tratamiento de diálisis. Esta población, en gran parte es atendida por la seguridad social, aproximadamente unos 500 pacientes, cifra constantemente variable por los frecuentes fallecimientos de los cuales el 86% se encuentra en hemodiálisis y el 14% restante en diálisis peritoneal (Hurtado y Rojas, 2007).

Para el resto de pacientes con enfermedad renal crónico terminal (ERCT), que no cuentan con el seguro social de salud de ESSALUD, tienen

la opción de ser atendidos por el Seguro Integral de Salud (SIS) que brinda el estado, en los dos principales nosocomios de la localidad de Trujillo: Hospital Belén de Trujillo (HBT) y el Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT), este último será el escenario de la investigación. Según datos estadísticos registrados en el HRDT se tiene un total de 120 pacientes diagnosticados con ERCT y que reciben tratamientos de diálisis en clínicas particulares como servicios terciarios, este número es variable debido a los constantes fallecimientos (HRDT, 2012).

La enfermedad renal crónica (ERC) se define como una disminución de la función renal, expresada por un filtrado glomerular (FG) o por un aclaramiento de creatinina estimados $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$, o como la presencia de daño renal de forma persistente durante al menos 3 meses; el daño renal se diagnostica habitualmente mediante marcadores en vez de por una biopsia renal, por lo que el diagnóstico de ERC se puede establecer por un FG disminuido o por marcadores de daño renal sin conocimiento de la causa. El principal marcador de daño renal es una excreción urinaria de albúmina o proteínas elevada (DOQI, 2002; Mezzano, 2005).

Se establece como consecuencia de una pérdida progresiva del filtrado glomerular que evoluciona desde disturbios bioquímicos asintomático hasta un síndrome clínico con repercusión multiorgánica que coloca al paciente en una nueva y penosa "condición de vida". A lo largo de su evolución se ven comprometidas funciones muy importantes como: la excreción de productos

nocivos de origen endógeno y exógeno, la regulación del volumen, concentración de los líquidos corporales y del estado ácido/base, la concentración de solutos críticos como potasio, fósforo y magnesio, dentro de límites estrechos, y la producción de hormonas de gran valor fisiológico (renina, eritropoyetina, calcitriol), que explican el amplio impacto de la ERC sobre el organismo (Goldman, 2002; Harrinson, 2003; Potter, 2004).

La clasificación de la ERCT (enfermedad renal crónica terminal) se presenta en estadios que van desde el estadio 1 al estadio 5, cada uno con sus características propias definitorias propuestas en las guías K/DOQI del año 2002. El proceso se inicia de a pocos, los enfermos no son diagnosticados oportunamente por lo que no se puede detener a tiempo el daño, llegando al estadio 5, donde se le conoce como enfermedad renal crónica terminal, la cual precisa de tratamiento renal sustitutivo (DOQI, 2002; Soriano, 2004; Minsa- Chile, 2005; Francisco, 2007; Hernando, 2009).

El conjunto de síntomas originados por la ERCT se conoce como síndrome urémico, este síndrome se caracteriza por aumento de residuos nitrogenados en la sangre, alteración de las funciones reguladoras (con anomalías marcadas de los electrolitos), náuseas, vómitos, cefalea, coma y convulsiones, las opciones de tratamiento incluyen métodos para corregir esos trastornos bioquímicos, tal es así, que el problema se puede controlar con medidas conservadoras, que comprenden fármacos, dieta y restricción de líquidos; sin embargo, cuando se hace evidente el empeoramiento de los

síntomas urémicos, está indicado un tratamiento más agresivo, en estos casos se utiliza las llamadas terapias de sustitución renal: la diálisis y el trasplante de riñón son los dos métodos para sustituir la función renal perdida (Harrison, 2003; Lawrence, 2004; Potter, 2004).

La diálisis, es una de las terapias de sustitución renal más comúnmente elegida para los pacientes con ERC en estado terminal, dentro de ellas el más utilizado es el tratamiento de hemodiálisis. Este consiste en la limpieza de la sangre de los elementos que son tóxicos para el organismo y que siendo el riñón el encargado de esta función no puede realizarlo por su deficiencia (Daugirdas, 2003).

La hemodiálisis actúa retirando sangre del sitio del acceso arterial del paciente (derivación, fistula o salida), haciendo circular a través de un sistema de tubería a un dializador; en el dializador, que actúa como una membrana semipermeable, se retiran líquidos, electrolitos y toxinas de la sangre a través de un proceso de osmosis y difusión, la sangre fluye después del dializador a través de un sistema de tuberías al sitio de acceso venoso del individuo; el líquido se retira por medio de presión hidrostática aplicado a la sangre y presión hidrostática negativa aplicado al baño de dializado, la diferencia entre estas dos presiones se denomina presión transmembrana, y esto origina el proceso de ultrafiltración (Brunner, 2002).

En todo el proceso de enfermarse, influye de manera importante la familia; como principal ente socializador del individuo trasmite hábitos, actitudes, costumbres, creencias y conductas vinculadas a la percepción del fenómeno salud-enfermedad. Paralelamente, este grupo social cumple con una serie de funciones que garantizan la supervivencia, el cuidado y la estabilidad psicológica de sus integrantes (Reyes y Castañeda, 2006).

Se ha observado la peculiaridad de la familia de pacientes con ERCT, en cuanto al nivel de demanda que le es impuesto, no solo por ser consideradas como familias con exigencias adicionales al contar en su seno con un paciente crónico, sino además, por asumir ciertos roles que son característicos de las familias con ERC (siempre acompañan al paciente al tratamiento, se privilegia en muchas ocasiones la atención al enfermo por lo que algunos miembros abandonan el trabajo para ocuparse de ellos, realizan el tratamiento, etc.). Esta situación pone a la familia en riesgo de una disfuncionalidad familiar si no afronta de manera adecuada el hecho de contar con un miembro enfermo en su seno (Reyes, 2003).

Por lo tanto, es innegable que la familia es el escenario donde se desarrolla y conserva el cuidado y es justamente desde su interior que emerge la figura del cuidador. El cuidador es en no pocas ocasiones el recurso, instrumento y medio por el cual se proveen cuidados específicos y muchas veces especializados a los enfermos crónicos, es decir, en ellos se

deposita o descansa el compromiso de preservar la vida de otro (Rivas y Ostiguin, 2011).

El cuidador, habitualmente es un familiar directo, que convive y mantiene la responsabilidad de proveer recursos que un paciente incapaz de autosustentarse necesita. Asumir el rol de cuidador no es inocuo, es posible desarrollar un fenómeno de “sobrecarga” por la tarea asumida, conjugando diversas variables: desatención de la propia salud, proyecto vital y vida social; deterioro familiar, relacionado a dinámicas culposas, rabiosas y manipuladoras; ansiedad o frustración por falta de preparación y conocimiento técnico en el cuidado de pacientes crónicos dependientes (Ballesteros y cols., 2002).

El cuidador primario adquiere una serie de obligaciones y establece una especial relación intersubjetiva con el dependiente, sobre la cual se finca el cuidado. Lo importante de esta relación es que estas obligaciones son claramente dirigidas a resolver las necesidades del dependiente y mantenerlo como miembro de la sociedad. Para cumplir con estas obligaciones requiere información acerca de la enfermedad y de cómo actuar. El cuidador primario es quien interpreta las necesidades más vitales o apremiantes o validas por satisfacer en un cierto momento y bajo ciertas circunstancias, esto lo hace depositario de un saber hacer. El cuidador primario no posee habilidades especiales que lo hacen alguien idóneo para

ser cuidador, es a través del cuidado mismo como desarrolla estas habilidades (Robles, 2007).

Por consiguiente, en un contexto familiar en el que hay un enfermo, específicamente un paciente crónico, ya sea en la fase terminal o con expectativa de vida breve, precisa de un “cuidador primario” con buen nivel de información sobre la enfermedad y su tratamiento, debido a que el paciente es incapaz para realizar los cuidados por sí mismo; el “cuidador primario” es la persona que asume la responsabilidad de coordinar la atención que requiere de los diversos sistemas que le asisten y rodean, por la cercanía al enfermo que por lo general no cuentan con la ayuda de otros familiares. Son las esposas o hijas quienes se encuentran obligadas a asumir el cuidado del enfermo. Según estudios recientes, esta tarea la realizan en su mayoría mujeres de mediana edad y los atendidos son los padres o cónyuges (Torres, 2007).

Para el cuidador primario y en general para cualquier persona, cada vez que se necesita o desea conocer algo acerca de acontecimientos, hechos, sucesos, personas, etcétera (ya sea porque necesitamos reducir nuestra incertidumbre para tomar decisiones, resolver problemas o simplemente porque queremos incrementar nuestro conocimiento acerca de algo), buscamos aquello que denominamos «información», y esto, es algo que hacemos, en mayor o menor medida, todos los días; su aprovechamiento racional es la base del conocimiento.

En la presente investigación se tendrá en cuenta las variables de investigación: nivel de información según Chiavenato (2006), Ferrell y Hirt (2004); ansiedad y depresión según Goldberg (1988), en el cuidador primario del paciente con ERCT.

En el Diccionario de la Real Academia Española (2010), para el término "Información" se encuentra, entre varios significados, lo siguiente: (Del lat. informatiō-nis), es la comunicación o adquisición de conocimientos que permiten ampliar o precisar los que se poseen sobre una materia determinada, conocimientos así comunicados o adquiridos.

Para Chiavenato (2006), información "es un conjunto de datos con un significado, o sea, que reduce la incertidumbre o que aumenta el conocimiento de algo. En verdad, la información es un mensaje con significado en un determinado contexto, disponible para uso inmediato y que proporciona orientación a las acciones por el hecho de reducir el margen de incertidumbre con respecto a nuestras decisiones".

También, Ferrell y Hirt (2004), refieren el termino información como aquel que "comprende los datos y conocimientos que se usan en la toma de decisiones", es decir, si un individuo se encuentra bien informado sobre un aspecto, seguramente su decisión al respecto podrá ser más acertada que uno que no lo esté. Según Czinkota y Kotabe (2001),

la información "consiste en datos seleccionados y ordenados con un propósito específico".

Teniendo en cuenta las definiciones sobre "información" dadas por Chiavenato(2006) y Ferrell y Hirt (2004) se ha elaborado el instrumento para evaluar el nivel de información del cuidador primario del paciente con enfermedad renal crónica terminal (ERCT) el cual se ha utilizado en el presente estudio, es básico poseer información clara y sencilla, sobre lo que significa la ERCT, cuáles fueron sus causas, sus síntomas, cuales son los órganos que más se afectan, las complicaciones que pueden devenir de ello como son: la anemia, los edemas, la osteodistrofia renal y otros de mayor complejidad; así también, los tipos de tratamiento de sustitución renal más comunes como son: la hemodiálisis y la diálisis peritoneal, entendiendo el fundamento de la técnica utilizada, intervenciones quirúrgicas requeridas, como la realización de la fistula arteriovenosa o la colocación de un catéter peritoneal , los cuales le permitirá realizarse el tratamiento, tener en cuenta las complicaciones del tratamiento y demás particularidades (Hernando, 2009).

En el caso del paciente en tratamiento de hemodiálisis, con un acceso vascular tipo fistula arteriovenosa, debe tener un especial cuidado, entre los principales se tiene: lavar bien con agua y jabón la zona de la fístula todos los días antes de la hemodiálisis, no permitir nunca que le tomen la presión arterial en el brazo que lleva la fístula, ya que podría producir

obstrucción en la misma, no permitir que le pinchen la fístula para hacerle análisis fuera de la diálisis ni para poner medicación salvo casos de necesidad extrema, evitar darse golpes en el brazo de la fístula, intentar dormir sin apoyarse sobre el brazo de la fístula, no llevar reloj apretado ni ropa muy ajustada en el brazo de la fístula, revisar de vez en cuando el funcionamiento de la fístula colocando los dedos suavemente sobre ella y notar un temblor fino, si deja de notarlo hay que comunicar inmediatamente al médico, mirar de vez en cuando la zona de la fístula, si se pusiera roja o caliente o hinchada deberá informarse al médico (González, 2012).

Existen muchas razones por las que el paciente debe tomar algunos medicamentos, una de ellas es que durante la hemodiálisis, además de impurezas se pierden sustancias que le son útiles al organismo, tales como vitaminas y minerales, también se utilizan para prevenir complicaciones y síntomas asociados a la patología. Algunos los fármacos más usados son: ácido fólico (ayuda a madurar los glóbulos rojos), fumarato ferroso (hierro), hidróxido de aluminio (necesario para que no se absorba el fósforo en el intestino), calcio (necesario para huesos y dientes), calcitrol (es vitamina D que permite usar mejor el calcio), atenolol, enalapril, nifedipino (para bajar los niveles de la presión arterial), entre otros (Vademécum, 2002).

Otro cuidado importante que tiene que tenerse en cuenta en el paciente en tratamiento de hemodiálisis es el peso e ingesta de líquidos; en

cuanto a la ingesta de líquidos, se recomienda una ingesta que impida que el paciente gane más de 2 kilos de peso entre cada sesión de diálisis (para ello habrá que considerar la superficie corporal del paciente y el grado de función renal residual), por ello es muy importante que controle la cantidad de líquidos que ingiere, ya que la acumulación de ello en exceso supondrá que las diálisis sean más largas y molestas, e incluso provoque riesgo de ahogo por sobrecarga al corazón, recomendándose como norma general, ingerir 500 cc de líquido más de la cantidad que orine el paciente en 24 horas (Hernando, 2009).

Finalmente, se debe tener la asesoría de la nutricionista para orientar al cuidador primario sobre los tipos de alimentos que le están permitidos consumir y un adecuado aporte energético. No obstante diversos autores, utilizan aproximaciones para facilitar la práctica diaria, que oscilan alrededor de las 35-40 calorías por kg y día en la enfermedad renal crónica. Una vez que hemos realizado el cálculo de los requerimientos energéticos, la distribución de nutrientes en la dieta debe ser equilibrada, con un 10-15% de proteínas, 55-70% de carbohidratos y 20-30% de lípidos. La extendida recomendación de la restricción de proteínas a 0,6-0,8 g/Kg/día solo ha demostrado ser beneficiosa en pacientes con ERC que siguen tratamiento conservador ya que enlentecen la progresión de la nefropatía a su fase terminal. Sin embargo los pacientes en tratamiento sustitutivo necesitan 1-1,2g/Kg en el caso de la hemodiálisis y de 1-1,5g/Kg

aquellos en tratamiento con diálisis peritoneal (De Luis y Bustamante, 2008).

Considerando que la información que reciba el cuidador primario y que busque por sus propios medios es clave para comprender el proceso de la enfermedad y ser un participante activo en la recuperación y rehabilitación del paciente. Esta adquisición de información clara y relevante disminuirá la incertidumbre y con ello contrarrestar la ansiedad que puede devenir de la nueva situación.

Se define al “cuidador primario” como la persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, papel que por lo general lo desempeñan el/la esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que es significativo para el paciente. Es el que tiene la delicada tarea de poner en marcha la solidaridad con el que sufre y el que más pronto comprende que no puede quedarse con los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta al paciente. Su trabajo adquiere una gran relevancia para el grupo que atiende y rodea al enfermo conforme progresa la enfermedad, no sólo por la atención directa al paciente, sino también por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia (Barrón y Alvarado, 2009).

Dentro de los cuidadores se pueden distinguir dos categorías: los cuidadores primarios y los secundarios. El cuidador primario es aquel que

guarda una relación directa con el paciente o enfermo, generalmente un miembro de la familia, como el cónyuge, los hijos, los hermanos o los padres. El cuidador 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 (Torres y cols. 2006).

En situaciones en que el cuidador primario recibe información del paciente cargado de emoción, como son las noticias de un diagnóstico, tratamiento o pronóstico, suelen estar muy ansiosos y menos capaces de tomar decisiones adecuadas para resolver sus problemas con coherencia. El impacto de la noticia sacude a todo el sistema familiar y a la vez todos tratan de absorber gran cantidad de información, pretendiendo recobrar el control de la situación abrumadora. Por lo tanto, la adecuada información y formación del “cuidador primario” permitirá mantener una buena atención del paciente en su entorno, disminuirá la ansiedad y sobrecarga de las acciones propias del cuidar (Tejedor y De las Cuevas, 2008).

La información sobre la existencia de la ERC en estado terminal y su respectivo tratamiento es proporcionada por el médico, sin embargo, es la enfermera la que cumple un rol importante en el cuidado de estos pacientes. La enfermera es el profesional de salud que continúa en contacto con el paciente y su cuidador durante todo el curso de su enfermedad. En el área

de hospitalización, el personal de enfermería ejerce su labor educativa en temas del cuidado de la salud, por tal motivo, es indispensable conocer previamente el nivel de información del paciente y del “cuidador primario” para implementar estrategias educativas que permitan corregir las deficiencias.

El presentar esta enfermedad genera un impacto importante tanto para el paciente como para el “cuidador primario”, porque la vida de las dos personas cambiara drásticamente por la implicación física y psicológica de aceptar tal situación. El ser cuidador conlleva a adquirir un nuevo rol social; los roles sociales implican expectativas y normas sobre qué hacer y cómo hacer, reconocidas en una determinada sociedad y momento histórico. De esta forma, se espera y se norma que un cuidador se haga cargo de, es decir, haga todo aquello que el dependiente es incapaz de hacer (Carranza y Salazar, 2010).

Estos pacientes suelen presentar también marcados trastornos emocionales, tales como: depresión, desesperanza, ansiedad, etc., lo cual puede implicar un agravamiento de la sintomatología orgánica, y traducirse en un nuevo impacto emocional. Se ha reportado una morbilidad psíquica de 46.7% en pacientes con diálisis, destacando la frecuencia de desesperanza, depresión, ansiedad, enojo, resentimiento, culpas, deterioro de la autoimagen, aislamiento social, alteración de la autopercepción, irritabilidad,

trastornos en la sexualidad y de tipo adaptativo (Alarcón, 2007; García y Calvanese, 2008).

Estas alteraciones emocionales pueden estar asociadas a distintas situaciones estresantes características en la vida del paciente en diálisis, como consecuencia de la alteración en su ámbito social, al ver afectada su vida laboral, temor a la discriminación, conflictos familiares, etc. Así mismo, alteraciones que puede percibirse en su vida espiritual, que dependiendo de sus creencias y fe religiosa, manifestaran actitudes positivas de fortaleza para afrontar la situación o por el contrario considerar la enfermedad como un castigo divino. Otros estresores fisiológicos como el dolor, limitación de líquidos, restricción dietética, fatiga, debilidad, limitación de actividad física, alteraciones del sueño, frecuentes hospitalizaciones, etc., en conjunto con lo anteriormente descrito, pueden tener un efecto importante en su vida. (Rivera y cols., 2012).

Los trastornos emocionales no solo son evidenciados en el paciente, también los presentan el “cuidador primario”, dado la complejidad de los cuidados que requiere un paciente con ERC en estado terminal. El impacto de cuidar influye negativamente sobre la vida de los cuidadores tanto en sus actividades socio-laborales y familiares como sobre la limitación del tiempo para dedicarse a sí mismos. En los últimos años diversos estudios han puesto de manifiesto las repercusiones negativas que la prestación de

cuidados puede tener en la salud y especialmente la mayor frecuencia de ansiedad y depresión en los cuidadores (Ras y cols., 2006).

La intensidad y la complejidad del cuidado necesario imponen también al “cuidador primario” un riesgo elevado de trastornos emocionales. El cuidador puede desarrollar una sensación de no poder soportar la situación, con sentimientos de inadecuación, impotencia y depresión (Lewis y cols., 2004).

Dentro de los malestares o síntomas clínicos que pueden presentar el “cuidador primario” debido a la carga emocional son: ansiedad, síntomas depresivos, padecen de hipocondría y otras idea obsesivas, exceso de angustia, sufren modificaciones de rasgos de personalidad como, sentirse inundados y desbordados por el problema, empiezan a conceder demasiada importancia a detalles diarios mínimos sin relevancia, mas irritable que de costumbre con hostilidad hacia el enfermo u otras personas; también alteraciones psicosomáticas como: dolores de cabeza y de otras zonas, anorexia, temblor fino, problemas gástricos, sufren de insomnio o de sueño no reparador, muestra fatiga crónica, trastornos objetivos de la memoria y la concentración (Moreno y cols., 2005).

Una mayor sobrecarga emocional deteriora la salud mental, social y física del “cuidador primario”, presentando con mayor frecuencia trastornos afectivos 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. Estudios de los últimos veinte años permiten afirmar que los cuidadores primarios están expuestos a situaciones de estrés que incrementan el riesgo de padecer problemas físicos y emocionales, especialmente ansiedad y depresión (Wisniewski y cols., 2003; Méndez y cols., 2010).

Investigaciones refieren que más del 50% de los cuidadores primarios muestran altos niveles de depresión y ansiedad, variando estas en función de la duración e intensidad de la situación; entre 46% y 59% están clínicamente deprimidos y utilizan prescripciones para depresión, ansiedad e insomnio, dos o tres veces más que el resto de la población. Esta situación motiva al personal de enfermería a intervenir en la detección temprana de casos de ansiedad y depresión en el “cuidador primario” de pacientes con ERC en estado terminal para ser referidos y por ende brindar no solo cuidado al paciente sino también al “cuidador” (Deví y Almazán, 2002; Tugrul y cols., 2003; Clemente A y cols., 2012).

La palabra ansiedad viene del vocablo latino que significa “preocupación por lo desconocido”, y también está relacionada con la

palabra griega que significa “comprimir o estrangular”. Se define como ansiedad a aquel sentimiento desagradable de temor, que se percibe como una señal de alerta que advierte de un peligro amenazante, frecuentemente la amenaza es desconocida, lo que la distingue del miedo donde la amenaza es concreta y definida (Montelongo y cols., 2005; Trickett, 2009).

Según el Diccionario de la Real Academia Española (2010), el término ansiedad proviene del latín *anxietas*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático.

En general, el término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico; no obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico. Si bien la ansiedad se destaca por su cercanía al miedo, se diferencia de éste en que, mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (Sierra y cols., 2003).

La ansiedad es percibida como un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, desplacer y alarma que hace que el sujeto se sienta molesto, es decir una respuesta compleja a algún tipo de temor. La depresión, es un desorden afectivo que se caracteriza por un estado de ánimo negativo persistente que implica abatimiento, melancolía, tristeza, sentimientos de indignidad y soledad, culpa, falta de motivación, fatiga y cansancio (Aquino y cols., 2003; Jarne y cols., 2006; Bermúdez y cols., 2011).

La ansiedad es una experiencia emocional que todo ser humano esta familiarizados con ella, es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. En exceso, la ansiedad que persiste en el tiempo de manera innecesaria es nociva, maladaptativa, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades, este tipo de ansiedad es la que se pretende buscar en el cuidador de pacientes con enfermedad renal crónico terminal (Báez, 2002; Sotillo, 2012).

Para el otro aspecto a valorar: depresión en el “cuidador primario”, se tiene que la depresión es una enfermedad mental común que se presenta con ánimo en menos, perdida de interés o placer, energía disminuida, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteraciones de sueño o apetito, y

mala concentración. A menudo, la depresión se presenta con síntomas de ansiedad. Estos trastornos pueden volverse crónicos o recurrentes y llevar a importantes fallas en la habilidad de un individuo para llevar a cabo sus tareas diarias (OMS, 2012).

La depresión, es un desorden afectivo que se caracteriza por un estado de ánimo negativo persistente que va desde una reacción exagerada a la tristeza normal, que implica abatimiento, melancolía, sentimientos de indignidad e inutilidad y soledad, culpa, falta de motivación y esperanza, fatiga y cansancio (Trickertt, 2009; San y Arranz, 2010; Bermúdez y cols., 2011).

Las personas que están deprimidas experimentan profundos sentimientos de tristeza que pueden resultar invalidantes para desarrollar sus relaciones familiares y sus responsabilidades laborales. Pierden el deseo de realizar actividades y pueden sumirse en un estado de apatía y fatalismo frente al futuro. En los episodios depresivos, es común que la persona esté baja de ánimo y sin energía, de tal manera, que se pueden sentir cansadas después de realizar un esfuerzo mínimo. El sueño se trastorna y disminuye el apetito. Con frecuencia las personas que sufren episodios depresivos pierden la confianza en sí mismas y se desvalorizan (MINSA, 2005).

En la depresión grave incluso las funciones corporales se ven afectadas y las manifestaciones físicas pueden incluir una gran variedad de síntomas como palpitaciones, dolores de cabeza, mareos, etc., acompañado en ocasiones por un sentimiento de culpa que muchas veces conduce al suicidio, como si éste fuera la única e inevitable solución (Trickertt, 2009).

Para detectar estos principales problemas emocionales en el “cuidador primario” del paciente con enfermedad renal crónica terminal (ERCT), se escogió dentro de los instrumentos de valoración reconocidos a nivel internacional, la escala de depresión y ansiedad de Goldberg (EADG), creada en 1988, la cual fue diseñada para permitir la detección, por el médico no psiquiatra, de los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en Atención Primaria: la ansiedad y la depresión. Este instrumento no solo permite detectar, sino además hacer una orientación diagnóstica de los trastornos de ansiedad y depresión. Tiene un formato sencillo, breve y de fácil manejo, el cual consideramos es el apropiado para ser aplicado también en el servicio de hospitalización al “cuidador primario”. Su practicidad hace que sea aplicado en el menor tiempo posible, sin dificultades en su entendimiento y sin aversiones por la complejidad de sus preguntas (Goldberg y cols., 1988; Olivan y cols., 2011).

La escala de ansiedad y depresión de Goldberg, es un cuestionario heteroadministrado con dos subescalas: una para detección de la ansiedad

y la otra para la detección de la depresión. Ambas escalas tienen 9 preguntas. Las últimas cinco preguntas de cada escala solo se formulan si hay respuesta positiva a las cuatro primeras preguntas que son obligatorias. Se tiene que la probabilidad de padecer un trastorno es mayor cuanto mayor es el número de respuestas positivas; los síntomas contenidos en las escalas están referidos a los 15 días previos a la aplicación del cuestionario; todos los ítems tienen la misma puntuación; siguen un orden de gravedad creciente; y finalmente los últimos ítems de cada escala aparecen en las personas con trastornos más severos (Goldberg y cols., 1988).

Es muy difícil poder realizar debidamente las actividades del cuidador cuando se presenta un desequilibrio en el estado de su salud, el trato al enfermo se torna deficiente y variante. Para poder cumplir de manera adecuada con la función de “cuidador principal” es importante gozar de buena salud física y mental; el buen cuidador solo cumplirá bien su tarea si mantiene su plenitud personal, su salud física y psíquica. Por lo tanto, no se efectúa ni un tipo de perjuicio en contra del enfermo al recurrir a asistentes profesionales en quienes delegar parte de la atención, como tampoco lo es la búsqueda de un espacio personal que permita regalarse tiempo, mantener un régimen de vida normalizado, enfrentarse a las situaciones con más frialdad y no dejarse devorar por la dependencia. El exceso de dedicación a un enfermo puede acabar creando dos enfermos (Torres, 2007).

El papel que desempeña el “cuidador primario” no es causa de depresión y no toda persona que proporcione cuidado experimentará los sentimientos negativos que acompañan a la depresión. Sin embargo, las experiencias físicas y emocionales involucradas con el papel de cuidar muchas veces afectan incluso a los cuidadores más capaces. En un esfuerzo para proporcionar el mejor cuidado a un familiar o amigo, los cuidadores frecuentemente sacrifican sus propias necesidades. El resultado de todo esto es que los cuidadores suelen experimentar sentimientos de rabia, ansiedad, tristeza, aislamiento, agotamiento, y luego culpa por el hecho de tener estos sentimientos. Es decir, necesitan también la ayuda de los profesionales de la salud para superar saludablemente la situación a la que se afrontan día a día.

Algunas investigaciones consultadas que hacen referencia a las variables en estudio para la presente investigación, se encontraron solo tres y referidas a la variable nivel de información en cuidadores de pacientes con enfermedad renal crónica terminal, siendo estos estudios realizados en otros países; para las otras variables ansiedad y depresión en el cuidador primario no se encontraron investigaciones que nos permitan confrontar los posteriores resultados.

Bañobre y cols. (2005), en España, evaluaron la carga y grado de conocimientos del cuidador principal de los pacientes "dependientes" en tratamiento renal sustitutivo del Complejo Hospitalario de Ourense. Con los

resultados obtenidos realizaron una intervención educativa, valorando posteriormente su efectividad. Los resultados reportaron 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 diálisis (hospitalaria vs domiciliaria) y además esta percepción disminuía con el tiempo como cuidador. El grado de conocimientos del cuidador aumentó significativamente tras la intervención educativa. Es importante dar una información adecuada al inicio del tratamiento y continuarla a lo largo del mismo, ya que por sí solos los cuidadores no aumentan el nivel de conocimientos.

García y cols. (2012), en México, realizaron un estudio con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento teórico que posee el paciente o cuidador sobre insuficiencia renal crónica terminal y diálisis peritoneal continua ambulatoria. Los resultados reportan que: el 41,4% eran pacientes y 58,6% eran cuidadores, ambos grupos presentaron un nivel de conocimiento moderado, estando por debajo del conocimiento que un paciente o cuidador deben tener sobre la enfermedad y su tratamiento. En conclusión, es necesario que el personal de enfermería evalúe periódicamente al paciente y/o al cuidador de este, para detectar si existe un déficit en sus conocimientos y reforzar los conocimientos aprendidos durante el entrenamiento y aclarar dudas.

Tizoc y cols. (2012), en México, realizaron una investigación con el objetivo de conocer el nivel de habilidad del cuidador familiar en el cuidado a pacientes con enfermedad renal crónica del servicio de la UNEME del hospital general de Culiacán; dentro de los resultados resalta que en conocimiento 10 (20%) mostraron nivel Bajo, la mayoría 27 (54%) nivel Medio y 13 (26%) Alto.

Durante nuestras prácticas de enfermería hemos podido ser testigos de la deficiente información que reciben los pacientes hospitalizados y sus cuidadores primarios de parte del personal de salud, con respecto a su diagnóstico y el tratamiento que deben seguir. Particularmente, en el caso de los pacientes a los que se les diagnostica enfermedad renal crónica terminal (ERCT) y que requieren tratamiento de diálisis para seguir viviendo, tanto el paciente como su familia, ven con incertidumbre su vida a futuro, les da temor el solo escuchar acerca de los tratamientos complejos que deben seguir por considerarlos como última opción, que casusa daños y malestares.

Algunos pacientes e incluso el cuidador primario, tienen la errónea idea de que el tratamiento es curativo, que es solo por un tiempo, creándose falsas esperanzas y desilusiones cuando la información les llega de golpe, evidenciándose a grandes rasgos que el paciente, así como, el cuidador primario se muestran ansiosos y algunas veces deprimidos.

Consideramos que es imprescindible que el personal de salud, en especial el personal de enfermería, que labora en el servicio de Medicina “B” del Hospital Regional Docente Trujillo, el cual alberga en su mayoría dentro de sus ambientes hospitalarios a pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica terminal (ERCT), brinden información clara y oportuna al “cuidador primario” que es la persona que siempre está junto al paciente. Se debe valorar primero su nivel de información, brindar apoyo emocional básico, identificar a aquellos con síntomas o signos de ansiedad y depresión, y poder orientarlos en la resolución de su situación.

Se pretende contribuir a la profesión de enfermería mediante la presente investigación, porque se busca ampliar el conocimiento que sea relevante para plantear estrategias educativas que aumenten el nivel de información y brinden apoyo emocional básico en el “cuidador primario” de pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT), y evitar a la larga complicaciones que afecten su propia salud.

FORMULACION DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de información, ansiedad y depresión del cuidador primario del paciente con enfermedad renal crónico terminal. Servicio de medicina “B” del Hospital Regional Docente de Trujillo, 2013?.

OBJETIVOS:

GENERAL

- Determinar la relación que existe entre el nivel de información, ansiedad y depresión del cuidador primario del paciente con enfermedad renal crónico terminal. Servicio de Medicina de “B” del Hospital Regional Docente de Trujillo, 2013.

ESPECÍFICOS

- Valorar el nivel de información sobre la enfermedad renal crónica terminal en el cuidador primario del paciente con enfermedad renal crónico terminal. Servicio de Medicina de “B” del Hospital Regional Docente de Trujillo, 2013.
- Detectar casos de ansiedad dentro de los cuidadores primarios del paciente con enfermedad renal crónico terminal. Servicio de Medicina de “B” del Hospital Regional Docente de Trujillo, 2013.

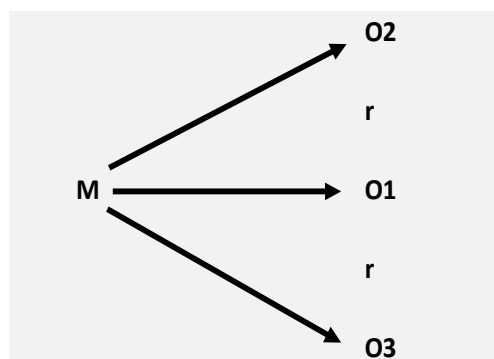
- Identificar casos de depresión dentro de los cuidadores primarios del paciente con enfermedad renal crónico terminal. Servicio de Medicina de “B” del Hospital Regional Docente de Trujillo, 2013.

II.-MATERIAL Y METODOS

El presente estudio de investigación de tipo cuantitativo, descriptivo y correlacional, se desarrolló con cuidadores primarios de pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT), hospitalizados en el servicio de medicina “B” del Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT), durante los meses de junio- setiembre del 2013 (Hernández, 2003).

1.-DISEÑO DE LA INVESTIGACION:

Diseño transeccional correlacional:



- ✓ **M:** es la muestra de estudio de cuidadores primarios de pacientes con ERCT. Servicio de medicina “B” del HRDT.
- ✓ **O1:** son datos del nivel de información del cuidador primario del paciente con ERCT. Servicio de medicina “B” del HRDT.
- ✓ **O2:** son datos de casos de ansiedad en cuidadores primarios del paciente con ERCT. Servicio de medicina “B” del HRDT.

- ✓ **O3:** son datos de casos de depresión en cuidadores primarios del paciente con ERCT. Servicio de medicina “B” del HRDT.
- ✓ **r:** es el coeficiente de correlación lineal entre las variables.

2.- POBLACION DE ESTUDIO:

2.1 UNIVERSO

Estuvo conformado por 120 cuidadores primarios, que corresponden a 120 pacientes con enfermedad renal crónica terminal que fueron hospitalizados y que actualmente reciben tratamiento de hemodiálisis, atendidos de Enero a Julio del presente año en el Servicio de Medicina “B” del Hospital Regional Docente de Trujillo. Es decir un cuidador primario para cada paciente.

2.2 MUESTRA:

Estuvo conformado por 50 cuidadores primarios, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error por muestreo del 6.40% la misma que se calculó aplicando la formula estadística especificada (anexo1).

3.-UNIDAD DE ANALISIS:

Es el cuidador primario del paciente con ERCT que estuvo de acuerdo en participar de la investigación.

Criterios de inclusión:

- Ser miembro de la familia del paciente con ERCT en tratamiento de hemodiálisis.
- Edad mayor a 18 años.
- Que se encuentre por más de 15 días desempeñándose como “cuidador primario” del paciente con ERCT.

4.-INSTRUMENTOS:

A.- CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL NIVEL DE INFORMACIÓN DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL (ERCT), (anexo 2).

El presente instrumento de investigación fue elaborado por las autoras Cotrina y Vértiz (2013), para la recolección de datos, teniendo en cuenta los conceptos descritos por Chiavenato (2006) y Ferrell y Hirt (2004) sobre “información” y demás conceptos referidos al tema en estudio.

Consta de 14 preguntas con alternativa única, cada pregunta contestada correctamente tiene un valor de 2 puntos. De acuerdo al puntaje, la calificación del cuestionario será:

- Nivel bueno: 20 – 28 puntos
- Nivel regular: 10– 19 puntos
- Nivel malo: 0– 09 puntos

B.- ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG (anexo3).

La escala de ansiedad y depresión de Goldberg (E.A.D.G), fue desarrollado por este autor en 1988 a partir de una versión modificada de la Psychiatric Assessment Schedule en 1980, con la finalidad de lograr una entrevista de corta duración para ser utilizada por médicos no psiquiatras como instrumento de cribaje. La versión castellano ha sido validada por Montón C y cols. (1993).

Consta de dos escalas, una de ansiedad y otra de depresión, con 9 items cada una, todos ellos de respuesta dicotómica (Si / No); se da una puntuación independiente para cada escala, con un punto para cada respuesta afirmativa. Su aplicación es hetero-administrada, intercalada en el contexto de la entrevista clínica, en la que se interroga al sujeto de investigación sobre si ha presentado en las últimas dos semanas algunos de los síntomas a los que hacen referencia los items; no se puntúan los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de leve intensidad. Puede ser aplicado incluso por personal no médico, sin precisar estandarización.

Cada una de las subescalas se estructura en 4 items iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 items que se formulan sólo 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). Los puntos de corte

son ≥ 4 para la escala de ansiedad, y ≥ 2 para la de depresión. Existe una clara mejora de la sensibilidad al aumentar la gravedad del trastorno psicopatológico, obteniendo puntuaciones más altas que pueden proporcionar una medida dimensional de la gravedad de cada trastorno por separado.

Como cualquier instrumento de su género, el EADG está diseñado para detectar “probables casos”, no para diagnosticarlos; su capacidad discriminativa ayuda a orientar el diagnóstico, pero no puede sustituir al juicio clínico. El hecho de que las respuestas sean dicotómicas, obliga a interpretar la respuesta en los casos de intensidad leve en función de su significación clínica. Algunas situaciones, tales como acontecimientos vitales estresantes, problemática social, y enfermedad somática grave, pueden producir falsos positivos al reflejar el malestar del paciente en las contestaciones a algunos items, pero sin que ello comporte un estado psicopatológico con relevancia clínica. Otras situaciones (trastornos crónicos, trastornos de la personalidad, alcoholismo, conductas de negación) pueden producir falsos negativos.

5.-CONTROL DE CALIDAD DE DATOS

PRUEBA PILOTO

Con la finalidad de hacer los ajustes necesarios en los instrumentos de recolección de datos para una mayor comprensión por parte de los participantes de la investigación, se aplicó los instrumentos a 15 cuidadores

primarios de pacientes con enfermedad renal crónico terminal que presentaron características similares a la muestra en estudio; esto se realizó en la unidad de hemodiálisis del Hospital Víctor Lazarte Echegaray (HVLE).

VALIDEZ

En cuanto a la validez externa, el Cuestionario para evaluar el nivel de información del cuidador primario del paciente con ERCT, al ser un instrumento creado por las autoras de la presente investigación, fue validado por contenido por dos enfermeras especialistas en cuidados nefrológicos que laboran en la unidad de hemodiálisis del Hospital Víctor Lazarte Echegaray y en la Clínica del Riñón Santa Lucía; sobre las bases de las sugerencias brindadas se reajustó el instrumento para su mayor claridad y precisión (anexo 4).

Así mismo, también se realizó una validez de criterio (anexo 5) que se refiere al grado de eficacia con que se puede predecir o pronosticar una variable de interés (criterio) a partir de las puntuaciones en un test. Así pues, la operacionalización del concepto se realiza a partir del denominado coeficiente de validez, que es la correlación entre el test y el criterio, a mayor correlación, mayor capacidad predictiva del test. Los resultados reportan un coeficiente de correlación intraclassa promedio de 0,532 y con un valor $p < 0,05$. Por lo tanto el instrumento es válido de criterio.

La escala para medir ansiedad y depresión de Goldberg, según Montón y Cols (1993), es un instrumento validado externamente a nivel internacional. En cuanto a su validez de criterio, para la subescala de ansiedad, se tiene un coeficiente de correlación intraclase promedio de 0,749 y con un valor $p < 0,05$, por lo tanto el instrumento es válido de criterio. Para la subescala de depresión se obtuvo un coeficiente de correlación intraclase promedio de 0,738 y con o con un valor $p < 0,05$, por lo tanto el instrumento es válido de criterio (anexo 6 y 7).

CONFIABILIDAD

Para determinar la confiabilidad del instrumento: Cuestionario para evaluar el nivel de información del cuidador primario del paciente con ERCT, se utilizó la estadística de Alpha de Cronbach, dando como resultado 0,852, el cual es un valor que supera a 0,70 y se puede decir que el instrumento es confiable (anexo 5).

Para la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, según Montón y Cols (1993), mostró una confiabilidad del 83 % y una especificidad del 82 %. Considerando cada una de las subescalas, la de depresión muestra una alta sensibilidad para captar los pacientes diagnosticados de trastornos depresivos (85.7 %). La escala de ansiedad tiene una confiabilidad algo menor (72 %).

Para la presente investigación también se utilizó la estadística de Alpha de Cronbach, dando como resultado 0,778 de confiabilidad a la subescala de

ansiedad y de 0,766 para la subescala de depresión, ambos son valores que superan a 0,70 y se puede decir que el instrumento EADG es confiable (anexo 6 y 7).

6.-PROCEDIMIENTO

Se solicitó el permiso para efectuar la investigación a la Jefa de enfermeras del servicio de medicina “B” del Hospital Regional Docente de Trujillo, al jefe de consultorio externo de medicina interna y del médico jefe de la oficina del SIS para tener la referencia de los pacientes con ERCT en tratamiento de hemodiálisis y poder localizarlos en los servicios de hospitalización, de esta manera se nos permitió localizar a los pacientes y sus cuidadores primarios para aplicar los instrumentos de recolección de datos.

Se procedió en un tiempo pre fijado máximo de un mes, a identificar a los participantes del estudio y se les explicó los objetivos de la investigación solicitándose por ello su consentimiento para la aplicación de los instrumentos, esta actividad se llevó a cabo en horas en las cuales los cuidadores primarios permanecen con su paciente hospitalizado en el servicio de medicina “B”, se tomó un tiempo aproximado de 20 minutos para la aplicación de los dos instrumentos por cada participante.

7.-TABULACION Y ANALISIS ESTADISTICO

Para el procesamiento de los datos se hizo uso del paquete estadístico SPSS 21, los resultados se presentaron en tablas de frecuencias simples y porcentuales, con sus respectivos gráficos. Para determinar si existe relación entre las variables de interés se utilizó la prueba gamma, dado que la prueba Chi Cuadrado cumplía el supuesto para poder utilizarla, se consideró significativa la relación si el valor p es menor a 0,05.

8.-DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES DE ESTUDIO

A.- VARIABLE DE ESTUDIO: NIVEL DE INFORMACIÓN

►Definición conceptual:

La información es un conjunto de datos que el cuidador primario posee y que organizados en un contexto determinado tienen su significado, cuyo propósito es reducir la incertidumbre o incrementar el conocimiento acerca de los cuidados que se debe tener en el paciente con enfermedad renal crónica terminal. (Chiavenato, 2006; Ferrell y Hirt, 2004).

► **Definición Operacional:** Se consideró de la siguiente manera:

- **Nivel bueno:** 20-28 Puntos
- **Nivel regular:** 10-19 Puntos
- **Nivel malo:** 00-09 Puntos

B.- VARIABLE DE ESTUDIO: ANSIEDAD

► **Definición conceptual:** La ansiedad es una experiencia emocional, un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. En exceso, la ansiedad que persiste en el tiempo de manera innecesaria es nociva, mal adaptativa, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades (Goldberg, 1988; Báez, 2002; Sotillo, 2012).

► **Definición operacional:** Según las indicaciones del Goldberg (1988), se consideró de la siguiente manera:

- **Caso probable:** 4 o más respuestas afirmativas
- **Caso no probable:** menos de 4 respuestas afirmativas

C.- VARIABLE DE ESTUDIO: DEPRESIÓN

- ▶ **Definición conceptual:** La depresión, es un desorden afectivo que se caracteriza por un estado de ánimo negativo persistente que va desde una reacción exagerada a la tristeza normal, que implica abatimiento, melancolía, sentimientos de indignidad e inutilidad y soledad, culpa, falta de motivación y esperanza, fatiga y cansancio (Goldberg, 1988; Trickertt, 2009; Bermúdez y cols., 2011).

- ▶ **Definición operacional:** Según las indicaciones del Goldberg (1988), se consideró de la siguiente manera:
 - **Caso probable:** 2 o más respuestas afirmativas
 - **Caso no probable:** menos de 2 respuestas afirmativas

9.-CONSIDERACIONES ETICAS

Según el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (2002):

PRINCIPIO DE BENEFICIENCIA

El principio de beneficencia persigue maximizar los beneficios y minimizar los daños, por tanto los participantes en una investigación, deben conocer los riesgos y los beneficios que lograrán con su participación. El beneficio supere el riesgo contraído.

PRINCIPIO DE JUSTICIA

El principio de justicia es que los iguales deben tratarse con igualdad. En la investigación se tratara equitativamente a cada uno de los cuidadores primarios, haciendo uso de los mismos materiales y metodología para toda la muestra en estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado, es un elemento de respeto al participante de una investigación, constituye una exigencia ética de los derechos del ciudadano y esta reconocidos en la Ley General de Salud N° 26842, de 1997. Es la manifestación voluntaria, libre y racional, realizada por un paciente de aceptación a un tratamiento, luego de haber sido informado del mismo y de habersele respondido todas sus dudas de manera adecuada y suficiente, así como de las alternativas posibles con sus respectivos riesgos y beneficios (anexo 8).

III. RESULTADOS

TABLA N° 01

DISTRIBUCION DE 50 CUIDADORES PRIMARIOS SEGÚN SU NIVEL DE INFORMACION. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2013.

NIVEL DE INFORMACIÓN DEL CUIDADOR PRIMARIO	Frecuencia	%
Nivel malo	2	4%
Nivel regular	25	50%
Nivel bueno	23	46%
Total	50	100%

FUENTE: Datos recogidos del cuestionario aplicado a los pacientes

TABLA N° 02

**DISTRIBUCION DE 50 CUIDADORES PRIMARIOS SEGÚN LA
DETECCION DE CASOS DE ANSIEDAD. HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE DE TRUJILLO, 2013.**

ANSIEDAD	Frecuencia	%
Caso no probable	7	14.0%
Caso probable	43	86.0%
Total	50	100.0%

FUENTE: Datos recogidos del instrumento aplicado a los pacientes

TABLA Nº 03

DISTRIBUCION DE 50 CUIDADORES PRIMARIOS SEGÚN LA IDENTIFICACION DE CASOS DE DEPRESION. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2013.

DEPRESIÓN	Frecuencia	%
Caso no probable	14	28.0%
Caso probable	36	72.0%
Total	50	100.0%

FUENTE: Datos recogidos del instrumento aplicado a los pacientes

TABLA Nº 04

ANSIEDAD Y NIVEL DE INFORMACION DE 50 CUIDADORES PRIMARIOS DEL PACIENTE CON ERCT. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2013.

NIVEL DE INFORMACIÓN DEL CUIDADOR									
PRIMARIO									
ANSIEDAD	Nivel		Nivel		Nivel		Total		
	Malo		Regular		Bueno				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Caso no probable	0	0%	4	8%	3	6%	7	14%	
Caso probable	2	4%	21	42%	20	40%	43	86%	
Total	2	4%	25	50%	23	46%	50	100%	

Gamma: 0,019

Valor p: 0,959

TABLA Nº 05

**DEPRESION Y NIVEL DE INFORMACION DE 50 CUIDADORES
PRIMARIOS DEL PACIENTE CON ERCT. HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE DE TRUJILLO, 2013.**

NIVEL DE INFORMACIÓN DEL CUIDADOR									
PRIMARIO									
DEPRESION	Nivel		Nivel		Nivel		Total		
	Malo		Regular		Bueno				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Caso no probable	0	0%	8	16%	6	12%	14	28%	
Caso probable	2	4%	17	34%	17	34%	36	72%	
Total	2	4%	25	50%	23	46%	50	100%	

Gamma: 0,019

Valor p: 0,939

IV.-ANALISIS Y DISCUSION

En el presente estudio de investigación sobre “Información, ansiedad y depresión en el cuidador primario del paciente con enfermedad renal crónico terminal”, se obtuvieron 5 tablas y 5 gráficos (anexos 9 al 13).A continuación se presenta el análisis de los resultados:

En la tabla N°1, se presenta la distribución de 50 cuidadores primarios de pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT), según su nivel de información; los resultados evidenciaron que el 50% de los cuidadores primarios de pacientes con ERCT en tratamiento de hemodiálisis presentan nivel regular de información, seguido de 46% de nivel bueno y solo un 4% presentaron nivel malo.

En un contexto familiar en el que hay un enfermo crónico y en fase terminal se precisa de un “cuidador primario” con buen nivel de información sobre la enfermedad y su tratamiento, necesario para apoyar al paciente en su deficiencia para realizarse por el mismo los cuidados. El “cuidador primario” es la persona que asume la responsabilidad de coordinar la atención que requiere de los diversos sistemas que le asisten y rodean, que generalmente, son las parejas o hijos quienes se encuentran obligadas a asumir este tipo de cuidado.

Según Torres (2007), en su estudio sobre grado de sobrecarga en el cuidador de paciente con insuficiencia renal crónica, encontró que las tareas del cuidador la realizan en su mayoría mujeres de mediana edad y los atendidos son los padres o cónyuges.

Para el cuidador primario, es básico poseer información clara y sencilla, sobre lo que significa la ERC, cuáles fueron sus causas, sus síntomas, cuales son los órganos que más se afectan, las complicaciones que pueden devenir de ello como son: la anemia, los edemas, la osteodistrofia renal y otros de mayor complejidad; así también, los tipos de tratamiento de sustitución renal más comunes como son: la hemodiálisis y la diálisis peritoneal, entendiendo el fundamento de la técnica utilizada, intervenciones quirúrgicas requeridas, como la realización de la fistula arteriovenosa o la colocación de un catéter peritoneal, los cuales le permitirá realizarse el tratamiento, tener en cuenta las complicaciones del tratamiento y demás particularidades (Hernando, 2009).

Los resultados coinciden con el estudio de Tizoc y cols. (2012), sobre Habilidad del cuidador familiar en el cuidado a pacientes con enfermedad renal crónica, en un hospital de México, donde se encontró en una muestra de 50 cuidadores familiares de pacientes con ERCT, en la valoración del conocimiento se tuvo que el 54% presentaron nivel medio, seguido de 26% con nivel alto, y el restante 20% mostraron nivel Bajo.

Así mismo, García y cols. (2012), en su estudio sobre Nivel de conocimiento teórico que posee el paciente o cuidador sobre insuficiencia renal crónica terminal, realizado en México, reporto que el 58,6% de su muestra de investigación eran cuidadores de pacientes con ERCT que presentaron un nivel de conocimiento moderado; concluyeron que es necesario que el personal de enfermería evalúe periódicamente al cuidador del paciente con ERCT para detectar si existe un déficit en sus conocimientos y reforzar los conocimientos aprendidos durante el entrenamiento aclarando sus dudas. Por lo tanto, es necesario implementar estrategias educativas para corregir el déficit de conocimientos del cuidador primario del paciente con ERCT brindando información apropiada, clara y sencilla a fin de mejorar la calidad de cuidados que este le brinda.

Al respecto Bañobre y cols. (2005), en España, evaluaron la carga y grado de conocimientos del cuidador principal de los pacientes "dependientes" en tratamiento renal sustitutivo. Con los resultados obtenidos realizaron una intervención educativa, valorando posteriormente su efectividad. Los resultados reportaron que el 24,5 % de los pacientes en hemodiálisis y el 33,3 % en diálisis peritoneal son dependientes de un cuidador. El grado de conocimientos del cuidador aumentó significativamente tras la intervención educativa. El autor concluye que es importante dar una información adecuada al inicio del tratamiento y continuarla a lo largo del mismo, ya que por sí solos los cuidadores no aumentan su nivel de conocimientos.

Silva y cols. (2004), refiere que satisfacer la necesidad de información del cuidador corresponde principalmente al personal de enfermería, quienes deben proporcionar la información necesaria sobre el conocimiento de la enfermedad, complicaciones que se pueden presentar, su tratamiento, cuidados específicos que necesita, etc. Es necesario informar sobre la situación real y actual del paciente y sobre cómo evoluciona la enfermedad, de modo que el cuidador sea capaz de identificar los síntomas de alarma, para que pueda afrontarlos, sepa que hacer, a quien avisar y cómo, de esta manera garantizar un cuidado adecuado.

Por lo tanto, los resultados que se evidenciaron luego de la aplicación del Cuestionario para valorar el nivel de información del cuidador primario del paciente con ERCT, resaltan en conjunto que un 96% de los cuidadores primarios presentan nivel de conocimientos de regular a bueno. Pese a que el servicio de medicina "B" no cuenta con una estrategia formal para impartir información educativa a los cuidadores primarios de los pacientes con ERCT y teniendo en cuenta los exitosos resultados de la evaluación de conocimientos, se reconoce que hay una educación impartida de forma discreta y podríamos decir individualizada mediante las rutinas propias del cuidado que ejerce el personal de enfermería y el personal médico, este último hace referencia al diagnóstico y su tratamiento.

En la tabla N° 2, se presenta la distribución de 50 cuidadores primarios de pacientes con ERCT según la detección de casos de ansiedad, los resultados encontraron que el 86% de los cuidadores primarios de pacientes con ERCT son casos probables de ansiedad y el restante 14% son casos no probables.

Es importante reconocer que los trastornos emocionales no solo son evidenciados en el paciente con ERCT, sino también los presentan los “cuidadores primarios” por la complejidad de los cuidados que requieren este tipo de pacientes. El impacto de cuidar influye negativamente sobre la vida de los cuidadores tanto en sus actividades socio-laborales y familiares como sobre la limitación del tiempo para dedicarse a sí mismos. En los últimos años diversos estudios han puesto de manifiesto las repercusiones negativas que la prestación de cuidados puede tener en la salud y especialmente la mayor frecuencia de ansiedad y depresión en los cuidadores (Ras y cols., 2006).

Dentro de los malestares o síntomas clínicos que pueden presentar el cuidador primario debido a la carga emocional, se encuentra principalmente la ansiedad; esta es percibida como un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer y alarma que hace que el sujeto se sienta molesto, es decir una respuesta compleja a algún tipo de temor (Aquino y cols., 2003; Moreno y cols., 2005; Jarne y cols., 2006; Bermúdez y cols., 2011).

Otros síntomas hacen referencia, al igual que los parámetros tomados en el instrumento para la presente investigación, a sentirse inundados y desbordados por el problema, empiezan a conceder demasiada importancia a detalles diarios mínimos sin relevancia, mas irritable que de costumbre con hostilidad hacia el enfermo u otras personas; también alteraciones psicosomáticas como: dolores de cabeza y de otras zonas, anorexia, temblor fino, problemas gástricos, sufren de insomnio o de sueño no reparador, muestra fatiga crónica, trastornos objetivos de la memoria y la concentración (Moreno y cols., 2005).

Dentro de las investigaciones encontradas que nos permitieron confrontar los resultados con población con características parecidas a la muestra de estudio, se encuentran:

Clemente y cols., (2012), que se aproxima a los resultados encontrados, reportaron que más del 50% de los cuidadores familiares de enfermos crónicos muestran altos niveles de ansiedad, variando estas en función de la duración e intensidad de la situación. Así mismo, Alfaro y cols. (2008), en su investigación en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminal encontraron que los síntomas de ansiedad con mayor porcentaje de reporte fueron tensión nerviosa o estrés (66%), problemas para concentrarse (60 %) y nerviosismo o ansiedad (50%).

Morales y cols. (2000), refieren que el cuidador primario de enfermos incapacitados, como el caso de la mayoría de pacientes con ERCT, está sometido a un estrés importante en su labor, demostrando la presencia de ansiedad en el 60% de los sujetos investigados a través de la escala de Ansiedad/Depresión de Goldberg, escala que también fue utilizada en la presente investigación y que arrojó datos superiores al 80% en casos de ansiedad para el cuidador primario del paciente con ERCT en tratamiento de hemodiálisis.

Vargas y Sánchez (2012), también confirman en su investigación que el 70% de los cuidadores primarios de enfermos crónicos presentan sobrecarga emocional. Estas investigaciones que no son específicas, pero si coincidentes con la muestra de investigación, alegan un total acuerdo en que el cuidador primario siempre se sobrecarga emocionalmente y responde con síntomas de ansiedad a la nueva situación que están viviendo.

Parraga (2005), en su artículo: "Y quien cuida a los cuidadores", afirma que los responsables del cuidado del paciente renal en tratamiento de diálisis suelen ser los cónyuges, pero ellos se sienten en ocasiones desplazados a un segundo lugar. El tratamiento y las posibles explicaciones que brinda el personal de enfermería se las ofrece a los pacientes, que en muchas ocasiones, no son capaces de transmitir de una forma correcta toda la información a su cuidador, produciéndose un estado de ansiedad en el mismo, al sentirse responsable de su cuidado y no saber actuar ante

algunas situaciones. Incluso cuando preguntan en demasía muchas veces genera rechazo en el personal, y no se los ve como el cuidador primario que va a continuar con el tratamiento después de ser atendido.

Sin duda, es muy resaltante encontrar que el 84% de los cuidadores primarios de pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT), hospitalizados en el servicio de medicina “B” del HRDT, son casos probables de ansiedad. Estos resultados evidencian que la situación por la que atraviesan los cuidadores primarios en la alteración de los roles familiares es muy caótica, puesto que la mayoría de los pacientes son padres o cónyuges; así mismo, inicialmente existe desconocimiento acerca de la enfermedad, sus causas, consecuencias y el tratamiento para muchos traumático, que obligadamente tienen que seguir, limitaciones en su vida cotidiana adoptando un nuevo estilo de vida que estrictamente tienen que realizar, situación que acrecienta la ansiedad del cuidador y del propio paciente.

En la tabla N° 3, se presenta la distribución de 50 cuidadores primarios de pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT), según la identificación de casos de depresión, los resultados evidenciaron que el 72% de los cuidadores primarios de pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT), en tratamiento de hemodiálisis son casos probables de depresión y el restante 28% son casos no probables.

La intensidad y la complejidad del cuidado necesario imponen también al “cuidador primario” un riesgo elevado de trastornos emocionales. El cuidador puede desarrollar una sensación de no poder soportar la situación, con sentimientos de inadecuación, impotencia y depresión (Lewis y cols., 2004).

La depresión es una enfermedad mental común que se presenta con ánimo negativo persistente que implica abatimiento, melancolía, tristeza, pérdida de interés, falta de motivación, energía disminuida, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteraciones de sueño o apetito, y mala concentración. A menudo, la depresión se presenta con síntomas de ansiedad. Estos trastornos pueden volverse crónicos o recurrentes y llevar a importantes fallas en la habilidad de un individuo para llevar a cabo sus tareas diarias, en especial si este tiene a su cargo el cuidado de un paciente con enfermedad renal crónica terminal (ERCT), (Aquino y cols., 2003; Jarne y cols., 2006; Bermúdez y cols., 2011; OMS, 2012).

La investigación de Clemente y Cols., (2012), coincide con los resultados encontrados, al reportar que más del 50% de los cuidadores familiares de enfermos crónicos muestran altos niveles de depresión, variando estas en función de la duración e intensidad de la situación.

Para Alfaro y cols. (2008), los cuidadores de pacientes terminales presentan mayor sintomatología depresiva y mayor percepción de impacto

en su estado de ánimo, los síntomas depresivos con mayor porcentaje de reporte fueron ganas de llorar (73 %), irritabilidad (69 %), fatiga (67 %), tristeza (65 %), problemas para la concentración (60 %), problemas de sueño (59 %) y dolor de cabeza (50 %). En conclusión los cuidadores tienen sintomatología afectiva que necesita atención, sobre todo si cuidan pacientes terminales, con es el caso de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT).

Otro estudio que también nos permitió comparar los resultados es el de Arechabala y Cols. (2011), quienes determinaron síntomas depresivos, apoyo social percibido y autopercepción de carga en pacientes en hemodiálisis crónica (HDC) e identificaron síntomas depresivos y grado de fatiga en cuidadores de pacientes en HDC, ellos encontraron que tanto los pacientes (40,74 %) como los cuidadores principales (43,82 %) presentaban síntomas de depresión. Aunque estos resultados son mucho menores que lo encontrado en la presente investigación, no por ello dejan de ser relevantes puesto que la presencia de depresión en cuidadores primarios es significativa.

Las personas que están deprimidas, según el MINSA (2005), experimentan profundos sentimientos de tristeza que pueden resultar invalidantes para desarrollar sus relaciones familiares y sus responsabilidades laborales, dentro de ellas ejercer el cuidado de un paciente. Pierden el deseo de realizar actividades y pueden sumirse en un

estado de apatía y fatalismo frente al futuro. En los episodios depresivos, es común que la persona esté baja de ánimo y sin energía, de tal manera, que se pueden sentir cansadas después de realizar un esfuerzo mínimo. El sueño se trastorna y disminuye el apetito. Con frecuencia las personas que sufren episodios depresivos pierden la confianza en sí mismas y se desvalorizan.

Además, Islas y cols. (2006), refieren en su estudio sobre el Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con Enfermedad crónica, que el deterioro de la calidad de vida del cuidador primario se refleja en aspectos emocionales como la ansiedad, temores, preocupación y depresión.

Es así, que una mayor sobrecarga emocional deteriora la salud mental, social y física del “cuidador primario”, presentando con mayor frecuencia trastornos afectivos 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. Estudios de los últimos veinte años permiten afirmar que los cuidadores primarios están expuestos a situaciones de estrés que incrementan el riesgo de padecer problemas físicos y

emocionales, especialmente ansiedad y depresión (Wisniewski y cols., 2003; Méndez y cols., 2010).

Es muy importante detectar a tiempo estos problemas emocionales como son la ansiedad y depresión, ya que es muy difícil poder realizar debidamente las actividades del cuidador cuando se presenta un desequilibrio en el estado de su salud, el trato al enfermo se torna deficiente y variante. Para poder cumplir de manera adecuada con la función de “cuidador primario” es importante gozar de buena salud física y mental; el buen cuidador solo cumplirá bien su tarea si mantiene su plenitud personal, su salud física y psíquica. El exceso de dedicación a un enfermo puede acabar creando dos enfermos (Torres, 2007).

Los resultados de la presente investigación arrojan un 72% de casos probables de depresión en el cuidador primario del paciente con ERCT en tratamiento de hemodiálisis, lo cual evidencia un doble problema de salud, pues ya no solo el paciente es el foco de atención, también lo es ahora el cuidador primario, considerándose esto como una complicación de la situación familiar que están viviendo.

En la tabla Nº 4, se presenta la relación entre Nivel de Información y Ansiedad en 50 cuidadores primarios de pacientes con ERCT en tratamiento de hemodiálisis, encontrándose que el 42% de cuidadores primarios presentan un nivel de información regular que corresponden a 21 casos

probables de ansiedad; seguido de un 40% de cuidadores primarios con un nivel de información bueno, que corresponden a 20 casos probables de ansiedad. Además el 8% de cuidadores primarios con nivel de información regular 4 fueron detectados como casos no probables de ansiedad, seguidos de un 6% correspondiente al nivel de información bueno siendo 3 casos no probables de ansiedad. La prueba estadística nos dice que no hay relación entre ambas variables (valor $p > 0,05$).

Estos resultados coinciden con el estudio realizado por Tejedor y De las Cuevas (2008), sobre Cuidado paliativo en el paciente con enfermedad renal crónica avanzada (grado 5) no susceptible a tratamiento dialítico, quienes refieren que en situaciones en las que el cuidador primario recibe información del paciente cargado de emoción, como son las noticias de un diagnóstico, tratamiento o pronóstico, suelen estar muy ansiosos y menos capaces de tomar decisiones adecuadas para resolver sus problemas con coherencia. El impacto de la noticia sacude a todo el sistema familiar y a la vez todos tratan de absorber gran cantidad de información, pretendiendo recobrar el control de la situación abrumadora. Por lo tanto, la adecuada información y formación del “cuidador primario” permitirá mantener una buena atención del paciente en su entorno, disminuirá la ansiedad y sobrecarga de las acciones propias del cuidar.

Ante lo expuesto por Tejedor y De las Cueva, si bien es cierto se disminuye los niveles de ansiedad al brindar la información al cuidador

primario, que satisfaga su necesidad emocional y contrarreste un poco su impotencia; en el presente estudio, para el sujeto de investigación: el cuidador primario del paciente con enfermedad renal crónica terminal (ERCT), al comprender que no hay más nada que hacer en el caso de su paciente y que es necesario continuar con una terapia de sustitución renal de por vida, dependiendo del momento, es decir al inicio cuando se da recientemente el diagnóstico, se agrava el cuadro y se plantea el tratamiento, la necesidad de información es mayor y con ello su ansiedad manifiesta, pero a medida que pasa el tiempo esa ansiedad está marcada por los eventos desfavorables que acontecen en la evolución de la enfermedad, como son las complicaciones del tratamiento y que acompañan al cuidador primario de por vida.

Por consiguiente, los resultados encontrados en la presente investigación, por ser la muestra de estudio cuidadores primarios de pacientes en etapa terminal en tratamiento de hemodiálisis, parcialmente adaptados, continúan presentando ansiedad ante los cambios que están sufriendo, tanto en los roles, la situación económica, el ámbito social, etc., y que no tiene relación con cuanto nivel de información puedan tener al respecto de la enfermedad y su tratamiento. Esto lo confirman los resultados encontrados en los que demuestran que los casos probables de ansiedad tanto para un nivel de información regular como para un nivel bueno, correspondan al 42% y 40% respectivamente

Estando el cuidador primario y su familia al pendiente del paciente con enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en tratamiento de hemodiálisis, ya cuentan con información relevante del personal de salud, como lo demuestra lo encontrado en la investigación, al referir que 50% y 46% tienen nivel de información de regular a bueno respectivamente; sin embargo, la ansiedad sigue presente ante estos cambios adaptativos que dependiendo de factores personales propios del cuidador se irán disipando o en tal caso persistir de forma crónica, de tal manera que empeorara no solo el estado del paciente sino el del cuidador, el que muchas veces es descuidado por el personal de salud, quien se focaliza solo en las necesidades del paciente.

Así mismo, **en la tabla Nº 5**, se presenta la relación entre Nivel de Información y Depresión en 50 cuidadores primarios de pacientes con ERCT en tratamiento de hemodiálisis, encontrándose que el 34% de cuidadores primarios tienen un nivel de información regular, que corresponden a 17 casos probables de depresión. Así mismo, otro 34% con nivel de información bueno corresponden a 17 casos probables de depresión. El 16% de nivel de información regular, fueron detectados 8 casos no probables de depresión seguido de un 12% de un nivel bueno de información con 6 casos no probables de depresión. La prueba estadística nos dice que no hay relación en ambas variables (valor $p > 0,05$).

Se tiene conocimiento que los pacientes con ERCT en tratamiento de diálisis, suelen presentar marcados trastornos emocionales, tales como la

depresión, lo cual puede implicar un agravamiento de la sintomatología orgánica, y traducirse en un nuevo impacto emocional que repercutirá en su familia y en especial en el cuidador primario. Se ha reportado una morbilidad psíquica de 46.7% en pacientes con diálisis, destacando la frecuencia de depresión, ansiedad, resentimiento, culpas, deterioro de la autoimagen, aislamiento social, alteración de la autopercepción, irritabilidad, trastornos en la sexualidad y de tipo adaptativo (Alarcón, 2007; García y Calvanese, 2008).

Las labores del cuidado propiamente dicho no provocan depresión, ni todos los cuidadores experimentarán los sentimientos negativos que se asocian con la depresión. De todos modos, al esforzarse por darle el mejor cuidado posible al paciente, los cuidadores muchas veces sacrifican sus propias necesidades físicas y emocionales. Además, las vivencias emocionales y físicas del cuidado pueden llevar a una situación límite, incluso a las personas más capaces. Los sentimientos resultantes de ira, ansiedad, tristeza, aislamiento, agotamiento, y también la sensación de culpa por albergar esos sentimientos, pueden ser una carga muy pesada, que puede conllevar a presentar síntomas de depresión.

Es innegable que convivir con este tipo de paciente ocasionara en el cuidador primario, por la cercanía y demanda emocional de este, una sobrecarga emocional que si no es afrontada a tiempo conllevara a presentar en el cuidador los síntomas típicos de la depresión. Como lo dice

Ras y cols.(2006), los trastornos emocionales no solo son evidenciados en el paciente, también los presentan el “cuidador primario” por la complejidad de los cuidados que requiere un paciente con ERCT. En los últimos años diversos estudios han puesto de manifiesto la mayor frecuencia de ansiedad y depresión en los cuidadores y que finalmente, como en lo reportado en la presente investigación, no tiene relación significativa con el nivel de información que ellos presenten.

En los resultados de la presente investigación, es relevante encontrar que del total de casos probables de depresión en cuidadores primarios de pacientes con ERCT, el 34% presenten nivel de información regular al igual que otro 34% con nivel de información bueno, lo que significa que sin importar el nivel de información que tengan, los casos de depresión están presentes en esta población. Por lo tanto, podemos afirmar en base a los resultados encontrados en la presente investigación, que la presencia de ansiedad y la depresión en el cuidador primario del paciente con ERCT no tiene relación con los niveles de información que este posea con respecto a la enfermedad.

El aspecto psicológico se muestra independiente de los conocimientos, considerando que somos seres humanos, variantes y complejos, no se puede predecir cuándo las emociones ante una situación desbordan nuestra capacidad de afrontamiento, pudiendo convertirnos en un paciente más que requiera atención profesiona

V.- CONCLUSIONES

Como parte culminante del presente trabajo y basados en los objetivos planteados se han obtenido las siguientes conclusiones:

- El 50% de los cuidadores primarios de pacientes con enfermedad renal crónica terminal presentan nivel regular de información, seguido de 46% de nivel bueno y solo un 4% presentaron nivel malo.
- Según la detección de casos de ansiedad, los resultados encontraron que el 86% de los cuidadores primarios de pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en tratamiento de hemodiálisis son casos probables de ansiedad y el restante 14% son casos no probables.
- Según la identificación de casos de depresión, los resultados evidenciaron que el 72% de los cuidadores primarios de pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en tratamiento de hemodiálisis son casos probables de depresión y el restante 28% son casos no probables.
- No se encontró relación significativa entre Ansiedad y Depresión con el nivel de información del cuidador primario de pacientes con enfermedad renal crónica terminal (valor- $p > 0,05$).

VI.- RECOMENDACIONES

- Debido a la importancia de un diagnóstico de este tipo, sería importante proponer la aplicación del instrumento en los diferentes servicios de hospitalización pertenecientes al Hospital Regional Docente de Trujillo. Además dado el alto nivel confiable obtenido en el instrumento, se recomienda su utilización por otros interesados en el tema y que sirvan para replicar el estudio en otro grupo profesional.
- Que la enfermera jefe del servicio de medicina B del Hospital Regional Docente de Trujillo, implemente estrategias educativas para brindar información clara, precisa y oportuna al paciente y sus cuidadores primarios, con la finalidad de que tengan un buen nivel de información que les permita tomar decisiones oportunas y apropiadas.
- Que la enfermera jefe del departamento de enfermería coordine con el departamento de psicología del Hospital Regional Docente de Trujillo para que se brinde apoyo emocional al cuidador primario del paciente con enfermedad renal crónica terminal (ERCT), que le permita sobrellevar de forma saludable esta nueva y difícil situación.
- Que se continúen realizando estudios de investigación que relacionen otras variables de susceptibilidad, como por ejemplo el tipo de personalidad, para con la incidencia de casos de ansiedad y depresión en el cuidador primario de pacientes con enfermedad renal

crónica terminal, con la finalidad de orientar a la familia en la decisión de su elección.

VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFIAS

Alfaro, O. Morales, T. Vasquez, F. Sanchez, S. Ramos, B. Y Guerrero, V. (2008). Sobrecarga, Ansiedad y Depresión en cuidadores primarios de paciente con dolor crónico y terminal. *RevMedInstMex Seguro Soc* 2008; 46 (5): 485-494.

Alarcón, M. (2007). Modelo de adaptación: Aplicación en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria. *Revista Enfermería Instituto Mexicano Seguro Social*; 15 (03):155–160.

Aquino, L. Cabanyes, J. Del Pozo, A. (2003). *Fundamentos de psicología de la personalidad*. Editorial Rialp. España. Pg.:377.

Arechabala, M. Catoni, M. Palma, E. Barrios, S. (2011). Depresión y autopercepción de la carga del cuidado en pacientes en hemodiálisis y sus cuidadores. *RevPanam Salud Pública*.30(1):74–79.

Ballesteros, M. Ibarra, N. Loizaga, C. Serrano, B. Larumbe, M. (2002). Sobrecarga del cuidador de pacientes con enfermedad de Alzheimer y distrés psíquico. Una asociación relegada en la valoración de las demencias. *Actas EspPsiquiatr*, 30: 201-206.

Bañobre, A. Vásquez, J. Outeriño, S. Rodríguez, M. González, M. Graña, J. (2005). Efectividad de la intervención educativa en cuidadores de pacientes dependientes en diálisis y valoración de la carga. *RevSocEspEnfermNefro. España*; 08 (02): 32- 36.

Báez, K. (2002). *Ansiedad como controlarla*. Edita el Gobierno Vasco. Disponible en:http://www.osakidetza.euskadi.net/r85cksalu07/es/contenidos/informacion/salud_mental/es_4050/adjuntos/ansiedadComoControlarla_c.pdf (accesado el 05/03/2013)

Barrón, B. Alvarado, S. (2009). Desgaste físico y emocional del cuidador primario con cáncer. *Revista de Cancerología*; 04: 39- 46.

Bermúdez, J. Pérez, A. Ruiz, J. Rueda, B. (2011). *Psicología de la personalidad*. 1 ed. Editorial Grafo. Madrid. Pg.: 255.

Brunner, L. Suddarth, D. (2002). *Enfermería Medico Quirúrgica*. 9 ed. Vol.I y II. Editorial McGraw Hill.México.

Carranza, N. Salazar, M. (2010). *Influencia del funcionamiento familiar en la carga que soportan los cuidadores de pacientes con insuficiencia renal crónica*. Tesis para optar el título de licenciada en psicología. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. México.

Chiavenato, I. (2006). Introducción a la Teoría General de la Administración. 7 Ed., Editorial McGraw-Hill Interamericana. Pág. 110.

Clemente, M. Risso, A. Heleno, S. Gandy, M. (2012). Depresión en los cuidadores familiares de enfermos crónicos. Revista Psiquemag. España. 01(01): 1-7.

Consejo De Organizaciones Internacionales De La Ciencias Médicas (CIOMS) (2002). Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Ginebra. Disponible en: http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm. (accesado el 03 de julio del 2013).

Cusumano, A. (2007). Enfermedad Renal Crónica: necesidad de implementar programas para su detección precoz y prevención de su progresión. Revista de nefrología, diálisis y trasplante. Argentina. 27 (03). Pgs.: 113- 118.

Daugirdas, J. (2003). Manual de diálisis. 2 ed. Editorial Masson. España.

De Luis, D Y Bustamante, J. (2008). Aspectos nutricionales en la insuficiencia renal. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/modules.php?name=articulos&idarticulo=5465> (accesado el 28/07/2013).

Deví, J. Almazán, I. (2002). Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo con demencia. RevGerontol; 12(1):31-37.

Diccionario De La Real Academia Española (2010). 22 Ed. Disponible en:

http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=informaci%C3%B3n (accesado el 04/03/2013).

DOQI (2002).Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. Kidney disease outcome quality initiative.Am J. Kidney Dis 39 (suppl, 1): S1- 266.

Dueñas, E. Martínez, M. Morales, B. Muñoz, C. Viafara, A, Herrera, J. (2006). Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. Rev. ColombMed, 37: 31-38. En Barrón y Alvarado (2009). Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer. Cancerología, 04: 39-46

Ferrell, O Y Hirt, G. (2004). Introducción a los Negocios en un Mundo Cambiante. 4 ed. Editorial McGraw-Hill Interamericana: 121.

Flores, J. (2010). Enfermedad Renal Crónica: Epidemiología y Factores de Riesgo. Rev. Med. Clin. Condes. 21 (04): 502-507.

Francisco, A. (2007). Prevalencia de la Insuficiencia Renal en centros de atención primaria en España: Estudio EROCAP. Nefrología. España. 27 (03).

García, H. Calvanese, N. (2008). Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal. Revista psicológica y salud. 18 (01): 1109-1405

García, W. Rosales, T. Carillo, A. Villarreal, M. Delabro, M. (2012). Nivel de conocimientos teóricos que posee el paciente o cuidador sobre insuficiencia renal crónica terminal. Disponible en.

http://www.congreso enfermeriahcg.com/d_trabajos_libres/trabajos_libres_det_ail.cfm?sku_trabajos_libres=53 (accesado el 03/03/ 2013)

Goldberg, D. Bridges, K. Duncan, P. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. Br Med; 97: 897-899.

González, J. (2012). "Consejos para el Cuidado de la Fístula Arteriovenosa Interna". Valencia. Disponible en:

<http://pacienterenal.generalvalencia.san.gva.es/Lists/Entradas%20de%20blo g/Post.aspx?ID=30> (accesado el 12 de junio del 2012).

Goldman, L. (2002). Manual de medicina interna. 21 ed. Editorial Mac Graw Hill-Interamericana. México.

Harrison (2003). Principios de Medicina Interna. 15 ed. Editorial Mac Graw Hill Interamericana. México.

Hernández, R Y Cols., (2003). Metodología de la investigación. 3 ed. Editorial McGraw-Hill. México.

Hernando, L. (2009). Nefrología Clínica. 3 ed. Editorial medica panamericana. España. Pgs.: 801- 802.

Hospital Regional Docente De Trujillo (HRDT). (2012). Archivo estadístico del servicio de medicina B del HRDT. Trujillo- Perú.

Hurtado, A. Rojas, J. (2007). Enfermedad Renal Crónica Terminal y Factores de Riesgo en el Perú. Perú. Disponible en:

<http://cin2007.uninet.edu/es/trabajos/fulltext/104.pdf> (accesado el 01/03/2013)

Isla, N. Ramos, B. Aguilar, G. Garcia, L. (2006). Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con Enfermedad crónica. Revista del Instituto de enfermedades. Pgs: 58- 56. En GONZALEZ, U. Y REYES, A. (2012). Algunos aspectos del proceso que viven los cuidadores primarios de un enfermo crónico degenerativo. Revista electrónica de psicología Iztacala. México, 15 (02): 636-661.

Jarne, A. Talarn, A. Armayones, M. Requena, E. (2006). Psicología. 1 ed. Editorial UOC. Barcelona. Pg.: 119.

Lauwrence, M. (2004). Diagnostico clínico y tratamiento. 3 ed. Editorial El manual moderno. Colombia.

Lewis. Heitkemper. Dirksen. (2004). Enfermería medico quirúrgica. 6 ed. Vol 1 ed. Editorial Elsevier. España: 78.

Méndez, L. Giraldo, O. Aguirre, D. Lopera, F. (2010). Relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con demencia tipo alzheimer por mutacion e280a en presenilina1. Revista Chilena de Neuropsicología; 05 (02): 137- 145.

Mezzano, S. (2005). Enfermedad renal crónica: clasificación, mecanismos de progresión y estrategias de renoprotección. Revista Médica de Chile. 133 (3): 20-28.

Ministerio De Economía Y Finanzas (2013). Clasificador presupuestario- Clasificador de gastos. Perú. Disponible en:

http://www.mef.gob.pe/contenidos/archivosdescarga/Anexo2_Gastos_RD029_2012EF5001.pdf (accesado el 15 de junio del 2013)

MINSA. (2005). Módulo de atención integral en salud mental 6: Depresión. Editado por la Dirección general de promoción de la salud, Estrategia sanitaria nacional de salud mental y cultura de paz. Perú.

Ministerio De Salud De Chile (2005). Guía Clínica de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal. Primera edición. Santiago- Chile.

Montelongo, R. Lara, A. Morales, G. Villaseñor, S. (2005). Los trastornos de ansiedad. Revista digital universitaria. 06 (11): 02.

Montón, C. Pérez, M. Campos, R. (1993). Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. Aten Primaria; 12: 345-349.

Morales, P. Muñoz, R. Bravo, V. Montero, P. Olmos, R. (2000). Problemas de salud de los cuidadores de enfermos incapacitados. Centro de salud Totana Murcia. Pgs: 714-718. En BARRÓN Y ALVARADO (2009). Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer. Cancerología, 04: 39-46.

Moreno, B. Meda, R. Rodríguez, A. Palomera, A. Morales, M. (2005). El síndrome de burnout en una muestra de psicólogos mexicanos: prevalencia y factores socio demográficos. Disponible en:http://www.uv.mx/psicysalud/Psicysalud_16_1/16_1/BMoreno.html (accesado el 03/03/2013).

Olivan, B. Monton, C. Magallon, R. Lopez, Y.(2011). Plantadole cara a la depresión. 1 ed. Editorial Erasmus. Barcelona. Pg.: 49.

Otero, A. (2003). Epidemiología de la Enfermedad Renal Crónica en España”. Revista de Nefrología. España; 23 (6): 13-16.

Oms: Organización Mundial De La Salud. (2012). Prevención de suicidios en el mundo. Disponible en:

http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/ (accesado el 02.03.2013)

Parraga, M. (2005). ¿Y quién cuidada a los cuidadores?. Enfermería Global. México, 04 (01): 01- 06.

Potter, P. Perry, A.(2004). Fundamentos de enfermería. V I y II. 5 ed. Editorial Elsevier. España.

Ras, E. Bascuñana, B. Ferrando, C. Martínez, D. Puig, C. Campo, L. (2006). Repercusiones en el cuidador de los enfermos crónicos domiciliarios. Aten Primaria; 38:77-83.

Reyes, A. (2003). Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Disponible en:

www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/aymara.pdf (accesado 04/03/ 2013)

Reyes, A. Castañeda, V. (2006). Caracterización familiar de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_4_06/san05406.htm. (accesado el 01/03/2013).

Rivas, J. Ostiguin, R. (2012). Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teorico?. Revista enfermería universitaria ENEO- UNAM; 08 (01): 49- 54.

Rivera, A. Montero, M. Sandoval, R. (2012). Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. Revista salud mental; 35 (04).

Robles, L. (2007). La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos. Editorial universitaria. México: 47.

SAN, L. ARRANZ, B (2010). Comprender la depresión. Editorial Amat. Barcelona. Pg: 09.

Sierra, J. Ortega, V. Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Revista Mak-estar subjetividade. Brasil, 03 (01): 10-59.

Silva, L. Y Cols. (2004). Enfermeros: del consorcio sanitario. 1 ed. Vol. 2. Editorial Mad, S.L. España. Pg: 177.

Soriano, C. (2004). Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica: prevalencia, claves para el diagnóstico precoz, factores de riesgo de ERC. Nefrología. Volumen 24, número 6. España.

Sotillo, R. (2012). La ansiedad: claves para superarla. 1 ed. Editorial Corona Borealis. España: 09- 15.

Tejedor, A. De Las Cuevas, X. (2008). Cuidado paliativo en el paciente con enfermedad renal crónica avanzado (grado 5) no susceptible de tratamiento dialítico. Nefrología supl. 03: 129- 136.

Tizoc, A. Higuera, J. Uzita, M. Peraza, F. Medrano, S. Valdez, L. (2012). Nivel de habilidad del cuidador familiar en el cuidado a pacientes con enfermedad renal crónica del servicio de la UNEME del hospital general de Culiacán. RevMed UAS Nuevas épocas. México; 03 (02): 14- 22.

Trickett, S. (2009). Supera la ansiedad y la depresión. 5 ed. Editorial Hispano Europea. España: 15- 17.

Torres, A. (2007). Grado de sobrecarga en el cuidador de paciente con insuficiencia renal crónica. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Universidad Veracruzana. México.

Torres, I. Beltrán, F. Martínez, G. Zaldívar, A. Quesada, J. Cruz, L. (2006). Cuidar a un enfermo ¿pesa? Revista de divulgación científica y tecnológica de la Universidad de Veracruz; 14 (02).

Tugrul, M. Eren, I. Ozcankaya, R. Civi, I. Ertuk, J. Ozturk, M. (2003). Psychological symptoms are greater in caregivers of patients on hemodialysis than those of peritoneal dialysis. Hemodial Int;7(4):332-337.

Vademecum, (2002). Farmacología. 3 ed. Editorial Científica Propesa. Perú.

Vargas, J. Y Sánchez, C. (2012). Cuidadores primarios de enfermos crónicos: agotamiento compasivo. Centro Regional de Investigación en Psicología. 06 (01):13-18.

Wisniewski, S. Belle, S. Coon, D. Marcus, M. Ory, M. Burgio, L. (2003). The resources for enhancing Alzheimer's caregiver health (REACH): project design and baseline characteristics. Psychol Aging;18: 375-384.

VIII. - ANEXOS

ANEXO 1

DETERMINACION DE LA MUESTRA

$$n = \frac{NP(1 - P)}{N \left(\frac{E}{z}\right)^2 + P(1 - P)}$$

Donde:

N= Tamaño de la población muestral

z= Coeficiente de confiabilidad, asociado a un Nivel de Confianza 100(1- α)%

P= Proporción poblacional

E= Error máximo tolerado en la estimación del parámetro.

Cálculos:

Total de la población (N)	120
(Si la población es infinita, dejar la casilla en blanco)	
Nivel de confianza o seguridad (1- α)	95%
Error (E)	6,40%
Proporción (90%) Caso probable de ansiedad en muestra piloto	90%
(Si no tenemos dicha información p=0.5 que maximiza el tamaño muestral)	
Tamaño muestral (n)	50

ANEXO 2

CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL NIVEL DE INFORMACIÓN DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICO TERMINAL

Elaborado por Cotrina y Vértiz (2013)

Datos generales:

- Edad:.....
- Sexo: F..... M.....
- Ocupación:
- Parentesco:
- Estado civil:
- Enfermedad crónica que padece el paciente a su cargo:
Diabetes:..... Hipertensión:..... Otras:.....

INSTRUCCIONES: A continuación se te presenta una serie de preguntas de respuesta única, responde cada uno de ellas con la respuesta que consideres apropiada.

1. Sobre la enfermedad renal crónica terminal ¿Cuál es la afirmación correcta?:

- a) Es una enfermedad que afecta a los riñones y es curable.
- b) Es una enfermedad que afecta a los riñones haciéndolos dependientes del tratamiento de diálisis.
- c) Es una enfermedad de los riñones que solo se presenta en adultos mayores.
- d) Es una enfermedad que afecta a la columna causando mucho dolor

2. ¿Cuáles son causas de la enfermedad renal crónica terminal?:

- a) Diabetes, presión arterial alta, infección de vías urinarias repetitivas, quistes renales
- b) Infección intestinal, hepatitis, diabetes
- c) Gastritis, úlceras, quistes renales

d) Pancreatitis, tuberculosis, cálculos renales

3. ¿Qué signos y/o síntomas presenta el paciente con enfermedad renal crónica terminal?

a) Dolor de los riñones, mucha sed, palidez, piel rosácea

b) Tiene mucha hambre, dolor de piernas, caída de cabello, dolor de cabeza

c) Hinchazón de varias partes del cuerpo, náuseas, adormecimiento de miembros inferiores

d) Dolor de espalda intenso, dolor de cabeza, mucho apetito

4. ¿Cómo debe ser su alimentación del paciente con insuficiencia renal crónica?

a) Que coma de todo

b) Se recomienda un menor aporte de proteínas

c) Que coma menos de lo acostumbrado

d) Se recomienda comer todo tipo de frutas

5. Con respecto al tratamiento de hemodiálisis ¿Cuál es la afirmación correcta?:

a) Es un tratamiento que limpia la sangre de los productos de desecho y el líquido excesivo que el riñón no puede eliminar

b) Es el único tratamiento que sustituye la función del riñón

c) Es un método por el cual el paciente recupera la función de su riñón

d) Es un tratamiento fácil de realizarse el mismo

6. Cuando el paciente se dializa. ¿Cuál debe ser la ingesta de líquidos?

a) No debe sobrepasar los dos litros

b) Puede consumirse todo el líquido que desee

c) De preferencia ingerir líquido en varias tomas al día

d) Consumir de preferencia en jugos, sopas o refrescos

7. Los pacientes que reciben tratamiento antihipertensivo en hemodiálisis, deben:

- a) Tomar algún medicamento adicional
- b) Tomar sus medicamentos conforme lo indicado por el médico
- c) Tomar sus medicamentos interdiarios
- d) Evitar tomar sus medicamentos los fines de semana

8. Una dieta correcta para el paciente en tratamiento de hemodiálisis es:

- a) Aumenta la ingesta de proteínas
- b) Consumir todo tipo de alimentos
- c) El consumo de sal es normal
- d) Restricción de líquidos a menos de un litro por día

9. Son complicaciones comunes durante el tratamiento de hemodiálisis

- a) Presión baja, calambres y dolor de cabeza
- b) Nauseas, vómitos y dolor de los miembros inferiores
- c) Cansancio, mareos y convulsiones
- d) Calambres, cansancio y dolor de ojos

10. Con respecto a la fistula arteriovenosa, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es la correcta?

- a) Se coloca al momento de realizar la sesión de hemodiálisis
- b) Tiene un tiempo de vida máxima de 1 año
- c) Sustituye la función del riñón
- d) Permite un flujo adecuado de sangre para poder llevar a cabo la hemodiálisis

11. ¿Cuál de los siguientes cuidados debe seguir el paciente para con su fistula arteriovenosa:

- a) No levantar peso, mayor a 5 kg, con el brazo donde se encuentra su fistula arteriovenosa
- b) Usar ropa apretada y ceñida para proteger la fistula arteriovenosa

- c) Puede dejarse tomar muestras de sangre de su fistula arteriovenosa
- d) Usar cremas suavizantes en la piel por encima de la fistula arteriovenosa

12. Son cuidados del acceso vascular tipo catéter venoso central:

- a) Bañarse a diario sin importar mojar el catéter
- b) Cambiar a diario los apósitos del catéter
- c) No presionar la zona del catéter
- d) Realizar movimientos bruscos

13. Dentro de los cuidados encaminados al desarrollo, conservación y mantenimiento de la fistula arteriovenosa, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es la correcta?

- a) Mantener el brazo siempre extendido en forma descendente
- b) Dormir sobre el brazo de la fistula arterio-venosa
- c) Permitir que le midan la presión arterial en el brazo de la fistula arteriovenosa
- d) Realizar ejercicios para dilatar la fistula arteriovenosa usando una pelota de goma y haciendo compresiones cada 2 a 4 horas por 10 minutos aproximadamente

14. Es un signo que advierte que la fistula está fallando.

- a) Aumento de la intensidad del pulso
- b) Disminución de la vibración
- c) Hemorragia prolongada de la fistula luego de terminado el tratamiento
- d) Presencia de manchas rojizas alrededor de la fistula arteriovenosa

ANEXO 3

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG (EADG)

A.- SUBESCALA DE ANSIEDAD

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión? SI..... NO.....
 2. ¿Ha estado muy preocupado por algo? SI..... NO.....
 3. ¿Se ha sentido muy irritable? SI..... NO.....
 4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? SI..... NO.....
- (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)**
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir? SI..... NO.....
 6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca? SI..... NO.....
 7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? SI..... NO.....
 8. ¿Ha estado preocupado por su salud? SI..... NO.....
 9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?
SI...NO...

TOTAL ANSIEDAD= _____

B.- SUBESCALA DE DEPRESIÓN

1. ¿Se ha sentido con poca energía? SI..... NO.....
 2. ¿Ha perdido usted el interés por las cosas? SI..... NO.....
 3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo? SI..... NO.....
 4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? SI..... NO.....
- (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)**
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse? SI..... NO.....
 6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito) SI..... NO.....
 7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano? SI..... NO.....
 8. ¿Se ha sentido usted enlentecido? SI..... NO.....
 9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?
SI... NO...

TOTAL DEPRESIÓN= _____

ANEXO 4

**GUÍA DE EVALUACIÓN PARA LA VALIDEZ EXTERNA DEL INSTRUMENTO
DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

DEL EVALUADOR

- Nombre:.....
- Título:.....
- Especialidad:.....
- Maestría:.....
- Institución donde labora:.....
- Años de experiencia:.....

DEL INSTRUMENTO

- Título:.....
- El título del instrumento refleja en sus preguntas lo que pretende medir:
 - si..... no.....
- Las preguntas planteadas tienen relación clara y precisa con los aspectos teóricos a medir:
 - si..... no.....

- Sugiere algunas mejoras o cambios en los ítems, por favor especifique:
.....
.....
.....
.....
.....

- Sugiere según su experiencia y experticia alguna otra pregunta a bien considerar dentro del instrumento:
.....
.....
.....
.....

- En general que apreciación tiene respecto al instrumento evaluado, considera que cumple su principal objetivo?:
.....
.....
.....
.....

.....
Evaluador

ANEXO 5

CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL NIVEL DE INFORMACION DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL PACIENTE CON ERCT

CONFIABILIDAD:

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de ítems
,852	14

El valor de alfa de cronbach varía de 0 a 1, se espera que sea de al menos 0,70, lo que podemos afirmar que el instrumento es confiable.

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
p1	29,65	45,713	,682	,832
p2	29,40	46,147	,627	,835
p3	29,30	45,905	,698	,831
p4	29,50	49,947	,298	,855
p5	29,25	49,355	,461	,845
p6	28,90	46,305	,662	,833
p7	29,70	47,589	,609	,837
p8	29,30	48,116	,607	,838
p9	29,95	49,103	,512	,842
p10	28,55	56,787	-,251	,868
p11	29,25	44,513	,756	,827
p12	28,85	47,608	,657	,835
p13	29,35	49,924	,306	,854
p14	29,25	50,934	,232	,859

VALIDEZ DE CRITERIO:

EL Coeficiente de correlación intraclase nos sale CCI = 0,532 y un valor-p = 0,000 < 0,05

Por lo tanto podemos decir que el instrumento es válido de criterio.

ANEXO 6

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION DE GOLDBERG

A SUBESCALA DE ANSIEDAD

CONFIABILIDAD:

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de ítems
,778	9

El valor de alfa de cronbach varía de 0 a 1, se espera que sea de al menos 0,70, lo que podemos afirmar que el instrumento es confiable.

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
a1	4,76	5,084	,589	,744
a2	4,70	5,480	,446	,763
a3	5,10	5,071	,386	,769
a4	5,08	5,096	,375	,771
a5	4,96	4,774	,564	,741
a6	4,96	4,733	,586	,738
a7	5,24	5,533	,191	,796
a8	4,90	4,827	,572	,741
a9	5,10	4,745	,547	,743

VALIDEZ DE CRITERIO:

EL Coeficiente de correlación intraclase nos sale CCI = 0,749 y un valor-p = 0,000 < 0,05

Por lo tanto podemos decir que el instrumento es válido de criterio.

ANEXO 7

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION DE GOLDBERG

B SUBESCALA DEPRESION

CONFIABILIDAD:

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de items
,766	9

El valor de alfa de cronbach varía de 0 a 1, se espera que sea de al menos 0,70, lo que podemos afirmar que el instrumento es confiable.

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
d1	2,68	4,998	,354	,759
d2	3,12	5,332	,247	,771
d3	3,28	5,634	,257	,767
d4	3,04	4,896	,426	,747
d5	2,90	4,378	,646	,710
d6	2,86	4,653	,494	,737
d7	2,90	4,704	,473	,740
d8	2,96	4,611	,538	,729
d9	2,98	4,591	,557	,726

VALIDEZ DE CRITERIO:

EL Coeficiente de correlación intraclase nos sale CCI = 0,738 y un valor-p = 0,000 < 0,05

Por lo tanto podemos decir que el instrumento es válido de criterio.

ANEXO 8

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....
de..... Años de edad y con DNI N°..... Manifiesto que he sido informada (o) sobre la finalidad del trabajo y que ninguno de los procedimientos a utilizarse en la investigación pondrá en riesgo mi salud y bienestar. Además de haberseme aclarado que no haré ningún gasto, ni recibiré ninguna contribución económica por mi participación. He sido bien informada de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a anonimato y con las garantías de la ley 15/1999 del 13 de diciembre.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para participar en el presente Trabajo de Investigación: **“INFORMACIÓN, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL CUIDADOR PRIMARIO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICO TERMINAL”**, y cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

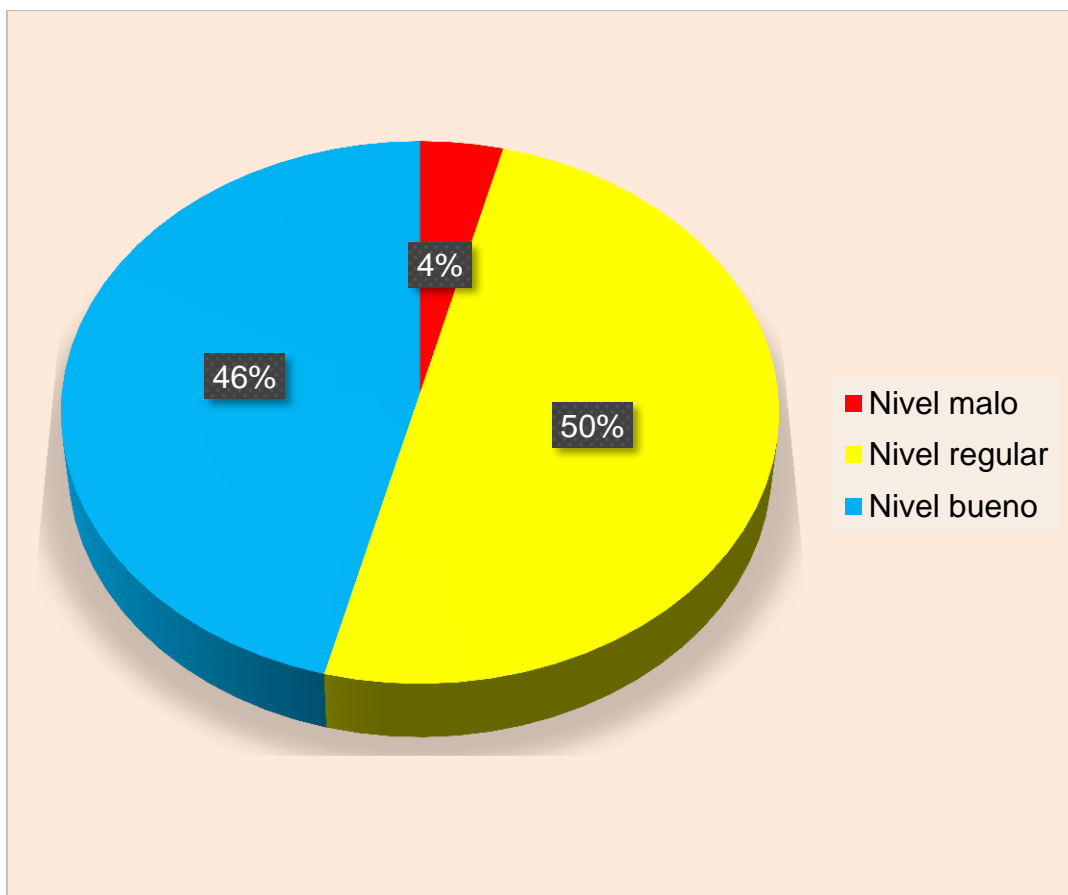
Trujillo,..... de..... del 2013..

Firma del Participante

ANEXO 9

GRAFICO N° 01

DISTRIBUCION DE 50 CUIDADORES PRIMARIOS SEGÚN SU NIVEL DE INFORMACION. Hospital Regional Docente de Trujillo, 2013.

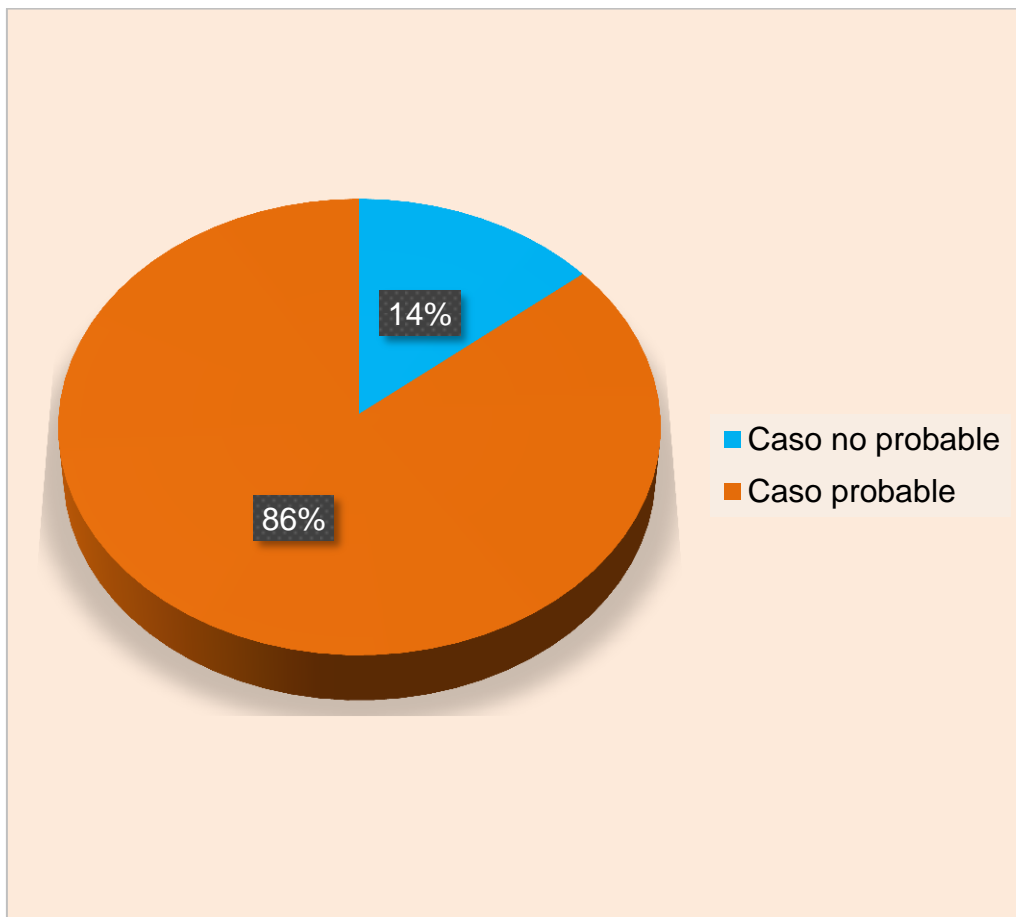


FUENTE: Datos provenientes de la Tabla N° 1

ANEXO 10

GRAFICO N° 02

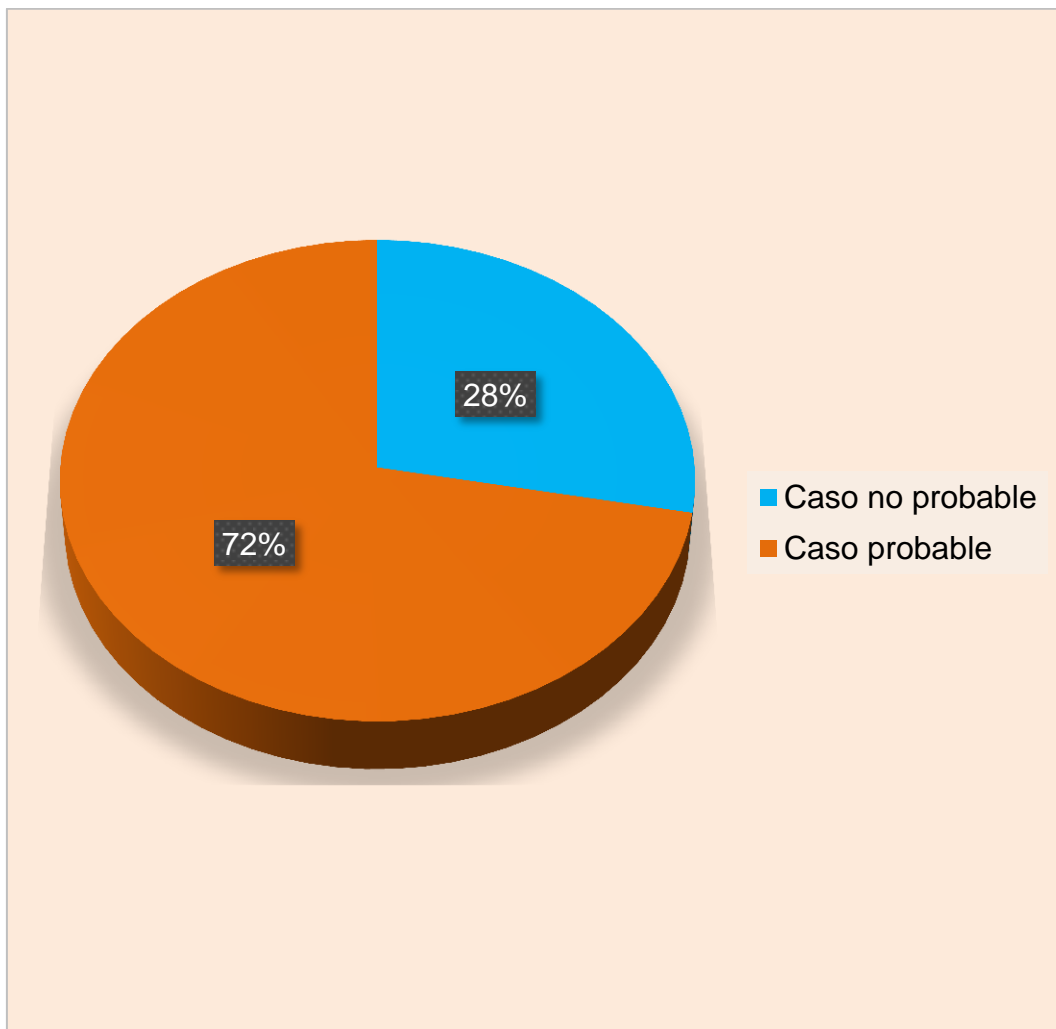
DISTRIBUCION DE 50 CUIDADORES PRIMARIOS SEGÚN LA DETECCION DE CASOS DE ANSIEDAD. Hospital Regional Docente de Trujillo, 2013.



FUENTE: Datos provenientes de la Tabla N° 2

ANEXO 11

GRAFICA N° 03
DISTRIBUCION DE 50 CUIDADORES PRIMARIOS SEGÚN LA
IDENTIFICACION DE CASOS DE DEPRESION. Hospital Regional Docente
de Trujillo, 2013.

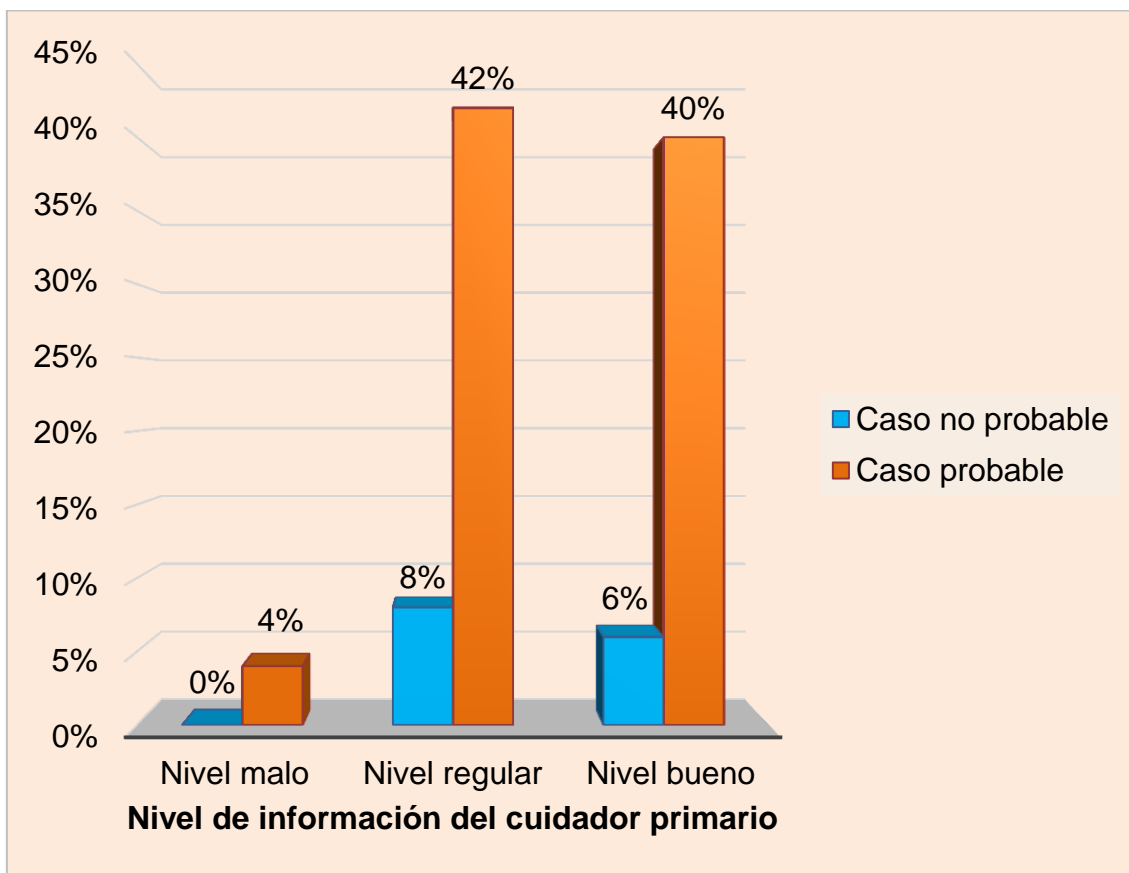


FUENTE: Datos provenientes de la Tabla N° 3

ANEXO 12

GRAFICA N° 04

ANSIEDAD SEGÚN EL NIVEL DE INFORMACION DE 50 CUIDADORES PRIMARIOS DEL PACIENTE CON ERCT. Hospital Regional Docente de Trujillo, 2013.

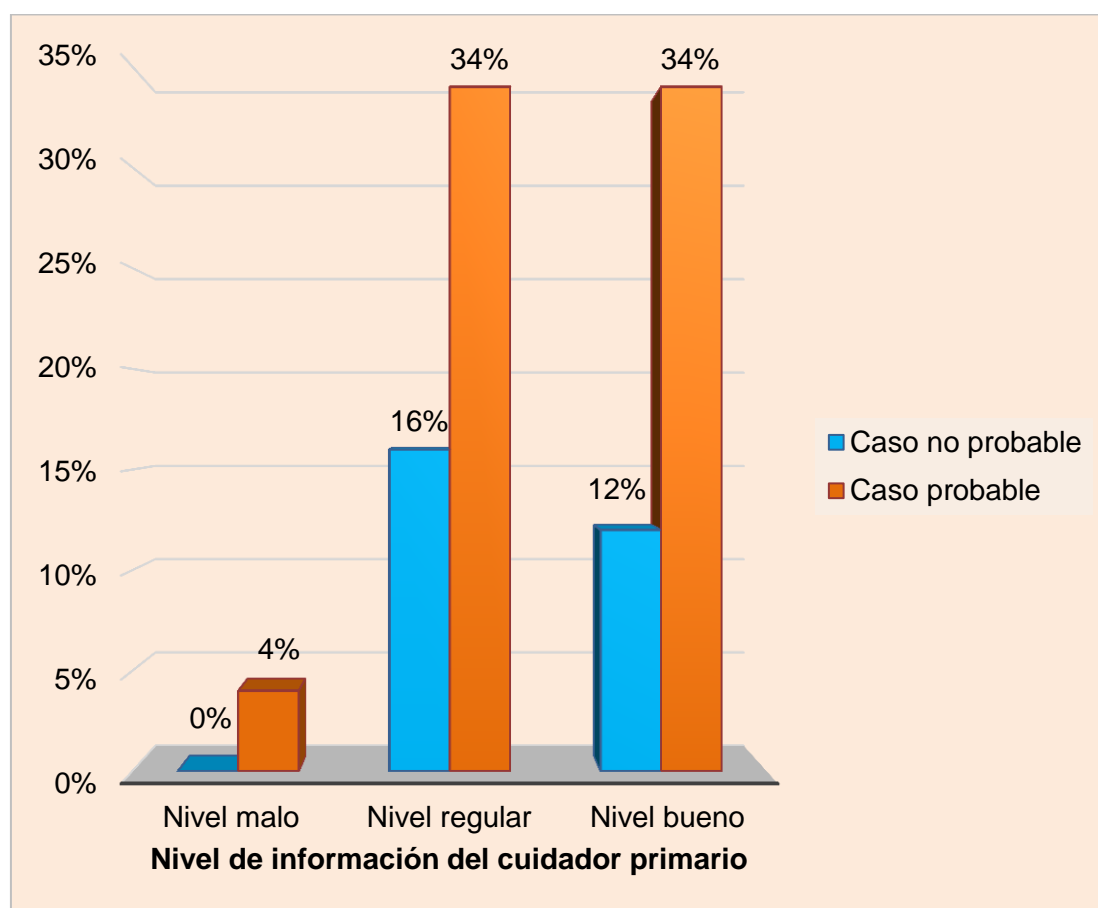


FUENTE: Datos provenientes de la Tabla N° 4

ANEXO 13

GRAFICA N° 05

DEPRESION SEGÚN EL NIVEL DE INFORMACION DE 50 CUIDADORES PRIMARIOS DEL PACIENTE CON ERCT. Hospital Regional Docente de Trujillo, 2013.



FUENTE: Datos provenientes de la Tabla N° 5

ANEXO 14

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA

CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO DE INVESTIGACIÓN

Yo NANCY ESMERALDA ARTEAGA LUJAN, Docente del Departamento de Enfermería en Salud del Adulto y Anciano de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo, identificada con Código N°5647 mediante la presente hago constar mi participación como asesora en la elaboración del Trabajo de Investigación: **“INFORMACIÓN, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL CUIDADOR PRIMARIO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICO TERMINAL”**. Servicio de Medicina “B” del Hospital Regional Docente de Trujillo. 2013, presentado por las Bachilleres en enfermería:

- Br. Lesly Katheryn Cotrina Morales
- Br. Deysi Amanda Vértiz Huertas

Se expide el presente documento a solicitud de las interesadas para los fines que estimen convenientes.

Trujillo, Octubre del 2013

Dra. NANCY ESMERALDA ARTEAGA LUJAN
Doc. Facultad de Enfermería
Código N°5647