

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



"NIVEL DE DEPENDENCIA EN PACIENTES HEMODIALIZADOS Y EL GRADO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR FAMILIAR. CLÍNICA DEL RIÑÓN SANTA LUCIA.

NUEVO CHIMBOTE, 2016"

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TESISTAS:

- Bach Enf. CASTILLO SIFUENTES, Cynthia Paola
- Bach Enf. LARA MANRIQUE, Danitza Lisbeth

ASESORA:

- Ms. RODRÍGUEZ BARRETO YOLANDA MICAELA

CO-ASESORA:

- Lic. GALLARDO JERI LIVIA

NUEVO CHIMBOTE – PERÚ

2016

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



REVISADO Y Vº "B" DE:

Mg. RODRIGUEZ BARRETO, Yolanda

Asesora

Lic. GALLARDO JERI Livia

Co-Asesora

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



REVISADO Y Vº "B" DE:

Dr. PONCE LOZA, Juan Miguel

Presidenta

Ms. FALLA JUAREZ, Luz

Secretaria

Ms. RODRIGUEZ BARRETO, Yolanda

Integrante

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a DIOS primero, porque nos dio el don de la perseverancia para alcanzar nuestras metas y por permitirnos haber llegado a este momento que hemos esperado desde que iniciamos la carrera.

A nuestra alma mater UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA, en especial a la, Escuela Académico Profesional De Enfermería que nos abrió sus puertas para ser mejores personas y buenos profesionales.

A nuestros docentes, quienes nos orientaron en nuestro crecimiento y formación académica y quienes con el pasar de los años se convirtieron en un ejemplo a seguir.

A nuestra asesora Ms. Yolanda Micaela Rodríguez Barreto, Y Co-Asesora Lic. Livia Gallardo Jeri por su orientación y apoyo incondicional en todo momento que fue fundamental para el desarrollo del presente trabajo de investigación.

A los familiares de los pacientes adultos mayores, de la Clínica Del Riñón Santa Lucia, por su colaboración para la realización de nuestro estudio.

DANITZA Y CYNTHIA

DEDICATORIA

*A **Dios** Ante todas las cosas, porque ha sido, es y será mi guía, gracias por acompañarme siempre en todo momento y cuidar a mi familia en horas de ausencia.*

*A mis padres, **Guilmert** y **Celedonia**, por ser mi fortaleza, mi orgullo y lo máspreciado que tengo en la vida, por todo su amor, confianza, comprensión y apoyo incondicional.*

*A mis hermanos, **Roxana**, **Adolfo**, **Guilmert** y **Sergio** por su ayuda incondicional, por su confianza depositada en mí, y por sus consejos que me ayudan a ser mejor cada día.*

*A **Adolfo**, por creer siempre en mí, por los años de esfuerzo, por nunca dejar de brindarme su apoyo, enseñarme a ser mejor ser humano y mostrarme su gran amor.*

*A mis amigas **Arelis**, **Esthefani**, **Carolina**, **Sharon** y especialmente **Danitza** por mostrarme el valor de amistad incondicional y haber compartido momentos importantes en mi vida.*

Castillo Sifuentes Cynthia Paola

DEDICATORIA

*A **Dios** porque ha estado conmigo en cada paso que doy, guiándome, cuidándome y dándome fortaleza para continuar.*

*A mis padres, **Dario y Regina** pilares en mi vida, quienes han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba. Es por ellos que soy lo que soy ahora. Los amo con mi vida.*

*A mis hermanos **Smith, Jhonatan** por su apoyo, y muy especialmente a mi hermana **Edelin** por estar conmigo siempre en las buenas y en las malas y compartir cada momento de mi vida.*

*A mi amiga y compañera **Paola, Yesenia y Cynthia**, por compartir momentos gratos en nuestra vida estudiantil y por su apoyo para la realización del presente trabajo de investigación.*

A mi familia por siempre brindarme su fuerza y apoyo sentimental.

Lara Manrique Danitza Lisbeth

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
RESUMEN	01
ABSTRACT	02
I. INTRODUCCIÓN	03
II. MARCO TEÓRICO	15
III. METODOLOGÍA	27
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. RESULTADOS	39
4.2. ANÁLISIS Y DISCUSION	45
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. CONCLUSIONES	51
5.2. RECOMENDACIONES	52
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS	64

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág
TABLA Nro. 01: GRADO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR FAMILIAR EN PACIENTES HEMODIALIZADOS. CLÍNICA DEL RIÑÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2016.	39
TABLA Nro. 02: NIVEL DE DEPENDENCIA EN PACIENTES HEMODIALIZADOS. CLÍNICA DEL RIÑÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2016.	41
TABLA Nro. 03: NIVEL DE DEPENDENCIA EN PACIENTES HEMODIALIZADOS Y GRADO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR FAMILIAR. CLÍNICA DEL RIÑÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2016.	43

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág
FIGURA Nro. 01: GRADO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR FAMILIAR EN PACIENTES HEMODIALIZADOS. CLÍNICA DEL RIÑÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2016.	40
FIGURA Nro. 02: NIVEL DE DEPENDENCIA EN PACIENTES HEMODIALIZADOS. CLÍNICA DEL RIÑÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2016.	42
FIGURA Nro. 03: NIVEL DE DEPENDENCIA EN PACIENTES HEMODIALIZADOS Y GRADO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR FAMILIAR. CLÍNICA DEL RIÑÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2016.	44

RESUMEN

El presente proyecto de investigación es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal, tiene como objetivo general conocer la relación entre el nivel de dependencia en pacientes hemodializados y grado de sobrecarga del cuidador familiar.

La población estuvo constituida por 38 cuidadores-familiares de pacientes adultos mayores hemodializados, atendidos durante el periodo de mayo 2016 en la Clínica del Riñón Santa Lucia. Nuevo Chimbote, y que cumplieron con los criterios de inclusión. Para la recolección de datos se utilizó como instrumentos: La escala de sobrecarga del cuidador y la escala de nivel de dependencia. El procesamiento y análisis de los datos se realizará empleando el software especializado SPSS versión 21.

Palabras claves: Nivel de dependencia, sobrecarga, cuidador familiar.

ABSTRACT

This research project is descriptive correlational cross-sectional general objective is to know the relationship between the level of dependence on hemodialysis patients and degree of caregiver overload families.

The population consists of 38 caregivers-families elderly patients undergoing hemodialysis, served during the period May 2016 Kidney Clinic Santa Lucia. New Chimbote. And who met the inclusion criteria. For data collection was used as instruments:

The scale of caregiver burden scale and level of dependence. Processing and data analysis should be performed using specialized software SPSS version 21.

Key words: Level of dependence, overload, family caregiver.

I. INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema creciente a nivel mundial que afecta la vida y salud de millones de personas, sobre todo en países de bajos y medianos ingresos, debido al rápido aumento de su prevalencia, elevados costos de tratamiento y alta frecuencia de complicaciones; estos factores hacen que la ERC sea un importante foco de atención para los planificadores de la salud, tanto en los países desarrollados y en los países en desarrollo. (1)

Se define a la enfermedad renal como las anormalidades estructurales del riñón que afecta su función normal y por consiguiente la salud de una persona dando como consecuencia una variada presentación clínica, en parte relacionada a su causa y su tasa de progresión, éste concepto es muy importante ya que el reconocimiento de la ERC tiene un gran impacto en la salud del individuo y en el tipo de cuidado que se va a prever. Los síntomas de la ERC son generalmente debidos al deterioro de la función renal y cuando son severos pueden ser tratados solo por diálisis y trasplante. (2)

Debido a la incidencia de personas con insuficiencia renal crónica (IRC), cada vez es mayor la necesidad de recurrir a ciertos procedimientos como el de la hemodiálisis, dado que es un procedimiento que sustituye en parte la función de los riñones y permite la supervivencia de los mismos. El problema que representa en la actualidad esta enfermedad renal repercute en la situación tanto personal como familiar. (3)

En todo el país, alrededor de diez mil asegurados reciben tratamiento para combatir los estragos que la IRC les ocasiona, por ello esta enfermedad es un problema de salud pública a nivel mundial, EsSalud atiende al 95% de pacientes con este diagnóstico en 48 centros establecidos en Lima, Piura, Chiclayo, Trujillo, Cuzco, Tacna, Arequipa e Ica, si consideramos que un paciente se debe hemodializar 13 veces al mes, este centro realiza cada año un promedio de 75 mil sesiones de hemodiálisis sólo en Lima. (4)

Tomando en cuenta la población cubierta por el Seguro Integral de Salud (SIS) del MINSA 2013, extrapolar los resultados del NAHNES (Escuela Nacional de Examen de Salud y Nutrición) para el Perú, se estima que existirían 9490 pacientes con ERC en estadio 5 y sólo aproximadamente 1500 pacientes en estadio 5 o fase terminal estarían recibiendo alguna Terapia de Reemplazo Renal (TRR) siendo la brecha estimada de 7990 pacientes que no tienen acceso a cualquier modalidad de terapia dialítica. (5)

Se estima que en Perú para el año 2014 habrá de 200 a 300 mil personas portadoras de IRC. La Sociedad Peruana de Nefrología (SPN) informó que el 40% de los casos de IRC que hay en el país se debe a la diabetes y afecta a uno de cada 10 adultos, los pacientes atendidos presentan las siguiente característica: edad promedio $56.7 \% \pm 40$ años. (6)

En el año 2015 existió una prevalencia de Insuficiencia Renal Crónica de 244.04 por millón de personas y la hemodiálisis es la modalidad más utilizada con una prevalencia de 167.36 personas por millón (68.6%), la incidencia de la

enfermedad renal crónica está en aumento, y hay 4,000 personas que necesitan un trasplante de riñón. (7)

Así, sólo la seguridad social, que comprende al 20% de la población, tiene cobertura en gran parte del país para hemodiálisis y cubre los costos derivados de ésta, el 80% restante pertenece al Ministerio de salud, en donde sólo algunos hospitales de Lima tienen infraestructura para diálisis (cuyo costo económico es asumido por el paciente), quedando el resto del país sin este servicio. (8)

Según la evolución de la enfermedad de pacientes con Enfermedad Renal Crónica en los estadios tres, cuatro, y cinco de la enfermedad, se comprobó que en estos estadios hay manifestaciones patológicas de ansiedad, depresión, ira y frustración que forman parte del cuadro clínico de la enfermedad y que se vinculan con las características de la etapa de la enfermedad que transitan. (9)

Sólo aproximadamente 1500 pacientes en estadio 5 o fase terminal estarían recibiendo alguna Terapia de Reemplazo Renal (TRR) siendo la brecha estimada de 7990 pacientes que no tienen acceso a cualquier modalidad de terapia dialítica. (10)

En el año 2011 el 69% de nuevos pacientes en HD fueron atendidos en Lima y el 31% en provincias. Más del 50% de los pacientes en diálisis son mayores de 60 años. (11)

Los pacientes en tratamiento con hemodiálisis y la persona encargada de su cuidado enfrentan el reto de realizar esfuerzos adaptativos que implican

cambios radicales en su estilo de vida; ambos sienten que no volverán a ser y a vivir como lo hacían antes de que empezara la enfermedad.

La salud del cuidador familiar se ve afectado en todas sus dimensiones: biológico, emocional, social y espiritual. (12)

Desde la perspectiva psicosocial, para el cuidador familiar se genera un intenso trabajo para salir de la crisis utilizando una serie de recursos que no siempre conducen al paciente a participar activamente en el desarrollo de procesos adaptativos, de plena adherencia y tolerancia al tratamiento hemodialítico. (13)

La evaluación de los factores personales y familiares del cuidador familiar, el paciente y la relación que guarda con la tolerancia observada en el paciente a la alternativa de sustitución renal, es de suma importancia porque corresponde a las fortalezas que posee para afrontar estos cambios. (14)

En medida en que el paciente con IRC es capaz de cubrir sus necesidades básicas por sí mismo resultará una persona independiente o dependiente del cuidador familiar. (15)

Actualmente en la Clínica del Riñón Santa Lucía, Nuevo Chimbote 2016, se atienden 60 pacientes, que cuentan con servicio de EsSalud, quienes reciben el tratamiento de hemodiálisis 3 veces por semana, de los cuales 38 pacientes son adultos mayores; y acuden acompañados de su cuidador familiar. (16)

Entre los estudios que sustentan la presente investigación se encontraron los siguientes:

En el ámbito internacional se reportan las siguientes investigaciones:

En México, Bello Pineda J. (2014) y su estudio “Sobrecarga del cuidador primario de pacientes con enfermedades crónico degenerativas” se entrevistaron a 281 cuidadores de los cuales el 79% eran mujeres, con una edad promedio de 48 años de edad, 57% eran casadas, 58% hijas del paciente cuidado, el 47% como empleados y el 79% presentaba alguna patología siendo las principales la obesidad, hipertensión arterial y Diabetes; y el 59% tenía de 1 a 3 años ejerciendo la función de cuidador. En cuanto a los pacientes estos eran el 69% mujeres, el 43% contaba con 3 o más patologías siendo las principales Hipertensión, Diabetes y Osteoartritis. El 52% de cuidadores presentaron algún grado de sobrecarga de acuerdo a la escala de Zarit y el 88% de los pacientes presentó algún grado de dependencia de moderada a severa. Se relacionó el grado de sobrecarga del cuidador con el grado de dependencia ($P: 0.00$), la sobrecarga con el tiempo de ejercer como cuidador ($p= 0.019$) y con los patológicos del cuidador ($p= 0.010$). (17)

En Madrid, Contreras Gallego A. y Otros (2014) presentaron el estudio “Análisis de la relación entre nivel de dependencia del paciente en hemodiálisis y sobrecarga del cuidador principal”. El nivel de dependencia encontrado es similar al encontrado en la mayoría de las series estudiadas. La evidencia muestra que la sobrecarga del cuidador está relacionada con la severidad de la dependencia del paciente. (18)

En España, López M y Otros (2014) en su estudio “Valoración de las necesidades de cuidados del paciente durante la hemodiálisis y su relación con el grado de dependencia” sugieren que a mayor grado de dependencia, mayor

necesidad de cuidados, de igual manera, a más edad y mayor índice de comorbilidad, más necesidad de cuidados de enfermería durante la sesión de hemodiálisis. (19)

En Sao Paulo- Brasil, Belasco A. y Sesso R. (2001) en su estudio: “Análisis de la calidad de vida de los usuarios de hemodiálisis” con una población 100 pacientes en tratamiento con hemodiálisis y sus respectivos cuidadores primarios, evaluaron la calidad de vida, características clínicas y socio demográficos asociada a la sobrecarga de los cuidadores. Encontraron mayor sobrecarga en el sexo femenino, especialmente en las esposas de los pacientes. El análisis de regresión múltiple mostró que el estado de salud mental es el factor independiente más asociado a la sobrecarga del cuidador. (20)

En el ámbito nacional se reportan las siguientes investigaciones:

En Lambayeque, Villalobos D. y López A. (2012) presentaron la investigación “Asociación entre calidad de vida y nivel de sobrecarga del cuidador primario de paciente con enfermedad renal crónica estadio 5 en tratamiento con hemodiálisis”, en los 204 cuidadores primarios de pacientes estudiados predominó el sexo femenino (87,3%) y el lugar de procedencia más frecuente fue Chiclayo (65,7%), seguido de Ferreñafe (14,2%). El nivel de sobrecarga intensa estuvo presente en el 47,1% de la muestra, y el 22,1% no presentaron sobrecarga. Predominó el nivel de dependencia leve con el 45,1%. (21)

En Trujillo, Sánchez J. (2014) en su trabajo “Calidad de vida en la familia de los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis” la calidad de vida del

cuidador de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Hemodiálisis en el Hospital Jorge Reátegui Delgado - EsSalud Piura en el periodo Diciembre 2013 - Febrero 2014, no es saludable. Existen diferencias significativas en el rol emocional entre las personas del sexo masculino y femenino con Insuficiencia Renal Crónica en Hemodiálisis en el Hospital Jorge Reátegui Delgado - EsSalud Piura en el periodo diciembre 2013 - febrero 2014. (22)

En Lima, Paredes H. (2005) en su investigación “Afrontamiento y soporte social en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal” reportó que la mayoría de los participantes indicó más frecuencia la existencia de un soporte social. Se identificaron diferencias significativas en el estilo y las estrategias de afrontamiento y en los índices y las funciones del soporte social según las variables sociodemográficas de sexo, lugar de procedencia, lugar de residencia, cambio de tratamiento, comorbilidad y tiempo de diagnóstico. El estilo de afrontamiento enfocado en la emoción fue el estilo más utilizado por la mayoría de los participantes de la investigación. Las estrategias de planificación, aceptación, reinterpretación positiva y crecimiento y acudir a la religión fueron descritas como las estrategias de mayor uso por los participantes. (23)

En el ámbito local se reportan las siguientes investigaciones:

En Nuevo Chimbote, Castro R y Huanca Y. (2008) Presentaron su estudio: “Relación entre el nivel de conocimiento y nivel de estrés del cuidador familiar de pacientes en hemodiálisis, Hospital III EsSalud Chimbote 2007”, los cuidadores familiares de pacientes en hemodiálisis del Hospital III EsSalud presentan un nivel de estrés moderado con un porcentaje de 41.25 %, el 36.25

% presentan un nivel de estrés severo, y el 22.5 % presentan un nivel de estrés leve. Además un 66.6 % de los cuidadores familiares de pacientes en hemodiálisis del Hospital III EsSalud obtuvieron un conocimiento regular, presentando estrés moderado; seguido de los cuidadores familiares con 51.7 % que presentaron un conocimiento deficiente, con estrés severo; y, el 50.0 % de los cuidadores familiares con un conocimiento bueno, presentaron estrés leve. Se encontró que el nivel de conocimiento del cuidador familiar de los pacientes en hemodiálisis guarda relación estadística significativa con el nivel de estrés ($p < 0.05$). (24)

En Chimbote, Medrano A. (2012) presentó su estudio “Rol del profesional de enfermería y grado de dependencia de los pacientes en hemodiálisis Chimbote 2012” existe una elevada prevalencia de dependencia de los pacientes en hemodialisis hospitalaria. El 50% tiene algún grado de dependencia en aspectos como la movilización, deambulación y desplazamiento, implica un aumento en las cargas de trabajo de enfermería en cuanto al manejo diario de los pacientes. Un 70% de los pacientes precisa que mayores cuidados de enfermería está relacionado con la alta prevalencia de catéteres venosos centrales que existe en la unidad, junto con la prevalencia de curas (úlceras, fístulas fallidas, heridas quirúrgicas) y el alto índice de comorbilidad. (25)

Por lo tanto es necesario investigar con el propósito de demostrar la efectividad que favorezca el mejoramiento de la calidad de vida de las personas, planteando la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación entre el nivel de dependencia en pacientes hemodializados y el grado de sobrecarga del cuidador familiar. Clínica del Riñón. Santa Lucia Nuevo Chimbote, 2016?

1.1. OBJETIVOS

1.1.1. OBJETIVO GENERAL:

- ❖ Conocer la relación entre nivel de dependencia en pacientes hemodializados y grado de sobrecarga del cuidador supervisor. Clínica del Riñón. Santa Lucia, Nuevo Chimbote, 2016.

1.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar el grado de sobrecarga del cuidador supervisor en pacientes hemodializados. Clínica del Riñón. Nuevo Chimbote, 2016.
- Identificar el nivel de dependencia en pacientes hemodializados. Clínica del Riñón. Nuevo Chimbote, 2016.
- Determinar la relación entre nivel de dependencia en pacientes hemodializados y grado de sobrecarga del cuidador supervisor. Clínica del Riñón. Nuevo Chimbote, 2016.

1.2. HIPOTESIS

Hi = Existe relación significativa entre grado de sobrecarga del cuidador supervisor y el nivel de dependencia en pacientes hemodializados.

Ho = No existe relación significativa entre grado de sobrecarga del cuidador supervisor y el nivel de dependencia en pacientes hemodializados.

El presente estudio de investigación proporcionará información a los futuros profesionales de enfermería y personal de salud, para contribuir en el mejoramiento de la atención en el cuidado de enfermería, así mismo en la salud del cuidador familiar de pacientes hemodializados. También porque el desempeño del personal de enfermería permite llevar a tomar medidas correctas tanto administrativas como asistenciales que garanticen calidad de vida del paciente con hemodiálisis y su cuidador familiar.

A los profesionales de salud, particularmente de la Clínica Del Riñón Santa Lucía Nuevo Chimbote, porque les permitirá conocer sus fortalezas y debilidades en el cuidado asistencial que brinda al cuidador familiar de los pacientes hemodializados según el nivel de dependencia, con la finalidad de lograr un cuidado integral y la satisfacción de la persona cuidadora, fomentando actitudes que favorezcan el incremento de conocimiento del cuidado de los pacientes hemodializados a través de programas promocionales que ayuden a llevar una mejor calidad de vida en su entorno familiar de acuerdo a su realidad socioeconómico y cultural.

Este trabajo es importante para la ciencia porque se evidencia la importancia de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades a través del cuidado integral de la persona, familia y comunidad, para la formación de hábitos que apunten a la conservación de una buena salud empleando estrategias metodológicas en las actividades educativas.

A las instituciones formadoras de profesionales de enfermería que servirá como una base bibliográfica para continuar investigando sobre el tema, garantizando una formación con capacidad científica, tecnológica y humanística. Además permitirá ampliar y fortalecer los contenidos relacionados a la promoción de la salud en la familia de pacientes hemodializados, particularmente sobre su rol como cuidador, contribuyendo a una formación académica integral. Así mismo los resultados podrán ser tomados en cuenta como base para elaborar estudios que permitan ampliar conocimientos, planteando nuevas soluciones con alternativas innovadoras.

Para la escuela académica profesional de enfermería servirá como fuente bibliográfica y/o de referencia para el desarrollo de futuros trabajos de investigación, así mismo sirva para futuros profesionales de enfermería permitiéndoles innovar, y mejorar cada uno de los cuidados a través de estrategias de intervención donde se logre la sensibilización y el involucramiento en la problemática que afecta a la persona cuidadora de pacientes con hemodiálisis y su grado de dependencia.

Para la comunidad, es de importancia el conocimiento de su realidad, porque permitirá tomar conciencia de la problemática y buscaran los medios para mejorar la actitud de las familias, y por qué no de la comunidad, a la persona encargada del cuidado de pacientes en hemodiálisis.

II. MARCO TEÓRICO

El presente trabajo de investigación se sustenta en la Metodología del Enfoque De Riesgo.

Backett (1984), menciona que el potencial del enfoque de riesgo consiste en fijar metas orientadas a identificar los factores conducentes a resultados indeseados, medir la asociación entre estos factores y los resultados para planear las acciones de intervención en la reducción de los daños, éstas intervenciones se orientan por un lado a la generalidad de la población que puede ser afectada, pero en particular, se focalizan en aquellas que están más expuestas. (26)

El enfoque de riesgo es un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos de población específicos ayuda a determinar prioridades de salud y es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud, intenta mejorar la atención para todos, pero prestando mayor atención a aquellos que más la requieran. (27)

El enfoque de riesgo, conforme a su definición como categoría por la Organización Mundial de la Salud es: El método clínico-epidemiológico de abordaje del riesgo, los factores de riesgo y la condición de riesgo individual o colectiva, mediante el cual los servicios de salud pública planifican y ejecutan las acciones pertinentes para modificarlos o eliminarlos en las personas, familias y comunidades. (28)

La finalidad del enfoque de riesgo, como método que se emplea para medir las necesidades de atención, es la acción sobre la población en general o en forma

específica en los grupos de riesgo, orientado a controlar los factores de riesgo conocidos y vulnerables en un intento por disminuir la morbilidad y la mortalidad (29).

La Declaración De Alma Ata en (1978), defendió la importancia de diversos valores como la justicia social, el derecho de todos a la salud, la participación social y la solidaridad. La OMS (2008) recoge este reto y trata de defender tanto al enfermo como al cuidador, para conseguir el mayor grado de calidad de vida de cada uno de ellos, este trabajo pretende poner de manifiesto la realidad de cuál es el grado de existencia de sobrecarga y su consecuencias entre los cuidadores familiares de pacientes enfermos crónicos, lo que debe generar el desarrollo de políticas públicas que permitan a ambos colectivos alcanzar el mayor nivel de calidad de vida posible.

De hecho, los familiares cuidadores de pacientes en hemodialisis pueden desarrollar altos niveles de ansiedad, estrés y depresión (Schulz y Williamson, Cluff y Binstock, 2001). (30)

Un **factor de riesgo** es una característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud. Al mismo tiempo, los factores de riesgo pueden ser tanto indicadores de riesgo como causas reales de daños a la salud para desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido. (27)

Los factores de riesgo pueden clasificarse en aquellos que pueden ser modificados, y aquellos que no podrán ser modificados en que la causalidad está limitada a las características del mismo, determinada como la dependencia o independencia de pacientes hemodializados para ejercer alguna

actividad básicas de la vida diaria (Comer, vestirse, trasladarse, etc) el cual podrá convertirse en un factor protector o de riesgo. (31)

La población mundial envejece aceleradamente y entre sus causas fundamentales está la disminución de la mortalidad, lo que ha traído como consecuencia una mayor esperanza de vida, y cada vez más numeroso un grupo de personas mayores de 60 años. Se conoce que todavía, con el aumento de la esperanza de vida, aumenta el número de enfermedades, principalmente las enfermedades crónicas más el aumento considerable de la vulnerabilidad física, social y psicológica asociada al envejecimiento, hace a este grupo de edad, más susceptible de enfermar convirtiéndola en una persona dependiente ya sea leve o moderada según el grado de incapacidad.

Es poco común encontrar a una persona mayor que no padezca, al menos una enfermedad crónica. Pero lo más importante, no es la presencia de alguna enfermedad sino las limitaciones que produzcan la misma, quiere decir que cuando un paciente adulto mayor se encuentra en hemodiálisis lo más relevante no es el diagnóstico de la enfermedad, sino en cuanto lo limita para mantener su autonomía o independencia funcional o sea, en conservar la capacidad para realizar sus actividades de la vida diaria por sí mismo, es decir la independencia como persona, a un nivel de dependencia grave y total lo cual presenta la imposibilidad de desempeñar sus tareas, esto depende también de diferentes factores sociales, psicológicos, económicos, físicos y ambientales; que provocan que una misma enfermedad lleve a la dependencia.

En la actualidad el cuidado de pacientes adultos mayores en hemodialisis impone un cambio en los roles de la familia ya que no sólo se sustituye a la

persona que llevaba a cabo una serie de tareas dentro del hogar y que por su mala situación de salud no puede realizar, sino que además es necesario encontrar dentro de ella, personas que asuman el cuidado del anciano, que son los llamados "cuidadores familiares". ¿Quiénes son los cuidadores familiares? El cuidador familiar es la persona que asume la mayor parte de las tareas relacionadas con el cuidado del paciente adulto mayor en hemodiálisis y que permite la satisfacción de sus necesidades materiales y emocionales. (32)

En los últimos 20 años el cuidado informal de personas mayores dependientes o aquel que no es llevado a cabo por un profesional de la salud, ni es remunerado y mayoritariamente realizado por familiares, se ha convertido en un tema de especial relevancia, tanto desde un punto de vista social como clínico.

Casado Y López (2001), afirman que debido esencialmente al envejecimiento de la población y al incremento de enfermedades degenerativas, cada vez hay más cuidadores familiares que ocupan esta posición durante más tiempo.

Cuando alguien enferma o presenta algún tipo de dependencia, dentro del sistema del paciente hay un cuidador familiar que asume las tareas de cuidado básicas, con las responsabilidades que ello acarrea, que es percibido por los miembros de la familia como el responsable de asumir el cuidado del enfermo, sin que generalmente haya llegado a desempeñar ese papel por un acuerdo explícito de la familia, y que no percibe una remuneración económica por sus tareas.

Dwyer, Lee Y Jankowski (1994), definen al cuidador familiar como la persona que dedica una gran parte de su tiempo medido en número de horas al día, al

cuidado del paciente y que ha realizado las tareas de cuidado durante un mínimo de 6 semanas.

En función de la naturaleza del problema, cuidar puede requerir una pequeña cantidad de trabajo o una gran tarea, puede ser algo breve o que no se sabe cuándo va a finalizar.

Alonso (2002), menciona que cuando es una gran tarea o se prolonga durante mucho tiempo, puede ser una rutina diaria que ocupa gran parte de los recursos y de las energías del cuidador familiar, de hecho, la vida del cuidador en la mayoría de las ocasiones se organiza en función del paciente en hemodialisis, y los cuidados atencionales tienen que hacerse compatibles con las actividades de la vida cotidiana. Incluso en ocasiones, especialmente en las enfermedades crónicas y degenerativas, no son las atenciones las que se adaptan al horario de los cuidadores familiares sino que todo el horario se adapta en función del paciente en hemodialisis al que se atiende: horario laboral, de comidas, de vacaciones, llegando algunos a tener que abandonar sus trabajos por la incompatibilidad que este conlleva, y por otro lado algunos cuidadores familiares ofrecen cuidados silenciosos muchas veces durante una gran cantidad de años, día tras día, noche tras noche.

Artaso G. Y Gómez, (2001) describen que el cuidador familiar es un elemento socio-sanitario esencial, es un recurso de importancia cada vez mayor, ya que desarrolla una importante función que permite conservar y mantener funcionalmente el mayor tiempo posible a los pacientes hemodializados, facilitando la integración en su entorno, estimulando las funciones que todavía están conservadas, y supliendo las capacidades perdidas por otras,

aumentando la supervivencia y viabilidad funcional de los mayores en la comunidad. (33)

Una persona con enfermedad renal terminal en hemodiálisis, sobre todo en estado avanzado, puede perder el control sobre casi todos los aspectos de la vida diaria: trabajo, tareas domésticas, higiene personal, movilidad, alimentación. Además, los diferentes servicios sanitarios, sociales, laborales, escolares, etc. que conocen y tratan con la familia no siempre estarán, por motivos diversos, en disposición de entender y hacerse cargo de estas nuevas situaciones, derivadas de la enfermedad (34).

En toda sociedad hay comunidades, familias e individuos cuya probabilidad de enfermar, morir o accidentarse es mayor que la de otros. Se ha dicho que tales grupos son especialmente "**vulnerables**" y que algunas de las razones de ello pueden ser identificadas. La vulnerabilidad especial, ya sea para la enfermedad o para la salud, es el enfoque de riesgo en la atención a la salud resultado de un número de características interactuantes: biológicas, genéticas, ambientales, psicológicas, sociales, económicas, etc., las que reunidas, confieren un riesgo particular, ya sea de estar sano o de sufrir una enfermedad en el futuro. (32)

Lazarus Y Folkman (1984), afirman que cuidar de un paciente en hemodialisis dependiente supone tener que hacer frente a una gran cantidad de tareas, que desbordan con frecuencia las posibilidades reales del cuidador familiar, es más, esas tareas y demandas son continuamente cambiantes, de modo que lo que sirve hoy puede ser totalmente inútil mañana.

Y todo ello en un contexto en el que la carga emocional es importante ya que no es fácil ver el deterioro y las dificultades continuas de un ser humano. En consecuencia, el cuidado familiar de un paciente en hemodialisis se considere una situación de vulnerabilidad para presentar deterioro en su salud como presentar un cuadro de estrés; está ampliamente contrastado que cuidar es una experiencia estresante, lo que ha llevado a que se considere como uno de los paradigmas fundamentales para el estudio del estrés crónico. (35)

Con el fin de ayudar a la persona con discapacidad en sus problemas de autonomía, los cuidadores familiares hacen las cosas por ellos, esta ayuda que es positiva, no lo es tanto cuando se hacen cosas por ellos que aún son capaces de hacer, aunque sea de manera parcial. Por ejemplo: la persona puede vestirse, pero lentamente y con dificultad, y el cuidador familiar lo hace por él o ella para evitarle dificultades; sí no se permite la oportunidad de demostrar su independencia en esta tarea y si este hecho ocurre de forma frecuente provoca que se pierda esa habilidad por desuso. (36)

Según Ana Eson (2012), en el grado de dependencia que presentan lo paciente hemodializados está ligada directamente a la dependencia del cuidador familiar para realizar ciertas actividades que ya no puede ejercer, así por ejemplo, algunas personas necesitan ayudas mínimas, como que les acompañen en algunos desplazamientos, y que otras requieren una ayuda amplia y constante, como es el caso de la higiene personal o a los que es necesario darles de comer. (27)

Cuidar en casa a un paciente mayor en situación de dependencia, no es fácil, de una u otra manera cambia la vida de los que se ocupan de sus cuidados.

Ser cuidador requiere sensibilidad y una relación muy estrecha con la persona que hay que cuidar ya que requiere, por qué no decirlo, buenas dosis de paciencia y una fortaleza emocional para asumir con entereza esa situación.

En la mayoría de las ocasiones nos vemos envueltos en esa situación de la noche a la mañana, sin tiempo para prepararnos ni organizarnos las personas se encuentran en un momento de gran **vulnerabilidad** y necesariamente alguien deberá coger las riendas del cuidado a la persona.

Esto no quiere decir que la persona que organice sea la que lleve toda la carga que supone cuidar, pero sí la que coordine el momento para reunirnos y, juntos, poder compartir esa tarea. (37)

La enfermedad crónica afecta tanto al sujeto que la padece como a todas aquellas personas que mantienen relación con el enfermo, y muy especialmente a sus cuidadores familiares, el cuidador familiar modifica su calidad de vida, y las relaciones familiares cambian de manera sustancial al producirse esta circunstancia (Brito, 2002; Weitzner, Haley y Chen, 2000). (38)

El concepto de **probabilidad**, es fundamental para entender el concepto de riesgo. La definición que da el diccionario de la lengua de la palabra riesgo es: "Contingencia o proximidad de un daño", el riesgo es la probabilidad de que un hecho ocurra dentro de un periodo de tiempo establecido.

En términos generales, riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud (enfermedad, muerte). El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad, la cual se emplea para estimar la necesidad de atención a la salud o de otros servicios.

Cuando se habla sobre el riesgo de que algo suceda se refiere a la probabilidad de que tal evento se produzca. Una probabilidad es una medida de algo incierto donde todo es seguro no hay lugar para la probabilidad ya que no existe la duda. (37)

El cuidador familiar no es ajeno a una sintomatología depresiva, incluso la prevalencia de este problema puede ser mayor pero ella puede aparecer no tan evidente, y enmascarada por las afecciones físicas, pudiendo pasar inadvertido o que haya una ausencia de sobrecarga. Otro aspecto a tener en cuenta es que estos síntomas pueden aparecer aislados, y asociada a la historia biográfica del paciente hemodializado y sus rasgos individuales

El cuidador se afecta desde el punto de vista físico, psicológico, social y económico. La afección física está dada por una sobrecarga que puede abarcar desde leve hasta intensa, manifestándose en:

- Agotamiento físico por la excesiva cantidad de tareas que asumen.
- Sensación de fatiga y cansancio motivada por la falta de sueño debido a los trastornos de conducta y otras alteraciones que pueden presentar los pacientes hemodializados.
- Esfuerzo físico que realizan cuando los pacientes hemodializados tienen afectada la movilidad.
- Descompensación de enfermedades crónicas que padece el cuidador familiar, por abandono de tratamiento médico y cuidados propios, por dedicar todo su tiempo paciente hemodializado. (39)

El cuidador principal se identifica en la primera visita, convirtiéndose en la persona de referencia de los profesionales sanitarios en la planificación del

plan de intervención y en la toma de decisiones en las cuestiones que afectan al paciente, es básico desarrollar en todo lo posible el modelo biopsicosocial de atención al mismo.

En este modelo hay que distinguir: la sobrecarga objetiva, referida a los problemas prácticos asociados con el cuidado a largo plazo de un paciente hemodializado que presenta niveles elevados de dependencia en muchas de las funciones básicas de la vida diaria, que deben de ser suplidas o asistidas por el cuidador y la sobrecarga subjetiva, manifestación en el cuidador familiar de signos y síntomas de alarma que hace referencia al impacto emocional y a sus consecuencias sobre su persona, traducidas como desmoralización, ansiedad, depresión.

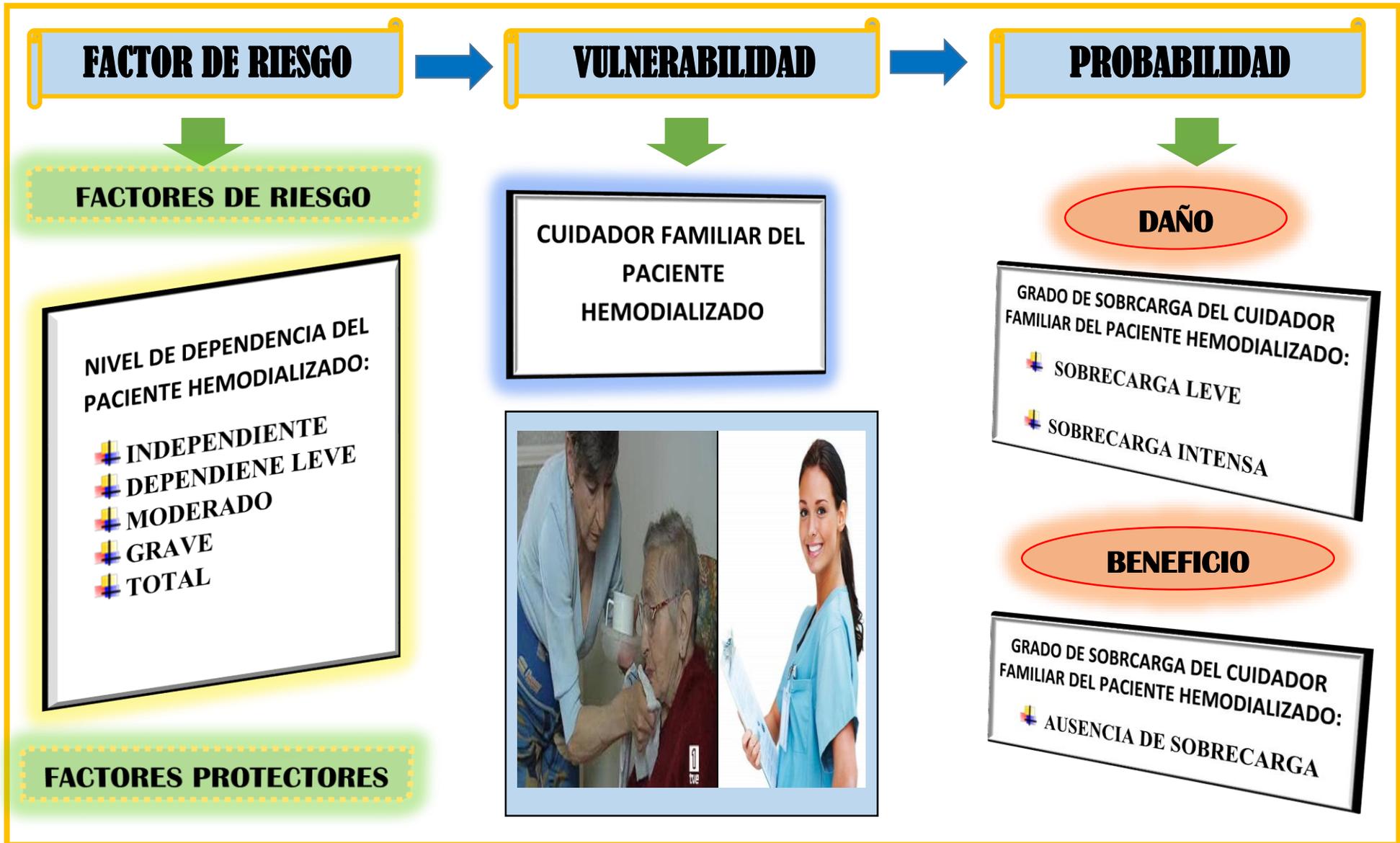
- Síntomas de riesgo de sobrecarga en el cuidador:
- Estrés: cansancio, insomnio, irritabilidad, frustración, etc.
- Estado de ánimo más bajo.
- Consumo de antidepresivos y ansiolíticos.
- Disminución del número de actividades y relaciones externas a la familia. (40)

Si el cuidador familiar se cuida, más apto se encontrará para realizar su labor su mayor bienestar redundará en una mayor calidad del cuidado que ofrece y una mejor calidad de vida del paciente hemodializado cuidar es una tarea duradera generalmente dura años, por lo que para llegar al final, satisfecho con la labor realizada, es imprescindible tomar una serie de medidas con relación a sí mismo reconociendo su papel decisivo en la vida del paciente hemodializado. (41)

García Alberca, Lara Y Berthier (2011), mencionan que más del 50% de los cuidadores familiares muestran altos niveles de depresión y ansiedad, las cuales varían en función de la duración e intensidad de la situación clínica de la persona cuidada.

Por otra parte, se pretende determinar también si la depresión está relacionada con una variable externa ajena al propio cuidador familiar, como es el caso del nivel de dependencia que presenta el enfermo crónico, y la edad del mismo. Se parte de la idea de que un mayor grado de dependencia implicará la manifestación de un mayor nivel de depresión en el cuidador familiar.

Thieleman (2009), menciona el hecho de que los cuidadores manifiesten depresión puede afectar la habilidad para cuidar al paciente, por lo que es imprescindible un apoyo social para minimizar el impacto que puede suponer este hecho en el cuidado adecuado del paciente hemodializado. (42)



ESQUEMA DEL ENFOQUE DE RIESGO, ADPATADO POR LAS AUTORAS A LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

III. METODOLOGÍA

3.1. METODOLOGÍA DE ESTUDIO

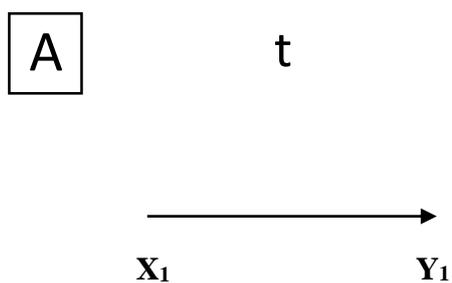
El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal. En el cual se utilizó como técnica la entrevista estructurada y como instrumento la escala de zarit.

- **DESCRIPTIVO:** Porque permite conocer en función de las variables, nivel de dependencia en pacientes hemodializados y grado de sobrecarga del cuidador familiar.
- **CORRELACIONAL:** Porque se relaciona las variables, nivel de dependencia en pacientes hemodializados y grado de sobrecarga del cuidador familiar.
- **TRANSVERSAL:** Porque las variables, nivel de dependencia en pacientes hemodializados y grado de sobrecarga del cuidador familiar, serán medidas una sola vez en un periodo determinado.

3.2. DISEÑO DE ESTUDIO

El diseño de estudio es una investigación de carácter cuantitativo, porque hace uso de métodos estadísticos para poder analizar las variables de estudio. Pertenece al diseño no experimental, de tipo descriptivo correlacional, porque pretende establecer si están o no relacionadas ambas variables. Es de corte transversal, porque las variables se miden una sola vez procediéndose a su descripción y análisis.

Cuyo esquema es el siguiente



A: Cuidadores supervisores en pacientes hemodializados.

Y_1 : Nivel de dependencia en pacientes hemodializados

X_1 : Grado de sobrecarga del cuidador supervisor.

T: Año 2016.

3.2.1. POBLACIÓN

La población de estudio estuvo conformada por los 38 cuidadores familiares de pacientes hemodializados que acudieron a la Clínica del Riñón Santa Lucia, durante el mes de Mayo, Nuevo Chimbote 2016.

3.2.1.1. UNIDAD DE ANÁLISIS

Cuidador-familiar del paciente hemodializado que cumplieron con los criterios de inclusión.

3.2.1.2. MARCO MUESTRAL

Todos los cuidadores-familiares de pacientes hemodializados en el mes de mayo 2016, que cumplieron con los criterios de inclusión.

3.2.1.3. CRITERIOS DE INCUSION

- Ser cuidador familiar.
- Tener una edad mayor de 18 años.
- Tener como mínimo 1 mes la responsabilidad de cuidador-familiar.
- Ser cuidador familiar de un paciente adulto mayor con servicio de EsSalud.
- Saber leer y escribir.
- No poseer alteraciones mentales.
- Aceptar participar en la presente investigación (consentimiento informado).

3.2.1.4. DISEÑO MUESTRAL

Estuvo constituido por todos los cuidadores-familiares de pacientes hemodializados, que son atendidos en la Clínica el Riñón. Santa Lucia, Nuevo Chimbote, durante el mes de mayo 2016.

3.2.2. PRINCIPIOS ÉTICOS

Se dió cumplimiento a los principios éticos como la autonomía, Beneficencia, no maleficencia y justicia, respetando la integridad de los pacientes hemodializados y su cuidador.

- **Principio de Autonomía y confidencialidad:** Este principio se sustentó en la privacidad de la identificación de la persona, garantizando que la información es accesible solamente a

aquellos autorizados a tener acceso, por lo cual firman el consentimiento informado (Anexo: 02)

- **Principio de integridad científica:** se entiende por integridad científica a la acción honesta y veraz en el uso y conservación de los datos que sirven de base a una investigación, así como el análisis y comunicación de los resultados. La integridad o rectitud deben regir no solo la actividad científica de un investigador. Sino que debe extenderse a sus actividades de enseñanza y a su ejercicio profesional.
- **Principio de autonomía:** implica la "capacidad de elección, libertad" en el presente estudio de investigación se respetará la decisión del paciente de aceptar o rechazar su participación en el mismo, brindando su consentimiento luego una información completa sobre los objetivos del estudio de investigación.
- **Principio de responsabilidad:** este principio se sustenta que es deber y responsabilidad personal del investigador considerar cuidadosamente las consecuencias que la realización y la difusión de su investigación implican para los participantes y para la sociedad en general. Esta tarea no puede ser delegada a otras personas. Ni el acto de delegar, ni el acto de recibir instrucciones liberan de responsabilidad.

- **Principio de justicia:** Este principio se sustentó en la obligación ética de dar a cada una de las personas lo que verdaderamente necesitan o corresponde, en consecuencia con lo que se considera correcto y apropiado desde el punto de vista moral. Todo paciente participante del estudio de investigación tendrá el derecho de conocer los resultados y recibir la consejería necesaria por igual.
- **Principio de beneficencia y no maleficencia:** Este principio se sustentó en que se aseguró el bienestar de las personas que participan en la investigación. La conducta del investigador debe responder a no causar daño, disminuir los posibles efectos adversos y maximizar los beneficios.

3.2.3. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

A. VARIABLE 1:

1. NIVEL DE DEPENDENCIA EN PACIENTES HEMODIALIZADOS:

➤ DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

La dependencia es un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayuda importante a fin de realizar las actividades básicas de la vida diaria. La Ley 39/2006, de

Promoción de la Autonomía Personal y Atención para las personas en situación de dependencia mediante el cual se determina el grado y nivel de dependencia de la persona a valorar (43).

➤ **DEFINICIÓN OPERACIONAL:**

Mediante escala nominal.

- Independiente: 100 puntos.
- Dependiente leve: >60 puntos.
- Dependiente moderado: 40-55 puntos.
- Dependiente grave: 20-35 puntos.
- Dependiente total: <20 puntos.

B. VARIABLE 2:

2. GRADO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR SUPERVISOR:

➤ **DEFINICIÓN CONCEPTUAL:**

En este contexto, De Larrinoa, Martínez, Ortiz, Carrasco, Solabarrieta y Gómez (2011), conciben la sobrecarga como el grado en que la persona cuidadora percibe, y como, esa labor influye sobre los diferentes aspectos de su salud, vida social, personal y económica (44).

➤ **DEFINICIÓN OPERACIONAL:**

Se midió en escala nominal.

- No sobrecarga : 0 – 47 puntos.
- Sobrecarga leve : 47 – 55 puntos.

- Sobrecarga intensa : 56 – 110 puntos.

3.2.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Los datos se obtuvieron mediante la técnica de la encuesta aplicando dos instrumentos:

A) ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR – TEST DE

ZARIT (ANEXO N°1): Es un instrumento elaborado por la autora Zarit, S (1982), servirá para medir el grado de sobrecarga del cuidador supervisor. Consta de 22 preguntas tipo Likert de 5 opciones (1-5 puntos). A cada respuesta marcada le asignaremos una calificación de acuerdo lo que presentamos a continuación: (45).

- ✧ **Casi Siempre:** 5 puntos.
- ✧ **Bastantes veces:** 4 puntos.
- ✧ **Algunas veces:** 3 puntos.
- ✧ **Rara vez:** 2 puntos.
- ✧ **Nunca:** 1 punto.

Los resultados se sumaron en un puntaje total (22-110 puntos). Este resultado clasificó al cuidador en:

- ✧ Ausencia de sobrecarga: < 46 puntos.
- ✧ Sobrecarga leve: 47 - 55 puntos.
- ✧ Sobrecarga intensa: > 56 puntos.

B) ESCALA DE NIVEL DE DEPENDENCIA – TEST DE

BARTHEL: (ANEXO N°02): La escala o índice de Barthel es una escala diseñada por Mahoney y Barthel en 1955 y desde entonces es utilizada para medir la capacidad individual de realizar las actividades básicas de la vida diaria que consiste en asignar a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia, asignando un valor a cada actividad según el tiempo requerido para su realización y la necesidad de asistencia para llevarla a cabo.

Según Barthel Hay 10 Actividades Principales para que el hombre sea "Dependiente" en sus actividades cotidianas, y en el índice tienen Puntuaciones de 10, 5, 0. Son:

- Comer.
- Bañarse/ ducharse.
- Vestirse/ desvestirse.
- Arreglarse.
- Deposición.
- Micción,
- Usar el retrete.
- Traslado al sillón/cama.
- Deambular.
- Subir/bajar escaleras.

El puntaje global puede variar entre 20 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente).

- Independiente: 100 puntos.

- Dependiente leve: >60 puntos.
- Dependiente moderado: 40-55 puntos.
- Dependiente grave: 20-35 puntos.
- Dependiente total: <20 puntos.

El Índice de Barthel ha sido recomendado por el Royal College of Physicians of London y por la British Geriatrics Society como patrón para la valoración de las personas ancianas debido a sus buenas características ya mencionadas y por supuesto su bajo costo de aplicación y su potencial utilidad para el seguimiento de la evolución de los pacientes (46).

3.2.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

3.2.5.1. TÉCNICA

Para la recolección de datos de la presente investigación se utilizó como técnica la encuesta.

3.2.5.2. INSTRUMENTOS

Los instrumentos como: Escala de sobrecarga del cuidador – TEST DE ZARIT y la Escala de índice del nivel de dependencia – TEST DE BARTHEL.

3.2.6. VALIDACION Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Los instrumentos como: Escala de sobrecarga del cuidador – TEST DE ZARIT y la Escala de nivel de dependencia – TEST DE BARTHEL, han sido comprobadas su alta validez y confiabilidad por las autoras: Zarit, S (1982), y Mahoney Barthel (1955).

En el presente instrumento entre las propiedades psicométricas se ha estudiado la validez de concepto y de constructo. La consistencia interna de la escala es de 0,91 y la fiabilidad test-retest es de 0,86

3.2.7. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Para la ejecución del presente estudio de investigación se siguieron los siguientes pasos:

- Para la recolección de datos se solicitó el permiso correspondiente a través de la Dirección de Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional del Santa, al Director Jefe De La Clínica De La Riñón Santa Lucia.

- Se coordinó con la encargada de la institución para la captación de pacientes hemodializados que cumplan con el criterio de inclusión.

- Se le informó al cuidador familiar del paciente hemodializado, para lograr su consentimiento y que los datos brindados serán de manera anónima.
- La aplicación de los instrumentos tuvo una duración promedio de 25 minutos para cada paciente, demandando 1 mes para lograr aplicar a toda la población estimada (mayo 2016).

Una vez terminada la aplicación del instrumento se verificó que no existen errores, que estén completas las respuestas de cada ítem y coincidan el número de instrumentos.

3.2.8. TECNICA DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS E INTERPRETACION DE DATOS

El procesamiento y análisis estadístico se realizó mediante clasificación, ordenamiento y codificación de datos mediante el software especializado SPSS versión 21, previa codificación de los datos obtenidos.

- ❖ **Descriptivo:** Los resultados fueron representados en tablas simples, gráficos, cifras absolutas y relativas, media aritmética y moda.
- ❖ **Analítico:** Se aplicó la prueba estadística de independencia de criterios (Chi^2), Medidas de correlación

y Prueba de Riesgo para determinar la relación de las variables de estudio, con una significancia de $p < 0.05$.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

TABLA Nro. 01: GRADO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR FAMILIAR EN PACIENTES HEMODIALIZADOS. CLÍNICA DEL RIÑÓN. MSANTA LUCIA, NUEVO CHIMBOTE, 2016.

GRADO DE SOBRECARGA	f_i	h_i
No sobrecarga	5	13.2
Sobrecarga Leve	19	50.0
Sobrecarga Intensa	14	36.8
TOTAL	38	100.0

Estadísticos descriptivos

Escala de sobrecarga del cuidador	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Puntaje	38	33	88	54,76	9,851
N válido (según lista)	38				

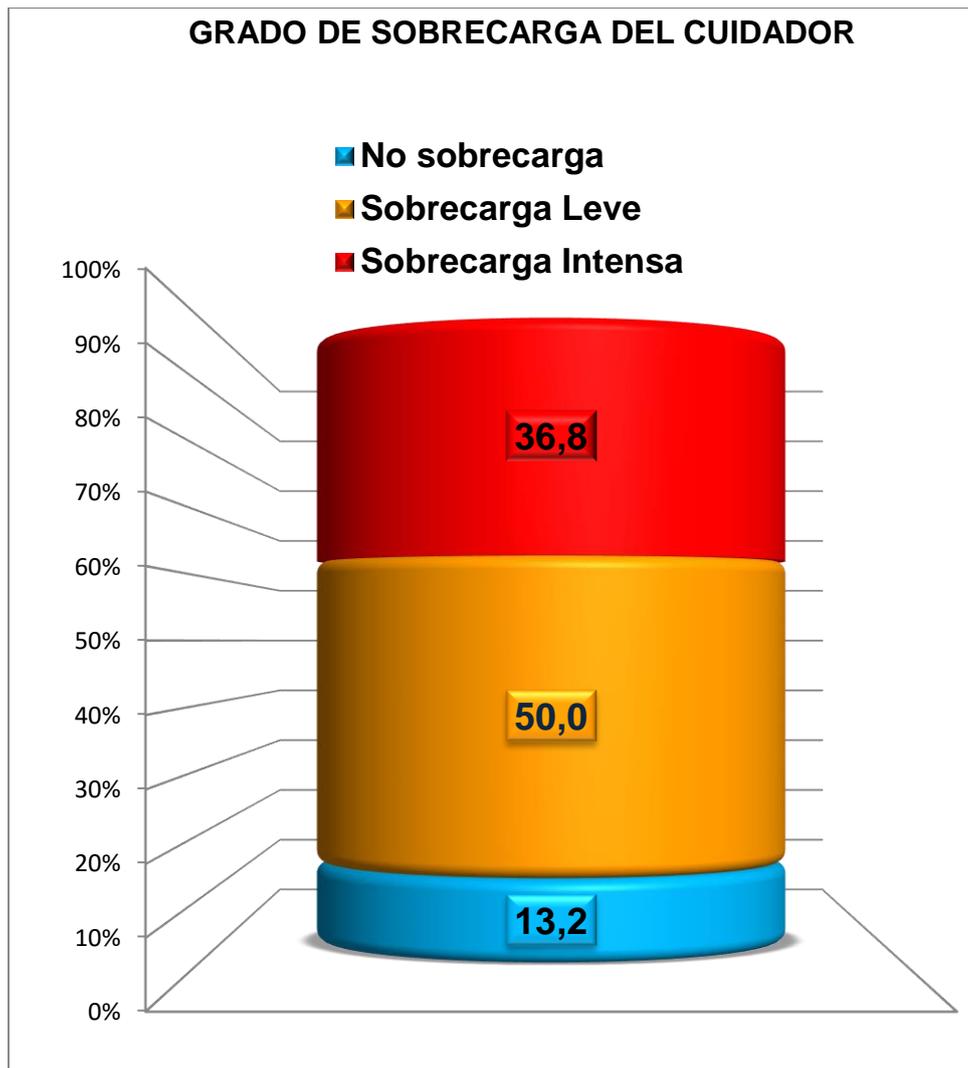


FIGURA Nro. 01: GRADO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR FAMILIAR EN PACIENTES HEMODIALIZADOS. CLÍNICA DEL RIÑÓN. SANTA LUCIA, NUEVO CHIMBOTE, 2016.

TABLA Nro. 02: NIVEL DE DEPENDENCIA EN PACIENTES HEMODIALIZADOS. CLÍNICA DEL RIÑÓN. SANTA LUCIA, NUEVO CHIMBOTE, 2016.

NIVEL DE DEPENDENCIA EN PACIENTES HEMODIALIZADOS	f_i	h_i
Dependencia Total	6	15.8
Dependencia Grave	7	18.4
Dependencia Moderada	10	26.3
Dependencia Leve	15	39.5
Independiente	0	0.0
TOTAL	38	100.0

Estadísticos descriptivos

Escala del nivel de dependencia	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Puntaje	38	10	85	48,08	21,174
N válido (según lista)	38				

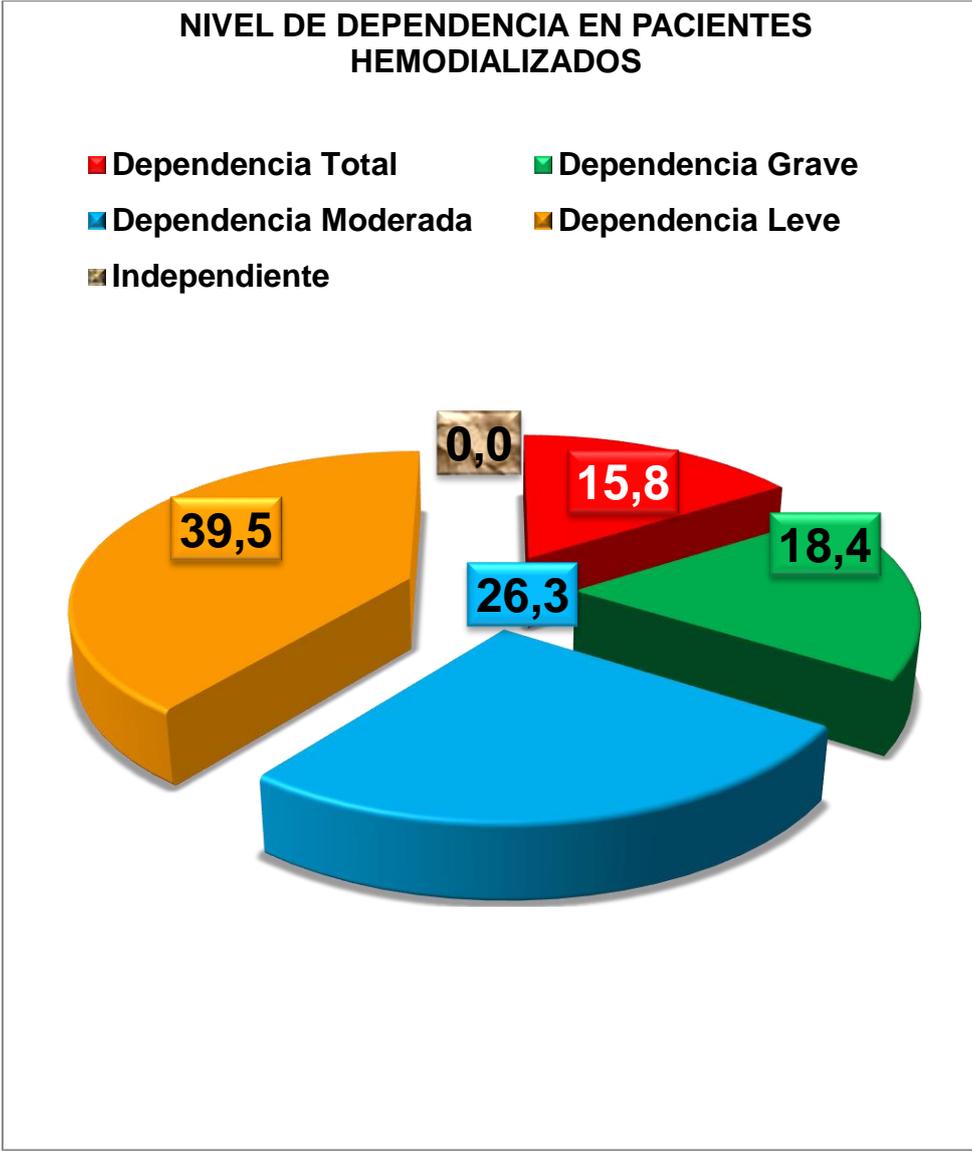


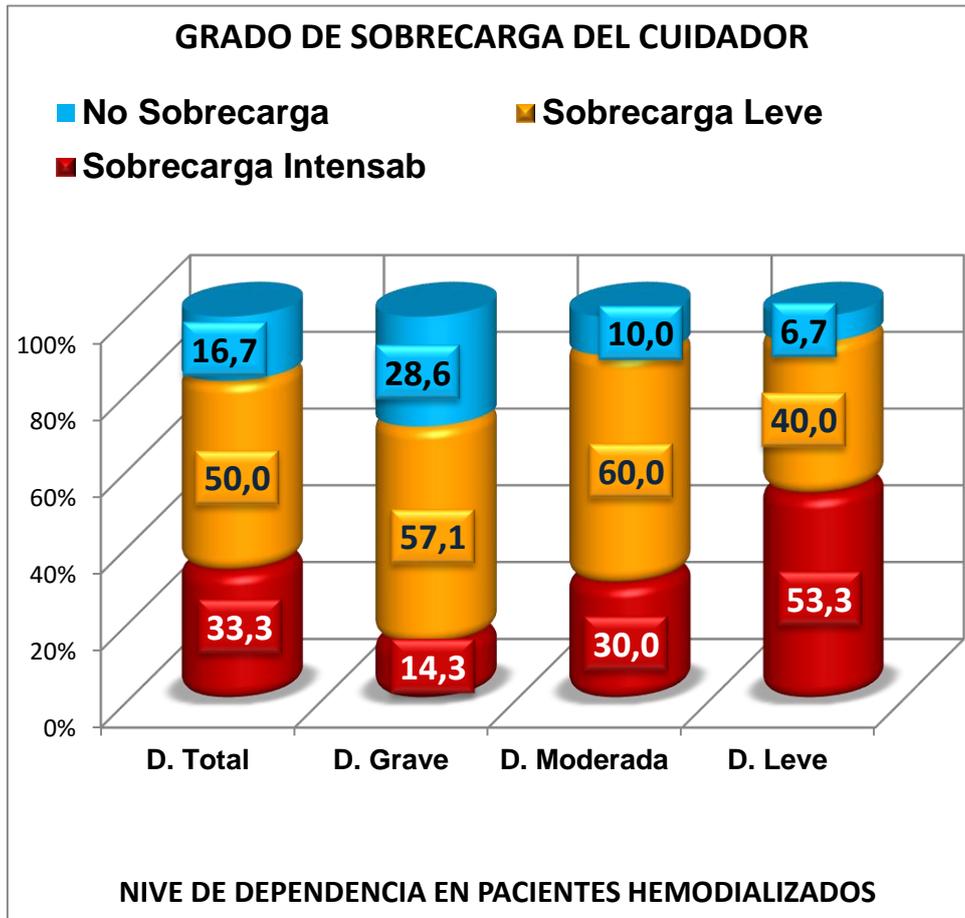
FIGURA Nro. 02: NIVEL DE DEPENDENCIA EN PACIENTES HEMODIALIZADOS. CLÍNICA DEL RIÑÓN. SANTA LUCIA, NUEVO CHIMBOTE, 2016

TABLA Nro. 03: NIVEL DE DEPENDENCIA EN PACIENTES HEMODIALIZADOS Y GRADO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR FAMILIAR. CLÍNICA DEL RIÑÓN. SANTA LUCIA, NUEVO CHIMBOTE, 2016.

NIVE DE DEPENDENCIA EN PACIENTES HEMODIALIZADOS	GRADO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR						TOTAL	
	Sobrecarga Intensa ^b		Sobrecarga Leve		No Sobrecarga		f _i	h _i
	f _i	h _i	f _i	h _i	f _i	h _i		
Dependencia Total	2	33.3	3	50.0	1	16.7	6	15.8
Dependencia Grave	1	14.3	4	57.1	2	28.6	7	18.4
Dependencia Moderada	3	30.0	6	60.0	1	10.0	10	26.3
Dependencia Leve ^a	8	53.3	6	40.0	1	6.7	15	39.5
TOTAL	14	36.8	19	50.0	5	13.2	38	100.0

$X^2 = 4,669$ gl = 6 p = 0.587 No Significativo; r = 0.2 Correlación leve

^{a/b}OR=3.2 Riesgo elevado



$X^2 = 4,669$ gl = 6 $p = 0.587$ No Significativo; $r = 0.2$ Correlación leve

^{a/b}OR=3.2 Riesgo elevado

FIGURA Nro. 03: NIVEL DE DEPENDENCIA EN PACIENTES HEMODIALIZADOS Y GRADO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR FAMILIAR. CLÍNICA DEL RIÑÓN. SANTA LUCIA, NUEVO CHIMBOTE, 2016.

4.2. ANÁLISIS Y DISCUSION

4.2.1. ANÁLISIS

En la **Tabla N° 01**, sobre el grado de sobrecarga del cuidador familiar en pacientes hemodializados, Clínica del Riñón, Nuevo Chimbote, se observa, una mayor proporción de sobrecarga leve (50.0%), seguido con menor proporción sobrecarga intensa y no sobrecarga (36.8% y 13.2% respectivamente). El puntaje promedio obtenido de la Escala de sobrecarga del cuidador es 54.76 ± 9.85 puntos de un máximo de 110 puntos.

En la **Tabla N° 02**, sobre el nivel de dependencia en pacientes hemodializados, Clínica del Riñón, Nuevo Chimbote, se observa que la mayoría presenta dependencia leve (39.51%), seguido de dependencia moderada (26.3%), dependencia grave (18.4%), dependencia total (15.8%), y no se registran pacientes independientes (0.0%). El puntaje promedio obtenido de la Escala del nivel de dependencia es 48.08 ± 21.17 puntos de un máximo de 100 puntos

En la **Tabla N° 03**, sobre el nivel de dependencia en pacientes hemodializados y grado de sobrecarga del cuidador familiar, Clínica del Riñón, Nuevo Chimbote, se observa que entre los pacientes con nivel de dependencia leve, prevalece la sobrecarga intensa (53.3%), a diferencia de la otras dependencia en quienes prevalecen la sobrecarga leve (dependencia moderada 60.0%, dependencia grave 57.1% y dependencia total 50.0%).

Ante la prueba estadística del Chi cuadrado, no existe relación significativa entre el nivel de dependencia en pacientes hemodializados y grado de sobrecarga del cuidador supervisor ($p=0,587$).

Sin embargo ante la medida de correlación, existe una correlación positiva leve entre ambas variables ($r = 0.2$), cuanto mayor sea el nivel de dependencia, aumenta levemente el grado de sobrecarga del cuidador.

Asimismo, ante la prueba de riesgo, el tener dependencia leve se constituye en riesgo elevado para una sobrecarga intensa del cuidador ($OR=3.2$), es decir, existe 3.2 veces más riesgo que el cuidador presente sobrecarga intensa, si el paciente tiene dependencia leve.

4.2.2. DISCUSIÓN

En la **Tabla N° 01**, sobre el grado de sobrecarga del cuidador familiar en pacientes hemodializados, Clínica del Riñón, Nuevo Chimbote, se observa, una mayor proporción de sobrecarga leve (50.0%), seguido con menor proporción sobrecarga intensa y no sobrecarga (36.8% y 13.2% respectivamente). El puntaje promedio obtenido de la Escala de sobrecarga del cuidador es 54.76 ± 9.85 puntos de un máximo de 110 puntos.

Los resultados de la siguiente investigación son similares al estudio encontrado por: Villalobos D. López A. (2012) Presentaron la investigación “Asociación entre calidad de vida y nivel de sobrecarga del cuidador familiar de paciente con enfermedad renal crónica estadio 5 en tratamiento con hemodiálisis”; Logrando Concluir Que: En los 204 cuidadores primarios de los pacientes estudiados el nivel de sobrecarga intensa estuvo presente en el 44,1% de la muestra, y el 22,1% no presentaron sobrecarga. Predominó el nivel de dependencia leve con el 45,1% (21).

De este modo podemos evidenciar que los pacientes en tratamiento con hemodiálisis y la persona encargada de su cuidado enfrentan el reto de realizar esfuerzos adaptativos que implican cambios radicales en su estilo de vida; ambos sienten que no volverán a ser y a vivir como lo hacían antes de que empezara la enfermedad. La salud del cuidador familiar se ve afectado en todas sus dimensiones: biológico, emocional, social y espiritual (12).

En la **Tabla N° 02**, sobre el nivel de dependencia en pacientes hemodializados, Clínica del Riñón, Nuevo Chimbote, se observa que la mayoría presenta dependencia leve (39.51%), seguido de dependencia moderada (26.3%), dependencia grave (18.4%), dependencia total (15.8%), y no se registran pacientes independientes (0.0%). El puntaje promedio obtenido de la Escala del nivel de dependencia es 48.08 ± 21.17 puntos de un máximo de 100 puntos.

López M y Otros (2014) En su estudio "Valoración de las necesidades de cuidados del paciente durante la hemodiálisis y su relación con el grado de dependencia"; Y su conclusión de: Los resultados sugieren que a mayor grado de dependencia, mayor necesidad de cuidados. De igual manera, a más edad y mayor índice de comorbilidad, más necesidad de cuidados de enfermería durante la sesión de hemodiálisis (19).

En la actualidad el cuidado de las personas dependientes mayores impone un cambio en los roles de la familia ya que no sólo se sustituye a la persona que llevaba a cabo una serie de tareas dentro del hogar y que por su mala situación de salud no puede realizar, sino que además es necesario encontrar dentro de ella, personas que asuman el cuidado del anciano, que son los llamados "cuidadores familiares". ¿Quiénes son los cuidadores familiares?, es la persona que asume la mayor parte de las tareas relacionadas con el cuidado de la persona mayor dependiente y que permite la satisfacción de sus necesidades materiales y emocionales (32).

Medrano A. (2012) Presentó su estudio "Rol del profesional de enfermería y grado de dependencia de los pacientes en hemodiálisis Chimbote 2012"; Llegando a la conclusión que: Existe una elevada prevalencia de dependencia

de los pacientes en HD hospitalaria. El 50% tiene algún grado de dependencia en aspectos como la movilización, deambulaci3n y desplazamiento, implica un aumento en las cargas de trabajo de enfermería en cuanto al manejo diario de los pacientes.

Un 70% de los pacientes precisase mayores cuidados de enfermería está relacionado con la alta prevalencia de catéteres venosos centrales que existe en la unidad, junto con la prevalencia de curas (úlceras, fístulas fallidas, heridas quirúrgicas) y el alto índice de comorbilidad (25).

Los resultados de la siguiente investigaci3n son similares al estudio encontrado por: Contreras Gallego A. y Otros. (2014) Presentaron el estudio “Análisis de la relaci3n entre nivel de dependencia del paciente en hemodiálisis y sobrecarga del cuidador principal”; logrando concluir que: el nivel de dependencia encontrado es similar al encontrado en la mayoría de las series estudiadas. La evidencia muestra que la sobrecarga del cuidador está relacionada con la severidad de la dependencia del paciente (18).

Debido a la incidencia de personas con insuficiencia renal crónica (IRC), cada vez es mayor la necesidad de recurrir a ciertos procedimientos como el de la hemodiálisis, dado que es un procedimiento que sustituye en parte la funci3n de los riñones y permite la supervivencia de los pacientes con insuficiencia renal crónica. El problema que representa en la actualidad esta enfermedad renal repercute en la situaci3n tanto personal como familiar (3).

Desde la perspectiva psicosocial, para la persona cuidadora se genera un intenso trabajo para salir de la crisis utilizando una serie de recursos que no siempre conducen a la persona a participar activamente en el desarrollo de procesos adaptativos, de plena adherencia y tolerancia al tratamiento hemodialítico (13).

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal realizado en la Clínica del Riñón Santa Lucía sobre nivel de dependencia en pacientes hemodializados y el grado de sobrecarga del cuidador familiar, llegando a las siguientes conclusiones:

- El (39.51%) presentaron dependencia leve, seguido de dependencia moderada (26.3%), dependencia grave (18.4%), dependencia total (15.8%), y no se registran pacientes independientes (0.0%).
- El (50.0%) presentaron sobrecarga leve, seguido con menor proporción sobrecarga intensa y no sobrecarga (36.8% y 13.2% respectivamente).
- No existe relación significativa entre el nivel de dependencia en pacientes hemodializados y grado de sobrecarga del cuidador familiar ($p=0,587$). Sin embargo ante la medida de correlación, existe una correlación positiva leve entre ambas variables ($r = 0.2$), cuanto mayor sea el nivel de dependencia, aumenta levemente el grado de sobrecarga del cuidador. Asimismo, ante la prueba de riesgo, el tener dependencia leve se constituye en riesgo elevado para una sobrecarga intensa del cuidador ($OR=3.2$), es decir, existe 3.2 veces más riesgo que el cuidador presente sobrecarga intensa, si el paciente tiene dependencia leve.

5.2. RECOMENDACIONES

- Iniciar un trabajo que permita brindar estrategias que faciliten el cuidado especialmente en este grupo de riesgo y, por tanto, disminuir la sensación de sobrecarga en los familiares, permitiéndoles un crecimiento continuo, fortaleciendo su habilidad para cuidar a través del reconocimiento de su labor.
 - Organizar a los familiares en grupos de ayuda mutua, donde puedan socializar sus experiencias, a fin de buscar, juntos, soluciones a las dificultades que encuentran mientras cuidan al familiar que recibe tratamiento de hemodiálisis.

- A la institución, continuar educando a través de talleres vivenciales, charlas sobre reacciones emocionales del paciente y familia ante la enfermedad renal y el tratamiento.

- Contribuir al desarrollo de una Cultura de Promoción y Prevención de las enfermedades, ya que la gran función que desempeña el cuidador principal en estos pacientes puede ocasionarles problemas de salud no solo de tipo físico sino mental, más aun si toda la responsabilidad recae sobre una sola persona.

- Para el actuar de enfermería, favorecer la interacción multidisciplinaria con el paciente y su familia a través de reuniones dentro de un programa de apoyo y consejería.

- Planificar y ejecutar programas de intervención a nivel institucional destinados a satisfacer las necesidades de los cuidadores familiares y mejorar su calidad de vida, por ejemplo:
 - Programas destinados a fomentar las actividades recreativas del cuidador familiar.
 - Programas de apoyo emocional o fomento de la salud mental del cuidador familiar.
 - Programas dirigidos a las enfermedades crónicas del cuidador familiar.
 - Programas destinados a satisfacer las necesidades de educación de este grupo de la población.

- Que, los familiares y todas las personas deben realizarse, periódicamente, un chequeo general de salud para prevenir enfermedades.

- Que la Escuela de Enfermería considere los resultados de esta investigación como parte de la consulta en las asignaturas de adultos, para acercar a los estudiantes a las realidades propias de las personas cuidadores de adultos mayores dependientes con enfermedad crónica renal.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (2014). Insuficiencia renal en adulto mayor. Portal Web. Base de datos en línea. Actualizado: Consultado: 24/09/2015 Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20PARA%20EL%20MANEJO%20DE%20LA%20ENFERMEDAD%20RENAL%20CRONICA.pdf>
2. LOZA V. y PECHO M. (2011) Nivel de información y adherencia terapéutica de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica hemodializados en el hospital félix torrealva Gutiérrez, EsSalud Ica 2011, Ica-Perú. Consultado: 9/09/15 Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2014/03.pdf>
3. MINISTERIO DE SALUD (2014). Boletín Epidemiológico Perú. Consultado: 15/04/2016. Disponible En: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2014/03.pdf>
4. MERCEDES A. y MONTALVO L (2013). Percepción del paciente ambulatorio en terapia de hemodialisis sobre el cuidado humanizado de la enfermera en una institución de salud. Tesis para optar título de licenciado en enfermería, universidad nacional mayor de san marcos Lima-Perú.

5. MINISTERIO DE SALUD (2013). Sala de Prensa Perú, Consultado: 20/04/16. Disponible En: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16193>
6. RODRÍGUEZ T. (2014). Enfermedad Renal Crónica: Causas Y Prevención. Consultado: 20/07/15. Disponible En: <Http://Radio.Rpp.Com.Pe/Saludenrpp/Enfermedad-Renalcronica-Causas-Y-Prevencion/>
7. GONZÁLEZ C. (2015). Características de estado actual en pacientes con enfermedad renal crónica Universidad Central Marta Abreu De Las Villas Clara, Cuba. Consultado: 04/011/15. Disponible En: <http://www.psicologiacientifica.com/enfermedad-renal-cronica-pacientes-estado-emocional/>
8. FERNÁNDEZ L. (2012) Efectividad de una intervención educativa de enfermería sobre el conocimiento en el autocuidado en pacientes con hemodiálisis por catéter venoso central del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen Lima Perú – 2011.
9. MOSBY BEAR (2001). Conceptos Prácticos De Enfermería. 6ª ed. ed. Harcourt Brace, España_Madrid
10. MÁRQUEZ E. (2006) Factores personales relacionados con el nivel de tolerancia del paciente al tratamiento hemodialítico en El Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Lima- Perú.

11. PIAZZA A. (2012). Hemodialisis en el Perú: Trabajo de Incorporación como Académico de Número de la Academia Nacional de Medicina. Lima Perú Consultado: 04/02/16. Disponible En: http://www.acadnacmedicina.org.pe/publicaciones/anal_2000/XII_LAHEMODIALISISENELPERU.pdf

12. OÑORO A (2010). Estudio del grado de dependencia en el autocuidado de los pacientes en hemodiálisis, Salamanca. Consultado: 14/07/15. Disponible en: http://www.revistaseden.org/files/art548_1.pdf

13. BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO (2014). La enfermedad renal crónica en el Perú, epidemiología e impacto de la salud pública. Volumen 23 – Semana Epidemiológica Nº 03 LIMA-PERÚ Consultado: 11/12/15. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2014/03.pdf>

14. BARTHEL L. y BAREMO (2009). Valoración del grado de autonomía funcional de pacientes renales crónicos según índices de Ley de Dependencia v.12 n.2 Madrid- Abril. 2009 Consultado: 24/07/15. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-1375_200900200005&script=sci_arttext

15. VENTURA R, (2008). “Afrontamiento efectivo de cuidadores primarios a personas adultas mayores con diabetes mellitus” proyecto de investigación. Chile.

16. CLINICA DEL RIÑON SANTA LUCIA (2015), Nuevo Chimbote registros y archivos de la dirección.
17. BELLO PINEDA J (2014). Sobrecarga Del Cuidador Primario De Pacientes Con Enfermedades Crónico Degenerativas. México.
18. CONTRERAS A. y OTROS. (2014). Análisis de la relación entre nivel de dependencia del paciente en hemodiálisis y sobrecarga del cuidador principal”, Enferm nefrol vol.17 no.2 Madrid abr.-jun. 2014. Consultado: 15/01/15. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2254-28842014000200003&script=sci_arttext
19. LÓPEZ M Y OTROS (2014). Valoración de las necesidades de cuidados del paciente durante la hemodiálisis y su relación con el grado de dependencia, Enfermería Nefrológica, vol. 17, núm. 4, octubre-diciembre, 2014, Sociedad Española de Enfermería Nefrológica Madrid, España”. Consultado: 11/10/15. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3598/359833156007.pdf>
20. BELASCO A. y SESSO P (2001). Analisis de la calidad de vida de usuarios hemodializados. Sao paulo-Brasil Consultado: 15/01/15. Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/260/1/TL_AkintuiVillalobosYasling_L%C3%B3pezAraujoChristian.pdf

21. VILLALOBOS D. LÓPEZ A. (2012). Asociación entre calidad de vida y nivel de sobrecarga del cuidador primario de paciente con enfermedad renal crónica estadio 5 en tratamiento con hemodiálisis en la Región Lambayeque durante el Año 2012 Consultado: 15/010/15. Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/260/1/TL_AkintuiVillalobosYasling_L%C3%B3pezAraujoChristian.pdf
22. SANCHEZ J (2014). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis En El Hospital Jorge Reátegui Delgado Essalud - Piura En El Periodo Diciembre 2013 - Febrero 2014 Trujillo-Perú 2014.
23. PAREDES H (2005). Afrontamiento y soporte social en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Universidad Católica Del Perú. Lima – Perú Consultado: 07/08/15 .Disponible en: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/420/PAREDES_CARRION_ROSARIO_AFRONTAMIENTO_SOPORTE_SOCIAL.pdf?sequence=1
24. CASTRO R. y OTROS (2008). Relación entre el nivel de conocimiento y nivel de estrés del cuidador familiar de pacientes en hemodiálisis, hospital III EsSalud Chimbote 2007. Tesis para optar título de licenciado en enfermería, Universidad Nacional Del Santa Chimbote – Perú.

25. MEDRANO A. (2012). Rol del profesional de enfermería y grado de dependencia de los pacientes en hemodialis Chimbote 2012. Tesis para optar título de licenciado en enfermería, Universidad Privada San Pedro Chimbote –Perú.
26. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002). Factores de riesgo en la salud y sus generalidades por diferentes conceptos.
27. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1999). Manual sobre el enfoque de riesgo sobre la población materno infantil Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No. 7, 2da. Edición. Consultado: 14/05/16. Disponible en: [file:///C:/Users/Edelin%20Lara/Downloads/Manual%20sobre%20el%20enfoque%20de%20riesgo%20en%20la%20atencion%20maternoinfantil%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Edelin%20Lara/Downloads/Manual%20sobre%20el%20enfoque%20de%20riesgo%20en%20la%20atencion%20maternoinfantil%20(1).pdf)
28. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUS (2002). Factores de riesgo en salud.
29. MUKODSI M. y OTROS (2007). Enfoque de Riesgo. Consultado: 17/05/16. Disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/10071/Enfoque-Riesgo.html>
30. MANUAL DE SALUD (2012). Depresión en los cuidadores familiares de enfermos crónicos. España. Consultado: 18/05/16. Disponible en: <http://www.ucvlima.edu.pe/psiquemag/pdf/PsiqueMag03.pdf>

31. CLAUDIA W (2014). Enfoque epidemiológico de riesgo en la atención en salud Compilación con fines docentes Universidad De San Carlos De Guatemala. Facultad De Ciencias Médicas. Fase I, Área De Salud Pública I Citado: 19/05/16. Disponible en: <https://saludpublicayepi.files.wordpress.com/2012/08/enfoque.pdf>
32. ESPÍN A. y LEYVA B (2011). Manual para cuidadores de personas dependientes. Consultado: 18/05/16. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/como_cuidar_mejor.pdf
33. INFANTA C (2009). El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “Cómo mantener su bienestar”.
34. SECPAL (2015). Cuidados paliativos - la familia de la persona enferma Consultado: 19/05/16. Disponible en: <http://www.secpal.com/CUIDADOS-PALIATIVOS-LA-FAMILIA-DE-LA-PERSONA-ENFERMA>
35. ARBE A. y OTROS (2009). Cómo cuidar en casa a una persona en situación de dependencia. Imprenta Provincial de Zaragoza Depósito Legal Z-4.616/09. Consultado: 20/05/16. Disponible en: <http://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/cuidarencasa.pdf>
36. ESTRA M. (2012). Depresión en los cuidadores familiares de enfermos crónicos- España.

37. ESPÍN A y SALERMO B (2012). Manual para cuidadores de personas dependientes. Consultado: 20/05/16. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/como_cuidar_mejor.pdf
38. DIRECCIÓN GENERAL DE ORDENACIÓN Y ASISTENCIA SANITARIA (2011). Atención a la familia/ cuidador principal. Subdirección general de atención a la cronicidad, salud mental y drogodependencias. Servicio de salud mental. Consultado: 21/05/16. Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/156344/166915/Atenci%C3%B3n+a+la+familia-cuidador+principal.pdf>
39. ARTEAGA R. (2012) Depresión en los cuidadores familiares de enfermos crónicos-España. Consultado: 22/05/16. Disponible en: <http://www.ucvlima.edu.pe/psiquemag/pdf/PsiqueMag03.pdf>
40. WUENDY C. TORREALBA. Y OTROS (2012). Afrontamiento y sobrecarga en cuidadores/as informales de pacientes con insuficiencia renal crónica. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado– México. Consultado: 20/07/15. Disponible En: <http://bibhumartes.ucla.edu.ve/DB/bcucla/edocs/repositorio/TEGRC918R4E882012.pdf>

41. RUZAF A J. y MORENO J (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel Rev. Esp. Salud Pública, Mar. Abr. 1997, vol.71, no.2, p.127-137.
42. MARRIOT A. y Otros. (2000). Efectividad de la intervención familiar cognitivo-conductual en la reducción de la carga del cuidado de los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Br J Psiquiatría.
43. PERRY A. y ALVARADO P. (1983). Fundamentos de enfermería. Teoría y práctica. 3º ed. El Harcourt – Brace. España.
44. ANKRI J. y OTROS (2005). Más allá de la puntuación global de la carga de Zarit Entrevista: dimensiones útiles para los médicos internista de Psiquiatría geriátrica. 2005; 20: 254 - 60.
45. HAYO B. y OTROS. (2009) Validación en Chile de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada-chile. Consultado: 22/07/15. Disponible En: http://salpub.uv.es/SALPUB/practicum12/docs/visidom/Escalas+Instrum_valoracion_atencion_domiciliaria/069_ESCALA_SOBRECARGA_CUIDADOR_Test_Zarit.pdf

46. Claudia L. (2005). Autonomía para las actividades de la vida diaria –
barthel Nuevos Horizontes Vol. 4 Núm. 1-2 Citado: 23/07/15. Disponible
En: [Http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/barthel.pdf](http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/barthel.pdf)

ANEXOS

ANEO N° 1: PRESUPUESTO ANALÍTICO

CÓDIGO POR ASIGNACIÓN	DESCRIPCIÓN DE ASIGNACIONES ESPECÍFICAS	SUB TOTAL \$/	TOTAL \$/
01.00	REMUNERACIONES		9 400.00
01.01	Básica del trabajador permanente (investigadores responsables). Estadístico	4 200.00 1000.00	
02.00	BIENES		1200.00
02.01	<ul style="list-style-type: none"> • Materiales y útiles de escritorio: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Papel bond 80 gr ✓ Folder manila ✓ Perforador ✓ FASTER ✓ Lapiceros ✓ Lápices ✓ Corrector ✓ Engrapador ✓ Grapas 	1200.00	
03.00	SERVICIOS		2100.00
03.01	<ul style="list-style-type: none"> • Pasajes, Viáticos, Asignaciones: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gastos por movilidad ✓ Gastos por alimentación y refrigerio 	1000.00	
03.02	<ul style="list-style-type: none"> • Movilidad local: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gastos por desplazamiento urbano 	200.00	
03.03	<ul style="list-style-type: none"> • Procesamiento de Datos. 		
03.04	<ul style="list-style-type: none"> • Impresiones <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fotocopia ✓ Material bibliográfico 	400.00	
03.05	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios no personales <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gastos de encuadernación del proyecto de tesis y sus copias ✓ Gastos de empastado del informe final y sus copias. 	500.0	
TOTAL			12 700.00



ANEXO N° 2
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha comunicado que el título de esta investigación es: “NIVEL DE DEPENDENCIA EN PACIENTES HEMODIALIZADOS RELACIONADO AL GRADO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR SUPERVISOR. CLÍNICA DEL RIÑÓN SANTA LUCIA. NUEVO CHIMBOTE, 2016”, el propósito de este estudio es: Conocer la relación entre nivel de dependencia en pacientes hemodializados y grado de sobrecarga del cuidador supervisor. Clínica del Riñón. Santa Lucia Nuevo Chimbote, 2015. El presente proyecto investigación está siendo conducido por: Castillo Sifuentes Cynthia Paola Y Lara Manrique Danitza Lisbeth; con la asesoría de la docente: Dra. . Rodríguez Barreto Yolanda Micaela de la Universidad Nacional del Santa.

Si accedo a participar en este estudio, deberé responder una entrevista, la que tomará 10 minutos de mi tiempo. Mi participación será voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación. En principio, las entrevistas o encuestas resueltas serán anónimas, por ello serán codificadas utilizando un número de identificación. Si la naturaleza del estudio requiriera su identificación, ello solo será posible si es que doy consentimiento expreso para proceder de esa manera. Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, soy libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además puedo finalizar mi participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio. Si sintiera incomodidad, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Gracias por su participación.

Yo, _____ doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria. He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado anteriormente y he comprendido la información y las explicaciones alcanzadas por el equipo investigador. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas. Al firmar este consentimiento estoy de acuerdo con que mis datos personales, incluyendo datos relacionados a mi salud física y mental o condición, y raza u origen étnico, podrían ser usados según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando. Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento e información del estudio y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo comunicarme con:

Nombre del investigador: Nombre del asesor:

Dirección: Dirección:

Institución: Institución:

Teléfono: Teléfono:

Email: Email:

Como prueba de consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación:

.....

Firma del participante y fecha

.....

Nombre del participante

ANEXO N° 3:

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

INSTRUCCIÓN: A continuación se le presentara una serie de interrogantes relacionadas a cuidado que desarrolla con el paciente hemodializado, en su vida cotidiana, antes de contestar el cuestionario por favor, lea detenidamente las preguntas y responda lo que usted considere adecuado. Se le agradece de antemano su colaboración.

ITEM	CUESTIONARIO	PUNTUACION				
		1	2	3	4	5
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?					
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?					
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?					
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?					
8	¿Siente que su familiar depende de usted?					
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?					
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?					
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?					
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?					
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?					
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?					
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?					
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?					
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?					
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?					
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?					
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?					
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?					

ANEXO N° 4:

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ESCALA DEL NIVEL DE DEPENDENCIA



COMER:

- (10) Independiente. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.
- (0) Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.

LAVARSE (BAÑARSE):

- (5) Independiente. Capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
- (0) Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión.

VESTIRSE:

- (10) Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.
- (5) Necesita ayuda. Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- (0) Dependiente.

ARREGLARSE:

- (5) Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
- (0) Dependiente. Necesita alguna ayuda.

DEPOSICIÓN:

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia.
- (5) Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios.
- (0) Incontinente.

MICCIÓN (Valorar la semana previa):

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo.
- (5) Accidente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.
- (0) Incontinente.

USAR EL RETRETE:

- (10) Independiente. Entra y sale solo y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda: es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.
- (0) Dependiente. Incapaz de manejarse sin ayuda mayor.

TRASLADO AL SILLON/CAMA:

- (15) Independiente. No precisa ayuda.
- (10) Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.
- (5) Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
- (0) Dependiente. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

DEAMBULACION:

(15) Independiente. Puede andar 50 m, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.

(10) Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona. Precisa utilizar andador.

(5) Independiente. (En silla de ruedas) en 50 m. No requiere ayuda o supervisión.

(0) Dependiente.

SUBIR / BAJAR ESCALERAS:

(10) Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.

(5) Necesita ayuda. Precisa ayuda o supervisión.

(0) Dependiente. Incapaz de salvar escalones

Evalúa diez actividades básicas de la vida diaria, y según estas puntuaciones clasifica a los pacientes en:

1- Independiente: 100 puntos (95 sí permanece en silla de ruedas).

2- Dependiente leve: >60 puntos.

3- Dependiente moderado: 40-55 puntos.

4- Dependiente grave: 20-35 puntos.

5- Dependiente total: <20 puntos.