

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA HUMANA**



**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**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

AUTOR(ES):

Bach. Akintui Villalobos Yasling Danmis

Bach. López Araujo Christian Antonio

Chiclayo, Febrero de 2014

**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**

POR:

Bachiller en Medicina Humana:

Akintui Villalobos, Yasling Danmis

López Araujo, Christian Antonio

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de
Mogrovejo, para optar el título profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

APROBADO POR:

Dr. Cristian Díaz Vélez
Presidente del Jurado

Dra. Jaqueline Poma Ortiz
Secretario del Jurado

Dr. Ricardo Peña Sánchez
Vocal/Asesor de Jurado

Chiclayo, 10 de Febrero de 2014

DEDICATORIA

A Dios, quien supo guiarnos por el camino correcto, darnos fuerza para seguir adelante, enseñarnos a encarar las adversidades y permitirnos llegar a este momento tan especial en nuestras vidas.

A nuestras familias, por ser quienes nos han acompañado durante todo nuestro trayecto estudiantil y de vida brindándonos siempre su cariño y apoyo incondicional para poder alcanzar nuestros sueños.

A nuestros maestros que en este andar por la vida, influyeron con sus enseñanzas y experiencias en forjarnos como personas correctas y preparadas para los desafíos que pone la vida, a todos y cada uno de ellos les dedicamos cada una de estas páginas.

AGRADECIMIENTOS

A nuestros asesores, el Dr. José Taypicahuana y el Dr. Ricardo Peña,
por su apoyo incondicional, conocimientos, consejos y guía que han servido para la
elaboración de nuestra investigación.

A nuestros compañeros y amigos
Por su grata compañía y apoyo durante todos estos años de formación donde
compartimos buenos y malos momentos.

A todas y cada una de las personas que han participado de manera directa e indirecta en
la elaboración y publicación de este trabajo.

EPÍGRAFE

“Hay hombres que luchan un día y son buenos.

Hay otros que luchan un año y son mejores.

Hay los que luchan muchos años y son aún mejores.

Sin embargo, hay quienes luchan toda la vida.

Ellos son imprescindibles.”

Bertolt Brecht

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN Y ABSTRACT	
I. INTRODUCCIÓN	9
II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	11
1. Antecedentes del problema	11
2. Bases teórico – científicas	12
III. MATERIALES Y MÉTODOS	15
1. Tipo de estudio	15
2. Población	15
3. Muestra de estudio y muestreo	15
4. Criterios de inclusión	15
5. Criterios de exclusión	15
6. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	16
7. Definición operacional	18
8. Plan de procesamiento y análisis de datos	19
9. Procedimientos para garantizar aspectos éticos	19
IV. RESULTADOS	20
V. DISCUSIÓN	27
VI. CONCLUSIONES	30
VII. RECOMENDACIONES	31
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
IX. ANEXOS	36

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre la calidad de vida y el nivel de sobrecarga del cuidador primario del paciente en Hemodiálisis. **Material y métodos:** Estudio transversal analítico, realizado en 204 cuidadores. Se utilizó el cuestionario de calidad de vida SF-36, el cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit y el test de dependencia “Delta”. Se evaluó la asociación utilizando el análisis bivariado mediante el método ANOVA, Kruskal Wallis, t de Student y coeficiente de correlación de Pearson; y el análisis multivariado con regresión lineal. **Resultados:** La mayoría de cuidadores primarios tenían a cargo a su cónyuge (34,3%). El promedio de edad fue 43,9 años ($\pm 12,5$ DE). El Nivel de Sobrecarga intensa representó el 47,1% y el grado de Dependencia Asistido Leve representó el 45,1%. Los Componentes de Salud Física (CSF) y Salud Mental (CSM) muestran una media de 49,6 ($\pm 8,4$ DE) y 41,4 ($\pm 12,2$ DE). En el análisis bivariado se halló asociación entre el nivel de sobrecarga y los CSF ($p= 0,024$) y CSM ($p> 0,001$); asimismo, entre el nivel de dependencia y el CSM ($p> 0,001$). En el análisis multivariado se encontró que los cuidadores primarios con sobrecarga intensa presentan -15,48 (IC 95%, -20,24- -10,72, $p>0.001$) puntos en el CSM en comparación con aquellos sin sobrecarga. Los cuidadores primarios cuyos pacientes presentaron niveles de dependencia grave muestran -18,03 (IC 95%, -25,14- -10,93, $p>0.001$) puntos en el CSM en comparación con los cuidadores primarios cuyos pacientes eran válidos. **Conclusiones.** Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el nivel de sobrecarga del cuidador con la calidad de vida del cuidador primario del paciente en hemodiálisis.

Palabras clave: hemodiálisis, cuidadores, calidad de vida, sobrecarga del cuidador, dependencia. (**Fuente:** DeCS-BIREM)

ABSTRACT

Objectives: To determine the association between quality of life and level of burden of primary caregiver in hemodialysis patients. **Material and Methods:** Analytical cross-sectional study on 204 caregivers. Questionnaire quality of life SF -36, questionnaire caregiver burden Zarit and test dependency "Delta" was used; association was measured by bivariate analysis using ANOVA, Kruskal Wallis, Student t and coefficient Pearson correlation, and multivariate linear regression analysis. **Results:** Most primary caregivers were by their spouse (34.3%). The average of age was 43.9 years (\pm 12.5DE). The level Intense Burden represents 47.1% and the level of dependence Assisted Mild represent 45.1%. Components of Physical Health (CSF) and Mental Health (CSM) show an average of 49.6 (\pm 8.4 SD) and 41.4 (\pm 12.2 SD). In the bivariate analysis, association between the level of burden and CSF ($p = 0.024$) and CSM ($p > 0.001$), also the level of dependency and the CSM ($p > 0.001$) was found. Multivariate analysis found that primary caregivers have intense burden -15.48 (95% CI -20.24 to -10.72, $p < 0.001$) points CSM compared to those without burden. Primary caregivers whose patients had severe dependency levels shows -18.03 (95% CI -25.14 to -10.93, $p < 0.001$) points CSM compared with primary caregivers whose patients were valid. **Conclusions:** Statistically significant association between the level of Caregiver Burden and Primary Caregiver Hemodialysis Patient's Quality of Life was found.

Keywords: Hemodialysis, caregivers, quality of life, caregiver burden, dependence.

(Source: MeSH, NLM)

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha aumentado el interés en la investigación sobre temas de salud mental ⁽¹⁾ y enfermedades crónicas como la enfermedad renal ⁽²⁻⁵⁾; ambas se enlazan en un aspecto denominado calidad de vida, el cual abarca tanto dimensiones físicas como mentales ⁽⁶⁻⁹⁾.

El efecto de las enfermedades crónicas sobre la calidad de vida no sólo afecta al paciente sino también a su entorno, principalmente a la persona responsable de su cuidado (el cuidador primario). Existen factores como la sobrecarga del cuidador, la dependencia del paciente a su cuidado y factores socio demográficos que afectan la calidad de vida de estos cuidadores ^(10,11).

El estudio analítico de Chung y Yoo realizado en Chonbuk – Korea buscó asociación entre sobrecarga y calidad de vida de 102 familiares cuidadores de pacientes en Hemodiálisis. Utilizó la escala Andrew-Whitey para evaluar la calidad de vida. Encontró que a mayor sobrecarga menor es la calidad de vida de los familiares cuidadores ($r=-0.463$, $p<0.005$) ⁽¹²⁾.

Alvarez-Ude et al. realizaron un estudio transversal en 221 pares (cuidador- paciente) en España en el año 2003. Hallaron que la calidad de vida relacionada a la salud de los familiares que cuidan a los pacientes en diálisis es ligeramente inferior a la de la población general ⁽¹³⁾.

El estudio analítico realizado por Belasco y Sesso, en Brasil en el año 2001, evaluó en 100 pacientes en hemodiálisis y sus respectivos cuidadores, la calidad de vida, características clínicas y socio demográficas asociada a la sobrecarga de los cuidadores. ⁽¹⁴⁾ Dichos autores realizaron otro estudio en 77 pacientes y sus respectivos

cuidadores primarios en Brasil en el año 2006 y determinaron a través del uso del cuestionario de calidad de vida SF 36, que dimensiones como el aspecto social y vitalidad del cuidador, son las más afectadas y poseen mayor relación a la sobrecarga del cuidador. ⁽¹⁵⁾

La situación en la realidad local aún no cuenta con evidencia confiable sobre el tema, por ello el presente estudio se plantea estimar la asociación entre la calidad de vida y el nivel de sobrecarga del cuidador primario del paciente con Enfermedad Renal Crónica estadio 5 en hemodiálisis. Debemos considerar la importancia de éste estudio correspondiente al área de salud mental ya que es una prioridad de investigación a nivel nacional y local.

II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA:

Chung S. y Yoo Y. realizaron un estudio analítico de correlación de sobrecarga percibida y calidad de vida en una muestra de 102 cuidadores familiares de pacientes en Hemodiálisis en 4 unidades hospitalarias en Chonbuk- Korea. Utilizó la Escala de Andrew-Whitey para la valoración de la calidad de vida. Reportó que “mientras mayor es la carga percibida, menor es la calidad de vida de los familiares cuidadores” ($r=-0.463$, $p<0.005$). Consideró también otras variables como el ingreso mensual familiar, religión, ocupación y nivel de educación del cuidador, y su relación familiar con el paciente, los cuales indicaron influir también en la calidad de vida del cuidador ⁽¹²⁾.

Alvarez-Ude et al. en 2003 realizaron un estudio transversal en el hospital general de Segovia – España en una muestra de 221 pares (cuidador- paciente). Halló que la Calidad de vida relacionada a la Salud (CVRS) de los familiares que cuidan a los pacientes en diálisis es ligeramente inferior a la de la población general. El análisis de regresión múltiple mostró que el estado de salud física (PSF) se ve más afectado en aquellos familiares de menor edad que perciben mayor sobrecarga. El estado de salud mental (PSM) se ve más deteriorado en aquellos que experimentan mayor sobrecarga, menor apoyo social y cuidan a pacientes con peor estado de salud mental. Además mencionó que la sobrecarga experimentada por el familiar depende de su edad, el estado de su salud física y mental y la del paciente a su cuidado. ⁽¹³⁾

El estudio realizado por Wicks MN, et al. en Tenesse – EEUU en una muestra de 96 pacientes con ERC-5 en espera de trasplante, demostró que la raza, género y relación familiar del cuidador no aumentan la sobrecarga ni afectan la calidad de vida del

cuidador. No se encontró diferencia alguna entre los tipos de diálisis aplicadas a los pacientes con respecto a la calidad de vida del cuidador. ⁽⁹⁾

Belasco A. y Sesso R. en 2001 realizaron un estudio analítico en Sao Paulo- Brasil a 100 pacientes en tratamiento con hemodiálisis y sus respectivos cuidadores primarios. Evaluaron la calidad de vida, características clínicas y socio demográficas asociada a la sobrecarga de los cuidadores. Hallaron 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 ($R^2 = 24\%$) ⁽¹⁵⁾.

Otro estudio analítico realizado por los mismos autores el 2006 en Sao Paulo a 77 pacientes mayores de 65 años y sus respectivos cuidadores primarios, mediante el cuestionario de calidad de vida SF 36, determinó que dimensiones como el aspecto social y vitalidad del cuidador son las más afectadas y poseen mayor relación a la sobrecarga del cuidador. Además, encontró que el mayor número de horas de atención semanal al paciente influye en la sobrecarga del cuidador. Los resultados fueron obtenidos mediante análisis de regresión múltiple. ⁽¹⁴⁾

2. BASES TEÓRICO-CIENTÍFICAS

La enfermedad renal crónica estadio 5 (ERC-5) es la incapacidad total de los riñones para cumplir con las funciones de eliminar residuos y toxinas, así como del equilibrio hidroelectrolítico y ácido base en nuestro organismo. El diagnóstico se realiza cuando la tasa de filtración glomerular es menor a $15\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$. ⁽²⁾

Las terapias de reemplazo renal son todas aquellas destinadas a sustituir la falta de función renal y las consecuencias que de ello se derivan. Estas son: Hemodiálisis,

Diálisis Peritoneal y Trasplante Renal ⁽²⁾. Siendo la hemodiálisis la terapia de reemplazo más utilizada, la cual consiste en un procedimiento de sustitución de la función renal mediante el intercambio de agua y sustancias nocivas para el organismo entre la sangre y una solución específica, a través de una membrana artificial. ⁽⁵⁾

Éste tratamiento trae consigo algunas dificultades en la vida del paciente y su familia como son: el transporte al centro de diálisis y los problemas relacionados con el tiempo de recuperación después de la sesión de Hemodiálisis que aproximadamente es 6 horas, y en pacientes de edad avanzada se informan dificultades de recuperación que pueden durar hasta el día siguiente. ⁽⁷⁾

Existe la preocupación de que el tratamiento de diálisis que conllevan estos pacientes ocasionan un efecto profundo en la familia y amigos, hacen estragos en el bienestar físico, social y emocional de los cuidadores; sin embargo, las necesidades de los cuidadores a menudo se descuidan por priorizar el manejo médico del paciente con ERC-5. ⁽⁸⁾

La calidad de vida es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el proceso psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno, y puede comprometerse por afecciones directamente sobre la persona, o sobre el entorno al que pertenece. ^(16,17) Existen varias escalas elaboradas para su medición, siendo el SF-36 uno de los más utilizados. ⁽¹³⁾

En los últimos años, algunos estudios demostraron que la calidad de vida de los cuidadores de pacientes con diferentes tipos de enfermedades crónicas se ve afectada,

sin embargo, existen pocos reportes acerca de la necesidad social, psicológica, apoyo económico, o educativos que se ofrecen a los cuidadores. ⁽¹⁵⁾

Los cuidadores pueden llegar a padecer depresión, ansiedad, aislamiento, fatiga, relaciones sociales tensas y tensiones financieras. ⁽⁸⁾ Considerando a la sobrecarga como un factor importante en su calidad de vida. ^(2,18)

La sobrecarga es la carga sustancial impuesta a aquellas personas directamente responsables de dar cuidado, suministrar apoyo tanto a pacientes jóvenes como adultos con cualquier enfermedad crónica. ^(9,10)

El análisis de los efectos de la sobrecarga y los cambios en la calidad de vida de los cuidadores de los pacientes con enfermedad renal terminal son todavía escasos, por lo que, obviamente hay necesidad de más estudios sobre este tema. El conocimiento de las características del cuidador y la exploración de la relación entre la sobrecarga y los parámetros de calidad de vida son de importancia fundamental, ya que pueden optimizar y dirigir el apoyo y la intervención de medidas necesarias para reducir los efectos negativos en la vida de los cuidadores y los pacientes. ⁽¹⁰⁾

Otro factor importante en la calidad de vida del cuidador es la dependencia del paciente en Hemodiálisis, considerada como la situación de una persona que no puede valerse por sí misma. ⁽¹⁹⁾ Es un grado elevado de discapacidad y disfuncionalidad que obliga a la intervención, a la ayuda, al auxilio, al soporte y al cuidado personal por tercero. ^(20,21)

III. MATERIALES Y MÉTODOS

1. TIPO DE ESTUDIO:

Estudio transversal – analítico.

2. POBLACIÓN:

Población aproximada de 400 cuidadores de pacientes con ERC-5 en hemodiálisis de la región Lambayeque que se atienden en el Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” y en centros de Salud con convenio para la realización de este procedimiento.

3. MUESTRA DE ESTUDIO Y MUESTREO

El tamaño de la muestra se obtuvo mediante el uso del programa EPIDAT v.3.1 teniendo en cuenta una proporción esperada de 50% (el máximo tamaño de muestra), con un nivel de confianza del 95%, y una precisión del 4%.⁽²²⁾ El resultado obtenido mediante el programa fue un número 204 cuidadores primarios a encuestar. El muestreo fue sistemático.

4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Cuidadores primarios de pacientes con enfermedad renal crónica estadio 5 en Hemodiálisis.
- Edad: Sujetos entre 18 y 65 años.
- Aceptación voluntaria y firma de consentimiento informado. (ANEXO N°02)

5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Sujetos con diagnóstico clínico de alguna patología mental que impida dar respuesta a los cuestionarios.
- Sujeto que cuide a más de 1 paciente.
- Sujeto que tenga a su cuidado un hijo menor de 3 años.

6. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

- **Métodos:** Encuesta y entrevista

- **Técnicas:** Se realizó la aplicación de los cuestionarios en dos escenarios, el primero al momento en que el paciente y el cuidador primario acudieron al proceso de hemodiálisis, durante ese tiempo se aplicó los cuestionarios, y en el segundo escenario los evaluadores acudieron al domicilio del paciente y/o del cuidador primario. El tiempo promedio de aplicación de todos los cuestionarios fue de 40 minutos, y se realizó de manera autoadministrada o mediante preguntas realizadas por el evaluador.

- **Instrumentos:**
 - **Ficha de recolección de datos:** Es el instrumento que permitió recaudar información tanto del paciente como del cuidador. (ANEXO N°03)

 - **Encuesta socioeconómica:** Evaluó el aspecto socioeconómico a través de 5 preguntas sobre instrucción, salud, ingresos económicos, hacinamiento y materiales de vivienda. Teniendo como resultados según su puntaje niveles socioeconómicos A,B,C,D,E.⁽¹⁸⁾ Fue validada en Lambayeque con un α de Cronbach 0,9017 e intervalo de confianza de 0,9013 - 0,9048 ⁽²³⁾ (ANEXO N°04)

 - **Cuestionario de calidad de vida SF-36:** Este instrumento proporciona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas más utilizadas a nivel local en la evaluación de los resultados clínicos, siendo aplicable tanto para la población general como para pacientes con una edad mínima de 14 años y tanto en estudios descriptivos como de evaluación. Contiene 36

ítems. Los ítems y las dimensiones del SF-36 están puntuados de forma que a mayor puntuación mejor es el resultado de salud. Para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud).^(24,25) Validada en Perú, contando con un α de Cronbach $\geq 0,82$ y un intervalo de confianza entre 0,66 - 0,92.⁽²⁶⁾ (ANEXO N°05)

- **Cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit:** La escala de Zarit es un instrumento autoadministrado que consta de 22 ítems relacionados con las sensaciones del cuidador cuando cuida a otra persona. Se trata de una escala tipo Likert donde cada cuestión se puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde 1 (nunca) a 5 (casi siempre). Con Validación Chilena y un α de Cronbach de 0,87 con intervalo de confianza entre 0,81-0,91; y Kappa en Test– Retest de 0,91.⁽²⁷⁾ (ANEXO N°06)

- **Test de dependencia “Delta”:** Es una escala que consta, a su vez, de tres subescalas independientes. La primera de ellas es la que propiamente mide el grado de dependencia, como indicativo de la necesidad de cuidados de la persona, clasificándola en válida, asistida leve, asistida moderada y asistida severa. Las otras dos subescalas, correspondientes a la deficiencia física y psíquica, son independientes entre sí y sirven para orientar sobre el origen de la dependencia (dependencia de origen físico y/o dependencia de origen psíquico).^(21,28) Validado en España para pacientes con enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis.^(21,29) (ANEXO N°07)

7. DEFINICIÓN OPERACIONAL:

- **Cuidador primario:** Aquella persona que asiste al paciente en hemodiálisis, mínimo 4 horas al día, 3 días a la semana o 15 días al mes, por lo menos en los últimos 2 meses, siendo un familiar, amigo o un cuidador sin vínculo alguno. Estos tiempos han sido establecidos por los autores, ya que no se han encontrado estudios que los establezcan.
- **Paciente en ERC-5 en Hemodiálisis:** Persona con diagnóstico de ERC estadio 5 en hemodiálisis con un tiempo no menor de 3 meses de tratamiento, mínimo 2 sesiones por semana.
- **Calidad de vida:** Evaluada mediante el Cuestionario SF-36, que consiste en 36 preguntas con puntuación de 0 a 100, donde valores con tendencia al cero indican mala calidad de vida y valores con tendencia al cien indican buena calidad de vida. Se calcularon las medias para cada dimensión, y mediante un programa virtual disponible en la página web del SF-36 se obtuvo las puntuaciones para los componentes de salud física y salud mental de cada cuidador.
- **Sobrecarga del cuidador:** Evaluada mediante el Cuestionario de sobrecarga del cuidador Zarit que consta de 22 ítems. Puntos de corte: < 46: No sobrecarga, 46 a 55: Sobrecarga leve, >55: Sobrecarga intensa.
- **Dependencia:** Evaluada utilizando el Test Delta, que consta de 20 preguntas, cada una con 4 opciones que permiten medir el grado de dependencia del paciente clasificándola en válida (0-1 puntos), asistida leve (2-9 puntos), asistida moderada (10-19 puntos) y asistida severa (20-30 puntos)

8. PLAN DE PROCESAMIENTO PARA ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizó el programa Stata v 11. Se procedió a realizar análisis descriptivo de las variables de estudio reportando medidas de tendencia central, dispersión y frecuencias relativas. Para el análisis bivariado de factores asociados se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, paramétrica de ANOVA, T de Student, y correlación de Pearson; y se realizaron modelos de regresión lineal multivariada para determinar la asociación ajustando por el resto de variables.

9. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS:

Para poder llevar a cabo el estudio se solicitó la aprobación de los comités de Metodología y Bioética de la Universidad Católica “Santo Toribio de Mogrovejo” y de los establecimientos de Hemodiálisis que forman parte de Essalud - Lambayeque. Se tuvo en cuenta consideraciones generales durante todo el procedimiento, como son la información del estudio a realizar a los pacientes, detallado en la hoja informativa (ANEXO N° 01), la confidencialidad (garantizar el anonimato de la información recogida) y la obtención del consentimiento informado tanto por parte del paciente como del cuidador principal. (ANEXO N° 02)

IV. RESULTADOS

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%).

La mayoría de cuidadores primarios tenían a cargo a su cónyuge (34,3%) y a su madre (32,8%). Predominó el nivel socioeconómico Medio bajo (68,7%), seguido de un nivel Medio (21,1%). El promedio de edad de los cuidadores primarios fue $43,9 \pm 12,5$ años. El promedio de tiempo de tratamiento de los pacientes fue 48,9 meses ($\pm 44,2$ DE), obteniéndose como tiempo mínimo y máximo en tratamiento 3 y 144 meses, respectivamente. Los demás datos socio-demográficos se resumen en la Tabla 1.

El Nivel Sobrecarga Intensa estuvo presente en el 47,1% de la muestra, mientras que el 22,1% no presentaron Sobrecarga. Predominó el nivel de Dependencia Asistido Leve con el 45,1%.

Con relación al puntaje (0 a 100 puntos) de la variable dependiente (calidad de vida) y sus diferentes dimensiones, los Componentes de Salud Física (CSF) y Salud Mental (CSM) muestran una media de $49,6 (\pm 8,4$ DE) y $41,4 (\pm 12,2$ DE), respectivamente. Las dimensiones Dolor corporal y Rol emocional presentan los puntajes más bajos con medias de $54,8 (\pm 30,6$ DE) y $39,1 (\pm 40,7$ DE) respectivamente. Las demás dimensiones se describen en la Tabla 2.

TABLA 1. Características sociodemográficas y Nivel de Sobrecarga del cuidador primario y Nivel de dependencia del paciente

Variable	No.	%
Sexo		
- Femenino	178	87,3
- Masculino	26	12,7
Procedencia		
- Chiclayo	134	65,7
- Ferreñafe	29	14,2
- Lambayeque	20	9,8
- La Libertad	14	6,9
- Cajamarca	7	3,4
Estado Civil		
- Casado	130	63,7
- Soltero	74	36,3
Grado de Instrucción		
- Secundaria	83	41,7
- Superior	76	37,3
- Primaria	45	22,0
Vínculo del Paciente con Cuidador		
- Cónyuge	70	34,3
- Madre	67	32,8
- Padre	23	11,3
- Hijo	20	9,8
- Hermano	14	6,9
- Otro	10	4,9
Nivel Socioeconómico		
- Medio Bajo	140	68,7
- Medio	43	21,1
- Medio Alto	21	10,3
Nivel de Sobrecarga		
- Sobrecarga intensa	96	47,1
- Sobrecarga leve	63	30,8
- No Sobrecarga	45	22,1
Edad del cuidador (años)	43,91*	±12,5DE
Nivel de Dependencia del paciente		
- Asistido leve	92	45,1
- Asistido moderado	73	35,8
- Válido	21	10,3
- Asistido grave	18	8,8
Tiempo en Hemodiálisis del paciente (meses)	48,97*	±44,2DE

No = frecuencia individual; % = porcentaje; *Media, DE= Desviación estándar

TABLA 2. Componentes y Dimensiones de Calidad de Vida del cuidador

Componente/Dimensión	X± DE	M
Componente Salud Física (CSF)	49,6±8,4	49,6
Función física	77,9±23,8	85,0
Rol físico	75,5±39,0	100,0
Dolor corporal	54,8±30,6	52,5
Salud general	60,3±25,0	65,0
Componente Salud Mental (CSM)	41,4±12,2	42,2
Vitalidad	59,7±23,6	65,0
Función social	71,6±20,3	77,5
Rol emocional	39,1±40,7	33,3
Salud mental	65,2±23,0	72,0

X=Media, DE= Desviación estándar, M= Mediana, CSF= Componente Salud Física, CSM= Componente Salud Mental

El análisis bivariado encontró diferencia estadísticamente significativa entre las medias del nivel de sobrecarga y el CSF ($p=0,024$); y entre el nivel de sobrecarga y el CSM ($p<0,001$). Halló además diferencia estadísticamente significativa entre las medias del nivel de dependencia del paciente y el CSM de la calidad de vida del cuidador ($p<0,001$). Se detalla en la TABLA 3.

Las variables sociodemográficas que mostraron diferencia significativa entre sus medias fueron: el CSM y el vínculo paciente-cuidador ($p=0,024$), así como el CSM y el nivel socioeconómico ($p=0,015$). Las demás variables no mostraron diferencias significativas y se detallan en la TABLA 4.

TABLA N° 3. Nivel Sobrecarga del cuidador y Dependencia del paciente asociados a los componentes de Salud Física y Salud Mental de la calidad de vida del cuidador primario

	CSF		Valor p	CSM		Valor p
	X ± DE	M		X ± DE	M	
Nivel de Sobrecarga						
- No Sobrecarga	47,3±8,4	47,2	0,024^A	53,6±10,5	55,1	<0,001*
- Sobrecarga leve	51,6±7,6	49,7		42,5±6,7	42,7	
- Sobrecarga intensa	49,3±8,6	49,9		34,9±11,1	34,6	
Nivel de Dependencia						
- Válido	48,7±7,7	48,9	0,569*	55,2±8,8	55,9	<0,001*
- Asistido leve	50,5±8,3	48,9		43,5±10,6	42,6	
- Asistido moderado	49,0±9,2	49,7		38,4±10,1	36,4	
- Asistido grave	48,8±6,5	50,7		26,7±11,1	30,4	

TABLA N° 4. Factores socio-demográficos asociados al CSF y al CSM del cuidador

Dimensiones	CSF			CSM		
	X ± DE	M	p	X ± DE	M	P

X=Media, DE= Desviación estándar, M= Mediana, CSF= Componente Salud Física, CSM= Componente Salud Mental, p = nivel de significancia
 *Test Kruskall Wallis, ^ATest ANOVA

Sexo						
- Femenino	49,7±8,6	49,7		41,6±12,2	41,7	
- Masculino	48,9±6,6	48,9	0,630^T	40,0±12,2	43,6	0,542^T
Procedencia						
- Chiclayo	50,0±8,6	49,3		42,1±12,3	42,0	
- Ferreñafe	47,8±7,6	48,6		38,6±11,8	40,2	
- Lambayeque	48,2±8,4	49,5	0,623*	43,1±11,7	45,8	0,624*
- Cajamarca	53,1±9,6	54,0		41,6±15,1	46,6	
- La Libertad	50,0±7,8	51,8		37,6±11,3	41,2	
Estado Civil						
- Soltero						
- Casado	48,9±9,0	48,6		42,1±12,8	42,2	
Grado de Instrucción						
- Primaria	50,0±8,0	49,9	0,370^T	41,0±11,9	42,2	0,560^T
- Secundaria	46,6±7,5	48,9		40,1±10,6	38,5	
- Superior	49,1±8,4	48,9	0,295^A	41,0±12,8	42,5	0,480^A
Vínculo Paciente-Cuidador						
- Padre	50,8±8,8	51,8		42,7±12,4	42,7	
- Madre						
- Cónyuge	50,0±7,9	48,9		44,6±8,6	42,2	
- Hijo	50,1±8,4	48,9		39,6±12,7	42,2	
- Hermano	48,4±8,3	48,9		42,3±12,6	42,5	
- Otro	47,7±9,3	51,9	0,184*	36,4±11,5	38,7	0,024*
Nivel Socioeconómico						
- Medio alto	50,2±9,0	45,7		37,1±8,5	38,5	
- Medio	54,9±6,0	57,9		49,9±11,2	54,3	
- Medio bajo	51,5±8,8	53,6		44,9±14,3	45,6	
Edad del cuidador (años)						
	50,2±10,2	50,1	0,370*	45,1±11,5	42,9	0,015^A
Tiempo en Tratamiento						
	49,1±7,7	48,9		39,7±11,7	40,3	
	-0,135 ^{**}		0,054	0,148 ^{**}		0,760
	0,034 ^{**}		0,627	0,048 ^{**}		0,409

X=Media, DE= Desviación estándar, M= Mediana, CSF= Componente Salud Física, CSM= Componente Salud Mental, p = nivel de significancia *Test Kruskal Wallis, ^ATest ANOVA, ^T Test t de Student, ^{**} Test de Correlación de Pearson

El análisis multivariado mostró que los cuidadores primarios de los pacientes identificados como “Otros” presentan 6,23 (IC 95%, 3,3-18,3, p=0,006) puntos más de calidad de salud física en comparación con los cuidadores primarios que son hijos de los pacientes. Así mismo, se identificó que los cuidadores primarios con sobrecarga leve e intensa presentan 6,12 (IC 95%, 2,27-9,98, p=0,002) y 5,65 (IC 95%, 1,46-9,84, p=0,008) puntos más en la calidad de salud física respectivamente, en comparación con los cuidadores primarios sin sobrecarga.

Se identificó que los cuidadores primarios con sobrecarga leve e intensa presentan -9,78 (IC 95%, -14,16- -5,39, $p>0,001$) y -15,48 (IC 95%, -20,24- -10,72, $p>0,001$) puntos en la calidad de salud mental respectivamente en comparación con los cuidadores primarios sin sobrecarga.

El estudio demostró también que los cuidadores primarios cuyos pacientes presentaron niveles de dependencia leve y grave muestran -5,61 (IC 95%, -10,73- -0,50, $p=0,032$) y -18,03 (IC 95%, -25,14- -10,93, $p>0,001$) puntos en la calidad de salud mental respectivamente en comparación con los cuidadores primarios cuyos pacientes eran válidos.

No se encontró asociación estadísticamente significativa en las demás variables estudiadas.

TABLA N° 5. Análisis multivariado: Nivel de Sobrecarga, Nivel de Dependencia y Factores socio-demográficos asociados a Componentes de Salud Física y Salud Mental

Dimensiones	CSF			CSM		
	COEF.	IC	p	COEF.	IC	p

Sexo						
- Femenino						
- Masculino	-1,17	-4,94-2,60	0,540	-2,34	-6,62-1,94	0,283
Procedencia						
- Chiclayo						
- Ferreñafe	1,52	-3,19-6,23	0,525	0,75	-4,60-6,11	0,782
- Lambayeque	-0,37	-4,68-3,94	0,623	-1,63	-6,53-3,27	0,513
- Cajamarca	-0,03	-6,94-6,87	0,992	-3,64	-11,50-4,21	0,361
- La Libertad	-0,01	-5,08-5,05	0,996	-1,51	-7,26-4,25	0,606
Estado Civil						
- Soltero						
- Casado	2,58	-0,42-5,58	0,092	-1,25	-4,66-2,16	0,471
Grado de Instrucción						
- Primaria						
- Secundaria	-0,55	-4,07-2,97	0,757	-0,08	-4,09-3,92	0,967
- Superior	1,14	-3,04-5,33	0,590	-1,43	-6,18-3,32	0,554
Vínculo Paciente-Cuidador						
- Padre	0,71	-5,17-3,75	0,754	0,57	-4,49-5,64	0,823
- Madre	-1,87	-6,43-2,69	0,420	1,66	-3,52-6,85	0,527
- Cónyuge	-4,18	-9,89-1,62	0,156	-0,71	-7,30-5,88	0,833
- Hijo	-1,71	-8,71-5,30	0,632	-0,92	-8,88-7,04	0,820
- Hermano	6,23	0,28-12,17	0,040	2,17	-4,58-8,92	0,527
- Otro						
Nivel Socioeconómico						
- Medio alto	-0,68	-5,52-4,17	0,784	-0,58	-6,08-4,93	0,836
- Medio	-2,71	-7,49-2,06	2,263	-0,45	-5,87-4,98	0,871
- Medio bajo						
Edad del cuidador (años)	-0,82	-0,20-0,04	0,176	0,03	-0,10-0,17	0,634
Tiempo en Tratamiento del paciente (meses)	-0,01	-0,04-0,03	0,824	0,01	-0,02-0,05	0,470
Nivel de Sobrecarga						
- No sobrecarga	6,12	2,27-9,98	0,002	-9,78	-14,16--5,39	>0,001
- Sobrecarga leve	5,65	1,46-9,84	0,008	-15,48	-20,24--10,72	>0,001
- Sobrecarga intensa						
Nivel de Dependencia						
- Válido	-0,35	-4,85-4,14	0,876	-5,61	-10,73--0,50	0,032
- Dependencia leve	-2,39	-7,61-2,82	0,367	-5,53	-11,47-0,39	0,067
- Dependencia moderada	-1,46	-7,71-4,79	0,646	-18,03	-25,14--10,93	>0,001
- Dependencia grave						

CSF= Componente Salud Física, CSM= Componente Salud Mental, p = nivel de significancia, COEF. = coeficiente de regresión lineal, IC = intervalo de confianza

V. DISCUSIÓN

Los resultados del presente informe, al igual que la evidencia consultada, indica que las enfermedades crónicas como la ERC-5 afectan no solamente la calidad de vida del paciente sino además influyen en la calidad de vida del entorno familiar, especialmente del cuidador primario, siendo principalmente la calidad de salud mental la más afectada; es así que en el estudio realizado por Preedy y Watson en el año 2010 encontró que los cuidadores mostraron mayores trastornos psicológico-emocionales en comparación a manifestaciones físicas⁽³⁰⁾, hallazgo similar a los resultados de nuestro estudio, en el cual la media del CSM es menor que la media del CSF ($41,4 \pm 12,2$ vs. $49,6 \pm 8,4$).

La mayoría de cuidadores primarios de nuestro estudio fueron familiares del paciente, siendo el 44,1% hijo/as a cargo de sus padres y madres, seguidos de cónyuges que representaban el 34,3%, cifras similares a las encontradas en el estudio de Belasco en 2006, realizado en Brasil, que contó con 95% de familiares cuidadores de los pacientes, donde la mayoría eran esposas, seguido por los hijos o hijas, maridos y madres⁽¹⁴⁾. Nuestro estudio mostró además que cuando el paciente es hijo del cuidador primario, éste último presenta la menor puntuación, tanto en el CSF ($47,7 \pm 9,3$) como en el CSM ($36,4 \pm 11,5$). Este predominio de hijos cuidadores es una característica común en nuestra región y parte de la idiosincrasia de las familias, quienes otorgan un gran valor a los vínculos afectivos y la responsabilidad que deben tener los hijos para con sus padres.

Nuestro estudio halló que en la variable Vínculo Paciente-cuidador la dimensión "Otros" posee 6.23 (IC 95%, 3,3-18.3, $p=0,006$) puntos más de calidad de salud física en comparación con los cuidadores primarios que son hijos de los pacientes, indicando

que estos cuidadores se ven afectados en menor cantidad en su condición física debido a que el paciente no forma parte de su núcleo familiar.

El estudio de Belasco en el 2006 menciona que las dimensiones de calidad de vida más afectadas en los cuidadores eran Salud mental, Rol físico, Vitalidad y Salud general ⁽¹⁴⁾; mientras que en nuestro estudio vemos que las dimensiones más afectadas fueron Dolor Corporal y Rol Emocional con medias de 54,8 y 39,1 respectivamente, seguidos de Vitalidad y Salud general, ambas con medias de 65,0, siendo éstas dos últimas afectadas también en el estudio de Belasco. Es así que podemos ver que las dimensiones que presentaron medias menores forman parte del CSM, por lo que podemos inferir que es la salud mental en el cuidador primario la que se ve más comprometida.

Los resultados presentados no mostraron asociación entre el sexo del cuidador y los diferentes componentes de la calidad de vida, hecho que corrobora los resultados de Assal et al. quienes tampoco encontraron diferencias entre las medias de calidad de vida y sexo ⁽³¹⁾. Al respecto Ho et al. en su estudio realizado en el 2005, encontraron que otros datos demográficos como nivel educativo, estado civil y situación laboral, no se correlacionaron con la calidad de vida de los cuidadores ⁽³²⁾. En nuestro estudio se encontró asociación estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico y el CSM, con lo que podemos inferir que mientras menor sea el ingreso económico del cuidador primario más afectada se ve la salud mental, debido a que esto puede originar preocupación y deterioro psicológico en éstas personas que no cuentan con los medios ni con la ayuda necesaria para prevenirlo.

Alvarez- Ude halló en su estudio que las menores puntuaciones del componente mental de calidad de vida se asociaron con mayor sobrecarga del cuidador ⁽¹³⁾, lo cual también se observó en nuestro estudio viéndose asociada la sobrecarga a los componentes de salud física y mental. Sin embargo la asociación al CSF indica que a mayor nivel de sobrecarga mayor puntuación en la calidad de salud física, esto podría deberse a un proceso físico “adaptativo” del cuidador para compensar el nivel de sobrecarga; sin embargo no podemos aseverar esto, ya que podría tratarse de un resultado aislado, por lo que amerita mayores estudio para comprobar este resultado.

El hecho de haber encontrado asociación entre el grado de dependencia de los pacientes y el CSM de la calidad de vida del cuidador primario ($p < 0,015$) nos ayuda a inferir que a mayor grado de dependencia del paciente peor es la calidad de la salud mental del cuidador primario. No se encontró asociación estadísticamente significativa en las demás variables estudiadas.

Las limitaciones del estudio fueron: el rechazo a participar del estudio por parte de una clínica de hemodiálisis. Además, 9 cuidadores primarios no desearon participar en el estudio representando el 4.22%, dentro del 10% de rechazo esperado. La escasa bibliografía referida a la temática de investigación también representó una limitación importante.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses durante el desarrollo del presente estudio.

VI. CONCLUSIONES

1. A mayor nivel de sobrecarga del cuidador menor es el componente de salud mental de su calidad de vida.
2. A mayor nivel de dependencia del paciente menor es el componente de salud mental de la calidad de vida del cuidador
3. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el CSM y el nivel socio económico y vínculo paciente – cuidador.
4. La sobrecarga intensa predominó con el 47,1%, seguido del nivel de sobrecarga leve con el 30,8%.
5. Predominó el sexo femenino (87,3%). La mayoría provenía de Chiclayo (65,7%). El 63,7% eran casados. La mayoría eran cónyuges El promedio de edad del cuidador fue 43,9 años. El nivel socioeconómico medio bajo predominó con el 68.7%.
6. El nivel de dependencia del paciente que predominó fue asistido leve con el 45,1%, seguido de asistido moderado con 35,8%.

VII. RECOMENDACIONES

Los resultados expuestos apoyan la necesidad de implementar intervenciones de apoyo educativo, social y sobretodo psicológico para mejorar la calidad de vida del cuidador primario, al constituir este un apoyo vital para el paciente.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Magaz A. Efectos psicológicos de la insuficiencia renal crónica: diferencias en función de los tratamientos médicos [Tesis en internet]. Bilbao: Univ. Deusto; 2003 [acceso 10 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.calvida.com/tripticos/Tesis.pdf>
2. Salas A, Hinojosa R, Battilana C. Costo de las terapias para tratar la Insuficiencia Renal Crónica Terminal. Diagnostico [internet]. Dic 2006 [acceso 08 de Mayo de 2011]; 45(4). Disponible en: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2006/oct-dic/182-184.html>
3. FEDESALUD. Guía para el manejo de la enfermedad renal crónica-ERC: Basada en la Evidencia. Colombia: Ministerio de la Protección social [Internet]; 2005 [acceso 05 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.saludcolombia.com/actual/documentos/GUIA%20DE%20ATENCION%20ERC%20version%20oficial.pdf>
4. National Kidney Foundation: KDOQI clinical practice guidelines and clinical practice recommendations for 2006 updates: hemodialysis adequacy, peritoneal dialysis adequacy, and vascular access. Am J Kidney Dis [Internet]. 2006 [acceso 25 de junio de 2011]; 48(suppl 1):S1-S322. Disponible en: http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/pdf/12-50-0210_JAG_DCP_Guidelines-HD_Oct06_SectionA_ofC.pdf
5. National Kidney Foundation: KDOQI Clinical Practice Guideline for Nutrition in Children with CKD: 2008 Update. Am J Kidney Dis [Internet]. 2009 [acceso 06 de junio de 2011]; 53(3 Suppl 2): S1-S124. Disponible en: http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines_updates/pdf/CPGPedNutr2008.pdf
6. Rahim A, Alhani F, Ahmadi F, Gholyaf M, Akhoond M. Effects of a continuous care model on perceived quality of life of spouses of haemodialysis patients. East Mediterr Health J [internet]. Agosto 2009 [acceso 07 de mayo de 2011];15(4):944-50. Disponible en: http://www.emro.who.int/emhj/1504/15_4_2009_0944_0950.pdf
7. Gayomali1 Ch, Sutherland S, Finkelstein F. The challenge for the caregiver of the patient with chronic kidney disease. Nephrol Dial Transplant [internet]. 2008 [acceso 20 de mayo de 2011]; 23: 3749-51. Disponible en: <http://ndt.oxfordjournals.org/content/23/12/3749.full>
8. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Support interventions for caregivers of people with chronic kidney disease: a systematic review. Nephrol Dial Transplant [Internet]. 2008 [acceso 26 de mayo de 2011]; 23: 3960-65. Disponible en: <http://ndt.oxfordjournals.org/content/23/12/3960.full.pdf>
9. Wicks M, Milstead E, Hathaway D, Cetingok M. Subjective burden and quality of life in family caregivers of patients with end stage renal disease. ANNA J [internet].

Oct 1997 [acceso 05 de mayo de 2011]; 24(5):527-40. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9392735>

10. Barrón B, Alvarado S. Desgaste Físico y Emocional del Cuidador Primario en Cáncer. *Cancerología* [Internet]. 2009 [acceso 01 de junio de 2011]; 4: 39-46. Disponible en: <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1257541295.pdf>

11. Venegas B. Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada. *Revista Aquichan* [internet]. 2006 [acceso a internet 26 de mayo de 2011];6(1):137-147. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/741/74160114.pdf>

12. Chung S, Yoo Y. A Study on the Perceived Burden and the Quality of Life of Family Caregivers of Hemodialysis Patients. *J Korean Acad Adult Nurs* [internet]. Aug 1997 [acceso 05 de Mayo de 2011]; 9(2):324-39. Disponible en: <http://www.koreamed.org/SearchBasic.php?RID=0094JKAAN/1997.9.2.324&DT=1>

13. Álvarez-Ude F, Valdés C, Estébanez C, Rebollo P. La calidad de vida relacionada con la salud (cvrs) y la sobrecarga percibida por el familiar que cuida al paciente en diálisis (del grupo de estudio familiar). *Nefrología* [internet]. 2003 [acceso 05 de Mayo de 2011];23 Supl 6. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P7-E220/P7-E220-S132-A2889.pdf>

14. Belasco A, Barbosa D, Bettencourt A, Diccini S, Sesso R. Quality of Life of Family Caregivers of Elderly Patients on Hemodialysis and Peritoneal Dialysis. *Am J Kidney Dis* [internet]. Dic 2006 [acceso 02 de mayo de 2011]; 48:955-63. Disponible en: [http://www.ajkd.org/article/S0272-6386\(06\)01358-8/abstract](http://www.ajkd.org/article/S0272-6386(06)01358-8/abstract)

15. Belasco A, Sesso R, Burden and Quality of Life of Caregivers for Hemodialysis Patients. *Am J Kidney Dis* [internet]. Abr 2002 [acceso 02 de mayo de 2011]; 39(4):805-12. Disponible en: [http://www.ajkd.org/article/S0272-6386\(02\)4242-2/abstract](http://www.ajkd.org/article/S0272-6386(02)4242-2/abstract)

16. World Health Organization. WHOQOL Measuring Quality of life. Genova: WHO [Internet].1997 [acceso 01 de mayo de 2011]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

17. Botero B, Pico M. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud* [Internet]. 2007 [acceso 06 de junio de 2011]; 12:11 – 24. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_2.pdf

18. Emanuel E, Fairclough D, Slutsman J, Emanuel L: Understanding economic and other burdens of terminal illness: The experience of patients and their caregivers. *Ann Intern Med* [Internet]. 2000 [acceso 25 de junio de 2011]; 132:451-59. Disponible en: <http://www.annals.org/content/132/6/451.1.full.pdf>

19. Pérez A. El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental. España: Universidad de Salamanca; 2006. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/perez-cuidador-01.pdf>
20. Pérez A. Dependencia, cuidado informal y función familiar. Análisis a través del modelo sociocultural de estrés y afrontamiento [Tesis en internet]. España: Universidad de Salamanca; 2009 [acceso 05 de junio de 2011]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/tesis-perez-dependencia.pdf>
21. Arenas M, Álvarez F, Angoso M, Berdud I, Antolín A., Lacueva J. Valoración del grado de dependencia funcional de los pacientes en hemodiálisis (HD): estudio multicéntrico. NEFROLOGÍA [internet]. 2006 [acceso 04 de mayo de 2011]; 26(5). Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P1-E254/P1-E254-S132-A3863.pdf>
22. Cesáreo Naveiro-Rilo José, Díez-Juárez M.^a Dulcinea, Flores-Zurutuza Lourdes, Rodríguez-García Miguel Ángel, Rebollo-Gutiérrez Francisco, Romero Blanco Agustín. La calidad de vida en los enfermos con insuficiencia cardiaca: visión desde atención primaria de salud. Gac Sanit [revista en la Internet]. 2012 Oct [citado 2012 Nov 12]; 26(5): 436-443. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000500008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.10.013>.
23. Vera-Romero F, Vera-Romero O. Evaluación del Nivel Socioeconómico: Presentación de una escala adaptada a una población en Lambayeque. Rev CMHNAAA. Perú. 6(1): 2013. 41-44.
24. Rodríguez M, Merino M, Castro M. Valoración psicométrica de los componentes físicos (CSF) y mentales (CSM) del SF-36 en pacientes insuficientes renales crónicos en tratamiento con hemodiálisis. Ciencia y Enfermería [internet]. 2009 [acceso 01 de mayo de 2011]; XV (1): 75-88. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n1/art09.pdf>
25. Freire M. Calidad de vida en mayores y sus aspectos bio-psico-sociales. Estudio comparativo de los instrumentos WHOQOL-BREF y SF-36. Tesis Doctoral. Facultad de ciencias de la actividad física y el deporte y Escuela de ciencias de la Salud. Universidad de Granada. 2007
26. Salazar FR, Bernabe E. The spanish SF-36 in Peru: Factor structure, construct validity and internal consistency. Asia Pac J Public Health. (Revista de Internet) 2012 Enero. (citado 2014 Feb 09). Disponible en: <http://aph.sagepub.com/content/early/2012/01/10/1010539511432879.long>
27. Breinbauer H, Vásquez H, Mayanz S. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Rev Méd Chile [internet]. 2009 [acceso 05 de mayo de 2011]; 137: 657-665. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000500009

28. Cobo J, Pelayo R, Soraya, Alonso R, Menezo R, Gándara M, et al. Repercusión del grado de dependencia de los pacientes en hemodiálisis sobre la carga de trabajo de enfermería. Rev Soc Esp Enferm Nefrol [internet]. 2008 [acceso 02 de mayo de 2011]; 11 (1): 6-11. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v11n1/original1.pdf>
29. Hernández V, Palacios G, Rubio FJ, Porras G, Rodríguez J, Uguet M y Fernández M. Evaluación del grado de dependencia de los pacientes en hemodiálisis mediante el test Delta. En: Libro comunicaciones XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica; Córdoba 1-4 Octubre 2006. Barcelona: HOSPAL; 2006. p. 371-381.
30. Preedy, V., Watson, R. Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures (1ª ed.). USA; 2010, Springer Science and Business Media
31. Assal, H., Emam, H., Abd El-Ghaffar, N. Health related quality of life among Egyptian patients on haemodialysis. J. Med. Sci. 2006 [acceso de 25 de Octubre 2012]; 6(3), 314-320. Disponible en: <http://scialert.net/qredirect.php?doi=jms.2006.314.320&linkid=pdf>
32. Ho, A. Collins, S., Davis, K., Doty, M. A Look at working-age caregivers' roles health concern and need for support. Common W. Found. 2005 [acceso de 25 de Octubre 2012]; 854, 1-12. Disponible en: http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Issue%20Brief/2005/Aug/A%20Look%20at%20Working%20Age%20Caregivers%20Roles%20%20Health%20Concerns%20%20and%20Need%20for%20Support/854_Ho_lookatworkingcaregiversroles_IB%20pdf.pdf

IX. ANEXOS



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**
Facultad de Medicina
Escuela de Medicina

ANEXO N° 01

HOJA INFORMATIVA

“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”

La presente investigación es conducida por estudiantes de la Facultad Medicina, Yasling Akintui Villalobos y Christian López Araujo, y por los doctores José Luis Taypichahuana Juárez y Cristian Díaz Vélez, médico nefrólogo y médico epidemiólogo, respectivamente, del Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” y docentes de Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. El objetivo de este estudio es Evaluar la asociación entre calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes con Enfermedad Renal Crónica estadio 5 en tratamiento de Hemodiálisis y el nivel de Sobrecarga de los cuidadores en la región Lambayeque durante el año 2012

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder algunas preguntas en una encuesta realizada por los estudiantes a cargo. Todo este proceso tomará aproximadamente **40 minutos de su tiempo**.

La participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Existe la posibilidad de publicación de los resultados del trabajo en revistas de investigación a nivel regional, nacional e internacional.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. De tener preguntas sobre este estudio, puedo contactar a:

Yasling Akintui Villalobos

Telf: 979128998

Correo electrónico: danmis1@gmail.com

Christian López Araujo

Telf: 978993653

Correo electrónico: cl.lopez90@gmail.com

Desde ya le agradecemos su participación.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
Facultad de Medicina
Escuela de Medicina

ANEXO N° 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“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”

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por estudiantes de medicina del 5° año de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. He sido informado (a) que el objetivo de este estudio es evaluar la asociación entre calidad de vida los cuidadores primarios de pacientes con Enfermedad Renal Crónica estadio 5 en tratamiento de Hemodiálisis y el nivel de Sobrecarga de los cuidadores en la región Lambayeque durante el año 2012.

Se me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 40 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto ocasione problema alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a:

Yasling Akintui Villalobos

Telf: 979128998 Correo electrónico: danmis1@gmail.com

Christian López Araujo

Telf: 978993653 Correo electrónico: cl.lopez90@gmail.com

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Fecha:

Nombre del Participante:

DNI:

Firma del Participante



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
Facultad de Medicina
Escuela de Medicina**

ANEXO N° 03

“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”

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Nombres y apellidos:.....
2. Edad: años
3. Sexo: M () F ()
4. Lugar de Procedencia:.....
5. Estado civil: Soltero/a () Casado/a () Divorciado/a () Viudo/a ()
6. Grado de instrucción de: Primaria () Secundaria () Superior () Ninguno ()
7. Vínculo paciente cuidador: Madre () Padre () Hijo/a () Esposo/a () Ninguno ()
Otro.....
8. Tiempo en tratamiento en hemodiálisis: meses



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**
Facultad de Medicina
Escuela de Medicina

ANEXO N° 04

“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”

ENCUESTA SOCIOECONÓMICA

N1 ¿Cuál es el grado de estudios de Padres? *Marque con un aspa (X)*;

Donde M= Madre y P=Padre

<i>M</i>	<i>P</i>		NIVEL DE ESTUDIOS
		1	Primaria Completa / Incompleta
		2	Secundaria Incompleta
		3	Secundaria Completa
		4	Superior No Universitario (p. ej. Instituto Superior, otros)
		5	Estudios Universitarios Incompletos
		6	Estudios Universitarios Completos (Bachiller, Titulado)
		7	Postgrado

N2 ¿A dónde acude el Jefe de Hogar para atención médica cuando él tiene algún problema de salud?

	1	Posta médica / farmacia / naturista
	2	Hospital del Ministerio de Salud / Hospital de la Solidaridad
	3	Seguro Social / Hospital FFAA / Hospital de Policía
	4	Médico particular en consultorio
	5	Médico particular en clínica privada

N3 ¿Cuál de las siguientes categorías se aproxima más al salario mensual de su casa?

	1	Menos de 600 soles/mes aproximadamente
	2	Entre 600 – 999 soles/mes aproximadamente
	3	1000 – 1500 soles/mes aproximadamente
	4	> 1500 soles/mes aproximadamente

N4-A ¿Cuántas habitaciones tiene en su hogar exclusivamente para dormir? _____.

N4-B ¿Cuántas personas viven permanentemente en el hogar? (sin incluir el servicio doméstico)

_____.

N5 ¿Cuál es el material predominante en los pisos de su vivienda?

	1	Tierra / Arena
	2	Cemento sin pulir (falso piso)
	3	Cemento pulido / Tapizón
	4	Mayólica / loseta / cerámicos
	5	Parquet / madera pulida / alfombra / mármol / terrazo



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
Facultad de Medicina
Escuela de Medicina**

ANEXO N° 05

“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”

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

Marque con un X en el recuadro que considere adecuado:

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1 Excelente 2 Muy buena 3 Buena 4 Regular 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
2 Algo mejor ahora que hace un año
3 Más o menos igual que hace un año
4 Algo peor ahora que hace un año
5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

- 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
1 Sí 2 No
14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
1 Sí 2 No
15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
1 Sí 2 No
16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?
1 Sí 2 No
17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
1 Sí 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 No, ninguno 2 Sí, muy poco 3 Sí, un poco
4 Sí, moderado 5 Sí, mucho 6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez 6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez 6 Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez
5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.
1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa
5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.
1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa
5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.
1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa
5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.
1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa
5 Totalmente falsa



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**
Facultad de Medicina
Escuela de Medicina

ANEXO N° 06

“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”

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR (ZARIT)

Después de leer cada afirmación, indique con qué frecuencia se siente usted así (*Marque con un X*):

PREGUNTAS	1 = nunca	2= casi nunca	3 = a veces	4= frecuente mente	5 = casi siempre
1. ¿Siente Ud. que su familiar/paciente solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Siente Ud. que, a causa del tiempo que gasta con su familiar/paciente, ya no tiene tiempo suficiente para Ud. mismo?					
3. ¿Se siente estresada(o) al tener que cuidar a su familiar/paciente y tener además que atender otras responsabilidades? (p. ej., con su familia o en el trabajo)					
4. ¿Se siente avergonzada(o) por el comportamiento de su familiar/paciente?					
5. ¿Se siente irritada(o) cuando está cerca de su familiar/paciente?					
6. ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?					
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar/paciente?					
8. ¿Siente que su familiar/paciente depende de Ud.?					
9. ¿Se siente agotada(o) cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente?					
10. ¿Siente Ud. que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?					
11. ¿Siente que no tiene la vida privada que					

desearía a causa de su familiar/paciente?					
12. ¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar/paciente?					
13. (Solamente si el entrevistado vive con el paciente) ¿Se siente incómoda(o) para invitar a amigos a casa, a causa de su familiar/paciente?					
14. ¿Cree que su familiar/paciente espera que Ud. le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar?					
15. ¿Cree Ud. que no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familiar/paciente, además de sus otros gastos?					
16. ¿Siente que no va a ser capaz de cuidar de su familiar/paciente durante mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó?					
18. ¿Desearía poder encargarse del cuidado de su familiar/paciente a otra persona?					
19. ¿Se siente insegura(o) acerca de lo que debe hacer con su familiar/paciente?					
20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar/paciente?					
21. ¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que lo hace?					
22. En general, ¿se siente muy sobrecargada(o) al tener que cuidar de su familiar/paciente?					



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
Facultad de Medicina
Escuela de Medicina**

ANEXO N°07

“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”

TEST DELTA

A. DEPENDENCIA:

1. MOVILIZACIÓN:

- (0) Autónomo.
- (1) Asistencia ocasional para movilización desde la cama, WC, silla o silla de ruedas.
- (2) Precisa ayuda frecuente para movilización desde la cama, WC, silla o silla de ruedas.
- (3) La ayuda es necesaria de forma permanente.

2. DEAMBULACIÓN Y DESPLAZAMIENTO.

- (0) Autónomo, aunque lleva algún medio de apoyo.
- (1) Necesita ayuda esporádica.
- (2) Precisa ayuda con frecuencia para la deambulación.
- (3) Hay que desplazarle siempre. Incapaz de impulsar silla de ruedas. Encamado.

3. ASEO:

- (0) Autónomo.
- (1) Precisa ayuda ocasional en el aseo diario: lavado de manos, cara afeitado, peinado, etc.
- (2) Necesita ayuda frecuentemente para el aseo diario.
- (3) Hay que ayudarlo siempre.

4. VESTIDO:

- (0) Autónomo.
- (1) En ocasiones hay que ayudarlo. Precisa de supervisión.
- (2) Necesita siempre ayuda para ponerse alguna prenda o calzarse.
- (3) Es necesario vestirlo y calzarlo totalmente.

5. ALIMENTACIÓN:

- (0) Lo hace solo.
- (1) Precisa ayuda ocasional para comer. A veces hay que prepararle los alimentos.
- (2) Precisa con frecuencia ayuda para comer. Se le suelen preparar los alimentos.
- (3) Hay que administrarle la comida.

6. HIGIENE ESFINTERIANA:

- (0) Continencia. Incontinencia urinaria esporádica.
- (1) Incontinencia urinaria nocturna y fecal esporádica. Colostomía.
- (2) Incontinencia urinaria permanente diurna y nocturna. Sonda vesical.
- (3) Incontinencia urinaria y fecal totales.

7. ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS:

- (0) No precisa. Gestión autónoma.
- (1) Necesita supervisión en la toma de medicación y/o ayuda ocasional en la administración de determinados tratamientos.
- (2) Hay que prepararle y administrarle la medicación diariamente.
- (3) Precisa sueroterapia, oxigenoterapia, alimentación por sonda nasogástrica, etc.

8. CUIDADOS DE ENFERMERÍA (Prevención de escaras, curas de pies diabéticos, curas adicionales al cuidado habitual de la FAV, mayor supervisión de constantes vitales por hipotensiones o sintomatología durante la diálisis, portadores de catéteres,...).

(0) No precisa.

(1) Precisa cura o actuación de enfermería ocasional.

(2) Precisa cura o actuación de enfermería periódicamente.

(3) Supervisión continuada: atención a enfermos terminales, curas de lesiones graves, etc.

9. NECESIDAD DE VIGILANCIA:

(0) No precisa.

(1) Trastornos de conducta temporales que impliquen necesidad de vigilancia ocasional (por ejemplo: inquietud psicomotriz,...).

(2) Trastornos de conducta permanentes que alteren la convivencia de forma leve o moderada (por ejemplo: ideas de muerte, auto-heteroagresividad,...).

(3) Trastornos de conducta intensos permanentes que alteren la convivencia de forma grave (por ejemplo: riesgo de suicidio, vagabundeó, síndrome de fuga, etc.).

10. COLABORACIÓN:

(0) Colaborador.

(1) Comportamiento pasivo (necesita estímulo).

(2) No colabora.

(3) Rechazo categórico y constante.

B. DEFICIENCIA FÍSICA:

1. ESTABILIDAD:

(0) Se mantiene bien de pie o en cualquier postura.

(1) Ligera inseguridad en la marcha. Riesgo leve de caída (por ejemplo: mareos frecuentes).

(2) Marcada inseguridad en la marcha. Caídas frecuentes.

(3) No puede permanecer de pie sin apoyo.

2. VISIÓN Y AUDICIÓN:

(0) Visión Normal o corrección con lentes. Oye bien. Casos no valorables.

(1) Ligera disminución de la visión, mal compensada con lentes. Sordera moderada. Lleva audífono.

(2) Marcada disminución de la visión, que no puede compensarse con lentes. Sordera total.

(3) Ceguera total.

3. ALTERACIÓN DEL APARATO LOCOMOTOR:

(0) Movilidad y fuerza normales. Sensibilidad total. Casos no valorables.

(1) Ligera limitación de la movilidad en alguna de las extremidades o tronco.

(2) Limitación moderada de la movilidad en alguna de las extremidades o tronco. Anquilosis ó alguna articulación importante. Amputación parcial de alguna extremidad.

(3) Limitación grave de la movilidad. Amputación completa sin prótesis. Desarticulación.

4. OTRAS FUNCIONES NEUROLÓGICAS (Rigidez, movimientos anormales):

(0) Sin alteraciones.

(1) Temblor ligero. Movimientos anormales ocasionales. Ligera hipertonía. Ligera rigidez.

(2) Temblor moderado. Crisis comiciales ocasionales. Movimientos anormales frecuentes (disquinesias, distonías). Rigidez moderada.

(3) Temblor importante. Crisis comiciales frecuentes. Rigidez importante. Movimientos anormales permanentes.

5. APARATO RESPIRATORIO Y CARDIOVASCULAR:

(0) Sin alteraciones.

(1) Disnea de mediano esfuerzo (escaleras, cuestras). Claudicación intermitente leve.

(2) Disnea de mínimos esfuerzos. Dolor vascular ligero y permanente.

(3) Disnea continua grave. Dolor vascular permanentemente moderado o grave.

C. DEFICIENCIA PSÍQUICA:

1. LENGUAJE Y COMPRENSIÓN:

- (0) Habla normalmente. Comprensión buena.
- (1) Alguna dificultad en la expresión oral. En ocasiones no entiende lo que se le dice.
- (2) Disartria o disfasia intensa. Poca coherencia o expresividad. Es frecuente que no responda órdenes y sugerencias.
- (3) Afasia. Lenguaje inteligible o incoherente. Apenas habla. No responde a órdenes sencillas.

2. ORIENTACIÓN Y MEMORIA:

- (0) Bien orientado en tiempo y espacio. Buena memoria.
- (1) Desorientación ocasional. Buen manejo en su casa o planta. Despistes y olvidos ocasionales.
- (2) Desorientado en tiempo o espacio. Pérdida frecuente de objetos. Identifica mal a las personas, reconociendo lazos afectivos, o recuerda mal acontecimientos nuevos y nombres.
- (3) Desorientación total. Pérdida de la propia identidad. No reconoce lazos afectivos. Apenas recuerda nada.

3. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO:

- (0) No presenta problemas.
- (1) Trastornos de comportamiento con alteraciones conductuales leves (por ejemplo: irritabilidad, trastornos del control de los impulsos).
- (2) Trastornos del comportamiento con alteraciones conductuales moderadas (por ejemplo: agresividad moderada, conducta desorganizada).
- (3) Trastornos del comportamiento con alteraciones conductuales graves.

4. CAPACIDAD DE JUICIO:

Valerse correctamente del dinero cuando va a comprar, llamar desde un teléfono público, ejecución de órdenes sencillas.

- (0) Normal para su edad y situación.
- (1) Tiene alguna dificultad para resolver problemas y situaciones nuevas.
- (2) Le cuesta mucho resolver problemas sencillos.
- (3) No puede desarrollar ningún razonamiento.

5. ALTERACIONES DEL SUEÑO:

- (0) Duerme bien habitualmente sin medicación.
- (1) Duerme bien con medicación.
- (2) Duerme mal con medicación sin afectar al entorno.
- (3) Alteraciones graves del sueño con agitación nocturna.