

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS:

Título : “NIVEL DE SOBRECARGA Y SÍNTOMAS
DEPRESIVOS EN CUIDADORES DE
PACIENTES EN HEMODIÁLISIS
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL “DANIEL
ALCIDES CARRIÓN”-2023”

Para optar : El Título Profesional de Médico Cirujano

Autor : Bach. Cordova Rodriguez Melanie Milagros

Asesor : M.C. Hernan Alexander Sinche Espinal

Línea de investigación institucional : Salud y Gestión de la Salud

Fecha de inicio / y culminación : Julio– Diciembre de 2023

Huancayo – Perú

Julio – 2023

DEDICATORIA

A mi amada madre por ser la columna vertebral de mi formación personal y por enseñarme la fuerza inquebrantable que tiene el amor.

A mi amado hermano, quien me demuestra cada día que la adversidad solo sirve para que surja la resiliencia.

A mis abuelos, por ser parte de mi vida, por su calidez y buenos consejos.

A mi padre hasta el cielo, porque habita en mis recuerdos y mi corazón.

Bach. Melanie Córdova Rodríguez

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Peruana los Andes y los docentes de la Facultad de Medicina Humana; quienes a través de su capacidad profesional me proporcionaron herramientas inmensurables en mi formación como médico.

Al Dr. Hernán Alexander Sinche Espinal, docente asesor asignado para esta investigación; quien, coadyuvo en la elaboración del presente trabajo a través de sus observaciones y aportes propicios.

A los docentes revisores; que con sus observaciones pertinentes proporcionaron una visión amplia de cómo mejorar el documento.

A todos y cada uno de ellos; se les reconoce incomparablemente.

La autora.



CONSTANCIA DE SIMILITUD

N ° 0010-FMH -2024

La Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones, hace constar mediante la presente, que la **Tesis** Titulada:

NIVEL DE SOBRECARGA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN CUIDADORES DE PACIENTES EN HEMODIÁLISIS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL "DANIEL ALCIDES CARRIÓN" - 2023

Con la siguiente información:

Con autor(es) : **Bach. CORDOVA RODRIGUEZ MELANIE MILAGROS**

Facultad : **MEDICINA HUMANA**

Asesor(a) : **M.C. HERNAN ALEXANDER SINCHE ESPINAL**

Fue analizado con fecha **19/02/2024** con **148** pág.; en el Software de Prevención de Plagio (Turnitin); y con la siguiente configuración:

Excluye Bibliografía.

Excluye Citas.

Excluye Cadenas hasta 20 palabras.

Otro criterio (especificar)

X
X

El documento presenta un porcentaje de similitud de **24** %.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el artículo N° 15 del Reglamento de Uso de Software de Prevención de Plagio Versión 2.0. Se declara, que el trabajo de investigación: **Si contiene un porcentaje aceptable de similitud.**

Observaciones:

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 20 de febrero de 2024



DR. HILARIO ROMERO GIRON
JEFE (e)

Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones

PRESENTACIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) se reconoce cada vez más entre la población, lo que plantea importantes desafíos para los médicos de todo el mundo. A medida que la enfermedad progresa, la masa renal disminuye aproximadamente un 10% por década entre los 30 y los 80 años. El número de nefronas funcionales también disminuye, en asociación con una reducción del espesor de la corteza renal en un 10% por cada década de edad. Por ello es en constante crecimiento la prevalencia de ERC, quienes a su vez necesitan de cuidados permanentes para sostenerse, asistir a las sesiones de terapia de reemplazo renal y otros.

Existen en el Perú y en el mundo, múltiples investigaciones sobre los rezagos en los pacientes con ERC, la depresión, ansiedad, ideas suicidas que pueden tener; pero es reciente el enfoque que la investigación clínica orientada a analizar a los cuidadores y su estado físico y emocional. Lo cierto es que, los cuidadores son un gran grupo vulnerable, ya que resultan ser quienes cargan con las responsabilidades inherentes a su vida y a la de su paciente; por ello el conocer la sobrecarga que llevan y si esta se relaciona con síntomas de depresión es crucial para la implementación de estrategias con ellos y mejorar la calidad de vida.

Por estas razones, el presente trabajo tiene como objetivo determinar la asociación que existe entre el nivel de sobrecarga y síntomas depresivos en cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023; y utilizó el método científico, el tipo de investigación fue analítico, por su alcance fue correlacional y el diseño de investigación fue no experimental- de corte transversal.

En ese orden de ideas, esta investigación se presenta por medio de cinco capítulos correctamente organizados desde el planteamiento de problemas, marco teórico, hipótesis, metodología y resultados procura enseñar de forma técnico- didáctica. Finalmente se muestra la discusión de resultados, conclusiones y recomendaciones; y se adjunta anexos.

CONTENIDO

PORTADA.....	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
PRESENTACIÓN.....	iv
CONTENIDO	vii
CONTENIDO DE TABLAS	xi
CONTENIDO DE FIGURAS	xiii
RESUMEN.....	xiv
ABSTRACT.....	xv

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática	16
1.2. Delimitación del problema	20
1.2.1. Delimitación temporal:	20
1.2.2. Delimitación espacial:.....	20
1.2.3. Delimitación conceptual:	20
1.3. Formulación del problema.....	22
1.3.1. Problema general	22
1.3.2. Problemas específicos.....	22
1.4. Justificación.....	23
1.4.1. Social	23
1.4.2. Teórica	24
1.4.3. Metodología.....	24
1.5. Objetivos	25

1.5.1. Objetivo general.....	25
1.5.2. Objetivos específicos	25

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes	26
2.1.1. Antecedentes nacionales	26
2.1.2. Antecedentes internacionales.....	27
2.2. Bases teóricas o científicas.....	33
2.2.1. Cuidadores y sobrecarga.....	33
2.2.2. Síntomas depresivos	41
2.2.3. Enfermedad Renal Crónica.....	47
2.2.4. Cuidado familiar y enfermedad crónica.....	48
2.3. Marco conceptual	49

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis general	51
3.2. Hipótesis específicas	51
3.3. Variables.....	53
3.3.1. Variable 1: sobrecarga del cuidador	53
3.3.1. Variable 2: síntomas depresivos	53

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Método de investigación	54
4.2. Tipo de investigación	54
4.3. Alcance de investigación.....	54
4.4. Diseño de investigación.....	55

4.5. Población y muestra	55
4.5.1. Población:	55
4.5.2. Muestra	56
4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	57
4.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	62
4.8. Aspectos éticos de la investigación	63
CAPÍTULO V	
RESULTADOS	
5.1. Descripción de resultados.....	65
5.1.1. Características generales de la población	65
5.1.2. Nivel de sobrecarga del cuidador.....	67
5.1.3. Síntomas depresivos	70
5.2. Contrastación de hipótesis	74
5.2.1. Hipótesis general.....	74
5.2.2. Hipótesis específicas.....	78
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	88
CONCLUSIONES	92
RECOMENDACIONES	94
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95
ANEXOS	114
Anexo 1: Matriz de consistencia	115
Anexo 2: Matriz de operacionalización de variables	117
Anexo 3: Instrumento de recolección de datos.....	120
Anexo 4: Baremo de evaluación del instrumento.....	129
Anexo 5: Análisis de validez y confiabilidad.....	131
Alfa de Cronbach de escala de sobrecarga de Zarit.....	131

Alfa de Cronbach de escala de sobrecarga de Zarit.....	135
Anexo 6: Constancia de aplicación institucional.....	138
Anexo 7: Consentimiento informado	139
Anexo 8: La data de procesamiento	142
Anexo 9: Reporte fotográfico	146

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1. Ficha técnica cuestionario de carga de cuidador de Zarit	59
Tabla 2. Ficha técnica Inventario de depresión de Beck (BDI-II)	62
Tabla 3 Características sociodemográficas de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023	65
Tabla 4 Niveles de sobrecarga de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023	67
Tabla 5 Nivel de sobrecarga según características sociodemográficas de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023	68
Tabla 6 Sintomatología depresiva de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023	70
Tabla 7 Sintomatología depresiva según características sociodemográficas de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023	72
Tabla 8 Tabla de interpretación Chi cuadrado	75
Tabla 9 Asociación entre nivel de sobrecarga y síntomas depresivos en cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023.....	77
Tabla 10 Tabla de interpretación Chi cuadrado	79
Tabla 11 Asociación entre el nivel de la sobrecarga en la dimensión impacto del cuidado y síntomas depresivos en cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023	80
Tabla 12 Tabla de interpretación Chi cuadrado	82
Tabla 13 Asociación entre el nivel de la sobrecarga en la dimensión relaciones interpersonales y síntomas depresivos en cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023	83

Tabla 14	Tabla de interpretación Chi cuadrado	85
Tabla 15	Asociación entre el nivel de la sobrecarga en la dimensión expectativa de autoeficacia y síntomas depresivos en cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023	87
Tabla 16.	Matriz de consistencia.....	115
Tabla 17.	Matriz de operacionalización de variables.....	117
Tabla 18.	Baremo de evaluación Escala de sobrecarga de Zarit.....	129
Tabla 19.	Baremo de evaluación Inventario de depresión Beck -II.....	130
Tabla 20.	Resumen del procesamiento de casos para alfa de cronbach del instrumento	131
Tabla 21.	Estadísticas de fiabilidad del instrumento.....	131
Tabla 21.	Tabla de interpretación de alfa de cronbach	131
Tabla 23.	Tabla estadísticas de elementos	132
Tabla 24.	Estadística de total de elemento	133
Tabla 25.	Resumen del procesamiento de casos para alfa de cronbach del instrumento	135
Tabla 26.	Estadísticas de fiabilidad del instrumento.....	135
Tabla 27.	Tabla de interpretación de alfa de cronbach	135
Tabla 28.	Tabla estadísticas de elementos	136
Tabla 29.	Estadística de total de elemento	136

CONTENIDO DE FIGURAS

Figura 1 Niveles de sobrecarga de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023	67
Figura 2 Sintomatología depresiva de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023	71
Figura 3 Sábana de datos 1 en formato SPSS1	142
Figura 4 Sábana de datos 2 en formato SPSS	143
Figura 5 Sábana de datos 3 en formato SPSS	144
Figura 6 Sábana de datos 4 en formato SPSS	145
Figura 7 Evidencia fotográfica 1	146
Figura 8 Evidencia fotográfica 2.....	146
Figura 9 Evidencia fotográfica 3.....	147
Figura 10 Evidencia fotográfica 4.....	147
Figura 11 Evidencia fotográfica 5.....	148
Figura 12 Evidencia fotográfica 6.....	148

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación que existe entre el nivel de sobrecarga y síntomas depresivos en cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023. **Materiales y métodos:** método científico; tipo analítico, transversal, observacional, prospectivo; alcance correlacional, diseño no experimental; población y muestra 60 cuidadores primarios, como instrumento el cuestionario sobre la carga del cuidador de Zarit e Inventario de depresión de Beck: (BDI-II). **Resultados:** Existe asociación significativa (valor = 0,000 <0.05 y $\chi^2 = 19,005 > 9,4877$) entre el nivel de sobrecarga y síntomas depresivos en cuidadores primarios. A nivel descriptivo, predominó sexo femenino (70%), la media de edad = 40.47 años, 46.7% casados y 21.7% convivientes, el 80% católicos, 38.3% era pareja sentimental y el 30% hijo (a), 56.7% era cuidador único del paciente, el 78.3% los cuidaba por más de 15 horas al día; finalmente, el 45% tenía ente 1 a 3 años cuidando a su paciente. Finalmente, el 63.3% presentaron sobrecarga intensa y el 75% tienen síntomas depresivos entre los niveles leve y moderado.

Palabras clave: *sobrecarga, cuidador, síntomas, depresión, enfermedad renal crónica. .*

ABSTRACT

Objective: Determine the association that exists between the level of overload and depressive symptoms in primary caregivers of patients on hemodialysis therapy treated at the “Daniel Alcides Carrión” Hospital -2023. **Materials and methods:** scientific method; analytical, transversal, observational, prospective type; correlational scope, non-experimental design; population and sample 60 primary caregivers, as instruments the Zarit caregiver burden questionnaire and Beck Depression Inventory: (BDI-II). **Results:** There is a significant association (value = 0.000 <0.05 and $\chi^2 = 19.005 > 9.4877$) between the level of overload and depressive symptoms in primary caregivers. At a descriptive level, the female sex predominated (70%), the average age = 40.47 years, 46.7% married and 21.7% cohabiting, 80% Catholic, 38.3% were a romantic partner and 30% were children, 56.7% were sole caregiver of the patient, 78.3% cared for them for more than 15 hours a day; Finally, 45% had been caring for their patient for between 1 and 3 years. Finally, 63.3% presented intense overload and 75% have depressive symptoms between mild and moderate levels.

Keywords: *overload, caregiver, symptoms, depression, chronic kidney disease.*

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

A través del análisis de la investigadora quien observó en el tiempo del internado la dinámica paciente – cuidador, y la alta prevalencia de esta patología y consideró relevante el análisis de las variables ya que este primer acercamiento a priori visibilizó la gran carga físico- emocional que tienen los cuidadores de pacientes en terapia de hemodiálisis y que en consecuencia podrían estar desarrollando patologías a nivel físico y psíquico que es de vital importancia conocer para contrarrestar su efectos adversos como por ejemplo síntomas depresivos. La labor de cuidar a un paciente crónico es agotadora a simple vista pero lo es más cuando sé es el único, lo que sucede en gran parte de los pacientes del Hospital Daniel Alcides Carrión de la ciudad de Huancayo.

En las enfermedades crónicas no transmisibles se evidencia la asociación entre lo biológico y lo social, pues como flagelo del nuevo siglo, están íntimamente ligadas al estilo de vida que asumen las personas. Existe en el mundo un estimado del 60% de las personas son portadoras de enfermedades crónicas y en el Perú su incidencia aumenta cada vez más. Dentro de ellas resalta la Enfermedad Renal Crónica (ERC) que suele evolucionar de forma lenta y progresiva, hasta el estado de uremia terminal, con todas sus complicaciones de daño.

Los pacientes con ERC en tratamiento con terapia de reemplazo renal (hemodiálisis y diálisis peritoneal) son aproximadamente 10% de la población mundial (1). Es la 12^a causa de muerte, con 1,1 millones de defunciones en todo el mundo. (2) En el Perú, no hay un análisis nacional sobre prevalencia, lo que existe son estudios diferenciados sobre prevalencia que proporcionan tasas referenciales, entre ellas en zonas urbanas llega hasta el 16.8% con mayor incidencia en adultos mayores, hipertensos y diabéticos (3); otro estudio precisa prevalencia en diabéticos del 17.1% y 17.6% en pacientes con HTA (4); por lo tanto, para el Perú es realmente un problema de salud pública.

En la región Junín, según el INEI la cantidad de pacientes con ERC 5 sería de 1370 personas, pero tal como manifiesta Arellan y León, es una cifra que no refleja la realidad debido a subregistros por la falta de captación de pacientes (5) y el centralismo de los centros de hemodiálisis ubicados solo en Huancayo. (5).

El mayor costo de esta enfermedad es, sin duda, su costo humano, las dimensiones son invaluable, y dentro de ellas de manera especial: los cuidadores. El cuidador muchas veces tiene que interrumpir su ritmo habitual y limitar su vida social, lo que trae a la larga un impacto negativo en su salud desde todos los órdenes, ya que dedica años de su vida a dar cariño y cuidar a su enfermo, que con el avance de la enfermedad, será incapaz de corresponder a este compromiso y que a menudo reaccionan de manera agresiva y con un comportamiento inadecuado.

Así, la atención a pacientes con ERC representa una carga psicológica para el cuidador y la familia (6), en base a los diferentes problemas que tienen que enfrentar como impacto en el paciente y la familia generado por el tratamiento de hemodiálisis durante 4-5 horas 3 veces una semana y de por vida, riesgo real de infección y otras complicaciones graves en la preparación del paciente para su sometimiento (cateterismos y fístulas arteriovenosas) largas estancias hospitalarias, carga económica, aislamiento y altos niveles de estrés psicológico especialmente si el cuidador es familiar del paciente.(6)

En la mayoría de los casos, el cuidado corre a cargo de madres, esposas, hijas, hijos o hermanas. En el país, los estudios muestran que el porcentaje más bajo de mujeres que tienen a su cargo el cuidado de los enfermos ronda el 54%. (7)

Se han enfatizado las dificultades que se presentan para brindar un apoyo adecuado a los pacientes con ERC (8). Estas dificultades imponen una carga sustancial a los responsables directos de brindar cuidados, especialmente a los miembros de la familia (8). Por lo tanto, se ha utilizado el concepto de "carga del cuidador" para captar este impacto. Los cuidadores pueden identificarse como las personas que durante el curso del tratamiento están más involucradas en el cuidado del paciente y en ayudar al paciente a sobrellevar y manejar su enfermedad crónica. La carga del cuidador aumenta significativamente a medida que las deficiencias funcionales y cognitivas impuestas por la enfermedad crónica limitan la capacidad del paciente para cuidar de sí mismo. Los factores adicionales asociados con la carga del cuidador incluyen la asociación entre el cuidador y el paciente, los síntomas conductuales y

psicológicos mostrados por el paciente, el género y los eventos adversos de la vida. Se debe evaluar un papel multifactorial y la interdependencia de estos factores para medir el impacto de la carga del cuidador.

El impacto de brindar atención a pacientes con enfermedades crónicas ha sido estudiado para varias enfermedades. El cuidado puede estar asociado con dificultades emocionales, como depresión, una variedad de síntomas relacionados con la ansiedad, uso excesivo de medicamentos, un impacto negativo en la percepción de la salud física y una calidad de vida deteriorada (9). Y, los cuidadores que informan tensión tienen una tasa de mortalidad más alta que los controles que no brindan cuidados (10). Es importante destacar que explorar formas de apoyar a los cuidadores puede tener efectos beneficiosos en los resultados tanto para el paciente como para el cuidador. Se ha enfatizado la identificación de los cuidadores familiares y el monitoreo temprano de la carga del cuidador para optimizar el bienestar del cuidador. (11)

En análisis teórico al respecto de estas variables como fenómeno de estudio proporcionan un panorama interesante; a nivel nacional se reporta que el 55% de cuidadores de un estudio tenían síntomas depresivos, de ellos el 3% consumían antidepresivos (12) ; otro estudio en Lima precisa que el 51% de cuidadores tienen un nivel alto de sobrecarga (7) a diferencia de otro análisis en Chiclayo que obtuvo 94.7% de sobrecarga leve (9). A nivel internacional en cambio, los estudios reportan que depresión en cuidadores puede llegar al 90% (13), para sobrecarga por su parte el porcentaje fluctuó entre el 10 % (14) , el 14,8 % (10) y el 36% (15). No se ha reportado hasta el momento de la redacción

de la presente investigaciones a nivel regional. Así mismo, de forma previa a la delimitación se buscó información interna en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” al respecto y no se ha reportado el análisis de sobrecarga y síntomas depresivos en cuidadores de pacientes con ERC, por lo que se justifica la necesidad de ejecutar un protocolo investigativo que proporcione alcances teórico-prácticos.

En consecuencia, para lograr ello, esta investigación se encuentra orientada a determinar la asociación que puede tener los niveles de sobrecarga de los cuidadores de pacientes con ERC atendidos en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión con la presencia de síntomas depresivos.

1.2. Delimitación del problema

1.2.1. Delimitación temporal:

Se ejecutó durante el año 2023.

1.2.2. Delimitación espacial:

Este estudio estuvo ejecutado en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Docente Daniel Alcides Carrión de nivel III, que se encuentra ubicado en el distrito y provincia de Huancayo, región Junín.

1.2.3. Delimitación conceptual:

Variable 1: Sobrecarga del cuidador

La experiencia subjetiva del cuidador de las demandas de atención es un concepto multidimensional, con características objetivas y subjetivas. La carga

objetiva corresponde a los cambios que debe realizar el cuidador en diversos ámbitos de la vida y la carga subjetiva se refiere a las reacciones emocionales frente a las demandas de cuidado.(16)

Variable 2: Síntomas depresivos

Presencia de pensamientos distorsionados que impactan negativamente en la salud psíquica de quien la padece (17). Según Beck, las personas presentan síntomas depresivos a través de cogniciones negativas en tres ámbitos: ellos mismos, el entorno y el futuro.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Existe asociación entre el nivel de sobrecarga y síntomas depresivos en cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023?

1.3.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la asociación entre el nivel de sobrecarga en la dimensión de impacto del cuidado y los síntomas depresivos en cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023?
- ¿Cuál es la asociación entre el nivel de sobrecarga en la dimensión relaciones interpersonales y síntomas depresivos de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023?
- ¿Cuál es la asociación entre el nivel de sobrecarga en la dimensión expectativa de autoeficacia y síntomas depresivos de los cuidadores

primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital
“Daniel Alcides Carrión” -2023?

1.4. Justificación

1.4.1. Social

La enfermedad renal en etapa terminal es uno de los principales problemas de salud en el Perú. Los pacientes con ERC estadio V a menudo dependen de cuidadores no remunerados para ayudarlos con su vida diaria y sus necesidades médicas. Los cuidadores por su parte, reciben poca atención y el enfoque principal está en los pacientes. Las hospitalizaciones frecuentes de los ancianos y los efectos secundarios durante la hemodiálisis pueden conducir al deterioro de la depresión y la reducción de la calidad de vida del cuidador. Los cuidadores utilizan diferentes estrategias de afrontamiento para disminuir su carga y resolver situaciones difíciles y estresantes que pueden aparecer en diferentes aspectos de la vida.

Así, los cuidadores son esenciales para brindar a los pacientes con ERC apoyo con el tratamiento de diálisis, apoyo físico y emocional a medida que la enfermedad avanza, así como para alentar el cumplimiento de la dieta y los medicamentos. Por lo que el resultado de este estudio podría revelar la necesidad de planificar políticas para apoyar a los cuidadores no remunerados, así como a los pacientes. Los hallazgos que se encuentren son relevantes para los pacientes, los cuidadores y los profesionales de la salud para mejorar la educación y los programas de apoyo en la toma de decisiones sobre el

tratamiento, la terapia de diálisis y mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes como de los cuidadores.

Conocer si los cuidadores de pacientes con ERC tienen síntomas depresivos y sobrecarga permitirá hacer intervención preventiva proporcional sobre ellos y su entorno familiar. De ejecutarse un diagnóstico precoz de un trastorno depresivo se puede implementar medidas de prevención y promoción de la salud mental como parte de un enfoque de la salud pública dentro del hospital Carrión de la ciudad de Huancayo dirigido a los cuidadores y familiares de pacientes con ERC, de manera que la sobrecarga no se convierta en una patología.

1.4.2. Teórica

Este estudio determinara si los cuidadores de pacientes con ERC tienen algún nivel de sobrecarga y síntomas depresivos; así como si estos se relacionan. También debido a la carencia de antecedentes nacionales sobre el análisis de las variables y la nulidad de estudios a nivel regional, este proyecto se justifica en el incremento del conocimiento científico a partir del análisis de la problemática planeada en este documento.

1.4.3. Metodología

El presente trabajo no realiza ningún aporte metodológico.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Determinar la asociación que existe entre el nivel de sobrecarga y síntomas depresivos en cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023.

1.5.2. Objetivos específicos

- Determinar la asociación del nivel de sobrecarga en la dimensión de impacto del cuidado y los síntomas depresivos en cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023.
- Precisar la asociación del nivel de sobrecarga en la dimensión relaciones interpersonales y síntomas depresivos de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023.
- Identificar la asociación del nivel de sobrecarga en la dimensión expectativa de autoeficacia y síntomas depresivos de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes nacionales

Lanatta y colegas (Lima-Perú 2019), publican un artículo científico sobre la frecuencia de la sintomatología en depresión de los cuidadores de pacientes pediátricos que atraviesan por terapia de reemplazo renal (diálisis peritoneal y hemodiálisis), a través de un estudio descriptivos-transversal con una muestra de 33 cuidadores primarios de niños con diagnóstico de ERC que se encuentran en terapia de reemplazo renal, quienes respondieron al instrumento Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Los resultados encontrados demostraron que el 54.54% de los cuidadores de pacientes con ERC presentaban síntomas de depresión, de ellos el 10% eran de nivel moderado-severo, el 18% moderado y 27% leve; en contraste, solo el 3% indicó que usaba antidepresivos. Además aquellos con depresión moderada y severa precisaron que tienen dificultad en la ejecución de sus actividades.

(12)

CCatamayo (Lima- Perú 2019), elabora una investigación donde analiza el nivel de sobrecarga que pueden tener los cuidadores de pacientes con ERC que reciben hemodiálisis a través de la metodología descriptiva, de corte transversal, diseño no experimental y muestreo no probabilístico, la técnica fue la encuesta y el instrumento el cuestionario de Zarit. Los resultados

caracterizaron a los cuidadores con edad oscilante entre 40 a 49 años, el 54% eran mujeres, el 45% tenían como alcance académico secundaria completa, el 43% eran los esposos (as), el 51% tenía como tiempo de cuidador entre 1 a 5 años. Así también, el 51% presentó sobrecarga intensa, 28% a nivel leve y el 21% no presentó sobrecarga. (7)

Cubas y colegas (Chiclayo - Perú) publican un artículo científico donde analiza la sobrecarga del cuidador del paciente que atraviesa terapia de reemplazo renal (diálisis peritoneal), por ello utiliza el enfoque cuantitativo, nivel descriptivo, diseño no experimental corte transversal, el muestreo fue aleatorio simple con 75 cuidadores seleccionados quienes respondieron a un cuestionario. Los resultados obtenidos muestran el 94.7% tiene sobrecarga leve; así mismo también, entre las características más resaltantes está el 69% eran adultos maduros, el 74.7% eran mujeres, el 39% eran la pareja del paciente y el 33 % los hijos (as), el 56% a la par del cuidado también contaban con un trabajo, el 89% vivían con el paciente, el 54.7% habían alcanzado instrucción superior y sobre el tiempo de cuidado el 53% tenían entre 1 a 3 años, el 28% entre 4 a 7 años.(9).

2.1.2. Antecedentes internacionales

Raza y colegas (Pakistan -2023) publican un artículo científico sobre ansiedad y la depresión que experimentan los cuidadores no remunerados de pacientes en hemodiálisis crónica, se entrevistó a los cuidadores primarios no remunerados (218 participantes del estudio) de pacientes con ESRF que recibían hemodiálisis, que brindaban atención (mínimo 6 meses

y hasta 5 años) utilizando la Escala de Ansiedad y Depresión de la Universidad Aga Khan (AKUADS) y la carga del cuidador del cuestionario de pacientes en diálisis peritoneal (CSCDP). Según la puntuación de AKUADS, se encontró que el 90,4% de los cuidadores experimentaba ansiedad y depresión significativas. Hubo más mujeres (44%), casado (72,01%), la media de edad fue $38,5 \pm 2$ (DE) años. Las principales relaciones de los cuidadores con los pacientes, fue pareja (38%) y padres (18,2%). Los niveles de depresión más alto se encontraron en las madres cuidadoras (67 %), cuidadoras menores de 30 años (22 %) y cuidadoras de ancianos (87 %). (13)

Vovlianou y colegas (Grecia -2023) analizan en su artículo científico sobre los Efectos de la carga, la depresión y la ansiedad en los cuidadores familiares de pacientes con enfermedad renal crónica en Grecia con la participación de 396 cuidadores primarios quienes respondieron a entrevistas estructuradas y cuestionarios (Entrevista de Carga de Zarit, el Inventario de Depresión de Beck y las escalas del Trastorno de Ansiedad Generalizada-2); los resultados obtenidos mostraron que, predominaron cuidadoras mujeres (67.2%), mediana de edad de 58 años, los cuidadores de pacientes en hemodiálisis (HD) mostraron la carga más alta (Mdn = 40 (26–53)) seguidos por diálisis peritoneal (DP) (Mdn = 29 (25–51)), La depresión y la ansiedad de los cuidadores también se relacionaron con el tipo de tratamiento de los pacientes. Los cuidadores de pacientes con HD y PD informaron puntuaciones significativamente más altas de depresión (Mdn = 11 (5-18)) y ansiedad (Mdn = 3 (2-5)). La carga de los cuidadores se asocia

significativamente con la ansiedad, los síntomas depresivos, el género, la duración del cuidado, el nivel educativo, el estado financiero y la edad de los cuidadores (11)

Monárrez (México -2021) elabora un artículo científico donde analiza la calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes con diálisis a través de un estudio multicéntrico transversal con una muestra de 137 cuidadores quienes respondieron un cuestionario para datos sociodemográficos, así como el SF-36 y KD-SF, escala de sobrecarga de Zarit e inventario de síntomas de ansiedad y depresión de Goldberg. Los resultados obtenidos mostraron que el 84% de los cuidadores fueron mujeres, el 84% era la pareja o hijo (a) del paciente, la edad media fue de 51.3 años y una desviación estándar de 13.8 y mediana de 52 años, el 78% eran casados o convivientes, el 57% tenía algún tipo de educación superior y el 87% de religión católico, el 18% fumaba y el 17.5 % consumía alcohol, el 16% tenía diabetes y el 22% con HTA, la duración media como cuidador fue de dos años y medio, el 66% precisó que tenían al menos un dependiente familiar fuera del paciente que cuida quienes a su vez tenían una mediana de edad de 62 años y el 57% varones. La ansiedad de los cuidadores se relacionó con una baja calidad de vida (18)

Adejumo y colegas (Nigeria - 2021) en su artículo científico sobre la carga autopercebida sobre los cuidadores, ansiedad y depresión en pacientes con ERC por medio de un estudio transversal donde se aplicó el cuestionario de Cousineau a 141 participantes, el cuestionario SF-12 modificado, la escala

de ansiedad y depresión hospitalaria. Los resultados mostraron que, la puntuación de carga autopercebida fue significativamente mayor en el grupo de HD en comparación con el grupo de ERC prediálisis ($p = < 0,001$) Hubo una correlación negativa entre la puntuación de CdV y la carga autopercebida, la puntuación de ansiedad hospitalaria y la puntuación de depresión hospitalaria ($p = < 0,001$). (19)

Monárrez y colegas (México- 2021) analizan en su artículo científico la calidad de vida de cuidadores de pacientes con DP y HD a través de un estudio transversal multicéntrico que incluyó a cuidadores de 42 pacientes con DP y 95 cuidadores con pacientes de HD de cuatro hospitales, quienes respondieron al cuestionario DF-36 y entrevista de sobrecarga de Zarit y escala de depresión ansiedad de Goldberg. Los resultados obtenidos mostraron. Los resultados encontrados precisaron que, los cuidadores eran predominantemente femeninos 80% para HD y 92.9% para DP, el grupo de edad de 41 a 60 fue predominantes, de estado civil casados (HD 80% y DP 73.8%), con educación formal superior a 12 años (HD 55% y DP 62.9%), eran parejas de los pacientes (HD 53.7% y DP 50%); se observó una probabilidad no significativa en la regresión multivariada (OR=0,66; IC 95% 0,18-2,31). Las puntuaciones de Zarit fueron similares, pero los niveles de carga fueron menores en DP (medio/alto: DP 7,2 %, HD 14,8 %). La ansiedad (50,5% vs 19%; $p < 0,01$) y la depresión (49,5% vs 16,7%; $p < 0,01$) fueron menores en TP.(10)

Intas y colegas (Inglaterra - 2020) publican un artículo científico en la revista de Avances en Medicina Experimental y biología GeNeDis sobre un análisis de sobrecarga y trastornos del sueño en cuidadores familiares de pacientes en hemodiálisis con ERC por medio de un estudio transversal con una muestra de 310 cuidadores familiares de pacientes en HO. Los instrumentos utilizados fueron el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI) para la evaluación de los trastornos del sueño, la Entrevista de Carga de Zarit y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) para la evaluación de la carga y la depresión. Los resultados mostraron un nivel grave de sobrecarga del 36% y esta tasa aumentó hasta el 65 % si sumamos la carga moderada; además, el 26,7% de los cuidadores fueron positivos en síntomas depresivos y el 20% en riesgo (predisposición) para la depresión. Hubo 80 (25,8%) cuidadores en predisposición y riesgo de depresión y/o sintomatología depresiva, con puntaje total que varió de 16 a 23. Los cuidadores pertenecientes al grupo de depresión eran en su mayoría mujeres (87,5%), vivían en la misma casa con el paciente (62,5%), eran cónyuges (75%), cuidaban al paciente desde hacía más de 4 años (62,5%). El factor con mayor correlación con la sobrecarga fue el estrés personal ($r = 0,952$, $p < 0,001$). (15)

Toyama y colaboradores (Brasil -2020) trabajan en un artículo científico sobre el estado mental de los cuidados adultos mayores que atraviesan por diálisis renal caracterizando las dimensiones económicas, sociodemográficas y clínicas por medio de un estudio transversal, cuantitativo y descriptivo con una muestra conformada por 91 cuidadores.

Los resultados mostraron que, el 80% eran familiares directos (pareja o hijos), el 68% eran mujeres, el 45 % con al menos 8 años de estudios formales, el 71% tenían HTA, con edad media de 50.37 años, una media de cuidado del paciente de 36.6 meses; se logró demostrar que el estado mental fue influenciado por el tipo de cuidador, la educación y la presencia de comorbilidades (HTA). (20)

Laguado (Colombia-2019) publica un artículo científico sobre el perfil del cuidador de pacientes con ERC a través de una revisión sistemática de la literatura, principalmente en la descripción de la variable sociodemográfica y condición de salud. La metodología que adoptó fue de revisión documental con la declaración PRISMA en una base de datos de revistas científicas indexadas en un periodo de estudio de 2011 a 2018. Los resultados obtenidos evidenciaron que el perfil del cuidador se caracteriza según edad en ser mayor de 53 años (42%), mujer (92%), casados (67%), nivel educativo primario (26%), amas de casa (22%); de los 27 estudios incluidos en esta investigación, en 4 de ellos predominó la ansiedad en los cuidadores, mientras que en cinco predominó la depresión, además de efectos como angustia, miedo, soledad e irritabilidad, además de resentimiento y desesperanza; otra investigación precisa que el estrés de los cuidadores se encuentra asociado a la depresión y salud en general. (21)

Ruiz y colaboradores (Paraguay - 2019)elaboran una investigación científica sobre la sobrecarga del cuidador de pacientes con ERC; a través de un diseño observacional, prospectivo de nivel descriptivo que consideró

a 30 cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de ERC que se encuentran en terapia de reemplazo renal a quienes se les administró el cuestionario de sobrecarga de cuidador de Zarit. Los resultados mostraron que el 73% de los cuidadores eran mujeres, el 40% eran parejas o hijos de los pacientes, la edad osciló entre 18 a 65 años, en alcance general se encontró sobrecarga leve en el 10% de los cuidadores (14).

2.2. Bases teóricas o científicas

2.2.1. Cuidadores y sobrecarga

Según la Organización Mundial de la Salud define como: cuidador “La persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable de este en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo de manera directa o indirecta” (22)

Los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas son esenciales para brindar apoyo físico y psicológico a la persona a la que cuidan, como cuidado personal, vestirse y levantar objetos, administrar medicamentos, brindar transporte, asistir a las citas clínicas, controlar los requisitos dietéticos, así como también los aspectos financieros y emocionales. y apoyo social (23)

Según Zarit. La sobrecarga del cuidador se define como la experiencia subjetiva del cuidador de las demandas de atención, es un concepto multidimensional, con características objetivas y subjetivas. La carga objetiva corresponde a los cambios que debe realizar el cuidador en diversos ámbitos

de la vida y la carga subjetiva se refiere a las reacciones emocionales frente a las demandas de cuidado.(16)

Los estudios han demostrado que los cuidadores pueden sufrir una mala salud física, psicológica, emocional y funcional. La carga del cuidador se describe como subjetiva y objetiva. La carga subjetiva se refiere a la fatiga, el estrés, la autoestima alterada y el contacto social limitado. La carga objetiva son las interrupciones tangibles de la vida y las actividades familiares (24). Se dice que la carga del cuidador está influenciada por la edad, el género, la agudeza mental, el comportamiento, el apoyo social percibido, la carga percibida del cuidado, la comprensión intelectual de la enfermedad del paciente y la aceptación de sí mismo del cuidador (25).

La literatura reciente sobre lo que se denomina "la generación sándwich" articula que los cuidadores, nominalmente mujeres, cuidan a los padres ancianos y a los niños pequeños a medida que aumenta la esperanza de vida y se retrasa la crianza de los hijos.(26) Se requiere un compromiso de tiempo significativo por parte de los cuidadores de la generación sándwich para estar disponibles o de guardia para que los beneficiarios de los cuidados brinden atención física y emocional. Se argumenta que los múltiples roles crean demandas competitivas en el lugar de trabajo, ya que los cuidadores de la generación sándwich suelen estar en edad de trabajar. (26) La mayor barrera para que los cuidadores permanezcan en un empleo remunerado es la gestión de las horas de trabajo y la necesidad de flexibilidad para gestionar la función de cuidado. Los beneficios para los cuidadores que mantienen el empleo son la

reducción del aislamiento social, los beneficios financieros, la autoestima y una forma de respiro del rol de cuidador. El mantenimiento de las redes sociales fuera del entorno de cuidado permite que la persona tenga una identidad fuera del cuidador y se relacione con los demás. (8)

2.2.1.1. Cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas

Los cuidadores pueden experimentar estrés adicional cuando la persona a la que cuidan tiene múltiples afecciones crónicas, en particular los cuidadores adultos mayores que también pueden estar manejando su propio deterioro de la salud (27). Los cuidadores de enfermedades crónicas informaron temas comunes, como ocultar sus propios sentimientos de tristeza y fatiga para evitar que el paciente se sienta como una carga, esperar a que la salud del paciente se deteriore aún más y esperar a que termine la experiencia.(28) Los cuidadores pueden reconocer la importancia del autocuidado para su bienestar y el del paciente al que cuidan; sin embargo, se ha informado que los cuidadores suelen contar con un apoyo externo mínimo o sin ningún apoyo (29). Las investigaciones indican que los cuidadores mayores tienen menos probabilidades de aceptar el apoyo externo de grupos comunitarios o servicios profesionales a pesar del desafío adicional de controlar su salud (30). Además, los estudios han demostrado que los cuidadores carecen de la educación sobre los servicios de atención domiciliaria disponibles para aliviar la carga del cuidador o no pueden pagarlos (31). Se argumenta que los profesionales de la salud se enfocan en los aspectos médicos del paciente en lugar de discutir los

elementos psicosociales más amplios de la condición crónica con el paciente y su cuidador. (32)

Los cuidadores de pacientes con ERC desempeñan un papel importante al brindar apoyo al paciente para que se adapte a la ERC y a las opciones de tratamiento, incluido el cumplimiento de estrictos requisitos dietéticos (33) .

Las investigaciones han demostrado que los cuidadores de pacientes con ERC son principalmente cónyuges de pacientes masculinos, seguidos de hijas y otros familiares femeninos (34) Se ha argumentado que los cuidadores de pacientes con ERC se ven afectados. por dos factores principales. En primer lugar, la interferencia en su vida social de los tratamientos de diálisis tanto en HD como en DP y, en segundo lugar, un mayor apoyo físico una vez que el paciente pierde la independencia funcional(35). A pesar de las modalidades de diálisis diseñadas para ser realizadas de forma independiente y autoadministrada por el paciente o a través de la atención hospitalaria, la investigación ha encontrado que los cuidadores asumen gran parte de esa responsabilidad. (36)

Una revisión sistemática de 61 estudios cuantitativos de 5000 cuidadores de pacientes adultos en diálisis encontró que la carga y la calidad de vida de los cuidadores eran peores para los cuidadores de pacientes en diálisis en comparación con los pacientes con otras enfermedades crónicas(34). Hubo impactos comparables para el cuidador cuando el paciente estaba recibiendo HD o DP, sin embargo, la carga y la calidad de vida del cuidador fueron peores en los cuidadores de pacientes que recibían HD en un centro especializado. Se encontró que la calidad de vida de los cuidadores había mejorado una vez que

el paciente recibió un trasplante. Además, este estudio encontró que los cuidadores de pacientes con ERC son principalmente mujeres que cuidan a hombres mayores. Se argumenta que el sexo femenino y la menor edad son factores de mayor riesgo para una peor calidad de vida, y que las relaciones conyugales y el alto alfabetismo son factores protectores. (34)

Una revisión adicional de la literatura de 36 estudios realizada por Low et al. encontraron que los cuidadores que vivían con un paciente con ERC experimentaron fatiga, estrés, aislamiento, restricciones de vida, mayor carga de trabajo, impactos financieros, cambios en la relación con el paciente y problemas de intimidad en las relaciones conyugales (35). Se informó comúnmente que los cuidadores descuidaron su propia salud, pero los cuidadores que se habían tomado un descanso del rol de cuidador informaron un impacto positivo en su salud. A pesar de los impactos negativos, los cuidadores aún desempeñaron un papel positivo en la mejora del bienestar del paciente. El estudio encontró que los cuidadores querían más comunicación con los profesionales de la salud, ya que no siempre se abordaban sus necesidades. También hubo informes de cuidadores que carecían de educación e información sobre cómo manejar los ajustes del estilo de vida debido a que el paciente se sometía a diálisis (35)

Beansland et al. realizaron un estudio cualitativo de 37 cuidadores de pacientes de diálisis. El resultado de este estudio mostró que los cuidadores experimentaron una variedad de emociones, desde estar amargados, orgullosos y crecer en el rol. Uno de los principales hallazgos fue el impacto emocional

abrumador de ver a un ser querido deteriorarse a medida que continuaba el tratamiento, con la realidad de que la salud del paciente no iba a mejorar. El estudio mostró que los cuidadores sintieron la necesidad de monitorear regularmente al paciente, incluso yendo a casa del trabajo durante el almuerzo, manteniendo un contacto telefónico regular o coordinando a familiares y amigos para que se comuniquen con el paciente cuando no puedan hacerlo. Las tareas más reportadas por los cuidadores fueron la preparación de comidas, el transporte, la coordinación de citas, el manejo de suministros y la provisión de comodidad física y emocional. Se reconoció que muchos cuidadores asumen esta función de cuidado además de las responsabilidades familiares y laborales. (37)

La investigación ha demostrado que los cuidadores de pacientes que reciben HD y DP experimentan un impacto negativo en el empleo, las actividades de ocio y las salidas sociales.(38) Se ha informado que el impacto de la diálisis en los cuidadores resultó en un aumento de las actividades diarias, incluida la preparación de alimentos, el control de la dieta, el pedido de medicamentos, la organización de citas y la limpieza y preparación de la máquina de diálisis.(36) Además, los impactos psicológicos para los cuidadores de pacientes con ERC incluyeron reacciones negativas a la situación del paciente y los cambios mentales del paciente, como preocupación y resentimiento, así como la pérdida de la relación y mala calidad del sueño (39). Se ha informado que los pacientes con condiciones comórbidas y que tenían más dependencias físicas contribuyen a una carga más significativa para el cuidador. (40)

A pesar de los efectos negativos en la relación cuidador-paciente, también existen estudios que muestran mayores beneficios para la salud y una buena calidad de vida.(35) Esto está respaldado por una investigación de Solomi y Casiday donde los cónyuges reconocieron que su papel de cuidador había mejorado su experiencia práctica y emocional con su ser querido y la reciprocidad de cuidarse mutuamente en “las buenas y las malas” (29). Una revisión sistemática de 24 estudios cualitativos realizada por Walker et al. analizó las perspectivas del paciente y del cuidador sobre la HD en el hogar e identificó varios temas positivos. (40) Se relató que algunas relaciones entre el cuidador y el paciente se habían fortalecido, como resultado de que los pacientes estaban más en casa y así poder contribuir a la rutina del hogar. También se informó que la HD domiciliaria permitió a los cuidadores restablecer una identidad propia saludable y una mayor libertad sin el impacto de viajar hacia y desde las citas de diálisis. El impacto de viajar fue consistente con un estudio cualitativo de 22 pacientes y 20 de sus cuidadores identificados que recibieron HD en el centro, analizando las expectativas de HD en el hogar. (41) Los participantes percibieron que la HD domiciliaria les brindaría una mayor libertad y minimizaría la pérdida de tiempo en viajes hacia y desde los centros de diálisis. Además, el programa de diálisis estriado se percibía como estresante y oneroso. A pesar de los beneficios percibidos, las preocupaciones planteadas sobre la HD domiciliaria incluyeron la carga adicional que recae sobre los cuidadores y la alteración del sentido de normalidad (41).

2.2.1.2. Teoría del estrés del cuidador

La Teoría del Estrés del Cuidador (42) proporciona el marco teórico para comprender las experiencias de los cuidadores de un familiar con enfermedad crónica y los factores que tienen mayor influencia en la predicción de la sobrecarga del cuidador. Esta teoría propone que las respuestas fisiológicas y psicosociales de la sobrecarga del cuidador son producto de la carga objetiva de las tareas asociadas al cuidado, como los horarios de atención y los arreglos de atención; otras cargas existentes y eventos vitales estresantes, así como roles y apoyo sociales; y la valoración cognitiva del cuidador sobre el grado de sobrecarga del cuidador. Los hallazgos del estudio se discuten en el marco de esta teoría.

2.2.1.3. Análisis de la sobrecarga del cuidador

Se han definido muchos instrumentos para evaluar la cantidad de carga en los cuidadores, incluida la entrevista de carga del cuidador de Zarit (ZBI), el índice de tensión del cuidador (CSI), la evaluación de la carga del cuidador (SCB) y el índice de carga de los cuidadores (BIC)(43–46). En 1980, Zarit et al. presentó la Zarit Caregiver Burden Interview (ZBI) para evaluar la carga después de un período de cuidado de pacientes crónicos (47,48). El cuestionario original en inglés incluía 29 ítems, luego se desarrolló una versión con 22 ítems en 1985 (47). El ZBI-22 demostró ser válido y fiable en muchos entornos clínicos, países y culturas. Bedard et al. en 2001 sugirió un ZBI consolidado y corto de 12 elementos. Informaron que este ZBI de 12 ítems es tan competente como el ZBI de 22 ítems en términos de validez y confiabilidad (49).

2.2.2. Síntomas depresivos

La salud mental ha recibido una mayor atención en los últimos años a medida que aumentan los diferentes problemas de salud mental en todo el mundo. En varios informes, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que la depresión, una de las muchas enfermedades mentales, es una de las principales causas de la carga mundial relacionada con la salud, con más de 350 millones de personas afectadas, y proyectó además que la enfermedad ocupará un lugar primero para 2030(50). Esto exige una acción e inversión urgentes que aborden los múltiples determinantes sociales, políticos y económicos del problema. La depresión constituye el 40% de las enfermedades mentales, en 2019, 280 millones de personas padecían depresión.(51)

Se define como un trastorno del estado de ánimo común pero grave que afecta la forma en que un individuo piensa, siente y maneja las actividades diarias durante 2 semanas o más (52). Al respecto Beck, quien fuera la eminencia en la materia indica que la depresión es una enfermedad que afecta el estado anímico y se caracteriza por la presencia de pensamientos distorsionados que impactan negativamente en la salud psíquica de quien la padece (17)

La depresión tiene su origen porque la persona distingue el mundo de manera negativa y hasta cierto punto fuera de la realidad. Según Beck, las personas presentan síntomas depresivos a través de cogniciones negativas en tres ámbitos: ellos mismos, el entorno y el futuro.

Su etiología compleja implica la interacción bidireccional de las vulnerabilidades biológicas, la adversidad del desarrollo y los factores

ambientales estresantes. Los eventos estresantes de la vida, especialmente los eventos traumáticos de la vida temprana están fuertemente vinculados a la depresión y la trayectoria está determinada por factores socioeconómicos y psicológicos. La depresión se asocia con suicidio, sufrimiento personal, reducción de la calidad de vida y aumento del riesgo de comorbilidades médicas(53). Alrededor del 63% de los pacientes con trastorno depresivo no tenían una buena calidad de vida (54), por lo que su trabajo, relación interpersonal, vida la satisfacción y la recreación se vieron afectadas(55). La OMS afirma que solo el 42 % de los pacientes de atención primaria con depresión mayor fueron reconocidos por sus médicos como depresivos, ya que no buscan ayuda por problemas psicológicos, sino que presentan síntomas somáticos a sus médicos, por lo que su depresión a menudo pasa desapercibida.(56).

2.2.2.1. Prevalencia

Según el DSM-IV, la prevalencia a lo largo de la vida del trastorno depresivo mayor es del 10 % al 25 % en mujeres y del 5 % al 12 % en hombres (57). En 2015, la OMS estimó que el 4,4 % de la población mundial padecía un trastorno depresivo, lo que representa un aumento del 18,4 % con respecto a 2005. En 2018, la OMS reconoció la depresión como la principal causa de discapacidad en todo el mundo, con más de 264 millones de personas de todas las edades que padecen trastornos depresivos. por lo que ahora es un problema urgente de salud pública.

2.2.2.2. Teoría cognitiva de Beck

La teoría de Beck (17) propone que los síntomas (conceptualizados como compuestos de pensamientos, conductas y estados de ánimo automáticos) surgen cuando los acontecimientos de la vida activan esquemas problemáticos (creencias sobre uno mismo, los demás, el mundo y el futuro). Los pensamientos, comportamientos, estados de ánimo y esquemas automáticos son interdependientes, de modo que si uno cambia, los demás cambian a la vez. La terapia cognitiva de Beck, que surge directamente de su teoría de la psicopatología, exige el uso de activación conductual, reestructuración cognitiva y otras intervenciones para abordar las conductas, los pensamientos automáticos y los esquemas que causan los síntomas.

Según la teoría cognitiva de Beck, una posible variable es la cognición(17). Las personas con depresión pueden tener patrones cognitivos subyacentes que aumentan su riesgo de recaída después de que mejoran sus síntomas depresivos (58). En otras palabras, su esquema de depresión puede reactivarse fácilmente a medida que obtienen más oportunidades de participación social. Por tanto, la terapia cognitiva (TC) basada en la teoría cognitiva de Beck puede ayudar a mejorar la adaptación social porque aborda la cognición distorsionada que puede aumentar el riesgo de recaída. Existe mucha evidencia convincente de que la TC es eficaz para tratar la depresión y prevenir las recaídas (59). No obstante, ningún estudio ha examinado la relación entre variables cognitivas y síntomas depresivos.

2.2.2.3. Factores asociados

A. Factores biológicos

Los factores genéticos juegan un papel importante en la depresión, cada tercio de los casos de depresión está relacionado con factores genéticos. A menudo se encuentra que existe una asociación entre la vulnerabilidad genética a la depresión y las experiencias traumáticas tempranas. Se sabe que la deficiencia de noradrenalina y serotonina desempeña un papel importante en la depresión.(60)

B. Edad

En una revisión sistemática realizada por Mirza et al, entre 20 estudios, 11 estudios analizaron los factores de riesgo en los que la mediana edad se identificó como el factor de riesgo de depresión.(61) En un estudio realizado por Mirowsky et al 41 para identificar la edad y el efecto de las dificultades económicas en la depresión, en el que analizaron datos de 2592 hogares durante 3 años e identificaron que la depresión alcanzaba su nivel más bajo en la mediana edad alrededor de los 45 años. con un aumento en la edad adulta, >80 años, que reflejó las ganancias y pérdidas del ciclo de vida relacionadas con el matrimonio, el empleo y el bienestar económico. (62)

A. Sexo

Los problemas típicos de los hombres, como las normas masculinas y la alexitimia, pueden limitar la capacidad de los hombres para expresar tristeza u otros síntomas tradicionales de depresión. En lugar de expresar directamente

su tristeza, los hombres deprimidos pueden canalizar sus emociones negativas en comportamientos externalizados y el abuso de sustancias en ellos tiene un efecto negativo al limitar la conexión de un hombre con sus hijos (63). Wilson et al en su revisión metaanalítica sobre el efecto de la depresión paterna en el comportamiento del padre identificaron que los hombres deprimidos tienen más probabilidades de mostrar un comportamiento retraído, negativo y distante. El porcentaje de depresión para la mujer permanece estable para todos los grupos de edad y aumenta para las mayores de 65 años.(64)

B. Educación

Los estudios epidemiológicos de los trastornos depresivos mayores respaldan una asociación inversa entre la prevalencia de depresión y el nivel de educación (65). La educación superior se asoció con tasas más bajas de trastornos del estado de ánimo. Por lo tanto, se encontró que la educación juega un papel importante en la sintomatología de la depresión. (66)

C. Empleo

El desempleo es considerado como el determinante importante de la depresión (67). Hombres y mujeres para identificar la asociación entre el desempleo y el trastorno depresivo mayor y encontraron que el desempleo está asociado con riesgos moderadamente elevados de informar síntomas depresivos. Sin embargo, la depresión también conduce al desempleo. Las personas con problemas de salud mental tienen dificultades tanto para encontrar como para conservar un empleo. (67)

D. Estatus socioeconómico

Una revisión sistemática de la literatura muestra que la depresión está fuertemente asociada con la privación socioeconómica (68). Los estudios también sugieren factores socioeconómicos como determinantes clave de la depresión. Se encontró que, en comparación con el nivel socioeconómico alto y medio, el nivel socioeconómico más bajo era más propenso a la depresión.

E. Estado civil

El estado civil es una de las claves entre los factores sociales que modifican la depresión. El matrimonio ha sido considerado como un factor protector contra la depresión(69). En general, se considera que la buena calidad marital es protectora de la salud tanto para hombres como para mujeres. Múltiples factores psicosociales juegan un papel importante para determinar si el matrimonio actúa como factor de riesgo o como factor de protección. Conger et al (70) en su modelo de estrés familiar afirma que la tensión económica aumenta la angustia del cónyuge, con dificultades económicas diarias que resultan en sentimientos de tristeza, pesimismo sobre el futuro e ira. La angustia emocional experimentada lleva a los cónyuges a interactuar entre sí en una vena irritable y menos solidaria, aumentando el nivel de conflicto marital entre ellos. Conflicto marital a su vez vinculado a la depresión. Este modelo también ha recibido apoyo empírico durante una recesión económica grave y también la investigación en familias rumanas durante el período poscomunista apoyó este modelo.

2.2.2.4. Depresión y apoyo social

El apoyo social juega un papel importante en la salud mental de la población. Jensen et al (71) encontraron que una mayor percepción de apoyo, en particular de los amigos, se asocia con una menor depresión. Había un menor apoyo social para las mujeres deprimidas en comparación con las mujeres no deprimidas y que un menor apoyo social también se asocia con un mayor riesgo de depresión. Cohen et al (72). en su investigación sobre los efectos interactivos del apoyo social sugiere que en presencia de estrés, las personas que tienen un alto nivel de apoyo social podrían estar protegidas de experimentar una reacción negativa relativa al estresor, este hallazgo fue a su vez respaldado por Zimmerman et al en su estudio que examinó los efectos de “amortiguación del estrés” del apoyo social sobre los síntomas depresivos entre los adolescentes varones afroamericanos identificó que el apoyo de los padres tenía un efecto de amortiguación sobre los eventos estresantes para predecir los síntomas depresivos transversalmente. (73)

2.2.3. Enfermedad Renal Crónica

Condición en la que los riñones no funcionan normalmente, con una disminución en la tasa de filtración glomerular de menos de 60 ml/min/1,73 m² durante al menos 90 días, independientemente de la causa (74). Según KDIGO, la ERC se define como anomalías de la función o estructura renal, existentes durante más de 90 días, con efectos para la salud (75).

Hay cinco etapas de la ERC, categorizadas según la tasa de filtración. El estadio 1 de la ERC se describe como una TFG normal mayor o igual a 90 ml/min/1,73

m², el estadio 2 como una reducción leve entre 60-89 ml/min/1,73 m². Los estadios 1 y 2 no pueden clasificarse como ERC a menos que existan marcadores de daño renal, como hematuria o anomalías estructurales (75). La etapa 3 involucra dos casos; 3a y 3b, donde 3a indica una reducción de leve a moderada en la TFGe y 3b, una reducción de moderada a severa en la TFGe de entre 30 y 59 ml/min/1,73 m². El estadio 4 representa una disminución severa de la función renal con un FGe de 15-29 ml/min/1,73 m². El estadio 5 es el estadio avanzado con una reducción grave de la eGFR de menos de 15 ml/min/1,73 m² (75). La etapa cinco es la etapa final, permanente y más avanzada de la ERC; debido a la gravedad del daño renal, los riñones ya no pueden realizar sus funciones normales correctamente. Un paciente con ERT requiere terapia de reemplazo renal, ya sea diálisis o trasplante de riñón para poder sobrevivir (76).

2.2.4. Cuidado familiar y enfermedad crónica

Un “cuidador” se ha definido como una persona no remunerada que ayuda a una persona a sobrellevar una enfermedad o dolencia (77). La prestación de cuidados en el contexto de enfermedades crónicas se ha estudiado en gran medida en los campos de la geriatría y la pediatría (78). Si bien se ha hecho cada vez más hincapié en el papel de los cuidadores de los familiares de edad avanzada, en particular en el contexto de las enfermedades crónicas relacionadas con la edad, como la demencia, el cuidado de un familiar con una enfermedad crónica no es solo un fenómeno de la vejez.

2.3. Marco conceptual

Área afectiva, emocional: Agitación, pérdida de interés, energía, cambios de hábitos, irritabilidad, cambio de apetitos, concentración, cansancio o fatiga y, pérdida de interés en el sexo.

Área cognitiva: se evidencia por la tristeza, pesimismo, ideas suicidas y desvalorización.

Área física / conductual: La depresión se muestra a través de la indecisión, autocrítica, sentimiento de culpa, fracaso, disconformidad con uno mismo, sentimiento de castigo, pérdida de placer y llanto.

Cuidador: La persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable de este en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo de manera directa o indirecta (22)

Depresión: Tristeza de una intensidad o una duración suficiente como para obstruir en la funcionalidad y, en ocasiones, por una disminución del interés o del placer despertado por las actividades. (79).

Síntomas depresivos: Presencia de pensamientos distorsionados que impactan negativamente en la salud psíquica de quien la padece (17). Según Beck, las personas presentan síntomas depresivos a través de cogniciones negativas en tres ámbitos: ellos mismos, el entorno y el futuro.

Sobrecarga del cuidador: La sobrecarga del cuidador se describe como subjetiva y objetiva. La carga subjetiva se refiere a la fatiga, el estrés, la autoestima alterada y el contacto social limitado. La carga objetiva son las interrupciones tangibles de la vida y las actividades familiares (24).

CAPITULO III

HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis general

H0. No existe asociación significativa entre el nivel de sobrecarga y síntomas depresivos en cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023.

H1. Existe asociación significativa entre el nivel de sobrecarga y síntomas depresivos en cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023.

3.2. Hipótesis específicas

Hipótesis específica 1:

H0: No existe asociación significativa entre el nivel de sobrecarga en la dimensión de impacto del cuidado y los síntomas depresivos en cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023.

H1: Existe asociación significativa entre el nivel de sobrecarga en la dimensión de impacto del cuidado y los síntomas depresivos en cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023.

Hipótesis específica 2:

H0: No existe asociación significativa entre el nivel de sobrecarga en la dimensión relaciones interpersonales y síntomas depresivos de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023.

H1: Existe asociación significativa entre el nivel de sobrecarga en la dimensión relaciones interpersonales y síntomas depresivos de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023.

Hipótesis específica 3:

H0: No existe asociación significativa entre el nivel de sobrecarga en la dimensión expectativa de autoeficacia y síntomas depresivos de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023.

H1: Existe asociación significativa entre el nivel de sobrecarga en la dimensión expectativa de autoeficacia y síntomas depresivos de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023.

3.3. Variables

3.3.1. Variable 1: Sobrecarga del cuidador

La sobrecarga del cuidador se describe como subjetiva y objetiva. La carga subjetiva se refiere a la fatiga, el estrés, la autoestima alterada y el contacto social limitado. La carga objetiva son las interrupciones tangibles de la vida y las actividades familiares (24).

3.3.1. Variable 2: Síntomas depresivos

Presencia de pensamientos distorsionados que impactan negativamente en la salud psíquica de quien la padece (17). Según Beck, las personas presentan síntomas depresivos a través de cogniciones negativas en tres ámbitos: ellos mismos, el entorno y el futuro.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Método de investigación

Se utilizó el método científico (80); porque establece que a través de etapas la investigación puede ser llevada a cabo desde la observación hasta la comunicación de los resultados; así mismo se utilizó el método inductivo-deductivo debido a que se realiza abstracciones del fenómeno de estudio desde lo particular a lo general.

4.2. Tipo de investigación

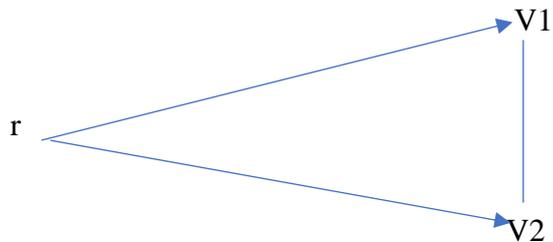
Con la intención de establecer el tipo de investigación, se ejecutó de la siguiente forma (81): Por su propósito fue analítico, por su secuencia temporal fue transversal, por el control de factores fue observacional y por inicio fue prospectivo.

4.3. Alcance de investigación

El nivel de investigación fue correlacional (82), ya que el objetivo principal fue asociar el nivel de sobrecarga del cuidador con la sintomatología depresiva además de un análisis cruzado con las variables intervinientes.

4.4. Diseño de investigación

El diseño metodológico fue no experimental - corte transversal; el diseño esquemático sería:



Donde:

- V1: Sobrecarga del cuidador
- V2: Síntomas de depresión
- r: Asociación entre variables

4.5. Población y muestra

4.5.1. Población:

La población fue la totalidad de cuidadores de pacientes con ERC que se atienden en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital “Daniel Alcides Carrión”.
- Huancayo; los mismos que según el reporte del servicio de hemodiálisis fueron 86.

Criterios de inclusión:

- Cuidadores de pacientes con ERC atendidos en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión de la ciudad de Huancayo.
- Mayores de 18 años
- Ambos sexos
- Accedan consentimiento informado

Criterios de exclusión:

- Menores de 18 años
- Con alguna discapacidad física mental que impida responder las preguntas.

Criterios de eliminación:

- Los que no culminen con el relleno de los instrumentos.

4.5.2. Muestra

Debido a la cantidad de cuidadores reportados, no hay una muestra para esta población, ya que luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión en la totalidad de cuidadores de pacientes con ERC que se atienden en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital “Daniel Alcides Carrión”- Huancayo, finalmente se trabajaron con 60 personas. Siendo así un estudio no probabilístico- por conveniencia .

4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica se constituyó por una serie de pasos claves:

- Se solicitó y recibió autorización del director del Hospital “Daniel Alcides Carrión” de la ciudad de Huancayo; así como del jefe del servicio de Hemodiálisis.
- Se informó a los pacientes, sensibilizó a ellos y sus familiares. Los participantes de la investigación fueron identificados cuando acompañaban a sus pacientes en el procedimiento de hemodiálisis.
- Se ejecutó la documentación para el consentimiento informado de los participantes de esta investigación.
- Se realizó la aplicación de los instrumentos: cuestionario de carga de cuidador de Zarit y el inventario de depresión de Beck; se adjunta a continuación la ficha técnica y en el anexo 5 el manual de aplicación.

A. Cuestionario sobrecarga del cuidador de Zarit

El Cuestionario sobre la Carga del Cuidador de Zarit, también conocido como la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, es una herramienta ampliamente utilizada en el ámbito de la salud y la psicología para medir el nivel de estrés y la carga percibida por las personas que cuidan de familiares o amigos enfermos, discapacitados o ancianos. Desarrollado por Steven Zarit, Judy M. Zarit, y otros colaboradores en la década de 1980, este instrumento permite evaluar las

consecuencias del cuidado en la salud física y emocional de los cuidadores, así como en su vida social y laboral.

Estructura del Cuestionario

El cuestionario original consta de 22 ítems que exploran diversas dimensiones de la carga del cuidador, incluyendo el impacto emocional, físico, social, y financiero del cuidado. Cada ítem se califica en una escala Likert que va desde 0 (nunca) hasta 4 (casi siempre), lo que permite obtener un puntaje total que refleja el nivel de carga experimentado por el cuidador. Los ítems cubren aspectos como el sentimiento de estar sobrepasado por las responsabilidades del cuidado, cambios en la vida personal, relaciones sociales, y salud física y emocional del cuidador.

Dimensiones Evaluadas

- Impacto emocional: Evalúa los sentimientos de estrés, ansiedad, culpa, y depresión que puede experimentar el cuidador como resultado de sus responsabilidades.
- Impacto físico: Considera el cansancio y los problemas de salud que pueden surgir o agravarse debido a la tarea de cuidar.
- Impacto social: Mide cómo las responsabilidades del cuidado afectan las relaciones sociales y familiares, así como el tiempo libre del cuidador.
- Impacto financiero: Aunque menos enfocado en algunas versiones del cuestionario, este aspecto valora las dificultades económicas que pueden surgir debido a la necesidad de cuidado continuo.

Aplicaciones

El Cuestionario de Zarit se utiliza en una variedad de contextos, incluyendo la investigación, la práctica clínica, y en programas de apoyo a cuidadores. Permite identificar a aquellos cuidadores que están en riesgo de sufrir problemas de salud mental o física debido a la carga del cuidado, facilitando la intervención temprana y el soporte necesario.

Interpretación de Resultados

Los resultados se interpretan en función del puntaje total obtenido. Un puntaje más alto indica una mayor carga percibida. Aunque los rangos específicos pueden variar según la fuente, generalmente se considera que un puntaje alto requiere atención y posiblemente intervención para apoyar al cuidador. De forma amplia se presenta el baremo de evaluación en el anexo 4 del presente documento.

Tabla 1. Ficha técnica cuestionario de carga de cuidador de Zarit

Título	Descripción
Nombre el instrumento:	Cuestionario sobrecarga del cuidador de Zarit
Autores y año	Zarit, Orr y Zarit - 1985
Validación peruana	Marchena, C.; Merma, M. y Rosales, G. - 2023
Consistencia interna	Coefficiente alfa de Cronbach= ,908; Coeficiente de Spearman- Brown=,895 (83)
Número de ítems	22
Dimensiones	Impacto del cuidado Relaciones interpersonales Expectativa de autoeficacia
Tipo	Likert
Evaluación	Cada pregunta se califica con un máximo de cinco puntos de 0 a 4 (nunca a casi siempre) 0 - Nunca 1 - Rara vez 2 - Algunas veces 3 - Bastantes veces 4 - Casi siempre.

B. Inventario de depresión de Beck: (BDI-II)

El Inventario de Depresión de Beck, Segunda Edición (BDI-II), es una herramienta de autoinforme ampliamente utilizada para la evaluación de la severidad de la depresión en adolescentes y adultos. Desarrollado por Aaron T. Beck y sus colaboradores, el BDI-II es la revisión del Inventario de Depresión de Beck original (BDI), que fue creado en 1961. El BDI-II se publicó en 1996 para reflejar los cambios en los criterios de diagnóstico para el trastorno depresivo mayor que se encuentran en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición (DSM-IV) y se ha mantenido relevante con la publicación del DSM-5.

Estructura del BDI-II

El BDI-II consta de 21 ítems, cada uno de los cuales evalúa un síntoma específico o característica de la depresión. Estos ítems incluyen aspectos como el estado de ánimo, el pesimismo, el sentido del fracaso, la insatisfacción consigo mismo, los sentimientos de culpa, las expectativas de castigo, el disgusto de sí mismo, la autoacusación, los pensamientos suicidas, el llanto, la irritabilidad, el aislamiento social, la indecisión, la distorsión de la imagen corporal, el trabajo y las actividades, la fatiga, el trastorno del sueño, el trastorno del apetito, la preocupación por la salud y la pérdida de la libido.

Cada ítem se califica en una escala de 4 puntos que va de 0 a 3, basándose en la severidad de cada síntoma en la última semana, incluyendo el día de la evaluación.

El puntaje total se obtiene sumando las calificaciones de los 21 ítems, y puede variar entre 0 y 63.

Interpretación de los Resultados

La interpretación de los resultados se basa en la puntuación total obtenida:

- 0-13: Mínima sintomatología depresiva
- 14-19: Leve sintomatología depresiva
- 20-28: Moderada sintomatología depresiva
- 29-63: Grave sintomatología depresiva

Es importante señalar que el BDI-II es una herramienta de evaluación y no un instrumento diagnóstico por sí mismo. Los resultados deben interpretarse dentro del contexto clínico más amplio, incluyendo una evaluación diagnóstica realizada por un profesional de la salud mental. De forma amplia se presenta el baremo de evaluación en el anexo 4 del presente documento.

Aplicaciones

El BDI-II se utiliza en una variedad de contextos, la investigación y la evaluación de resultados de tratamiento. Es útil tanto para la detección de la depresión como para el seguimiento de la severidad de los síntomas a lo largo del tiempo. Además, puede ayudar a identificar áreas específicas de preocupación que pueden abordarse en el tratamiento.

Tabla 2. Ficha técnica Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

Título	Descripción
Nombre el instrumento:	Inventario de depresión de Beck: (BDI-II): El inventario de Depresión Beck-(BDI-II).
Propósito	Valorar el grado de la sintomatología depresiva de la persona en adultos
Autor	Beck – 2008
Validación peruana	Sánchez y colegas - 2022
Confiabilidad	Debido a que la distribución de las puntuaciones totales del BDI-II no cumplen con el criterio de normalidad (SW (1664) = .820, $p < .001$) (84)
Número de ítems	21
Dimensiones	Cognitivo Físico Afectivo
Tipo	Likert
Evaluación	El entrevistado debe elegir entre las cuatro alternativas lo que mejor le parezca según el estado de ánimo del cual se encuentre. Cada ítem presenta 4 opciones que van de una escala de 0 a 3. La puntuación total oscila entre “0 a 63” y los puntos de corte para clasificar el nivel de depresión son los siguientes: “0-9 = mínima; 10-16 = leve; 17-29 = moderada, y 30-63 = severa”.

4.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

El análisis estadístico se obtuvo en el programa SPSS (IBM SPSS Statistics para Windows, versión 26.0.). Las estadísticas descriptivas se presentarán en el siguiente capítulo por medio de tablas de frecuencias, y para establecer la asociación entre las variables por medio del proceso estadístico de Chi cuadrado (χ^2). El nivel de significación se estableció al 5% con $p \leq 0,05$ e intervalo de confianza del 95%.

Chi cuadrado (χ^2):

- **Definición:** El proceso estadístico de Chi-cuadrado (χ^2) es una técnica utilizada en estadística para probar la independencia de dos eventos o para comparar la varianza de una muestra observada con la varianza esperada. Se aplica principalmente en dos contextos: la prueba de bondad de ajuste y la prueba de independencia.

- **Formula:**

$$\chi^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

- **Tabla de interpretación Chi cuadrado:**

v/p	0,001	0,0025	0,005	0,01	0,025	0,05	0,1	0,15	0,2
1	10,8274	9,1404	7,8794	6,6349	5,0239	3,8415	2,7055	2,0722	1,6424
2	13,8150	11,9827	10,5965	9,2104	7,3778	5,9915	4,6052	3,7942	3,2189
3	16,2660	14,3202	12,8381	11,3449	9,3484	7,8147	6,2514	5,3170	4,6416
4	18,4662	16,4238	14,8602	13,2767	11,1433	9,4877	7,7794	6,7449	5,9886
5	20,5147	18,3854	16,7496	15,0863	12,8325	11,0705	9,2363	8,1152	7,2893
6	22,4575	20,2491	18,5475	16,8119	14,4494	12,5916	10,6446	9,4461	8,5581
7	24,3213	22,0402	20,2777	18,4753	16,0128	14,0671	12,0170	10,7479	9,8032
8	26,1239	23,7742	21,9549	20,0902	17,5345	15,5073	13,3616	12,0271	11,0301
9	27,8767	25,4625	23,5893	21,6660	19,0228	16,9190	14,6837	13,2880	12,2421
10	29,5879	27,1119	25,1881	23,2093	20,4832	18,3070	15,9872	14,5339	13,4420
11	31,2635	28,7291	26,7569	24,7250	21,9200	19,6752	17,2750	15,7671	14,6314
12	32,9092	30,3182	28,2997	26,2170	23,3367	21,0261	18,5493	16,9893	15,8120
13	34,5274	31,8830	29,8193	27,6882	24,7356	22,3620	19,8119	18,2020	16,9848
14	36,1239	33,4262	31,3194	29,1412	26,1189	23,6848	21,0641	19,4062	18,1508
15	37,6978	34,9494	32,8015	30,5780	27,4884	24,9958	22,3071	20,6030	19,3107
16	39,2518	36,4555	34,2671	31,9999	28,8453	26,2962	23,5418	21,7931	20,4651
17	40,7911	37,9462	35,7184	33,4087	30,1910	27,5871	24,7690	22,9770	21,6146
18	42,3119	39,4220	37,1564	34,8052	31,5264	28,8693	25,9894	24,1555	22,7595
19	43,8194	40,8847	38,5821	36,1908	32,8523	30,1435	27,2036	25,3289	23,9004
20	45,3142	42,3358	39,9969	37,5663	34,1696	31,4104	28,4120	26,4976	25,0375

4.8. Aspectos éticos de la investigación

El presente documento se elaboró bajo los parámetros éticos establecidos en el Reglamento General de la Universidad Peruana los Andes y el Comité de Ética,

específicamente artículo 27 y 28 que describe los principios que rigen en la investigación y las normas de cumplimiento de trabajos investigativos. Adicionalmente, se cumplió el estricto cumplimiento del reglamento de ética de la UPLA, y el código deontológico internacional para investigaciones científicas.

Sobre todo, se consideró los siguientes aspectos éticos

- No maleficencia; ya que en la investigación no se puso en riesgo de alguna forma a ninguno de los participantes; por el contrario, se sensibilizó e informó sobre el propósito e importancia del estudio, teniendo en consideración siempre su protección.
- Justicia; ya que la selección de la muestra participante se ejecutó sin ninguna discriminación, de forma igualitaria, con respeto y equidad.
- Beneficencia: No se estimó riesgo para los participantes; conocer la realidad local sobre la sobrecarga y depresión en cuidadores proporcionara información crucial que beneficiaría a ellos mismos a través de políticas de prevención y promoción de la salud mental.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. Descripción de resultados

5.1.1. Características generales de la población

Tabla 3

Características sociodemográficas de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023

Características	Frecuencia
Sexo	• Femenino 42 (70%)
	• Masculino 18 (30%)
Edad	Media: 40.47 años (DE: \pm 12.694)
	• Joven 18-26 años: 7 (11.7%)
	• Adulto 27- 59 años: 45 (75%)
	• Adulto mayor 60 a más años: 8 (13.3%)
Estado civil	• Soltero (a): 19 (31.7%)
	• Conviviente: 13 (21.7%)
	• Casado (a): 28 (46.7%)
Religión	• Católica: 48 (80%)
	• Evangélica: 11 (18.3%)
	• Otra religión: 1 (1.7%)
Grado de instrucción	• Sin instrucción: 2 (3.3%)
	• Primaria incompleta: 2 (3.3%)
	• Primaria completa: 6 (10%)
	• Secundaria incompleta: 15 (25%)
	• Secundaria completa: 11 (18.3%)
	• Superior incompleta: 8 (13.3%)
	• Superior completa: 16 (26.7%)
Procedencia	• Rural: 30 (50%)
	• Urbana: 30 (50%)
Ocupación	• Ama de casa: 19 (31.7%)
	• Empleado dependiente: 17 (28.3%)
	• Empleo independiente: 14 (23.3%)
	• Sin empleo: 10 (16.7%)
Parentesco con el paciente	• Pareja sentimental: 23 (38.3%)
	• Hijo (a): 18 (30%)
	• Padre/ madre: 7 (11.7%)
	• Hermano: 7 (11.7%)

	<ul style="list-style-type: none"> • Otro pariente: 4 (6.7%) • Enfermera (o) salariada: 1 (1.7%)
Cuidador único	<ul style="list-style-type: none"> • 34 (56.7%)
Horas de cuidado al día	<ul style="list-style-type: none"> • 7-14 horas: 13 (21.7%) • Más de 15 horas: 47 (78.3%)
Tiempo total de cuidado del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 6 meses: 14 (23.3%) • 7 meses – 1 año: 11 (18.3%) • 1 a 3 años: 27 (45%) • Más de 3 años: 8 (13.3%)

La tabla 3 presenta de forma sistematizada las características sociodemográficas de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión”; de ahí se desprende que el 70% son mujeres, la media de la edad fue de 40.47 años, el 75% tenían entre 27 a 57 años, el 46.7% estaban casados y el 21.7% convivientes, el 80% católicos, el 26.7% completaron el nivel superior de estudios y el 25% no culminaron la secundaria, sobre procedencia tanto rural y urbano obtuvieron el 50% cada cual, el 38.3% era pareja sentimental del paciente y el 30% era hijo o hija del paciente, el 56.7% era cuidador único del paciente, el 78.3% los cuidaba por más de 15 horas al día; finalmente, el 45% tenía ente 1 a 3 años cuidando a su paciente, seguido de aquellos con menos de seis meses al cuidado (23.3%).

5.1.2. Nivel de sobrecarga del cuidador

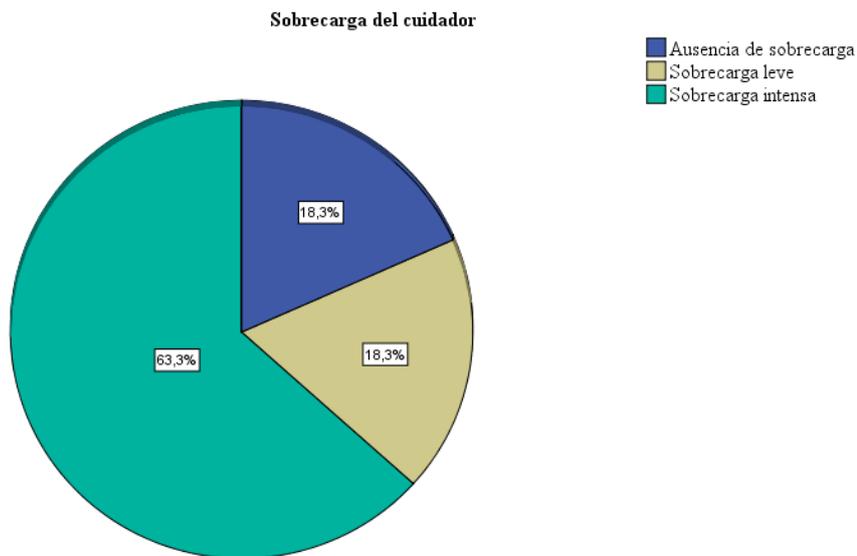
Tabla 4

Niveles de sobrecarga de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023

		Sobrecarga del cuidador			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausencia de sobrecarga	11	18,3	18,3	18,3
	Sobrecarga leve	11	18,3	18,3	36,7
	Sobrecarga intensa	38	63,3	63,3	100,0
Total		60	100,0	100,0	

Figura 1

Niveles de sobrecarga de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023



La tabla 4 y figura 1 muestran los niveles de sobrecarga de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023; 38 encuestados (63.3%) presentaron sobrecarga intensa, 11 cuidadores (18.3%) tuvieron sobrecarga leve y otro 18.3% no presentaron sobrecarga.

Tabla 5

Nivel de sobrecarga según características sociodemográficas de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023

Tabla cruzada: niveles de sobrecarga vs características sociodemográficas																				
		Según sexo		Según edad			Según tipo de cuidador		Según horas de cuidado al día		Según tiempo total de cuidado				Según parentesco con el paciente					
		Femenino	Masculino	18-26 años	27-59 años	60 a más	Alterno	Único	7-14 horas	≥ 15 horas	≤ 6 meses	7-12 meses	1 - 3 años	> 3 años	Pareja sentimental	Hijo (a)	Padre / madre	Hermano (a)	Otro	
Sobrecarga del cuidador	Ausencia de sobrecarga	Recuento	10	1	4	7	0	6	5	3	8	3	2	6	0	2	3	2	0	3
		% en SC	90,9 %	9,1%	36,4 %	63,6 %	0,0%	54,5 %	45,5 %	27,3 %	72,7 %	27,3 %	18,2 %	54,5 %	0,0 %	18,2 %	27,3 %	18,2 %	0,0 %	27,3%
		% en CS	23,8 %	5,6%	57,1 %	15,6 %	0,0%	23,1 %	14,7 %	23,1 %	17,0 %	21,4 %	18,2 %	22,2 %	0,0 %	8,7 %	16,7 %	28,6 %	0,0 %	75,0%
	Sobrecarga leve	Recuento	8	3	1	8	2	5	6	2	9	4	4	1	2	7	1	1	2	0
		% en SC	72,7 %	27,3 %	9,1%	72,7 %	18,2 %	45,5 %	54,5 %	18,2 %	81,8 %	36,4 %	36,4 %	9,1 %	18,2 %	63,6 %	9,1 %	9,1 %	18,2 %	0,0%
		% en CS	19,0 %	16,7 %	14,3 %	17,8 %	25,0 %	19,2 %	17,6 %	15,4 %	19,1 %	28,6 %	36,4 %	3,7 %	25,0 %	30,4 %	5,6 %	14,3 %	28,6 %	0,0%
	Sobrecarga intensa	Recuento	24	14	2	30	6	15	23	8	30	7	5	20	6	14	14	4	5	1.
		% en SC	63,2 %	36,8 %	5,3%	78,9 %	15,8 %	39,5 %	60,5 %	21,1 %	78,9 %	18,4 %	13,2 %	52,6 %	15,8 %	36,8 %	36,8 %	10,5 %	13,2 %	2,6%
		% en CS	57,1 %	77,8 %	28,6 %	66,7 %	75,0 %	57,7 %	67,6 %	61,5 %	63,8 %	50,0 %	45,5 %	74,1 %	75,0 %	60,9 %	77,8 %	57,1 %	71,4 %	25,0%
Total	Recuento	42	18	7	45	8	26	34	13	47	14	11	27	8	23	18	7	7	4	
	% en SC	70,0 %	30,0 %	11,7 %	75,0 %	13,3 %	43,3 %	56,7 %	21,7 %	78,3 %	23,3 %	18,3 %	45,0 %	13,3 %	38,3 %	30,0 %	11,7 %	11,7 %	6,7%	
	% en CS	100% %	100% %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100% %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100%	

*SC: Sobrecarga de cuidador * CS: Características sociodemográficas

La tabla 6 expone el análisis cruzado de los niveles de sobrecarga y características sociodemográficas de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión”; así, se logra observar que en líneas generales predominó en todos los criterios el nivel de sobrecarga intensa; de forma desglosada se ve lo siguiente:

- Según sexo; tuvieron sobrecarga intensa el 57,1% de mujeres y 77,8% de varones; sin embargo, en el caso de las mujeres el 23,8% no presentaba sobrecarga y sobrecarga leve el 19%; en el grupo de varones el 16,7% tuvo sobrecarga leve y el 5,6% (solo 1 varón) no tuvo sobrecarga.
- Según grupo etario, el 66,7% de los adultos de 27 a 59 años y 75% de adultos mayores de 60 años a más tuvieron sobrecarga intensa, seguido de sobrecarga leve con 17,8% y 25,0% respectivamente. En el caso del grupo más joven (18-26 años) predominó la ausencia de sobrecarga con el 57,1%, el 28,6% sobrecarga intensa y el 14,3% sobrecarga leve.
- Según tipo de cuidado, aquellos que son cuidadores exclusivos tuvieron sobrecarga intensa (67,6%), sobrecarga leve (17,6%) y sin sobrecarga (14,7%). Los cuidadores que alternan su tiempo en cambio presentaron el 57,7% sobrecarga intensa y el 23,1% sin sobrecarga, finalmente, el 19,2% sobrecarga leve.
- Según tiempo de cuidado; el 61,5% del grupo que cuida de 7 a 14 horas y el 63,8% del grupo que cuida más de 15 horas tuvieron sobrecarga intensa. Y, estos últimos también presentaron sobrecarga leve en el 19,1%.

- Según tiempo total de cuidado; en todos los casos primó la sobrecarga intensa (50,0%, 45,5%, 74,1% y 75,0%) y en todos los casos a excepción de aquellos cuidando de 1 a 3 años en segundo lugar estuvo la sobrecarga leve (36,4%, 36,4% y 18,2%); en cambio el 22.2% de los cuidadores de 1 a 3 años no presento sobrecarga.
- Según parentesco del paciente, todos los parientes de la primera línea consanguínea tenían sobrecarga intensa (60,9%, 77,8%, 57,1%, 71,4%), en el caso de las parejas sentimentales y hermanos la sobrecarga leve estuvo en segundo lugar (30.4% y 18.2%) respectivamente; en cambio, el 16.7% y 28.6% de los hijos y padres no presentaban sobrecarga.

5.1.3. Síntomas depresivos

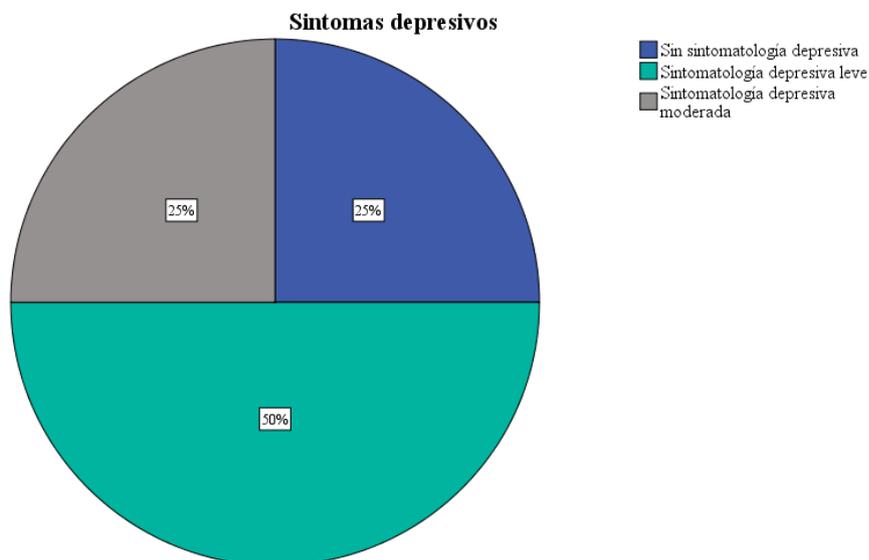
Tabla 6

Sintomatología depresiva de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023

	Síntomas depresivos			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin sintomatología depresiva	15	25,0	25,0	25,0
Sintomatología depresiva leve	30	50,0	50,0	75,0
Sintomatología depresiva moderada	15	25,0	25,0	100,0
Total	60	100,0	100,0	

Figura 2

Sintomatología depresiva de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023



Se observa en la tabla 6 y figura 2 la sintomatología depresiva de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión”, así, el 50% de los cuidadores presentan sintomatología depresiva leve, el 25% no presenta sintomatología depresiva y otro 25% tiene sintomatología depresiva moderada.

Tabla 7

Sintomatología depresiva según características sociodemográficas de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023

Tabla cruzada: sintomatología depresiva vs características sociodemográficas																				
		Según sexo		Según edad			Según tipo de cuidador		Según horas de cuidado al día		Según tiempo total de cuidado				Según parentesco con el paciente					
		Femenino	Masculino	18-26 años	27-59 años	60 a más	Alterno	Único	7-14 horas	≥ 15 horas	≤ 6 meses	7-12 meses	1-3 años	> 3 años	Pareja sentimental	Hijo (a)	Padre / madre	Hermano (a)	Otro	
Síntomas depresivos	Sin sintomatología depresiva	Recuento	14	1	2	13	0	5	10	4	11	8	1	6	0	5	2	3	0	4
		% en SD	93,3 %	6,7%	13,3 %	86,7 %	0%	33,3 %	66,7 %	26,7 %	73,3 %	53,3 %	6,7 %	40,0 %	0%	33,3 %	13,3 %	20%	0%	26,7%
		% en CS	33,3 %	5,6%	28,6 %	28,9 %	0%	19,2 %	29,4 %	30,8 %	23,4 %	57,1 %	9,1 %	22,2 %	0%	21,7 %	11,1 %	42,9 %	0%	100%
	Sintomatología depresiva leve	Recuento	19	11	3	22	5	15	15	4	26	4	9	13	4	11	11	4	4	0
		% en SD	63,3 %	36,7 %	10,0 %	73,3 %	16,7 %	50% %	50,0 %	13,3 %	86,7 %	13,3 %	30,0 %	43,3 %	13,3 %	36,7 %	36,7 %	13,3 %	13,3 %	0%
		% en CS	45,2 %	61,1 %	42,9 %	48,9 %	62,5 %	57,7 %	44,1 %	30,8 %	55,3 %	28,6 %	81,8 %	48,1 %	50%	47,8 %	61,1 %	57,1 %	57,1 %	0%
	Sintomatología depresiva moderada	Recuento	9	6	2	10	3	6	9	5	10	2	1	8	4	7	5	0	3	0
		% en SD	60,0 %	40,0 %	13,3 %	66,7 %	20%	40%	60,0 %	33,3 %	66,7 %	13,3 %	6,7 %	53,3 %	26,7 %	46,7 %	33,3 %	0%	20%	0%
		% en CS	21,4 %	33,3 %	28,6 %	22,2 %	37,5 %	23,1 %	26,5 %	38,5 %	21,3 %	14,3 %	9,1 %	29,6 %	50%	30,4 %	27,8 %	0%	42,9 %	0%
Total	Recuento	42	18	7	45	8	26	34	13	47	14	11	27	8	23	18	7	7	4	
	% en SD	70,0 %	30,0 %	11,7 %	75,0 %	13,3 %	43,3 %	56,7 %	21,7 %	78,3 %	23,3 %	18,3 %	45,0 %	13,3 %	38,3 %	30,0 %	11,7 %	11,7 %	6,7%	
	% en CS	100%	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100%	

*SD: Síntomas depresivos * CS: Características sociodemográficas

La tabla 7 expone el análisis cruzado de la presencia de sintomatología depresiva de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” en relación con sus características sociodemográficas; así, se desprende que:

- Según sexo: el 45.2% de mujeres y 61.1% de varones presentaron sintomatología depresiva leve; en el caso de las mujeres el 33.3% no tuvo sintomatología, y el 21.4% sintomatología depresiva moderada. En el caso de los varones, el 33.3% tuvo sintomatología moderada y 5.6% sin sintomatología reportada.
- Según grupo etario, todos presentaron sintomatología leve de depresión: 42.9% aquellos con 18 a 26 años, 48.9% aquellos con 27 a 59 años y 62.5% aquellos con 60 años a más.
- Según tipo de cuidador, todos ellos (únicos y alternos) tuvieron síntomas depresivos leves.
- Según horas de cuidado al día, de aquellos que cuidaban de 7 a 14 horas al día, el 38,5% tenía sintomatología depresiva moderada, y 30.8% sin síntomas depresivos, otro 30.8% con síntomas leves de depresión. De aquellos que cuidaban más de 15 horas el 55.3% tuvo síntomas leves, el 23.4% sin síntomas y el 21.3% síntomas moderados.
- Según tiempo de cuidado total, en el grupo de aquellos que tienen a su paciente bajo su cargo menos de 6 meses el 57.1% no tenía sintomatología

depresiva; sin embargo para todos los demás casos cuya atención fue mayor predominó la sintomatología depresiva leve, solo en aquellos con más de 3 años el porcentaje fue igual entre síntomas leves y moderados (50% para cada cual).

- Según parentesco, todos los parientes directos de primera línea [pareja, hijo (a), padre/madre, hermano (a)] tenían predominantemente síntomas leves de depresión 47,8% para parejas, 61,1% hijos, 57,1% padre/madre y 57,1% hermanos; aunque la tendencia en las parejas, hijos y hermanos fue hacia los síntomas moderados de depresión (30.4%, 27.8% y 42.9% respectivamente).

5.2. Contrastación de hipótesis

5.2.1. Hipótesis general

A. Aspectos generales

- Nivel de significancia: $\alpha = .05$
- Corresponde al nivel de significancia al 95%
- Estadístico de prueba: Prueba de independencia de chi cuadrado.
- Propósito: determinar si las dos variables categóricas son independientes.
- Hipótesis:
 - H0: Las dos variables son independientes.
 - H1: Las dos variables no son independientes.

- Regla de decisión:
 - Si el p valor es $< \alpha$, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la nula.
 - Si el p valor es $> \alpha$, se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la nula.
- Calcular el estadístico de Chi-cuadrado: Usando la fórmula;

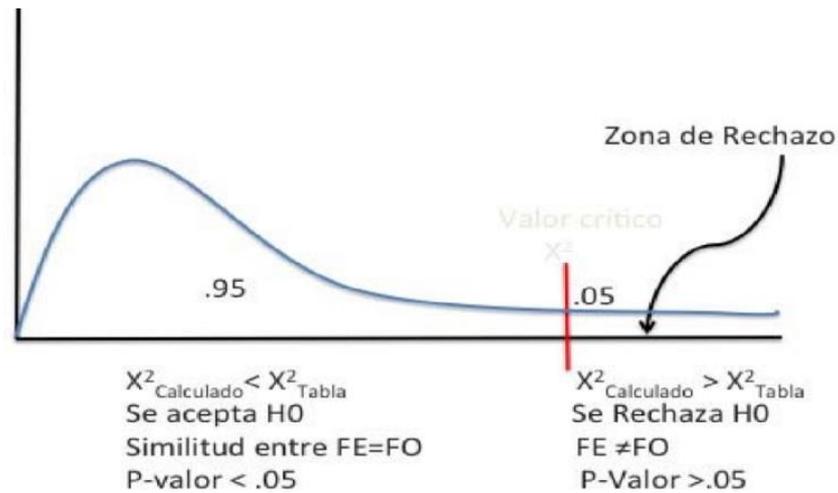
$$\chi^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

- Determinar el valor crítico o p-valor: Se consulta la tabla de Chi-cuadrado para determinar el valor crítico o p-valor asociado al estadístico de Chi-cuadrado calculado, considerando el nivel de significancia (por ejemplo, 0.05) y los grados de libertad (usualmente el número de categorías menos 1).

Tabla 8

Tabla de interpretación Chi cuadrado

v/p	0,001	0,0025	0,005	0,01	0,025	0,05	0,1	0,15	0,2
1	10,8274	9,1404	7,8794	6,6349	5,0239	3,8415	2,7055	2,0722	1,6424
2	13,8150	11,9827	10,5965	9,2104	7,3778	5,9915	4,6052	3,7942	3,2189
3	16,2660	14,3202	12,8381	11,3449	9,3484	7,8147	6,2514	5,3170	4,6416
4	18,4662	16,4238	14,8602	13,2767	11,1433	9,4877	7,7794	6,7449	5,9886
5	20,5147	18,3854	16,7496	15,0863	12,8325	11,0705	9,2363	8,1152	7,2893
6	22,4575	20,2491	18,5475	16,8119	14,4494	12,5916	10,6446	9,4461	8,5581
7	24,3213	22,0402	20,2777	18,4753	16,0128	14,0671	12,0170	10,7479	9,8032
8	26,1239	23,7742	21,9549	20,0902	17,5345	15,5073	13,3616	12,0271	11,0301
9	27,8767	25,4625	23,5893	21,6660	19,0228	16,9190	14,6837	13,2880	12,2421
10	29,5879	27,1119	25,1881	23,2093	20,4832	18,3070	15,9872	14,5339	13,4420
11	31,2635	28,7291	26,7569	24,7250	21,9200	19,6752	17,2750	15,7671	14,6314
12	32,9092	30,3182	28,2997	26,2170	23,3367	21,0261	18,5493	16,9893	15,8120
13	34,5274	31,8830	29,8193	27,6882	24,7356	22,3620	19,8119	18,2020	16,9848
14	36,1239	33,4262	31,3194	29,1412	26,1189	23,6848	21,0641	19,4062	18,1508
15	37,6978	34,9494	32,8015	30,5780	27,4884	24,9958	22,3071	20,6030	19,3107
16	39,2518	36,4555	34,2671	31,9999	28,8453	26,2962	23,5418	21,7931	20,4651
17	40,7911	37,9462	35,7184	33,4087	30,1910	27,5871	24,7690	22,9770	21,6146
18	42,3119	39,4220	37,1564	34,8052	31,5264	28,8693	25,9894	24,1555	22,7595
19	43,8194	40,8847	38,5821	36,1908	32,8523	30,1435	27,2036	25,3289	23,9004
20	45,3142	42,3358	39,9969	37,5663	34,1696	31,4104	28,4120	26,4976	25,0375



- **Decisión:** Si el valor de Chi-cuadrado calculado es mayor que el valor crítico de la tabla (o si el p-valor es menor que el nivel de significancia), se rechaza la hipótesis nula.

B. Delimitación de hipótesis de estudio

H0. No existe asociación significativa entre el nivel de sobrecarga y síntomas depresivos en cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023.

H1. Existe asociación significativa entre el nivel de sobrecarga y síntomas depresivos en cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023.

C. Presentación de resultados

Tabla 9

Asociación entre nivel de sobrecarga y síntomas depresivos en cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,005 ^a	4	,001
Razón de verosimilitud	22,388	4	,000
N de casos válidos	60		

D. Interpretación de los resultados

De la tabla 9 se puede desprender los resultados generales de la investigación; en consecuencia, con p valor = 0,000 < 0.05 y $\chi^2 = 19,005 > 9,4877$ se rechaza la hipótesis nula y acepta la hipótesis alterna “Las dos variables no son independientes”; es decir: “Existe asociación significativa entre el nivel de sobrecarga y síntomas depresivos en cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023”.

5.2.2. Hipótesis específicas

5.2.2.1. Hipótesis específica 1

A. Aspectos generales

- Nivel de significancia: $\alpha = .05$
- Corresponde al nivel de significancia al 95%
- Estadístico de prueba: Prueba de independencia de chi cuadrado.
- Propósito: determinar si las dos variables categóricas son independientes.
- Hipótesis:
 - H0: Las dos variables son independientes.
 - H1: Las dos variables no son independientes.
- Regla de decisión:
 - Si el p valor es $< .05$, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la nula.
 - Si el p valor es $> .05$, se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la nula.
- Calcular el estadístico de Chi-cuadrado: Usando la fórmula;

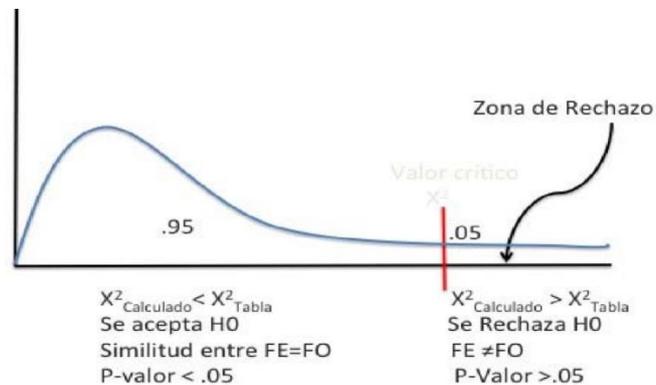
$$\chi^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

- Determinar el valor crítico o p-valor: Se consulta la tabla de Chi-cuadrado para determinar el valor crítico o p-valor asociado al estadístico de Chi-cuadrado calculado, considerando el nivel de significancia (por ejemplo,

0.05) y los grados de libertad (usualmente el número de categorías menos 1).

Tabla 10
Tabla de interpretación Chi cuadrado

v/p	0,001	0,0025	0,005	0,01	0,025	0,05	0,1	0,15	0,2
1	10,8274	9,1404	7,8794	6,6349	5,0239	3,8415	2,7055	2,0722	1,6424
2	13,8150	11,9827	10,5965	9,2104	7,3778	5,9915	4,6052	3,7942	3,2189
3	16,2660	14,3202	12,8381	11,3449	9,3484	7,8147	6,2514	5,3170	4,6416
4	18,4662	16,4238	14,8602	13,2767	11,1433	9,4877	7,7794	6,7449	5,9886
5	20,5147	18,3854	16,7496	15,0863	12,8325	11,0705	9,2363	8,1152	7,2893
6	22,4575	20,2491	18,5475	16,8119	14,4494	12,5916	10,6446	9,4461	8,5581
7	24,3213	22,0402	20,2777	18,4753	16,0128	14,0671	12,0170	10,7479	9,8032
8	26,1239	23,7742	21,9549	20,0902	17,5345	15,5073	13,3616	12,0271	11,0301
9	27,8767	25,4625	23,5893	21,6660	19,0228	16,9190	14,6837	13,2880	12,2421
10	29,5879	27,1119	25,1881	23,2093	20,4832	18,3070	15,9872	14,5339	13,4420
11	31,2635	28,7291	26,7569	24,7250	21,9200	19,6752	17,2750	15,7671	14,6314
12	32,9092	30,3182	28,2997	26,2170	23,3367	21,0261	18,5493	16,9893	15,8120
13	34,5274	31,8830	29,8193	27,6882	24,7356	22,3620	19,8119	18,2020	16,9848
14	36,1239	33,4262	31,3194	29,1412	26,1189	23,6848	21,0641	19,4062	18,1508
15	37,6978	34,9494	32,8015	30,5780	27,4884	24,9958	22,3071	20,6030	19,3107
16	39,2518	36,4555	34,2671	31,9999	28,8453	26,2962	23,5418	21,7931	20,4651
17	40,7911	37,9462	35,7184	33,4087	30,1910	27,5871	24,7690	22,9770	21,6146
18	42,3119	39,4220	37,1564	34,8052	31,5264	28,8693	25,9894	24,1555	22,7595
19	43,8194	40,8847	38,5821	36,1908	32,8523	30,1435	27,2036	25,3289	23,9004
20	45,3142	42,3358	39,9969	37,5663	34,1696	31,4104	28,4120	26,4976	25,0375



- **Decisión:** Si el valor de Chi-cuadrado calculado es mayor que el valor crítico de la tabla (o si el p-valor es menor que el nivel de significancia), se rechaza la hipótesis nula.

B. Delimitación de hipótesis:

H0: No existe asociación significativa entre el nivel de sobrecarga en la dimensión impacto del cuidado y los síntomas depresivos en cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023.

H1: Existe asociación significativa entre el nivel de sobrecarga en la dimensión impacto del cuidado y los síntomas depresivos en cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023.

C. Presentación de resultados

Tabla 11

Asociación entre el nivel de la sobrecarga en la dimensión impacto del cuidado y síntomas depresivos en cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,317 ^a	4	,003
Razón de verosimilitud	17,660	4	,001
N de casos válidos	60		

D. Interpretación de los resultados:

De la tabla 11 se puede desprender los resultados generales de la investigación; en consecuencia, con p valor = 0,003 < 0.05 y $\chi^2 = 16,317 > 9,4877$ se rechaza la hipótesis nula y acepta la hipótesis alterna “Las dos variables no son independientes”; es decir: Existe asociación significativa entre el nivel de

sobrecarga en la dimensión impacto del cuidado y los síntomas depresivos en cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023.

5.2.2.2. Hipótesis específica 2

A. Aspectos generales

- Nivel de significancia: $\alpha = .05$
- Corresponde al nivel de significancia al 95%
- Estadístico de prueba: Prueba de independencia de chi cuadrado.
- Propósito: determinar si las dos variables categóricas son independientes.
- Hipótesis:
 - H0: Las dos variables son independientes.
 - H1: Las dos variables no son independientes.
- Regla de decisión:
 - Si el p valor es $< .05$, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la nula.
 - Si el p valor es $> .05$, se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la nula.
- Calcular el estadístico de Chi-cuadrado: Usando la fórmula;

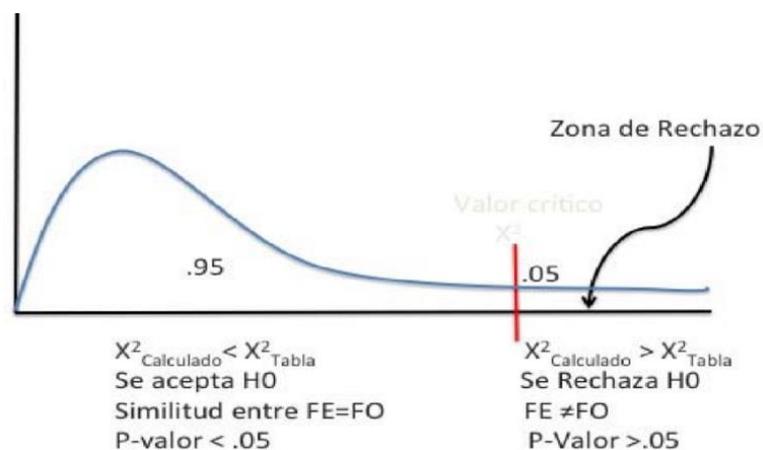
$$\chi^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

- Determinar el valor crítico o p-valor: Se consulta la tabla de Chi-cuadrado para determinar el valor crítico o p-valor asociado al estadístico de Chi-cuadrado calculado, considerando el nivel de significancia (por ejemplo, 0.05) y los grados de libertad (usualmente el número de categorías menos 1).

Tabla 12

Tabla de interpretación Chi cuadrado

v/p	0,001	0,0025	0,005	0,01	0,025	0,05	0,1	0,15	0,2
1	10,8274	9,1404	7,8794	6,6349	5,0239	3,8415	2,7055	2,0722	1,6424
2	13,8150	11,9827	10,5965	9,2104	7,3778	5,9915	4,6052	3,7942	3,2189
3	16,2660	14,3202	12,8381	11,3449	9,3484	7,8147	6,2514	5,3170	4,6416
4	18,4662	16,4238	14,8602	13,2767	11,1433	9,4877	7,7794	6,7449	5,9886
5	20,5147	18,3854	16,7496	15,0863	12,8325	11,0705	9,2363	8,1152	7,2893
6	22,4575	20,2491	18,5475	16,8119	14,4494	12,5916	10,6446	9,4461	8,5581
7	24,3213	22,0402	20,2777	18,4753	16,0128	14,0671	12,0170	10,7479	9,8032
8	26,1239	23,7742	21,9549	20,0902	17,5345	15,5073	13,3616	12,0271	11,0301
9	27,8767	25,4625	23,5893	21,6660	19,0228	16,9190	14,6837	13,2880	12,2421
10	29,5879	27,1119	25,1881	23,2093	20,4832	18,3070	15,9872	14,5339	13,4420
11	31,2635	28,7291	26,7569	24,7250	21,9200	19,6752	17,2750	15,7671	14,6314
12	32,9092	30,3182	28,2997	26,2170	23,3367	21,0261	18,5493	16,9893	15,8120
13	34,5274	31,8830	29,8193	27,6882	24,7356	22,3620	19,8119	18,2020	16,9848
14	36,1239	33,4262	31,3194	29,1412	26,1189	23,6848	21,0641	19,4062	18,1508
15	37,6978	34,9494	32,8015	30,5780	27,4884	24,9958	22,3071	20,6030	19,3107
16	39,2518	36,4555	34,2671	31,9999	28,8453	26,2962	23,5418	21,7931	20,4651
17	40,7911	37,9462	35,7184	33,4087	30,1910	27,5871	24,7690	22,9770	21,6146
18	42,3119	39,4220	37,1564	34,8052	31,5264	28,8693	25,9894	24,1555	22,7595
19	43,8194	40,8847	38,5821	36,1908	32,8523	30,1435	27,2036	25,3289	23,9004
20	45,3142	42,3358	39,9969	37,5663	34,1696	31,4104	28,4120	26,4976	25,0375



Decisión: Si el valor de Chi-cuadrado calculado es mayor que el valor crítico de la tabla (o si el p-valor es menor que el nivel de significancia), se rechaza la hipótesis nula.

B. Delimitación de hipótesis:

H0: No existe asociación significativa entre el nivel de la sobrecarga en la dimensión relaciones interpersonales y síntomas depresivos de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023.

H1: Existe asociación significativa entre el nivel de la sobrecarga en la dimensión relaciones interpersonales y síntomas depresivos de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023.

C. Presentación de resultados

Tabla 13

Asociación entre el nivel de la sobrecarga en la dimensión relaciones interpersonales y síntomas depresivos en cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,241 ^a	4	,002
Razón de verosimilitud	18,978	4	,001
N de casos válidos	60		

C. Interpretación de los resultados:

De la tabla 13 se puede desprender los resultados generales de la investigación; en consecuencia, con p valor = 0,002 < 0.05 y $\chi^2 = 17,241 > 9,4877$ se rechaza la hipótesis nula y acepta la hipótesis alterna “Las dos variables no son independientes”; es decir: Existe asociación significativa entre el nivel de la sobrecarga en la dimensión relaciones interpersonales y síntomas depresivos de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023.

5.2.2.3. Hipótesis específica 3

A. Aspectos generales

- Nivel de significancia: $\alpha = .05$
- Corresponde al nivel de significancia al 95%
- Estadístico de prueba: Prueba de independencia de chi cuadrado.
- Propósito: determinar si las dos variables categóricas son independientes.
- Hipótesis:
 - H0: Las dos variables son independientes.
 - H1: Las dos variables no son independientes.
- Regla de decisión:
 - Si el p valor es $< .05$, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la nula.
 - Si el p valor es $> .05$, se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la nula.

- Calcular el estadístico de Chi-cuadrado: Usando la fórmula;

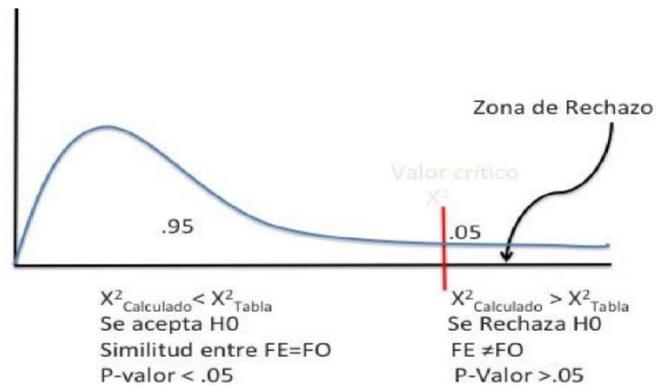
$$\chi^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

- Determinar el valor crítico o p-valor: Se consulta la tabla de Chi-cuadrado para determinar el valor crítico o p-valor asociado al estadístico de Chi-cuadrado calculado, considerando el nivel de significancia (por ejemplo, 0.05) y los grados de libertad (usualmente el número de categorías menos 1).

Tabla 14

Tabla de interpretación Chi cuadrado

v/p	0,001	0,0025	0,005	0,01	0,025	0,05	0,1	0,15	0,2
1	10,8274	9,1404	7,8794	6,6349	5,0239	3,8415	2,7055	2,0722	1,6424
2	13,8150	11,9827	10,5965	9,2104	7,3778	5,9915	4,6052	3,7942	3,2189
3	16,2660	14,3202	12,8381	11,3449	9,3484	7,8147	6,2514	5,3170	4,6416
4	18,4662	16,4238	14,8602	13,2767	11,1433	9,4877	7,7794	6,7449	5,9886
5	20,5147	18,3854	16,7496	15,0863	12,8325	11,0705	9,2363	8,1152	7,2893
6	22,4575	20,2491	18,5475	16,8119	14,4494	12,5916	10,6446	9,4461	8,5581
7	24,3213	22,0402	20,2777	18,4753	16,0128	14,0671	12,0170	10,7479	9,8032
8	26,1239	23,7742	21,9549	20,0902	17,5345	15,5073	13,3616	12,0271	11,0301
9	27,8767	25,4625	23,5893	21,6660	19,0228	16,9190	14,6837	13,2880	12,2421
10	29,5879	27,1119	25,1881	23,2093	20,4832	18,3070	15,9872	14,5339	13,4420
11	31,2635	28,7291	26,7569	24,7250	21,9200	19,6752	17,2750	15,7671	14,6314
12	32,9092	30,3182	28,2997	26,2170	23,3367	21,0261	18,5493	16,9893	15,8120
13	34,5274	31,8830	29,8193	27,6882	24,7356	22,3620	19,8119	18,2020	16,9848
14	36,1239	33,4262	31,3194	29,1412	26,1189	23,6848	21,0641	19,4062	18,1508
15	37,6978	34,9494	32,8015	30,5780	27,4884	24,9958	22,3071	20,6030	19,3107
16	39,2518	36,4555	34,2671	31,9999	28,8453	26,2962	23,5418	21,7931	20,4651
17	40,7911	37,9462	35,7184	33,4087	30,1910	27,5871	24,7690	22,9770	21,6146
18	42,3119	39,4220	37,1564	34,8052	31,5264	28,8693	25,9894	24,1555	22,7595
19	43,8194	40,8847	38,5821	36,1908	32,8523	30,1435	27,2036	25,3289	23,9004
20	45,3142	42,3358	39,9969	37,5663	34,1696	31,4104	28,4120	26,4976	25,0375



Decisión: Si el valor de Chi-cuadrado calculado es mayor que el valor crítico de la tabla (o si el p-valor es menor que el nivel de significancia), se rechaza la hipótesis nula.

B. Delimitación de hipótesis:

H0: No existe asociación significativa entre el nivel de la sobrecarga en la dimensión expectativa de autoeficacia y síntomas depresivos de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023.

H1: Existe asociación significativa entre el nivel de la sobrecarga en la dimensión expectativa de autoeficacia y síntomas depresivos de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023.

C. Presentación de resultados

Tabla 15

Asociación entre el nivel de la sobrecarga en la dimensión expectativa de autoeficacia y síntomas depresivos en cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023

Pruebas de chi-cuadrado			Significación asintótica (bilateral)
	Valor	df	
Chi-cuadrado de Pearson	6,041 ^a	4	,196
Razón de verosimilitud	8,298	4	,081
N de casos válidos	60		

a. 6 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,75.

D. Interpretación de los resultados:

De la tabla 15 se puede desprender los resultados generales de la investigación; en consecuencia, con p valor = $0,193 > 0,05$ y $\chi^2 = 6,041 < 9,4877$ se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna “Las dos variables son independientes”; es decir: No existe asociación significativa entre el nivel de la sobrecarga en la dimensión expectativa de autoeficacia y síntomas depresivos de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Esta investigación consiguió evidenciar que existe asociación significativa entre el nivel de sobrecarga y síntomas depresivos en cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” ($p = 0,001$; $\chi^2 = 19,005 > 9,4877$); lo que puede ser contrastado con antecedentes como por ejemplo los hallazgos de Lanatta y colegas que precisa que aquellos con depresión moderada y severa precisaron que tienen dificultad en la ejecución de sus actividades y niveles altos de sobrecarga (12), Vovlianou y colegas encuentran entre tanto que la carga de los cuidadores se asocia significativamente con la ansiedad, los síntomas depresivos, el género, la duración del cuidado (11) También, Monárrez y colegas encuentra asociación significativa entre sobrecarga, ansiedad y depresión ($p = < 0,001$) (10). Adicionalmente, según un estudio, se observó que el 43,82% de los cuidadores presentaban síntomas depresivos, incluso más que los propios pacientes (40,74%)(85). Adicionalmente, otro estudio encontró que los cuidadores estudiados reportaron un promedio de 7,74 en la escala BDI-II, lo que indica la presencia de síntomas depresivos en algunos de los cuidadores (86). La sobrecarga del cuidador se define como un conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan los cuidadores de enfermos crónicos, y se ha asociado con síntomas como ansiedad, estrés y depresión (87). Por lo tanto, la evidencia sugiere que la sobrecarga del cuidador de un paciente con enfermedad renal crónica puede estar relacionada con la presencia de síntomas depresivos en los cuidadores.

A nivel descriptivo, los hallazgos de este estudio reportan que el 81,6 % de los cuidadores presentaban algún nivel de sobrecarga, además el 63.3% tenía sobrecarga intensa, 18.3% sobrecarga leve y el 18.3% sin sobrecarga; al respecto, CCatamayo halló cifra similar con el 51% de sobrecarga intensa y 21% sin sobrecarga (7), Vovlianou y colegas con 67% de cuidadoras mujeres y mediana de edad de 58 años (11). Intas y colegas mostraron un nivel grave de sobrecarga del 36% y esta tasa aumentó hasta el 65 % si sumamos la carga moderada; además, el 26,7% de los cuidadores fueron positivos en síntomas depresivos y el 20% en riesgo (predisposición) para la depresión, 80 (25,8%) cuidadores en predisposición y riesgo de depresión y/o sintomatología depresiva, los cuidadores pertenecientes al grupo de depresión eran en su mayoría mujeres (87,5%), el factor con mayor correlación con la sobrecarga fue ($r = 0,952$, $p < 0,001$) (15). También Ruiz y colaboradores hallaron que alcance general se encontró sobrecarga leve en el 10% de los cuidadores (14). Contrariamente, Cubas y colegas encuentran que, el 95% de los cuidadores tenían sobrecarga leve, diferencia que se podría explicar ya que el antecedente solo ejecutó un estudio descriptivo con una variable y su aplicación del instrumento fue a través de la escala abreviada de Zarit con un factor de análisis (9).

Así mismo, este estudio halló que el 75% de cuidadores primarios presentaban síntomas depresivos y el 25% nivel moderado, no hubo hallazgos a nivel severo; resultados similares a lo encontrado por Lanatta y colegas que encuentra que el 54.54% de los cuidadores de pacientes con ERC presentaban síntomas de depresión, de ellos el 10% eran de nivel moderado-severo, el 18%

moderado y 27% leve (12). Raza y colegas por el contrario halló síntomas depresivos altos en los cuidadores (90%) lo que se podría explicar ya que el antecedente trabajó con un número significativo de cuidadores (218) además de analizar una variable más (ansiedad) (13)

Sobre las características sociodemográficas, este estudio tuvo el grupo mayoritario de mujeres (70%), la media de la edad = 40.47 años, el 46.7% estaban casados y el 21.7% convivientes, el 80% católicos, el 26.7% de nivel superior de estudios y 25% secundaria incompleta, el 38.3% era pareja sentimental del paciente y el 30% era hijo, el 56.7% era cuidador único del paciente, el 78.3% los cuidaba por más de 15 horas al día; finalmente, el 45% tenía entre 1 a 3 años cuidando a su paciente, seguido de aquellos con menos de seis meses al cuidado (23.3%); cifras relativamente similares a los encontrado por Lanatta y colegas con 54% de mujeres, Cubas y colegas con 75% de mujeres, 39% eran la pareja del paciente y el 33 % los hijos (as), el 54.7% habían alcanzado instrucción superior y sobre el tiempo de cuidado el 53% tenían entre 1 a 3 años (9); a nivel internacional, Raza y colegas indica que en su estudio el 38% de los cuidadores era pareja sentimental y padres (18,2%). Monárrez encuentra que el 84% de los cuidadores fueron mujeres, el 84% era la pareja o hijo (a) del paciente, la edad media fue de 51.3 años, el 78% eran casados o convivientes, el 57% tenía algún tipo de educación superior y el 87% de religión católico (18). Monárrez y colegas precisaron que, los cuidadores eran predominantemente femeninos 80% para HD y 92.9% para DP, el grupo de edad de 41 a 60 fue predominantes, de estado civil casados (HD 80% y DP 73.8%), con educación formal superior a 12 años (HD 55% y DP 62.9%), eran

parejas de los pacientes (HD 53.7% y DP 50%) (10); Toyama y colaboradores encontraron que, el 80% eran familiares directos (pareja o hijos), el 68% eran mujeres, el 45 % con al menos 8 años de estudios formales (20); Laguado encuentra que según edad los cuidadores en ser mayor de 53 años (42%), mujer (92%), casados (67%) (21), finalmente, Ruiz y colaboradores resultados mostraron que el 73% de los cuidadores eran mujeres, el 40% eran parejas o hijos de los pacientes, la edad oscilo entre 18 a 65 años (14).

Así, como se ha podido advertir hasta aquí, la sobrecarga del cuidador y los síntomas de depresión son aspectos relevantes desde la perspectiva médica, especialmente en el contexto de cuidadores de pacientes con enfermedad renal crónica. Aporte científicos han evidenciado que la combinación de síntomas físicos y psicológicos en los cuidadores puede llevar a una reducción significativa de la calidad de vida y contribuir al desarrollo de la depresión. Por lo tanto, es crucial brindar apoyo emocional, educación, capacitación y estrategias de afrontamiento a los cuidadores para prevenir la depresión y mejorar su bienestar emocional, de manera que se prevenga el desarrollo de patologías a corto o medio plazo.

CONCLUSIONES

1. Se determinó que existe asociación significativa (p valor = 0,000 < 0.05 y $\chi^2 = 19,005 > 9,4877$) entre el nivel de sobrecarga y síntomas depresivos en cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023.
2. Se determinó que existe asociación significativa (p valor = 0,003 < 0.05 y $\chi^2 = 16,317 > 9,4877$) entre el nivel de la sobrecarga en la dimensión impacto del cuidado y los síntomas depresivos en cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023.
3. Se determinó que existe asociación significativa (con p valor = 0,002 < 0.05 y $\chi^2 = 17,241 > 9,4877$) entre el nivel de la sobrecarga en la dimensión relaciones interpersonales y síntomas depresivos de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023.
4. Se determinó que no existe asociación significativa (p valor = 0,193 > 0.05 y $\chi^2 = 6,041 < 9,4877$) entre el nivel de sobrecarga en la dimensión expectativa de autoeficacia y síntomas depresivos de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023.
5. A nivel descriptivo, los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” se caracterizan con predominancia de sexo femenino (70%), la media de la edad fue de 40.47 años, el 75% tenían entre 27 a 57 años, el 46.7% eran casados y el 21.7% convivientes, el 80% católicos, el 26.7% superior completa, el 25% con secundaria completa, el 38.3% era pareja sentimental del paciente y el 30% era hijo (a) del paciente, el 56.7% era cuidador

único del paciente, el 78.3% los cuidaba por más de 15 horas al día; finalmente, el 45% tenía ente 1 a 3 años cuidando a su paciente, seguido de aquellos con menos de seis meses al cuidado (23.3%).

6. Sobre la variable sobrecarga del cuidador, los hallazgos reportan que el 63.3% presentaron sobrecarga intensa, 18.3% tuvieron sobrecarga leve y otro 18.3% no presentaron sobrecarga. En conclusión, el 81,6% del total de cuidadores presentan sobrecarga de cuidador.
7. Sobre la variable síntomas depresivos, se halló que el 75% de los cuidadores tienen síntomas entre los niveles leve y moderado; sin embargo, el 25% no presentaba sintomatología de ningún tipo.
8. Finalmente, se concluye que se halló gran congruencia entre los resultados hallados en esta investigación con otros estudios delimitados previamente, lo que refuerza los hallazgos previos.

RECOMENDACIONES

Después del análisis de la información obtenida, se recomienda:

- A nivel del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo, implementar programas de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los cuidadores primarios de los pacientes, que inclusive son fáciles de abordar ya que acuden periódicamente a las instalaciones del nosocomio.
- Se recomienda fortalecer en las universidades, específicamente en la carrera universitaria de medicina humana el enfoque preventivo de salud mental hacia los cuidadores de pacientes crónicos, oncológicos y otros, en este caso específicamente con ERC, desde el enfoque del paciente e institucional con los recursos disponibles, como grupos de apoyo, servicios de relevo y programas de asistencia financiera, para ayudar a aliviar la carga de los cuidadores.
- A nivel del paciente, se recomienda a los profesionales de salud puedan proporcionar apoyo emocional y psicológico: a través de asesoramiento individual o grupal, para ayudarles a manejar la carga emocional y la presencia de sintomatología depresiva. También, ofrecer educación y capacitación; es decir, brindar a los cuidadores información detallada sobre la enfermedad y el cuidado del paciente, así como capacitación en habilidades de cuidado, puede ayudar a reducir su la sobrecarga y síntomas de depresión.
- Se sugiere el adiestramiento de usuarios intervinientes en este estudio.
- Se sugiere se promueva futuras investigaciones a partir de los hallazgos de este estudio que amplíen el campo temático y poblaciones.
- Académicamente, se sugiere tener precauciones con las consecuencias de la manipulación y/o aplicación incorrecta de los resultados de este estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS. World Kidney Day. 2022 [citado el 14 de julio de 2023]. La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542:2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
2. MINSA. Boletín Epidemiológico del Perú [Internet]. Lima; 2018 abr [citado el 14 de julio de 2023]. (16). Report No.: 27. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/16.pdf>
3. Francis ER, Kuo CC, Bernabe-Ortiz A, Nessel L, Gilman RH, Checkley W, et al. Burden of chronic kidney disease in resource-limited settings from Peru: A population-based study. BMC Nephrol [Internet]. el 24 de julio de 2015 [citado el 14 de julio de 2023];16(1):1–10. Disponible en: <https://bmcnephrol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12882-015-0104-7>
4. Herrera-Añazco P, Taype-Rondan A, Lazo-Porras M, Alberto Quintanilla E, Ortiz-Soriano VM, Hernandez A V. Prevalence of chronic kidney disease in Peruvian primary care setting. BMC Nephrol [Internet]. el 19 de julio de 2017 [citado el 14 de julio de 2023];18(1):1–7. Disponible en: <https://bmcnephrol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12882-017-0655-x>
5. Arellan-Bravo L, León-Gonzales R. Situación de la enfermedad renal crónica en la Región Junín, Perú. Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo [Internet]. el 1 de abril de 2022 [citado

el 14 de julio de 2023];15(2):300–1. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312022000200024&lng=es&nrm=iso&tlng=es

6. Rodríguez L, Intriago J, Martínez H, Durán S. El soporte familiar y el estado emocional del paciente con Enfermedad Renal Crónica Manadialisis Portoviejo. SINAPSIS [Internet]. 2018;2(13). Disponible en: www.itsup.edu.ec/myjournal
7. Ccatamayo A. Nivel de sobrecarga del cuidador primario en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodialisis hospital Nacional Dos de Mayo Junio 2018 [Internet]. [Lima]: Universidad Privada San Juan Bautista; 2019 [citado el 14 de julio de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14308/2387/T-TPLE-AMANDA%20CCATAMAYO%20AGUILAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Machacca A. Estrategias de afrontamiento de la familia y el paciente con enfermedad renal crónica en terapia de hemodiálisis [Internet]. [Lima]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2021 [citado el 14 de julio de 2023]. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/10168/Estrategias_MachaccaAgreda_Ana.pdf?sequence=3&isAllowed=y
9. Cubas R, Sánchez N, Gálvez N del C. Sobrecarga del cuidador del paciente con tratamiento de diálisis peritoneal. Enfermería Nefrológica [Internet].

2019 [citado el 14 de julio de 2023];22(3):317–22. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842019000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=es

10. Monárrez-Espino J, Delgado-Valles JA, Ramírez-García G. Quality of life in primary caregivers of patients in peritoneal dialysis and hemodialysis. *Brazilian Journal of Nephrology* [Internet]. el 4 de junio de 2021 [citado el 14 de julio de 2023];43(4):486–94. Disponible en:
<https://www.scielo.br/j/jbn/a/CydkJKjB7tXZbGt9CYr4RBm/?lang=en&format=html>
11. Vovlianou S, Koutlas V, Papoulidou F, Tatsis V, Milionis H, Skapinakis P, et al. Burden, depression and anxiety effects on family caregivers of patients with chronic kidney disease in Greece: a comparative study between dialysis modalities and kidney transplantation. *Int Urol Nephrol* [Internet]. el 1 de junio de 2023 [citado el 14 de julio de 2023];55(6):1619–28. Disponible en:
<https://link.springer.com/article/10.1007/s11255-023-03482-8>
12. Lanatta V, Quiñones C, Paredes J, Sarabia silvana, León C. Alta frecuencia de sintomatología depresiva en cuidadores de pacientes pediátricos en diálisis peritoneal y hemodiálisis en un hospital. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2019 [citado el 10 de julio de 2023];82(3):202–8. Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v82n3/a07v82n3.pdf>
13. Raza H, Nasir M, Rashid Z, Shamim R, Alam B, Khan A, et al. Assessment of Anxiety and Burden on caregivers for haemodialysis patients in southern Punjab, Pakistan. *Fabad Journal of Pharmaceutical Sciences* [Internet]. el 1

de marzo de 2023 [citado el 14 de julio de 2023];48(1):53–60. Disponible en: <https://dergipark.org.tr/en/pub/fabadezczacilik/issue/76233/1099539>

14. Ruiz Díaz N, González S, Fretes P, Barrios I, Torales J, Ruiz Díaz N, et al. Sobrecarga del cuidador del paciente renal crónico. Un estudio piloto del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna* [Internet]. el 6 de septiembre de 2019 [citado el 14 de julio de 2023];6(2):21–9. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932019000200021&lng=en&nrm=iso&tlng=es
15. Intas G, Rokana V, Stergiannis P, Chalari E, Anagnostopoulos F. Burden and Sleeping Disorders of Family Caregivers of Hemodialysis Patients with Chronic Kidney Disease-End Stage: A Cross-Sectional Study. *Adv Exp Med Biol* [Internet]. 2020 [citado el 14 de julio de 2023];1196:33–40. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-32637-1_4
16. Zarit S. Aging families and Caregiving. 4a ed. Vol. 6, *Jurnal Penelitian Pendidikan Guru Sekolah Dasar*. EE.UU: Library of Congress Cataloging-in-Publication Data; 2009. 128 p.
17. Beck A, Steer R, Brown G. Beck Depression Inventory–II [Internet]. 1996 [citado el 31 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F00742-000>
18. Monárrez- Espino J, Delgado-Valles J, Tejada- Tayabas L, Vaca-Cortés J, Ramírez - García C. Calidad de vida en cuidadores primarios de pacientes en

- diálisis en la ciudad de Chihuahua, México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro* [Internet]. 2021 [citado el 13 de julio de 2023];59(3):205–15. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4577/457768119006/457768119006.pdf>
19. Adejumo OA, Okaka EI, Akinbodewa AA, Iyawe OI, Edeki IR, Abolarin OS. Self-perceived Burden on Caregivers, Anxiety and Depression among Chronic Kidney Disease Patients in Southern Nigeria. *West Afr J Med* [Internet]. el 1 de abril de 2021 [citado el 14 de julio de 2023];38(4):335–41. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/33900716>
 20. Toyama A, Ribeiro R, Ribeiro R, Martins M, Poletti N, Werneck A. Estado mental de los cuidadores de ancianos en diálisis renal. *Revista Família, ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social* [Internet]. septiembre de 2020 [citado el 14 de julio de 2023];8(3):349–58. Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/4979/497963985002/497963985002_2.pdf
 21. Laguado-Jaimes E. Perfil del cuidador del paciente con Enfermedad Renal Crónica: una revisión de la literatura. *Enfermería Nefrológica* [Internet]. 2019 [citado el 13 de julio de 2023];22(4):352–9. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842019000400352&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
 22. OMS. Hacia un consenso internacional sobre la política de atención de salud a largo plazo en el envejecimiento [Internet]. 1999 [citado el 31 de agosto de 2023]. (E3). Report No.: 18. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66542>

23. Tong A, Sainsbury P, Craig JC. Support interventions for caregivers of people with chronic kidney disease: a systematic review. *Nephrology Dialysis Transplantation* [Internet]. el 1 de diciembre de 2008 [citado el 14 de julio de 2023];23(12):3960–5. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1093/ndt/gfn415>
24. del-Pino-Casado R, Frías-Osuna A, Palomino-Moral PA, Ruzafa-Martínez M, Ramos-Morcillo AJ. Social support and subjective burden in caregivers of adults and older adults: A meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. el 1 de enero de 2018 [citado el 15 de julio de 2023];13(1):e0189874. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0189874>
25. Jafari H, Ebrahimi A, Aghaei A, Khatony A. The relationship between care burden and quality of life in caregivers of hemodialysis patients. *BMC Nephrol* [Internet]. el 12 de noviembre de 2018 [citado el 15 de julio de 2023];19(1):1–8. Disponible en: <https://link.springer.com/articles/10.1186/s12882-018-1120-1>
26. Steiner AM, Fletcher PC. Sandwich Generation Caregiving: A Complex and Dynamic Role. *J Adult Dev* [Internet]. el 1 de junio de 2017 [citado el 15 de julio de 2023];24(2):133–43. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10804-016-9252-7>
27. Polenick CA, Leggett AN, Webster NJ, Han BH, Zarit SH, Piette JD. Multiple Chronic Conditions in Spousal Caregivers of Older Adults With Functional Disability: Associations With Caregiving Difficulties and Gains.

The Journals of Gerontology: Series B [Internet]. el 1 de enero de 2020 [citado el 15 de julio de 2023];75(1):160–72. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbx118>

28. Hoffmann A, Tranter S, Josland I, Brennan F, Brown M. Atención de apoyo renal en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada tratados de forma conservadora: un estudio cualitativo de las experiencias de los pacientes y sus cuidadores/familias. *Revista de la Sociedad Renal de Australasia* [Internet]. 2017 [citado el 15 de julio de 2023];1. Disponible en: <https://search.informit.org/doi/abs/10.3316/informit.215464437665287>
29. Solomi VL, Casiday RE. In sickness and in health: The strains and gains of caring for a chronically ill or disabled spouse. *Health & Nursing* [Internet]. el 17 de agosto de 2016 [citado el 15 de julio de 2023];13(2):75–87. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1742395316664960>
30. Andréasson F, Andreasson J, Hanson E. Developing a carer identity and negotiating everyday life through social networking sites: an explorative study on identity constructions in an online Swedish carer community. *Ageing Soc* [Internet]. el 1 de noviembre de 2018 [citado el 15 de julio de 2023];38(11):2304–24. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/ageing-and-society/article/abs/developing-a-carer-identity-and-negotiating-everyday-life-through-social-networking-sites-an-explorative-study-on-identity->

constructions-in-an-online-swedish-carer-
community/B090E447B4CCF1A707F9CDE8DC47A6B6

31. Colvin AD, Bullock AN. A review of the biopsychosocial aspects of caregiving for aging family members. *Journals Social Work* [Internet]. el 19 de octubre de 2016 [citado el 15 de julio de 2023];19(5):420–42. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10522158.2016.1214657>
32. Yu ZL, Seow YY, Seow PS, Tan BLK. Effectiveness of a day care program in supporting patients on peritoneal dialysis and their caregivers. *Int Urol Nephrol* [Internet]. el 1 de mayo de 2016 [citado el 15 de julio de 2023];48(5):799–805. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11255-016-1241-z>
33. Shortridge EF, James C V. Marriage and End-Stage Renal Disease: Implications for African Americans. <https://doi.org/10.1177/0192513X10365831> [Internet]. el 23 de marzo de 2010 [citado el 15 de julio de 2023];31(9):1230–49. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0192513X10365831>
34. Gilbertson EL, Krishnasamy R, Foote C, Kennard AL, Jardine MJ, Gray NA. Burden of Care and Quality of Life Among Caregivers for Adults Receiving Maintenance Dialysis: A Systematic Review. *American Journal of Kidney Diseases*. el 1 de marzo de 2019;73(3):332–43.
35. Low J, Smith G, Burns A, Jones L. The impact of end-stage kidney disease (ESKD) on close persons: a literature review. *NDT Plus* [Internet]. el 1 de

- abril de 2008 [citado el 15 de julio de 2023];1(2):67–79. Disponible en:
<https://dx.doi.org/10.1093/ndtplus/sfm046>
36. Duncanson E, Chur-Hansen A, Jesudason S. Psychosocial consequences of gastrointestinal symptoms and dietary changes in people receiving automated peritoneal dialysis. *J Ren Care* [Internet]. el 1 de marzo de 2019 [citado el 15 de julio de 2023];45(1):41–50. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jorc.12265>
 37. Beanlands H, Horsburgh M, Fox S, Howe A, Locking-Cusolito H, Pare K, et al. Caregiving by Family and Friends of Adults Receiving Dialysis. *Nephrology Nursing Journal* [Internet]. 2005 [citado el 15 de julio de 2023];32(6):621–9. Disponible en:
<https://www.proquest.com/openview/e3b67425960c9d2eaac239149138e10a/1?pq-origsite=gscholar&cbl=45638>
 38. Cantekin I, Kavurmaci M, Tan M. An analysis of caregiver burden of patients with hemodialysis and peritoneal dialysis. *Hemodialysis International* [Internet]. el 1 de enero de 2016 [citado el 15 de julio de 2023];20(1):94–7. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/hdi.12311>
 39. Avşar U, Avşar UZ, Cansever Z, Yucel A, Cankaya E, Certez H, et al. Caregiver Burden, Anxiety, Depression, and Sleep Quality Differences in Caregivers of Hemodialysis Patients Compared With Renal Transplant Patients. *Transplant Proc.* el 1 de junio de 2015;47(5):1388–91.

40. Walker RC, Hanson CS, Palmer SC, Howard K, Morton RL, Marshall MR, et al. Patient and Caregiver Perspectives on Home Hemodialysis: A Systematic Review. *American Journal of Kidney Diseases*. el 1 de marzo de 2015;65(3):451–63.
41. Tong A, Palmer S, Manns B, Craig JC, Ruospo M, Gargano L, et al. Las creencias y expectativas de pacientes y cuidadores sobre la hemodiálisis domiciliaria: un estudio de entrevista. *BMJ Open* [Internet]. el 1 de enero de 2013 [citado el 15 de julio de 2023];3(1):e002148. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/3/1/e002148>
42. Tsai PF. Development of a middle-range theory of caregiver stress from the Roy Adaptation Model [Internet]. [Michigan]: Wayne State University; 1998 [citado el 15 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.proquest.com/openview/ad065d6d1f96fbaa35c7fe63c124b5bf/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
43. Eiser C, Darlington ASE, Stride CB, Grimer R. Implicaciones en la calidad de vida como consecuencia de la cirugía: salvamento de extremidades, amputación primaria y secundaria. *Sarcoma* [Internet]. 2001 [citado el 16 de julio de 2023];5(4):189–95. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18521313/>
44. Asano M, Rushton P, Miller WC, Deathe BA. Predictores de la calidad de vida en individuos con amputación de miembro inferior. *Prosthet Orthot Int* [Internet]. junio de 2008 [citado el 16 de julio de 2023];32(2):231–43. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18569891/>

45. Boutoille D, Féraille A, Maulaz D, Krempf M. Calidad de vida con complicaciones del pie asociadas a la diabetes: comparación entre amputación de miembro inferior y ulceración crónica del pie. *Foot Ankle Int* [Internet]. noviembre de 2008 [citado el 16 de julio de 2023];29(11):1074–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19026199/>
46. Engelhardt TO, Jeschke J, Piza-Katzer H. Sobre la calidad de vida autoinformada después de la amputación de la mano en pacientes con tumores de la extremidad superior. *Handchirurgie, Mikrochirurgie, plastische Chirurgie : Organ der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft fur Handchirurgie : Organ der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft fur Mikrochirurgie der Peripheren Nerven und Gefasse : Organ der V.* [Internet]. febrero de 2008 [citado el 16 de julio de 2023];40(1):23–30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18322896/>
47. Zarit S, Orr N, Zarit J. Las víctimas ocultas de la enfermedad de Alzheimer: familias bajo estrés [Internet]. 1a ed. Vol. 1. EE.UU: New York University Press; 1985 [citado el 16 de julio de 2023]. 361 p. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?hl=en&lr=&id=RtoVCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP7&ots=JsrykjA054&sig=drBSWXdRwbuhHEMezwxW1Zy28IQ&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
48. Bachner YG, O'Rourke N. Generalización de la confiabilidad de las respuestas de los proveedores de atención a la Entrevista de Carga de Zarit. *Aging Ment Health* [Internet]. noviembre de 2007 [citado el 16 de julio de

- 2023];11(6):678–85. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18074255/>
49. Bédard M, Molloy DW, Squire L, Dubois S, Lever JA, O'donnell M. The Zarit Burden Interview: a new short version and screening version. *Gerontologist* [Internet]. el 1 de octubre de 2001 [citado el 16 de julio de 2023];41(5):652–7. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11574710/>
50. Lei L, Huang X, Zhang S, Yang J, Yang L, Xu M. Comparación de la prevalencia y los factores asociados de ansiedad y depresión entre las personas afectadas y las personas no afectadas por la cuarentena durante la epidemia de COVID-19 en el suroeste de China. *Med Sci Monit* [Internet]. 2020 [citado el 8 de septiembre de 2021];26:e924609-1. Disponible en:
</pmc/articles/PMC7199435/>
51. OMS. Datos y cifras. 2022 [citado el 16 de julio de 2023]. Trastornos mentales. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
52. Muñoz sheyla. Depresión y su afectación en el estado emocional de una persona de 23 años de la ciudad de Guayaquil [Internet]. Universidad Técnica de Babahoyo; 2022 [citado el 16 de julio de 2023]. Disponible en:
<http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/13608>
53. Berenzon S, Lara M, Robles R, Medina M. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en

- México. Salud Publica Mex [Internet]. 2013 [citado el 16 de julio de 2023];55(1). Disponible en:
<https://www.scielosp.org/pdf/spm/v55n1/v55n1a11.pdf>
54. Rapaport MH, Clary C, Fayyad R, Endicott J. Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry* [Internet]. el 1 de junio de 2005 [citado el 16 de julio de 2023];162(6):1171–8. Disponible en:
<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.162.6.1171>
55. Mehta S, Mittal PK, Swami MK. Psychosocial functioning in depressive patients: A comparative study between major depressive disorder and bipolar affective disorder. *Depress Res Treat*. 2014;2014.
56. Roness A, Mykletun A, Dahl AA. Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. el 1 de enero de 2005 [citado el 16 de julio de 2023];111(1):51–8. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1600-0447.2004.00433.x>
57. Hurtado H, Sánchez V, Bedoya L, Juárez L, Muñiz O, Agudelo D, et al. Prevalencia de trastornos mentales.
58. Hedlund S, Rude SS. Evidence of Latent Depressive Schemas in Formerly Depressed Individuals. *J Abnorm Psychol*. 1995;104(3):517–25.
59. Marco JH, Alonso S, Andani J. Early intervention with cognitive behavioral therapy reduces sick leave duration in people with adjustment, anxiety and depressive disorders. <https://doi.org/101080/0963823720181521937>

- [Internet]. el 3 de mayo de 2018 [citado el 31 de agosto de 2023];29(3):247–55. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638237.2018.1521937>
60. Matos A, Manzano G. Bases neurológicas de la depresión. Analogías del Comportamiento [Internet]. el 15 de octubre de 2021 [citado el 16 de julio de 2023];(19). Disponible en: <https://revistasenlinea.saber.ucab.edu.ve/index.php/analogias/article/view/5165>
61. Mirza I, Jenkins R. Risk factors, prevalence, and treatment of anxiety and depressive disorders in Pakistan: systematic review. *BMJ* [Internet]. el 1 de abril de 2004 [citado el 16 de julio de 2023];328(7443):794. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/328/7443/794>
62. Mirowsky J, Ross CE. Age and depression. *J Health Soc Behav.* 1992;33(3).
63. Lynch J, Kilmartin C. *The Pain Behind the Mask: Overcoming Masculine Depression* [Internet]. 3a ed. Vol. 1. New York: Routledge; 2014 [citado el 16 de julio de 2023]. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=ey1mAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Lynch+J,+Kilmartin+C.+The+pain+behind+the+mask++Overcoming+masculine%0Adepression.+Routledge%3B+2013+Dec+19&ots=uVwPCr61dA&sig=6ClXdNx1YjaLx77wILlHSC4dzuY&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

64. Montesó-Curto P, Aguilar-Martín C. Depresión según la edad y el género: análisis en una comunidad. *Aten Primaria* [Internet]. 2014 [citado el 16 de julio de 2023];46(3):167. Disponible en: </pmc/articles/PMC6983585/>
65. López JD. Prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna febrero 2020 [Internet]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. 2020 [citado el 16 de julio de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/3998>
66. Gálvez RB, Albino-Rodríguez FJ, Arias-Rico J, Solano-Pérez CT, Chávez-Flores OR, Pelcastre GS. El Coste Médico de la Depresión. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo* [Internet]. el 5 de junio de 2021 [citado el 16 de julio de 2023];9(18):54–6. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/6714>
67. Barrera R. Depresión y funcionalidad familiar en los adultos mayores del Distrito de Pilcomayo durante la pandemia COVID-19 [Internet]. [Huancayo]: Universidad Nacional del Centro del Perú; 2023 [citado el 16 de julio de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.uncp.edu.pe/handle/20.500.12894/9121>
68. Vagas L. Relación entre la pobreza mayor y pobreza multidimensional en adultos en Colombia 2015 [Internet]. 2019 [citado el 16 de julio de 2023]. Disponible en:

<https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/b9de5f03-4f4b-4cc5-968a-cdec77607352/content>

69. Meza N. Funcionalidad familiar como factor protector de la depresión en usuarios del centro integral del adulto mayor de Villa El Salvador [Internet]. AUTONOMA. Universidad autónoma del Perú; 2022 [citado el 16 de julio de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/20.500.13067/1976>
70. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The Prevalence of Comorbid Depression in Adults With DiabetesA meta-analysis. *Diabetes Care* [Internet]. el 1 de junio de 2001 [citado el 16 de julio de 2023];24(6):1069–78. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.2337/diacare.24.6.1069>
71. Jensen MP, Smith AE, Bombardier CH, Yorkston KM, Miró J, Molton IR. Social support, depression, and physical disability: Age and diagnostic group effects. *Disabil Health J.* el 1 de abril de 2014;7(2):164–72.
72. Cohen S, Thomas W. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Boletín psicológico* [Internet]. 1985 [citado el 16 de julio de 2023];20(15):298–312. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/1986-01119-001>
73. Zimmerman M, Ramírez J, Zapert K, Maton K. Un estudio longitudinal de los efectos amortiguadores del estrés para los comportamientos problemáticos y la salud mental de los adolescentes varones afroamericanos

- urbanos. *J Community Psychol* [Internet]. 1999 [citado el 16 de julio de 2023];28(1):17–29. Disponible en: [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/\(SICI\)1520-6629\(200001\)28:1%3C17::AID-JCOP4%3E3.0.CO;2-I](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/(SICI)1520-6629(200001)28:1%3C17::AID-JCOP4%3E3.0.CO;2-I)
74. Grajales JCA, Vargas JML, Hernández JDM, Velásquez CMH, Pereira GJR. Enfermedad e insuficiencia renal crónicas. Primera parte. *Medicina UPB* [Internet]. el 15 de diciembre de 2005 [citado el 19 de mayo de 2023];24(2):97–125. Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/medicina/article/view/2421>
75. KDIGO. Evaluación y manejo de la ERC. 2023 [citado el 14 de julio de 2023]. Evaluación y manejo de la ERC . Disponible en: <https://kdigo.org/guidelines/ckd-evaluation-and-management/>
76. Prieto F, Cabañas C, Villagra V. Características de los pacientes en espera de trasplante renal. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud* [Internet]. el 10 de abril de 2015 [citado el 14 de julio de 2023];13(1):49–57. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1812-95282015000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=es
77. Hileman JW, Lackey NR, Hassanein RS. Identifying the needs of home caregivers of patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. el 1 de junio de 1992 [citado el 14 de julio de 2023];19(5):771–7. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/1608841>

78. Raina P, O'Donnell M, Schwellnus H, Rosenbaum P, King G, Brehaut J, et al. Caregiving process and caregiver burden: Conceptual models to guide research and practice. *BMC Pediatr* [Internet]. el 14 de enero de 2004 [citado el 14 de julio de 2023];4(1):1–13. Disponible en: <https://link.springer.com/articles/10.1186/1471-2431-4-1>
79. American Psychiatric Association. *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* [Internet]. 5a ed. Editorial médica panamericana, editor. Vol. 1, Editorial Médica Panamericana. Panamericana.; 2014 [citado el 8 de mayo de 2022]. 362–366 p. Disponible en: <https://www.medicapanamericana.com/es/libro/dsm-5-manual-diagnostico-y-estadistico-de-los-trastornos-mentales-incluye-version-digital>
80. Bunge M. *La investigación científica : su estrategia y su filosofía. Siglo XXI;* 2000.
81. Argimon J, Jiménez J. *Métodos de investigación clínica y epidemiológica.* 4ta ed. España, Barcelona: Elsevier; 2013. 522 p.
82. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio M del P. *Metodología de la investigación.* Vol. 1. 2016.
83. Marchena C, Merma M, Rosales G. Vista de Propiedades psicométricas de la Escala de Sobrecarga de Zarit en cuidadores formales e informales de personas con esquizofrenia. *PsiqueMag* [Internet]. 2023 [citado el 12 de noviembre de 2023];12(2). Disponible en: <https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/psiquemag/article/view/2389/2097>

84. Sánchez A, Cedrón E, Fuente V, Chávez D. Factor structure and normative data of the Beck Depression Inventory (BDI-II) in the general Peruvian population. *Acta Colombiana de Psicología*. 2022;25(2):158–70.
85. Ruiz Díaz N, González S, Fretes P, Barrios I, Torales J, Ruiz Díaz N, et al. Sobrecarga del cuidador del paciente renal crónico. Un estudio piloto del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna [Internet]*. el 6 de septiembre de 2019 [citado el 29 de noviembre de 2023];6(2):21–9. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932019000200021&lng=en&nrm=iso&tlng=es
86. Alzate C. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con insuficiencia renal crónica [Internet]. Tesis de grado, Universidad de los Andes; 2021 [citado el 29 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.uniandes.edu.co/server/api/core/bitstreams/5e5c1886-4308-4ca3-a1a0-1114ffe8ea7e/content>
87. Arroyo E, Arana AI, Garrido R, Crespo R. Análisis de la sobrecarga del cuidador del paciente en diálisis. *Enfermería Nefrológica [Internet]*. 2018 [citado el 29 de noviembre de 2023];21(3):213–23. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842018000300213&lng=es&nrm=iso&tlng=es

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Tabla 16. Matriz de consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMAS GENERALES</p> <p>¿ Existe asociación entre el nivel de sobrecarga y síntomas depresivos en cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023?</p> <p>PROBLEMAS ESPECIFICOS</p> <p>¿Cuál es la asociación entre la dimensión impacto del cuidado y los síntomas depresivos en cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” - 2023?</p> <p>¿Cuál es la asociación entre la dimensión relaciones interpersonales y síntomas depresivos de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” - 2023?</p>	<p>OBJETIVOS GENERALES</p> <p>Determinar la asociación que existe entre el nivel de sobrecarga y síntomas depresivos en cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>Determinar la asociación entre la dimensión impacto del cuidado y los síntomas depresivos en cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023.</p> <p>Determinar la asociación entre la dimensión relaciones interpersonales y síntomas depresivos de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis</p>	<p>HIPOTESIS GENERAL.</p> <p>Existe asociación significativa entre el nivel de sobrecarga y síntomas depresivos en cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023.</p> <p>HIPOTESIS ESPECIFICAS</p> <p>Existe asociación significativa entre la dimensión impacto del cuidado y los síntomas depresivos en cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023.</p> <p>Existe asociación significativa entre la dimensión relaciones interpersonales y síntomas depresivos de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el</p>	<p>VARIABLE 1</p> <p>Sobrecarga del cuidador</p> <p>VARIABLE 2</p> <p>Síntomas depresivos</p>	<p>Método: Científico, inductivo - deductivo</p> <p>Tipo: Descriptiva, transversal, observacional y prospectivo.</p> <p>Nivel: Correlacional</p> <p>Diseño: No experimental.</p> <p>Población:</p> <p>Muestra:</p> <p>Técnica: Entrevista</p> <p>Instrumentos: Cuestionario</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario sociodemográfico • Entrevista sobre la carga del cuidador de Zarit (ZBI-12) • Inventario de depresión de Beck: (BDI-II)

<p>¿Cuál es la asociación entre la dimensión expectativa de autoeficacia y síntomas depresivos de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023?</p>	<p>atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023.</p> <p>Determinar la asociación entre la dimensión expectativa de autoeficacia y síntomas depresivos de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023.</p>	<p>Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023.</p> <p>Existe asociación significativa entre la dimensión expectativa de autoeficacia y síntomas depresivos de los cuidadores primarios de pacientes en terapia de hemodiálisis atendidos en el Hospital “Daniel Alcides Carrión” -2023</p>		
---	---	---	--	--

Anexo 2: Matriz de operacionalización de variables

Tabla 17. Matriz de operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Dimensión	Indicadores	Tipo de variables	Escala de medición	Valores
Variables independientes						
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL CUIDADOR	Conjunto de características biológicas, socioeconómicas y culturales que están presentes en la población sujeta a estudio	SOCIODEMOGRÁFICAS	Edad	Cuantitativa	Ordinal	Cuantitativo
			Sexo	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino
			Parentesco con el paciente	Cualitativa	Nominal	Esposo (pareja) Hijo (a) Padre/ madre Hermano Otro pariente Enfermera (o)
			Estado civil	Cualitativa	Nominal	Soltero Conviviente Casado Divorciado Viudo
			Nivel de instrucción	Cualitativa	Nominal	Sin instrucción Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior incompleta Superior completa
			Religión			Católica Evangélica Mormón Sin religión Otro
			Tabaquismo	Cualitativa	Nominal	Si No
			Diabetes	Cualitativa	Nominal	Si No
			HTA	Cualitativa	Nominal	Si No
			Procedencia	Cualitativa	Nominal	Rural

			Ocupación			Urbano Ama de casa Empleado dependiente Empleo independiente Si empleo	
			DE CUIDADO	Cuidador único	Cualitativa	Nominal	Si No
				Horas de cuidado diario	Cuantitativo	Ordinal	Menos de 6 horas 7 – 14 horas 15 horas a más
				Tiempo total	Cualitativa	Nominal	Menos de 6 meses 7 meses – 1 año 1 a 3 años Más de 3 años
SOBRECARGA	impacto en el ámbito físico, mental y socioeconómico que presenta el cuidador de personas enfermas y que afectan su vida diaria en las esferas mencionadas	Impacto del cuidado	Se refiere a la percepción que tiene el cuidador sobre el impacto que ha sentido.	Cuantitativo	Ordinal	“ausencia de sobrecarga” es de (≤ 46), “sobrecarga ligera” es de (47-55) y “sobrecarga intensa” es (≥ 56).	
		Relaciones interpersonales	Cambio radical en su entorno de convivencia y aparición de conflictos sociales y esto altera en su vida cotidiana del cuidador.	Cuantitativo	Ordinal		
		Expectativa de autoeficacia	Lo que espera si continua en su labor como cuidador.	Cuantitativo	Ordinal		
DEPRESIÓN	Tristeza de una intensidad o una duración suficiente como para obstruir en la funcionalidad y, en ocasiones, por una disminución del interés o del placer despertado por las actividades. (17).	Cognitivo	Tristeza Pesimismo Pensamientos suicidas Desvalorización	Cualitativo	Ordinal	1 2 9 14	
		Físico	Indecisión Autocrítica Sentimiento de culpa Fracaso Disconformidad	Cualitativo	Ordinal	13 8 5 3 7 6 4,10	

			con uno mismo Sentimiento de castigo Pérdida de placer y llanto			
		Afectivo	Agitación Pérdida de interés Pérdida de energía Cambios de hábitos y sueño Irritabilidad Cambios de apetito Dificultad de concentración Cansancio Pérdida de interés en el sexo	Cualitativo	Ordinal	11 12 15 16 17 18 19 20 21

Anexo 3: Instrumento de recolección de datos



FICHA SOCIODEMOGRÁFICA DEL CUIDADOR

I. Datos sociodemográficos

Fecha		Código de instrumento	
--------------	--	------------------------------	--

II. Generalidades clínicas

Edad años
Sexo	Femenino () Masculino ()
Parentesco con el paciente	Esposo (pareja) () Hijo (a) () Padre/ madre () Hermano () Otro pariente () Enfermera (o) ()
Estado civil	Soltero () Conviviente () Casado () Divorciado () Viudo ()
Nivel de instrucción	Sin instrucción () Primaria incompleta () Primaria completa () Secundaria incompleta () Secundaria completa () Superior incompleta () Superior completa ()
Religión	Católica () Evangélica () Mormón () Sin religión () Otro ()
Tabaquismo	Si () No ()

Diabetes	Si () No ()
HTA	Si () No ()
Procedencia	Rural () Urbano ()
Ocupación	Ama de casa () Empleado dependiente () Empleo independiente () Si empleo ()
Cuidador único	Si () No ()
Horas de cuidado diario	Menos de 6 horas () 7 – 14 horas () 15 horas a más ()
Tiempo total al cuidado de su paciente	Menos de 6 meses () 7 meses – 1 año () 1 a 3 años () Más de 3 años ()

Inventario de Depresión Beck II Beck (1979) Adaptada Barreda (2019)

Instrucciones: Por favor lea cuidadosamente cada uno de los 21 grupos de frases. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido en las últimas dos semanas, incluido el día de hoy.

Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado que ha elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto.

Verifique que no haya elegido y marcado más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (CHS), y el ítem 18 (CA)

N°	Ítems
1.- T	
0	No me siento triste
1	Me siento triste gran parte del tiempo
2	Estoy triste todo el tiempo
3	Estoy tan triste y tan infeliz que no puedo soportarlo
2.- P	
0	No me siento desanimado respecto a mi futuro
1	Me siento más desanimado respecto a mi futuro que antes
2	No espero que las cosas funcionen para mi
3	Siento que no hay esperanza para mi en el futuro y que las cosas van a empeorar
3.- F	
0	No me siento como un fracasado
1	He fracasado más de lo debido
2	Cuando miro hacia atrás miro muchos fracasos
3	Siento que como persona soy un fracaso total

4.- PP	
0	Obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes
1	No disfruto tanto de las cosas como antes
2	Obtengo muy poco placer de las cosas
3	No puedo obtener ningún placer de las cosas
5.- SCU	
0	No me siento culpable
1	Me siento culpable respecto ha varias cosas que he hecho o que debería haber hecho
2	Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
3	Me siento culpable todo el tiempo
6.- SCA	
0	No siento que esté siendo castigado
1	Creo que tal vez estoy siendo castigado
2	Espero ser castigado
3	Siento que estoy siendo castigado
7.- DUM	
0	Siento acerca de mí lo mismo de siempre
1	He perdido la confianza en mí mismo
2	Estoy decepcionado de mí mismo
3	No me gusto a mí mismo
8.- AC	
0	No me critico ni me culpo más de lo habitual
1	Estoy más crítico conmigo mismo que antes
2	Me critico a mí mismo por todos mis errores
3	Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede
9.- PDS	
0	No pienso en matarme
1	He pensado en matarme pero no lo haría

2	Desearía matarme
3	Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo
10.- LI	
0	No lloro más de lo usual
1	Lloro más que antes
2	Lloro por cualquier pequeñez
3	Siento ganas de llorar pero no puedo
11.- AG	
0	No estoy más inquieto o tenso que antes
1	Me siento más tenso o inquieto que antes
2	Estoy tan inquieto que me es difícil quedarme tranquilo
3	Estoy tan inquieto que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo
12.- PI	
0	No he perdido el interés en otras actividades o personas
1	Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas
2	He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas
3	Me es difícil interesarme por algo
13.- I	
0	Tomo decisiones tan bien como siempre
1	Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
2	Encuentro más dificultad que antes para tomar decisiones
3	Tengo problemas para tomar cualquier decisión
14.- D	
0	Siento que soy valioso
1	No me considero tan valioso y útil como antes
2	Me siento menos valioso cuando me comparo con los demás
3	Siento que no valgo nada
15.- PE	
0	Tengo tanta energía como siempre
1	Tengo menos energía que antes
2	No tengo suficiente energía para hacer algunas cosas

3	No tengo energía suficiente para hacer nada
16.- CHS	
0	No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño
1a	Duermo un poco más que lo habitual
1b	Duermo un poco menos que lo habitual
2a	Duermo mucho más que lo habitual
2b	Duermo mucho menos que lo habitual
3a	Duermo la mayor parte del día
3b	Me despierto 1 – 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme
17.- IRR	
0	No estoy más irritable que antes
1	Estoy más irritable que antes
2	Estoy mucho más irritable que antes
3	Estoy irritable todo el tiempo
18.- CA	
0	No he experimentado ningún cambio en mi apetito
1a	Mi apetito es un poco menor que antes
1b	Mi apetito es un poco mayor que antes
2a	Mi apetito es mucho menor que antes
2b	Mi apetito es mucho mayor que antes
3a	No tengo apetito en absoluto
3b	Quiero comer todo el tiempo
19.- DC	
0	Puedo concentrarme tan bien como siempre
1	No puedo concentrarme tan bien como antes
2	Me es difícil mantener la atención en algo por mucho tiempo
3	Encuentro que no puedo concentrarme en nada

20.- CoF	
0	No estoy más cansado o fatigado de lo habitual
1	Me fatigo o me canso más fácilmente que antes
2	Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que antes solía hacer
3	Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer
21.- PIS	
0	No he notado un cambio reciente en mi interés por el sexo
1	Estoy menos interesado en el sexo que antes
2	Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo
3	He perdido completamente el interés en el sexo

Código	Denominación
T	Tristeza
P	Pesimismo
F	Fracaso
PP	Pérdida de placer
SCU	Sentimiento de culpa
SCA	Sentimientos de castigo
DUM	Disconformidad con uno mismo
AC	Autocrítica
PAS	Pensamientos o Deseos Suicidas
LI	Llanto
AG	Agitación
PI	Pérdida de interés
I	Indecisión
D	Desvalorización

PE	Pérdida de energía
CHS	Cambios en los hábitos de sueño
IRR	Irritabilidad
CA	Cambios en el apetito
DC	Dificultad de concentración
CoF	Cansancio o Fatiga
PIS	Pérdida de interés en el sexo

ESCALA DE ZARIT

PUNTUACIÓN: 0 - Nunca 1 - Rara vez 2 - Algunas veces 3 - Bastantes veces 4 - Casi siempre

	0	1	2	3	4
¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Ud.?					
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
¿Piensa que su familiar depende de Ud.?					
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?					
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?					
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?					
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó con el cuidado de su familiar?					
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					

Anexo 4: Baremo de evaluación del instrumento

Tabla 18. Baremo de evaluación Escala de sobrecarga de Zarit

Sobrecarga en general	Ítem: 1- 22
<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de sobrecarga: ≤ 46 • Sobrecarga leve: 47-55 • Sobrecarga intensa: ≥ 56 	
D1: Impacto del cuidado	Ítems: 2,12,22,8,3,10,11,13,1,14,17 y 7
<ul style="list-style-type: none"> • Sobrecarga leve: ≤ 27 • Sobrecarga moderada: 28-33 • Sobrecarga intensa: ≥ 34 	
D2: Relaciones interpersonales	Ítems: 19,9,5,4,18 y 6
<ul style="list-style-type: none"> • Sobrecarga leve: ≤ 9 • Sobrecarga moderada: 10-12 • Sobrecarga intensa: ≥ 13 	
D3: Expectativa de autoeficacia	Ítems: 21,20,15 y 16
<ul style="list-style-type: none"> • Sobrecarga leve: ≤ 7 • Sobrecarga moderada: 8-10 • Sobrecarga intensa: ≥ 11 	

Tabla 19. Baremo de evaluación Inventario de depresión Beck -II

Depresión	Ítem: 1- 21
<ul style="list-style-type: none"> • Sintomatología depresiva mínima/sin depresión: 0-13 • Sintomatología depresiva leve: 14-19 • Sintomatología depresiva moderada: 20-28 • Sintomatología depresiva grave: 29-63 	
D1: Cognitiva	Ítems: 1,2,9 y 14
<ul style="list-style-type: none"> • Sin sintomatología depresiva: 0-3 • Sintomatología leve: 4-6 • Sintomatología moderada: 7-9 • Sintomatología grave: 10-12 	
D2: Físico - Conductual	Ítems: 13,8,5,3,7,6,4 y 10
<ul style="list-style-type: none"> • Sin sintomatología depresiva: 0-8 • Sintomatología leve: 9-13 • Sintomatología moderada: 14-18 • Sintomatología grave: 19-24 	
D3: Afectivo emocional	Ítems: 11,12,15,16,17,18,19,20 y 21
<ul style="list-style-type: none"> • Sin sintomatología depresiva: 0-9 • Sintomatología leve: 10-15 • Sintomatología moderada: 16-21 • Sintomatología grave: 22-27 	

Anexo 5: Análisis de validez y confiabilidad

Alfa de Cronbach de escala de sobrecarga de Zarit

Tabla 20.

Resumen del procesamiento de casos para alfa de cronbach del instrumento

		N	%
Casos	Válido	15	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	15	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Tabla 21.

Estadísticas de fiabilidad del instrumento

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,870	,858	22

Tabla 22.

Tabla de interpretación de alfa de cronbach

Valores	Nivel
0,53 a menos	Confiabilidad nula
0,54 a 0,59	Confiabilidad baja
0,60 a 0,65	Confiable
0,66 a 0,71	Muy confiable
0,72 a 0,99	Excelente confiabilidad
1,0	Confiabilidad perfecta

Tabla 23.

Tabla estadísticas de elementos

Estadísticas de elemento

	Media	Desv. Desviación	N
¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	1,93	1,580	15
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Ud.?	2,40	1,404	15
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	2,27	1,624	15
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	,93	1,335	15
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	1,87	1,125	15
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	1,00	1,363	15
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	3,13	1,356	15
¿Piensa que su familiar depende de Ud.?	2,93	1,163	15
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	1,60	1,454	15
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	1,33	1,496	15
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?	1,53	1,356	15
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?	1,27	1,163	15
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?	,93	1,100	15
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	3,00	1,134	15
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	2,33	1,113	15
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	2,47	1,457	15
¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó con el cuidado de su familiar?	1,60	1,502	15
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	1,67	1,589	15
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	1,47	1,302	15
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	3,47	,915	15

¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	3,27	1,033	15
Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?	2,13	1,246	15

Tabla 24.

Estadística de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	42,60	199,829	,562	,861
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Ud.?	42,13	204,267	,528	,862
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	42,27	195,067	,655	,857
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	43,60	223,971	,041	,878
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	42,67	212,524	,415	,866
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	43,53	208,981	,421	,866
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	41,40	199,971	,668	,857
¿Piensa que su familiar depende de Ud.?	41,60	217,686	,244	,871
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	42,93	199,210	,636	,858
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	43,20	192,171	,796	,852
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?	43,00	201,714	,619	,859

¿ Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?	43,27	203,352	,685	,858
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?	43,60	219,829	,195	,872
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	41,53	205,410	,637	,860
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	42,20	213,029	,405	,866
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	42,07	205,210	,481	,864
¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó con el cuidado de su familiar?	42,93	191,495	,809	,851
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	42,87	211,267	,295	,871
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	43,07	218,638	,184	,873
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	41,07	232,352	-,207	,880
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	41,27	229,638	-,105	,879
Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?	42,40	201,114	,700	,857

Alfa de Cronbach de Inventario de Beck II

Tabla 25.

Resumen del procesamiento de casos para alfa de cronbach del instrumento

		N	%
Casos	Válido	15	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	15	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Tabla 26.

Estadísticas de fiabilidad del instrumento

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,750	,693	21

Tabla 27.

Tabla de interpretación de alfa de cronbach

Valores	Nivel
0,53 a menos	Confiabilidad nula
0,54 a 0,59	Confiabilidad baja
0,60 a 0,65	Confiable
0,66 a 0,71	Muy confiable
0,72 a 0,99	Excelente confiabilidad
1,0	Confiabilidad perfecta

Tabla 28.

Tabla estadística de elementos

Estadísticas de elemento			
	Media	Desv. Desviación	N
Tristeza	,80	,561	15
Pesimismo	,67	,617	15
Fracaso	,53	,743	15
Pérdida de placer	,93	,704	15
Sentimiento de culpa	,33	,617	15
Sentimiento de castigo	,33	,816	15
Disconformidad con uno mismo	,47	,743	15
Autocrítica	,47	,516	15
Pensamiento o deseos suicidas	,07	,258	15
Llanto	,73	,594	15
Agitación	,80	,862	15
Pérdida de interés	,80	,775	15
Indecisión	,80	,676	15
Desvalorización	,07	,258	15
Pérdida de energía	,87	,640	15
Cambios en los hábitos de sueño	,93	,704	15
Irritabilidad	,47	,743	15
Cambio en el apetito	,67	,617	15
Dificultad de concentración	,67	,816	15
Cansancio o fatiga	,80	,676	15
Pérdida de interés en el sexo	,93	,258	15

Tabla 29.

Estadística de total de elemento

Estadísticas de total de elemento				Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	
Tristeza	12,33	26,238	,821	,707
Pesimismo	12,47	27,838	,468	,730
Fracaso	12,60	27,543	,407	,733
Pérdida de placer	12,20	26,171	,639	,714
Sentimiento de culpa	12,80	29,029	,279	,743
Sentimiento de castigo	12,80	24,886	,701	,703

Disconformidad con uno mismo	12,67	25,952	,629	,713
Autocrítica	12,67	32,381	-,235	,771
Pensamiento o deseos suicidas	13,07	32,210	-,344	,763
Llanto	12,40	31,543	-,094	,767
Agitación	12,33	25,810	,538	,719
Pérdida de interés	12,33	31,810	-,131	,777
Indecisión	12,33	28,381	,337	,739
Desvalorización	13,07	30,924	,096	,751
Pérdida de energía	12,27	27,638	,478	,728
Cambios en los hábitos de sueño	12,20	26,743	,553	,721
Irritabilidad	12,67	30,095	,076	,760
Cambio en el apetito	12,47	28,838	,309	,741
Dificultad de concentración	12,47	30,267	,037	,765
Cansancio o fatiga	12,33	26,952	,549	,722
Pérdida de interés en el sexo	12,20	31,743	-,187	,759

Anexo 6: Constancia de aplicación institucional

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

INFORME N° 059 -2023-GRJ-DRSJ-HRDCQ-DAC-HYO-CI

DE : Dr. Anibal Valentín, DIAZ LAZO.
Presidente del Comité de Investigación

A : Lic. Adm./Abog. Roque E. Castro Gonzales
Jefe de Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación

ASUNTO : Informe sobre Evaluación de Proyecto de Investigación

FECHA : Huancayo, 09 de agosto del 2023

Mediante el presente me dirijo a usted, para expresar un cordial saludo y a la vez hacer llegar el siguiente informe sobre la Evaluación del Proyecto de Investigación a realizarse en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico "DAC" Huancayo, detallado de la siguiente manera:

Título del Proyecto : "NIVEL DE SOBRECARGA Y DEPRESIÓN EN CUIDADORES DE PACIENTES EN HEMODIALISIS EN EL HOSPITAL "DANIEL ALCIDES CARRIÓN" - 2023"

Presentado por : Bach. Melanie Milagros, CÓRDOVA RODRÍGUEZ

Conclusión :

- Aprobar el Proyecto de Investigación para su ejecución
- La autora debe mantener la confidencialidad de la información de pacientes.
- La duración del proyecto es de 8 meses según cronograma.
- La autora deberá presentar el informe final y la publicación al término del proyecto.

Es cuanto se informa para los fines consiguientes

Atentamente,

HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO "D.A.C." - HYO.
Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación

RECIBIDO

09 AGO 2023

N° C.G. 82
Interesado
AVDL/nmmr.

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNIN
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO "DANIEL A. CARRIÓN" R.T.S.


Dr. Anibal Valentín Díaz Lazo
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN
C.M.P. N° 20262 HNE. 8670

Anexo 7: Consentimiento informado

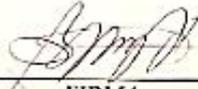
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Nivel de sobrecarga y síntomas depresivos en cuidadores de pacientes en hemodiálisis atendidos en el Hospital "Daniel Alcides Carrión" -2023.

Autora: Bach. Melanie Milagros Córdova Rodríguez

Yo, [REDACTED], identificado con DNI N° [REDACTED], por medio de la presente doy mi consentimiento para la participación en el estudio, precisando que he recibido la información concerniente al propósito de la investigación por parte de la Srta. Melanie Milagros Córdova Rodríguez.

Por lo antes expuesto, y aceptando formar parte del estudio, firmo a continuación.


FIRMA

Nombre: [REDACTED]
DNI: [REDACTED]

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Nivel de sobrecarga y síntomas depresivos en cuidadores de pacientes en hemodiálisis atendidos en el Hospital "Daniel Alcides Carrión" -2023.

Autora: Bach. Melanie Milagros Córdova Rodríguez

Yo, [REDACTED], identificado con DNI N° [REDACTED], por medio de la presente doy mi consentimiento para la participación en el estudio, precisando que he recibido la información concerniente al propósito de la investigación por parte de la Srta. Melanie Milagros Córdova Rodríguez.

Por lo antes expuesto, y aceptando formar parte del estudio, firmo a continuación.


FIRMA

Nombre: [REDACTED]
DNI: [REDACTED]

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Nivel de sobrecarga y depresión en cuidadores de pacientes gerontológicos con ERC atendidos en el Hospital "Daniel Alcides Carrión" -2023.

Autora: Bach. Melanie Milagros Córdova Rodríguez

Yo, [REDACTED], identificado con DNI N° [REDACTED], por medio de la presente doy mi consentimiento informado para la participación en el estudio, precisando que he recibido la información concerniente al propósito de la investigación por parte de la Srta. Melanie Milagros Córdova Rodríguez.

Por lo antes expuesto, y aceptando formar parte del estudio, firmo a continuación.



FIRMA

Nombre: [REDACTED]
DNI: [REDACTED]

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Nivel de sobrecarga y depresión en cuidadores de pacientes gerontológicos con ERC atendidos en el Hospital "Daniel Alcides Carrión" -2023.

Autora: Bach. Melanie Milagros Córdova Rodríguez

Yo, [REDACTED], identificado con DNI N° [REDACTED], por medio de la presente doy mi consentimiento informado para la participación en el estudio, precisando que he recibido la información concerniente al propósito de la investigación por parte de la Srta. Melanie Milagros Córdova Rodríguez.

Por lo antes expuesto, y aceptando formar parte del estudio, firmo a continuación.



FIRMA

Nombre: [REDACTED]
DNI: [REDACTED]

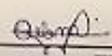
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Nivel de sobrecarga y depresión en cuidadores de pacientes gerontológicos con ERC atendidos en el Hospital "Daniel Alcides Carrión" -2023.

Autora: Bach. Melanie Milagros Córdova Rodríguez

Yo, [REDACTED], identificado con DNI N° [REDACTED], por medio de la presente doy mi consentimiento informado para la participación en el estudio, precisando que he recibido la información concerniente al propósito de la investigación por parte de la Srta. Melanie Milagros Córdova Rodríguez.

Por lo antes expuesto, y aceptando formar parte del estudio, firmo a continuación.



FIRMA
Nombre: [REDACTED]
DNI: [REDACTED]

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Nivel de sobrecarga y depresión en cuidadores de pacientes gerontológicos con ERC atendidos en el Hospital "Daniel Alcides Carrión" -2023.

Autora: Bach. Melanie Milagros Córdova Rodríguez

Yo, [REDACTED], identificado con DNI N° [REDACTED], por medio de la presente doy mi consentimiento informado para la participación en el estudio, precisando que he recibido la información concerniente al propósito de la investigación por parte de la Srta. Melanie Milagros Córdova Rodríguez.

Por lo antes expuesto, y aceptando formar parte del estudio, firmo a continuación.



FIRMA
Nombre: [REDACTED]
DNI: [REDACTED]

Anexo 8: La data de procesamiento

	ED AD	S E X	PA REN	E C V	INS TR	RE LIG	TA B	D M	H T A	PR OC	OCU P	CU DU	HOR AS	TIEM PO	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	TOTAL	
1	42	1	5	1	7	1	1	1	1	2	3	2	2	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	11
2	30	1	6	1	7	5	1	1	1	2	2	2	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	9	
3	40	1	2	3	3	1	1	1	1	2	1	1	3	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	7	
4	38	1	2	1	7	1	1	1	1	2	2	1	3	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	2	1	0	1	1	1	1	15	
5	18	1	5	1	5	2	1	1	1	2	4	1	3	3	1	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	10	
6	46	1	2	3	4	1	1	1	1	2	1	1	3	2	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	2	1	0	16	
7	55	2	1	2	5	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	0	2	2	2	1	2	0	0	0	2	0	0	0	1	2	2	0	2	1	1	21	
8	29	1	1	3	7	1	1	1	1	2	1	2	3	1	1	1	2	2	0	0	0	1	0	1	1	0	2	1	0	1	0	1	0	1	1	16	
9	46	2	5	3	7	1	1	1	1	1	2	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	7	
10	28	1	3	1	5	1	1	1	1	1	3	2	3	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	2	0	2	0	1	11	
11	65	1	1	3	2	2	1	1	1	1	1	2	3	3	2	2	1	2	0	3	2	0	0	1	1	1	2	0	2	0	2	0	2	1	26		
12	33	1	1	1	7	1	1	1	1	1	3	2	3	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	1	2	0	0	0	2	1	12	
13	21	1	3	1	6	1	1	1	1	2	4	2	3	3	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	2	2	1	0	1	1	1	0	0	1	1	16	
14	63	2	1	3	3	2	1	1	1	2	2	1	3	2	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	
15	45	1	1	3	7	1	1	1	1	2	1	2	3	3	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5
16	33	2	2	2	4	1	1	1	1	1	2	1	3	3	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	2	1	0	1	1	1	0	1	1	1	17	
17	43	1	1	3	4	1	1	1	1	1	1	2	3	3	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	13	
18	23	1	4	1	6	1	1	1	1	1	4	1	3	2	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	15	
19	38	1	2	3	4	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21	
20	35	1	3	1	4	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	13	
21	45	1	2	3	3	1	1	1	1	1	1	2	3	3	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	12	
22	63	2	1	2	3	1	1	1	1	2	3	2	3	3	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	5	1	4	1	1	0	21		
23	25	1	2	1	6	1	1	1	1	1	4	1	3	2	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	3	1	3	1	1	1	20	
24	55	1	1	2	7	1	1	1	1	1	1	2	3	2	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	2	1	1	1	1	1	1	17	
25	34	1	3	2	4	1	1	1	1	1	2	1	3	3	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	2	1	1	1	1	1	17	
26	36	1	1	3	5	1	1	1	1	1	2	1	3	3	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	0	18	
27	46	1	2	3	5	1	1	1	1	2	3	1	3	4	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	2	2	1	4	1	1	0	21		
28	37	1	2	1	4	2	1	1	1	2	1	2	3	2	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	2	1	1	1	1	1	17	
29	43	1	3	2	7	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	2	1	1	1	1	0	16	
30	28	1	2	1	6	1	1	1	1	1	4	1	3	3	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	2	0	1	1	2	1	17	
31	39	1	1	2	4	2	1	1	1	2	1	2	3	4	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	2	1	0	1	2	1	1	0	1	1	19	
32	30	1	4	1	4	1	1	1	1	1	3	1	2	3	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	2	2	1	2	1	2	1	20	
33	34	2	2	2	5	2	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	0	0	0	1	1	1	0	2	2	2	1	0	1	0	1	1	1	1	0	17	
34	35	2	2	3	5	2	1	1	1	1	3	1	3	3	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	0	18		
35	56	1	1	3	3	2	1	1	1	2	1	2	3	4	1	1	1	2	1	0	1	1	0	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	22	

Figura 3
Sábana de datos 1 en formato SPSS1

	ED AD	S EX	PA REN	E CV	INS TR	RE LIG	TA B	D M	H TA	PR OC	OCU P	CU DU	HOR AS	TIEM PO	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	TOTAL	
34	35	2	2	3	5	2	1	1	1	1	3	1	3	3	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	0	18
35	56	1	1	3	3	2	1	1	1	2	1	2	3	4	1	1	1	2	1	0	1	1	0	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	22
36	42	1	2	2	5	1	1	1	1	2	2	1	2	3	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	2	1	1	1	1	0	16	
37	38	1	2	1	5	1	1	1	1	1	4	2	3	4	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	2	1	1	1	1	1	19	
38	62	2	1	3	4	1	1	1	1	2	4	2	3	3	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	2	1	1	0	1	0	15	
39	30	2	4	3	7	1	1	1	1	2	2	2	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	2	1	2	1	1	1	21	
40	35	1	4	2	1	1	1	1	1	2	1	2	3	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	2	1	1	1	1	1	1	1	19	
41	25	1	2	1	7	1	1	1	1	1	3	2	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	22	
42	62	1	1	3	4	1	1	1	1	1	1	2	3	3	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	0	16	
43	36	2	2	3	6	1	1	1	1	1	3	2	3	3	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	2	1	1	1	1	1	19	
44	59	1	1	3	4	1	1	1	1	2	1	2	3	4	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	2	1	0	1	1	1	1	18
45	42	2	1	3	7	1	1	1	1	1	2	1	2	4	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	3	1	2	1	20		
46	23	1	5	1	6	1	1	1	1	1	4	1	2	3	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	2	1	1	0	1	0	12	
47	47	2	4	3	7	2	1	1	1	2	3	1	2	1	1	0	1	0	0	1	2	0	1	1	1	1	0	1	2	1	1	0	1	0	3	18	
48	57	2	1	2	5	1	1	1	1	1	3	2	3	4	1	1	0	2	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	2	1	0	1	2	1	19	
49	40	1	1	3	4	1	1	1	1	2	1	2	3	4	1	1	1	2	2	0	2	0	0	1	1	1	0	1	1	4	2	1	0	1	1	23	
50	38	2	2	3	6	1	1	1	1	1	3	1	2	3	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	
51	28	1	3	1	5	1	1	1	1	1	3	2	3	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	2	0	2	0	1	11	
52	65	1	1	3	2	2	1	1	1	1	1	2	3	3	2	2	1	2	0	3	2	0	0	1	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0	2	1	26
53	33	1	1	1	7	1	1	1	1	1	3	2	3	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	1	2	0	0	0	2	1	12	
54	21	1	3	1	6	1	1	1	1	2	4	2	3	3	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	2	2	1	0	1	1	1	0	0	1	1	16	
55	63	2	1	3	3	2	1	1	1	2	2	1	3	2	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	15	
56	45	1	1	3	7	1	1	1	1	2	1	2	3	3	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	
57	33	2	2	2	4	1	1	1	1	1	2	1	3	3	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	2	1	0	1	1	1	0	1	1	1	17	
58	62	2	1	3	4	1	1	1	1	2	4	2	3	3	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	2	1	1	0	1	0	15	
59	30	2	4	3	7	1	1	1	1	2	2	2	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	2	1	1	1	1	1	21	
60	35	1	4	2	1	1	1	1	1	2	1	2	3	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	2	1	1	1	1	1	1	19	

Figura 4
Sábana de datos 2 en formato SPSS

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20	S21	S22	TOTALS	IMPACTO	RELAC	EXPECT	
1	4	3	3	2	4	4	4	4	1	3	1	1	0	4	3	4	4	4	0	3	1	4	61	33	17	11	
2	6	4	4	0	0	0	1	3	4	0	0	0	1	3	3	2	0	0	1	0	4	1	1	32	23	2	7
3	4	1	0	3	2	2	0	1	3	2	0	0	0	1	3	3	0	0	2	4	4	1	32	10	8	14	
4	0	0	0	3	3	2	3	4	3	0	0	2	0	0	3	2	2	0	2	0	3	3	0	35	15	10	10
5	4	0	3	0	0	3	0	4	3	0	0	3	0	0	1	3	4	1	0	3	4	4	2	38	17	6	15
6	8	1	2	0	0	2	0	3	0	2	0	0	0	1	3	3	2	1	3	3	4	3	2	36	14	10	12
7	1	4	3	4	2	1	1	4	3	4	1	2	2	2	4	2	2	2	3	1	4	4	3	58	34	12	12
8	5	4	2	3	2	1	1	4	3	2	1	1	1	3	4	1	1	1	1	4	4	3	48	27	8	13	
9	5	1	3	1	1	1	0	1	4	0	0	0	1	0	4	0	4	0	4	0	4	4	2	35	17	6	12
10	7	2	2	4	0	2	3	4	4	2	3	2	1	1	3	3	4	2	4	3	4	4	2	59	30	14	15
11	1	4	4	4	0	2	2	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	2	2	4	4	4	73	45	12	16	
12	0	1	3	3	0	3	0	4	3	1	2	3	3	2	4	2	3	0	3	2	3	1	49	32	7	10	
13	9	1	3	3	0	3	0	4	3	3	3	2	2	0	3	2	1	3	1	3	1	3	2	46	29	10	7
14	8	3	4	4	0	2	0	3	1	3	3	3	2	3	4	1	3	3	0	1	3	3	4	53	37	6	10
15	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	4	4	1	13	4	0	9	
16	9	3	2	3	1	3	3	4	4	2	1	3	3	2	3	3	3	4	1	4	4	2	61	33	14	14	
17	8	2	2	3	1	1	1	4	4	2	1	1	1	1	4	4	3	1	4	3	4	4	2	53	26	12	15
18	7	3	2	0	1	2	2	4	4	2	2	1	2	2	3	4	2	2	4	2	4	4	3	55	28	13	14
19	9	3	2	4	1	3	3	4	4	1	1	3	3	4	4	1	3	4	3	4	4	4	3	65	37	15	13
20	6	4	3	3	1	3	3	4	4	1	1	1	3	3	4	4	3	3	4	2	4	4	3	65	36	14	15
21	7	2	3	1	1	1	3	4	4	1	1	3	3	3	4	4	4	3	4	2	4	4	1	60	32	12	16
22	4	4	3	3	1	1	2	4	4	2	1	1	2	2	4	4	3	3	4	2	4	4	2	60	33	12	15
23	3	4	2	2	1	1	2	4	4	1	1	1	3	3	4	4	2	3	4	2	4	4	3	59	34	11	14
24	0	2	3	1	1	3	3	4	4	1	1	1	3	3	4	3	3	4	3	4	4	4	3	58	28	15	15
25	0	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	4	3	3	4	4	2	2	4	4	71	40	19	12	
26	9	4	3	4	3	4	3	4	3	3	4	4	3	3	2	3	3	4	4	4	4	4	3	76	41	21	14
27	3	2	3	3	1	1	3	4	4	1	1	1	3	3	1	4	4	3	4	3	4	4	4	61	32	13	16
28	0	3	2	3	1	1	2	4	4	1	1	3	3	3	4	4	3	3	4	0	3	4	4	60	37	9	14
29	9	1	1	3	1	1	3	4	4	1	1	1	3	3	2	3	3	3	2	3	4	4	2	53	28	11	14
30	0	4	4	3	4	3	4	4	3	3	4	3	3	4	3	4	1	4	4	4	3	4	3	76	42	22	12
31	0	3	2	2	1	0	0	4	3	2	1	1	3	2	4	3	1	3	3	1	4	4	3	50	31	7	12
32	3	3	2	1	1	1	3	4	4	4	1	1	2	3	1	3	3	3	3	3	4	4	2	56	27	15	14
33	9	4	3	4	3	3	4	3	3	3	4	4	3	4	2	4	4	4	3	3	4	4	3	75	42	19	14
34	0	3	2	2	1	1	2	4	4	3	1	2	2	2	3	4	3	2	3	3	4	4	4	59	31	13	15
35	0	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	87	47	24	16
36	9	4	2	3	1	1	3	4	4	1	1	3	3	3	4	3	2	3	4	3	3	3	61	37	13	11	

Figura 5
Sábana de datos 3 en formato SPSS

	V	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20	S21	S22	TOTALS	IMPACTO	RELAC	EXPECT
28	0	3	2	3	1	1	2	4	4	1	1	3	3	3	4	4	3	3	4	0	3	4	4	60	37	9	14
29	9	1	1	3	1	1	3	4	4	1	1	1	3	3	2	3	3	3	2	3	4	4	2	53	28	11	14
30	0	4	4	3	4	3	4	4	3	3	4	3	3	4	3	4	1	4	4	4	3	4	3	76	42	22	12
31	0	3	2	2	1	0	0	4	3	2	1	1	3	2	4	3	1	3	3	1	4	4	3	50	31	7	12
32	3	3	2	1	1	1	3	4	4	4	1	1	2	3	1	3	3	3	3	3	4	4	2	56	27	15	14
33	9	4	3	4	3	3	4	3	3	3	3	4	4	3	4	2	4	4	3	3	4	4	3	75	42	19	14
34	0	3	2	2	1	1	2	4	4	3	1	2	2	2	3	4	3	2	3	3	4	4	4	59	31	13	15
35	0	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	87	47	24	16
36	9	4	2	3	1	1	3	4	4	1	1	3	3	3	4	3	2	3	4	3	3	3	3	61	37	13	11
37	0	4	3	3	0	0	2	4	3	0	0	3	3	3	4	4	2	2	3	3	3	4	2	55	34	8	13
38	8	4	3	4	3	4	3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	74	40	20	14
39	1	2	2	4	2	4	2	2	2	4	2	4	4	2	2	4	4	2	2	2	4	4	2	62	30	16	16
40	0	4	3	4	1	4	4	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	73	40	19	14
41	1	2	2	4	4	2	2	4	4	4	4	2	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	66	36	18	12
42	9	4	3	3	1	3	4	4	4	3	4	4	3	2	3	3	4	4	4	4	3	3	3	73	41	19	13
43	0	4	3	3	4	3	3	4	4	4	0	3	3	3	4	4	4	3	3	3	3	4	3	72	37	20	15
44	9	3	4	3	1	4	3	3	4	4	3	4	3	3	3	4	3	3	4	3	4	3	3	72	39	19	14
45	2	3	3	4	1	3	3	4	3	3	0	4	2	2	2	3	3	2	3	4	4	4	4	64	33	17	14
46	7	2	3	2	0	2	2	3	3	0	0	2	2	2	3	2	3	2	2	2	3	3	2	45	26	8	11
47	0	3	2	3	2	3	3	3	0	0	0	2	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	2	49	25	14	10
48	0	2	3	4	1	3	3	4	4	1	1	3	3	4	3	4	4	4	3	3	4	3	3	67	38	14	15
49	2	3	4	0	0	0	4	4	3	0	0	4	3	3	3	4	4	4	4	4	3	3	3	60	34	12	14
50	1	4	3	3	4	3	3	4	3	3	3	4	3	3	4	4	4	4	3	3	1	3	3	72	41	19	12
51	7	2	2	4	0	2	3	4	4	2	3	2	1	1	3	3	4	2	4	3	4	4	2	59	30	14	15
52	1	4	4	4	0	2	2	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	2	2	4	4	4	73	45	12	16
53	0	1	3	3	0	3	0	4	3	1	2	3	3	2	4	2	3	3	0	3	2	3	1	49	32	7	10
54	9	1	3	3	0	3	0	4	3	3	3	2	2	0	3	2	1	3	1	3	1	3	2	46	29	10	7
55	8	3	4	4	0	2	0	3	1	3	3	3	2	3	4	1	3	3	0	1	3	3	4	53	37	6	10
56	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	4	4	1	13	4	0	9
57	9	3	2	3	1	3	3	4	4	2	1	3	3	3	2	3	3	3	4	1	4	4	2	61	33	14	14
58	8	4	3	4	3	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	74	40	20	14
59	1	2	2	4	2	4	2	2	2	4	2	4	4	2	2	4	4	2	2	2	4	4	2	62	30	16	16
60	0	4	3	4	1	4	4	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	73	40	19	14

Figura 6
Sábana de datos 4 en formato SPSS

Anexo 9: Reporte fotográfico



Figura 7
Evidencia fotográfica 1



Figura 8
Evidencia fotográfica 2



Figura 9
Evidencia fotográfica 3



Figura 10
Evidencia fotográfica 4



Figura 11
Evidencia fotográfica 5



Figura 12
Evidencia fotográfica 6