



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE
HIDALGO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS Y BIOLOGICAS
“DR. IGNACIO CHAVEZ”
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
OOAD MICHOACÁN
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR N° 2**



**“PREVALENCIA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO EN
TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON
MEDICINA FAMILIAR NO.2 ZACAPU”**

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

GARCIA ARCIGA ILSE
Residente de Medicina Familiar

ASESOR DE TESIS

DR. CARLOS SÁNCHEZ ANGUIANO
Jefe de Hospital

CO-ASESORES

ENF. JUAN MARTÍN MORALES BEDOLLA
Especialista en Nefrología

D. EN C. ANEL GOMEZ GARCÍA

Doctora en Ciencias de la Salud
Centro de Investigación Biomédica de Michoacán

¿

Número de registro ante el Comité: R-2021-1603-005.

Zacapu, Michoacán, México enero 2024



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE
HIDALGO**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
OOAD MICHOACÁN**



HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR N° 2

**“PREVALENCIA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO EN
TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON
MEDICINA FAMILIAR NO.2 ZACAPU”**

TESIS

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

GARCIA ARCIGA ILSE

Residente de Medicina Familiar

ASESOR DE TESIS

DR. CARLOS SÁNCHEZ ANGUIANO

Jefe de Hospital

CO-ASESORES

ENF. JUAN MARTÍN MORALES BEDOLLA

Especialista en Nefrología

D. EN C. ANEL GOMEZ GARCÍA

Doctora en Ciencias de la Salud

Centro de Investigación Biomédica de Michoacán

Número de registro ante el Comité: R-2021-1603-005.

Zacapu, Michoacán, México Enero 2024



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
HOSPITAL GENERAL DE ZONA
CON MEDICINA FAMILIAR NO. 2**

Dr. Juan Gabriel Paredes Saralegui

Coordinador de Planeación y Enlace Institucional

Dra. Wendy Lea Chacón Pizano

Coordinador Auxiliar Médico de Educación en Salud

Dr. Gerardo Muñoz Cortés

Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud

Dr. Enrique Gutiérrez González

Director del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2

Dra. Itza Luna Armenta

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

Dra. Brenda Paullette Morales Hernández

Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS

“DR. IGNACIO CHÁVEZ”

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

Dr. Victor Hugo Mercado Gómez

Director de Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”

Dra. Martha Eva Viveros Sandoval

Jefa del Departamento de Posgrado

Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”

Dr. Cleto Álvarez Aguilar

Coordinador del Programa de Especialidad en Medicina Familiar

AGRADECIMIENTOS

Al **Instituto Mexicano del Seguro Social** que por medio del HGZ/MF No.2 me abrió las puertas para formar parte de esta gran institución, que me brindó y me dio los medios para formar al Médico Familiar que ahora soy.

A la **Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo**, máxima casa de estudios formadora de ilustres egresados, que ha contribuido a la formación de la ciudadanía durante muchos años.

A la **Dra. Brenda Paullette Morales Hernández**, especialista en Medicina Familiar y profesora titular de la Residencia en Medicina Familiar del HGZ/MF No. 2 por su valiosa asesoría durante mi formación y proceso de elaboración de mi protocolo.

Al centro de hemodiálisis YAAR y la Unidad de Hemodiálisis San Rafael Zacapu, por prestarme las facilidades necesarias.

DEDICATORIA

Dedicado a todos los cuidadores primarios, por sus actos incondicionales de amor, por su entereza y valentía, por toda la angustia que suelen sobrellevar y que pocos visualizan.

A mis dos cuidadores principales, mis padres que me han enseñado lo que el verdadero amor representa, gracias por cuidar siempre de mí.

A mis cómplices de aventuras mi hermano y mascotas por darme un sin fin momentos de alegría y felicidad.

A mi mejor amigo René por brindarme apoyo durante en este proceso.

ÍNDICE

I. Resumen.....	1
II. Abstract.....	2
III. Abreviaturas.....	3
IV. Glosario.....	4
V. Relación de tablas y figuras.....	5
VI. Introducción.....	6
VII. Marco teórico.....	7
VIII. Planteamiento del problema.....	16
IX. Justificación.....	18
X. Hipótesis.....	19
XI. Objetivos.....	19
XII. Material y Métodos.....	20
XIII. Resultados.....	30
XIV. Discusión.....	36
XV. Conclusiones.....	40
XVI. Recomendaciones.....	41
XVII. Bibliografía.....	42
XVIII. Anexos.....	45

I. RESUMEN

PREVALENCIA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO EN TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO.2 ZACAPU.

INTRODUCCION: La Enfermedad Renal Crónica es la consecuencia de enfermedades crónicas, que conducen a un estado terminal llegando a requerir tratamiento de remplazo renal, con afección del área emocional, generando sobrecarga del cuidador.

OBJETIVO: Identificar la prevalencia de sobrecarga del cuidador primario en terapia renal sustitutiva en el HGZ MF No.2.

MATERIAL Y METODOS: Estudio observacional, transversal y prospectivo realizado de Noviembre-Diciembre 2021 en el HGZ MF No.2. A cuidadores primarios de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo. Se aplicó la Entrevista de Carga de Zarit (ECZ), con alfa de cronbach 0.88. Se realizó estadística descriptiva y X² para determinar asociación entre variables categóricas con valor significativo $p < 0.05$. Número de Registro: R-2021-1603-005.

RESULTADOS: Se encuestó 100 cuidadores, hombres (28%) y mujeres (72%). El 40% eran hijos y 38% su pareja, edad promedio 49 ± 14.6 años, e IMC 27.88 ± 4.60 kg/m², sobrepeso (37%) y obesidad (33%). El 50% presentó PA normal, 19% PA Normal alta, 20% hipertensión arterial grado 1 y 11% hipertensión arterial grado 2. El 65% presentó sobrecarga del cuidador: leve (24%) e intensa (41%).

CONCLUSIONES: Existe sobrecarga en el 65% de cuidadores primarios de pacientes en terapia renal sustitutiva, predominando la intensa con un 41%. Se encontró asociación con el tiempo de ser el cuidador. Aunque no se encontró asociación con el IMC ni PA.

PALABRAS CLAVE: Carga del cuidador, Enfermedad renal crónica, cuidador primario.

II. ABSTRACT

PREVALENCE OF PRIMARY CAREGIVER OVERBURDEN IN RENAL REPLACEMENT THERAPY AT THE ZACAPU GENERAL HOSPITAL WITH FAMILY MEDICINE NO.2.

INTRODUCTION: Chronic Kidney Disease as a consequence of chronic diseases, which lead to a terminal state, requiring renal replacement treatment, affecting the emotional area, generating overload for the caregiver.

OBJECTIVE: To identify the prevalence of primary caregiver overload in renal replacement therapy at HGZ MF No2.

MATERIAL AND METHODS: Observational, cross-sectional and prospective study carried out from November-December 2021 at HGZMF No.2. The Zarit Load Interview (ECZ) was applied, with Cronbach's alpha 0.88. Descriptive statistics and X2 were performed to determine the association between categorical variables with a significant value $p < 0.05$. Registration No.: R-2021-1603-005.

RESULTS: 100 caregivers were surveyed, men (28%) and women (72%). 40% were children and 38% their partner, average age 49 ± 14.6 years, and BMI 27.88 ± 4.60 kg/m², overweight (37%) and obesity (33%). 50% presented normal BP, 19% high Normal BP, 20% grade 1 arterial hypertension and 11% grade 2 arterial hypertension. 65% presented caregiver overload: Mild (24%) and intense (41%).

CONCLUSIONS: There is overload in 65% of primary caregivers of patients in renal replacement therapy, predominantly intense with 41%. An association was found with the time of being the caregiver. Although no association was found with BMI or PA.

KEY WORDS: Caregiver Burden, renal insufficiency chronic, primary caregiver

III. ABREVIATURAS

CP. Cuidador primario.

DP. Diálisis Peritoneal.

ERC. Enfermedad Renal Crónica.

ERCT. Enfermedad Renal Crónica Terminal.

ECZ. Escala de Zarit.

GPC. Guía de práctica clínica.

HM. Hemodiálisis.

HGZ MF No. 2. Hospital General de Zona con Medicina Familiar.

IMC. Índice de Masa Corporal.

Kg. Kilogramos.

PA. Presión Arterial.

TR. Trasplante Renal.

TRR. Tratamiento de Reemplazo Renal.

USD. Dólares estadounidenses.

IV. GLOSARIO

CUIDADOR PRIMARIO: Es aquella persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de una persona que por sí misma no puede.

ENFERMEDAD CRÓNICA: Aquellas enfermedades que presentan una larga duración (más de 6 meses) y son progresivas lentas, no se transmiten de persona a persona y son consideradas por lo tanto como no transmisibles.

FACTORES DE RIESGO: Cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer desarrollar o estar especialmente expuesto a una enfermedad.

SOBRECARGA DEL CUIDADOR: Se caracteriza por ser un estado de agotamiento emocional, estrés y cansancio en las personas, todas ellas consecuencias de tipo emocional y afectivo producto de la impotencia ante el progreso de la enfermedad del familiar y la dependencia, la sobrecarga de trabajo, la sensación de aislamiento y abandono por parte del entorno familiar.

V. RELACION DE FIGURAS Y TABLAS

FIGURAS

Figura 1: Tiempo de ser cuidador primario	31
Figura 2: Prevalencia de sobrecarga del cuidador	33

TABLAS

Tabla I: Variables sociodemográficas del Cuidador Primario	30
Tabla II: Variables clínicas del cuidador primario	32
Tabla III: Variables sociodemográficas en relación al grado de sobrecarga del cuidador	34
Tabla IV: Variables clínicas por grupo en relación al grado de sobrecarga.	35

VI. INTRODUCCIÓN

La ERC (Enfermedad Renal Crónica) es una complicación frecuente de la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial, así como de algunas infecciones y cálculos de las vías urinarias.

Es un proceso multifactorial progresivo e irreversible que frecuentemente conduce a un estado terminal (ERCT), donde la función renal se encuentra lo suficientemente deteriorada como para que el paciente fallezca o necesite Tratamiento de Reemplazo Renal (TRR), es decir Diálisis Peritoneal (DP), Hemodiálisis (HM) o Trasplante Renal (TR).

Se ha determinado que el cuidar de un enfermo es una tarea que requiere esfuerzo, tiempo y dedicación, ya que las personas en esta situación tienen unas necesidades tanto físicas como psicológicas especiales llevando al cuidador a una situación estresante que provocan una sobrecarga.

El cuidador es “aquella persona que de forma cotidiana se hace cargo de las necesidades básicas y psicosociales del enfermo o lo supervisa en su vida diaria”. La sobrecarga del cuidador se define como el conjunto de situaciones de estrés físico y mental como consecuencia del exceso de trabajo, que limitan la labor del cuidador.

Es bien conocido que el rol del cuidador principal (CP) en terapia renal sustitutiva conlleva a que tenga una sobrecarga de trabajo que tiene consecuencias físicas, psíquicas y económicas, e incluso es un factor de riesgo de mortalidad.

Para poder proveer este cuidado el promedio de tiempo que invierten es de 10.9 horas al día por consiguiente, los cuidadores requieren modificar sus estilos de vida para adaptarse a las necesidades específicas del cuidado que deben proveer, afectando su tiempo de recreación, contacto con amigos o familiares o bien, su desempeño laboral llevando a un círculo vicioso en la dinámica entre el cuidador y el cuidado en un aspecto negativo.

VII.MARCOTEÓRICO

CUIDADOR PRIMARIO (CP)

En México, la esperanza de vida ha aumentado considerablemente hasta alcanzar un promedio aproximado de 75 años, aumentando la supervivencia de enfermedades crónicas y discapacidades físicas; Lo que, a su vez, ha elevado el número de sujetos dedicados al cuidado de familiares enfermos.

Se entiende por persona dependiente aquella que por motivos de edad, enfermedad o discapacidad, y ligadas a la pérdida de autonomía física, sensorial, mental o intelectual, precisa con carácter permanente la atención de otra persona o ayuda para realizar las actividades de la vida diaria.

El cuidado de una persona enferma o discapacitada supone cambios que afectan la vida no solo en el ámbito personal, sino también familiar, laboral y social, con repercusiones negativas en la salud física y psicológica del cuidador. De tal forma que al asumir el rol de cuidador es posible desarrollar “sobrecarga” por la tarea asumida, conjugando diversas variables como son: la desatención de la propia salud, proyecto vital y vida social, el deterioro familiar, actitudes relacionadas a dinámicas culposas, rabiosas y manipuladoras, así como ansiedad o frustración por falta de preparación y conocimiento técnico en el cuidado de pacientes dependientes.

La carga y la tensión que sufren los cuidadores primarios se han asociado a niveles altos de comorbilidad, siendo las más frecuentes la diabetes mellitus, el dolor crónico, los trastornos de tipo cardiovascular y los reumáticos.

Los cuidadores están expuestos a diferentes factores y experimentan situaciones ignoradas tanto por el sistema de salud, como por la familia, porque no cuentan con un servicio oportuno y eficiente para el fortalecimiento de la habilidad de cuidado y el reconocimiento de su labor.

Es importante conocer acerca de esta problemática, ya que es posible crear medidas preventivas por parte del sistema de salud, principalmente por el médico familiar quien es el encargado de atender a la familia en conjunto y puede identificar y orientar al CP a reconocer los posibles síntomas para prevenir o disminuir la sobrecarga.⁽¹⁾

Los resultados disponibles de diversas investigaciones sobre esta temática, indican que existe una gran variabilidad en el grado de estrés que experimentan los cuidadores y que los principales efectos negativos para la salud se concentran en 40% de los cuidadores que manifiestan un mayor agotamiento físico o mental, destacando que existe un grupo de cuidadores que lleva a cabo su labor sin dificultad ni problemas.

En México, estudios realizados en los estados de Campeche, reportan una prevalencia de 76.7%, siendo más frecuente la sobrecarga intensa. Refiriendo que además son portadores de depresión en algún grado o de alguna enfermedad de carácter crónico y poseen una percepción disfuncional de su núcleo familiar ⁽²⁾.

DEFINICIÓN DE CUIDADOR

El cuidador es “aquella persona que de forma cotidiana se hace cargo de las necesidades básicas y psicosociales del enfermo o lo supervisa en su vida diaria”. En 1999 la Organización Mundial de la Salud, definió al CP como: “La persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido. Esta persona está dispuesta a tomar decisiones por el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo de manera directa o indirecta”. Reside en el domicilio del enfermo y debe estar siempre disponible para satisfacer sus demandas, no recibe retribución económica alguna por la función que desempeña.

La familia es la única fuente de cuidados de personas dependientes, que por tradición se ha legado esta actividad a los integrantes del núcleo familiar, son los que toman consciencia de la enfermedad y asumen la responsabilidad del mantenimiento de la salud sin contar con el conocimiento para realizarlo, basándose solo en su experiencia y trato cotidiano.

La mujer ha sido tradicionalmente encargada de realizar el cuidado en la mayor parte de los casos, teniendo la necesidad de compartir sus tareas laborales con el cuidado del familiar y sobre todo abandonar su vida de independencia. La acción de cuidar a la familia se debe a diversos factores como: el cariño, la obligación, el altruismo, reciprocidad, gratitud, sentimientos de culpa del pasado y el evitar la censura de la familia o amigos, que sin lugar a duda influyen de una u otra forma para sentirse responsables del cuidado del paciente. ⁽³⁾

DEFINICIÓN DE FAMILIA

“La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad.”⁽⁴⁾

TIPOS DE CUIDADOR

Existen tres tipos de cuidador principal y se describen a continuación:

- **CUIDADOR PRINCIPAL:** es la persona encargada de la mayor parte del cuidado del enfermo, pueden vivir en el mismo domicilio que el enfermo o muy cerca de este y suele tener una relación muy cercana.
- **CUIDADOR FORMAL:** es aquella persona o personas con una formación adecuada para cuidar al enfermo y cobrará una remuneración para hacerlo.
- **CUIDADOR INFORMAL** son aquellas personas que forman parte del entorno familiar y colaboran en mayor o menor medida en la atención del enfermo. ⁽⁵⁾

PERFIL DEL CUIDADOR

Entre las características generales del cuidado informal es que debe ser quien suministra en la vivienda de la persona dependiente, que comparten la misma vivienda, la provisión de

múltiples tareas de cuidado centradas en la ayuda para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, suelen atender a una sola persona dependiente y en ocasiones a dos, la duración de cuidados es prolongada, en ocasiones por años y es generalmente por una sola persona: el CP o el cuidador informal ⁽⁶⁾

SOBRECARGA DEL CUIDADOR

DEFINICIÓN

La sobrecarga del cuidador se define como el conjunto de situaciones de estrés físico y mental como consecuencia del exceso de trabajo, que limitan la labor del cuidador. ⁽⁵⁾

El trabajo de cuidar puede resumirse en cinco tipos de tareas:

- Ayudar a las actividades de la vida diaria, en la que se incluyen la asistencia para la alimentación, vestido, aseo y para la movilidad dentro del domicilio, entre otras.
- Ayuda instrumental, comprende las actividades de preparar la comida, realizar tareas domésticas, hacer recados, comprar y otras gestiones.
- Atención a la enfermedad, se refiere a la administración de medicamentos, prestar los cuidados indicados por el médico y realizar curas.
- Cuidados de rehabilitación incluye ejercicio de fisioterapia y actividades para facilitar la recuperación de funciones vitales.
- Cuidados de promoción, se refiere a tareas encaminadas a promover hábitos de vida saludables.

TIPOS DE SOBRECARGA

Los tipos de sobrecarga se definen como:

- **SUBJETIVA:** como el sentimiento psicológico que se asocia al hecho de cuidar y en concreto a la respuesta emocional ante dicha experiencia.
- **OBJETIVA:** se refiere a las tareas de cuidado que debe asumir el cuidador principal y las adversidades a las que tiene que enfrentarse. ⁽⁵⁾

COMPLICACIONES DEL CUIDADOR PRIMARIO (CP)

Las complicaciones que se incluyen en el síndrome del CP, se caracterizan por presentar problemas, físicos, psicológicos y sociales.

Entre las complicaciones se encuentran los cambios de las relaciones familiares que aparecen conflictos por el desacuerdo entre la persona que cuida y otros familiares en relación con el comportamiento, decisiones y actitudes de unos y otros hacia la persona dependiente o por la forma en la que se proporcionan los cuidados, malestar debido a la apreciación del CP de que el resto de la familia no es capaz de valorar el esfuerzo que se realiza. Otro cambio es la inversión de papeles requiriendo una nueva perspectiva al tipo de relación que existía, además de la integración del enfermo al núcleo del CP que origina conflictos para el resto de la familia.

También son frecuentes las dificultades económicas por disminución de los ingresos o aumento de los gastos derivados de los cuidados.

Otra complicación importante son los cambios en el tiempo libre ya que gran parte del tiempo que antes se dedicaba al ocio, los amigos, se dedican ahora al cuidado del enfermo; Es frecuente que el cuidador perciba que no tiene tiempo para su ocio o no dedique ese tiempo por sentimientos culpa.

El CP tiene cambios en la salud ya que es común el cansancio físico y la sensación de que su salud ha empeorado desde que cuidan de su familiar. También son importantes los cambios en el estado de ánimo, el cuidar a una persona a diario tiene consecuencias psicológicas negativas, sentimiento de tristeza, desesperación, desesperanza, sentimientos de enfado e irritabilidad, preocupación, ansiedad y sentimientos de culpa. ⁽⁶⁾

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo para la carga del cuidador incluyen sexo femenino, bajo nivel socioeducativo, residir con el destinatario del cuidado, depresión, aislamiento social, estrés

financiero, mayor número de horas dedicadas al cuidado y falta de opciones para ser cuidador.⁽¹⁾

ESCALA DE ZARIT (ECZ)

La ECZ es un cuestionario auto administrado que consta de 22 ítems y tres subescalas, mide la carga percibida por el cuidador a través de una escala que va de 0 (nunca) a 4 (siempre), sumando los 22 reactivos se obtiene un índice único de la carga, con un rango de puntuación de 0-88. Es un instrumento continuamente usado en investigaciones sobre cuidadores de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas en todo el mundo.

El término se remonta a los años 60, del siglo pasado, cuando Grad y Sainsbury realizaron una investigación para conocer qué efectos tenía sobre la vida cotidiana de las familias el hecho de tener a un miembro con una enfermedad psiquiátrica. Para ello evaluaron la carga económica y emocional ocasionada por tener este tipo de enfermos. En los años 80 se realizaron estudios acerca de las consecuencias del cuidado de ancianos con síndromes demenciales, permitiendo establecer las repercusiones negativas que el rol tenía para los cuidadores. Lo anterior, se trasladó al estudio de cuidadores de adultos con diversos tipos de enfermedades crónicas.

Zarit y su grupo de colaboradores consideraron la carga de los cuidadores como la clave para estudiar el desgaste ocasionado por el cuidado de personas con demencia y las investigaciones relacionadas con carga han dado origen a diversos instrumentos de medición que tomaron en cuenta dimensiones como la carga objetiva, subjetiva y evaluaciones globales de la misma, siendo hasta el momento, el más utilizado la ECZ. Dicho instrumento contaba, originalmente, con 29 ítems diseñados para evaluar la carga subjetiva asociada al cuidado de ancianos, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: salud física y psicológica, área económica y laboral, relaciones sociales y relación con la persona receptora de cuidados. En su revisión se redujo el número de ítems a 22. ⁽⁸⁾

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC)

DEFINICIÓN ENFERMEDAD CRÓNICA

El término crónico proviene del latín *chronicus*, y este a su vez del griego *poivucós* que significa tiempo. Es un adjetivo empleado en medicina para establecer la duración prolongada de una situación de enfermedad o señalar una dolencia habitual en un curso determinado. Implica una cronología, algo que viene de tiempo atrás. La cronicidad es empleada para denominar condiciones de vida de las personas que perduran en el tiempo, y que tienen incidencia sobre ellas, su grupo familiar y social y su entorno. ⁽⁹⁾

La enfermedad crónica es una condición de salud definida como alteración del funcionamiento normal durante un periodo de tiempo de mínimo seis meses. Se percibe como amenazante o discapacitante dado que dura mucho tiempo y no se puede curar en forma rápida o fácil. Es un trastorno orgánico, incurable, irreversible, con periodos de remisión y recaídas; Se caracteriza por generar un impacto en todas las personas implicadas. ⁽⁹⁾

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

La ERC (Enfermedad Renal Crónica) es una complicación frecuente de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, así como de algunas infecciones y cálculos de las vías urinarias. Este padecimiento incapacita los riñones para excretar las sustancias tóxicas del organismo de forma adecuada.

Es un proceso multifactorial progresivo e irreversible que frecuentemente conduce a un estado terminal (ERCT), donde la función renal se encuentra lo suficientemente deteriorada como para que el paciente fallezca o necesite tratamiento de remplazo renal (TRR), es decir Diálisis Peritoneal (DP), Hemodiálisis (HM), Trasplante Renal (TR).

La ERCT además de afectar el estado de salud, puede generar problemas de índole emocional, económico y social en el paciente y su familia, debido a los estrictos cuidados y tratamientos que se ve obligado a someterse conduce a modificar sus actividades y estilo de

vida, aunado a que puede presentar angustia, pérdida de esperanza en cuanto a trasplantes renales y el incremento de los gastos generados por la propia patología. ⁽¹⁰⁾

TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA

TIPOS DE TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA

Los métodos de tratamiento de terapia de sustitución renal incluyen hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal. La más común es la hemodiálisis, aproximadamente 11% de la población recibe este tratamiento; El cual permite remover del torrente sanguíneo los solutos innecesarios y tóxicos, mediante el paso de la sangre a través de un dializador. Esta se compone de procesos de filtración, absorción, difusión o una combinación de estos para eliminar el exceso de agua o solutos. Los pacientes en tratamiento con hemodiálisis reciben la terapia entre 2 y 3 veces por semana de manera intermitente.

La diálisis peritoneal es una técnica subutilizada, a pesar de sus casi 40 años de instauración; Está compuesta por dos modalidades distintas, que son: la diálisis peritoneal continua ambulatoria y la diálisis peritoneal automatizada. En la primera se realizan varios intercambios diarios, mientras que en la segunda se conecta el paciente a una máquina durante un periodo determinado, usualmente en la noche, con permanencias de los líquidos más cortas que en la diálisis peritoneal continua ambulatoria.

El trasplante renal es el tratamiento de elección, debido a que mejora a corto y largo plazo el estado del paciente, e igualmente su calidad de vida. En las guías Norteamericanas se menciona que, todo paciente con insuficiencia renal debe ser considerado para trasplante renal, siempre y cuando los riesgos no excedan los beneficios y no existan contraindicaciones.

La terapia de remplazo renal, mediante hemodiálisis o diálisis peritoneal es una técnica necesaria en los pacientes con insuficiencia renal crónica, sean o no candidatos a trasplante renal (o mientras se practican los estudios previos para éste) y que ya no tienen control sobre la volemia ni eliminan efectivamente las sustancias tóxicas de la sangre;

Sin embargo, esta misma puede traer consigo complicaciones para el paciente. A pesar de que estas terapias permiten prolongar la vida del paciente con insuficiencia renal crónica, la mortalidad es 6.3 a 8.2 veces mayor en comparación con personas de su misma edad sin la patología.

VIII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ERC se encuentra entre las primeras 10 causas de mortalidad general en el IMSS, ocupa la octava causa de defunción en el varón de edad productiva y la sexta en la mujer de 20 a 59 años ⁽¹¹⁾. Es bien conocido que el rol del cuidador principal (CP) en terapia renal sustitutiva conlleva a que tenga una sobrecarga de trabajo que tiene consecuencias físicas, psíquicas y económicas, e incluso es un factor de riesgo de mortalidad.

En 2017, se reportó una prevalencia de ERC del 12.2% y 51.4 muertes por cada 100 mil habitantes en México ⁽¹²⁾. Además, la ERC en México está teniendo un gran impacto tanto en las instituciones públicas, como en su familiares, ya que en 2014, el gasto en salud anual promedio por persona para esta patología se estimó en 8,966 dólares estadounidenses (USD) en la Secretaría de Salud, y de 9,091 USD en el Instituto Mexicano del Seguro Social⁽¹³⁾.

En Estados Unidos hay más de 65 millones de personas que llevan a cabo servicios de cuidados informales. Estos cuidadores informales dedican un promedio de 20 horas a la semana a cuidar a un ser querido. El valor económico de estos cuidados se ha estimado en al menos 374,000 millones de dólares anuales, lo que representa una cifra que es casi el doble de la dedicada cada año a la combinación de los cuidados domiciliarios y de los cuidados en residencias de ancianos. ⁽¹⁴⁾

Estudios en otros hospitales IMSS tipo HGZ, han encontrado, al evaluar 83 participantes, el nivel de repercusión total del cuidar se obtuvo que el 21,7% presentó un nivel de repercusión severo y alto, el 31.3% nivel medio y el 25.3% nivel leve ⁽¹⁵⁾.

El Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2 Zacapu Michoacán cuenta con una población adscrita de 45, 230 derechohabientes y 57 camas censables, de los cuales 36 pacientes identificados reciben terapia de hemodiálisis, además 65 pacientes registrados en diálisis peritoneal ambulatoria, con un total de 101 pacientes; 68 residen en la ciudad de Zacapu, el resto de los 33 pacientes tiene su residencia en municipios aledaños a esta ciudad. A la fecha no existe un registro de la prevalencia de sobrecarga del cuidador en el o

los familiares, que se encuentran al cuidado completo de los pacientes que cumplen con los criterios de pacientes de custodia. Se ha observado en que los familiares de los pacientes con enfermedad renal crónica en terapia renal sustitutiva del HGZ MF No.2 presentan deterioro de su propia salud, deterioro de las relaciones familiares, ansiedad y frustración del cuidado de los pacientes dependientes.

Por lo anterior, la pregunta a investigar es: ¿Cuál es la prevalencia de sobrecarga del cuidador primario (CP) en terapia renal sustitutiva en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2 Zacapu?”

IX. JUSTIFICACIÓN

Se ha reflexionado que el cuidar de un enfermo es una tarea que requiere esfuerzo, tiempo y dedicación, ya que las personas en esta situación tienen unas necesidades tanto físicas como psicológicas llevando al cuidador a una situación estresante que provocan una sobrecarga. Esta sobrecarga del cuidador, de manera prolongada, puede afectar a su salud física y psicológica, causándole síntomas de agotamiento, ansiedad o depresión que pueden poner en riesgo su capacidad de continuar con el cuidado de la persona dependiente.

Como consecuencia, sin el entrenamiento y las técnicas adecuadas, estas personas, por lo regular familiares, llegarán al agotamiento, cansancio o colapso del cuidador. Estudios previos realizados, en Estados Unidos, se ha encontrado que hasta el 32% de los cuidadores, presentan un alto grado de colapso, mientras que el 19% presentan colapso moderado. Dentro de las principales consecuencias del colapso del cuidador se encuentra el deterioro de su propia salud y a su vez de la salud del paciente cuidado.⁽¹¹⁾

Para poder proveer este cuidado el promedio de tiempo que invierten es de 10.9 horas al día por consiguiente, los cuidadores requieren modificar sus estilos de vida para adaptarse a las necesidades específicas del cuidado que deben proveer, afectando su tiempo de recreación, contacto con amigos o familiares o bien, su desempeño laboral llevando a un círculo vicioso en la dinámica entre el cuidador y el cuidado en un aspecto negativo.

Por lo anterior, cuando se trata a una persona dependiente o con discapacidad, tendremos que tomar en cuenta que nos enfrentamos a dos pacientes, el paciente real y el paciente invisible (cuidador), quien se encuentra afectado con frecuencia, en distintas esferas de la vida: biológica, psicológica, social y financiera, sufriendo día a día de ansiedad, depresión, privación de sueño, pérdida de peso, aislamiento social y diversas enfermedades, permaneciendo en silencio y a la sombra de aquel a quien cuida. Además es bien conocido que el paciente en terapia renal sustitutiva, diálisis y hemodiálisis se considera un paciente de custodia.

X. HIPÓTESIS

La prevalencia de sobrecarga del cuidador primario de pacientes en terapia renal sustitutiva en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2 es del 60%, predominando la sobrecarga intensa.

XI. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar la prevalencia de sobrecarga del CP en terapia renal sustitutiva en el Hospital General de Zona Con Medicina Familiar No. 2 Zacapu.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar el porcentaje de familiares con ausencia de sobrecarga, sobrecarga ligera y/o intensa del total de los cuidadores primarios de pacientes en terapia renal sustitutiva
- Conocer las características sociodemográficas de los cuidadores primarios y su relación con la sobrecarga
- Analizar las características clínicas de los cuidadores primarios y su relación con la sobrecarga.

XII. MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DE ESTUDIO

Control de asignación a los factores de estudio: Observacional.

Secuencia y/o temporalidad: Transversal.

Método de observación: Descriptivo.

Cronología de la recolección de datos: Prospectivo

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Cuidadores Primarios (CP) de pacientes en terapia renal sustitutiva del Hospital General de Zona con Medicina familiar No.2 Zacapu, Michoacán.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Dado que es un estudio de prevalencia no se requiere de tamaño de muestra. Se le realizará el cuestionario Escala de Zarit a todos los CP de pacientes en terapia renal sustitutiva.

TIPO DE MUESTREO: conveniencia

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Pacientes en terapia renal sustitutiva
- Familiares y/o encargados primarios del paciente mayores de edad
- Usuarios que acepten participar en el estudio y firmen carta de consentimiento informado

Criterios de no inclusión:

- Familiares y/o cuidadores ocasionales que tenga permanencia relativa con el paciente
- Cuidadores pagados
- Familiar que no sepa leer o escribir

Criterios de eliminación:

- Cambio de residencia
- Pacientes con cuestionarios incompletos

VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLE DEPENDIENTE:

Sobrecarga del cuidador

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Cuidador

VARIABLES UNIVERSALES

Género, edad, estado civil, ocupación laboral, tiempo de cuidado, talla, peso, IMC, parentesco del cuidador, presión arterial.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables dependientes	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
Sobrecarga del cuidador	Conjunto de situaciones de estrés físico y mental como consecuencia del exceso de trabajo, que limitan la labor del cuidador.	Se mide a través de la Escala de Zarit, el cual es un cuestionario auto administrado que consta de 22 ítems y tres subescalas, mide la carga percibida por el cuidador. Sumando los reactivos se obtiene un índice único de la carga, con un rango de puntuación de 0-88 y se califica de la siguiente forma: 1.- <46 pts ausencia de sobrecarga. 2. 47-65 pts sobrecarga ligera 3. >66 pts sobrecarga intensa.	Cualitativa	1.- Ausencia de sobrecarga. 2.- Sobrecarga ligera 3.- Sobrecarga intensa.
Variables independientes	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
Cuidador	Es la persona encargada de la mayor parte del cuidado del enfermo.	Lo define el paciente en el interrogatorio, se clasifican en: 1.-CUIDADOR PRIMARIO: es la persona encargada de la mayor parte del cuidado del enfermo, pueden	Cualitativa nominal	1. Primario 2. Formal 3. Informal

		<p>vivir en el mismo domicilio que el enfermo o muy cerca de este y suele tener una relación muy cercana.</p> <p>2.-CUIDADOR FORMAL: es aquella persona o personas con una formación adecuada para cuidar al enfermo y cobrará una remuneración para hacerlo.</p> <p>3.- CUIDADOR INFORMAL son aquellas personas que forman parte del entorno familiar y colaboran en mayor o menor medida en la atención del enfermo.</p>		
Variables Universales	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
Edad	Termino que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido una persona.	Años cumplidos. Se determina en base a lo que responde en el interrogatorio el paciente.	Cualitativa ordinal	1. 18-28 años 2. 29-38 años 3. 39-48 años 4. 49-58 años 5. 59-68 años 6. 69 y más

Género	Se refiere al término masculino o femenino, de la persona que participa en el estudio.	Se establece por los caracteres sexuales de la persona en: 1: Masculino: Persona con caracteres biológicos masculinos 2: Femenino: Persona con caracteres biológicos femeninos	Cualitativa dicotómica	1. Masculino 2. Femenino
Peso	Es una magnitud vectorial, el cual se define como la fuerza con la cual un cuerpo actúa sobre un punto de apoyo, a causa de la atracción de este cuerpo por la fuerza de la gravedad.	Cifra obtenida de la báscula. Expresada en Kilogramos. Se clasifica	Cuantitativa	Expresada en Kilogramos.
Talla	Estatura o longitud del cuerpo humano desde la planta de los pies a la parte superior del cráneo expresada en centímetros.	Cifra obtenida del estadímetro de la báscula. Expresada en metros.	Cuantitativa	Expresada en metros.

IMC	Es un método que permite una clasificación sencilla, de la obesidad en grados, la fórmula para calcularlo es, peso corporal en Kg, dividido entre la talla en metros cuadrados y establecida por arriba del percentil	Cálculo del índice de Quetelet. Expresado en kg/m^2 1. IMC menor a 18.5, bajo peso. 2. IMC es entre 18.5 y 24.9: normal 3. IMC es entre 25.0 y 29.9: sobrepeso. 4. IMC más de 30.0 obesidad.	Cualitativa ordinal	Lo Expresado en kg/m^2 1. Bajo peso 2. Normal 3. Sobrepeso 4. Obesidad
Estado civil	Es una situación personal en la que se encuentran las personas en un momento determinado de su vida	1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Divorciado/a 4. Unión libre 5. Viudo/a	Cualitativa nominal	1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Divorciado/a 4. Unión libre 5. Viudo/a
Ocupación laboral	Hace referencia a lo que la persona se dedica, a su trabajo, empleo o actividad o profesión	Ocupación laboral	Cualitativa nominal	1. Empleado 2. Desempleado 3. Ama de casa
Tiempo de cuidado	Se refiere a la duración del cuidado del enfermo.	Se obtiene el dato de lo que responde el paciente en: 1.- < 6 meses 2.- >6 meses	Cualitativa ordinal	1. <6 meses 2. >6 meses
Parentesco del cuidador	Se refiere a la relación familiar del cuidador con el paciente.	Se define según lo que refiere el paciente en: 1. Padres	Cualitativa nominal	1. Padres 2. Hijos 3. Pareja 4. Otros

		2. Hijos 3. Pareja 4.- Otro(s)		
Presión arterial	Tensión ejercida por la sangre que circula sobre las paredes de los vasos sanguíneos	Se clasifica según las GPC de acuerdo a las cifras de presión arterial que maneja el paciente en: 1.-Normal 120-129/80-84 2. Normal alta 130-139/85-89 3.hipertensión grado 1 140-159/90-99 4.hipertensión grado 2 160-179/100-109 5. hipertensión grado 3 ≥180/>110	Cualitativa ordinal	1. Normal 2. Normal alta 3. Hipertensión grado 1 4. Hipertensión grado 2 5. Hipertensión grado 3

DESCRIPCIÓN OPERATIVA DEL ESTUDIO

Previo aprobación del Comité Local de Investigación y de Ética en Investigación en Salud del IMSS y del Director del HGZ/MF No. 2 de Zacapu, Michoacán (Anexo 3) y firma del consentimiento informado (Anexo 4), en las salas de espera para hemodiálisis, durante el periodo de noviembre a diciembre 2021, se invitó a cada familiar del paciente en terapia renal sustitutiva que acudieron a su cita al HGZ/MF No.2 Zacapu, Michoacán y que cumplía con los criterios de inclusión a contestar unas preguntas relacionadas con su estado de salud que se recabaron en una hoja de recolección de datos (Anexo 5), y se realizaron las siguientes mediciones:

- Peso corporal (Kg) en báscula con estadímetro con bata clínica y sin zapatos.
- Medición de la talla (m) en posición erecta, con talones juntos y los pies separados en un ángulo de 60°, con la cabeza en un plano horizontal de Francfort (línea imaginaria que une el borde superior del conducto auditivo con la órbita), brazos libres a los costados y las palmas hacia las caderas. Se calculó el índice de masa corporal (IMC), con la ecuación de Quetelet ($\text{peso}/\text{talla}^2$).
- Perímetro abdominal (cm) con cinta métrica se localizó el punto inferior de la última costilla y la cresta ilíaca (parte más alta del hueso de la cadera). Después con una cinta métrica, se encontró el punto central y se midió.
- Presión arterial con baumanómetro de mercurio previamente calibrado, sentado en reposo por lo menos cinco minutos, sin haber ingerido bebidas cafeinadas, no haber fumado en los treinta minutos previos al estudio.

Una vez realizadas las mediciones, se le aplicó en la sala de espera el cuestionario de Zarit, que cuenta con un índice de cronbach de 0.872 (Anexo 6) que consta de 22 ítems y tres subescalas, mide la carga percibida por el cuidador a través de una escala que va de 0 (nunca) a 4 (siempre), sumando los 22 reactivos se obtiene un índice único de la carga,

con un rango de puntuación de 0-88. Si se tuvo una puntuación menor de 47 puntos no se encuentra en sobrecarga, puntuaciones entre 47-55 indican sobrecarga leve, puntuaciones mayores de 55 indicaron sobrecarga intensa. Si tenía puntuaciones superiores a 47, necesitaba por tanto modificar de forma urgente su manera de cuidar a su paciente y requiere ayuda cuanto antes. En el caso de puntuaciones superiores a 55, existe un alto riesgo de enfermedad, sobretodo depresión y ansiedad.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para estimar la normalidad de la distribución de los datos. Los datos numéricos continuos se expresaron en promedio \pm desviación estándar. Los datos categóricos se reportaron en porcentaje (%). Se realizó estadística descriptiva. Se realizó X² para determinar la asociación entre las variables categóricas.

Se estableció diferencia estadística significativa con p valor < 0.05 .

Los datos se analizaron en el programa computacional SPSS versión 23.0 para Windows.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los procedimientos propuestos se encontraron de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como los códigos y normas Internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica. Además de todos los aspectos en cuanto al cuidado que tuvo con la seguridad y bienestar de los pacientes se respetó cabalmente los principios contenidos en el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki y sus enmiendas, el Informe Belmont, el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos (Regla Común).

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud en su título segundo, capítulo 1, artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Artículo 14.- La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases: se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen, contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal. Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

Para efectos de este estudio y apegados a este reglamento, la investigación se clasificó en la siguiente categoría:

Categoría II. Investigación con riesgo mínimo: ya que se realizarán procedimientos comunes de medición, y preguntas dirigidas en adultos con aceptable estado de salud en una sola ocasión durante el estudio.

XIII. RESULTADOS

Se encuestó un total de 100 cuidadores de pacientes con ERC en terapia renal sustitutiva, principalmente del género femenino, en rango de edad de 39-48 años, casados y empleados (Tabla I).

Tabla I

Variables sociodemográficas del Cuidador Primario (n=100)

VARIABLE	CUIDADOR PRIMARIO
	F (%)
Género	
Masculino	28 (28)
Femenino	72 (72)
Parentesco	
Padres	8 (8)
Hijos	40 (40)
Pareja	38 (38)
Otros	14 (14)
Edad	
18 a 28 años	11(11)
29 a 38 años	15(15)
39 a 48 años	24(24)
49 a 58 años	19(19)
59 a 68 años	21(21)
69 y más	10(10)
Estado Civil	
Soltero(a)	20(20)
Casado(a)	64(64)
Divorciado(a)	1(1)
Unión libre	9(9)
Viudo(a)	6(6)
Ocupación laboral	
Empleado	55(55)
Desempleado	13(13)
Ama de casa	36(36)

F (%) = Frecuencia (Porcentaje).

La mayoría refirió un tiempo de estar al cuidado del enfermo mayor de 6 meses (**Figura 1**).

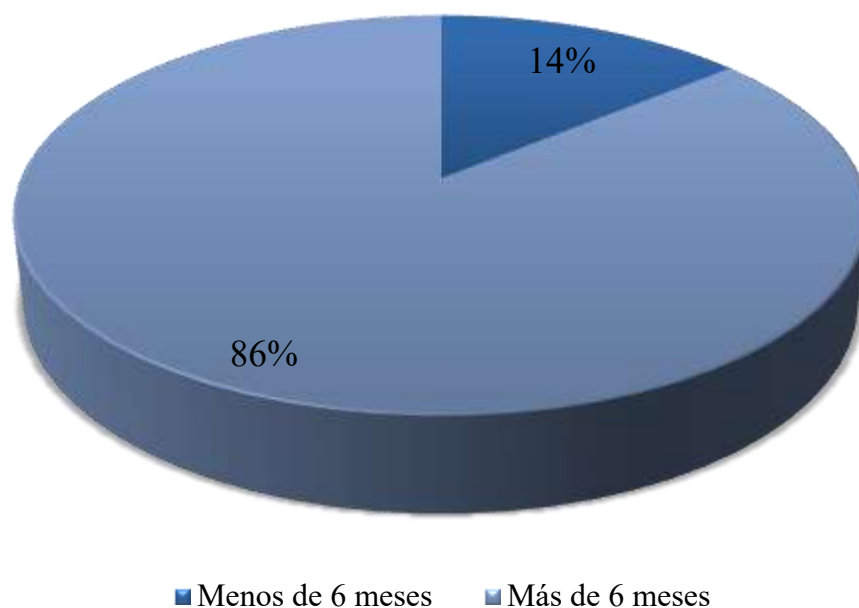


Figura 1. Tiempo de ser Cuidador Primario (n=100)

El índice de masa corporal que predominó fue el de sobrepeso, seguido de obesidad, mientras que únicamente la mitad de ellos contaba con cifras de presión arterial dentro de rangos normales (**Tabla II**).

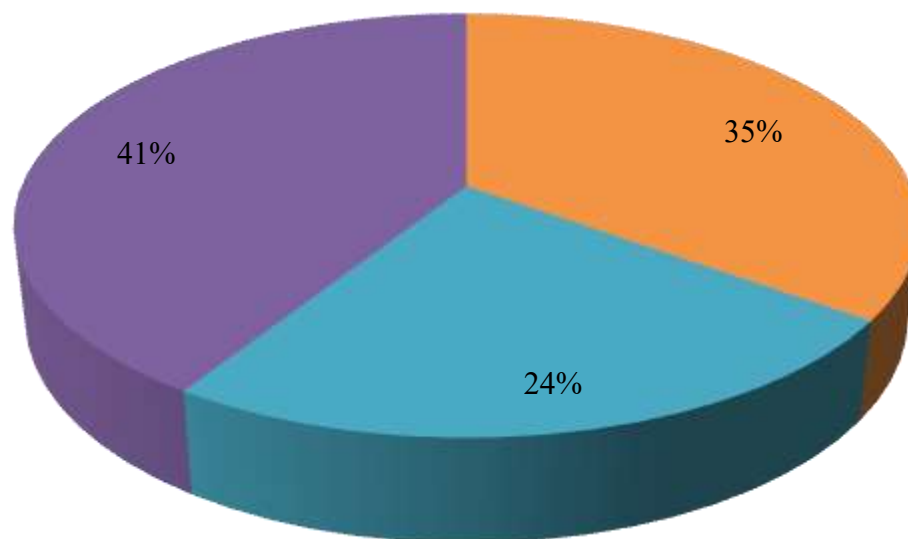
Tabla II

Variables clínicas del Cuidador Primario (n=100)

VARIABLE	CUIDADOR PRIMARIO
	F (%)
IMC	
Bajo peso	1(1)
Normal	29(29)
Sobrepeso	37 (37)
Obesidad	33 (33)
PRESION ARTERIAL	
Normal	50 (50)
Normal alta	19(19)
Grado 1	20 (20)
Grado 2	11(11)
Grado 3	-

F (%) = Frecuencia (Porcentaje).

Para el análisis de sobrecarga se utilizó la encuesta de Zarit, con un alfa de cronbach de 0.872 considerándose confiables los resultados. Se obtuvo una prevalencia de sobrecarga del cuidador primario de un 65%, siendo la intensa la que predominó (**Figura 2**).



■ Ausencia de sobrecarga ■ Sobrecarga ligera ■ Sobrecarga intensa

Figura 2. Prevalencia de sobrecarga del Cuidador Primario (n=100)

En su mayoría los cuidadores primarios eran hijos (as) del paciente, del género femenino, casados(as) y empleados(as) (**Tabla III**).

Tabla III

Variables sociodemográficas en relación al grado de sobrecarga del cuidador (n=100)

SOBRECARGA DEL CUIDADOR				
VARIABLE	Ausencia de sobrecarga F (%)	Sobrecarga ligera F (%)	Sobrecarga intensa F (%)	p Valor
GENERO				0.860
Masculino	10 (10)	8 (8)	10 (10)	
Femenino	23 (23)	19 (19)	30 (30)	
OCUPACIÓN				0.535
Empleado	21 (21)	15 (15)	19 (19)	
Desempleado	1 (1)	3 (3)	5 (5)	
Ama de casa	11 (11)	9 (9)	16 (5)	
ESTADO CIVIL				0.465
Soltero(a)	5 (5)	5 (5)	10 (10)	
Casado(a)	22 (22)	16 (16)	26 (26)	
Casado(a)	-	-	1 (1)	
Divorciado(a)	5 (5)	3 (3)	1 (1)	
Unión libre	1 (1)	3 (3)	2 (2)	
Viudo(a)				
PARENTESCO				0.939
Padres	2 (2)	3 (3)	3 (3)	
Hijos	14 (14)	12 (12)	8 (8)	
Pareja	13 (13)	8 (8)	5 (5)	
Otro	4 (4)	4 (4)	5 (5)	

Chi2; *Cifra estadísticamente significativa ($p < 0.05$); F (%) = Frecuencia (porcentaje).

Se encontró que la sobrecarga del cuidador no tiene asociación con el IMC ($p = 0.304$) ni con la presión arterial ($p = 0.414$). Encontrándose únicamente asociación entre el tiempo de ser el cuidador con la sobrecarga ($p = 0.027$) (**Tabla IV**).

Tabla IV

Variables clínicas de la población en relación al grado de sobrecarga (n=100)

VARIABLE	SOBRECARGA DEL CUIDADOR			p Valor
	Ausencia de sobrecarga F (%)	Sobrecarga ligera F (%)	Sobrecarga intensa F (%)	
IMC				0.304
Bajo peso	-	1 (1)	-	
Normal	12 (12)	5 (5)	12 (12)	
Sobrepeso	9 (9)	13 (13)	15 (15)	
Obesidad	12 (12)	8 (8)	13 (13)	
PRESIÓN ARTERIAL				0.414
Normal	19 (19)	11 (11)	20 (20)	
Normal alta	7 (7)	5 (5)	7 (7)	
Grado 1	3 (3)	8 (8)	9 (9)	
Grado 2	4 (4)	3 (3)	4 (4)	
Grado 3	-	-	-	
TIEMPO DE SER CUIDADOR				0.027*
Menos de 6 meses	9 (9)	2 (2)	3 (3)	
Más de 6 meses	24 (24)	25 (25)	37 (37)	

Chi2; *Cifra estadísticamente significativa ($p < 0.05$); F (%) = Frecuencia (porcentaje).

XIV. DISCUSION

La sobrecarga del cuidador es la afección o percepción negativa con impacto en los diversos aspectos de la vida que tiene una persona al dedicarse al cuidado de un enfermo crónico, dicha sobrecarga puede generar un desgaste físico, mental y emocional en las personas cuando sobrepasan el límite de la capacidad de tolerancia y resistencia de cada persona, lo que repercute directamente en la calidad del cuidado y, por lo tanto, en generar algún tipo de enfermedad en el cuidador. Los cuidados informales son una labor que no se reconoce como trabajo y, por lo tanto, carece de valor para los demás.

En la presente investigación se estudió un total de 100 cuidadores primarios, obteniendo una prevalencia total de sobrecarga del 65%, siendo la sobrecarga intensa la que predominó en todos ellos. Rivero-Garcia R. y cols en el año 2015 en el HGR No.25 de la Ciudad de México, aplicó la Escala de Zarit a 15 pacientes, donde el 67% de los participantes presentaron sobrecarga intensa apoyando la hipótesis de esta investigación, en la que se pensó que más del 60% presentaría algún grado de sobrecarga.¹⁶ Delgado E. analizó 134 participantes cuidadores primarios de pacientes bajo tratamiento en hemodiálisis en el HGZ No. 89 en Guadalajara Jalisco, concluyendo que el 45.5% tenía sobrecarga intensa, un resultado cercano al presente estudio, con una cantidad de población similar, sin embargo se tomó en cuenta a las dos modalidades de terapia renal sustitutiva, lo cual en dicho estudio no se realizó, lo que consideramos puede influir en que sea la razón del porque presentó una prevalencia más baja en el estudio antes mencionado, ya que la hemodiálisis al ser dependiente de una máquina para poderse llevar a cabo el proceso y no propiamente deba de realizarlo el cuidador como es el caso de la diálisis, pudiera ser la razón que justifica el menor grado de sobrecarga con dicha modalidad de terapia renal sustitutiva.⁽¹⁷⁾

Con respecto a las características sociodemográficas en nuestro estudio, predominó el género femenino en un 72%, con un rango de edad de 39-48 años, estado civil casado, con un tiempo mayor a 6 meses de estar al cuidado del enfermo, encontrando relación entre el tiempo de ser cuidador con la sobrecarga. En un estudio realizado en la UMA No.254 en

Morelia, Michoacán por Iranda- Gómez R, donde se incluyeron a 180 cuidadores primarios en diálisis peritoneal continua y ambulatoria, se concluyó que el 73% fueron mujeres principalmente, hijas y esposas, con edad promedio de 42 años. No encontraron relación entre el tiempo de ser cuidador y el grado de sobrecarga. Dentro de sus hallazgos sobresalientes fue que un 22.78% tenía sobrecarga intensa en cuidadores de pacientes en modalidad de diálisis peritoneal continua ambulatoria. Mientras que Cubas Sánchez RA, et al, en un estudio realizado en Perú a 75 cuidadores primarios de pacientes con tratamiento de diálisis peritoneal, encontró que el 100% de los cuidadores presentaban algún grado de sobrecarga, siendo la leve la que predominó con un 94.7%, así como predominio en sexo femenino, esposas, adultas y que vivían en conjunto con el paciente, sin embargo es importante resaltar que en dicho estudio utilizaron la herramienta llamada Cuestionario de Sobrecarga del Cuidador de Diálisis Peritoneal (CSCDP), la cual es diferente a la que utilizamos en dicho estudio.⁽²²⁾ A contra parte de lo encontrado por Arredondo Pantaleón AJ y Jurado Cárdenas S, en un estudio realizado en el 2022 por parte de la UNAM, en la Ciudad de México, a 31 cuidadores primarios de pacientes con ERC, quienes encontraron que en su mayoría los cuidadores primarios que presentaron algún grado de sobrecarga pertenecían al sexo femenino, eran amas de casa, casadas, con escolaridad de primaria y religión católica, con edad media de 51.16 años y conyugues, con un porcentaje de sobrecarga intensa de 42% y leve del 29%, con un porcentaje acumulado de 71%; resultados similares a los nuestros concordando tanto en las características sociodemográficas de la población con sobrecarga así como que el principal grado de sobrecarga que presentan los cuidadores es la intensa seguida de la leve.⁽²³⁾

Durante el proceso de recolección de datos en esta investigación no se tomó en cuenta la modalidad de terapia renal sustitutiva, por lo que en futuras investigaciones se recomienda indagar la modalidad y si este repercute en la prevalencia de sobrecarga.⁽¹⁸⁾

Velázquez Y. y cols, en la Habana Cuba, investigaron en un servicio de hemodiálisis a 24 participantes donde predominaron los cuidadores casados en un 54%, de los cuales un 37% eran trabajadores, se tomó en cuenta el nivel educativo donde un 50% tenían un nivel preuniversitario, resultando un factor protector para la salud debido a que se

notó que contaban con más recursos cognitivos para enfrentar el cuidado y tenían mayor acceso a la información necesaria para asumir esta labor.⁽¹⁹⁾

Con respecto a las características clínicas y la relación con la sobrecarga del cuidador, como la presencia de hipertensión arterial, no se encontró una relación significativa en nuestro estudio, sin embargo Rivera H. y cols, encontraron una relación entre la hipertensión y el grado de sobrecarga con p valor de < 0.05 en 100 cuidadores primarios de pacientes geriátricos, representando una carga adicional y deterioro de la salud de los cuidadores, pudiendo presentar repercusiones negativas.⁽²⁰⁾ Bello J. encontró en 281 cuidadores de pacientes con enfermedades crónico degenerativas, ser portadores de alguna patología, la principal de ellas, la obesidad probablemente relacionada con el sedentarismo; en nuestra población se encontró un 33% de obesidad y un 37% de sobrepeso, sin relación con el grado de sobrecarga. La mayoría de los cuidadores mencionó durante el proceso de entrevista, dedicar la mayor parte de su tiempo al cuidado de su enfermo por lo que no se tenían tiempo de realizar algún tipo de actividad recreativa, ni comer de forma adecuada, por lo que suponemos influye en la aparición de sobrepeso y obesidad.⁽²¹⁾ Mientras que Cárabes AG, et al, en un estudio realizado en Guanajuato a 84 cuidadores primarios de pacientes con ERC, determinó que el 17.9% de los cuidadores padecía de hipertensión arterial y el 10.7% de obesidad, sin embargo no analizaron la asociación entre dichas variables a diferencia de nuestro estudio.⁽²⁴⁾

Los cuidadores primarios de los pacientes renales, presentan afecciones físicas y psicosociales poco observadas que conllevan a presentar factores de riesgo para su salud, es un tema poco estudiado en México y Latinoamérica, donde se observa que la mayoría son del género femenino, en edades productivas, con más de 6 meses de ser cuidador primario, con lo que se espera poder involucrar más a las familias en la participación y atención del cuidado de los pacientes crónicos y su impacto en su entorno familiar.

En el presente estudio se tuvo como limitante el no indagar, sobre depresión o ansiedad, así como la situación económica o el grado de escolaridad del cuidador primario ya que pudieran haber influido de igual forma en el grado de sobrecarga, e incluir pacientes con terapia renal sustitutiva tanto de hemodiálisis como de diálisis peritoneal, para con ello

conocer el grupo con mayor grado de sobrecarga, de acuerdo al tipo de procedimiento a realizar en el enfermo, por lo que se sugiere en futuras investigaciones de esta unidad tomarlos en cuenta para obtener más información al respecto.

XV. CONCLUSIONES

- Se obtuvo una prevalencia de sobrecarga del cuidador primario de pacientes en terapia renal sustitutiva en el HGZ /MF No.2 del 65%, siendo de grado intensa 41%, y sobrecarga leve 24%.
- En cuanto a las variables sociodemográficas se encontró que existe mayor frecuencia de sobrecarga del cuidador primario en el sexo femenino, empleados, en los cuidadores que son hijos del paciente, casados y que se encuentran en edad laboral.
- La mayoría de los cuidadores primarios del paciente en terapia renal sustitutiva del HGZ/MF No.2 presentaron un índice de masa corporal dentro del rango de sobrepeso y obesidad, mientras que únicamente la mitad de ellos contaba con cifras de presión arterial dentro de rangos normales.
- Se encontró que la sobrecarga del cuidador primario no tiene relación con el IMC, ni con la presión arterial, mientras que si se encontró relación entre el tiempo de ser el cuidador primario con la sobrecarga.

XVI. RECOMENDACIONES

Con la presente investigación llegamos a la conclusión como médicos familiares que el cuidar de una persona enferma, conlleva a cambios de la dinámica familiar, considerándose como una crisis paranormativa, por lo que como médicos familiares debemos fomentar la integración familiar y las habilidades para el autocuidado del CP ya que este puede o llega a presentar complicaciones de salud.

Así mismo, se utilizaron dichos resultados para dar a conocer a los familiares sobre el síndrome, el cual es poco conocido, se concientizó sobre los factores de riesgo para presentar una enfermedad renal crónica, el cuidado del estado de ánimo y las relaciones familiares para disminuir la sobrecarga. También se dio orientación sobre los servicios que se otorgan por parte de servicio social y los grupos de apoyo.

Aunado a que se brindaron algunas otras recomendaciones para el autocuidado del CP, como se encuentran el comer en horarios definidos, tener una alimentación balanceada, realizar actividad física al menos 30 minutos al día, aprovechar cualquier momento para descansar, practicar alguna actividad recreativa, social, cultural o comunitaria, evitar la soledad y el aislamiento, mantener las relaciones familiares, tener una capacitación constante, así como establecer una distribución y organización de las diferentes tareas que deben realizarse como cuidadores primarios al paciente en terapia renal sustitutiva, entre todos los integrantes de la familia, para tratar de esta forma de no sobrecargar todas en una sola persona, así como acudir a solicitar atención psicológica o dirigirse con el personal de trabajo social dentro de la unidad hospitalaria a la cual se encuentra adscrita o con su médico familiar, en caso de considerar que inicia a tener algún problema emocional y desgaste de su salud mental para recibir una atención integral y con ello prevenir el desgaste emocional debido a una sobrecarga en el cuidado de su paciente.

XVII. BIBLIOGRAFÍA

1. Navarro-Sandoval C. Depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física de la UMF 171. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2017; 55(1): 25-31. Disponible en: <http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/1131/1751>.
2. Domínguez-Sosa G, Zavala-González MA, De la Cruz-Méndez DC, Ramírez-Ramírez MO. Síndrome de sobrecarga de cuidadores primarios de adultos mayores en Cárdenas, Tabasco, México. Med UIS [Internet]. 2010; 23(1): 28-37. Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/983>
3. Flores M, Fuentes H, González G, Meza I, Cervantes G, Valle M. Características principales del cuidador primario informal de adultos mayores hospitalizados. NURE Investigación Revista Científica enfermería [Internet]. 2017; 14(88): 2-7.
4. Lares R, Rodríguez L. Hacia un nuevo concepto de familia: La familia individual. Revisa digital FILHA [Internet]. 2021; 16(24):1-15.
5. Jaqueline V, Elita L, Tapia T. Sobrecarga del cuidador y su relación con el grado de dependencia de los adultos mayores en consulta externa. Tesis [Internet]. 2018; 73. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1695>
6. Instituto Nacional de Geriatría. Intervenciones integrales Manual de Atención, Secretaría de Salud, Gobierno de México [Internet]. 2018; 2(1): 195-204.
- 7.- Pardo M, Jurado S, Valencia A, Venegas M, Magaña E. Escala de carga del cuidador de Zarit: Evidencia de validez en México. PSICOONCOLOGIA [Internet]. 2014; 11(1696): 71-85.
8. Flores-Terrones M, Galindo-Vázquez Ó, Jiménez-Genchi J, Rivera-Fong L, González-Rodríguez E. Validación de la Entrevista de Carga de Zarit en cuidadores primarios informales de pacientes con diagnóstico de enfermedades mentales. Psicol y Salud [Internet]. 2018; 29(1):17-24.

- 9.- Barrear-Ortiz L. Cuidando a los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia [Internet]. 2010; 15 (52-53): 54-58.
- 10.-Villegas-Alzate JD, Vera-Henao S, Jaramillo-Monsalve MC, Jaramillo-Jaramillo LI, Martínez-Sánchez LM, Martínez-Domínguez GI, et al. El abandono de la adherencia en la terapia de reemplazo renal: una alarma en salud pública. Comunidad y Salud [Internet]. 2016; 14(2):42–9.
11. Detección y Manejo del Colapso del Cuidador GPC. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2 de diciembre de 2015.
12. Méndez- Duran A. Evolución del tratamiento sustitutivo de la función renal en México en los últimos 10 años. Rev Nefrología [Internet]. 2021; 41(1):69-87.
13. Hernández G. Una visión general de las últimas dos décadas y la situación actual de la enfermedad renal crónica en México. Rev Med UAS[Internet].2019; 9(4): 208-223
- 14.Fernandez M, Herrera M. El efecto del cuidado informal en la salud de los cuidadores de familias de personas mayores dependientes en Chile. Rev Med Chile [Internet]. 2020; 1(148): 30-36
- 15.Valazco-Ramires JF, Grijalba MG, Pedraza-Aviléz A. Repercusiones del cuidar en las necesidades básicas del cuidador primario de pacientes crónicos y terminales. Medicina Paleativa [Internet]. 2015; 22 (4):146-151.
16. Rivero-García R, Segura- García E, Juárez-Corpus N. Sobrecarga del cuidador primario de pacientes en programa de hemodiálisis generada por el reingreso hospitalario. Rev Dial Traspl [Internet]. 2015; 36(2):72-77
17. Delgado E, Barajas T, Uriostegui L, Lopez V. Sobrecarga y percepción de la calidad de vida relacionada con el cuidador primario en el paciente hemodializado. Revista Cubana de Medicina General Integral.[Internet].2016;32(4):1-9.
18. Iranda-Gómez R, Orizaga- de la Cruz C, Chacón- Valladares P, Chavéz- Valencia V. Impacto de la sobrecarga de los cuidadores de pacientes en diálisis peritoneal. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2020; 58(2):131-136.

19. Espín A, Velázquez Y. Repercusión psicosocial y carga en el cuidador informal de personas con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista Cubana de Salud Pública* [Internet]. 2014; 40(1): 1-7. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21430496002>
20. Rivera H, Dávila R, González A. Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar Dr Ignacio Chávez, ISSTE. *Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas* [Internet]. 2011; 16(1): 27-32.
21. Bello JG. Sobrecarga del cuidador primario de pacientes con enfermedades crónico degenerativas. Xalapa; Veracruz. Scielo [Internet]. 2019; 3(2): 715. Disponible en:
22. Cubas RA, Sánchez NP, Gálvez NC. Sobrecarga del cuidador del paciente con tratamiento de diálisis peritoneal. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2019; 22(3): 317-322. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v22n3/2255-3517-enefro-22-03-317.pdf>
23. Arredondo AJ, Jurado S. Variables asociadas a la carga en cuidadores primarios de personas con enfermedad renal crónica. *Psicología y Salud* [Internet]. 2022; 32(1): 5-16. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2706/4582>
24. Cárabes AG, Morales-Álvarez CT, Cárdenas-Rodríguez ML, Herrera-Paredes JM. Sobrecarga del cuidador principal del paciente con enfermedad renal crónica durante la pandemia por SARS-CoV-2. *SANUS* [Internet]. 2021; 6(1): 232-244. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/sanus/v6/2448-6094-sanus-6-e244.pdf>

XVIII. ANEXOS

ANEXO 1. HOJA DE REGISTRO ANTE CLEIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **1603**.
H. GRAL. ZONA NUM. 8

Registro COFEPRIS **17 CI 16 102 028**

Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 14 CFI 001 2017022**

FECHA Viernes, 27 de agosto de 2021

Dr. SANCHEZ ANGUIANO CARLOS

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "**PREVALENCIA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO EN TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO.2 ZACAPU**" que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2021-1603-005

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

Patricia Ortega León

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1603

Imprimir

ANEXO 2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	MARZO A DIC 2021	NOV – DIC 2021	ENERO A MAYO 2022	JUNIO 2022	JULIO AGOSTO 2022	SEPT – DIC 2022	ENERO – DIC 2023
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO							
APROBACIÓN POR EL CLIEIS							
RECOLECCIÓN DE DATOS							
ANÁLISIS DE DATOS							
INTERPRETACIÓN DE DATOS							
RESULTADOS Y CONCLUSIONES							
PRESENTACIÓN FINAL DE TESIS							
REDACCIÓN DE MANUSCRITO PARA PUBLICACIÓN							

ANEXO 3. CARTA DE NO INCONVENIENTE

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION REGIONAL MICHOACAN**

Hospital general Zona con Medicina Familiar Nro. 2, Zacapu.

CARTA DE NO INCONVENIENTE

Investigador Responsable. Morelia, Michoacán, a 29 de junio de 2021

Presente:

Por medio de la presente, me dirijo a usted de la manera más atenta, para informar que no existe inconveniente para que la Dra. Ilse García Arciga con matrícula 97178679, Médico Residente de la Especialidad en Medicina Familiar, pueda llevar a cabo la revisión y recolección de datos de los pacientes en terapia renal sustitutiva, adscritos en el HGZ MF Nro. 2, de Zacapu, para realizar el trabajo de investigación titulado:

"PREVALENCIA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO EN TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO.2 ZACAPU"

Recuerde que la información que usted vaya a utilizar para identificar a los pacientes, tales como nombre, teléfono y dirección, debe ser conservada de manera confidencial y no se debe otorgar información que pudiera revelar su identidad, ya que esta siempre debe permanecer protegida.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente,

[Redacted Signature]

Dr. Enrique Gutiérrez González.
Director del HGZ MF Nro. 2

[Redacted Stamp]

ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION REGIONAL EN MICHOACÁN**

HGZ MF N° 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**“PREVALENCIA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO EN
TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
CON MEDICINA FAMILIAR NO.2 ZACAPU”**

Zacapu, Michoacán, a _____ de _____ del 2021.

Le estamos invitando a participar en el estudio de investigación titulado:
**“PREVALENCIA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO EN
TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
CON MEDICINA FAMILIAR NO.2 ZACAPU”**

Registrado ante el Comité Local de Investigación y de Ética de Investigación en Salud del
Instituto Mexicano del Seguro Social con el número: _____

El siguiente documento le proporciona información detallada sobre el mismo. Por favor
léalo atentamente.

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO: La enfermedad renal crónica es una complicación
frecuente de la diabetes mellitus (azúcar alta en la sangre) y la hipertensión arterial (presión
arterial alta), así como de algunas infecciones en el riñón. Una de las opciones de
tratamiento de la enfermedad renal es la hemodiálisis o diálisis peritoneal. En 1999 la
Organización Mundial de la Salud, definió al cuidador primario como “La persona del
entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo, que

está dispuesto a tomar decisiones por el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo de manera directa o indirecta”. El objetivo de este trabajo es identificar la prevalencia de sobrecarga del cuidador primario de pacientes con insuficiencia renal crónica en terapia renal.

PROCEDIMIENTOS: Si Usted acepta participar se le explicará que su participación en este estudio consistirá en que la Dra. Ilse García Arciga en la sala de espera, le realizará una serie de preguntas relacionadas con su salud, le tomará algunas medidas corporales como peso, talla y presión arterial. Además, le dará a responder una encuesta llamada cuestionario de Zarit para conocer la carga percibida por usted que consta de 22 preguntas relacionadas con la actividad de cuidar a su paciente, no le tomará más de 10 minutos en responder este cuestionario.

RIESGOS Y MOLESTIAS: Los posibles riesgos y molestias derivados de su participación en el estudio son: incomodidad de responder algunas preguntas que la Dra. Ilse García Arciga le haga así también como el pesarlo en una báscula (que está fría).

BENEFICIOS: conocer datos importantes acerca de su estado de salud actual y cual si tiene sobrecarga de trabajo al cuidar a su paciente. En caso de que requiera de atención se canalizará de inmediato a su médico familiar para su atención personal.

INFORMACIÓN DE RESULTADOS Y ALTERNATIVAS DEL TRATAMIENTO: El investigador responsable se ha comprometido a darle información oportuna sobre cualquier resultado adecuado que pudiera ser ventajoso para su estado de salud, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que pudiera tener acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo: los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con su tratamiento.

PARTICIPACIÓN O RETIRO: Su participación en este estudio es completamente voluntaria, es decir, que si usted no desea participar en el estudio, su decisión, no afectará su relación con el IMSS ni su derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios que ya recibe. Si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted

puede abandonar el estudio en cualquier momento. El abandonar el estudio en el momento que quiera no modificará de ninguna manera los beneficios que usted tiene como derechohabiente del IMSS. Para los fines de esta investigación, sólo utilizaremos la información que usted nos ha brindado desde el momento en que aceptó participar hasta el momento en el cual nos haga saber que ya no desea participar.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD: La información que proporcione y que pudiera ser utilizada para identificarlo (como su nombre, teléfono y dirección) será guardada de manera confidencial y por separado al igual que sus respuestas a los cuestionarios y los resultados de sus pruebas clínicas, para garantizar su privacidad. Nadie más tendrá acceso a la información que usted nos proporcione durante el estudio, al menos que usted así lo desee. NO se dará información que pudiera revelar su identidad, siempre su identidad será protegida y ocultada, le asignaremos un número para identificar sus datos y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestra base de datos.

PERSONAL DE CONTACTO EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES: En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse con la Dra. Ilse García Arciga, Investigador Responsable al teléfono 44 , con el Dr. Carlos Sánchez Anguiano al teléfono 436 , con la Dra. Anel Gómez García al teléfono 43,ext 3131. Otro contacto es el Secretario del Comité de Ética en Investigación 16038 EEMF María José Viveros Blancas con sede en el Hospital General de zona No.8, Uruapan, Michoacán ubicado en Calzada Benito Juárez S/N en Uruapan, Michoacán, CP 60050 al teléfono 452,

Personal de contacto para dudas sobre sus derechos como participante en un estudio de

investigación. Si Usted tiene dudas o preguntas sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: comisión de Ética de Investigación de la comisión Nacional de Investigación Científica del IMSS: Av. Cuauhtémoc 330 4º Piso bloque “B” de la Unidad de Congresos.

Col. Doctores. México, D.F., CP 06720. Tel. (55) 56276900 Ext 21230 o si así lo prefiere al correo electrónico comisión.etica@imss.gob.mx

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO: Se me ha explicado con claridad en qué consiste este estudio, además he leído (o alguien me ha leído) el contenido de este formato de consentimiento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción y se me ha dado una copia de este formato.

Al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe.

**Nombre y Firma del participante
obtiene el**

**Nombre y firma de quien

consentimiento informado**

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, Dirección, Relación y firma

Nombre, Dirección, Relación y Firma

ANEXO 5. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Hospital General de Zona con Medicina Familiar

No.2 Zacapu Michoacán

ESTUDIO: *“Prevalencia de sobrecarga del cuidador primario en terapia renal sustitutiva en el hospital general de zona con medicina familiar No.2 Zacapu”*

Investigador responsable: Dra . Ilse Garcia Arciga

No de

Folio_____

Edad:	Estado	Número de
_____	Civil	hijos
_____	_____	_____

Tipo de	Tipo de	Ocupación
cuidador	familia	
_____	_____	_____

Talla	Peso	IMC
_____	_____	_____

TA _____

Tiempo de cuidador	Parentesco
_____	_____
Horas de cuidad día	

ANEXO 6. INSTRUMENTO DE ESTUDIO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Hospital General de Zona con Medicina Familiar
No.2 Zacapu ,Michoacán

Test sobre la carga del cuidador (Zarit y Zarit)

A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

Puntuación:

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

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

Total: