



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

**TESIS: PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

TITULO:

Síndrome de Sobrecarga en los Cuidadores Primarios de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) del Hospital General de Zona No. 8. IMSS. Gilberto Flores Izquierdo, en el periodo Marzo 2008- Febrero 2009.

PRESENTA:

DR. VALDEZ GAONA JESUS



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DRA. ALTAMIRANO GARCIA BEATRIZ

**COORD. CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD HGZ/
UMF NO 8. “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

DRA. MORONES ZUÑIGA DANEA

COORDINADORA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

**DR. GILBERTO AMARO JARAMILLO
MEDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA**

TUTOR DE TESIS

**DR. EDUARDO LARA TREJO
COORD. CLINICO EDUC. MEDICO EN SALUD UMF NO. 140**

ASESOR CLINICO DE TESIS

**DRA. DAMKEN ROBLES GUADALUPE ALMA RUTH
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR UMF NO. 140**

REVISOR DE TESIS

**DR. ROBERTO FELIPE DE LA FUENTE RODRIGUEZ
JEFE DE SALUD MENTAL UMF NO. 22**

REVISOR DE TESIS

AGRADECIMIENTOS:

A Dios por permitirme experimentar el milagro de la vida

A mis padres, por sembrar en mí la semilla de la sensibilidad y la comprensión, por su cariño, amor y por enseñarme que debemos tener la fortaleza de continuar hacia adelante no importando las circunstancias que la vida nos presenta.

A mi esposa, por su apoyo, cariño, respeto y colaboración, en todo momento. Por compartir las alegrías, las penas y por siempre tener palabras de aliento.

A mis hermanos por siempre darme su apoyo y cariño.

A mis profesores por su amistad, respeto y por su enseñanza en todo este proceso.

A todas aquellas personas que de alguna manera hayan contribuido con mi formación.

Muchas gracias...

Indice

Resumen	6
1. Marco Teórico y Antecedentes científicos	13
2. Justificación	22
3. Planteamiento del Problema	23
4. Variables	24
5. Hipótesis	27
6. Objetivos del Estudio	27
7. Material y Métodos	
7.1. Universo de trabajo	28
7.2. Población	28
7.3. Tipo de estudio	29
7.4. Diseño estadístico y aspectos estadísticos	30
8. Método de recolección de datos	30
9. Consideraciones éticas	31
10. Resultados	32
11. Conclusiones	59
12. Discusión y recomendaciones	60
13. Cronograma	61
14. Bibliografía	64
15. Anexo	66

Summary

The Mexican family is a relatively solid, tie unit with the social structure through the labor, educative, cultural institutions or of health, which, constitutes the networks familiar support. In the same way, the family becomes the network of support for each of her members. On the one hand, by means of the adaptation, cohesion, rules, etc. On the other hand, by means of mechanisms of positive or negative feedback, in order to maintain the homeostasis of the system.

This way, the family works like a living organism and of the interaction with its parts, she will stay healthy or ill. Derivative of this premise a member of the family can appear like the manifestation of the alteration in the familiar functionality, as a result of a series of alterations between which the “syndrome of the caretaker” is included.

This syndrome appears as a result of a constant estresante situation, that repels in the health of the primary caretaker, as a result of the feeling of exhaustion of its resources and the perception of the care of its relative like a load.

At the beginning of years 60 the concept of psychic, emotional, social or economic overload arises, that talks about the set of problems of physical order, that can experience the caretakers. In the decade of the 80, its study begins, being elaborated by Zarit and collaborator a procedure for its evaluation, known as overload test of the caretaker.

Objective

To establish the level of Syndrome of overload in the Primary Caretaker of patients with IRC in Ambulatory Continuous Peritoneal Dialysis, of the service of nefrología in HGZ/UMF 8, the period of March 2008 - February 2009.

Variables

V. Employee: Syndrome of Overload of the Primary Caretaker. Independent V.: Patients with IRC in Ambulatory Continuous Peritoneal Dialysis.

Type of study

Study descriptive, observacional nonexperimental, explanatory and cross-sectional.

Place

General hospital of Zone no. 8. IMSS. "Left Gilberto Flowers". Service of Dialysis. Mexico. Federal district.

Population.

It will be realised in Primary Caretakers of the patients with IRC identified in the program of Ambulatory Peritoneal Dialyses, of the service of Nefrología, that wish to participate.

Instrument of evaluation

Sensitivity will be applied to the Scale of Overload of the Caretaker of Zarit (: 93% Specificity: 80%).

Statistical design

The statistic was realised around of the program Excel Office Windows XP.

Justification.

The primary caretaker develops in atmosphere of constant stress, which repels in its health and the patient. In our means an incidence of 6% is considered, nevertheless, this syndrome is subdiagnosed, partly by the ignorance of this or lack of use of instruments for its recognition. Dice to the high incidence of patients with IRC in DPCA that they require of third parties for his treatment, will run the following study to determine the syndrome of overload in the primary caretakers of patients with IRC in DPCA.

Results

In our investigation we found the Syndrome of Overload of the Caretaker in 63.53%. In relation to in overload degree, we found 36,47 without overload evidence; 41.18 with slight overload and 22,35 with intense overload.

Conclusions

. In view of the obtained results, the analysis and the interpretation of the same in coincidence with the theoretical frame, this investigation secures the general mission that it is to identify the level of overload in the Primary Caretaker of patients with IRC in Ambulatory Continuous Peritoneal Dialysis, of the service of nefrología in HGZ/UMF 8, in the period of March 2008 - February 2009, which corroborates the presence of Overload of the caretaker in the population, reason why the null hypothesis affirms.

Key words: Primary caretaker. Syndrome of overload. IRC. DPCA

Resumen:

La familia mexicana es una unidad relativamente sólida, vinculada con la estructura social a través de las instituciones laborales, educativas, culturales o de salud, las cuales, constituyen las redes apoyo familiar.

Del mismo modo, la familia se convierte en la red de apoyo para cada de sus miembros, interactuando entre si, mediante mecanismos la adaptación, cohesión, reglas, y de retroalimentación positiva o negativa, con la finalidad de mantener la homeostasis del sistema.

De esta manera, la familia funciona como un organismo viviente y de la interacción con sus partes, se mantendrá sano o enfermo. Derivado de esta premisa un miembro de la familia puede presentarse como la manifestación de la alteración en la funcionalidad familiar, como resultado de una serie de alteraciones entre las que se incluye el “síndrome del cuidador”.

Este síndrome se presenta como resultado de una situación estresante constante, que repercute en la salud del cuidador primario, como consecuencia del sentimiento de agotamiento de sus recursos y la percepción del cuidado de su familiar como una carga.

A principios de los años 60 surge el concepto de sobrecarga, que se refiere al conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que pueden experimentar los cuidadores.

En la década del 80, comienza su estudio, elaborándose por Zarit y colaboradores un procedimiento para su evaluación, conocido como test de sobrecarga del cuidador.

Objetivo

Establecer el nivel de Síndrome de sobrecarga en el Cuidador Primario de pacientes con IRC en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, del servicio de nefrología en el HGZ/UMF 8, en el periodo de Marzo 2008- Febrero 2009.

Variables

V. Dependiente: Síndrome de Sobrecarga del Cuidador Primario.

V. Independiente: Pacientes con IRC en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria.

Tipo de estudio

Estudio no probabilístico en cuotas, observacional, descriptivo, explicativo y transversal.

Lugar

Hospital General de Zona No. 8. IMSS. "Gilberto Flores Izquierdo". Servicio de Diálisis. México. Distrito Federal.

Población.

Cuidadores Primarios de los pacientes con IRC identificados en el programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria, del servicio de Nefrología, que deseen participar.

Instrumento de evaluación

Se aplicó la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (Sensibilidad: 93% Especificidad: 80%).

Diseño estadístico

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa Excel Office Windows XP.

Justificación.

El cuidador primario se desenvuelve en ambiente de estrés constante, lo que repercute en su salud y en el paciente. En nuestro medio se estima una incidencia del 6%, sin embargo, este síndrome se encuentra subdiagnosticado, en parte por el desconocimiento de este o la falta de utilización de instrumentos para su reconocimiento. Dado a la alta incidencia de pacientes con IRC en DPCA que requieren de terceros para su tratamiento, se correrá el siguiente estudio para determinar el síndrome de sobrecarga en los cuidadores primarios de pacientes con IRC en DPCA.

Resultados.

En nuestra investigación encontramos el Síndrome de Sobrecarga del Cuidador en un 63.53%. En relación al grado de sobrecarga, encontramos un 36.47 sin evidencia de sobrecarga; 41.18 con sobrecarga leve y 22.35 con sobrecarga intensa.

Conclusiones.

A la vista de los resultados obtenidos, el análisis y la interpretación de los mismos en coincidencia con el marco teórico, esta investigación consigue el objetivo general que es identificar el nivel de sobrecarga en el Cuidador Primario de pacientes con IRC en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, del servicio de nefrología en el HGZ/UMF 8, en el periodo de Marzo 2008- Febrero 2009, el cual corrobora la presencia de Sobrecarga del cuidador en la población, por lo que se afirma la hipótesis nula.

Palabras Claves: Cuidador primario. Síndrome de sobrecarga. IRC. DPCA.

1. Marco teórico

La familia mexicana es una unidad relativamente sólida y dependiente de la estructura social global. De esta última recibe sus características propias, así como de valores fundamentales, de modo que la modificación y la variedad macro estructural por lo general determinan el tipo y el cambio de la vida familiar. A partir de este concepto, el estereotipo derivado hace referencia a una familia mexicana unida a través de lazos de parentesco que, por adscripción, representan la relación social básica del individuo. La mayoría de las veces, los lazos de parentesco son aquellos que ligan a la familia nuclear con la familia extensa, es decir, con abuelos, tíos, primos, compadres e incluso otras personas aun menos cercanas a la familia nuclear(1)

Para Salvador Minuchin, la familia determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y el exterior del sistema familiar enfrentando continuas exigencias de cambios, las cuales deberá atender mediante la transformación o creación de nuevas pautas de interacción., delineando su rango de comportamiento y facilitando sus transacciones. Una vez que la familia es percibida como un sistema interraccional puede ser constituida por un conjunto de seres humanos que se comunican entre si, con objeto de definir la naturaleza de la relación a través de reglas. Estas definen quien participa con quien, además de cómo lo hacen, y son conocidas como límites y fronteras. Por lo común los miembros de la familia se encuentran vinculados con instituciones laborales, educativas o sociales, conformando las redes de apoyo. De esta forma se entiende a la familia como “cualquier red social compuesta como aquellas personas significativas en el contexto del paciente enfermo” (2-3)

Los cambios organizacionales que hay en la familia ante la enfermedad en el paciente, resulta en la dependencia, formando una alianza estrecha con el y posiblemente sea, la única persona con la cual el enfermo mantenga estrecha relación. El paciente puede depender de manera total de su cuidador, el cual a su vez, podrá sentirse abrumado ante las responsabilidades que implican el cuidar a un enfermo, no solo desde el punto de vista físico, sino también del emotivo. Quien brinda las atenciones puede verse agobiado ante el hecho de que deberá

cumplir con sus responsabilidades de trabajo, así como con sus responsabilidades en el hogar, al mismo tiempo de adquirir un trabajo de tiempo completo en el cuidado del paciente por otra parte, acrecerá de tiempo libre para disfrutarlo y emplearlo.(4)

El termino de cuidador se utiliza para designar a la persona que cuida a un paciente, cualquiera sea su situación profesional o social y se emplea en forma indistinta para hombres y mujeres. Por definición, el cuidador es la persona que da asistencia y cuidados al enfermo, en especial en la asistencia de los aspectos humanitarios, por ello, el cuidador puede ser cualquier miembro de la familia o alguna persona ajena a esta.

El proveedor de cuidado puede ser por voluntad propia o por personas contratadas para a realización del mismo, de allí, que puede decirse que existen dos tipos de cuidadores o tipos de cuidados; 1- Cuidador Formal, el que ejecuta un profesional quien oferta un servicio para el cual esta preparado, recibiendo remuneración económica; 2- Cuidador informal, el cual es un familiar, vecino o amigo de la persona dependiente, motivado por un componente emocional y por el que no recibe remuneración alguna. No recibe pago, lo que repercute en la calidad de vida del cuidador, pues tiene que dejar sus propias necesidades para dedicarse al cuidado del adulto mayor enfermo, influyendo directamente el grado de integración familiar, el desgaste económico fisco, psicológico y social, lo que lo lleva al colapso.. (6)

Las acciones directas están dirigidas al auxilio en el baño diario, vigilancia de las evacuaciones, cuidados de catares, administración de medicamentos, monitoreo de los signos vitales, traslado a consultorios, centro hospitalarios, información veraz al personal medico, etc. Las acciones indirectas se refieren al manejo del área de servicio como, cocinar, limpiar, comprar pronto, manutención monetaria, etc., es decir, cuidar pudiera entenderse como la ejecución de una serie de áreas que acarrear gastos económicos psíquicos y físicos. (7)

El cuidador se desenvuelve observando las normas que dicta la familia, el enfermo y el médico. Con el devenir pierde su propio tiempo, la energía y la autoestima, y por ello transforma sus tareas personales, físicas, intelectuales, de recreo o placenteras y cuando la afección somato-psíquica es mayor, y el miembro de la familia que funciona como cuidador es importante para el estado emocional, económico, se destruye un los roles de cada miembro, y se devasta la familia (8)

En nuestra medio el cuidado familiar recae, principalmente en las mujeres: la madre, la hija, la nieta, etc. A la mujer se le ha impuesto el rol de cuidadora ya que ideológicamente parece natural y esta relación dificulta el solicitar ayuda por un factor de prestigio que provoca fatiga en el cuidador y por lo tanto abandono del enfermo, además la población vulnerable se margina al considerarse una carga.(7)

El conjunto de individuos que mantienen contacto social con la familia a través de su desarrollo pueden brindar apoyo o ayuda para solucionar sus conflictos, organizándose con el apoyo de “ su red” para solventar los cuidados de un miembro enfermo (Velasco), mediante recursos como cohesión, adaptación, normas, valores conductas para afrontar tensiones, auxilio médico, etc., y cuando se expone a momentos críticos que implican perturbaciones, se echan a andar mecanismo de retroalimentación para mantener la homeostasis o propician cambios, por ejemplo la presencia de enfermedades en uno de sus miembros, por lo general aparece la disposición de uno de los miembros como cuidador directo siendo este el que presente como el portador de la sintomatología con resultado de la alteración en la dinámica familiar, que si no se supera de modo satisfactorio, se puede desarrollar una serie de alteraciones entre las que se incluye el síndrome del cuidador, esto puede explicarse en parte con la teoría de la totalidad, según la cual, la familia funciona como un organismo viviente y de su interacción con sus partes se mantendrá sano o enfermo.(7) Derivado de esta premisa un miembro de la familia puede presentarse como la manifestación de la alteración en la funcionalidad familiar.(3)

El Síndrome del cuidador se refiere al conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que pueden experimentar los cuidadores

de adultos incapacitados. Situación estresante con peligro de desbordar y agotar los recursos y repercutir en la salud física del cuidador, su estado de ánimo y en la modificación de los umbrales de percepción del sufrimiento y el dolor del enfermo a su cuidado. El colapso surge como consecuencia de ese gran estrés del cuidador, el cual deteriora su salud, cada día mayor grado de dependencia y con la un gran desconocimiento de la enfermedad, viviendo el cuidado como una carga, siendo difícil medirla, algunos han propuesto escalas de medición del colapso, enfocados a detectar el momento en que la carga del cuidador sobrepasa la capacidad y recursos del mismo. La ansiedad, la depresión, la disfunción familiar alteran la capacidad de respuesta inmune y aumentan la probabilidad de aparecer diversas enfermedades, este síndrome se ha asociado con la ansiedad y maltrato del paciente. (4)

La pérdida de independencia en el enfermo es generador de problemas de salud en el binomio paciente-cuidador , ya que cuanto más apoyo requiere el enfermo existe mayor posibilidad que el cuidador se agote, además del propio estrés el mismo resultante del cambio de vida que tiene por cuidar al paciente y más aun si se designa por sorpresa al cuidador, alterando así su ritmo de vida habitual, forzando a la familia a un cambio en el funcionamiento interno tanto en las tareas establecidas como en los roles ya que adquiere nuevas responsabilidades lo que repercute también en el cuidado del enfermo, se centra la atención en el, y se descuida el trabajo de los familiares hasta el abandono del mismo, con la consecuente repercusión económica que junto con los gastos originados por la enfermedad rebasan con creces el presupuesto familiar. Además representa en alto el impacto emocional que afecta los propios intereses del cuidador, sacrifica la atención del enfermo, muchas veces ocasionando depresión, fatiga, incremento de estrés con sentimiento de miedo a perder el control o la dignidad. (5-6)

A principio de los años 60 surge el concepto de sobrecarga, que se refiere al conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que pueden experimentar los cuidadores de adultos incapacitados.

Es en la década de los 80`s cuando comienza su estudio de este padecimiento, elaborándose por Zarit y colaboradores un procedimiento para su evaluación, conocido como test de sobrecarga o escala de Zarit. (4,12-13)

En México, se estima una incidencia del 6% para el 2003, de acuerdo a los estudios realizados por servicio de Geriátría del Hospital General de México. (4)

En un estudio realizado en Cuba el 2006, se encontraron cambios progresivos tanto físicos como psíquicos con el paso del tiempo en los cuidadores primarios (10)

Evolución del Síndrome de Sobrecarga del Cuidador a través del tiempo		
Menos de 1 año	1 a 5 años	Más de 5 años
Físicos <ul style="list-style-type: none"> • Dolores óseos • Síntomas digestivos 	Físicos <ul style="list-style-type: none"> • Cansancio • Artralgia • Síntomas digestivos • Cefalea 	Físicos <ul style="list-style-type: none"> • Síntomas digestivos • Cansancio • Cefalea • Artralgia • Trastornos cardiovasculares
Psíquicos <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Depresión • Insomnio • Dificultades de relación 	Psíquicos <ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones del sueño • Irritabilidad • Depresión • Ansiedad • Sensación de culpa • Aislamiento • Soledad 	Psíquicos <ul style="list-style-type: none"> Alteraciones del sueño • Irritabilidad • Depresión • Ansiedad • Sensación de culpa • Aislamiento • Soledad • Pérdida de independencia • Pérdida de motivación • Dificultad en la Concentración

En las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) es donde más se evidencia la relación entre lo biológico y lo social, vinculadas al estilo de vida que las personas asumen, lo que muchas veces facilita el padecimiento, entre las que destaca la Insuficiencia Renal Crónica (13-14).

El enfermo portador de IRC experimenta alteraciones biológicas, psicológicas sociales y familiares importantes: en el plano psicológico la enfermedad impacta sobre imagen y estima del paciente, quien al verse obligado a depender del cuidado de familiares o personal especializado y haber modificación de su estilo de vida, puede asumir desde una conducta pesimista y fatalista hasta una conducta agresiva o francamente psicopatológica pasando por periodos de distimia y depresión; condición que tiene repercusión importante sobre las relaciones que establece con familiares, compañeros de trabajo y personal de salud.(9)

En el plano familiar la genera un alto grado de estrés, estructuralmente existe una modificación sobre las jerarquías, territorios, límites, alianzas y coaliciones establecidas por la familia. Las pautas de interacción y las funciones establecidas entre sus miembros también se modifican a causa de que el enfermo adquiere la centralidad familiar, cuando este es uno de los padres, alguno de los hijos asume sus funciones, adquiriendo como ganancia secundaria la emancipación de las reglas familiares y la adquisición de mayor jerarquía con respecto al resto de sus hermanos, cuando el enfermo es uno de los hijos, sucede de alguna manera una situación parecida, pues al dedicarse cualquiera de los padres al cuidado del hijo enfermo, alguno de los otros hijos realiza funciones familiares del padre cuidador(11). Con el tiempo y el tratamiento costoso, el cuidador termina siendo un miembro periférico del sistema familiar, apareciendo conductas disfuncionales dentro de otros miembros de la familia., presentando disfunción familiar en un 20%, de acuerdo a lo reportado por Azcarate-García en el 2006, en la UMF No. 94 del IMSS.(1,8)

La IRC se define como una disminución de la función renal, expresada por un filtrado glomerular (FG) o por un aclaramiento de creatinina estimados < 60 ml/min/1,73 m², También se puede definir como la presencia de daño renal persistente durante al menos 3 meses, secundario a la reducción lenta, progresiva e irreversible del número de nefronas con el consecuente síndrome clínico derivado de la incapacidad renal para llevar a cabo funciones depurativas, excretoras, reguladoras y endocrino-metabólicas.(14)

No todos los países cuentan con registros confiables acerca de la epidemiología de la IRC. Por lo mismo, la incidencia y prevalencia detectadas tienen tasas con amplias variaciones. Entre los registros más completos como el de los Estados Unidos de Norteamérica (EUA) o Japón la incidencia es de 150 a 200 pacientes por millón de habitantes y la prevalencia está entre 1100 y 1300 pacientes por millón de habitantes⁵ con un total de 300 mil pacientes en algún tipo de tratamiento en los EUA. En contraste, en países latinoamericanos está entre 200 y 600 pacientes por millón de habitantes.^{5,6} Indudablemente, las tasas inferiores se deben a un porcentaje importante de subregistro. El caso de México ilustra claramente esta situación. En una encuesta nacional realizada en 1992 en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que es la institución sobre la cual recae la mayor parte del peso de la IRC, se detectó una prevalencia de 200 pacientes por millón de habitantes tratados con diálisis peritoneal.⁷ En cambio, en otra encuesta realizada en la misma institución sobre población abierta, arrojó una prevalencia mayor a 1000 pacientes por millón de habitantes.⁸ Esta última cifra es la más confiable y se acerca a la prevalencia de IRC detectada en población(23).

La incidencia y prevaecía de las enfermedades que condicionan daño renal varían de una región a otra, no obstante de forma global puede considerarse las siguientes: Nefropatía diabética (10-40%), Neuropatía vascular (10-25%), glomerulonefritis (15-20%), Enfermedad poliquística (3-12%) y otras causas (5-10%).(14)

El daño renal se diagnostica habitualmente mediante marcadores en vez de por una biopsia renal por lo que el diagnóstico de ERC, ya se establezca por un FG disminuido o por marcadores de daño renal, puede realizarse sin conocimiento de la causa. El principal marcador de daño renal es una excreción urinaria de albúmina o proteínas elevada. (14))La *National Kidney Foundation* ha propuesto a través de las guías de práctica clínica K/DOQI una definición y una clasificación de la ERC con los objetivos, entre otros, de aunar criterios y facilitar de forma sencilla y práctica el diagnóstico precoz de la enfermedad independientemente de la causa original.(15)

Tabla 5. Plan de actuación en los distintos estadios de enfermedad renal crónica

Estadio	Descripción	Plan de actuación
-----	Situaciones de riesgo de enfermedad renal crónica (ver Tablas 4 y 11)	Despistaje periódico de enfermedad renal crónica y manejo adecuado de cada situación de riesgo para prevenir la enfermedad renal
1	Daño renal con FG ≥ 90 ml/min/1,73 m ²	Diagnóstico y tratamiento adecuado a cada causa; tratamiento de las condiciones comórbidas; tratamiento para frenar la progresión de la enfermedad renal. Prevención cardiovascular
2	Daño renal con FG 60-89 ml/min/1,73 m ²	Igual que el anterior y estimación de la progresión de la enfermedad renal
3	FG 30-59 ml/min/1,73 m ²	Igual que el anterior y evaluación y tratamiento de las complicaciones de la enfermedad renal crónica. Prevención cardiovascular
4	FG 15-29 ml/min/1,73 m ²	Igual que el anterior y preparación, si procede, del tratamiento renal sustitutivo
5	FG < 15 ml/min/1,73 m ²	Tratamiento renal sustitutivo si procede y prevención cardiovascular

FG, filtrado glomerular.

El término insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) se ha utilizado fundamentalmente para referirse a aquella situación subsidiaria de inicio de tratamiento sustitutivo de la función renal, bien mediante diálisis o trasplante, con unas tasas de incidencia y prevalencia crecientes en las dos últimas décadas.(14)

En el año 2002, la *National Kidney Foundation* estadounidense publicó a través del proyecto K/DOQI (*Kidney Disease Outcomes Quality Initiative*) una serie de guías de práctica clínica sobre la evaluación, clasificación y estratificación de la ERC. Así se consiguió definir, clasificar en estadios y evaluar los métodos de estudio de esta patología con el fin de retrasar su aparición, prevenir complicaciones y establecer un adecuado manejo terapéutico. Esta clasificación

permite, a su vez, la detección de pacientes de riesgo para el desarrollo de la enfermedad. 16)

a) *Estadios 1 y 2:* daño renal con: FG 90 ml/min/ 1,73 y FG 60-89 ml/min/1,73 m², respectivamente.

En esta situación podemos encontrar: microalbuminuria/ proteinuria, alteración en el sedimento urinario y en las pruebas de imagen. Aproximadamente el 75% de los individuos mayores de 70 años se encuentran en este estadio. La función renal global es suficiente para mantener al paciente asintomático, debido a la función adaptativa de las nefronas (7). El correcto plan de actuación en ambos estadios radica en el diagnóstico precoz y en el inicio de medidas preventivas con el fin de evitar la progresión.

b) *Estadio 3:* FG 30-59 ml/min/1,73 m². Puede acompañarse de las siguientes alteraciones: aumento de urea y creatinina en sangre, alteraciones clínicas (hipertensión, anemia), alteraciones de laboratorio (hiperlipidemia, hiperuricemia), alteraciones leves del metabolismo fosfo-cálcico y disminución de la capacidad de concentración urinaria (poliuria/nicturia).

La IRC, estadios 2-3, aumenta con la edad, siendo la prevalencia mayor en mujeres con una tendencia de aparición en edades medias, persistiendo en edades mayores de 65 años. Con el método Cockcroft-Gault, casi la mitad de las mujeres mayores de 65 años tienen una ERC estadio 3 frente a un tercio de los varones (8). Una vez alcanzado el estadio 3, comienzan a aparecer signos clínicos que demuestran la vulnerabilidad renal. La totalidad de los pacientes deben someterse a una valoración nefrológica global, con el fin de recibir tratamiento específico preventivo y detectar complicaciones.

c) *Estadio 4:* FG 15-29 ml/min/1,73 m². En este estadio se produce una intensificación de alteraciones clínicas: anemia intensa refractaria, hipertensión acentuada, trastornos digestivos, circulatorios y neurológicos. Puede haber acidosis metabólica, alteraciones moderadas del metabolismo fosfo-cálcico y prurito. Se conserva, no obstante, la excreción adecuada de potasio. En dicho estadio además de la instauración de terapéutica específica se hace

indispensable la valoración de la instauración de una preparación para el tratamiento renal sustitutivo.

d) Estadio 5: $FG < 15 \text{ ml/min/1,73 m}^2$. Cursa con osteodistrofia renal y trastornos endocrinos y dermatológicos sobreañadidos a las alteraciones previas.

Dicho estadio corresponde al síndrome urémico, en el que además de las medidas previas es obligada la valoración del inicio del tratamiento renal sustitutivo: diálisis —peritoneal/hemodiálisis— o trasplante renal. Es conocido que los pacientes pertenecientes al estadio 5 no reciben una atención adecuada en estadios anteriores, y que en un alto porcentaje son remitidos tardíamente a los servicios de nefrología desde los centros de Atención Primaria y especializada. Entre los motivos destacan: edad avanzada, severa comorbilidad, ausencia de síntomas, factores económicos y un diagnóstico tardío (18)

Tratamiento sustitutivo renal: basado en la diálisis, bajo cualquiera de sus modalidades, o en el trasplante renal.

a) Diálisis: se define como un tratamiento sustitutivo, que cumple como principal función la de la depuración a nivel renal. La inclusión de un paciente en un programa de diálisis se debe individualizar en función de las condiciones clínicas, físicas, mentales y sociales del mismo. Actualmente, según comisiones de expertos, influenciado a su vez por los avances tecnológicos, no existe contraindicación alguna para desestimar este tipo de tratamiento únicamente por cuestiones de edad.(19)

En un informe de la U. S. Renal Data System del año 1999 se publica que en el año 1997, en Estados Unidos, la mitad de los pacientes sometidos a tratamiento dializante crónico tenían 65 años o más. Estos resultados son debidos al incremento en las derivaciones de este tipo de pacientes hacia la diálisis y a la aceptación voluntaria del tratamiento; influye, a su vez, un aumento en las tasas de supervivencia a otra serie de patologías, como la cardiopatía isquémica, diabetes, etc., que incrementan las posibilidades de desarrollo de una IRCT. (20)

Actualmente existen dos modalidades de diálisis: diálisis peritoneal y hemodiálisis.

La elección de una u otra depende de los deseos del paciente, de su estado clínico, de la experiencia del profesional que la prescribe y de los recursos disponibles. Ningún método ofrece ventajas en la tasa de supervivencia cuando se comparan factores de riesgo similares.

— *Diálisis peritoneal*: depuración a través de la membrana peritoneal natural. Se trata de un tratamiento domiciliario, realizado por el propio enfermo tras un período de adiestramiento.

- DPCA: diálisis peritoneal continua ambulatoria.

Técnica manual, que utiliza una solución dializante que se infunde en la cavidad peritoneal; transcurridas seis-ocho horas se drena impregnada de toxinas urémicas.

- DPA: diálisis peritoneal automatizada.

Se utiliza una cicladora para la infusión dializante y posterior drenaje. Habitualmente se realiza por la noche. Destacan como complicaciones en el anciano, una mayor incidencia de peritonitis, diverticulitis, aparición de hernias, fugas de líquido dialítico y lumbalgias por la postura lordótica artificial adquirida.

— *Hemodiálisis*: tratamiento depurativo, realizado a través de un acceso vascular (catéter o fístula), con dirección hacia un circuito extracorpóreo y membrana artificial donde se produce la diálisis con regreso de la sangre una vez depurada, a través del acceso, al organismo. (21)

2. Justificación

El cuidador primario se desenvuelve en ambiente de estrés constante, lo que repercute en su salud y en el paciente. En nuestro medio se estima una incidencia del 6%, sin embargo, este síndrome se encuentra subdiagnosticado, en parte por el desconocimiento de este o la falta de utilización de instrumentos para su reconocimiento. Dado a la alta incidencia de pacientes con IRC en DPCA que requieren de terceros para su tratamiento,

En relación al síndrome de cuidador en pacientes con IRC, los estudios de familia son escasos, de manera que se cuenta con muy pocas referencias bibliográficas sobre su repercusión en el estado de salud de dichos enfermos y viceversa; situación que viene dada por la falta de visión científica y el empeño de realizar un trabajo serio, que trascienda su utilidad práctica y aporte las herramientas teóricas para la atención e intervención de los afectados.

Por tal motivo se correrá el siguiente estudio para determinar el síndrome de sobrecarga en los cuidadores primarios de pacientes con IRC en DPCA.

3. Planteamiento del problema

En las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) es donde más se evidencia la relación entre lo biológico y lo social, vinculadas al estilo de vida que las personas asumen, lo que muchas veces facilita el padecimiento. Existe en el mundo un estimado de que el 60% de las personas son portadoras de ECNT. Entre las primeras causas de ECNT se encuentra la Insuficiencia Renal Crónica (IRC).

En su fase terminal (IRCT) es indispensable la presencia del cuidador primario para auxiliar en el tratamiento sustitutivo mediante la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA), el cual a su vez, podrá sentirse abrumado ante las responsabilidades que implican el cuidar a un enfermo, no solo desde el punto de vista físico, sino también del emotivo, el que se presenta como el portador de la sintomatología con resultado de la alteración en la dinámica familiar, que si no se supera de modo satisfactorio, se puede desarrollar una serie de alteraciones entre las que se incluye el síndrome del cuidador.

Lamentablemente, la evaluación de la sobrecarga (Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit) no suele ser habitual, es más, cuando el cuidador primario decide acudir al médico, casi siempre lo hace con el médico general, a quien suelen escaparse los diagnósticos psicológicos, muchas veces enmascarados por los somáticos, por lo en nuestro medio suele subestimarse este síndrome.

Por lo anterior y para definir el problema de estudio se plantea el siguiente cuestionamiento:

¿Cual es el nivel de Síndrome de sobrecarga en el Cuidador Primario de los pacientes con IRC en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria en el servicio de nefrología en el HGZ/UMF 8, en el periodo de Marzo 2008- Febrero 2009?

Metodología

4. Variables

4.1. Variable Dependiente

Síndrome de Sobrecarga de cuidador primario

Definición Conceptual

Se refiere al conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que pueden experimentar los cuidadores de adultos incapacitados.

Situación estresante con peligro de desbordar y agotar los recursos y repercutir en la salud física del cuidador, su estado de ánimo y en la modificación de los umbrales de percepción del sufrimiento y el dolor del enfermo a su cuidado.

Definición operacional

Se efectuará a través de la calificación obtenida por los cuidadores con la escala de Sobrecarga de cuidador de Zatir. (1980)

4. 2. Variable Independiente

Paciente con IRC en .Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria

Definición Conceptual

Paciente con Insuficiencia Renal Crónica en fase terminal que requiere de manejo sustitutivo de la función de depuración renal, utilizando una solución dializante que se infunde en la cavidad peritoneal; transcurridas seis-ocho horas, se drena impregnada de toxinas urémicas.

2.1.2 Definición Operacional

Paciente en programa de diálisis peritoneal ambulatoria con catéter peritoneal para diálisis, permeable.

La medición de la variable es cualitativa nominal, ya que solamente se mide la presencia o la ausencia de la propiedad de la variable.

Operacionalización de Variables:

Nombre	Tipo	Escala de medición	Valores
Edad	Cuantitativa, Escalar, discreta	Edad en años	Grupos etéreos
Sexo	Cualitativa, Nominal, Dicotómica	Sexo	1. Femenino 2. Masculino
Estado civil	Cualitativa Nominal, Politómica	Estado civil	1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo 5. Unión libre
Parentesco	Cualitativa Nominal, Politómica	Grado de parentesco	1. Esposo/a 2. Hermano 3. Hermano 4. Hijo 5. Hija Otro
Tiempo de cuidador	Cuantitativa, Escalar, discreta	Tiempo en años o meses	Respuesta en cuestionario

5. Hipótesis:

Ho: Existe un elevado nivel de Síndrome de sobrecarga en el Cuidador Primario de pacientes con Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria en el servicio de nefrología en el HGZ/UMF 8, en el periodo de Marzo 2008- Febrero 2009.

Ha: Existe un bajo nivel de Síndrome de sobrecarga en el Cuidador Primario de pacientes con Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria en el servicio de nefrología en el HGZ/UMF 8, en el periodo de Marzo 2008- Febrero 2009.

6. Objetivos

6.1. Objetivo general

Identificar el nivel de sobrecarga en el Cuidador Primario de pacientes con IRC en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, del servicio de nefrología en el HGZ/UMF 8, en el periodo de Marzo 2008- Febrero 2009.

6.2. Objetivos específicos:

6.2.1. Identificar el síndrome de sobrecarga de cuidador de acuerdo a la edad del cuidador primario de pacientes con insuficiencia renal en diálisis peritoneal ambulatoria.

6.2.2. Establecer el síndrome de sobrecarga de cuidador de acuerdo al género del cuidador primario de pacientes con insuficiencia renal en diálisis peritoneal ambulatoria..

6.2.3. Determinar el síndrome de sobrecarga de cuidador de acuerdo el tiempo siendo cuidador primario de pacientes con insuficiencia renal en diálisis peritoneal ambulatoria.

6.2.4. Definir el perfil del cuidador primario de pacientes con insuficiencia renal con diálisis peritoneal ambulatoria.

7. Material y Métodos

Población

El siguiente estudio se llevara a cabo con los cuidadores primarios de los pacientes registrados en el servicio de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, del servicio de nefrología del HGZ 8.

Universo

La población total consta de 170 cuidadores primarios de pacientes en diálisis peritoneal ambulatoria del servicio de nefrología del HGZ/ UMF No. 8, en el Distrito Federal. México.

Ubicación temporal y espacial:

La investigación se realizara en EL HGZ/UMF No. 8 .Se encuentra ubicada en Río Magdalena No. Colonia Tizapán. Delegación Álvaro Obregón. Distrito Federal. México, en el periodo Marzo del 2008 a Febrero del 2009.

Tamaño de la muestra

La muestra es no probabilística, intencional, por cuotas e incluirá a los cuidadores primarios de los pacientes registrados en el programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, del servicio de nefrología del HGZ/UMF No. 8. Gilberto Flores Izquierdo, que deseen participar en el estudio

Tipo de Investigación

Estudio no probabilístico en cuotas, transversal, observacional, descriptivo y explicativo.

Criterios de inclusión

- Cuidadores primarios de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica registrados en el programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, del servicio de nefrología del HGZ/UMF No. 8. Gilberto Flores Izquierdo, en el periodo Marzo 2008- Febrero2009.
- Que cuenten con vigencia de derecho de servicio médico en el la unidad.
- Que deseen participar en la investigación.
- Que estén en buenas condiciones físicas y mentales y aptos para responder el cuestionario.

Criterios de exclusión

- Cuidadores primarios con pacientes pediátricos con IRC
- Cuidadores primarios con pacientes con IRC sin DPCA
- Cuidadores primarios con pacientes con IRC en DPCA que no pertenezcan a el servicio de nefrología DEL HGZ/UMF no. 8.

Criterios de eliminación

- Cuidadores primarios con pacientes con IRC sin DPCA que no deseen participar.
- Cuidadores primarios con pacientes con IRC sin DPCA que no contesten por completo la escala de sobrecarga de cuidador.
- Diseño estadístico

El análisis estadístico

Se llevará acabo a través del programa Excel Office Windows XP.

8. Método de recolección

Instrumento de recolección:

Se utilizará la Escala de Sobrecarga de Zatir (Sensibilidad: 93% Especificidad: 80%).

Puntuación: cada ítem se puntúa de 1 (nunca) a 5 (casi siempre). La puntuación mínima es por lo tanto 22, y la máxima, 110:

1. No sobrecarga : 22-46
2. Sobrecarga leve: 47-55
3. Sobrecarga intensa: 56-110

Recursos Materiales

- Lápices del numero dos (25)
- Papel (cuestionarios)
- Calculadora
- Programa SPSS 15
- Computadora
- Impresora

Financiamiento

- Autofinanciamiento

Prueba Piloto

No necesaria

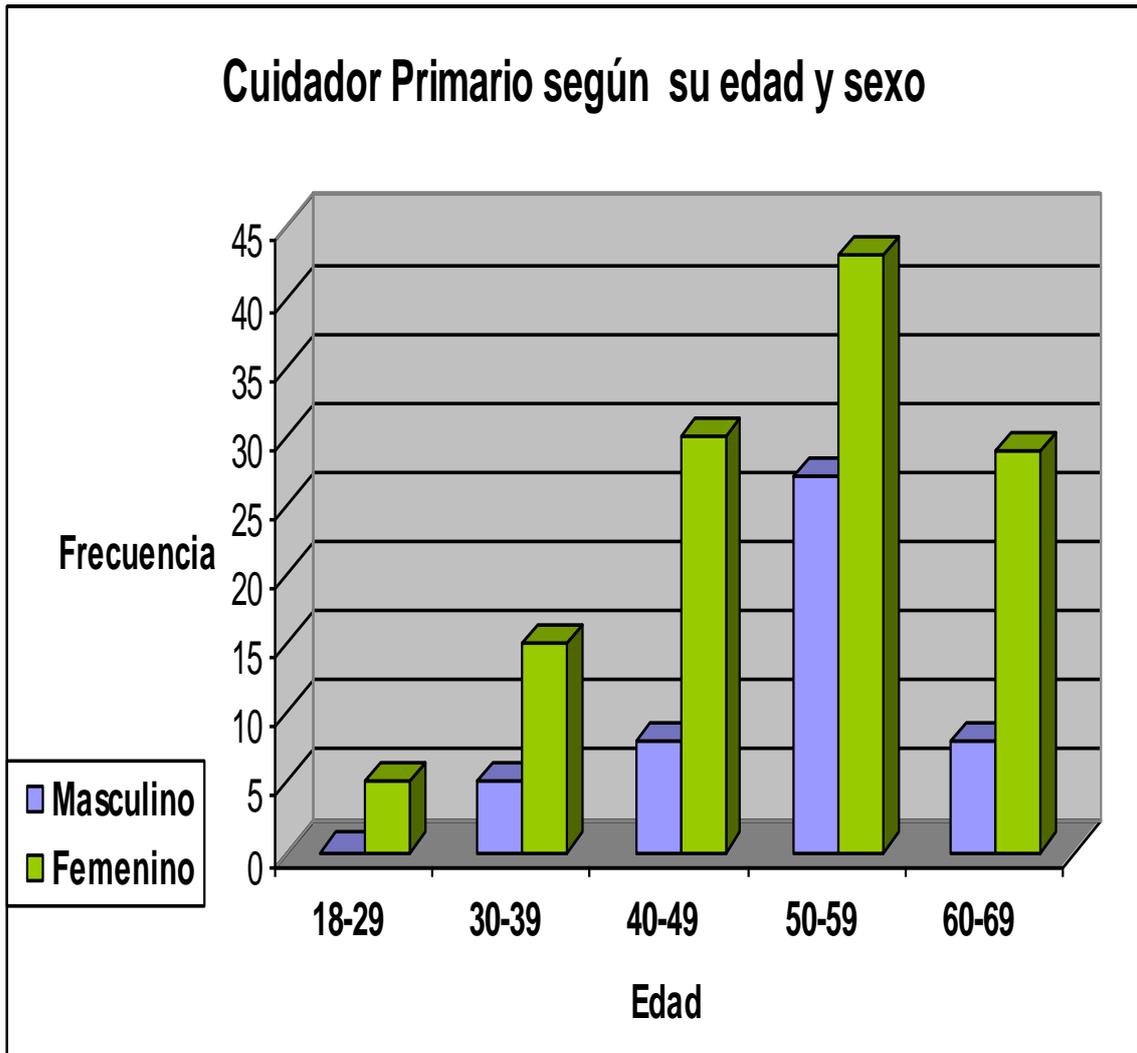
9. Consideraciones éticas:

El Presente Protocolo De Investigación No Desobedece La Declaración De Helsinki De La Asociación Médica Mundial. El Reglamento De La Ley General De Salud En Materia De Investigación Para La Salud En México. Se Integra La Carta De Consentimiento Informado Del Protocolo De Investigación.

10. Resultados:

Variable	Rango	Frecuencia	Porcentaje (%)
Edad	a. 18-29 años	5	2.94 %
	b. 30-29 años	20	11.76 %
	c. 40-49 años	38	22.35 %
	d. 50-59 años	70	41.17 %
	e. 60-69 años	37	21.76 %
Sexo	a. Masculino	48	28.23 %
	b. Femenino	122	71.76 %
Estado Civil	a. Soltero	11	6.47 %
	b. Casado	146	85.88 %
	c. Divorciado	5	2.94 %
	d. Viudo	0	0 %
	e. Unión libre	8	4.70 %
Parentesco	a. Esposo/a	108	63.53 %
	b. Hermana	5	2.94 %
	c. Hermano	1	0.58 %
	d. Hijo	7	4.11 %
	e. Hija	46	27.05 %
	f. otro	3	1.76 %
Tiempo como cuidador	a. Menos de 1 año	68	40.00 %
	b. 1-5 años	62	36.47 %
	c. Más de 5 años	40	23.53 %

Cuidador Primario de acuerdo a su edad y genero							
Edad	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	Total	%
Masculino	0	5	8	27	8	48	36.5
Femenino	5	15	30	43	29	122	63.5
Total	5	20	38	70	37	170	100%



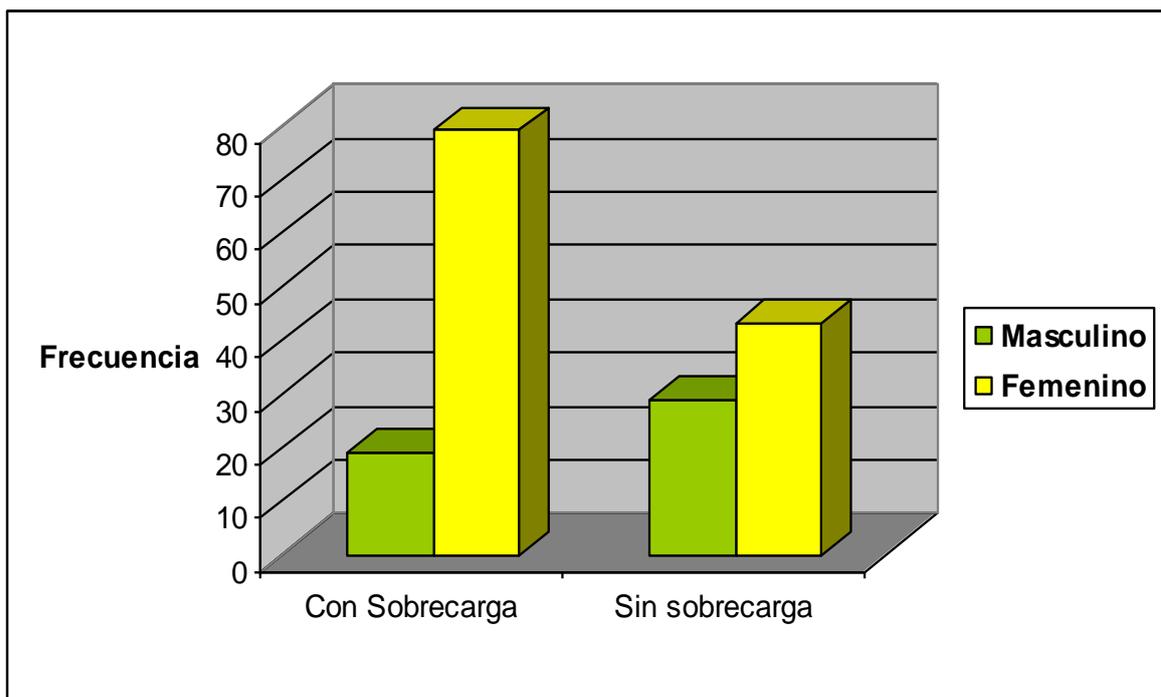
Cuidador Primario de acuerdo al tiempo de cuidador y genero							
Mujeres	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	Total	%
Menos de 1 años	3	10	16	21	8	58	27.58
1-5 años	2	3	9	10	15	39	51.72
Más de 5 años		2	5	12	6	25	20.7
Total	5	15	30	43	29	122	100%

Cuidador Primario de acuerdo al tiempo de cuidador y genero							
Hombres	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	Total	%
Menos de 1 año	0	0	2	7	1	10	12.5
1-5 años	0	3	3	12	5	23	62.5
Más de 5 años	0	2	3	8	2	15	25
Total	0	5	8	27	8	48	100%



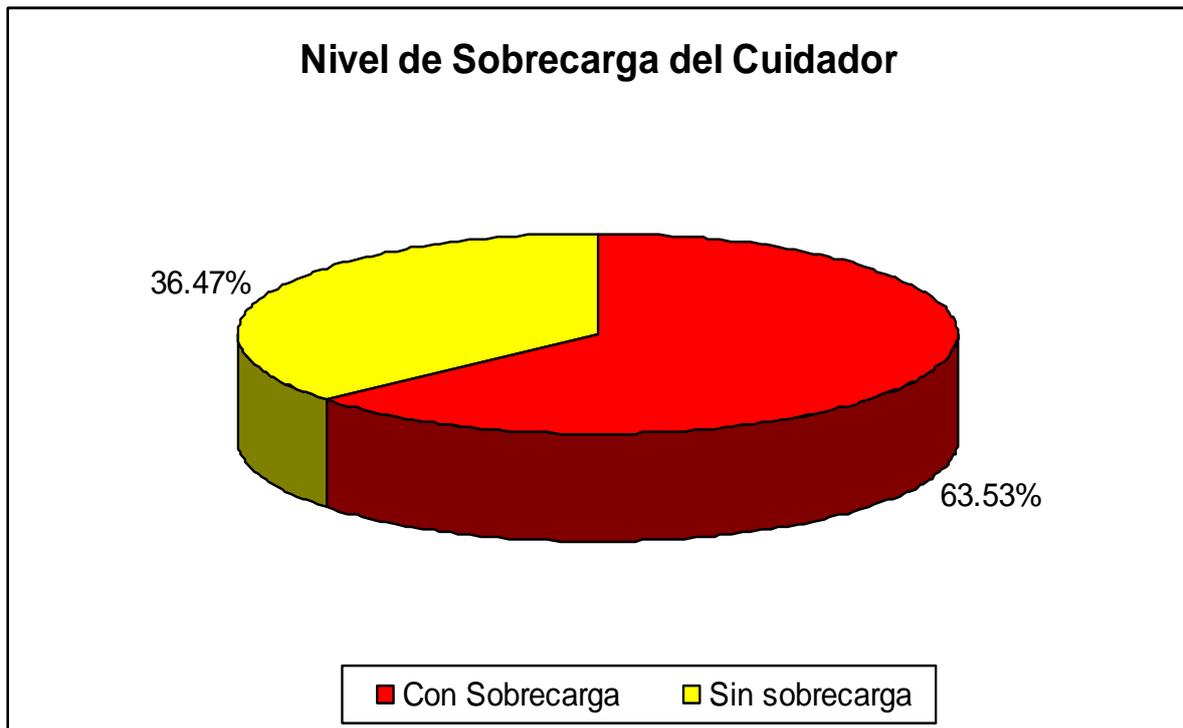
Nivel de Sobrecarga del Cuidador de acuerdo a su edad y género						
Mujeres	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	Total
Sin Sobrecarga	0	2	10	10	21	42
Sobrecarga Leve	2	5	14	25	6	52
Sobrecarga Intensa	3	8	6	8	2	27
Total	5	15	30	43	29	122

Nivel de Sobrecarga del Cuidador de acuerdo a su edad y género						
Hombres	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	Total
Sin Sobrecarga	0	2	3	12	2	19
Sobrecarga leve	0	3	3	9	3	18
Sobrecarga Intensa	0	0	2	6	3	11
Total	0	5	8	27	8	48



Nivel de Sobrecarga del Cuidador de acuerdo a su género				
	Sin Sobrecarga	Sobrecarga Leve	Sobrecarga Intensa	Total
Masculino	19	18	11	48
Femenino	43	52	27	122
Total	62	70	38	170

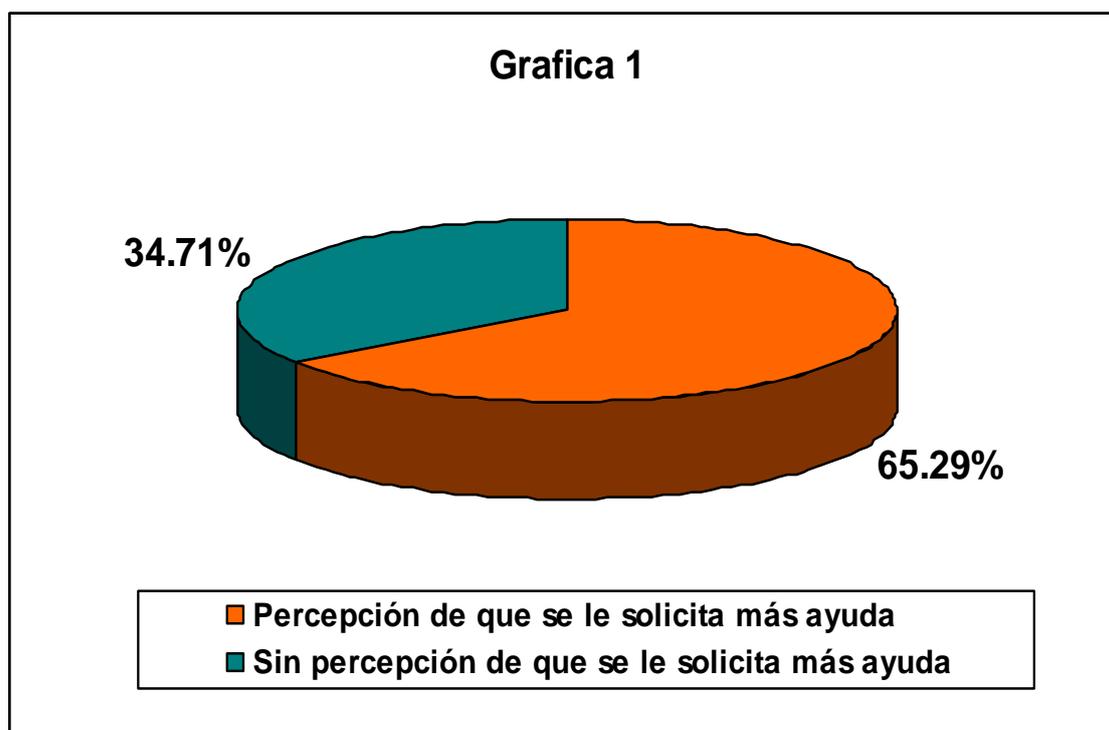
	Con Sobrecarga	Sin sobrecarga	Total
Masculino	29	19	48
Femenino	79	43	122
Total	108	62	170



La población en mayor medida declara en un 63.53% algún grado de Sobrecarga de Cuidador, en rango que va de leve a intenso, y un 36.47 no lo identifica.

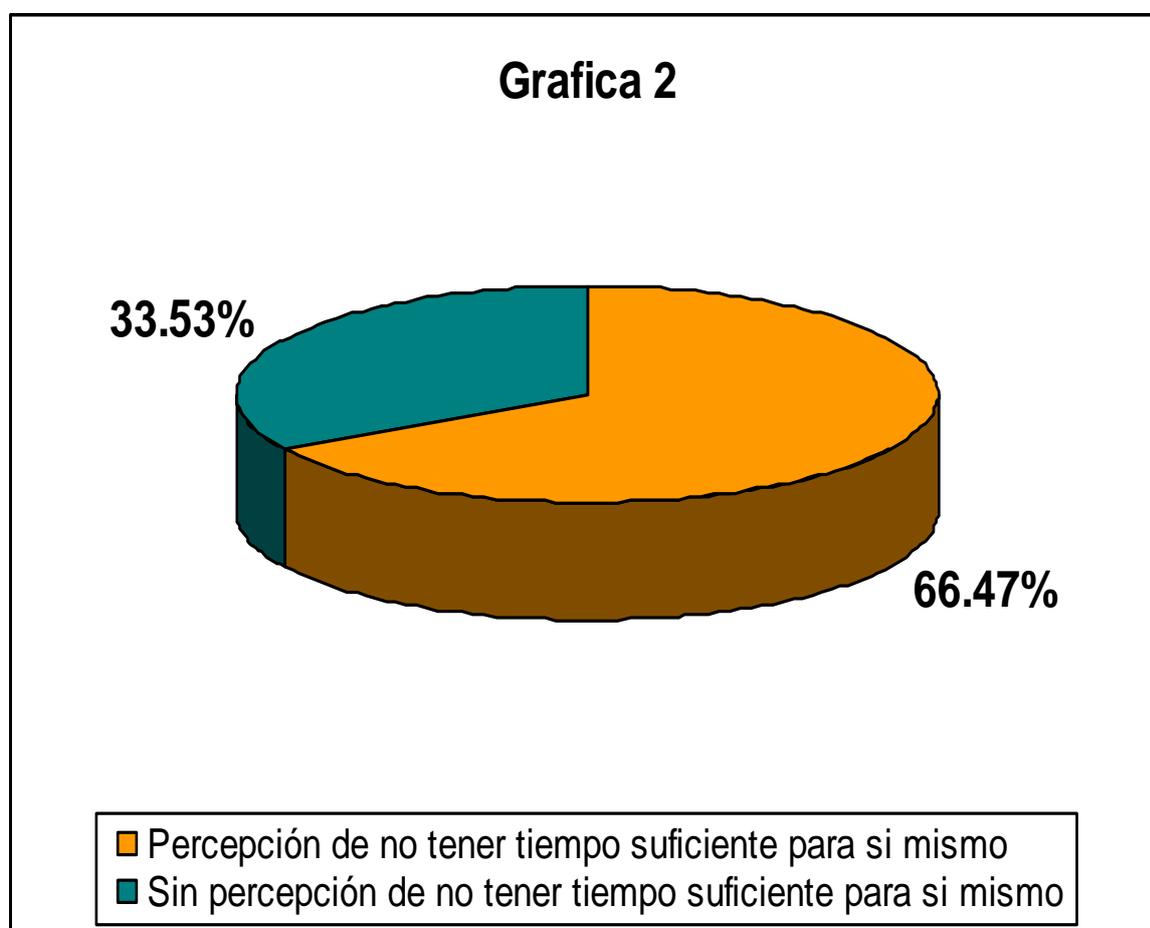
Escala de sobrecarga de Zarit

1 ¿Siente Usted que su paciente solicita más ayuda de la que realmente necesita?		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje %
Nunca	21	12.35
Casi Nunca	38	22.35
A Veces	46	27.06
Frecuentemente	45	26.47
Casi Siempre	20	11.76
Total	170	100%



La muestra declara en un 65.29 %, que el paciente solicita más ayuda de la que realmente necesita, en un rango que va desde a veces hasta casi siempre, y un 34.71%, lo percibe casi nunca o nunca esa necesidad.

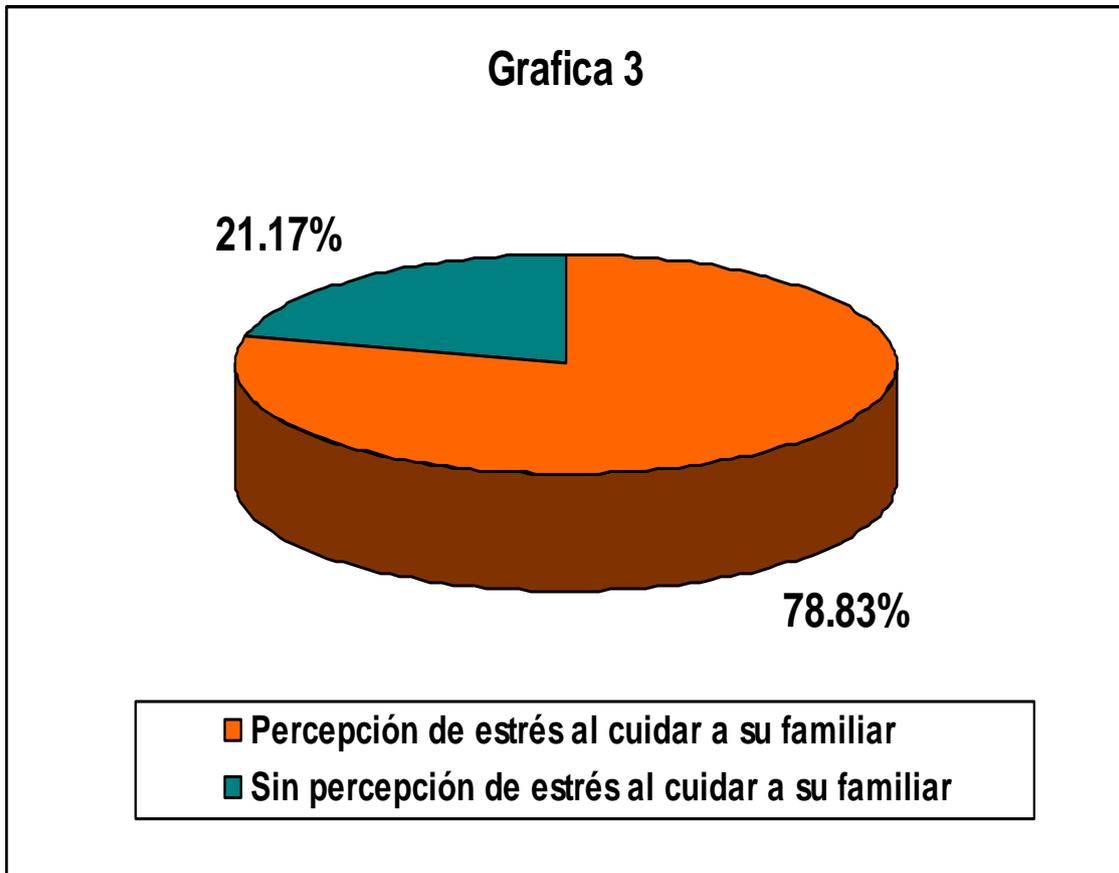
2¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar/paciente, ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo?		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje%
Nunca	17	10.00
Casi Nunca	40	23.53
A Veces	55	32.35
Frecuentemente	51	30.00
Casi Siempre	7	4.12
Total	170	100%



La muestra declara en un 66.47 %, que no tiene tiempo suficiente para si mismo, a causa del tiempo que gasta con su familiar/paciente, en un rango que va desde a veces hasta casi siempre, y un 34.71%, lo percibe casi nunca o nunca.

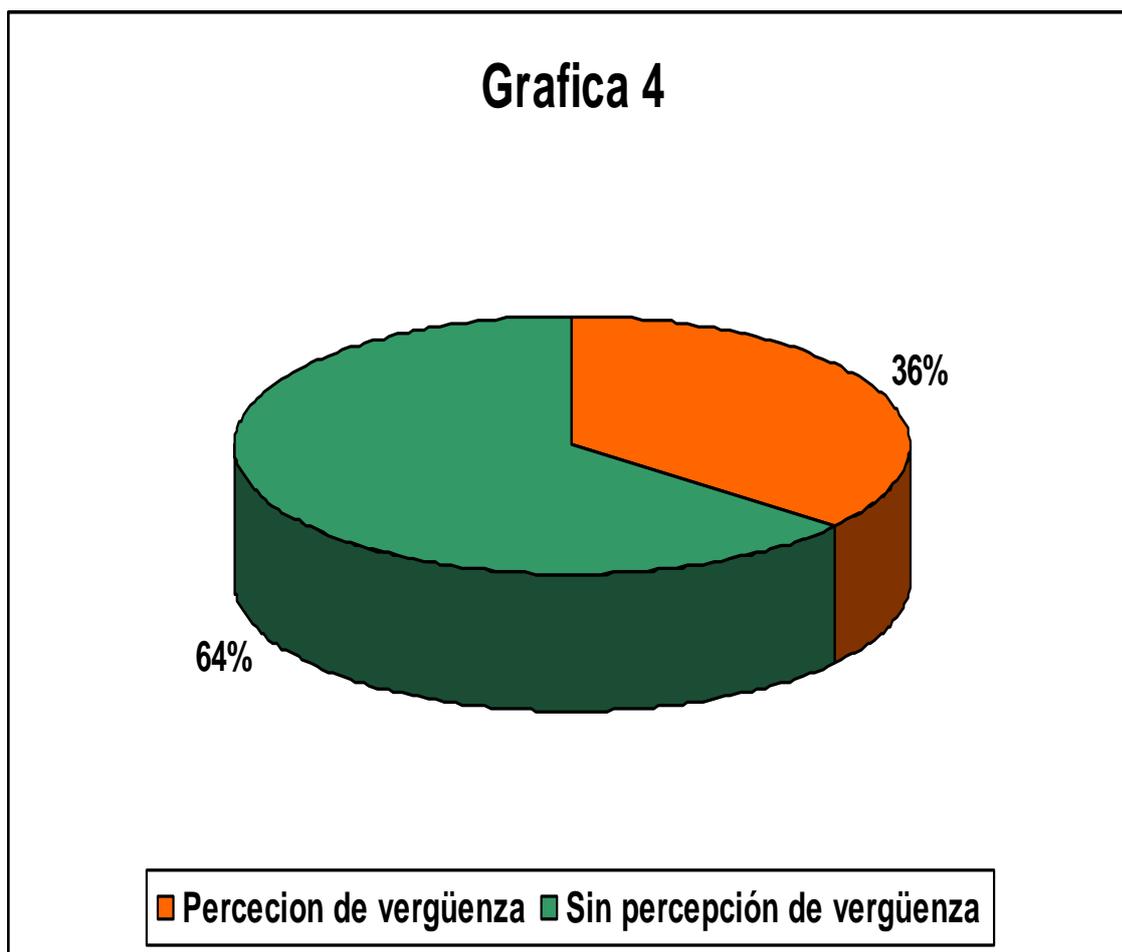
3 ¿Se siente estresada(o) al tener que cuidar a su familiar/paciente y tener además que atender otras responsabilidades?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	8	4.71
Casi Nunca	28	16.47
A Veces	64	37.65
Frecuentemente	56	32.94
Casi Siempre	14	8.24
Total	170	100%



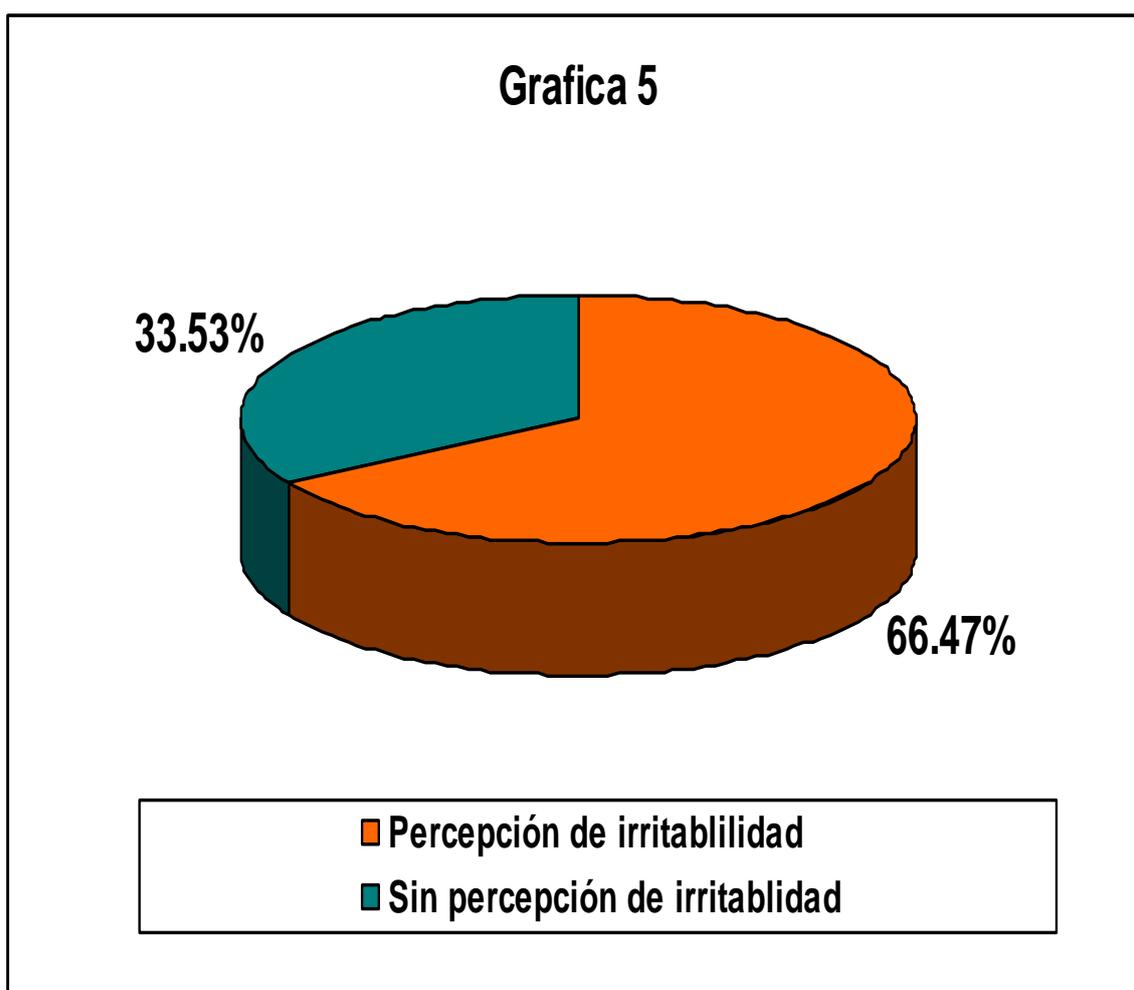
La muestra declara en un 78.83 %, sentirse estresada(o) al tener que cuidar a su familiar/paciente y tener además que atender otras responsabilidades, en un rango que va desde a veces hasta casi siempre, y un 21.17%, lo percibe casi nunca o nunca.

4 ¿Se siente avergonzada(o) por el comportamiento de su familiar/paciente?		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	34	20.00
Casi Nunca	75	44.12
A Veces	35	20.59
Frecuentemente	21	12.35
Casi Siempre	5	2.94
Total	170	100%



La muestra declara en un 64.12 %, casi nunca o nunca sentimiento de vergüenza por el comportamiento de su familiar/paciente, y un 35.88%, lo percibe en un rango que va desde a veces hasta casi siempre.

5 ¿Se siente irritada(o) cuando está cerca de su familiar/paciente?		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	18	10.59
Casi Nunca	39	22.94
A Veces	46	27.06
Frecuentemente	45	26.47
Casi Siempre	22	12.94
Total	170	100%

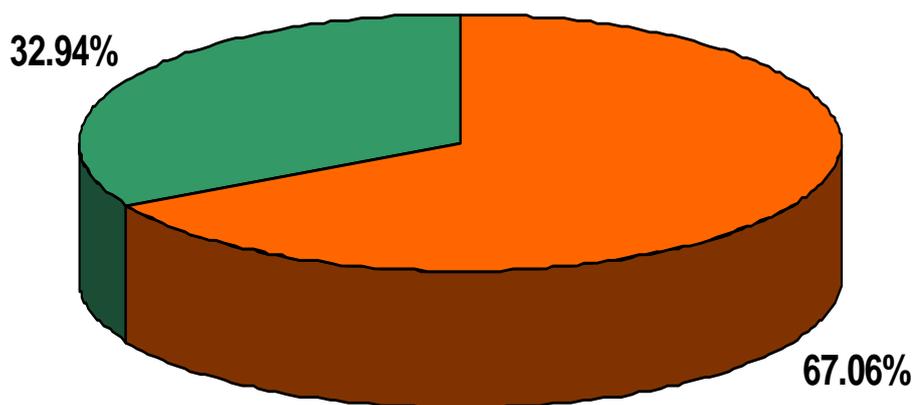


La muestra declara en un 66.47%, sentirse irritada(o) cuando está cerca de su familiar/paciente, en un rango que va desde a veces hasta casi siempre, y un 33.53, lo percibe casi nunca o nunca esa necesidad.

6 ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	16	9.41
Casi Nunca	69	23.53
A Veces	40	40.59
Frecuentemente	40	23.53
Casi Siempre	5	2.94
Total	170	100%

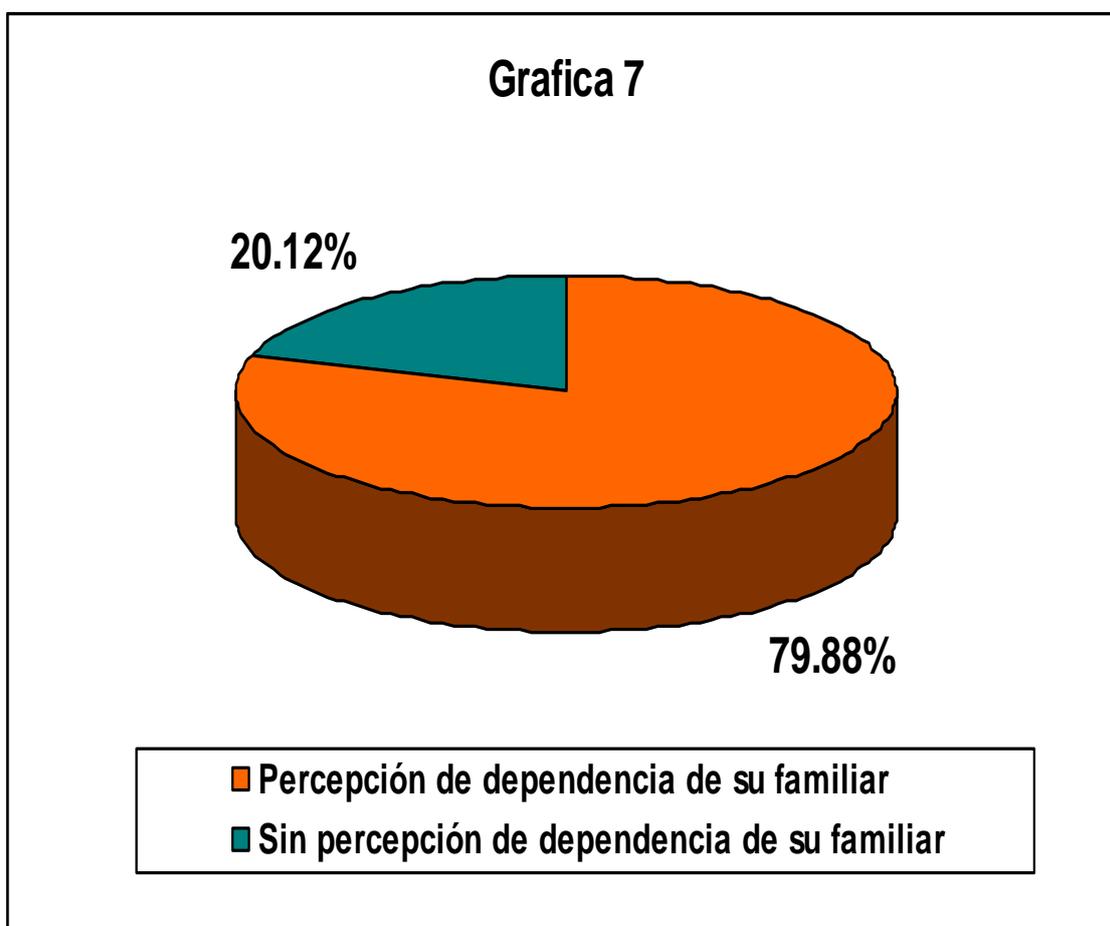
Grafica 6



■ **Percepción de afectación en sus relaciones familiares**
■ **Sin percepción de afectación en sus relaciones familiares**

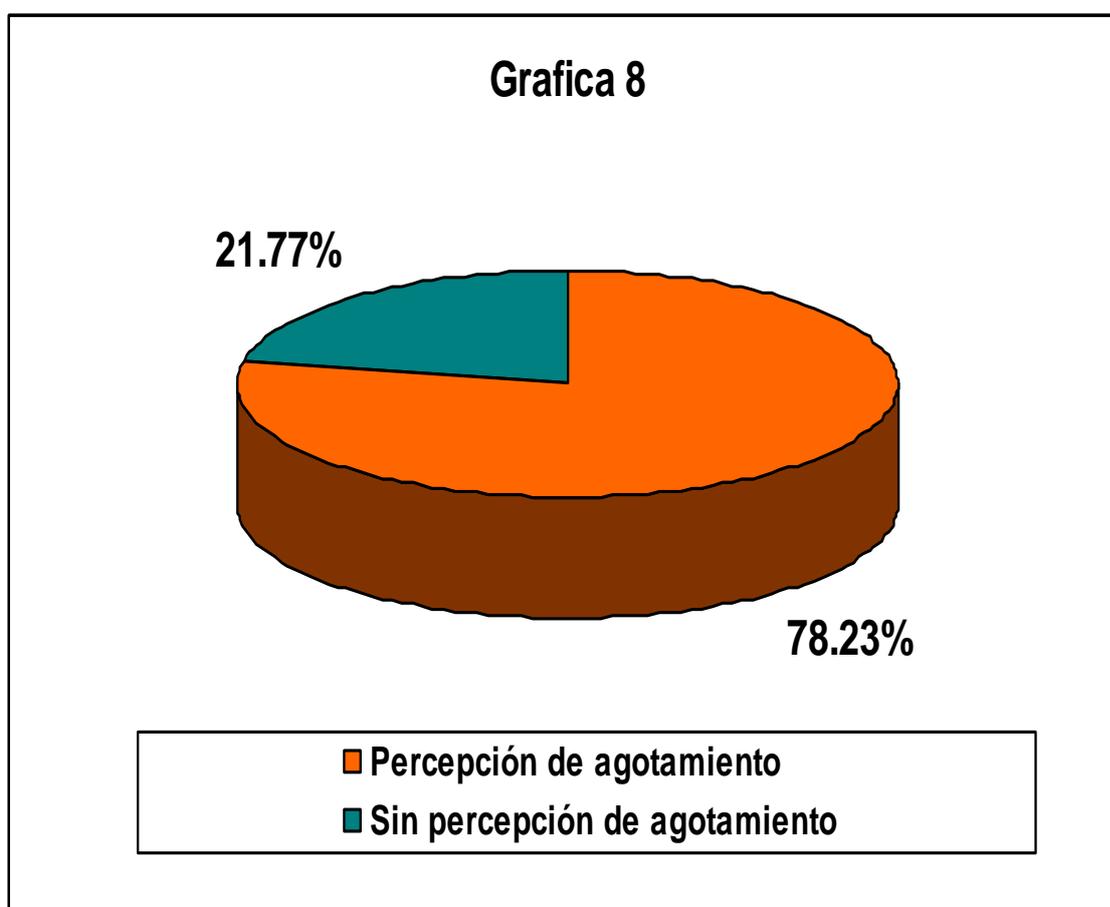
La muestra identifica en un 67.06%, que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa, en un rango que va desde a veces hasta casi siempre y en un 32.94%, declara percibir casi nunca o nunca esa situación.

7 ¿Siente que su familiar/paciente depende de Usted?		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	13	7.69
Casi Nunca	21	12.43
A Veces	56	33.14
Frecuentemente	61	36.09
Casi Siempre	18	10.65
Total	170	100%



La muestra identifica en un 79.88, sentir que su familiar/paciente depende de él, en un rango que va desde a veces hasta casi siempre y en un 20.12%, declara percibirla casi nunca o nunca

8 ¿Se siente agotada(o) cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente?		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	8	4.71
Casi Nunca	29	17.06
A Veces	63	37.06
Frecuentemente	55	32.35
Casi Siempre	15	8.82
Total	170	100%

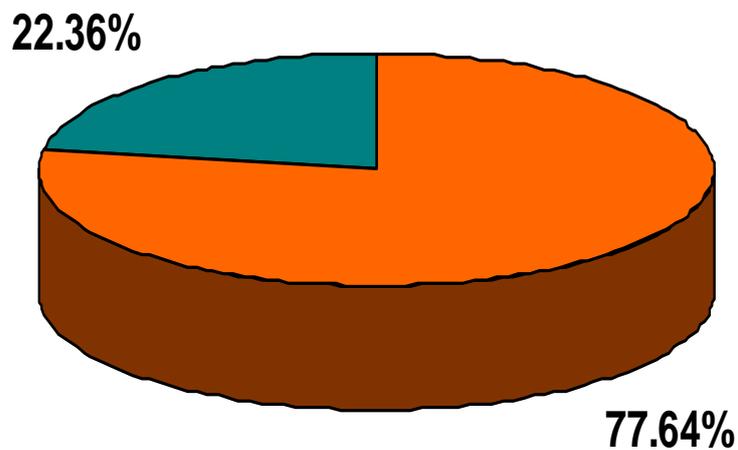


La muestra identifica en un 78.23%, sentirse agotada(o) cuando tiene que estar junto a su familiar/ paciente, en un rango que va desde a veces hasta casi siempre y en un 21.77%, declara percibirla casi nunca o nunca.

9 ¿Siente Usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	8	4.71
Casi Nunca	30	17.65
A Veces	62	36.47
Frecuentemente	60	35.29
Casi Siempre	10	5.88
Total	170	100%

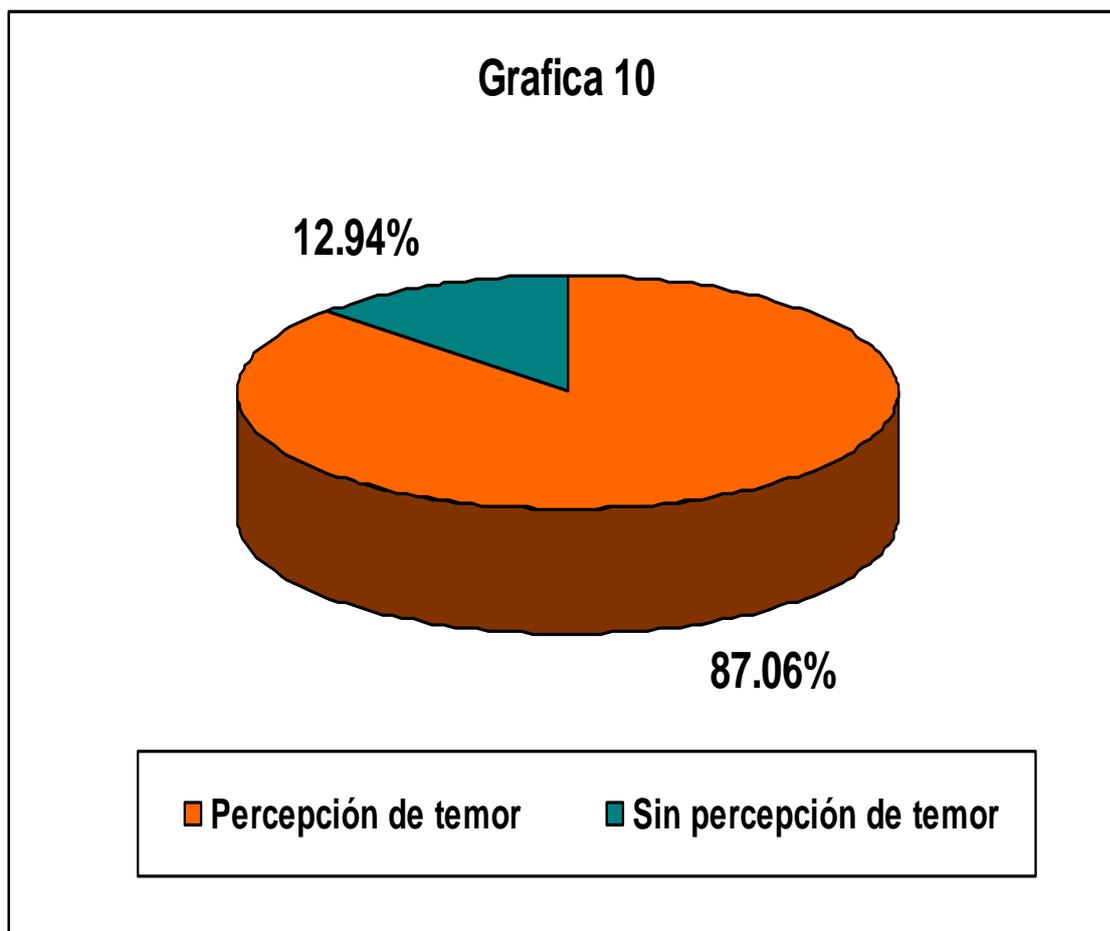
Grafica 9



- Percepción afectación de salud
- Sin percepción de afectación de salud

La muestra declara en un 77.64%, sentir que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente, en un rango que va desde a veces hasta casi siempre y en un 22.36%, declara percibirlo casi nunca o nunca.

10 ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar/paciente?		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	4	2.35
Casi Nunca	18	10.59
A Veces	81	47.65
Frecuentemente	53	31.18
Casi Siempre	14	8.24
Total	170	100%

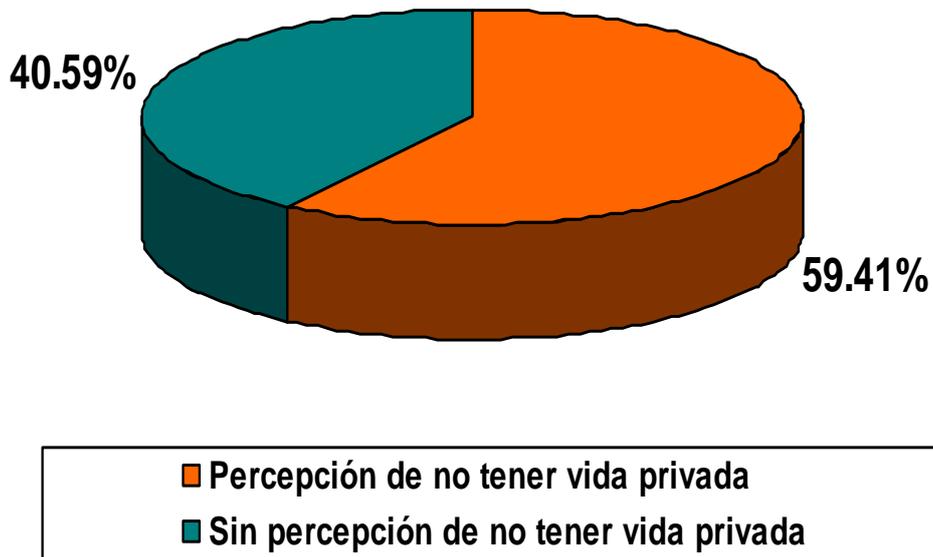


La muestra identifica en un 87.06%, sentir temor por el futuro que le espera a su familiar/paciente, en un rango que va desde a veces hasta casi siempre y en un 12.94%, declara percibirlo casi nunca o nunca.

11 ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar/paciente?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	18	10.59
Casi Nunca	51	30.00
A Veces	55	28.82
Frecuentemente	40	27.06
Casi Siempre	6	3.53
Total	170	100%

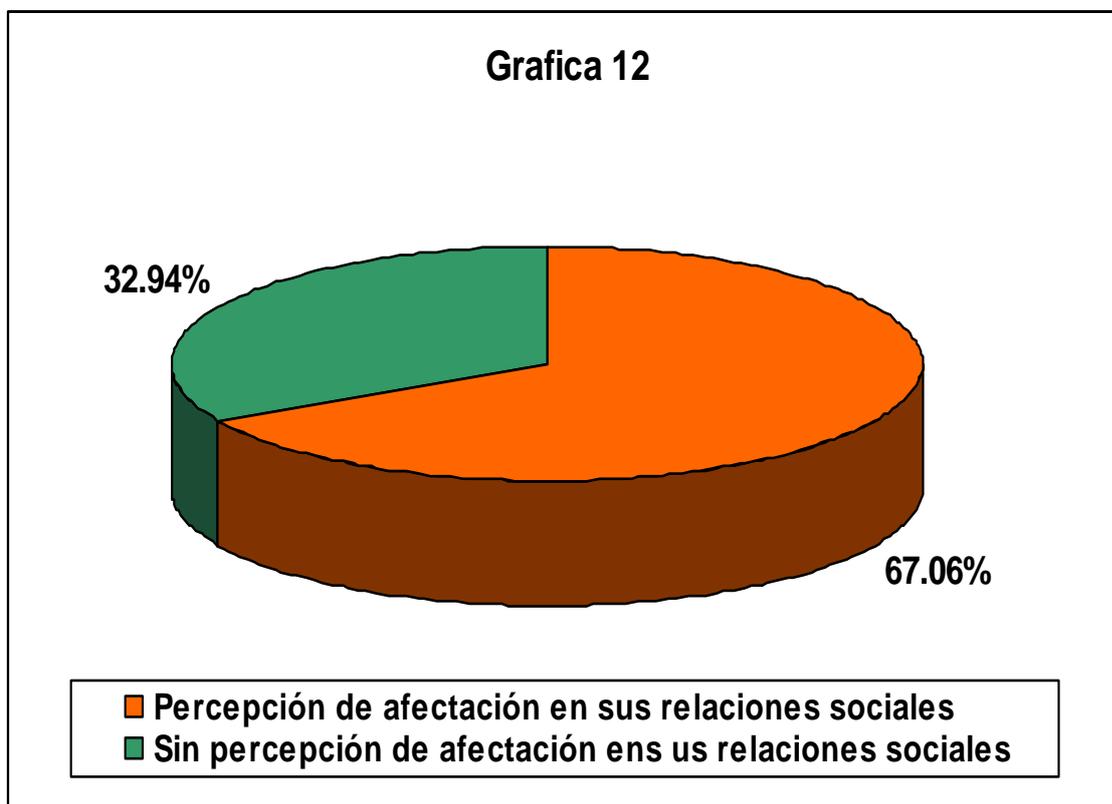
Grafica 11



La muestra identifica en un 59.41%, no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar/paciente, en un rango que va desde a veces hasta casi siempre y en un 40.59%, declara percibirlo casi nunca o nunca

12 ¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar a su familiar/paciente?

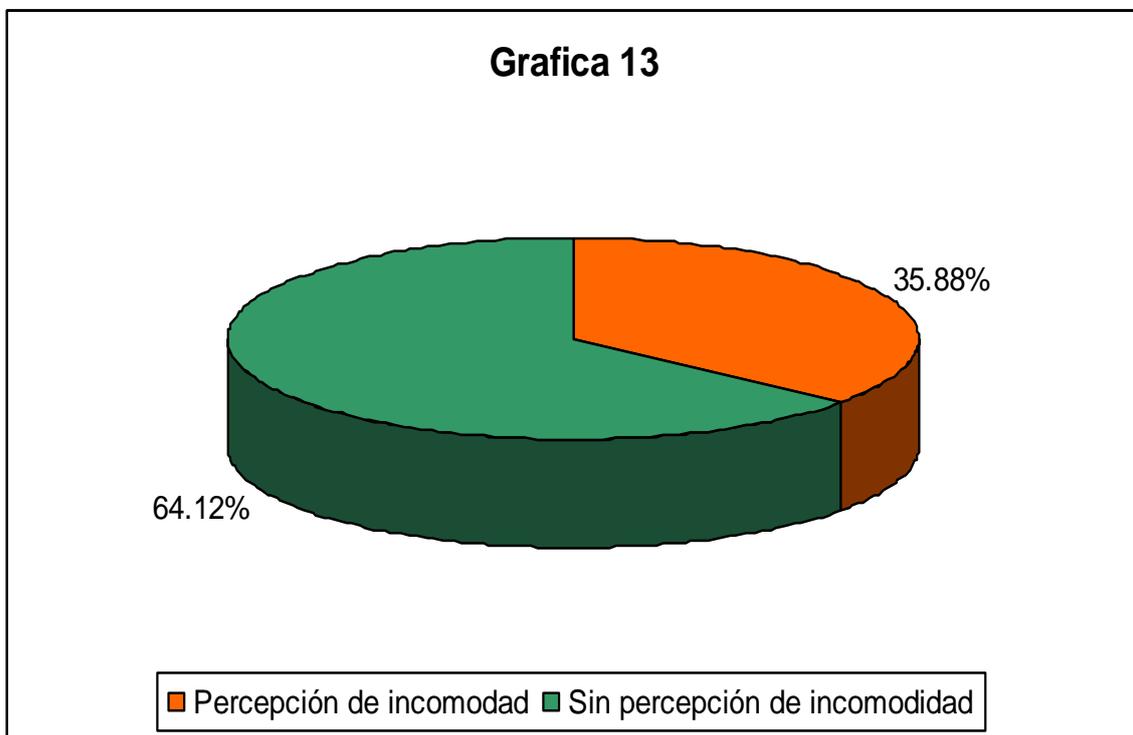
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	16	9.41
Casi Nunca	69	23.53
A Veces	40	40.59
Frecuentemente	40	23.53
Casi Siempre	5	2.94
Total	170	100%



La muestra identifica en un 67.06% que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar a su familiar/paciente, en un rango que va desde a veces hasta casi siempre y en un 32.94%, declara percibirla casi nunca

13 ¿Se siente incómoda(o) para invitar amigos a casa, a causa de su familiar/paciente?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	13	18.24
Casi Nunca	78	45.88
A Veces	32	18.82
Frecuentemente	24	14.12
Casi Siempre	5	2.94
Total	170	100%

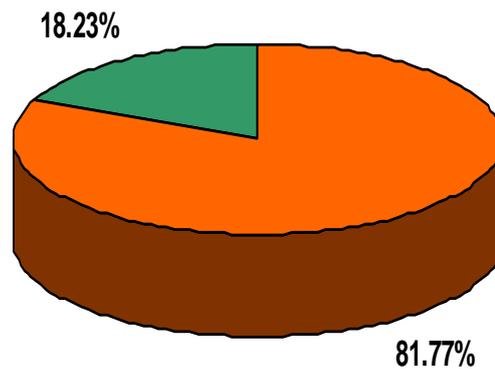


La muestra identifica en un 64.12%, sentirse incómoda para invitar amigos a casa, a causa de su familiar/paciente nunca o casi nunca, y el 35.88%, declara percibirla en un rango que va desde a veces hasta casi siempre

14 ¿Cree que su familiar/paciente espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	10	5.88
Casi Nunca	21	12.35
A Veces	68	40.00
Frecuentemente	51	30.00
Casi Siempre	20	11.76
Total	170	100%

Grafica 14



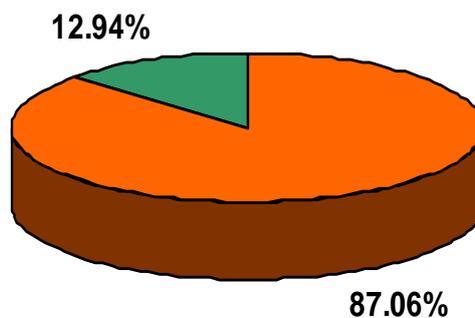
■ Percepción de que es la única persona con la que pudiera contar su familiar
■ Sin percepción de que es la única persona con la que pudiera contar su familiar

La muestra identifica en un 81.77% que su familiar percibe que es la única persona con la que pudiera contar, en un rango que va desde a veces hasta casi siempre y en un 18.23%, declara percibirlo casi nunca o nunca.

15 ¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familiar/paciente, además de sus otros gastos?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	4	2.35
Casi Nunca	18	10.59
A Veces	81	47.65
Frecuentemente	53	31.18
Casi Siempre	14	8.24
Total	170	100%

Grafica 15



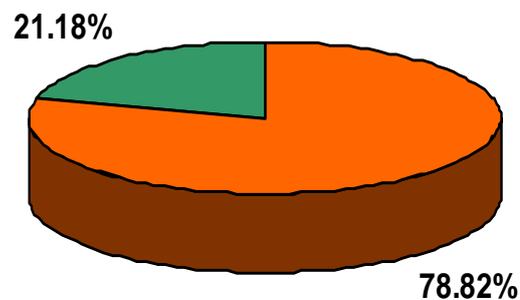
- Percepción de que no dispone de dinero suficiente
- Sin percepción de que no dispone de dinero suficiente

La muestra identifica en un 87.06%, que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar/paciente, además de sus otros gastos, en un rango que va desde a veces hasta casi siempre y en un 12.94%, lo percibe casi nunca o nunca.

16 ¿Siente que no va a ser capaz de cuidar de su familiar/paciente durante mucho más tiempo?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	8	4.71
Casi Nunca	28	16.47
A Veces	64	37.65
Frecuentemente	56	32.94
Casi Siempre	14	8.24
Total	170	100%

Grafica 16

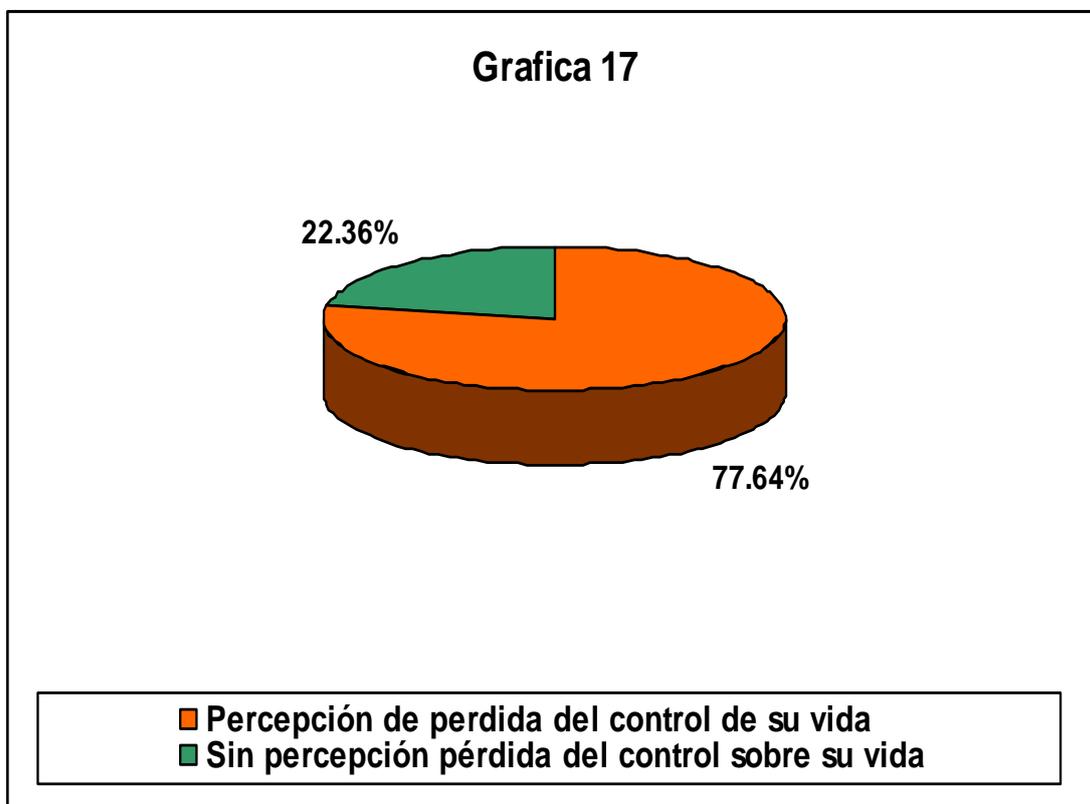


- **Percepción de incapacidad para cuidar del paciente**
- **Sin percepción de incapacidad para cuidar del paciente**

La muestra identifica en un 87.82%, la incapacidad para cuidar a su paciente durante mucho tiempo, en un rango que va desde a veces hasta casi siempre y en un 21.18% declara percibirlo casi nunca o nun

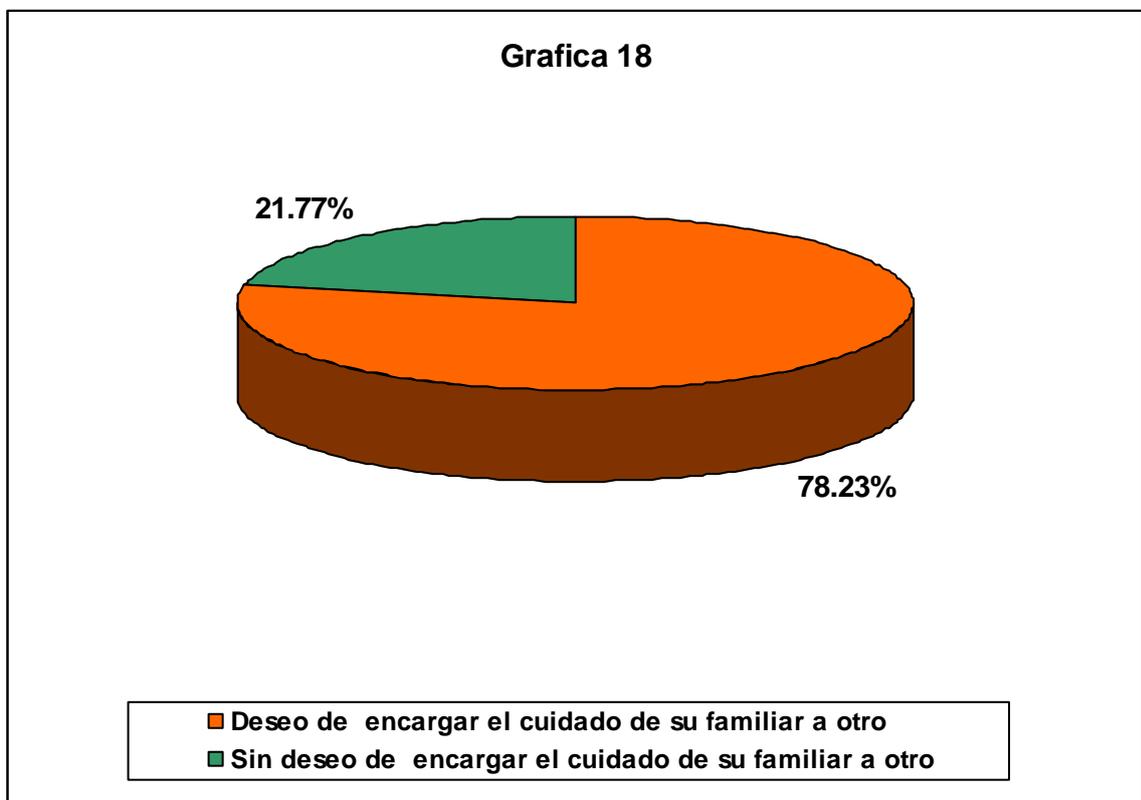
17 ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	7	4.12
Casi Nunca	31	18.24
A Veces	60	35.29
Frecuentemente	62	36.47
Casi Siempre	10	5.88
Total	170	100%



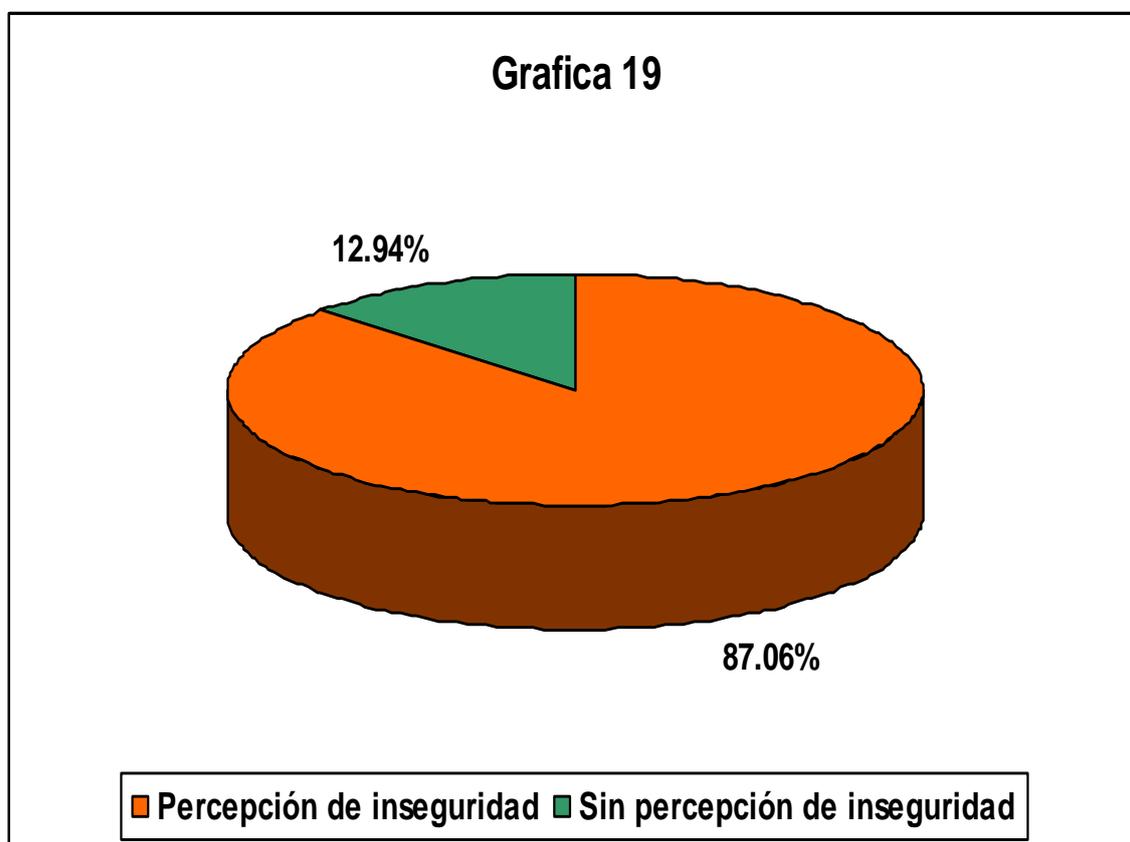
La muestra identifica en un 77.64% la pérdida del control de su vida desde que la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó, en un rango que va desde a veces hasta casi siempre y en un 22.36%, declara percibirlo casi nunca o nunca.

18 ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar/paciente a otra persona?		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	6	3.53
Casi Nunca	31	18.24
A Veces	55	32.35
Frecuentemente	63	37.06
Casi Siempre	15	8.82
Total	170	100%



La muestra identifica en un 78.23%, deseario de encargar el cuidado de su familiar a otro en un rango que va desde a veces hasta casi siempre y en 21.77% declara percibirlo casi nunca o nunca

19 ¿Se siente insegura(o) acerca de lo que debe hacer con su familiar/paciente?		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	4	2.35
Casi Nunca	18	10.59
A Veces	81	47.65
Frecuentemente	53	31.18
Casi Siempre	14	8.24
Total	170	100%



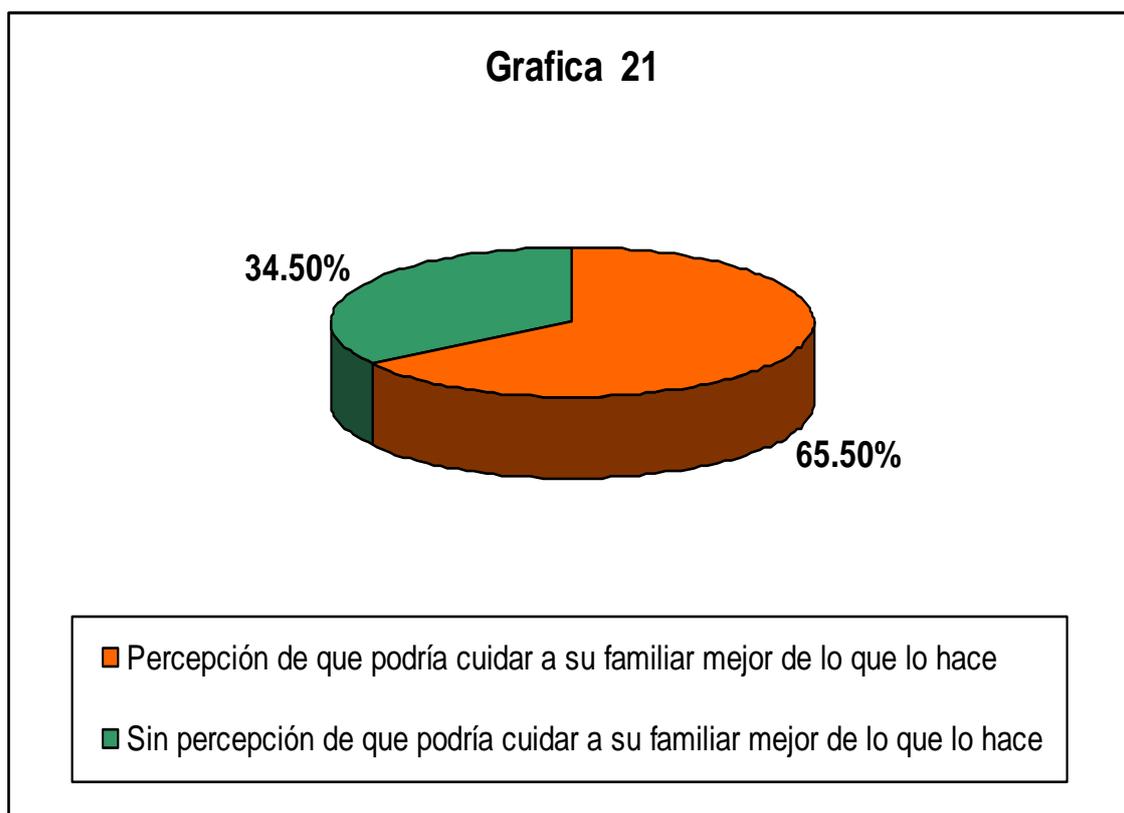
La muestra identifica en un 87.06% inseguridad acerca de lo que debe hacer con su familiar/paciente, en un rango que va desde a veces hasta casi siempre y en 12.94% declara percibirlo casi nunca o nunca

20 ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar/paciente?		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	4	2.35
Casi Nunca	18	10.59
A Veces	81	47.65
Frecuentemente	53	31.18
Casi Siempre	14	8.24
Total	170	100%



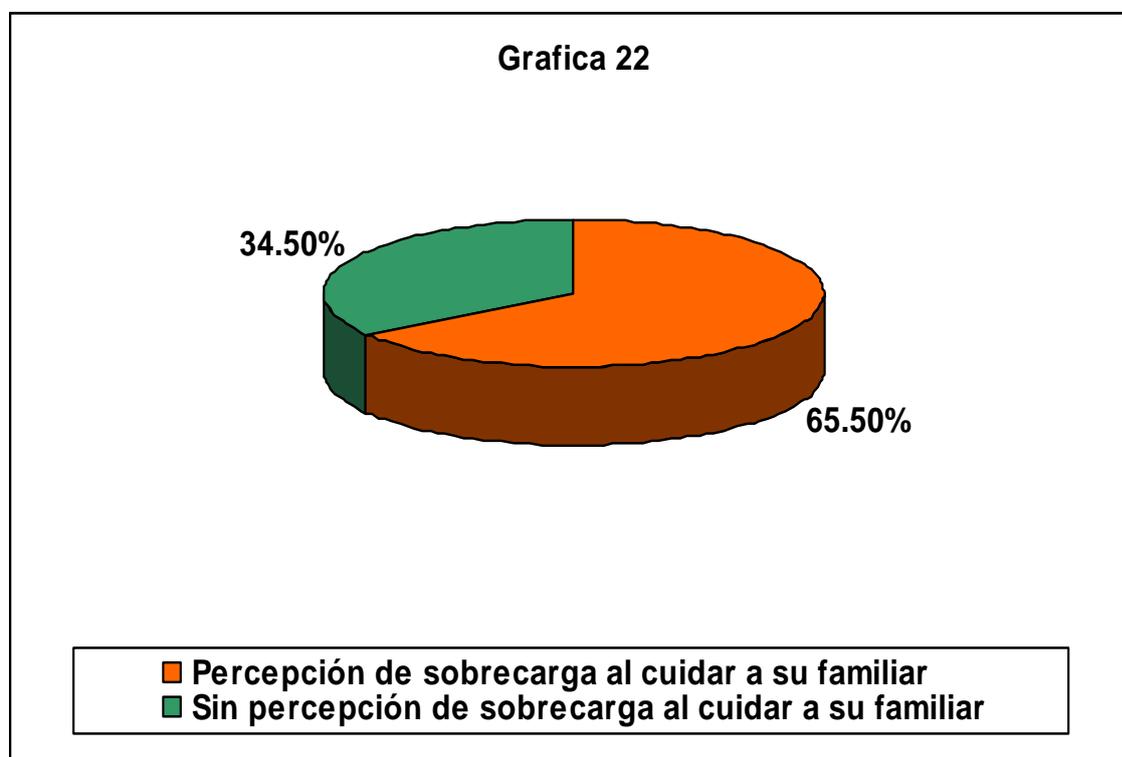
La muestra identifica en un 87.06% que debería hacer más de lo que hace por su familiar/paciente, en un rango que va desde a veces hasta casi siempre y el 12.94% declara percibirlo casi nunca o nunca.

21 ¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que lo hace?		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	21	12.28
Casi Nunca	38	22.22
A Veces	46	26.90
Frecuentemente	45	26.90
Casi Siempre	20	11.70
Total	170	100%



La muestra identifica en un 65.50% la creencia de que puede cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que lo hace, en un rango que va desde a veces hasta casi siempre y el 34.50%, declara percibirlo casi nunca o nunca.

22. En general, ¿se siente muy sobrecargada(o) al tener que cuidar de su familiar/paciente?		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	8	4.71
Casi Nunca	29	17.06
A Veces	63	37.06
Frecuentemente	55	32.35
Casi Siempre	15	8.83
Total	170	100%



La muestra identifica en un 65.50% , en general, sentirse muy sobrecargada al tener que cuidar de su familiar/paciente en un rango que va desde a veces hasta casi siempre, y el 34.50%, declara percibirlo casi nunca o nunca.

11. Conclusiones

1. Se identifico a los cuidadores de pacientes con IRC en DPCA con mayor frecuencia en mujeres, de entre los 40-59 años de edad, casadas, esposas e hijas, teniendo de 1 a 5 años como cuidador.
2. Se identificó el Síndrome de Sobrecarga en mayor medida en la población femenina.
3. Se identificó el Síndrome de Sobrecarga en mayor medida en el grupo de edad de los 40-59 años.
4. La población en mayor medida identifica que su paciente demanda más cuidados y tiempo que en realidad necesita y, por lo tanto, secuestran el tipo del cuidador (De acuerdo a la interpretación de las preguntas 1,2 y 3).
5. La población en mayor medida identifica que la sus situación actual, afecta su relación con amigos u otros miembros de la familia de forma negativa, así como sus relaciones sociales, afectando a su vida privada.(De acuerdo a la interpretación de las preguntas 6,11 y 12)
6. La población en mayor medida sentirse irritado y agotado cuando se está cerca de su familiar/paciente, y por lo tanto, provocándole sobrecarga al tener que cuidar de él. (5, 8 y 22)
7. La población en mayor medida identifica que su familiar depende de él, el cual espera que lo cuide como si fuera la única persona con que puede contar, y en consecuencia sentirse incapaz de cuidarlo durante mucho tiempo, deseando poder encargar el cuidado de su familiar a un tercero. (De acuerdo a la interpretación de las preguntas 7, 14,16 y 18)
8. La población en mayor medida identifica que ha perdido el control de su vida desde que la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó, sin disponer de dinero suficiente para cuidar de su familiar/paciente, además de sus otros gastos, por lo que presentar temor por el futuro que le espera a su familiar/paciente. (De acuerdo a la interpretación de las preguntas 10, 15 y 17).
9. La población en mayor medida percibe que debería hacer mas de lo que hace con su familiar, creyendo que podría cuidarlo mejor de lo que lo hace, provocando sentimiento de inseguridad de lo que se debería hacer. (Interpretación de las preguntas 20,21 y 19)

10. La población en mayor medida no identifica incomodidad para invitar amigos a casa, a causa de su familiar/paciente ni percibe sentirse avergonzada por el comportamiento de su familiar/paciente(De acuerdo a la interpretación de las preguntas 4 y 13).

12.1 Discusión de resultados

Los resultados encontrados se apegan a lo reportado en la literatura en el cuidador latino, el cual a pesar de estar ingresado en las políticas de globalización y a las nuevas corrientes económicas, conserva aun valores y tradiciones familiares que mantienen un ambiente tendiente a mantener una calidad de vida adecuada; sin embargo, esta transición económica genera en las grandes ciudades nuevos estilos de vida como ocurre en la ciudad de México, favoreciendo la humanización. En etapas tempranas, es difícil diagnosticar ya que utilizan recuerdos para sobrellevar el estrés del cuidado y no manifestar abiertamente la fatiga. (4)

De acuerdo a los resultados de la investigación, observamos un mayor número de cuidadores femeninos. Para Ramírez del Olmo, a la mujer se le ha impuesto el rol de cuidador ya que ideológicamente parece natural y esta relación dificulta el solicitar ayuda por un factor de prestigio que provoca fatiga en ella (1,2, 7)

Según Pérez Tullen (6), el cuidador pasa por una serie de fases, las cuales no aparecen en todos los casos, ni se dan en un orden específico:

1.-Fase de perplejidad, impotencia o ambivalencia. En nuestra investigación observamos dicho fenómeno en la mayor parte de la población con pérdida del control de su vida (77.64%) e inseguridad (87.06%),

2.-Fase de adaptación o resignación: En esta investigación encontramos que la mayor parte de la población percibe que debería hacer más por su familiar (87.06%) y sentimiento de poder cuidarlo mejor de lo que lo hace (65.50%).

3.-Fase de cansancio y soledad hasta un 87%: En nuestro estudio encontramos agotamiento (78.23%), e irritabilidad en el cuidador (66.47%), provocándole sobrecarga al tener que cuidar de él (65.50%). En esta investigación, encontramos afectación en las relaciones sociales del cuidador, con sus amigos u otros familiares (67.06), afectando su vida privada (85.41%).

Estos datos concuerdan con lo reportado por la literatura donde se reporta la repercusión social en los casos en los cuidadores primarios de pacientes crónicos recluidos en su domicilio, con repercusiones psíquicas. (5,10-11)

4.- Fase de vacío o liberación: Se presenta al fallecer el paciente.

Durante todo este proceso puede observarse la existencia intercala de fases de esperanza seguidas o precedidas por otras de desánimo. En las fases de perplejidad, culpabilidad e impotencia está claramente disminuida la capacidad para tomar decisiones. Según Ramírez del Olmo (4), el cuidador agotado, deteriora su salud con cada día, mayor grado de dependencia y por el desconocimiento de la enfermedad

Dentro de los factores que influyen sobre el síndrome del cuidador encontramos el nivel económico, cual constituye un condicionante de la intensidad de este síndrome, en nuestra investigación 87.06%, identifica no disponer de dinero suficiente para cuidar a su familiar/paciente, además de sus otros gastos(5), las barreras económicas disminuyen las oportunidades para aliviar la sobrecarga física y psíquica del cuidador familiar, lo que demuestra el fracaso, respecto la equidad, del sistema social/sanitario. Por una parte, las mujeres trabajadoras que continúan con sus labores fuera de casas mantienen, un nivel mental superior a las que abandonan el trabajo o las que no lo realizan (1,6)

En los cuidadores de pacientes con demencia se presenta afectación del estado de su salud como la depresión en un 40-95%, según el estudio de Cohen. En nuestro estudio los cuidadores primarios de pacientes con IRC en DPCA identificaron esta afectación en un 77.64%.(6).

La afectación de la vida privada en un 59.41%, y en sus relaciones sociales en un 67.06%, lo cual es similar a lo reportado por Pérez en pacientes con demencia con un 42%.(6)

En nuestra investigación encontramos el Síndrome de Sobrecarga del Cuidador en un 63.53% de la población total, en mayor medida que lo reportado Paleo

Díaz (10), a pesar de que ambos estudios, todos los cuidadores contaban con servicios de salud, lo que pudiera explicarse en parte a otras causas como pudieran ser, los factores de afrontamiento individual de las crisis familiares, más el apoyo externo o las características del pacientes, constituyen el factor determinante en el desarrollo del síndrome.

En relación al en grado de sobrecarga, encontramos un 36.47 sin evidencia de sobrecarga; 41.18 con sobrecarga leve y 22.35 con sobrecarga intensa., lo que contraste por lo reportando por Ramírez del Olmo reporta una incidencia de solo 6% (4).

En relación al sexo, encontramos el Síndrome de sobrecarga del Cuidador en el sexo femenino en un 64.75%, con una mayor frecuencia en el rango de los 40-59 años que corresponde al 43.44%. Por otra parte solo se encontró sobrecarga en el sexo masculino en un 26.85%, encontrando su mayor frecuencia entre los 50-69 años (72.41%) .(4,5 ,6 y 7)

En relación con la edad encontramos una frecuencia del cuidador en mayor medida entre los 40-59 años, lo cual corresponde al 63.52% de la población total, seguidos de los 60-69 años con un 21.76% y por ultimo el grupo de los 18-39 años con un 11.76%, con disminución en el grupo de personas de mas de 60 años, probablemente esté relacionado con el hecho de que estos individuos tienen menor carga laboral y social que los jóvenes, lo que concuerda con lo encontrado por Paleo Díaz(10)

En esta investigación encontramos que el cuidador es predominantemente de sexo femenino (71.76%) los cuales están distribuidos principalmente entre los 40-59 años de edad , lo que concuerda con lo referido por Ramírez (4) en un estudio realizado en cuidadores primarios del servicio de Geriatria del Hospital General de México.

A la vista de los resultados obtenidos, el análisis y la interpretación de los mismos en coincidencia con el marco teórico, esta investigación consigue el objetivo general que es identificar el nivel de sobrecarga en el Cuidador Primario de

pacientes con IRC en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, del servicio de nefrología en el HGZ/UMF 8, en el periodo de Marzo 2008- Febrero 2009, el cual corrobora la presencia de Sobrecarga del cuidador en la población, por lo que se afirma la hipótesis nula.

14 Bibliografía:

1. Azcarate-García E .Funcionamiento Familiar En Pacientes Integrados A Un Programa De Diálisis Peritoneal: Intermitente Y Ambulatoria. Archivos En Medicina Familiar Vol.8 (2) 97-1. 2006.
2. Rodríguez Obregón, Gabriela Disfunción Familiar En Pacientes Con Insuficiencia Renal Crónico. No. 2 Marzo-Abril. Marzo-Abril 2004 Volumen Volumen 42.
3. Santacruz Varela Javier. La Familia Como Unidad De Análisis. Rev. Med. IIMS. México.1983. 21:348.
4. Ramirez del Olmo Claudia Et al. Incidencia del colapso del cuidador en el servicio de geriatría del hospital general de Mexico. Archivo Geriatrico. Vol 6 No 2 Abril-Junio 2003.
5. C. Puig. Et Al. Los Enfermos Crónicos Recluidos En El Domicilio Y Su Repercusión En La Familiar: Una Investigación Cuantitativa. Atención Primaria. Vol. 10. Num.1. 15 Junio 1992. 40-42.
6. J.M. Perez Trullen. Et All. El Síndrome Del Cuidador En Los Procesos Con Deterioro Cognoscitivo. Atención Primaria. Vo. 18 Núm. 4. Sep. 1996.194-201.
7. González Ortiz Maria. Salud Del Cuidador Y Sus Redes De Apoyo En Una Clínica De Médica Familiar De La Ciudad De México. Arch Med. Fam. 2003;5(2) 47-52.

8. Aymara Reyes Saborit. ***Caracterización familiar de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. MEDISAN 2006; 10(4)***
9. Muñoz Cobos F. La Familia En La Enfermedad Terminal. Medicina De Familia Vol. 3. N 4. Noviembre. 2002.262-268.
10. Paleo Diaz N. Et AL. Sobrecarga de lo cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Revista Electronica de Geriatria y Gerontologia. Cuba. Vol 8. No. 2. 2006.
11. Eliana Dueñas Et al. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales Colomb. Med. vol.37 no.2 suppl.1 Cali Jun 2006
12. Marina Bandeira Et Al.. Family Burden interview scale for relatives of psychiatric patients (FBIS-BR): reliability study of the Brazilian version. Rev. Bras. Psiquiatr. vol.29 no.1 São Paulo Mar. 2007.
13. Salvador M. Nidal. Adaptacion en castellano de la escala de sobrecarga del cuidador. Rev Gerona 1996. 6:338-346.
14. Claves Para El Diagnóstico Precoz. Factores De Riesgo De Enfermedad Renal Crónica. Nefrología 2004; 24(Supl 6).
15. Soriano Cabrera S. Definición Y Clasificación De Los Estadios De La Enfermedad Renal Crónica. Prevalencia.
16. K/DOQI Clinical Practice Guidelines For Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, And Stratification. Kidney Disease Outcome Quality Initiative. Am J Kidney Dis 39 (Suppl 1) 1: S1-266. 2002.

17. Ceballos M, López-Revuelta K, Saracho R, García López F, Castro P, Gutiérrez JA, Et Al. Informe De Diálisis Y Trasplante Correspondiente Al Año 2002 De La Sociedad Española De Nefrología Y Registros Autonómicos. Nefrología 2005; 25 (Supl 2).

18. De Francisco ALM, Otero A. Epidemiología De La Enfermedad Renal Crónica En España. Nefrología 2003; 23(Supl 6).

19. Rodrigo Calabia E. Medida De La Función Renal. Evaluación Del Cociente Microalbuminuria/Creatinina. Valor De La Tira Reactiva Y Del Examen Del Sedimento Urinario. Indicaciones Para Solicitar Ecografía Renal. Nefrología 2004; 24 (Supl 6).

20. Coresh J, Astor BC, Greene T, Eknoyan G, Levey AS. Prevalence Of Chronic Disease And Decreased Kidney Function In The Adult US Population: Third National Health And Nutrition Examination Survey. Am J Kidney Dis 2003; 41. P. 1-12.

21. Simal F, Martín JC, Bellido J, Ardua D, Mena FJ, González I, Et Al. Prevalencia De La Enfermedad Renal Crónica Leve Y Moderada En La Población General. Estudio Hortega.. Nefrología 2004; 24 (4): 329-37.

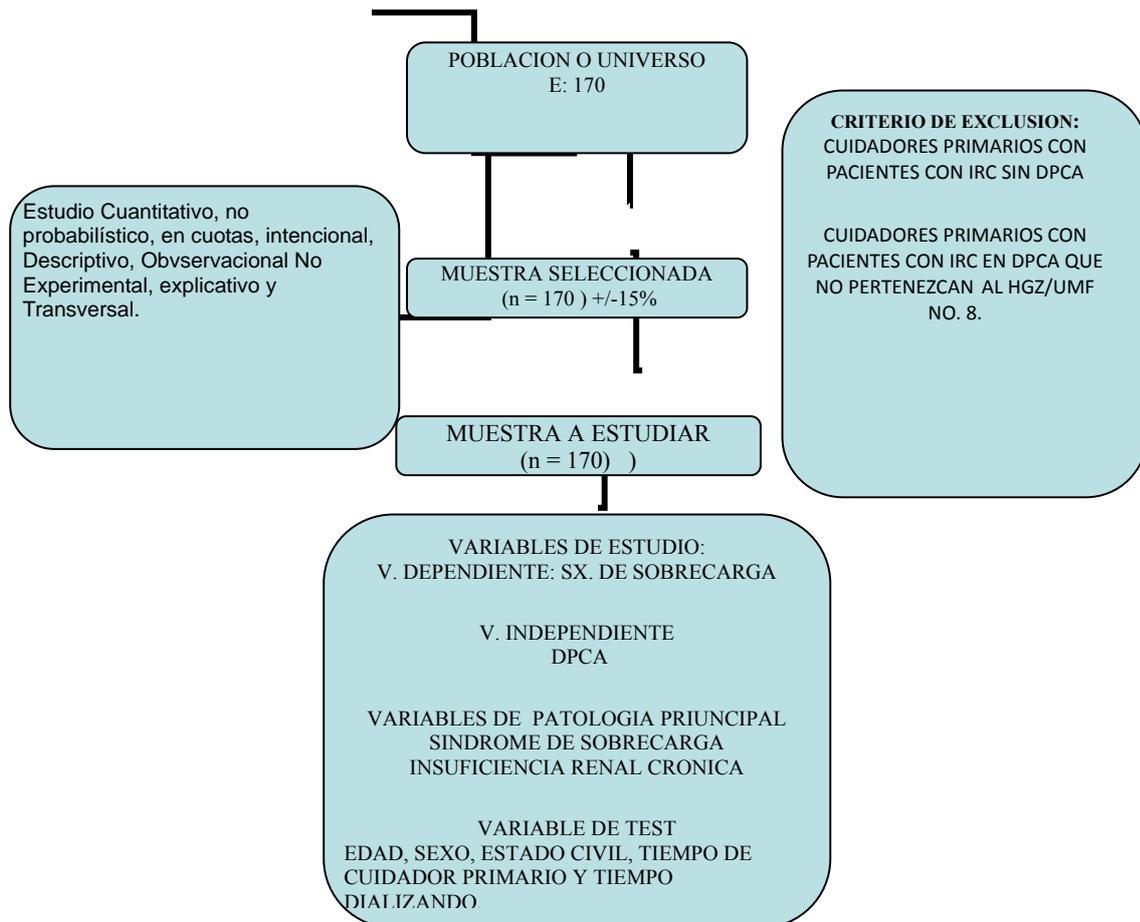
22. Wayne W. Daniel. Bioestadística. Limusa Wiley. México D.F 2005.

23. IMSS. Retos de la Seguridad Social en Salud en el siglo XXI. Evaluación y gestión Tecnológica. Primera Edición. Mexico. 2002.

15. Anexos:

Flujograma de proyecto:

Síndrome de Sobrecarga en los Cuidadores Primarios de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) del Hospital General de Zona No. 8. IMSS. Gilberto Flores Izquierdo, en el periodo Marzo 2008- Febrero 2009.



Datos de identificación

Edad_____

Estado Civil_____

Sexo_____

Parentesco_____

Tiempo de cuidador:

Menos de un año

1-5 años

Más de 5 años

A continuación se presentan una lista de frases que reflejan como se sienten algunas personas cuando cuidan a otra persona. Después de leer cada frase, indique con qué frecuencia se siente usted de esa manera, escogiendo entre nunca **(n)**, casi nunca **(cn)**, a veces **(av)**, frecuentemente **(f)** y casi siempre **(cs)**. No existen respuestas correctas o incorrectas.

Con que frecuencia (*rodee con un círculo la opción elegida*)

1. ¿siente usted que su familiar/paciente solicita más ayuda de la que realmente necesita?

Nunca

Casi nunca

A veces.

Frecuentemente

Casi siempre.

2. ¿siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar/paciente, ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo?

Nunca

Casi nunca

A veces.

Frecuentemente

Casi siempre.

3. ¿se siente estresada(o) al tener que cuidar a su familiar/paciente y tener además que atender otras responsabilidades? (ej: con su

Familia o en el trabajo)

Nunca

Casi nunca

A veces.

Frecuentemente

Casi siempre.

4. ¿se siente avergonzada(o) por el comportamiento de su familiar/paciente?

Nunca

Casi nunca

A veces.

Frecuentemente

Casi siempre

5. ¿se siente irritada(o) cuando está cerca de su familiar/paciente?

Nunca

Casi nunca

A veces.

Frecuentemente

Casi siempre

6. ¿cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?

Nunca

Casi nunca

A veces.

Frecuentemente

Casi siempre

7. ¿siente temor por el futuro que le espera a su familiar/paciente?

Nunca

Casi nunca

A veces.

Frecuentemente

Casi siempre

8. ¿siente que su familiar/paciente depende de usted?

Nunca

Casi nunca

A veces.

Frecuentemente

Casi siempre

9. ¿se siente agotada(o) cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente?

Nunca

Casi nunca

A veces.

Frecuentemente

Casi siempre

10. ¿siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?

Nunca

Casi nunca

A veces.

Frecuentemente

Casi siempre

11. ¿siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar/paciente?

Nunca

Casi nunca

A veces.

Frecuentemente

Casi siempre

12. ¿cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar a su familiar/paciente?

Nunca

Casi nunca

A veces.

Frecuentemente

Casi siempre

13. Solamente si el entrevistado vive con el paciente).

¿se siente incómoda(o) para invitar amigos a casa, a causa de su familiar/paciente?

Nunca

Casi nunca

A veces.

Frecuentemente

Casi siempre

14. ¿cree que su familiar/paciente espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar?

Nunca

Casi nunca

A veces.

Frecuentemente

Casi siempre

15. ¿cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familiar/paciente, además de sus otros gastos?

Nunca

Casi nunca

A veces.

Frecuentemente

Casi siempre

16. ¿siente que no va a ser capaz de cuidar de su familiar/paciente durante mucho más tiempo?

Nunca

Casi nunca

A veces.

Frecuentemente

Casi siempre

17. ¿siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó?

Nunca

Casi nunca

A veces.

Frecuentemente

Casi siempre

18. ¿desearía poder encargarse del cuidado de su familiar/paciente a otra persona?

Nunca

Casi nunca

A veces.

Frecuentemente

Casi siempre

19. ¿se siente insegura(o) acerca de lo que debe hacer con su familiar/paciente?

Nunca

Casi nunca

A veces.

Frecuentemente

Casi siempre

20. ¿siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar/paciente?

Nunca

Casi nunca

A veces.

Frecuentemente

Casi siempre

21. ¿cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que lo hace?

Nunca

Casi nunca

A veces.

Frecuentemente

Casi siempre

22. En general, ¿se siente muy sobrecargada(o) al tener que cuidar de su familiar/paciente?

Nunca

Casi nunca

A veces.

Frecuentemente

Casi siempre

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN CLINICA

Lugar y Fecha México D.F. .

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

Síndrome de Sobrecarga en el Cuidador Primario de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) del Hospital General de Zona No. 8. IMSS." Gilberto Flores Izquierdo", en el periodo Marzo – Febrero 2008-2009.

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: 3605

El objetivo del estudio es: Establecer el nivel de Síndrome de sobrecarga en el Cuidador Primario de pacientes con IRC en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, del servicio de nefrología en el HGZ/UMF 8, en el periodo de Marzo 2008- Febrero 2009.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: contestar un cuestionario de manera confidencial y lo más cercano a la realidad.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y Firma del paciente

_____ Dr. Gilberto Amaro Jaramillo. _____
Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable

En caso de duda o aclaraciones comuníquese al teléfono: 56-74-51-83, a partir de las 16:00 hrs.

Testigos
