



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 24
NUEVA ROSITA COAHUILA.

SÍNDROME DEL CUIDADOR EN QUIENES ATIENDEN A PACIENTES CON
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. HORACIO GONZÁLEZ GONZÁLEZ.



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.

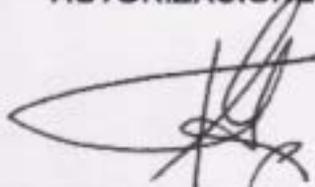
**SINFROME DEL CUIDADOR EN QUIENES ATIENDEN A
PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

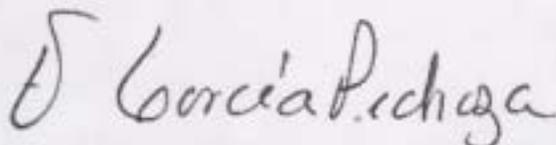
PRESENTA

DR. HORACIO GONZÁLEZ GONZÁLEZ

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**SÍNDROME DEL CUIDADOR EN QUIENES ATIENDEN A PACIENTES CON
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL.**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

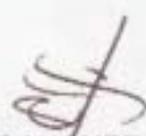
DR. HORACIO GONZÁLEZ GONZÁLEZ.

AUTORIZACIONES:


DR. JOSÉ EDMUNDO EDITH ROJAS SOTO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS FAMILIARES
HGZ/UMF No 24NUEVA ROSITA COAHUILA.


DR. CARLOS SANCHEZ ARENAS
ASESOR DE TEMA
COORDINADOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.


Dr. JOSE EDMUNDO EDITH ROJAS SOTO
ASESOR METODOLOGICO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS FAMILIARES
HGZ/UMF No 24NUEVA ROSITA COAHUILA.


DR. CARLOS SANCHEZ ARENAS
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.

**SINDROME DEL CUIDADOR EN QUIENES ATIENDEN A PACIENTES CON
ENFERMEDAD RENAL CRONICA TERMINAL**

ÍNDICE

| | Pagina |
|--------------------------------------|--------|
| Resumen _____ | 1 |
| Marco teórico _____ | 2 |
| Planteamiento del problema _____ | 9 |
| Justificación _____ | 11 |
| Objetivos _____ | 12 |
| Metodología _____ | 13 |
| Presentación de Resultados _____ | 17 |
| Tablas y grafica _____ | 19 |
| Análisis de Resultados _____ | 24 |
| Conclusiones y Recomendaciones _____ | 27 |
| Bibliografía _____ | 30 |
| Anexos _____ | 33 |

RESUMEN

Introducción: Cuidador principal es aquel que se hace responsable de la atención de un paciente con una enfermedad crónica. Esta situación, dependiendo del tipo de patología, demandará mucha atención y desgaste emocional que podría generar lo que conocemos como síndrome del cuidador.

Objetivo: Conocer la frecuencia del síndrome, el género y edad más frecuente de los cuidadores, y los rubros más afectados por esta situación demandante.

Metodología: Estudio de corte transversal, observacional y analítico, utilizando la escala de ZARYT, así como hoja de datos personales donde se incluyen datos patológicos concomitantes.

Resultados: Se encontró una frecuencia de 67.36% de cuidadores con afectación, y de este porcentaje el 14.73% está altamente sobrecargado, y 32.63% sin afectación; el cuidador principal en su mayoría es la mujer 93% de los casos; edad entre 39 y 50 años y de estado civil casada.

Palabras claves: Síndrome de Cuidador, Escala de ZARYT, Género.

ABSTRACT

Introduction. Primary caregiver is the one who is responsible for the care of a patient with a chronic disease. This situation depending on the type of pathology demanded much attention and emotional drain that could generate what is known as primary caregiver syndrome.

Objective. To determine the frequency of the syndrome, the most common gender and age of caregivers, and more rubles applicant affected by this situation.

Methodology. A cross-sectional, observational and analytical scale using ZARYT.

Results. We found a frequency of 67.36%, and 14.73% this percentage is highly overloaded, the primary caregiver is mostly women 93% of cases, age between 39 and 50 years of civil marriage.

Keywords. Primary Caregiver Syndrome, Zarit Scale, Gender.

MARCO TEÓRICO

Hoy, la situación de salud de nuestros pobladores, ha cambiado, los patrones epidemiológicos, donde las enfermedades transmisibles y las grandes plagas azotaban y mataban a grandes poblaciones han quedado atrás, enfrentándonos a un nuevo dilema de salud dirigido básicamente al cuidado de una población que ha aumentado su esperanza de vida y ha disminuido su natalidad, desarrollando patologías derivadas del envejecimiento u otras patologías crónico-degenerativas de lenta evolución y sin cura, en cuya asistencia se destaca el familiar más cercano.^{1,2}

Cuidar es un arte, una abnegada tarea llena de entrega, su principal ingrediente: amor, componente básico para cualquiera de los miembros de una familia, aún reservada a la mujer, el resto de los convivientes evade su oportunidad por lo que la responsabilidad no es igualmente repartida entre todos, existiendo un "cuidador principal" sobre el que recaerá el mayor encargo del cuidado.^{4,5,6}

El **cuidador principal** es la persona que proporciona la mayor parte de la asistencia y apoyo diario a quien padece una enfermedad, pero, el cuidador no sólo es el que cuida al paciente sino que también es un elemento sanitario vital al desarrollar una función activa que incluye el conservar y mantener funcionalmente el mayor tiempo posible a estos pacientes, facilitando la integración del paciente en su entorno y en la realidad.⁷

El cuidador de una persona dependiente realiza este trabajo, y lo hacen solo por amor a esa persona que depende totalmente de sus cuidados y atenciones, además de otros sentimientos como: la culpa, el sentimiento de obligación, la falta de apoyo familiar y social y, en muchas ocasiones, por la falta de recursos económicos.⁸

En cada familia hay un cuidador principal que suele responder a las circunstancias de cada familia, sin que se haya llegado a ello por un acuerdo explícito entre las personas que componen la familia.

Cuando se asume el cuidado se piensa que va a ser algo temporal, aunque frecuentemente acaba siendo una situación que dura varios años con una creciente demanda de cuidados por parte del familiar mayor.

Los cuidadores, habitualmente mujeres, deben atender también a las necesidades del resto de su familia (cónyuge e hijos). Decidir dónde y cuándo invertir esfuerzos y energía es difícil.

Una de las principales razones de que la mayoría de los cuidadores sean mujeres es que, a través de la educación recibida y los mensajes que transmite la sociedad, se favorece la concepción de que la mujer está mejor preparada que el hombre para el cuidado, ya que tiene más capacidad de abnegación, de sufrimiento y es más voluntariosa.

A pesar del claro predominio de las mujeres en el ámbito del cuidado, los hombres participan cada vez más en el cuidado de las personas mayores bien como cuidadores principales o bien como ayudantes de las cuidadoras principales, lo que significa un cambio progresivo de la situación.^{9,10,11}

El cuidador principal soporta cada día retos imprevistos y sufre pérdidas de control personal, presentando alteraciones en la salud física y emocional.¹²

El **Síndrome del cuidador** se caracteriza por una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son agotamiento físico y/o psicológico.

Es un trastorno que se presenta en personas que desempeñan el rol de cuidador principal de una persona dependiente. Se caracteriza por el agotamiento físico y psíquico.

La persona tiene que afrontar de repente una situación nueva para la que no está preparada y que consume todo su tiempo y energía. Se considera producido por el estrés continuado (no por una situación puntual) en una lucha diaria contra la enfermedad (áreas monótonas y repetitivas), y que puede agotar las reservas físicas y mentales del cuidador.^{13,14,15}

Manifestaciones clínicas.

Síntomas físicos: Los cuidadores principales suelen tener peor salud que los miembros de la familia no cuidadores y corren riesgo de sufrir mayor incidencia de problemas orgánicos y fisiológicos tales como:

- 1- Trastornos osteomusculares y dolores asociados
- 2- Patologías cardiovasculares
- 3- Trastornos gastrointestinales
- 4- Alteraciones del sistema inmunológico
- 5- Problemas respiratorios

No obstante, aun padeciendo estos trastornos, no suelen acudir a consultas médicas, así mismo realizan menos "conductas de cuidado de la propia salud", como no dormir lo suficiente, alimentarse de forma inadecuada, no vacunarse, no realizar ejercicio físico, abusar del tabaco o alcohol, consumir en exceso ansiolíticos e hipnóticos, incumplir los tratamientos médicos, etc.

Síntomas psicológicos: La salud mental de los cuidadores principales suele verse **más** afectada que la salud física:

Problemas clínicos: Depresión, ansiedad, estrés, hipocondría, etc.

Psicosomáticos: Dolor de cabeza, pérdida de apetito, temblor, problemas gástricos, palpitaciones, vértigo, alergia inmotivada, insomnio, problemas de memoria y concentración, etc.

Emocionales: Si bien los sentimientos son algo natural, en el cuidador se convierten en algo perturbador, debido a que no saben controlarlos. Las reacciones emocionales son variadas: Tristeza, Preocupación, Soledad, Irritabilidad, Culpabilidad, Depresión ^{15,16}

Es muy importante mencionar la enfermedad que específicamente tiene el paciente que se cuida, ya que el enfermo crónico y/o terminal, se comportara dependiendo de su padecimiento en particular que le condicione pérdida de autonomía.

Insuficiencia Renal:

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal (estadios IV y V) es un problema de salud pública mundial, con una incidencia y prevalencia crecientes, con pronóstico pobre y alto costo.

La OMS reportó una mortalidad mundial total de 625,000 casos para enfermedades renales como la nefritis y nefrosis para el año 2001, la principal causa de insuficiencia renal crónica continúa siendo la Diabetes Mellitus.

En Estados Unidos, entre 1980 y 2001, la incidencia de la insuficiencia renal crónica terminal se cuadruplicó de 82 a 334 casos por millón de la población total, mientras su prevalencia se quintuplicó de 271 a 1,400 casos por millón. ¹⁷

La National Kidney Foundation (KDOQI) ha sugerido estratificar la IRC en 5 estadios, basándose en el nivel estimado de la medida de la filtración glomerular (FG) ajustado para el área de superficie corporal.

*Estadio 1.- lesión renal con FG normal o aumentada; mayor o igual a 90 ml/ min.

*Estadio 2.- lesión renal con disminución leve de la FG; 60-89 ml/min.

*Estadio 3.- disminución moderada de la FG; 30 a 59 ml / min.

*Estadio 4.- disminución intensa de la FG; 15 -29ml x min.

*Estadio 5.- FG menor de 15 ml /min.^{17,18}

Según estudios hechos a lo largo del planeta, se han identificado tres componentes principales para identificar el **Síndrome del Cuidador**: impacto del cuidado, carga interpersonal y expectativas de autoeficacia. Para ello, el instrumento de evaluación más usado es la Entrevista de carga del cuidador, prueba diseñada por Zarit y Zarit, en 1983, y que se ha validado en todo el mundo. Es una prueba psicométrica de calificación objetiva compuesta por 22 ítems, que evalúa la presencia o ausencia de éste, y mediante el análisis por cada uno de sus factores se pueden determinar las cualidades de la carga presente en el cuidador.

¹⁹

Para la interpretación. Cada ítem se valora con la puntuación según la escala de likert nunca 0, casi nunca 1, algunas veces 2, Bastantes veces 3, Casi siempre 4. Y se suma la Puntuación de cada ítem para el resultado: Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, puntuación indicativa de "sobrecarga" de 46 a 56 puntos y de "sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56 puntos.¹⁹

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS:

La intervención psicológica debería ser cognitivo conductual, es decir, debería centrarse en la modificación de aspectos cognitivos (pensamientos y emociones que puedan estar facilitando el trastorno) y en la intervención sobre los determinadas conductas.

- Prepararle para la situación de duelo que deberá enfrentar en un futuro (si se valora que no cuenta con estrategias de afrontamiento efectivas).
- Psicoterapia grupal: Esta parte es muy importante, el objetivo es entrenarle en

habilidades sociales y resolución de problemas ya sean internos (ej. decidir dedicar más tiempo a su propia salud) o externos (ej. pedir apoyo a familiares y amigos). El grupo tiene importantes beneficios:

- El terapeuta les ofrece información detallada sobre el trastorno que padecen.
- Encuentran el apoyo de otras personas en situaciones parecidas, de forma que pueden ver nuevas formas para resolver sus problemas.
- Les ayuda a superar su aislamiento, lo cuál puede animarles a buscar más contactos sociales fuera del grupo.
- Escuchar y compartir experiencias con personas en situaciones similares les proporciona alivio emocional.
- El hecho de saber que sus opiniones y conocimientos son escuchados y valorados puede aumentar su autoestima.^{20,21}

Prevención. Siendo uno de los puntos más importantes que debe tomar el medico de familia se recomienda para prevenir este síndrome los siguientes consejos:

- Informarse muy bien sobre los cuidados que precisa la persona a la que va a cuidar, para ello puede consultar con su médico.
- Descansar cada día lo suficiente.
- Evitar automedicarse.
- Acudir a su médico siempre que se encuentre mal, no lo deje para más adelante y no ponga excusas para no ir. Realice los seguimientos que sean necesarios si padece alguna enfermedad (hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia, etc.).
- Procurar mantener sus amistades y acudir a reuniones sociales y actividades que le permitan seguir ampliando sus redes sociales.
- Seguir realizando algunas de las actividades y hobbies que siempre le han gustado (ir al cine, pasear, hacer ejercicio, ir a la piscina, hacer punto, hacer crucigramas, etc.).
- No sienta culpabilidad por reírse o pasarlo bien, si es feliz le será más fácil sobrellevar la situación.

- Cuida su aspecto físico, esto mejorará su bienestar psicológico.
- Deberá tener un tiempo a la semana para sí mismo, de forma que debe buscar ayuda de un familiar, un amigo, o un asistente que cuide del enfermo durante ese tiempo que le pertenece. También es importante tener unos días de vacaciones al año, después de lo cuál verá las cosas de forma diferente.^{22,23}

El apoyo familiar es clave en el control de la enfermedad al propiciar un ambiente favorable para reducir el estrés y mejorar el cumplimiento del tratamiento.²⁴

Hoy en día se reconoce la existencia de varias fuentes potenciales de apoyo en la atención a la enfermedad. Sin embargo, algunos estudios destacan el papel preponderante de la familia, e incluso que la mayoría de los enfermos crónicos recibe y prefiere los cuidados y el apoyo de esta fuente más que cualquier otra.^{25,26}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente debido a los cambios en los patrones epidemiológicos, donde las enfermedades transmisibles y las grandes plagas azotaban y mataban a grandes poblaciones, han quedado atrás, enfrentándonos a un nuevo dilema de salud, dirigido básicamente al cuidado de una población que ha aumentado su esperanza de vida y ha disminuido su natalidad, desarrollando patologías derivadas del envejecimiento, u otras patologías cronicodegenerativas, de lenta evolución y sin cura, en cuya asistencia se destaca el familiar más cercano ^{1,2,3}

El **Síndrome del cuidador** se caracteriza por una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son agotamiento físico y/o psicológico. Siendo un trastorno que se presenta en personas que desempeñan el rol de cuidador principal de una persona dependiente. Se caracteriza por el agotamiento físico y psíquico. La persona tiene que afrontar de repente una situación nueva para la que no está preparada y que consume todo su tiempo y energía. Se considera producido por el estrés continuado (no por una situación puntual) en una lucha diaria contra la enfermedad (áreas monótonas y repetitivas), y que puede agotar las reservas físicas y mentales del cuidador. ^{13,14,15}

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal es un problema de salud pública mundial, con una incidencia y prevalencia crecientes pronostico pobre y alto costo. Lo trascendente de esta patología en el presente estudio es que estos pacientes por sus características propias son al igual que el paciente anciano, el de demencia senil, o el esquizofrénico quienes demandan gran esfuerzo físico y psíquicos de sus familiares o de quien esta al cuidado de ellos.

En cada familia hay un cuidador principal que suele responder a las circunstancias de cada familia, sin que se haya llegado a ello por un acuerdo explícito entre las personas que componen la familia.

JUSTIFICACION

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal es un problema de salud pública mundial, con una incidencia y prevalencia crecientes con pronostico pobre y alto costo.

En cada familia hay un cuidador principal que suele responder a las circunstancias de cada familia, sin que se haya llegado a ello por un acuerdo explícito entre las personas que componen la familia.

Múltiples estudios han logrado demostrar que las personas que cuidan pacientes con enfermedades crónicas, incluso terminales, cursan con lo que se conoce como síndrome del cuidador, sin embargo, en los hospitales que brindan el tratamiento a su paciente, no suelen prestarle atención a los problemas propios del cuidador, es por ello que se requiere saber en específico en nuestro hospital, primero con qué tipo de síntomas se presentan con mayor frecuencia en los cuidadores principales y de qué manera se les atiende o incluso no se les atiende, es menester que el médico de familia haga mayor conciencia de este tipo de padecimientos para así educar a los cuidadores con las herramientas para afrontar el estrés y así prevenir el daño a su salud tanto física como mental.

Y en caso de que se presente sepa diagnosticarlo y darle el manejo adecuado ya que gran parte de los pacientes con este trastorno son pacientes consultantes por patología psicosomática.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL. Determinar la frecuencia del síndrome del cuidador entre quienes atienden a pacientes en tratamiento con terapia sustitutiva renal.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Identificar Cual es el género que con mayor frecuencia se hace cargo del paciente crónico.
2. Determinar cual es la relación de parentesco que tiene el cuidador con el enfermo renal.
3. Estadificar el grado de afectación del cuidador.
4. Definir cuales son los datos patológicos que mas se detectan en el cuidador.

HIPÓTESIS

Se espera encontrar un alto grado de afectación en los cuidadores debido a que la insuficiencia renal en etapa terminal es una entidad clínica muy desgastante tanto para el enfermo, como para quien se hace cargo de el.

METODOLOGÍA

1- Tipo de estudio

Es un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal.

• Población, lugar y tiempo de estudio

Se tomara como grupo poblacional a las personas que cuidan a pacientes con Enfermedad Renal Crónica, estadio IV y/o V, que están dentro del programa de Diálisis y Hemodiálisis en el hospital general de zona con medicina Familiar # 24 en Nueva Rosita, Coahuila, aplicando encuestas de calidad de vida al inicio del estudio así como aplicación de encuesta llamada Escala de Zaryt en un periodo comprendido de enero de 2012 a julio de 2012.

• Tipo de muestra y tamaño de la muestra

Tipo de muestra casual, no aleatoria, por conveniencia, tomando en cuenta a todo el universo de trabajo ya que se incluirá a aquellas personas que fungen como cuidadores de pacientes con Enfermedad Renal Crónica. Que son un total de 95 pacientes en el Hospital General de Zona / Medicina Familiar # 24, Nueva Rosita, Coahuila.

El tamaño dependerá de la cantidad de pacientes existentes y vigentes dentro del programa de Diálisis y Hemodiálisis, por lo cual no fue necesario realizar un cálculo de tamaño de la muestra ya que se incluye a los 95 cuidadores de los 95 pacientes inscritos en el programa en el periodo en que se realizó este estudio.

- **Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación**

Criterios de inclusión: Se incluyó a todas las personas que fungen como cuidadores de paciente con Enfermedad Renal Crónica, dentro del programa de Diálisis y Hemodiálisis en el Hospital general de Zona # 24 del IMSS en Nueva Rosita, Coahuila.

Criterios de exclusión: Se excluyó a aquellas personas que cuiden a pacientes con enfermedades crónicas que no estén inscritas dentro del programa de Diálisis y hemodiálisis. También se excluirá a aquellas personas que no deseen formar parte del estudio.

Criterios de eliminación: Se consideró eliminara a aquellas personas en las que no se lograra identificar cuidador habitual, para lo cual no hubo necesidad, ya que todos los cuidadores aceptaron participar en las encuestas.

- **Información a recolectar (Variables a recolectar)**

Se recolectaron variables sociodemográficas, (edad, sexo, estado civil, familiar con el paciente renal, enfermedades y síntomas concomitantes que padecen) y la información sobre el síndrome del cuidador.

VARIABLE DEPENDIENTE: Síndrome del cuidador.

DEFINICION CONCEPTUAL: El Síndrome del cuidador se caracteriza por una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son agotamiento físico y/o psicológico.

Es un trastorno que se presenta en personas que desempeñan el rol de cuidador principal de una persona dependiente. La persona tiene que afrontar de repente una situación nueva para la que no está preparada y que consume todo su tiempo y energía. Se considera producido por el estrés continuado (no por una situación puntual) en una lucha diaria contra la enfermedad (áreas monótonas y repetitivas), y que puede agotar las reservas físicas y mentales del cuidador

Esta variable se midió en forma dicotómica, en cuanto a la presencia, o no, del Síndrome del Cuidador, y, como variable ordinal de acuerdo a los valores de la escala de ZARYT.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: El que según la escala de ZARYT nos reporta sobrecarga o sobrecarga excesiva o sin sobrecarga, según su propia puntuación establecida para ello.

VARIABLES INDEPENDIENTE: Insuficiencia Renal Crónica terminal o Enfermedad renal crónica terminal.

DEFINICION CONCEPTUAL: Es la falla renal en menos del 29% de su función la estadificada en estadios IV y V

DEFINICION OPERACIONAL: La Insuficiencia Renal Crónica Terminal (estadios IV y V) para fines del presente trabajo los pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal en hemodiálisis y en diálisis peritoneal.

- **Método o procedimiento para captar la información**

Se utilizó para detectar el síndrome de cuidador, la escala de ZARYT (Anexo 1), y otro cuestionario, que incluye variables sociodemográficas e información general sobre padecimientos concomitantes en el cuidador (Anexo 2).

- **Consideraciones éticas**

Se aplicó consentimiento informado de cada participante, se procedió conforme a la Declaración de Helsinki en sus principios básicos del 6 al 9 y de la Ley General de Salud publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 vigente en los artículos 13,15,16,17,18,19,20,21,22.

Se le explica a cada encuestado sobre los beneficios, riesgos o molestias que pudiera ocasionar, así como el destino final (educativo) de los resultados que se obtendrían.

Se les aclara que tienen libertad para otorgar su consentimiento por escrito con dos testigos y del cual ellos tendrían una copia, manteniendo su identificación en confidencialidad bajo el criterio de respeto y dignidad, protección de derechos y bienestar de cada participante. Se anexa carta de consentimiento informado.

El estudio:
El estudio se realizará en las comunidades indígenas de la zona de estudio en coordinación con los líderes comunitarios y se realizará en un espacio adecuado para el desarrollo de las actividades.

De los participantes:

- El estudio se realizará en las comunidades indígenas de la zona de estudio en coordinación con los líderes comunitarios y se realizará en un espacio adecuado para el desarrollo de las actividades.
- El estudio se realizará en las comunidades indígenas de la zona de estudio en coordinación con los líderes comunitarios y se realizará en un espacio adecuado para el desarrollo de las actividades.
- El estudio se realizará en las comunidades indígenas de la zona de estudio en coordinación con los líderes comunitarios y se realizará en un espacio adecuado para el desarrollo de las actividades.
- El estudio se realizará en las comunidades indígenas de la zona de estudio en coordinación con los líderes comunitarios y se realizará en un espacio adecuado para el desarrollo de las actividades.

De los instrumentos de recolección de datos:

- Se utilizarán los cuestionarios de diagnóstico de la zona de estudio y los cuestionarios de diagnóstico de la zona de estudio.
- Se utilizarán los cuestionarios de diagnóstico de la zona de estudio y los cuestionarios de diagnóstico de la zona de estudio.
- Se utilizarán los cuestionarios de diagnóstico de la zona de estudio y los cuestionarios de diagnóstico de la zona de estudio.

El estudio se realizará en las comunidades indígenas de la zona de estudio en coordinación con los líderes comunitarios y se realizará en un espacio adecuado para el desarrollo de las actividades.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En el servicio de hemodiálisis y diálisis peritoneal encontramos 95 pacientes con insuficiencia renal crónica, 57 de ellos en estadio grado 4 y 38 en estadio grado 5.

- Por **genero** 46 hombres y, 49 mujeres, con un **rango** de edades de 11 a 86 años. **Promedio** de edades de 42.14, la **mediana** de 46 años y la **moda** de 60 años.

Para el estudio del **Síndrome del cuidador** se busco a quienes se presentaron ante la institución como el cuidador principal a los que se les aplico la escala de ZARYT.

De estos Cuidadores encontramos

- El **Genero** de ellos resulto 86 mujeres y 9 hombres (**Grafica 1**), el **rango** de las edades de estas personas es de 28 a 59 años, la **moda** fue la edad de 39 años, que se repitió 9 veces, seguida por las edades de 40 años con 8 cuidadores, 41 años y 50 años, con 7 cuidadores en la **grafica 2** se presentan estas frecuencias por grupos de edad de los 28 a los 59 cada 5 años. El **promedio** de edades es de 44.61 años.
- En cuanto al **parentesco** del cuidador principal encontramos que el mayor número fue la **hija** con frecuencia de 55, seguido por **esposa** con 18, **esposo** 8, **madre** 7, **nieta** 4, **hermana** 2, e **hijo** 1. (**Grafica 3**)
- El **estado Civil** del cuidador **casado** 90, **divorciado** 2, **soltero** 2, **viudo** 1. (**Grafica 4**)

La interpretación de la **Escala de ZARIT** encontramos:

- **Sin sobrecarga** 31 cuidadores, **Con sobrecarga** 50, y **Con sobrecarga intensa** 14 pacientes. (**Grafica 5**)

Estos datos nos dan una **frecuencia de 67.36%** de pacientes afectados por el **síndrome del cuidador**, de ellos **14.73%** altamente afectados y un **32.63%** son quienes están libres del síndrome. (**Grafica 6**)

Datos patológicos que se detectaron en la encuesta del cuidador

- **Problemas clínicos:**
 - Se reportaron 41 encuestados con **Estrés**, 29 **Ansiedad**, 11 **Hipocondría**, y 6 **Depresión**. (Grafica 7)
- **Trastornos Psicósomáticos:**
 - Resultaron 26 con **Cefalea**, 26 con **Hiporexia**, 8 con **Temblor**, 79 con **Dispepsias**, 9 con **Palpitaciones**, 22 con **Vértigo**, 4 con **Alergia inmotivada**, 35 con **Insomnio**, 14 con problemas **De memoria**, 24 con problemas **De concentración**. (Grafica 8)
- **Emocionales:**
 - Se detectaron. 9 con **Tristeza**, 16 con **Preocupación**, 9 con **Soledad**. (Grafica 9)
- **Padecimientos personales:**
 - 6 Con padecimientos **Cardiovasculares**, 42 con padecimientos **Osteomusculares**, 5 con padecimientos **Respiratorios**, 51 con padecimientos **Gastrointestinales**, 15 con **Diabetes mellitus**, 8 con **Hipertensión arterial**, 3 con **Trastornos inmunológicos**. (Grafica 10)

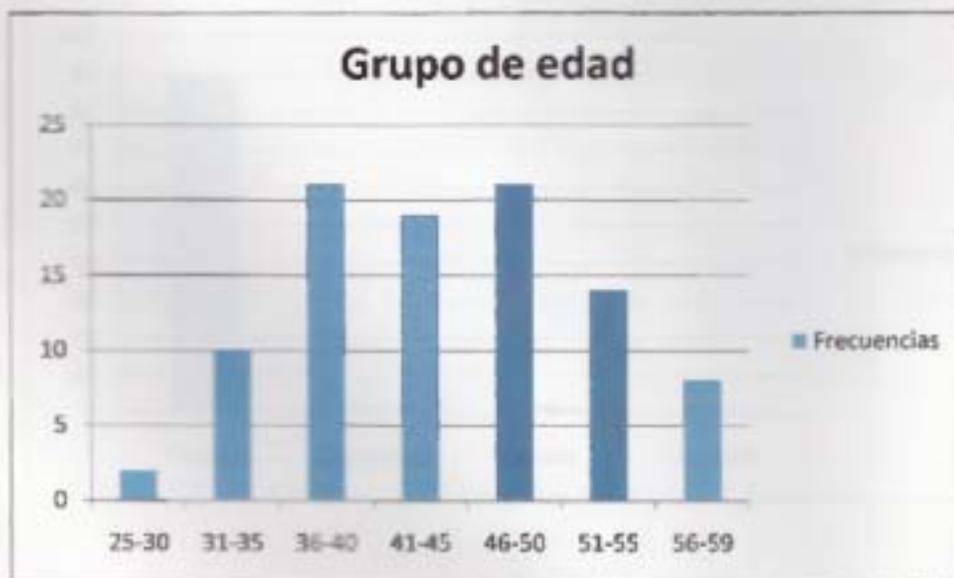


TABLAS Y GRAFICAS

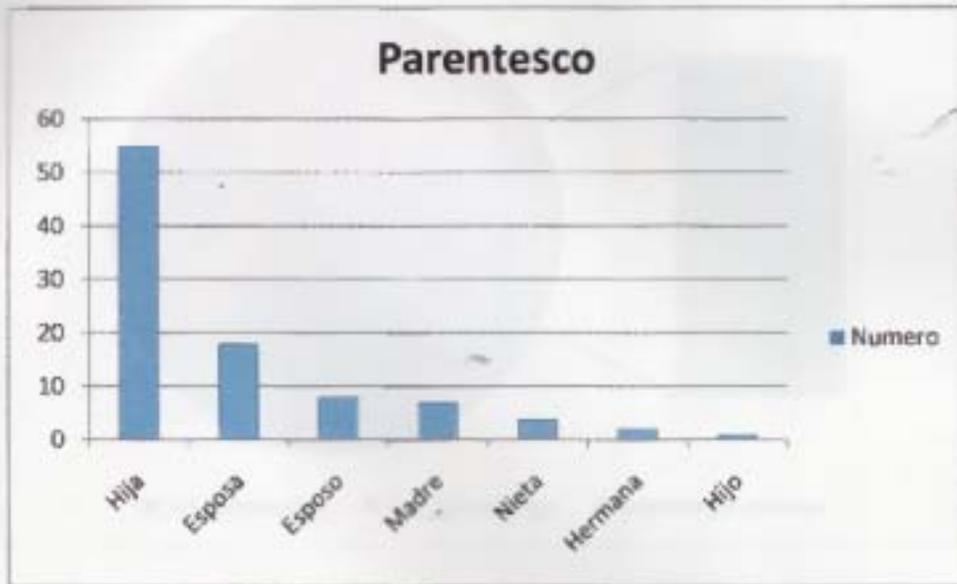
Grafica 1. Género del Cuidador principal 86 mujeres y 9 hombres.



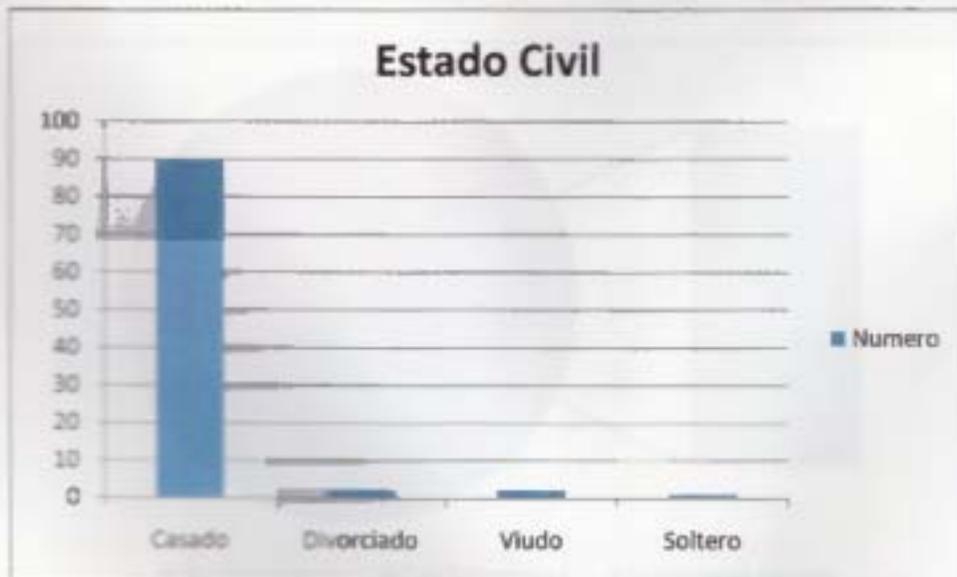
Grafica 2. Frecuencias por grupos de edad del cuidador Principal.



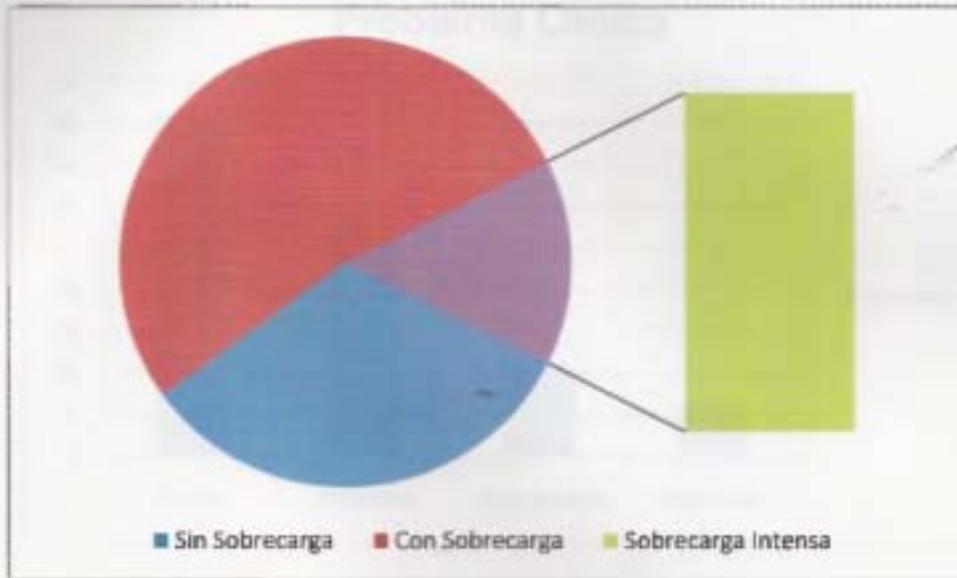
Grafica 3. Grado de Parentesco del cuidador principal con el paciente dialítico.



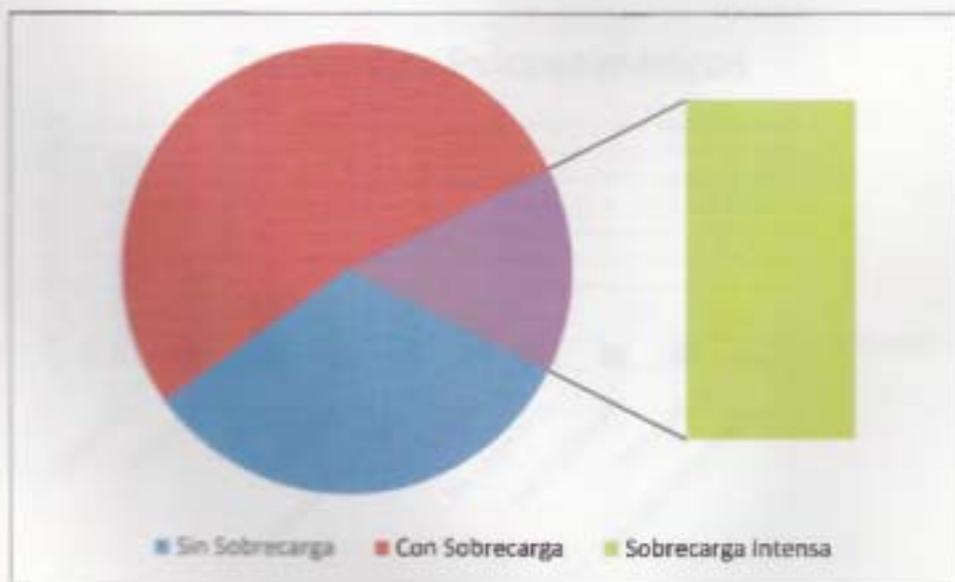
Grafica 4. Situación Familiar del cuidador principal.



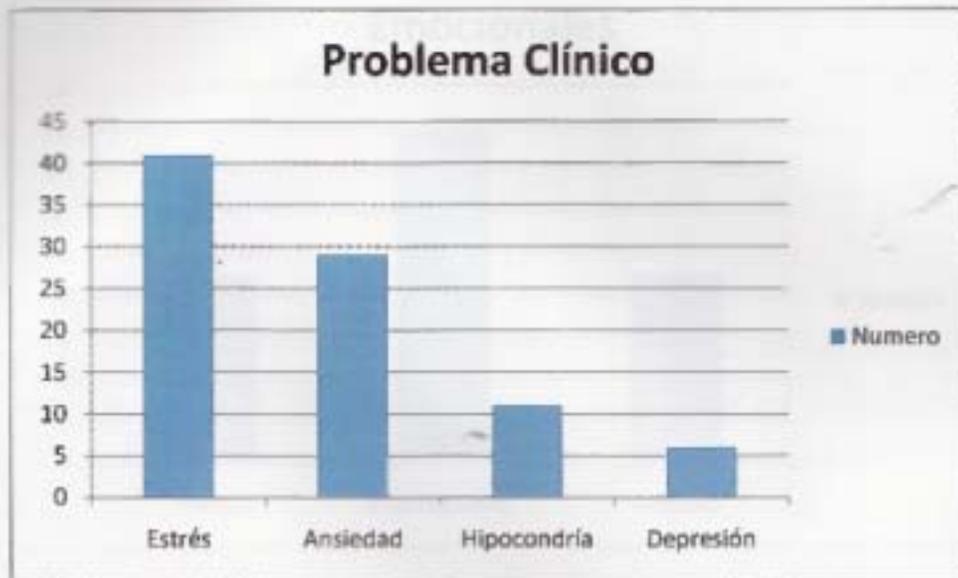
Grafica 5. Grado de afección del cuidador principal según la escala de ZARYT. Sin sobrecarga 31 cuidadores, Con sobrecarga 50, y Con sobrecarga Intensa 14 Cuidadores.



Grafica 6. Frecuencia de presentación del Síndrome del cuidador Principal.



Grafica 7. Problemas Clínicos referidos por el cuidador principal.



Grafica 8. Padecimientos Psicósomáticos identificados en el cuidador.



Grafica 9. Problemas emocionales identificados en el cuidador



Grafica 10. Padecimientos personales reportados por los cuidadores principales.



ANÁLISIS DE RESULTADOS.

En este trabajo como nos lo reportan la mayoría de los estudios sobre el síndrome del cuidador, el sexo femenino sigue siendo por su rol de género el encargado de los cuidados de sus familiares con enfermedades crónicas, principalmente de los padres. En este caso 93% son mujeres y solo un 7% hombres.

Por edades el promedio resulto ser la edad de 44.61 años, lo que coincide con la mitad de la época productiva del ser humano, y los rangos extremos son a la izquierda la edad de 28 años, es decir difícilmente es cuidador un joven estudiante, o un adulto recién casado, lo mismo que el extremo del lado derecho de 59 años, pues a esa edad ya sus condiciones no le permiten realizar esta labor que demanda mucha energía.

Las mismas observaciones, se pueden palpar al ver la moda 39 años y otras de las frecuencias más altas que son las de 40, 41 y 50 años, generalmente mujeres que ya tienen hijos en etapa de independencia y/o retiro, esto según Geyman.

Agrupando a los pacientes en grupos de cada 5 años el grueso de los cuidadores cae entre los grupos de 36 a 50 años. Grafica 2

En lo que se refiere al parentesco de el cuidador con el enfermo, en este estudio encontramos que al igual que lo que nos reporta la literatura el mayor numero es la hija, seguida por la esposa con un 57.89% y 19.94% respectivamente, en contraste con nieta, hermano e hijo que juntos dan un 7.36%. Graficas 3.

Por lo que nuevamente por su rol de género y abnegación al cuidado del enfermo familiar crónico (en el presente caso generalmente los padres con complicaciones tardías de la diabetes mellitus) es la hija, y en seguida la esposa, cuando aun esta en condiciones de hacerlo o no hay otro personaje que se haga responsable de la situación.

El estado civil del cuidador principal que ha sido abordado muy poco por otras literaturas, en este caso con amplio margen resulta ser el estado civil

casado, que es la mujer que tienen que atender las labores de su hogar y además darse tiempo para atender al enfermo crónico con los consecuentes cargos a su sistema familiar, aquí tenemos un 94.73% y las otras situaciones civiles ocupan solo un 5.26%. Grafica 4.

Pasando el objeto propio de este trabajo el desgaste que sufre el paciente que es el encargado de los cuidados de un paciente crónico altamente demandante como lo es el paciente con insuficiencia renal crónica en etapas avanzadas 4 y 5 en tratamientos sustitutivo de la función renal.

Tenemos que más de la mitad de los cuidadores según el cuestionario de ZARYT se detectan con **sobrecarga** 67.36%, de estos con **sobrecarga intensa** 14.73% y solo un 32% refieren **no tener sobrecarga**. Grafica 5.

Estos resultados eran de esperar pues como se comento en la hipótesis el paciente con insuficiencia renal crónica en fase terminal es un paciente altamente demandante e incluso los que se detectó con sobrecarga intensa son quienes ya necesitan apoyo.

La **frecuencia del síndrome de cuidador principal** en este trabajo se detecto un 67.36% y de este porcentaje el 14.73% esta altamente sobrecargado. Grafica 6

Problemas clínicos refirieron los cuidadores en sus encuestas estrés 43.15% y ansiedad 30.52%, en menor proporción hipocondría con 11.57% y depresión 6.31%. Grafica 7.

Trastornos Psicosomáticos: 79 con **Dispepsias** 83.15%, 35 con **Insomnio** 36.84%, 26 con **Hiperoxia** 27.36%, 26 con **Cefalea** 27.36%, 24 con **problemas De concentración** 25.26%, 22 con **Vértigo** 23.15 %, 14 con **problemas De memoria** 14.73%, 9 con **Palpitaciones** 9.47 %, 8 con **Temblores** 8.42 %, 4 con **Alergia inmotivada** 4.21 %. Grafica 8. **Emocionales:** 16 con **Preocupación** 16.84 %, 9 con **Tristeza** 9.47 %, 9 con **Soledad** 9.47 %. Grafica 9.

Padecimientos personales: 51 con padecimientos **Gastrointestinales** 53.58 %, 42 con padecimientos **Osteomusculares** 44.21%, 15 con **Diabetes mellitus** 15.78 %, 8 con **Hipertensión arterial** 8.42 %, 6 Con padecimientos

Cardiovasculares 6.31%, 5 con padecimientos Respiratorios 5.26 %, 3 con Trastornos inmunológicos 3.15 %. Grafica 10.

Los resultados de la encuesta de salud de la población de la zona de estudio, muestran que el 70% de la muestra es de sexo femenino y el 30% es masculino. En cuanto a la edad, el 40% de la muestra es menor de 15 años, el 30% entre 15 y 25 años, el 20% entre 25 y 35 años, el 10% entre 35 y 45 años, y el 10% restante es mayor de 45 años.

En cuanto a la escolaridad, el 40% de la muestra tiene una escolaridad menor a la primaria, el 30% tiene una escolaridad entre primaria y secundaria, el 20% tiene una escolaridad entre secundaria y universidad, el 10% tiene una escolaridad superior a la universidad, y el 10% restante no tiene escolaridad registrada.

En cuanto a la ocupación, el 40% de la muestra no tiene una ocupación registrada, el 30% tiene una ocupación de menor nivel, el 20% tiene una ocupación de nivel medio, el 10% tiene una ocupación de nivel superior, y el 10% restante tiene una ocupación no registrada.

En cuanto a la salud, el 40% de la muestra no tiene un padecimiento registrado, el 30% tiene un padecimiento de menor nivel, el 20% tiene un padecimiento de nivel medio, el 10% tiene un padecimiento de nivel superior, y el 10% restante tiene un padecimiento no registrado.

En cuanto a la alimentación, el 40% de la muestra consume una dieta equilibrada, el 30% consume una dieta poco equilibrada, el 20% consume una dieta desequilibrada, el 10% consume una dieta muy desequilibrada, y el 10% restante no tiene una alimentación registrada.

En cuanto a la actividad física, el 40% de la muestra realiza una actividad física regular, el 30% realiza una actividad física ocasional, el 20% no realiza actividad física, el 10% realiza una actividad física no registrada, y el 10% restante no tiene una actividad física registrada.

En cuanto a la salud mental, el 40% de la muestra no tiene un padecimiento registrado, el 30% tiene un padecimiento de menor nivel, el 20% tiene un padecimiento de nivel medio, el 10% tiene un padecimiento de nivel superior, y el 10% restante tiene un padecimiento no registrado.

En cuanto a la salud sexual, el 40% de la muestra no tiene un padecimiento registrado, el 30% tiene un padecimiento de menor nivel, el 20% tiene un padecimiento de nivel medio, el 10% tiene un padecimiento de nivel superior, y el 10% restante tiene un padecimiento no registrado.

En cuanto a la salud reproductiva, el 40% de la muestra no tiene un padecimiento registrado, el 30% tiene un padecimiento de menor nivel, el 20% tiene un padecimiento de nivel medio, el 10% tiene un padecimiento de nivel superior, y el 10% restante tiene un padecimiento no registrado.

En cuanto a la salud ambiental, el 40% de la muestra no tiene un padecimiento registrado, el 30% tiene un padecimiento de menor nivel, el 20% tiene un padecimiento de nivel medio, el 10% tiene un padecimiento de nivel superior, y el 10% restante tiene un padecimiento no registrado.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Este estudio coincidiendo con los artículos publicados sobre el síndrome del cuidador principal, nos revela que la mujer es la encargada de la atención del enfermo crónico (93% de los casos), en esta situación el paciente con reemplazo de la función renal ya sea en hemodiálisis o en diálisis peritoneal continua ambulatoria.

También encontramos que la edad de estas mujeres es entre 39 y 50 años en su gran mayoría en promedio a los 44 Años. Generalmente en el ciclo vital de la familia en etapa de dispersión o de retiro según Geyman.

El Familiar a quien con mas frecuencia se le asigna esta demandante tarea es la hija 57.89%, seguida por la esposa con 19.94%.

El estado civil del cuidador generalmente es casada por lo que se toma en cuenta que además del rol de cuidador también, tiene el rol de esposa, y madre y todo esto va a repercutir en el sistema familiar.

En lo que se refiere a la frecuencia del síndrome de cuidador principal en este trabajo se detecto un 67.36% y de este porcentaje el 14.73% esta altamente sobrecargado.

De los problemas clínicos se encontraron en el siguiente orden estrés 43.15% y ansiedad 30.52%, en menor proporción hipocondria con 11.57% y depresión 6.31%.

De los trastornos sicosomáticos la dispepsia ocupo el mayor porcentaje con 83.15%, seguido por Insomnio con 36.84%, e Hiperoxia y Cefalea con 27%, otros en menor proporción.

Los problemas emocionales se presentaron en menor proporción Preocupación 16.84 %, Tristeza 9.47 %, Soledad 9.47 %.

Y por ultimo los problemas de enfermedades personales de los cuidadores de enfermos crónicos son los gastrointestinales, osteoarticulares, diabetes mellitus e hipertensión arterial.

Las recomendaciones que podemos llegar son.

1. Hacer reuniones apoyándonos con trabajo social para tomar en cuenta más a esta población, informarles sobre la patología, diagnóstico y

- pronóstico de sus familiares para que ellos puedan actuar con mas seguridad, liberándose de incertidumbre y sentimientos de culpa.
2. Involucrar a otros familiares para que de ser posible, se repartan las tareas y no dejen todo en los hombros del cuidador principal.
 3. Reconocer el noble trabajo y esfuerzo por parte de su familiar y más familiares para que si no se puede de otra manera, al menos sea apoyado moral.
 4. Buscar las estrategias con el núcleo familiar, para que por lo menos 1 día por semana este personaje sea liberado de esta responsabilidad por su salud física y mental.
 5. Detectar a los pacientes altamente afectados para blindarles el apoyo necesario antes de que su salud física pero principalmente emocional sea más afectada.
 6. Realizar acciones específicas que se recomiendan en la literatura como:
 - Prepararle para la situación de duelo que deberá enfrentar en un futuro (si se valora que no cuenta con estrategias de afrontamiento efectivas).
 - Psicoterapia grupal: Esta parte es muy importante, el objetivo es entrenarle en habilidades sociales y resolución de problemas ya sean internos (ej. decidir dedicar más tiempo a su propia salud) o externos (ej. pedir apoyo a familiares y amigos).

El grupo tiene importantes beneficios:

- El terapeuta les ofrece información detallada sobre el trastorno que padecen.
- Encuentran el apoyo de otras personas en situaciones parecidas, de forma que pueden ver nuevas formas para resolver sus problemas.
- Les ayuda a superar su aislamiento, lo cuál puede animarles a buscar más contactos sociales fuera del grupo.
- Escuchar y compartir experiencias con personas en situaciones similares les proporciona alivio emocional.

El hecho de saber que sus opiniones y conocimientos son escuchados y valorados puede aumentar su autoestima.

1. [Faint text]
2. [Faint text]
3. [Faint text]
4. [Faint text]
5. [Faint text]
6. [Faint text]
7. [Faint text]
8. [Faint text]
9. [Faint text]

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Cepero Félix Ernesto. Necesidades de aprendizaje del cuidador principal para el tratamiento del anciano con demencia tipo Alzheimer. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2009 Dic [citado 2011 Jun 16]; 25(3-4):
2. Moral MS, Ortega J, López JM, Pellicer MP. Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. Aten Primaria 2003; 32: 77-87.
3. Martínez Cepero Félix Ernesto. Necesidades de aprendizaje del cuidador principal para el tratamiento del anciano con demencia tipo Alzheimer. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2009 Dic [citado 2011 Jun 16]; 25(3-4).
4. Pérez Laura L, Díaz Díaz M, Herrera Cabrera E, Silvera Hernández P. Síndrome del cuidador en una población atendida por equipo multidisciplinaria de atención geriátrica. 2000; 4(2):32-39.
5. La tensión de las personas encargadas del cuidado de los enfermos de Alzheimer. 2006 Disponible en: <http://www.alz.org/aboutsite.asp> (Consultado 11 Enero de 2007)
6. Pérez Trullen JM, Abanto Alba J, Labarta Mancho J. El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia). Atención Primaria 1996;18 (4):82-98.
7. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D: Detecting anxiety and depression in general medical settings. Br Med J 297:897-899.
8. Bover Bover, A. Cuidadores informales de salud del ámbito domiciliario: percepciones ligadas al género y a la generación. [tesis]. Illes Balears: Universitat de les Illes Balears; 2004. Disponible en: <http://www.tdx.cesca.es>. (Consultado 6 febrero 2008)
9. King AC, Oka RK, Young DR. Ambulatory blood pressure and heart rate responses to the stress of work and caregiving in older women. J Gerontol 1994;49:239-45.

10. Dura JR, Stukenberg KW, Kiecolt-Glaser JK. Chronic stress and depressive disorders in older adults. *J Abnorm Psychol* 1990;99:284-90.
11. Valles MN, Gutierrez V, Luquin AM, Martin MA, López F. Problemas de salud y sociales de los cuidadores de los pacientes con demencia. *Atención Primaria* 1998;22 (8):481-485.
12. Pérez Trullen JM, Abanto Alda J, Labarta Mancho J. El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia). *Aten Primaria*, 1996; 18:194-202.
13. García Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit* 2004; 18(Supl 2): 83-92.
14. Mace N, Rabins P. 36 horas al día. Barcelona. Ed Ancora 1991
15. JosÃ© Antonio Muela MartÃ¡nez, Carlos JesÃ©s Torres Colmenero y Eva MÃª PelÃ¡juez PelÃ¡juez. El Sndrome del cuidador. *anales de psicologÃªa*, 2002, vol. 18, nÃº 2
16. Lara PÃ©rez Leydis, DÃ­az DÃ­az, Madalys, Herrera Cabrera Elisa, Silveira HernÃ¡ndez Pablo. Sndrome del "Cuidador" en una poblaciÃ³n atendida por equipo multidisciplinario de atenciÃ³n geriÃ¡trica. *Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]*. 2001 Ago [citado 2011 Jun 21] ; 17(2): 107-111.
- Obrador G, Cueto A, GarcÃ­a G. La InvestigaciÃ³n NefrolÃ³gica en MÃ©xico. Resultado de la primera reuniÃ³n de consenso en Guadalajara, Jalisco. *Nefrologia mexicana*. 2001 (22) 2: 63-70.
17. *Manual de Dialisis*, John T. Daugirdas; 4ª ediciÃ³n; Woters Kluwer, Lippincott Williams and Wilkins.2007, Pp 3 y 4.
18. A. I. M. de Francisco, J.J: De la Cruz, A. Cases, M. de la Figuera, M. I. Egocheaga, J. I. GÃ³rriz, J. I. LlisterrÃ­, R. Marin y A. MartÃ­nez Castelao. Prevalencia de Insuficiencia Renal En Centros De AtenciÃ³n Primaria en EspaÃ±a. *Estudio EROCAP, NEFROLOGIA*. Vol. 27. No. 3. 2007.
19. Ancri J, Andrieu S, Beaufile B, Grand A, Henrard J. Beyond the global score of the Zarit Burden Interview: useful dimensions for clinicians. *Int J Geriatr Psych*. 2005;20:254-260

20. Bobes J. et al. *Instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Novartis Farmacéutica, S.A. 2000.
21. Demencia: información y consejos para quienes proveen cuidados. 2005. Disponible en <http://familydoctor.org/585.xml> Consultado 17 Diciembre de 2008)
22. Ruiz Aldame M., Portillo Escalera, MC. *Guía para Cuidadores y Profesionales de Atención Primaria*. Junta de Andalucía. Consejo de Salud. Primera edición. Andalucía. España. 1996.
23. Peón Sánchez MJ. Atención de enfermería hacia el cuidador principal del paciente con enfermedades de Alzheimer. Prevención y cuidados en el Síndrome del Cuidador. *Enfermería Científica*. 2004;14:264:16-22.
24. Johnson J. Diabetes education: It is not only what we say. *Diabetes Care* 1982; 5(3): 343-345.
25. Johnson SB. Methodological issues in diabetes research. *Diabetes Care* 1992; 15(11):1658-1667.
26. Editorial. Régimen adherente: A problematic construct in diabetes research. *Diabetes Care* 1985; 8(3):300-301.

ANEXOS

ANEXO 1. Escala de ZARYT

Escala de sobrecarga del cuidador de ZARYT (Caregiver Burden Interview) **Ítem**
Pregunta a realizar Puntuación

Cada ítem se valora así:

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

| Frecuencia | Puntuación |
|-----------------|------------|
| Nunca | 0 |
| Casi nunca | 1 |
| A veces | 2 |
| Bastantes veces | 3 |
| Casi siempre | 4 |

Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, sobrecarga de 47 a 55 puntos, y de "sobrecarga intensa" una puntuación superior.

- 1 ¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?
- 2 ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?
- 3 ¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?
- 4 ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?
- 5 ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?

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

ANEXO 2. Cuestionario de datos socio demográficos y patología asociada

| Presencia de trastornos asociados en los cuidadores | | SI | NO |
|---|---|-----|-----|
| 1- | Trastornos osteo-musculares y dolores asociados | ___ | ___ |
| 2- | Patologías cardio-vasculares | ___ | ___ |
| 3- | Trastornos gastro-intestinales | ___ | ___ |
| 4- | Alteraciones del sistema inmunológico | ___ | ___ |
| 5- | Problemas respiratorios | ___ | ___ |

Síntomas psicológicos

| <u>Problemas clínicos</u> | SI | NO |
|---------------------------|-----|-----|
| Depresión | ___ | ___ |
| Ansiedad | ___ | ___ |
| Estrés | ___ | ___ |
| Hipocondría | ___ | ___ |
| <u>Psicosomáticos</u> | SI | NO |
| Dolor de cabeza | ___ | ___ |
| Pérdida de apetito | ___ | ___ |
| Tembor | ___ | ___ |
| Problemas gástricos | ___ | ___ |
| Palpitaciones | ___ | ___ |
| Vértigo | ___ | ___ |
| Alergia inmotivada | ___ | ___ |
| Insomnio | ___ | ___ |

Problemas de memoria — —

Problemas de concentración — —

Emocionales SI NO

Tristeza — —

Preocupación — —

Soledad — —

Culpabilidad — —

Depresión — —

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y Fecha: Nueva Rosita, Coahuila, Enero de 2012.

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

Síndrome del cuidador en quienes atienden a pacientes con insuficiencia renal crónica terminal

Registrado ante el comité local de investigación o la cnic con el número-----
555-----el objetivo del estudio es: Determinar a la frecuencia del síndrome del cuidador en quienes atienden a pacientes en tratamiento con terapia sustitutiva renal.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Contestar encuesta dirigida, 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; ninguno, por que solo se contestaran encuestas.

El investigador responsable se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier asunto relacionado con la investigación.

El Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán conservados.

Nombre y firma del paciente

Dr. Horacio González González 99053477

Nombre, firma, matrícula del investigador principal

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionados con el estudio:

877 116 76 66

Testigos

Testigo 1

Testigo 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
COORDINACIÓN DE DOCENCIA

“CÉDULA DE REVISIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN FINAL”

EL OBJETIVO DE ESTA CÉDULA, ES HACER LLEGAR A USTED LOS COMENTARIOS DE SU INVESTIGACIÓN FINAL. PARA LA APROBACIÓN DE ESTE, ES INDISPENSABLE EFECTUAR LOS CAMBIOS SEÑALADOS EN LOS APARTADOS CORRESPONDIENTES, ES CONVENIENTE QUE CONTINÚE EL DESARROLLO DEL TRABAJO CON SU PROFESOR TITULAR.

Nombre del alumno: Dr. Horacio González González

Sede Académica: UMF 24 Nueva Rosita Coahuila .IMSS

Identificación del trabajo: SINDROME DEL CUIDADOR EN QUIENES ATIENDEN A PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL.

Nombre del Profesor que revisó el trabajo: Dra. Baillet Esquivel Laura E.

Nº de revisión: 1

HOJAS FRONTALES: Bien

TÍTULO: Bien

ÍNDICE: Bien

MARCO TEÓRICO: Bien

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: Bien

JUSTIFICACIÓN: Bien

OBJETIVOS: Bien

HIPÓTESIS: NO NECESARIA

METODOLOGÍA: Bien

DISCUSIÓN: Bien

CONCLUSIONES: tiene registro R 2011-2104- 13. Se aprueba esta tesis

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Bien

SE APRUEBA ESTA TESIS
DRA BAILLET E. LAURA E.

