



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

TESIS

REALIZADA PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR

**“ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL Y  
SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO EN LA UNIDAD  
DE MEDICINA FAMILIAR N°7”**

PRESENTA:

AZUCENA QUIROZ MERINO  
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR  
Unidad de Medicina Familia N°7

DR. JOSE LUIS MUÑOZ CHAPUL  
ASESOR CLÍNICO  
Especialista en Medicina Familiar  
Unidad de Medicina Familiar N°7

DR. MANUEL MILLÁN HERNÁNDEZ  
ASESOR METODOLOGICO  
Especialista en Medicina Familiar.  
Hospital de Psiquiatria con UMF N° 10 IMSS



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.



## RESUMEN

### **ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL Y SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°7**

Azucena Quiroz Merino<sup>1</sup>, Sandra Vega García<sup>2</sup>, Manuel Millán-Hernández<sup>3</sup>, José Luis Muñoz Chapul<sup>4</sup>.  
<sup>1</sup>Residente Medicina Familiar, <sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar, <sup>3</sup>Especialista en Medicina Familiar, <sup>4</sup>Especialista en Medicina familiar

#### **Antecedentes:**

La enfermedad renal crónica posee diferentes etiologías, principalmente enfermedades cronicodegenerativas. El aumento de la esperanza de vida está relacionado con el aumento de esta patología.

El síndrome de sobrecarga, colapso o desgaste del cuidador primario se caracteriza por el agotamiento físico y psíquico ya que la persona tiene que afrontar súbitamente una situación para la que no está preparada y que consume todo su tiempo y energía. tiene efectos secundarios como lo es el incremento en la recurrencia de ingresos hospitalarios del paciente. Además, el cuidador puede reaccionar con sobrecuidado, lo cual contribuye a la discapacidad.

#### **Objetivo:**

Investigar la enfermedad renal crónica terminal y sobrecarga del cuidador primario en la unidad de medicina familiar N° 7

**Material y métodos:** Estudio observacional transversal. Lugar: Unidad de Medicina Familiar No. 7. Población: Cuidadores primarios mayores de 18 años, de paciente en diálisis peritoneal ambulatoria. Procedimientos: recolección de datos general y aplicación de escala de Zarit.

**Recursos:** Se cuenta con la asesoría de asesores (metodológico y clínico), disposición de las instalaciones para realizar las encuestas y el financiamiento en su totalidad será absorbido por el Médico Residente.

**Infraestructura:** Instalaciones de una unidad Médica de primer nivel de atención.

**Experiencia del grupo:** Los investigadores han realizado en conjunto más de 10 investigaciones relacionadas a temas clínicos en el último año; se cuenta con experiencia de la asesoría metodológica de más de 5 años en lo que respecta a investigación realizadas por médicos residentes para obtención de grado correspondiente.

**Tiempo a desarrollarse:** Febrero 2019-Diciembre 2019

**“ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA  
TERMINAL Y SOBRECARGA DEL  
CUIDADOR PRIMARIO EN LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR N°7”**

## ÍNDICE

Marco teórico.....	6
Justificación.....	14
Planteamiento del problema.....	14
Objetivos.....	15
Hipótesis del trabajo.....	15
Material y métodos.....	16
Tipo de estudio.....	17
Diseño de la investigación.....	18
Población, lugar y tiempo.....	19
Muestra.....	21
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	22
Variables.....	23
Diseño Estadístico.....	25
Instrumento de recolección.....	26
Método de Recolección.....	28
Maniobras para evitar y controlar sesgos.....	28
Consideraciones éticas.....	29
Recursos.....	32
Cronograma.....	33
Resultados.....	34
Conclusiones.....	34
Discusión.....	35
Referencias.....	36
Anexos.....	39

## MARCO TEÓRICO

La enfermedad renal crónica posee diferentes etiologías, pero de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud principalmente enfermedades cronicodegenerativas como diabetes mellitus e hipertensión arterial, respectivamente. Aunque también encontramos otros factores de riesgo como: edad, antecedentes heredofamiliares, raza, nivel socioeconómico toxicidad por fármacos. Se ha transformado en un problema médico, así como de salud pública por las dimensiones epidémicas que ha alcanzado. <sup>1, 2</sup>

La enfermedad renal crónica terminal, es secundaria a una pérdida del funcionamiento renal de manera irreversible, ocasionando la necesidad permanente de sustituir la función renal, ya sea por medio de diálisis o por medio de un trasplante, para así evitar la uremia, situación que pone en peligro la vida del paciente. <sup>3</sup>

La Iniciativa para la calidad de los resultados de la enfermedad renal de la National Kidney Foundation (NKF-KDOQ) clasifican la enfermedad renal crónica en 5 estadios de acuerdo al daño renal, la función renal y la filtración glomerular. Del estadio 3 al 5 se puede definir solo con la filtración glomerular. Sin embargo, el estadio 1 y 2 requieren la presencia o persistencia a de proteinuria, albuminuria, hematuria o alteraciones anatómicas. Estadio 5 se puede describir como falla renal establecida, también llamado estado terminal. El daño renal ha avanzado tanto que requiere un tratamiento de reemplazo de la función renal para mantener la vida.<sup>4</sup>

El tratamiento sustitutivo de la función renal se puede llevar a cabo por medio de diálisis peritoneal y hemodiálisis. La hemodiálisis consiste en suplir la función por medio de una maquina externa por donde circula la sangre del paciente, pasa a través de un filtro por el cual libra de toxinas y así regresa al cuerpo del paciente. Es un proceso lento, aproximadamente 4 horas, debe realizarse 2 o 3 veces por semana.<sup>5</sup>

La diálisis peritoneal, es una técnica que utiliza el peritoneo como filtro más una solución conocida como dializado. El dializado limpia las toxinas y líquidos de la sangre por medio de un catéter a nivel abdominal colocado por medio de una intervención quirúrgica y está indicada para cualquier paciente independientemente de su edad con enfermedad renal crónica terminal. Ya que presentan adecuada tolerancia y que puede llevarse a cabo desde el domicilio del paciente, así sea completamente dependiente, parcialmente o totalmente dependiente de un cuidador.<sup>6</sup>

El paciente y el cuidador primario deben recibir capacitación para la realización de la misma, así como adaptar una habitación en el domicilio, que cubra los requisitos necesarios.<sup>7</sup>

En la mayoría de los casos, los pacientes que se encuentran en diálisis peritoneal ambulatoria, son dependientes de un cuidador primario y por ende la educación sanitaria que requieren es una parte fundamental en el rol de cuidador. Se ha visto en diferentes estudios que la buena educación mejora la calidad de vida, y que una falta de esta provoca un efecto negativo. El resultado es que tras una intervención educativa mejora el cuidado y calidad de vida.<sup>8,9</sup>

Es bien reconocido que la terapia sustitutiva con diálisis ocasiona alto estrés, físico y emocional, ya que se enfrentan limitaciones con consecuencias biológicas, psicológicas y sociales. Ser el cuidador de un paciente en diálisis requiere soporte técnico, modificación del estilo de alimentación y de líquidos, suspender ciertos alimentos y disminución de ingesta de electrolitos y minerales.<sup>10</sup>



El crecimiento estimado de pacientes en terapias dialíticas es de 9 % anual, lo cual ofrece un verdadero reto al Instituto y al sistema de salud mexicano, dato similar a lo reportado en el Consenso español 2014, de 9.4 %. Aunque México no cuenta con un registro nacional de datos de pacientes renales que integre al Sistema Nacional de Salud en su totalidad. El verdadero escenario catastrófico de la ERC se encuentra en los estadios 3 y 4, en donde los factores tradicionales de progresión del daño renal (edad avanzada, hiperglicemia, dislipidemia, hipertensión arterial, obesidad y sedentarismo, síndrome metabólico), tienen una prevalencia alta en población general, los cuales, en un escenario a mediano y largo plazo ocuparán los estadios 4 y 5, sin embargo se encuentran mayormente incrementados en poblaciones específicas (diabetes, hipertensión, enfermedad vascular periférica, enfermedad coronaria) aunque susceptibles de tratamiento, en donde la implementación de acciones preventivas primarias y secundarias, así como un programa de trasplante renal eficientes, son imperativos; además de la comunicación estrecha entre el nefrólogo y el médico de primer nivel, que son fundamentales para mejorar el manejo integral del paciente y eficientar los recursos, lo que redundará en un beneficio común para el Instituto y la sociedad. <sup>11</sup>

De acuerdo a Javier Arrieta “La terapia sustitutiva Renal, consume el 2.5% del presupuesto del Sistema Nacional de Salud y más del 4% del de atención Especializada”.  
<sup>12</sup>

Acorde al nivel de apego del paciente y cuidador primario en las indicaciones de tratamiento, será menor el riesgo de complicaciones del procedimiento dialítico. Al ser incluidos en el programa deben tener un dominio del 100% en la técnica por lo que es muy importante realizar los esfuerzos necesarios para disminuir riesgo de complicaciones. <sup>13</sup>

Los países desarrollados gastan alrededor del 2 al 3% de su gasto en salud en la atención de ERC para la atención del 0.1 al 0.2% del total de la población,20 los efectos de carga económica son de mayor impacto en los países en desarrollo; en cuyo contexto, el valor por el dinero puede cambiar drásticamente de un momento a otro, y donde las inversiones en salud se ven restringidas dada una demanda potencial que se incrementa día a día. Los reportes de causas de muerte en México por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía sitúan en el lugar once la insuficiencia renal.<sup>14</sup>

El costo que éste genera se acuerdo al Diario Oficial es: Atención de urgencias en unidades de primer nivel \$562, sesión de hemodiálisis 4 633, sesión de diálisis 121. <sup>15</sup>

El síndrome de sobrecarga, colapso o desgaste del cuidador primario se caracteriza por el agotamiento físico y psíquico ya que la persona tiene que afrontar súbitamente una situación nueva para la que no está preparada y que consume todo su tiempo y energía, por lo que pierde su independencia, desatiende sus tareas y abandona su proyecto de vida, lo que se traduce es importantes cambio en las relaciones familiares, sociales y laborales, e incluso en la situación económica.<sup>16</sup>

Es un cuadro plurisintomático que afecta todas las esferas de las personas, como estrés, ansiedad, irritabilidad. Reacción de duelo, dependencia, temor a la enfermedad, cambios conductuales, sensación de culpabilidad por no atender convenientemente al paciente y alteraciones afectivas que pueden motivar la aparición de ideas suicidas.<sup>17</sup>

Se define como colapso del cuidador a la respuesta multidimensional de la apreciación negativa y estrés percibido resultado del cuidado del individuo, usualmente familiar, que padece una condición médica. El colapso del cuidador tiene efectos secundarios como lo es el incremento en la recurrencia de ingresos hospitalarios del paciente. Además, el cuidador puede reaccionar con sobrecuidado o sobreprotección, lo cual contribuye más a la discapacidad. Otras de las consecuencias sobre el paciente es el maltrato.<sup>18</sup>

La carga objetiva se relaciona directamente con varios factores propios del rol del cuidador, como la carga física y emocional, el tiempo que dedica al cuidado, exposiciones a otras situaciones estresantes, así la carga subjetiva se puede definir como reacciones o actitudes del cuidador y varía de acuerdo a la percepción del mismo. <sup>19</sup>

La transición demográfica ha cambiado la estructura de la población, lo que ha incrementado las enfermedades crónico-degenerativas, la discapacidad y la dependencia funcional y con ello la necesidad de apoyo por parte de la familiar para el cuidado del adulto mayor o paciente con enfermedad crónico-degenerativa que provoca algún grado de incapacidad. Se estima que el 1% de la población mayor de 65 años de edad se encuentra totalmente inmovilizada, 6% padece severas limitaciones para las actividades básicas de la vida diaria y hasta 10% padece incapacidad moderada. Esos porcentajes se incrementan al analizar la población mayor de 80 años de edad.<sup>20</sup>

Podemos ver dos tipos de cuidador, el formal, ya que son parte de un equipo de salud y se encuentran capacitados para otorgar cuidado y servicio profesional, que obtienen una remuneración por el servicio y se encuentran por un tiempo limitado, a diferencia de los informales, que generalmente es un miembro de la familia. <sup>21</sup>

Astudillo, et. al. En 2008, definen al cuidador primario, como: la persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo: papel que por lo general lo juegan el/ la esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que es significativo para el paciente. Es el que tiene la delicada tarea de poner en marcha la solidaridad con el que sufre y el que más pronto comprende que no puede quedarse con los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta a su familiar o amigo. Su trabajo adquiere una gran relevancia para el grupo que atiende y rodea al enfermo conforme progresa la enfermedad, no sólo por la atención directa al paciente, sino también por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia. <sup>22</sup>

El cuidador primario es la persona que se hace mayormente responsable del paciente, frecuentemente supervisa las actividades, otorga atención a nivel emocional y en especie, puede o no proveer el sustento. Debe enfrentar momentos críticos relacionados con el estrés que genera el cuidado, lo que provoca agotamiento. Se menciona que las características del cuidador en población mexicana, la edad aproximada es de 49 años, sin embargo, en estudios americanos o europeos se reporta que es de 62 años. En cuanto al parentesco el cuidador primario suele ser hijo. Generalmente es una mujer con edad entre 40-55 años, la mayoría son hijas o esposas y solo un porcentaje menor trabaja fuera de casa.<sup>23</sup>

Se reporta que los cuidadores, en su mayoría son las parejas del paciente, se sufre una transformación de sus seres queridos, con presencia de sentimientos como pérdida y duelo. Se encuentra que varían los motivos que llevan a tomar el rol, principalmente son afectivos. Se asume este rol, por humanidad, amor y gratitud, ya que el lazo emocional es fuerte por ambas partes. O por otro lado puede ser por presión social y obligación, para evitar reproche del resto de la familia o porque nadie más quiere hacerse responsable.<sup>24</sup>

La rotación familiar o sustitución del cuidador principal por otros es poco habitual. El género, la convivencia y el parentesco son las variables más importantes para predecir qué persona del núcleo familiar va a ser el cuidador principal. Otros factores que debemos considerar son la edad, tiempo disponible, tiempo de dedicación, existencia de otras cargas familiares. Por esta situación es más frecuente que este rol, no desempeñen es esposo o esposa, ya que es más fácil aceptar la ayuda del conyugue. E hijos, comúnmente la hija que aún está en casa, o la única mujer entre los hermanos, iniciando como una carga temporal, que en muchas ocasiones termina prolongándose durante años, con una creciente demanda de cuidados y atenciones.<sup>25</sup>

La población total de la Unidad de Medicina Familiar N° 7 es de 269,037, el 46.01% son hombres 53.99% mujeres. Se reportan 41,069 son pacientes mayores de 65 años, de los cuales 17,171 corresponde a hombres y 23898 a mujeres. Divididos de la siguiente manera: 65 a 69 años: 5,409 hombres y 7270 mujeres; de 70 a 74 años 4315 hombres y 5,564 mujeres; de 75 a 79 años 2,888 hombres y 3,953 mujeres; de 80 a 84 años 1,981 hombres y 2,894 mujeres; mayores de 85 años: 2,578 hombres y 4 217 mujeres. En el 2017, las cinco primeras causas de morbilidad en la población de la U.M.F. N° 7 fueron: Hipertensión arterial sistémica, Diabetes Mellitus, cardiopatías, faringitis aguda e insuficiencia renal crónica y las tres principales causas de muerte reportadas fueron: Diabetes Mellitus, con una tasa de 21.9 defunciones por cada 100 000 habitantes; Infarto agudo al miocardio y neumopatías. <sup>26</sup>

Se reporta población de pacientes en diálisis peritoneal ambulatoria de 258 pacientes de los cuales se encuentran en diálisis peritoneal automatizada 96 pacientes y 162 em diálisis peritoneal continua ambulatoria. <sup>27</sup>

Este ha sido evaluado mediante la aplicación de diferentes escalas, como la de sobrecarga del cuidador de Zarit. En 1985 Zarit y Orr redujeron de 29 a 22 ítems. Este instrumento es una prueba psicométrica de calificación objetiva que evalúa la presencia o ausencia de sobrecarga medida en grados. A cada respuesta se le asigna una puntuación de 0 a 5 y al final se suma el total de los mismos. De acuerdo con estos se designa un estado: ausencia de sobrecarga, sobrecarga ligera y sobrecarga intensa. Está prueba tiene sensibilidad de 100%, especificidad de 90.5%, valor predictivo positivo de 95.4% y valor predictivo negativo del 100% para determinar la sobrecarga de cuidador. El instrumento original de Zarit y cols, consistía en 29 preguntas que consideraba varios aspectos como salud física y psicológica, nivel económico, estado laboral, apoyo social y relación del cuidador y el paciente. La escala de sobrecarga de cuidador de Zarit abreviada consta de 7 preguntas, en las que se evalúa en una escala del 1 al 5 cada pregunta, obteniendo el resultado de ausencia de sobrecarga en una escala de 7 a 16 puntos y sobrecarga intensa en puntuación igual a o mayor a 17. <sup>28</sup>

En Cuba se realizó el estudio: “Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia”, realizado por Espín A. (2008) un estudio descriptivo se trabajó con 61 cuidadores informales de personas que padecen demencia aplicándoles el Cuestionario de Caracterización y la Escala Psicosocial del cuidador. Los resultados mostraron que: los cuidadores informales en su mayoría fueron mujeres, con un rango de edades entre los 40-59 años; 73,8% eran hijos del mismo paciente a cargo de sus cuidados; 55,7% fueron casados; 34,4% no presentaron ningún otro vínculo laboral; 73,8% atendían a los adultos mayores por razones afectivas; 77,0% no tenían experiencia previa en cuidados; 36,1% llevaban menos de 1 año al cuidado del adulto mayor; 67,2% no tenían ningún tipo de información de la enfermedad; 31,1% padecían de problemas nerviosos, 23,3% problemas óseo-musculares, la estrategia de afrontamiento era fundamentalmente, la búsqueda de apoyo por parte de los familiares en 42,5%.<sup>29</sup>

En México, la licenciada Hilda Rivera Mora y Cols, en el 2011, llevaron a cabo un estudio en la clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, con el fin de identificar el perfil del cuidador primario. En dicho estudio se encontró que el 27% de los cuidadores padecían hipertensión arterial y 18% diabetes Mellitus. Según la escala de Zarit, 14% de los cuidadores experimentaban sobrecarga leve y 11% sobrecarga intensa.<sup>30</sup>

En un estudio realizado en primer nivel de atención, en la clínica de medicina familiar Dr. Ignacio Chávez en noviembre de 2016, se reportó que la proporción de sobrecarga fue mayor en mujeres (88.3%), siendo el rango de edad de 38 años, límite de 27 a 65 años.<sup>31</sup>

Otro estudio realizado en 2017 en la ciudad de México reporta que en las pruebas de comparación hubo diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en lo que respecta al síndrome de sobrecarga del cuidador, siendo mayor en los primeros (64%) que en las segundas (49%).<sup>32</sup>

## JUSTIFICACIÓN

El presente protocolo se realiza con el objetivo de investigar el síndrome de sobrecarga del cuidador primario de pacientes con enfermedad renal crónica terminal de la U.M.F. No. 7, ya que llega a ser un padecimiento subdiagnosticado lo que ocasiona repercusión en la calidad de vida del paciente y del cuidador primario. Evolucionando así a presentar complicaciones del síndrome de sobrecarga.

Se espera conocer la prevalencia para poder ejercer un diagnóstico temprano y dar un manejo oportuno y prevenir consecuencias, mejorando así la calidad de vida del cuidador primario y por consiguiente del paciente con enfermedad renal crónica terminal.

Así mismo se busca influir en la población con tratamiento sustitutivo de la función renal, ya que con mayores complicaciones implica un gasto más elevado, como se ha reportado el costo que esté genera por atención de urgencias en unidades de primer nivel \$562, sesión de hemodiálisis 4 633, sesión de diálisis 121.

La terapia sustitutiva Renal, consume el 2.5% del presupuesto del Sistema Nacional de Salud y más del 4% del de atención Especializada.

Por lo que se busca incidir en un cuidador primario sin complicaciones, con atención oportuna para aminorar complicaciones del paciente con enfermedad renal crónica, llevando así a disminuir los costes en atención medica de urgencias o atención de complicaciones prevenibles con un cuidado de calidad y cuidado oportuno.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación de la enfermedad renal crónica terminal y sobrecarga del cuidador primario de la unidad de medicina familiar N°7?

## OBJETIVOS

### **GENERAL:**

- Investigar la relación de la enfermedad renal crónica terminal y sobrecarga del cuidador primario en la unidad de medicina familiar N° 7

### **ESPECÍFICOS:**

- Obtener edad del cuidador primario
- Conocer la ocupación del cuidador primario
- Conocer el parentesco del cuidador primario

## HIPÓTESIS DE TRABAJO

Se realiza las hipótesis de trabajo correspondientes por estructura académica debido a que en estudios de este tipo no se requiere la formulación de hipótesis.

H1: Sí existe relación con enfermedad renal crónica terminal y sobrecarga del cuidador primario en la unidad de medicina familiar N° 7

H0: No existe relación con enfermedad renal crónica terminal y sobrecarga del cuidador primario en la unidad de medicina familiar N° 7



## MATERIAL Y MÉTODOS

### **DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO**

Población: La población total de la Unidad de Medicina Familiar N° 7 es de 269,037, el 46.01% son hombres 53.99% mujeres.

Se reporta población de pacientes en diálisis peritoneal ambulatoria de 258 pacientes de los cuales se encuentran en diálisis peritoneal automatizada 96 pacientes y 162 en diálisis peritoneal continua ambulatoria.

Se localizará al cuidador primario del paciente con enfermedad renal crónica terminal en la consulta externa de medicina familiar, se le invitará a participar, si acepta; firmará la carta de consentimiento.

A partir de julio 2019 se buscó al cuidador primario en la sala de espera de la UMF, para aplicación de encuesta.

Se realizó la medición de la intensidad de variables cualitativas (sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, parentesco, sobrecarga), así como la medición de la magnitud de variables cuantitativas (edad), mediante procedimiento simple (escala de Zarit). Así mismo se realizó el recuento de las mismas de acuerdo a su clasificación correspondiente a las escalas utilizadas en la operacionalización de variables respectivamente. Se elaboró las tablas y gráficas necesarias que permitan la inspección de los datos. Se realizó la siguiente síntesis de datos, para las variables cualitativas se calculó frecuencia y porcentaje, mientras que para las variables cuantitativas se calculó medidas de tendencia central y medidas de dispersión; según corresponda cada caso. Finalmente, el análisis de la búsqueda de diferencias estadísticamente significativas se realizó con las medidas de resumen obtenidas, así como las fórmulas estadísticas y tablas específicas correspondientes.

## TIPO DE ESTUDIO

- PROSPECTIVO: De acuerdo al proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los
- TRANSVERSAL: De acuerdo a la secuencia del estudio.
- NO COMPARATIVO: De acuerdo a la intención comparativa de los resultados obtenidos.
- DESCRIPTIVO: De acuerdo al control de las variables, análisis y alcance de los resultados.
- OBSERVACIONAL: De acuerdo a la inferencia del investigador.

## DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

**Población:** Cuidadores primarios de pacientes con enfermedad renal crónica terminal de la U.M.F 7

**Tipo de estudio:** Estudio observacional transversal

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Cuidadores primarios MAYORES DE 18 AÑOS de pacientes con enfermedad renal crónica terminal DERECHOHABIENTES DEL IMSS.
- SEXO INDISTINO

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Cuidadores primarios que se nieguen a participar en este estudio de investigación
- Cuidadores primarios que no firmen el consentimiento informado

**CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- Cuidadores primarios que no hayan completado el cuestionario

**MUESTRA: 154**

Variables de estudio:

Sociodemográficas: Edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, parentesco.

Variable dependiente: Sobrecarga del cuidador primario

Variable independiente: Enfermedad Renal Crónica Terminal

Elaboró

**Azucena Quiroz Merino**  
**Residente**  
**Especialización médica en Medicina Familiar**

## POBLACIÓN LUGAR Y TIEMPO

### **Población:**

La población total de la Unidad de Medicina Familiar N° 7 es de 269,037, el 46.01% son hombres 53.99% mujeres.

Se reportan 41,069 son pacientes mayores de 65 años, de los cuales 17,171 corresponde a hombres y 23898 a mujeres.

Divididos de la siguiente manera:

De 65 a 69 años: 5,409 hombres y 7270 mujeres; de 70 a 74 años 4315 hombres y 5,564 mujeres; de 75 a 79 años 2,888 hombres y 3,953 mujeres; de 80 a 84 años 1,981 hombres y 2,894 mujeres; mayores de 85 años: 2,578 hombres y 4 217 mujeres.

En el 2017, las cinco primeras causas de morbilidad en la población de la U.M.F. N° 7 fueron: Hipertensión arterial sistémica, Diabetes Mellitus, cardiopatías, faringitis aguda e insuficiencia renal crónica y las tres principales causas de muerte reportadas fueron: Diabetes Mellitus, con una tasa de 21.9 defunciones por cada 100 000 habitantes; Infarto agudo al miocardio y neumopatías.

Se reporta población de pacientes en diálisis peritoneal ambulatoria de 258 pacientes de los cuales se encuentran en diálisis peritoneal automatizada 96 pacientes y 162 en diálisis peritoneal continua ambulatoria.

### **Lugar:**

La unidad de Medicina Familiar N° 7 fue fundada en marzo de 1960 por Benito Coquet, director general del IMSS durante ese periodo de tiempo, durante la presidencia de Adolfo López Mateos.

Se encuentra localizada en la delegación Tlalpan, colonia Huipulco. Sobre Calzada de Tlalpan, Acoxta y Ajusco N° 4220. Actualmente cuenta con un área de afluencia de cuatro delegaciones: Xochimilco, Tlalpan, Milpa Alta y Coyoacán.

En cuanto a la infraestructura cuenta con 36 consultorios físicos los cuales atienden en dos turnos, de lunes a viernes, y el día sábado solo se cuenta con turno matutino. Cuenta con 10 módulos de PrevenIMSS habilitados, los cuales operativamente atienden de lunes a viernes en turno matutino y vespertino. Se cuenta también con un área de Atención Médica Continua la cual cuenta con 3 consultorios, área de curaciones, área de

observación ambulatoria para adultos con 6 camas y para pacientes pediátricos con 4 camas, este servicio trabaja los 365 días del año.

En cuanto al personal médico se cuenta con 91 médicos familiares para el turno matutino y vespertino, incluyendo a médicos suplentes. Hay 8 médicos estomatólogos para el servicio de dental en ambos turnos. Para el servicio de Atención Médica Continua se tiene programada una plantilla de 23 médicos. Se cuenta con 44 enfermeras entre servicio de urgencias y medicina preventiva. El 32% de la población no es originaria de la ciudad de México, el 4% refieren pertenecer a un grupo étnico. El grupo étnico predominante es el Náhuatl seguido del Mazateco.

**Límites en el tiempo:**

Se realizó de febrero 2019 a julio 2019

## MUESTRA

### TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se cuenta con 258 pacientes en diálisis ambulatoria, el tamaño de la muestra se calculó mediante la siguiente fórmula:

$$N = \frac{N * Z^2 * p * q}{[e^2 * (N-1)] + [Z^2 * p * p]}$$

En donde tenemos que:

N= Población

z= Nivel de confianza

p= Probabilidad de ocurrir

q= Probabilidad de no ocurrir

e= Error

$$N = \frac{258 * 3.84^2 * 0.5 * 0.5}{[0.0025 * (258 - 1)] + [3.38^2 * 0.5 * 0.5]}$$

Obteniendo una muestra de 154 pacientes

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Cuidadores primarios mayores de 18 años de pacientes con enfermedad renal crónica terminal derechohabientes del IMSS
- Sexo indistinto

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Cuidadores primarios que se nieguen a participar en este estudio de investigación
- Cuidadores primarios que no firmen el consentimiento informado

### CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Cuidadores primarios que no hayan completado el cuestionario

## VARIABLES

- Variable dependiente: Sobrecarga del cuidador primario
- Variables independientes: Enfermedad renal crónica terminal
- Variables sociodemográficas: Edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad y parentesco.

### Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Se obtendrá preguntando al paciente.	Cuantitativa Discreta	Números enteros (años)
SEXO	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos	Será de acuerdo al registro presente en credencial de elector.	Cualitativa Nominal	1: Femenino 2: Masculino
ESTADO CIVIL	Es la situación en que se encuentra o no una persona en relación a otra con quien crea lazos jurídicos	Será de acuerdo a la hoja de recolección de datos.	Cualitativa Nominal	1: Soltero 2: Casado 3: Unión libre 4: Divorciado 5: Viudo
OCUPACIÓN	Actividad o trabajo que realiza una persona	Será de acuerdo a la hoja de recolección de datos.	Cualitativa Nominal	1: Empleado 2: Desempleado
ESCOLARIDAD	Período de tiempo que una persona asiste a la escuela para estudiar.	Será de acuerdo a la hoja de recolección de datos.	Cualitativa Nominal	1: Ninguna 2: Primaria 3: Secundaria 4: Bachillerato 5: Licenciatura 6: Posgrado
PARENTESCO	Relación entre parientes	Será de acuerdo a la hoja de recolección de datos.	Cualitativa Nominal	1: Hijo/a 2: Esposo/a 3: Hermano/a 4: Nuera/Yerno



<b>SOBRECARGA</b>	El grado en que los que proporcionan el cuidado percibe que su salud, vida social, personal y situación económica cambian por este hecho.	Se obtendrá de acuerdo al resultado de la encuesta de Zarit que se aplicará al cuidador.	Cualitativa ordinal	<b>0: Sin sobrecarga</b> <b>1: Sobrecarga intensa</b>
-------------------	---	--	---------------------	--

## DISEÑO ESTADÍSTICO

Se realizó la medición de la intensidad de variables cualitativas (sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, parentesco, sobrecarga), así como la medición de la magnitud de variables cuantitativas (edad), mediante procedimiento simple (escala de Zarit). Así mismo se realizó el recuento de las mismas de acuerdo a su clasificación correspondiente a las escalas utilizadas en la operacionalización de variables respectivamente. Se elaboraron las tablas y gráficas necesarias que permiten la inspección de los datos. Se realizó la siguiente síntesis de datos, para las variables cualitativas se calculó frecuencia y porcentaje, mientras que para las variables cuantitativas se calculó medidas de tendencia central y medidas de dispersión; según corresponda cada caso. Finalmente, el análisis de la búsqueda de diferencias estadísticamente significativas se realizó con las medidas de resumen obtenidas, así como las fórmulas estadísticas y tablas específicas correspondientes. El análisis estadístico se realizó a través del programa S.P.S.S. 21.

**ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL Y SOBRECARGA DEL CUIDADOR  
PRIMARIO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°7**

Azucena Quiroz Merino<sup>1</sup>, Sandra Vega García<sup>2</sup>, Manuel Millán-Hernández<sup>3</sup>, José Luis Muñoz Chapul<sup>4</sup>.  
1Residente Medicina Familiar, 2Especialista en Medicina Familiar, 3Especialista en Medicina Familiar, 4Especialista  
en Medicina familiar

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

<b>NOMBRE:</b>						
<b>EDAD:</b>						
<b>SEXO</b>	FEMENINO ( )	MASCULINO ( )				
<b>ESTADO CIVIL</b>	SOLTERO ( )	CASADO ( )	UNION LIBRE ( )	DIVORCIADO ( )	VIUDO ( )	
<b>OCUPACIÓN</b>	EMPLEADO ( )	DESEMPLEADO ( )				
<b>ESCOLARIDAD</b>	NINGUNA ( )	PRIMARIA ( )	SECUNDARIA ( )	BACHILLERATO ( )	LICENCIATURA ( )	POSGRADO ( )
<b>PARENTESCO</b>	HIJO/A ( )	ESPOSO/A ( )	HERMANO/A ( )	NUERA/YERNO ( )		

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 7  
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**



**ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO EN LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR NO 7**

Azucena Quiroz Merino<sup>1</sup>, Sandra Vega García<sup>2</sup>, Manuel Millán-Hernández<sup>3</sup>, José Luis Muñoz Chapul<sup>4</sup>.  
1Residente Medicina Familiar, 2Especialista en Medicina Familiar, 3Especialista en Medicina Familiar, 4Especialista en Medicina familiar

**ESCALA DEL CUIDADOR – ZARIT**

**INSTRUCCIONES:** Conteste las 20 preguntas marcando con una “X” solo uno de los casilleros correspondientes a las columnas, conteste de forma sincera según el siguiente criterio.

(1) Nunca                      (2) Casi nunca                      (3) A veces                      (4) Bastantes veces                      (5) Casi siempre

Item	Pregunta a realizar	1	2	3	4	5
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?					

-46	<b>Ausencia de sobrecarga</b>
47-55	<b>Sobrecarga ligera</b>
56	<b>Sobrecarga intensa</b>

## MÉTODO DE RECOLECCIÓN

1. Se acudió a la sala de espera de consulta externa de la unidad de medicina familiar No. 7
2. Se ubicó a los cuidadores primarios de pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal ambulatoria
3. Se informó brevemente la intención y utilidad de participar en esta investigación
4. Se dio a leer y firmar el consentimiento informado, explicándole el beneficio de participar en el presente estudio, para conocer el nivel de sobrecarga y poder diagnosticar para mejorar la calidad de vida.
5. Se le preguntó los datos personales al cuidador primario para colocarlo en la hoja de recolección de datos.
6. Se hicieron las preguntas del instrumento (Escala de Zarit) y se plasmó la respuesta dada por el cuidador primario.

## MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

### CONTROL DE SESGOS DE LA INFORMACIÓN

- Se realizó una búsqueda intencionada en información de artículos científicos y de fuente de información confiable.
- El formato para la recolección de datos fue supervisado por los asesores de la investigación
- Los participantes no fueron conscientes de las hipótesis específicas del trabajo de investigación

### CONTROL DE SESGOS DE SELECCIÓN

- Se evaluó y se respetó los criterios de inclusión, exclusión y eliminación durante la selección de los participantes
- La selección de los pacientes fue de manera aleatoria
- El examinador revisó el cuestionario para asegurarse que será llenado de manera correcta

### CONTROL DE SESGOS DE MEDICIÓN

- Se utilizó las escalas de medición del instrumento en base a la bibliografía para evitar errores en la interpretación de resultados

### CONTROL DE ANÁLISIS

- Se corroboró que el instrumento no tenga errores de redacción
- Se verificó que el participante sepa leer, escribir y no tenga problemas visuales para contestar el instrumento
- Se verificó los datos recabados y capturados para minimizar errores al capturarlos
- No se manipularon los resultados

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo a la ley general de salud, título primero, capítulo uno, de acuerdo al artículo 1, 2.

De acuerdo al título segundo De los Aspectos Éticos de la investigación en Seres Humanos Capítulo I, artículo 13 y 14, 16, 17, artículo 20 con la realización del consentimiento informado. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. La investigación científica, clínica, biomédica, tecnológica y biopsicosocial en el ámbito de la salud, sin factores determinantes para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general. Esta norma establece los criterios normativos de carácter administrativo, ético y metodológico, que en correspondencia con la Ley General de Salud y el Reglamento en materia de investigación para la salud, son de observancia obligatoria para solicitar la autorización de proyectos o protocolos con fines de investigación, para el empleo en seres humanos de medicamentos o materiales, respecto de los cuales aún no se tenga evidencia científica suficiente de su eficacia terapéutica de productos ya conocidos, así como para la ejecución y seguimiento de dichos proyectos.

### RIESGO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se llevó a cabo por medio de la aplicación de cuestionario de Zarit, por lo que no se exponen a ningún riesgo. Se considera investigación sin riesgo.

### CONTRIBUCIONES Y BENEFICIOS DEL ESTUDIO PARA LOS PARTICIPANTES Y LA SOCIEDAD EN SU CONJUNTO

Con este estudio se pretende determinar el grado de sobrecarga del cuidador primario.

### CONFIDENCIALIDAD

Se realizará de acuerdo a lo establecido en el Código de Núremberg, el cual es un sistema de principios de ética en investigación; fue el primer documento que planteó explícitamente la obligación de solicitar el Consentimiento Informado y expresión de la autonomía del paciente. Dentro de este código se cumplen ciertos principios para la

realización de dicho proyecto como son: Absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto, el experimento será útil para el bien de la sociedad, el estudio será diseñado de tal manera que los resultados esperados justifiquen su desarrollo, debe evitar todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario, no se pondrá en peligro la vida del sujeto, no se pone de manifiesto algún daño, incapacidad o muerte, será conducido solamente por personas científicas calificadas y los sujetos a estudiar podrán salir del estudio en cualquier momento que ellos así lo deseen.

En cuanto a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial hace referencia al deber del médico de promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en la investigación, que deben siempre tener primacía sobre todos los otros intereses, el propósito de dicha investigación en seres humanos es comprender las causas, evolución y efecto de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas, así como promover el respeto a todos los seres humanos para proteger la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

El informe Belmont presenta los principios éticos y pautas para la protección de sujetos humanos de la investigación. El informe establece los principios éticos fundamentales subyacentes a la realización aceptable de la investigación en seres humanos tomando en consideración los siguientes principios:

1. Respeto a las personas: Los individuos deben ser tratados como agentes autónomos y segundo, las personas con autonomía disminuida tienen derecho a la protección.
2. Beneficencia: Las personas son tratadas éticamente no sólo respetando sus condiciones y protegiéndolas del daño, sino también haciendo esfuerzos para asegurar su bienestar. Se han formulado 2 reglas generales como expresiones complementarias de acciones de beneficencia en este sentido: 1) no hacer daño; 2) aumentar los beneficios y disminuir los posibles daños lo más posible.

3. Justicia: Los iguales deben ser igualmente tratados. Cuando se quiera la investigación apoyada por fondos públicos conduzca al desarrollo de artificios y procedimientos terapéuticos, la justicia exige que estas se empleen no sólo para quienes puedan pagarlos y que tal investigación no implique indebidamente personas de grupos que improbablemente estarán entre los beneficiarios e las aplicaciones ulteriores de la investigación.

#### CONDICIONES EN LAS CUÁLES SE SOLICITA EL CONSENTIMIENTO

De acuerdo a la Ley General de Salud (Artículos 21-2), en este estudio se cuenta con una Carta de Consentimiento Informado donde se explicó los riesgos y beneficios de su participación y en qué consistiría la misma.



## RECURSOS

### RECURSOS

#### Recursos físicos

1. Sala de espera de consulta externa en turno matutino y vespertino

#### Recursos humanos

1. Un médico residente
2. Un asesor metodológico
3. Un asesor clínico

#### Recursos materiales

1. Una computadora

#### Recursos económicos

Este trabajo no requiere inversión extra a lo que normalmente se invierte en la evaluación o tratamiento de este tipo de pacientes. La unidad cuenta con el equipo, material e infraestructura. Los consumibles por el alumno y (raro, pero a veces) los asesores.

### FINANCIAMIENTO

El presente trabajo no recibe financiamiento por parte de ninguna institución, asociación o industria.

### FACTIBILIDAD

Es un estudio factible ya que se aplica una encuesta y no pone en riesgo a los pacientes.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

### ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL Y SOBECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIA N° 7

Azucena Quiroz Merino<sup>1</sup>, Sandra Vega García<sup>2</sup>, Manuel Millán-Hernández<sup>3</sup>, José Luis Muñoz Chapul<sup>4</sup>.  
1Residente Medicina Familiar, 2Especialista en Medicina Familiar, 3Especialista en Medicina Familiar,  
4Especialista en Medicina familiar



<b>Actividades</b>	Ene 2019	Feb 2019	Mar 2019	Abr. 2019	May 2019	Jun 2019	Jul 2019	Ago 2019	Sep 2019	Oct 2019	Nov 2019	Dic 2019
Planteamiento del problema y marco teórico.	R	R	R									
Hipótesis y variable			R	R								
Objetivos				R								
Cálculo de muestra					R							
Hoja de registro						P						
Presentación ante el comité						P						
Aplicación de Instrumento							P	P				
Análisis de resultados									P	P		
Elaboración de conclusiones											P	
Presentación de tesis												P

**Realizado**



**Programado**



## RESULTADOS

En la variable edad la media representó 48.2 años, con una desviación estándar de 9.3 años. La media fue 48 y la moda 44 años. El valor mínimo fue de 26 años y el máximo de 67 años. Ver tabla 1 y gráfica 1.

En lo que respecta la variable sexo, encontramos que, el 86.1% fueron mujeres y el 13.9% fueron hombres. Ver tabla 2 y gráfica 2.

Para el estado civil se halló, 19 solteros (26.4%), 30 casados (41.7%), 7 en unión libre (9.7%), 14 divorciados (19.4%), 2 viudos (2.8%). Ver tabla 3 y gráfica 3.

De acuerdo a la ocupación se encontró 13 personas con empleo (18.1%), 59 desempleados (81.9%). Ver tabla 4 y gráfica 4.

En cuanto a la escolaridad, 3 contaban con primaria (4.2%), 20 secundaria (27.8%), 29 con bachillerato (40.3%), 20 con licenciatura (27.8%). Ver tabla 5 y gráfica 5.

En cuanto al parentesco se encontró, 26 corresponden a hijo/a (36.1%), 19 esposo/a (26.4%), 16 hermano/a (22.2%), 10 nuera/yerno (13.9%), y otro en 1 ocasión (1.4%). Ver tabla 6 y gráfica 6.

Respecto al grado de sobrecarga se encontró 11 personas presentaban ausencia de sobrecarga (15.3%), 12 personas presentaron sobrecarga ligera (16.7%) y 49 sobrecarga intensa (68.1%). Ver tabla 7 y gráfica 7.

## CONCLUSIONES

Este estudio encontró que la edad más frecuente es de 44 años y las mujeres fueron más representativas con un porcentaje de 86.1%. El estado civil más significativo fue casado con un 41.7%, así como estar desempleado con 81.9%. La escolaridad más encontrada fue bachillerato con 40.3%. El parentesco más sobresaliente fue hijo/a con un 36.1 %

Resultado que más se encontró fue presencia de sobrecarga intensa, con 68.1%.

## DISCUSION

De acuerdo a Lara 2008 es más frecuente en mujeres, lo que coincide con este estudio, ya que muchas veces, las mujeres toman ese rol de cuidador primario por razones sociales, ya que se encuentran en el hogar.

Se demostró que son los hijos quien con mayor frecuencia toman el rol de cuidador primario, lo que coincide con Rivero-García 2015, esto se puede deber a que el cuidador de los padres recae en los hijos, son ellos quien mayormente sienten la responsabilidad de llevar al paciente a las consultas, de acompañarlos en el proceso y recibir la capacitación para la diálisis.

De acuerdo al estudio realizado por Rivera 2011, es más frecuencia que el cuidador sea desempleado, que se dedique al hogar, lo que coincide con estos resultados. Ya que socialmente se ve como las personas que cuentan con mayor disponibilidad de tiempo para otras tareas como el cuidador de una tercera persona, sin embargo, también se responsabilizan de tareas más pesadas y demandantes.

Según el estudio realizado por Cabada 20017. La edad promedio coincide con los resultados en este estudio, ya que son adultos que normalmente se encuentran con la disposición de atender al paciente y en algunas ocasiones también con los recursos financieros para apoyar a su familiar.

Este estudio coincide con el realizado por Muñoz-Campos 2015, debido a que en ambos la escolaridad mayor a la primaria es representativa. Ya que muchas veces se necesita una preparación mayor para poder entender realizar los cuidados de diálisis en casa.

## REFERENCIAS

1. Ávila SM. (2013). Enfermedad renal crónica: prevención y detección temprana en el primer nivel de atención. *Med Int MEx*, 29(2), pp.148-153.
2. (INEGI) I. Mortalidad [Internet]. Inegi.org.mx. 2019 [cited 1 June 2019]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/temas/mortalidad/>
3. Tratamiento sustitutivo de la función renal. Diálisis y Hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica. México: Secretaría de Salud; 25 de septiembre 2014.
4. Rao M. Chronic Kidney Disease: National Clinical Guideline for Early Identification and Management in Adults in Primary and Secondary Care. *NICE Clinical Guidelines*. 2014;75(6):571.
5. Pereira RJ, Boada ML, Peñarada FD, Torrado NY. Diálisis y hemodiálisis. Una revisión actual según la evidencia. Colombia; 2017.
6. Teixidó-Planas J, Tarrats VL, Arias SN, Coscolluela MA. Sobrecarga de los cuidadores de pacientes de diálisis peritoneal. Validación de cuestionario y baremos. *Nefrología*. 2018;38(5):535-544.
7. López LD, Rodríguez CL, Carreño MS, Cuenca I, Chaparro DL. Cuidadores de pacientes en diálisis peritoneal: experiencia de participar en un programa de habilidad de cuidado. *Enferm Nefrol*. 2015;18(3):189-195.
8. Bañobre GA, Vázquez RJ, Outeiriño NS, Rodríguez GM, González PM, Graña AJ et al. Efectividad de la intervención educativa en cuidadores de pacientes dependientes en diálisis y valoración de la carga. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2005;8(2).
9. Lovera ML, Bonilla CN, Giraldo JD, Triana JL, Zapata ZM, Restrepo RJ. Seguridad de la diálisis peritoneal automatizada-DPA en niños por cuidadores primarios en casa. *Enferm glob*. 2014;13(2).
10. Rivera LA, Montero LM, Sandoval AR, Gómez GJ. Pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria y cuidadores primarios: semejanzas y diferencias. *Psicología y Salud*. 2013;23(2):195-207.
11. Méndez DA, Ignorosa LM, Pérez AG, Rivera RF, González IJ, Dávila TJ. Estado actual de las terapias sustitutivas de la función renal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2016:588-593.
12. Arrieta J. Evaluación económica del tratamiento sustitutivo renal (hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante) en España. *Rev Nefrol*. 2010;1(1):1-62.

13. Carballo MM, Ortega RN, Lizárraga ZE, Díaz PJ. Adherencia individual y familiar al tratamiento de diálisis peritoneal ambulatoria continua. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2008;16(1):13-18.
14. Torres TM, Granados GV, López OL. Carga de la enfermedad renal crónica en México. *Rev Med Int Inst Mex Seguro Soc.* 2017;55(2):118-123.
15. Secretaría de Gobernación (2019). ACUERDO ACDO.AS3.HCT.270219/90.P.DF, relativo a los Costos Unitarios por Nivel de Atención Médica actualizados al año 2019. Ciudad de México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
16. Cabada RE, Martínez CV. Prevalencia del síndrome de sobrecarga y sintomatología ansiosa depresiva en el cuidador del adulto mayor. *Rev Psico Sal.* 2017;27(1):53-59.
17. Cardona AD, Segura CÁ, Berbesí FD, Agudelo MM. Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública.* 2013;31(1):30-39.
18. Morales CE, Enríquez SM, Jiménez HB, Miranda DA, Serrano MT. Evaluación del colapso del cuidador en el paciente adulto mayor con osteoartrosis. *Rev Mex Med Fis Rehab.* 2010;22(3):96-100.
19. Martínez GL, Robles RM, Ramos RB, Santiesteban MF, García VM, Morales EM. Carga percibida del cuidador primario del paciente con parálisis cerebral infantil severa del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón. *Rev Mex Med Fis y Rehab.* 2008;20:23-29.
20. Muñoz CN, Lozano NJ, Huerta RS, Escobedo CR, Torres RP, Loaiza FJ. Asociación entre colapso del cuidador y pronóstico de pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de Medicina Interna. *Med Int Mex.* 2015;31(5):328-335.
21. Achury D, Castaño RH, Gómez RL, Guevara RN. Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo [Internet].* 2011;13(1):27-46. Disponible en : <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145221282007>
22. Astudillo AW, Mendinueta AC. Necesidades de los Cuidadores del Paciente Crónico. 7th ed. Gipuzkoa; 2019.
23. Morales CE, Jiménez HB, Serrano MT. Evaluación del colapso del cuidador primario de pacientes adultos mayores con síndrome de inmovilidad. *Rev Inv Clin.* 2012;64(3):240-246.

24. López OJ, Sánchez JL, Mengibar YR, Jiménez JS, Marchal OM. Aproximación a los cuidados informales de enfermos renales crónicos en el complejo hospitalario de Jaén. Rev Soc Esp Enferm Nefrol. 2007;10(2).
25. Flores GE, Rivas RE, Seguel PF. Nivel De Sobrecarga En El Desempeño Del Rol Del Cuidador Familiar De Adulto Mayor Con Dependencia Severa. Ciencia y enfermería. 2012;18(1):29-41.
26. Diagnóstico De Salud Unidad de Medicina Familiar No. 7 Tlalpan, 2017.
27. Servicio de ARIMAC Diciembre 2018, H.G.Z No. 32
28. Albarracín RÁ, Cerquera CA, Pabón PD. Escala de sobrecarga del cuidador Zarit; estructura factorial en cuidadores informales de Bucaramanga. Rev Psicol. 2016;8(2).
29. Espín AA. Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Rev Cubana Salud Pública. 2008;34(3).
30. Rivera MH, Dávila MR, González PA. Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE. Rev Esp Med-Quir. 2011;16(1):27-32.
31. Lara PG, González PA, Blanco LL. Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. Rev Esp Med-Quir. 2008;13(4):159-166.
32. Cabada RE, Martínez CV. Prevalencia del síndrome de sobrecarga y sintomatología ansiosa depresiva en el cuidador del adulto mayor. Rev Psicología y Salud. 2017;27(1):53-59.

# ANEXOS



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL Y SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 7
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica.
Lugar y fecha:	Unidad de medicina Familiar 7, ubicada en calzada de Tlalpan 4220. Colonia San Lorenzo Huipulco de julio a agosto 2019
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar el grado de sobrecarga en el cuidador primario de pacientes con enfermedad renal crónica para poder incidir en mejorar su calidad de vida.
Procedimientos:	La responsable de este proyecto me realizará una encuesta para obtener mis datos personales, posteriormente me realizará preguntas con respecto al cuidado que realizo a mi familiar.
Posibles riesgos y molestias:	El responsable del trabajo me ha informado que no implica riesgo o molestia al contestar la encuesta.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Entiendo que se me informará de los resultados obtenidos en la encuesta aplicada para poder incidir en mi calidad de vida
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se me informará sobre los resultados de la encuesta para derivar de forma oportuna con mi médico familiar para dar tratamiento oportuno
Participación o retiro:	Entiendo que mi participación es voluntaria, por lo que podré retirarme del estudio en el momento en el que yo lo desee, sin que esto afecte la atención que recibo por parte del Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El evaluador me ha explicado que él se hará responsable de mis datos personales, que es utilizada con fines científicos.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

No aplica

Beneficios al término del estudio:

Conocer el grado de sobrecarga del cuidador primario de pacientes con enfermedad renal crónica.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

**SANDRA VEGA GARCIA** Especialista en Medicina Familiar.

**Matrícula:** 97380836 **Lugar de trabajo:** Consulta externa **Adscripción:** Unidad de Medicina Familiar N° 7 Delegación 4 Sur, D.F. IMSS **Teléfono:** 55732211 EXT 21478 **Fax:** sin fax, **Correo electrónico:** [dra\\_svega@hotmail.com](mailto:dra_svega@hotmail.com)

Colaboradores:

**AZUCENA QUIROZ MERINO.** Residente de Medicina Familiar. **Matrícula:** 97380836

**Lugar de trabajo:** Consulta externa **Adscripción:** Unidad de Medicina Familiar N°7. Delegación Sur, D.F., IMSS. **Teléfono:** 55 3456 7750 **Fax:** sin fax. e-mail: [dra\\_svega@hotmail.com](mailto:dra_svega@hotmail.com)

**MANUEL MILLAN HERNANDEZ** Especialista en Medicina Familiar.

**Matrícula:** 98374576 **Lugar de trabajo:** Consulta Externa. **Adscripción:** Unidad de Medicina Familiar N° 10 Delegación 4 Sur, D.F. IMSS **Teléfono:** 56232300 Ext45172 **Fax:** sin fax, **Correo electrónico:** [drmillan@gmail.com](mailto:drmillan@gmail.com)

**MUÑOZ CHAPUL JOSE LUIS** Especialista en Medicina familiar. **Matrícula:** 98376869. **Lugar de trabajo:**

Consulta Externa **Adscripción:** Unidad de Medicina Familiar N° 7 Delegación 4 Sur, D.F. IMSS **Teléfono:** 55732211. **Fax:** sin fax. e-mail: [jm10j@hotmail.com](mailto:jm10j@hotmail.com).

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

**QUIROZ MERINO AZUCENA**  
**Mat.97380836**

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: : 2810-009-013



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL



UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 7  
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

**ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL Y SOBRECARGA DEL CUIDADOR  
PRIMARIO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°7**

Azucena Quiroz Merino<sup>1</sup>, Sandra Vega García<sup>2</sup>, Manuel Millán-Hernández<sup>3</sup>, José Luis Muñoz Chapul<sup>4</sup>.  
<sup>1</sup>Residente Medicina Familiar, <sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar, <sup>3</sup>Especialista en Medicina Familiar, <sup>4</sup>Especialista en Medicina familiar

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

<b>NOMBRE:</b>						
<b>EDAD:</b>						
<b>SEXO</b>	FEMENINO ( )	MASCULINO ( )				
<b>ESTADO CIVIL</b>	SOLTERO ( )	CASADO ( )	UNION LIBRE ( )	DIVORCIADO ( )	VIUDO ( )	
<b>OCUPACIÓN</b>	EMPLEADO ( )	DESEMPLEADO ( )				
<b>ESCOLARIDAD</b>	NINGUNA ( )	PRIMARIA ( )	SECUNDARIA ( )	BACHILLERATO ( )	LICENCIATURA ( )	POSGRADO ( )
<b>PARENTESCO</b>	HIJO/A ( )	ESPOSO/A ( )	HERMANO/A ( )	NUERA/YERNO ( )		



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 7  
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



**ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 7**

Azucena Quiroz Merino<sup>1</sup>, Sandra Vega García<sup>2</sup>, Manuel Millán-Hernández<sup>3</sup>, José Luis Muñoz Chapul<sup>4</sup>.  
<sup>1</sup>Residente Medicina Familiar, <sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar, <sup>3</sup>Especialista en Medicina Familiar, <sup>4</sup>Especialista en Medicina familiar

**ESCALA DEL CUIDADOR – ZARIT**

**INSTRUCCIONES:** Conteste las 20 preguntas marcando con una “X” solo uno de los casilleros correspondientes a las columnas, conteste de forma sincera según el siguiente criterio.

Item	Pregunta a realizar	1	2	3	4	5
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?					

(1) Nunca

(2) Casi nunca

(3) A veces

(4) Bastantes veces

(5) Casi siempre

-46	<b>Ausencia de sobrecarga</b>
47-55	Sobrecarga ligera
56	Sobrecarga intensa

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
Dirección Regional Centro  
Delegación Sur  
Jefatura de Servicio de Prestaciones Médicas



### ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL Y SOBECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIA N° 7

Azucena Quiroz Merino<sup>1</sup>, Sandra Vega García<sup>2</sup>, Manuel Millán-Hernández<sup>3</sup>, José Luis Muñoz Chapul<sup>4</sup>.  
<sup>1</sup>Residente Medicina Familiar, <sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar, <sup>3</sup>Especialista en Medicina Familiar, <sup>4</sup>Especialista en Medicina familiar

#### Cronograma de actividades

Actividades	Ene 2019	Feb 2019	Mar 2019	Abr. 2019	May 2019	Jun 2019	Jul 2019	Ago 2019	Sep 2019	Oct 2019	Nov 2019	Dic 2019
Planteamiento del problema y marco teórico.	R	R	R									
Hipótesis y variable			R	R								
Objetivos				R								
Cálculo de muestra					R							
Hoja de registro						P						
Presentación ante el comité						P						
Aplicación de Instrumento							P	P				
Análisis de resultados									P	P		
Elaboración de conclusiones											P	
Presentación de tesis												P

Realizado



Programado



## TABLAS Y GRÁFICAS

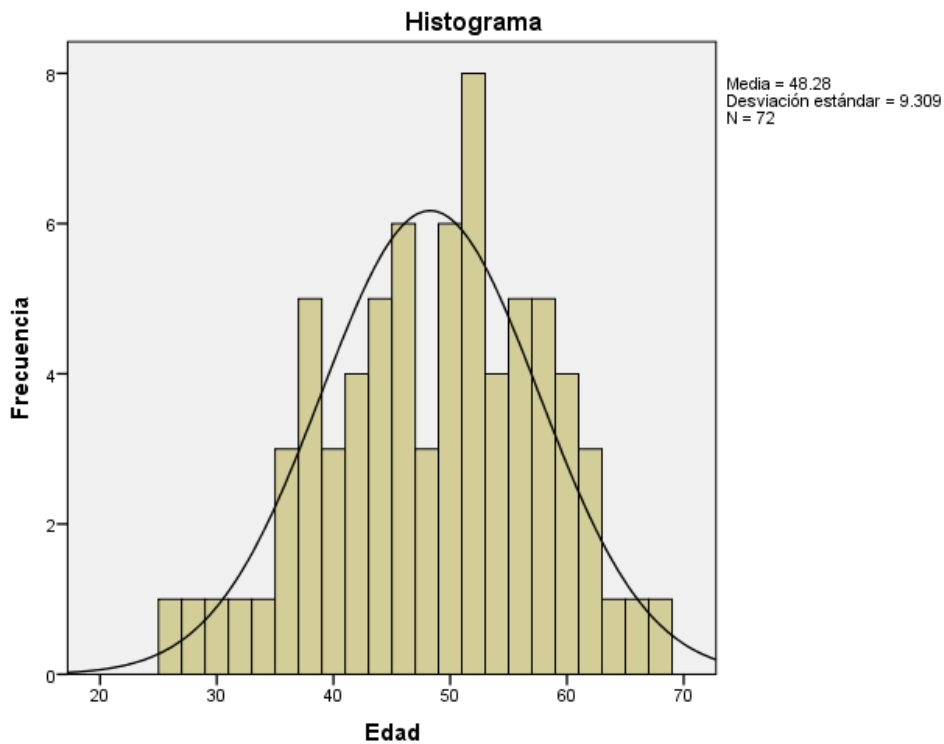
Tabla 1. Medidas de tendencia central y dispersión según edad, en la UMF N°7

Estadísticos		
Edad		
N	Válido	72
	Perdidos	0
Media		48.28
Mediana		49.50
Moda		44 <sup>a</sup>
Desviación estándar		9.309
Mínimo		26
Máximo		67

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

junio a agosto 2019.

Gráfica 1. Medidas de tendencia central y dispersión según edad, en la UMF N°7



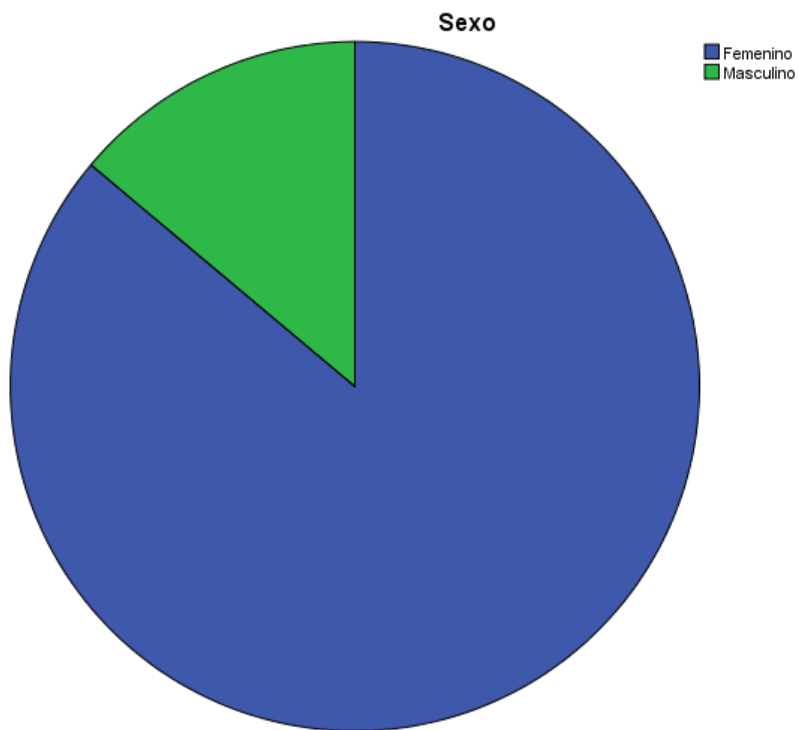
junio a agosto 2019.

**Tabla 2.** Frecuencia y porcentaje según sexo, en la UMF N°7

		<b>Sexo</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	62	86.1	86.1	86.1
	Masculino	10	13.9	13.9	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

junio a agosto 2019..

**Gráfica 2.** Frecuencia y porcentaje según sexo, en la UMF° 7



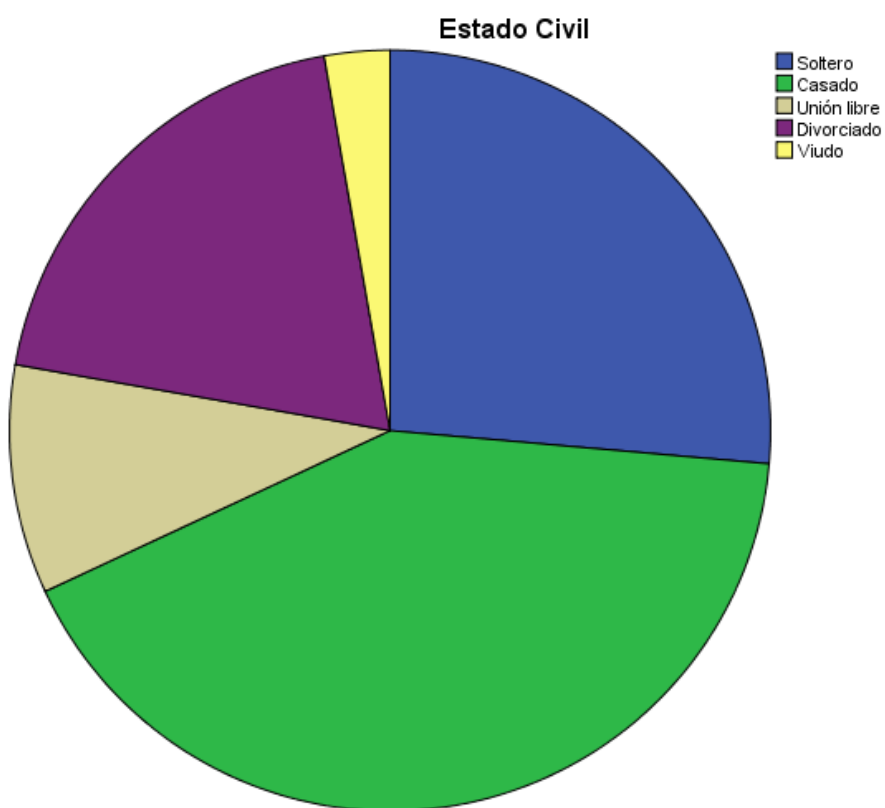
junio a agosto 2019.

**Tabla 3.** Frecuencia y porcentaje según estado civil, en la UMF N°7

		Estado Civil			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltero	19	26.4	26.4	26.4
	Casado	30	41.7	41.7	68.1
	Unión libre	7	9.7	9.7	77.8
	Divorciado	14	19.4	19.4	97.2
	Viudo	2	2.8	2.8	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

junio a agosto 2019..

**Gráfica 3.** Frecuencia y porcentaje según estado civil, en la UMF° 7



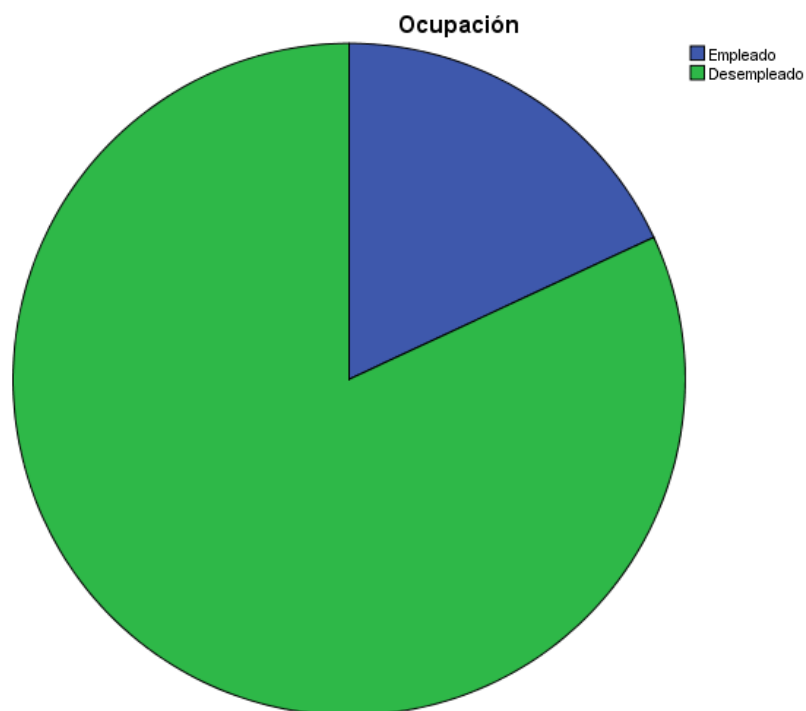
junio a agosto 2019.

**Tabla 4.** Frecuencia y porcentaje según ocupación, en la UMF N°7

		<b>Ocupación</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Empleado	13	18.1	18.1	18.1
	Desempleado	59	81.9	81.9	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

junio a agosto 2019.

**Gráfica 4.** Frecuencia y porcentaje según ocupación, en la UMF° 7



junio a agosto 2019.

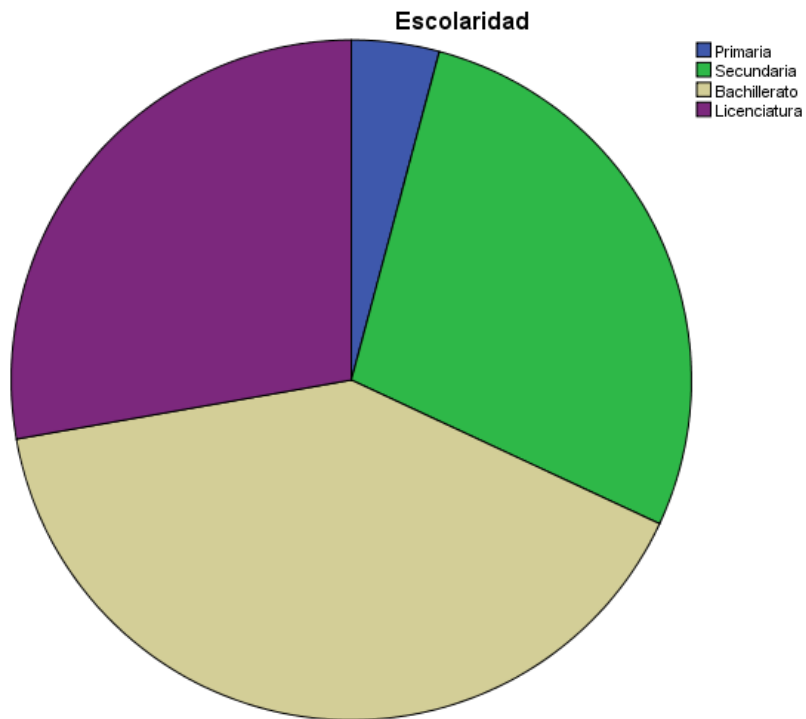


**Tabla 5.** Frecuencia y porcentaje según escolaridad, en la UMF N°7

		Escolaridad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria	3	4.2	4.2	4.2
	Secundaria	20	27.8	27.8	31.9
	Bachillerato	29	40.3	40.3	72.2
	Licenciatura	20	27.8	27.8	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

junio a agosto 2019.

**Gráfica 5.** Frecuencia y porcentaje según escolaridad, en la UMF° 7



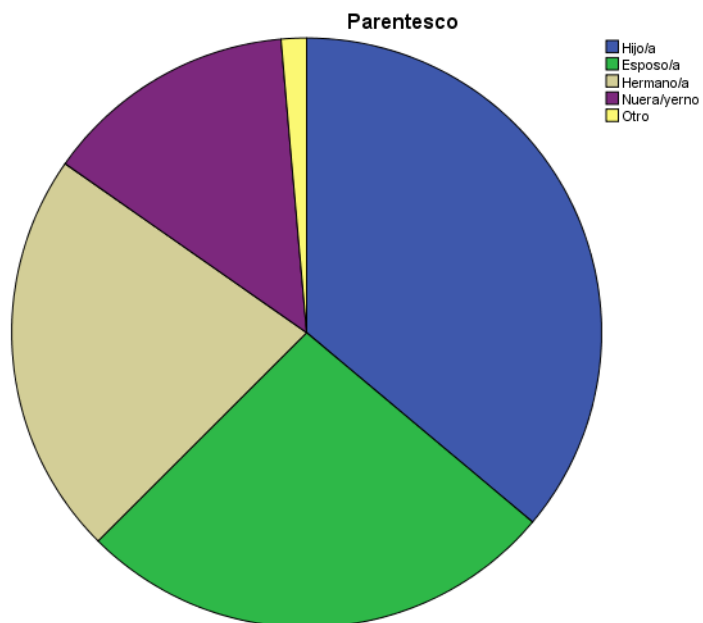
junio a agosto 2019.

**Tabla 6.** Frecuencia y porcentaje según parentesco, en la UMF N°7

		Parentesco			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hijo/a	26	36.1	36.1	36.1
	Esposo/a	19	26.4	26.4	62.5
	Hermano/a	16	22.2	22.2	84.7
	Nuera/yerno	10	13.9	13.9	98.6
	Otro	1	1.4	1.4	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

junio a agosto 2019.

**Gráfica 6.** Frecuencia y porcentaje según parentesco, en la UMF° 7



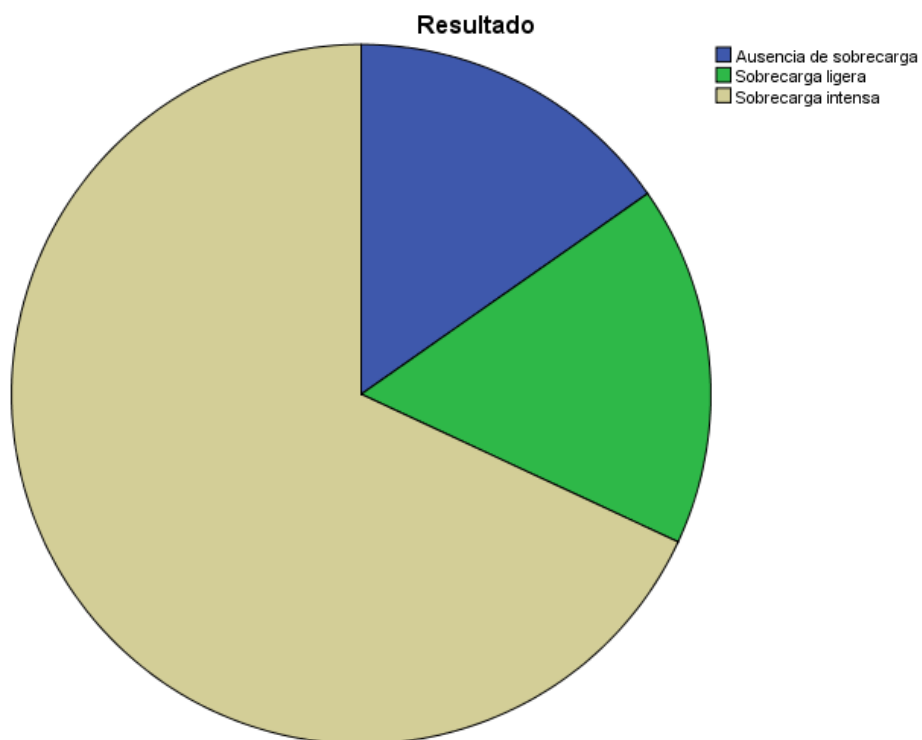
junio a agosto 2019

**Tabla 7.** Frecuencia y porcentaje según sobrecarga, en la UMF N°7

		<b>Resultado</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausencia de sobrecarga	11	15.3	15.3	15.3
	Sobrecarga ligera	12	16.7	16.7	31.9
	Sobrecarga intensa	49	68.1	68.1	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

junio a agosto 2019.

**Gráfica 7.** Frecuencia y porcentaje según sobrecarga, en la UMF° 7



junio a agosto 2019.