



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 15

TÍTULO DE LA TESIS:

**“NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE PACIENTE CON
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN TERAPIA DE SUSTITUCIÓN RENAL
DE LA UMF No 15”**

NÚMERO DE REGISTRO

R- 2023 - 3703 - 005

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

FLORES ROSALES MARIANA

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

ASESORES DE TESIS:

DR. PABLO ROBERTO CASTRO GUADALUPE

DRA. NANCY GARCIA CERVANTES



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

CIUDAD DE MÉXICO

MARZO 2023



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.

<u>ÍNDICE</u>	PÁGINA
1.-RESUMEN	1
2.-INTRODUCCIÓN	2
2.1.Marco Epidemiológico	3
2.2.Marco Conceptual	4
2.3.Marco Contextual	8
3. JUSTIFICACIÓN	19
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
-	
5. OBJETIVOS	
5.1.General	23
5.2. Específicos	23
6. HIPÓTESIS	23
7. MATERIAL Y MÉTODO	24
- 7.1. Periodo y sitio de estudio	25
-	
- 7.2. Universo de trabajo	25
-	
- 7.3. Unidad de análisis	25
-	
- 7.4. Diseño de estudio	25
-	
- 7.5. Criterios de selección	25
-	
- 7.5.1. Criterios de inclusión	25
-	
- 7.5.2. Criterios de exclusión	25
-	
- 7.5.3. Criterios de eliminación	25
8. MUESTREO	
- 8.1. Cálculo del tamaño de muestra	27
9. VARIABLES.	
- 9.1. Operacionalización de variables	28
10. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	32
11. ANALISIS ESTADÍSTICO	32

12. CONSIDERACIONES ÉTICAS	35
12.1. Conflicto de interés	35
13. RECURSOS	
13.1. Humanos	41
13.2. Materiales	41
13.3. Económicos	41
14. RESULTADOS	42
15. DISCUSIÓN	75
16. CONCLUSIONES	84
17. RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS	89
18. BIBLIOGRAFÍA	92
19. ANEXOS	
19.1. Hoja de Consentimiento Informado	101
19.2. Hoja de Recolección de datos	101

Resumen

“NIVEL DE SOBRECARGA EN EL CUIDADOR DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN TERAPIA DE SUSTITUCIÓN RENAL DE LA UMF No 15 ”

Mariana Flores Rosales. *Castro Guadalupe, Pablo Roberto. **García Cervantes, Nancy. Médico Residente de la especialidad en Medicina Familiar, *Médico Especialista en Medicina Familiar, **Médico Especialista en Medicina Familiar.

INTRODUCCIÓN: La Enfermedad Renal Crónica a aumentado su incidencia en los últimos años, secundario a mayor número de pacientes con diabetes e hipertensión arterial sistémica, por mencionar los principales. Muchos de estos pacientes terminan requiriendo terapia de remplazo renal, generadora en la mayoría de los casos de pérdida de la autonomía, dependiente en la mayoría de los casos de un cuidador. La experiencia de ser cuidador produce sensación de satisfacción por el cuidado y búsqueda de bienestar del paciente, pero desafortunadamente existen múltiples factores que ocasionan sobrecarga. Entendiéndose por sobrecarga a la etapa en la que el cuidador sobrepasa su capacidad física, económica y emocional a grados extremos que lo pueden llevar a la pérdida de su salud.

OBJETIVO: Evaluar el nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con Enfermedad Renal Crónica en Terapia de Sustitución Renal en la UMF N.º 15.

MATERIALES Y MÉTODOS: Tipo de Investigación: Prospectivo, transversal, no comparativo, descriptivo, el muestreo fue por conveniencia, conformado por 171 cuidadores seleccionados por criterios de inclusión y exclusión. La recolección de datos se realizó mediante el cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit, previamente validado con una confiabilidad de 0.91(alfa de Cronbach). Los datos se procesaron con el software spss versión 22. Se realizó un análisis univariado y bivariado. Se categorizó el nivel de sobrecarga como ausencia de sobrecarga, sobrecarga ligera y sobrecarga intensa. Se realizó estadística descriptiva para las variables de estudio.

RESULTADOS: Se estudió a 171 cuidadores, de los cuales, en cuanto al nivel de sobrecarga se encontró que 114 (67.2%) tienen sobrecarga intensa, 34 (19.5%) sobrecarga ligera y 23 (13.3%) ausencia de sobrecarga. En cuanto a las variables sociodemográficas 102 (59.7%) mujeres, 50 (29%) entre 41-50 años, 69 (40.2%) secundaria, 99 (58.2%) casados, 126 (73.4%) empleados, 54 (31.6%) son esposos, 145 (84.6%) tiene religión. 110 (64.3%) no se siente motivado para cuidar y 92 (54.4%) lo hace entre 19-24 horas/día. 72 (41.9%) tiene entre 6-10 años como cuidador.

CONCLUSIONES: Se encontró que existe un nivel de sobrecarga intensa del 67.2% en cuidadores de pacientes con ERC en TSR. La sobrecarga del cuidador es una condición multifactorial en la que inciden distintos factores. Se encontraron factores de riesgo para desarrollar sobrecarga como el género femenino, la escolaridad secundaria, el estado civil casado, ocupación empleada, parentesco esposo, horas de cuidado de 24 hrs.

Palabras clave: Cuidador, Nivel de sobrecarga, Enfermedad Renal Crónica, Terapia de Sustitución Renal.

MARCO TEORICO

Introducción

La transición demográfica ha cambiado la estructura de la población, por ejemplo, el aumento de personas mayores de 60 años: de 5% en el 2000 a 6.3% en 2010, según el último censo de población en México. Esto ha incrementado las enfermedades crónico-degenerativas, la discapacidad y la dependencia funcional, y con ello la necesidad de apoyo por parte de la familia para el cuidado del adulto mayor. El cuidador es la persona que tiene contacto frecuente con el paciente, supervisa la mayor parte de sus actividades y conoce lo relativo al mismo, además de que provee de los recursos necesarios para su sustento. Generalmente es una mujer con edad entre 40-55 años, la mayoría son hijas o esposas y sólo un porcentaje menor trabaja fuera de casa. El cuidador provee atención a nivel emocional (amor, empatía, confianza), instrumental (proveer lo necesario en especie, asistencia o servicios) y económico. [1]

Enfermedad Renal Crónica

De acuerdo con cifras oficiales, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representan 70% de todas las muertes. En gran medida el problema es consecuencia de falta de acción, desarticulación institucional y procesos mal encaminados. Si el número de casos que llega a etapas tardías no disminuye de manera significativa, el impacto económico de la ERC en el sector salud pondría en graves problemas su viabilidad financiera. Si el número de casos que llega a etapas tardías no disminuye de manera significativa., el impacto económico de la ERC en el sector salud pondría en graves problemas su viabilidad financiera. La ERC es un problema de

grandes dimensiones en México, cuyas proporciones e impacto apenas hemos empezado a entender. El problema en su mayor parte es consecuencia de ECNT mal atendidas, que son el azote de las instituciones del sector, entre las que se distinguen el sobrepeso, la obesidad, la diabetes, la hipertensión arterial sistémica, las dislipidemias, por mencionar las más importantes. [2]

Durante las últimas décadas, a nivel mundial, la proporción de pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT) se ha incrementado significativamente. En México, al igual que en muchas partes del mundo, la nefropatía diabética (ND) es la primera causa de ERCT, y constituye un problema de salud pública asociado a elevada morbilidad, mortalidad, grandes costos y una calidad de vida disminuida. Con datos del Registro de Diálisis y Trasplante del Estado de Jalisco, la incidencia de ERCT debida a diabetes mellitus tipo 2 (DM2) incrementó de 101 pacientes por millón de habitantes (ppmh) en el año 2000 a 244 ppmh en el último reporte del año 2013, lo cual constituye la tercera cifra más alta del mundo y la primera entre los países de Latinoamérica. [3]

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana para la Salud (OPS) y al reporte anual del sistema de datos renales de Estados Unidos (USRDS) 2014, se estima que el 10% de la población mundial cursa con ERC. Alrededor del mundo, 415 millones de adultos tienen Diabetes, 1.4 billones de adultos tienen Hipertensión, y 2.1 billones de niños y adultos presentan sobrepeso u obesidad. La prevalencia de enfermedad renal crónica en adultos con Diabetes tipo 2 es de aproximadamente 25 a 40% dependiendo de factores poblacionales. En los Estados

Unidos, la prevalencia de ERC es de aproximadamente 30% entre adultos con Hipertensión y de 17% en adultos con obesidad. La prevalencia de ERC en México (de acuerdo a información del estado de Jalisco del 2012) es de 1,409 pacientes por cada 1,000,000 de habitantes (14%). Del 2006 al 2012 la prevalencia reportada aumento un 45.7%, de los cuales el 88.3% requirió de diálisis. Por lo que en México la ERC es una de las principales causas de hospitalización y atención de urgencias; el 80% de los pacientes son atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). El Instituto Mexicano del Seguro Social, atiende aproximadamente al 73% de la población mexicana que requiere diálisis o trasplante. En el año 2014, el tratamiento de la insuficiencia renal crónica terminal, representó para el Instituto, el 15% del gasto total anual de su mayor programa (Seguro de Enfermedades y Maternidad), aproximadamente \$13,250 millones de pesos; este gasto se invirtió en tan sólo el 0.8% de los derechohabientes (población con IRCT). Se estima además que si en nuestro país, el acceso a diálisis fuese universal, se requeriría una inversión de más de 33,000 millones de pesos anuales, lo que representaría cerca del 40% del presupuesto nacional destinado a salud. [4]

Datos recientes del IMSS demuestran una población de 59,754 pacientes en terapias sustitutivas, de los cuales 35,299 se encuentran en diálisis peritoneal (59%) y 24, 455 en hemodiálisis (41%); las principales causas relacionadas en la población adulta son: diabetes mellitus con 53.4%, hipertensión arterial 35.5% y glomerulopatías crónicas 4.2%; los grupos de edad mayormente afectados son los > de 40 años. (Méndez DA, 2014) Mientras que en la población pediátrica las principales causas de ERC son las malformaciones congénitas, principalmente la uropatía obstructiva, aplasia- hipoplasia renal y las glomerulonefritis. La terapia de sustitución renal incluye la diálisis peritoneal,

la hemodiálisis y el trasplante renal. México es un país en el que históricamente ha predominado el uso de diálisis peritoneal, aunque recientemente se ha dado impulso a la hemodiálisis. El trasplante renal es la mejor opción de tratamiento para la ERC; no obstante, en nuestro país ésta no es una solución viable debido a la falta de donaciones, los altos costos iniciales y el nivel de deterioro orgánico que presentan los pacientes por las enfermedades primarias. [5]

La CV es un término utilizado para describir varios aspectos de la salud, por lo que involucra la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) comprende resultados subjetivos reportados por el paciente tales como funcionamiento físico, emocional, social o síntomas como dolor, fatiga y otros. Todo esto implica que el concepto de CV no puede ser independiente de la salud y de su contexto, las normas culturales, patrones de conducta y expectativas de cada individuo, las cuales pueden variar de una persona a otra y relativa de grupo a grupo o ubicación geográfica. Medir la CV del paciente con ERC permite identificar el impacto de la enfermedad en sus actividades diarias, el afrontamiento y la aceptación de la cronicidad de la dolencia para un tratamiento que no cura. El cuestionario KDQOL-SF36 (Kidney Disease Quality of Life Instrument Short Form) es un instrumento específico desarrollado para medir la CVRS de los pacientes con ERC en Hemodiálisis (HD) y Diálisis Peritoneal (DP), una herramienta validada en muchos países y con múltiples adaptaciones transculturales, en nuestro país realizada recientemente. La CV de pacientes con ERC se puede afectar por

múltiples características de la enfermedad, tales como la ansiedad provocada por el diagnóstico o los síntomas, comorbilidades y complicaciones. Diversos estudios han evaluado CVRS en pacientes con ERC en diferentes condiciones. El estudio DOPPS (The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study) mostró que valores bajos de CVRS estaban asociados a mayor muerte y hospitalizaciones, independientemente de otros factores como los demográficos y comorbilidades. Por su parte, Brennan M. R. et al, en una revisión sistemática de 47 estudios que evaluaron CVRS concluyeron que los pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en hemodiálisis y diálisis peritoneal (DP) presentaron deterioro significativo de su calidad de vida, especialmente en las dimensiones físicas y de vitalidad. Mini AM, Deepa AR, Aboobacker S encontraron que los pacientes con trasplante renal presentaban CVRS significativamente mejor que los pacientes que recibían hemodiálisis. [6]

Sobrecarga del cuidador

Gran parte de los cuidados precisados por estos pacientes con ERC recaen sobre los denominados cuidadores informales, entre los que destacan los cuidados prestados por la familia, que es el principal proveedor de cuidados de salud. Así, la labor de los cuidadores informales contribuye al mantenimiento de las personas en su entorno social, disminuyendo la utilización de recursos formales y demorando o evitando el ingreso en instituciones. La presencia de un miembro que precisa de cuidados, genera una nueva situación familiar que puede provocar importantes cambios dentro de la estructura familiar y en los roles y patrones de conducta de sus integrantes. Estos cambios pueden precipitar crisis que ponen en peligro la estabilidad de la familia, pudiendo afectar a todos

sus componentes, especialmente al cuidador principal, que es el miembro de la familia que soporta la mayor parte de la sobrecarga física y emocional de los cuidados. Se define como cuidador principal informal (CPI) a la persona encargada de ayudar en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria del paciente durante la mayor parte del día, sin recibir retribución económica por ello. La sobrecarga que soporta el cuidador, una vez superados los recursos disponibles, puede repercutir de forma negativa sobre su salud, siendo numerosos los trabajos publicados en los que se reflejan dichas repercusiones negativas, destacando por su frecuencia las referidas al malestar psíquico (principalmente ansiedad y depresión), aunque también se han descrito repercusiones importantes en otras esferas como la salud física, el aislamiento social, la falta de tiempo libre, la calidad de vida o el deterioro de la situación económica, dando lugar a lo que algunos autores han dado en denominar síndrome del cuidador. [7]

Los cuidadores informales son aquellas personas que se encargan de realizar las tareas de cuidado de las personas que no son capaces de realizar por sí mismas las actividades básicas de la vida diaria. Estas personas en su mayoría son familiares de la persona dependiente, especialmente las mujeres. Se caracterizan por no tener una formación específica en dicho ámbito, no reciben remuneración económica por el trabajo realizado y no tienen un horario estipulado, dedicando la mayor parte de su tiempo a la tarea del cuidado. Hoy en día las familias son menos numerosas, por lo que la tarea de cuidar a las personas dependiente se divide entre un menor número de personas; este fenómeno, sumado a la incorporación de las mujeres al mundo laboral, hace que la tarea de cuidado de las personas dependiente se haga cada vez más difícil. Entre las personas que asumen ese cuidado muchas veces aparece una serie de síntomas que dan lugar al

síndrome del cuidador quemado. Este síndrome se caracteriza por la presencia de estrés, ansiedad, depresión, irritabilidad, insomnio, dificultad de concentración, apatía, pérdida de apetito, cefalea, o abuso de sustancias nocivas, entre otros. Estas personas tienen sentimiento de culpa, dejan de lado sus actividades de ocio y diversión, así como a sus amigos, para dedicarse plenamente a la tarea del cuidado; manifiestan también tristeza y tensión ambiental, son incapaces de relajarse y pueden presentar un aislamiento social y sentimiento de soledad. [8]

La familia dispone de recursos como cohesión, adaptabilidad, normas, valores, conductas para afrontar tensiones, auxilio médico, etc. y cuando se expone a momentos críticos que implican perturbaciones, por ejemplo, la presencia de una enfermedad incapacitante en uno de sus miembros, por lo general aparece la disposición de uno de los miembros como cuidador directo, y se inicia así una alteración en la dinámica familiar, que si no se supera de modo satisfactorio, se puede desarrollar una serie de alteraciones entre las que se incluye el síndrome del cuidador. Este síndrome constituye una situación estresante con peligro de desbordar y agotar los recursos y repercutir en la salud física del cuidador, su estado de ánimo y en la modificación de los umbrales de percepción del sufrimiento y del dolor del enfermo a su cuidado. Para el manejo adecuado de esta compleja entidad, es necesario una excelente relación entre el equipo médico y la familia, y enfatizar la necesidad de educar a los cuidadores en mecanismos saludables, flexibles y dinámicos que favorezcan la relación paciente-cuidador-familia. [9]

La sobrecarga del cuidador está más influenciada por variables de la persona con ECNT al cual se cuida, que con las propias variables del cuidador. La edad, alteración cognitiva, escolaridad y nivel de percepción de carga de la persona con ECNT, tienen correlaciones positivas con la sobrecarga de cuidador; mientras que la edad del cuidador y el nivel socioeconómico de la díada se relacionan de forma positiva con la sobrecarga. La habilidad de cuidado del cuidador está influenciada de forma positiva por la escolaridad de la persona con ECNT, la edad del cuidador y el nivel socioeconómico de la díada y de forma negativa por el nivel de alteración cognitiva del paciente. Se requieren intervenciones de mantenimiento del nivel cognitivo, aumento del nivel de escolaridad y autonomía de la persona con ECNT, además de apoyo económico a la díada. [10]

Antecedentes

Existen múltiples estudios que se han centrado a la descripción del síndrome de cansancio del cuidador en personas a cargo de pacientes con limitaciones físicas severas que terminan Inmovilizando al enfermo; enfermedades neurológicas como la esclerosis múltiple, distrofias musculares severas, anormalidades del desarrollo psicomotor, enfermedad de Parkinson, secuelas de enfermedad cerebrovascular. Particular interés ha obtenido en cuidadores a cargo de pacientes con demencia, donde incluso se ha intentado crear una especie de subgrupo o clasificación diferente para éstos. De hecho, es en estos grupos donde primero se describe este síndrome, poniendo especial interés en el impacto que puede tener sobre los cuidadores el estar a cargo de personas con quienes, de una u otra forma, se establece un vínculo afectivo pero que por su funcionamiento alterado, sobrevienen múltiples síntomas físicos y psicológicos

que causan distrés en este cuidador y que finalmente repercuten en la calidad de atención hacia la persona a cargo. [11]

En años recientes se ha desarrollado un interés particular en estudiar la presencia del síndrome en personas a cargo de pacientes con patología mental, sean éstos psicóticos o no, Cujpers y colaboradores, en Suecia, parten de una muestra de 164 personas familiares de pacientes psiquiátricos, para estudiar en éstos la presencia de “burnout” y valorar la efectividad de intervenciones familiares psicoeducativas. En ellos encuentran que la culpa como tal y el cansancio emocional son los factores que predisponen al desarrollo del síndrome de sobrecarga del cuidador y son éstos los aspectos que deben enfatizarse durante el abordaje de apoyo psicoeducativo a los cuidadores. Años después, en Londres, se realiza un estudio para valorar si el nivel de atención brindado al usuario con enfermedad mental tenía algún impacto en sus cuidadores, esto último medido como presencia o no de desarrollo del síndrome de cansancio del cuidador. Aquí Harvey y colaboradores luego de un período de dos años y dándole seguimiento con un grupo multidisciplinario de profesionales en salud mental a 116 pacientes y sus cuidadores, encontraron que a pesar de que el cuidador esté más en contacto con el personal de salud, esto no tuvo impacto alguno en el desarrollo del síndrome. [12]

Estudios previos demostraron que los cuidadores habituales de ancianos en la familia son predominantemente las hijas, esposas y nietas, las nueras también cumplen un papel importante. Las mujeres históricamente han internalizado como una de sus

funciones de rol femenino el cuidado de la salud de la familia y, a pesar de los cambios en su nivel educativo y su participación en roles laborales fuera del hogar, permanece naturalizada la responsabilidad por ese cuidado.² Se ha descrito que el síndrome de sobrecarga del cuidador surge luego de que una persona adquiere funciones de cuidar a otra y éste puede estar condicionado por situaciones externas o factores de predicción. También se acepta el hecho de que cuidar a una persona enferma es una actividad estresante. Los cuidadores constituyen un recurso valioso; sin embargo, debido al gran número de horas usadas, éstos se consideran vulnerables, pues para ellos el cuidado implica importantes costes materiales, económicos, sociales y de salud. [13]

El perfil del cuidador primario ha sido definido en diversas investigaciones. Estudios en Brasil, España y Estados Unidos de América, sobre el cuidado familiar, informan que con mucha frecuencia los parentescos de las personas cuidadoras con el enfermo son: cónyuge, hija, hermana(o), nieta, vecina, entre otros, en cuanto al nivel socioeconómico predominante de quien cuida es el medio-bajo o bajo; se ubican en la mediana edad, comparten su responsabilidad con otras personas de la familia y dedican muchas horas al cuidado lo que las lleva a renunciar a otras actividades sociales. Según el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) de España, el cuidado informal constituye en la actualidad el sistema principal de provisión para las personas que necesitan ayuda en su vida diaria. Destacando que en 12% de las viviendas familiares se lleva a cabo algún tipo de ayuda informal, y un 5% de las personas adultas definen “cuidador” como uno de sus roles. Por otra parte, los datos proporcionados por la última Encuesta Nacional de Salud, cifran en 26% el número de personas

mayores que presentan algún grado de dependencia. En el ámbito regional, solamente se encontró un estudio sobre la sobrecarga del cuidador, realizado en Ciudad del Carmen, Campeche (México), por Pirrón-Chan y cols., quienes reportan una prevalencia de 76,7%, siendo la más frecuente, la sobrecarga intensa. Asimismo, encontraron que el perfil del cuidador primario es: una mujer, de 40-60 años de edad, casada, con educación primaria o licenciatura, con empleo o dedicada a las labores del hogar, de nivel socioeconómico medio, hija del adulto mayor al que además mantiene, realiza por lo regular tareas de comida, acompañamiento y compras, dedica 6-8 horas al cuidado del anciano, es portadora de depresión en algún grado o de alguna otra enfermedad de carácter crónico, y posee una percepción disfuncional de su núcleo familiar. Además se encontró asociación significativa entre el síndrome de sobrecarga y depresión, el estado de salud del cuidador, y la percepción de la funcionalidad familiar. [14]

Impacto y consecuencias de ser cuidador

Las consecuencias de ser cuidadores primarios pueden clasificarse en negativas o positivas según la autopercepción de los cuidadores. Las consecuencias negativas son recogidas ampliamente por la literatura, mientras que el estudio de las positivas es un campo emergente que refuerza positivamente el concepto de cuidar. En cuanto a las consecuencias positivas destacamos los sentimientos positivos que se desarrollan al cuidar a una persona y el sentimiento de bienestar. Entre las consecuencias negativas del cuidado diversos autores destacan las consecuencias sobre la salud física y mental, la depresión, el cansancio, la sobrecarga, los problemas laborales, económicos y

sociales, la principal consecuencia negativa del cuidado en el cuidador primario: El sentimiento de carga, ansiedad y depresión, es por eso que el conocimiento o identificación de los factores que puedan mejorar las consecuencias de cuidar en el cuidador podrá potenciar la aplicación de intervenciones que mejoren el estado psicológico del cuidador y el coste económico del mismo. [15]

Dueñas E. 2006. Realizó un estudio piloto de casos y controles para evaluar la funcionalidad familiar, la ansiedad y depresión, la presencia de enfermedades (cuidadores y no cuidadores), y la prevalencia del síndrome del cuidador. Teniendo como resultado que los cuidadores de adultos mayores discapacitados presentan altos niveles de ansiedad, depresión, disfunción familiar y síndrome del cuidador con mayor predisposición a la morbilidad. Los resultados de este estudio identificaron a los cuidadores de adultos mayores discapacitados como un grupo vulnerable con necesidades preventivas y terapéuticas. [16]

El cuidador principal se enfrenta y sufre, en ocasiones, situaciones de falta de apoyo familiar que generan soledad y angustia. Con facilidad surgen actitudes teñidas de resignación que incapacitan para buscar alternativas y soluciones. Actitudes paternalistas y sobreprotectoras que generan y favorecen mayor dependencia en la relación, entorpeciendo la autonomía del otro. Restricción del tiempo libre, pérdida de interés por otras actividades, poca participación en actividades sociales o cuando se participa no poder disfrutar porque sigue presente el otro en nuestra cabeza... o porque nos haría sentir mal disfrutar mientras el otro no puede, (tener algo es como que le quitas.

Pensar en uno mismo es ser malo...), Aislamiento, Dependencia mutua. Tras la gran necesidad del otro, que a veces no para de demandar, aparece la propia necesidad del cuidador de no despegarse, pudiendo servir la situación para acallar, ocultar o pasar a segundo plano aspectos personales importantes (trabajo, pareja, etc.). Estado emocional muy frágil, depresión, niveles importantes de ansiedad, etc., que pueden requerir medicación en algunos casos. Aparición de sentimientos que producen mucho malestar, a veces desconocidos, contradictorios, ambivalentes, como la culpa, rabia, ira, irritabilidad, miedos, temor a la pérdida, a enfermar, a producir dolor en el que recibe el cuidado, a no poder más y explotar, así como muchas dudas respecto de lo acertado o no de su actuación, dificultades para ocuparse de uno mismo porque todo lo invade la necesidad del otro, dificultades para buscar apoyos o dejarse ayudar. [17]

Generalmente, los/as cuidadores/as informales no poseen la suficiente formación en cuanto a cuidados básicos generales, ni de los procesos patológicos de las personas a las que cuidan , siendo esta formación muy importante para asegurar una provisión de cuidados de calidad en tanto afecta a la salud de la persona cuidada y a la de ellos/as mismos. [18]

Kim H. 2012, Realizó un estudio donde evaluó los factores relacionados con la sobrecarga del cuidador, teniendo como resultado, los predictores más significativos, con un 16% de sobrecarga del cuidador; esto fue a causa de los factores sociodemográficos del cuidador y los factores relacionados con el cuidado. Los predictores individuales significativos fueron el deterioro de las actividades de la vida

diaria o actividades instrumentales de la vida diaria, el número de horas de cuidado, el uso de estrategias de afrontamiento, estado conyugal y sexo del cuidador. [19]

Instrumento que evalúa sobrecarga

La **escala de sobrecarga de Zarit**. (Caregiver burden interview, CBI). Adaptada al castellano por Montorio et al. en cuidadores de personas mayores dependientes. Es un instrumento de autoinforme que evalúa la carga de los cuidadores primarios a partir de identificar los sentimientos habituales que experimentan quienes cuidan a otra persona. Está compuesta por 22 ítems tipo Likert con cinco niveles de respuesta: 1=nunca, 2=rara vez, 3=algunas veces, 4=bastantes veces y 5=siempre. Explica el 55% de la varianza y se distribuyen en tres factores: 1) impacto del cuidado, 2) relación interpersonal y 3) expectativas de autoeficacia. Tiene una consistencia interna que oscila entre .69 y .90. [20]

La escala para medir la sobrecarga del cuidador (Zarit y Zarit, 1982) ha sido utilizada en varias ciudades de España y se ha adaptado en ambientes de atención primaria en salud con una buena efectividad y ha alcanzado niveles predictivos positivos de hasta 100% y un valor predictivo negativo (VPN) del 100%⁷. En Colombia se conocen trabajos acerca de la evaluación del síndrome del cuidador en adultos en el departamento del Valle del Cauca siendo específico para discapacitados, que permanecieron en el hogar y que se encontraban a cargo de cuidadores informales. [21]

Fue adaptada y validada al español en 1996, siendo revalidada en el año 2010. Presenta confiabilidad y consistencia, además ha demostrado validez de apariencia, contenido y detección de patologías principalmente de salud mental. Su principal inconveniente es su extensión, por lo que en España se ha validado recientemente una forma abreviada (Escala de Zarit Abreviada-EZA), la cual consta de 7 preguntas tomadas de la escala original, con 5 puntos cada una. En Chile, Breinbauer et al. (2009), validó la escala original y abreviada, presentando gran consistencia interna, confiabilidad test-retest tanto es su escala original como abreviada. [22].

Los resultados del test se suman en un puntaje total (22-110 puntos). Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (<46), "sobrecarga ligera" (47-55) o "sobrecarga intensa" (>56). Esta última se asocia a mayor morbimortalidad médica, psiquiátrica y social del cuidador. Los aspectos que evalúa la escala son la salud física y psicológica, el área económica y laboral, las relaciones sociales y la relación con la persona mayor y receptora del cuidado. 11 Esta herramienta ha sido validada en diversos idiomas incluyendo español, con un alfa de Cronbach de 0.91. [23].

Para dimensionar los efectos emocionales adversos que manifiesta el cuidador frente a la rutina diaria de cuidar a una persona, es decir la carga del cuidador, existen diversas pruebas, una de las más utilizadas es la Zarit Burden Interview, que considera factores emocionales, físicos, las finanzas, la actitud del cuidador hacia el receptor de los cuidados, la relación entre ellos, los comportamientos y actitudes

expresadas por el receptor de cuidados, por lo que esta escala mide el riesgo de deterioro de su vida social, laboral, familiar, los problemas económicos y el sentimiento de sobrecarga en el rol de cuidar. [24].

Intervenciones para disminuir sobrecarga del cuidador

Se requiere de intervenciones educativas y psicosociales que se orienten con instrumentos de aprendizaje, con intervención del trabajo interdisciplinario con otras áreas para el fortalecimiento de la red de apoyo para la planificación de objetivos e intervenciones unificadas. Se hace necesario el abordaje de políticas públicas que permitan incluir al cuidador y su rol dentro del sistema, para disminuir la sobrecarga del cuidado, siendo un elemento clave para el desarrollo de un modelo integral de atención en salud. Es necesario abordar el soporte social desde lo instrumental y contribuir con la producción de piezas investigativas para registrar el actuar diario de los profesionales en enfermería con la diada y su familia. [25].

Los síntomas neuropsiquiátricos en el paciente se han relacionado con la presencia de sobrecarga de cuidador por lo que se deberá de valorar la utilización de psicofármacos en el paciente para disminuir este problema. El uso de inhibidores de la acetilcolinesterasa en pacientes con demencia. El uso de antipsicóticos para manejo de conductas agresivas y psicosis. El uso de antidepresivos para el manejo de trastorno ansioso-depresivo. [26].

Se debe recomendar la actividad física, ya que muestra beneficio en reducir el colapso del cuidador, mejorando el funcionamiento psicológico de los mismos, en particular entre los cuidadores de personas con demencia. [27].

Es importante que el Personal de Salud promueva en el cuidador colapsado la salud física y mental a través de: revisiones periódicas, evaluar la alimentación. insistir en el descanso, el ejercicio y la relajación, apoyo emocional. [28]

Se deberá proporcionar información sobre la enfermedad y/o situación de dependencia, su evolución y las habilidades necesarias para hacer frente a determinadas situaciones. A través de programas educativos en las unidades médicas. Se sugiere capacitar al cuidador en habilidades prácticas de cuidado que consisten en la enseñanza mediante sesiones de demostración como bañar, levantar, movilizar, alimentar, entre otros. Se sugiere derivar al cuidador colapsado a participar en sesiones de Psicoterapia donde a través de intervenciones individuales o grupales de consejería apoyen en el entendimiento de sus problemas. La Terapia cognitiva intenta directamente modificar una “idea” individual, como el tipo de creencias más frecuentes con respecto a la situación de cuidado. Entre las creencias más destacadas por los cuidadores están “incapacidad para controlar la conducta” y “la conducta del enfermo está cambiando con intenciones hostiles hacia el cuidador”. La terapia conductual incluye programas en los que se aplican principios de la teoría del aprendizaje y se usa una o más técnicas de las siguientes: establecimiento de metas formalizando por escrito, contratos en las metas, reforzamiento verbal o material. [29]

Justificación

La enfermedad renal crónica (ERC) se ha convertido en un problema de salud pública importante, pues es una de las enfermedades con alta prevalencia a nivel mundial, aumentando en un 6.8% anualmente. Los tratamientos a los que son sometidos los pacientes con ERC², son de carácter invasivo y altamente demandantes, estos requieren cuidados domiciliarios que precisan de un cuidador que se haga cargo de estos. Dentro de los cuidados que asumirá el cuidador se encuentran los cambios de la solución para dializar, registro del balance de líquidos, peso diario del paciente, alimentación adecuada, vigilancia del catéter peritoneal al realizar el recambio, asistencia a los controles de medicina y enfermería, entre otros. El cuidador familiar además de realizar cuidados instrumentales, también tendrá el "papel amortiguador de todas las tensiones que se van generando en el proceso de la enfermedad", lidiando así, con la carga emocional de la persona a quien cuida y del círculo familiar y social que lo rodea.

[30]

Cuando el cuidador se desgasta, descuida aspectos tan cruciales como el horario de los medicamentos, el aseo diario del paciente, su alimentación, la prevención de accidentes, etc., además de verse afectado su estado de ánimo. Todo esto favorece que el precario estado de salud del paciente se deteriore aún más; el resultado visible es la petición recurrente por parte del paciente de consultas de urgencia e ingresos frecuentes y prolongados. El desgaste sin atención tiene un mayor riesgo de generar conductas que provoquen maltrato. Es tan estrecha la relación entre el colapso del cuidador y el maltrato del paciente que, si se encuentra una, se debe indagar sobre la posible existencia de la

otra, y aunque no se encuentre el maltrato ya establecido como tal, si hay factores de riesgo, lo más probable es que el maltrato se haga realidad en un futuro inmediato. [31]

Por lo tanto, es de vital importancia humanizar y personalizar la atención del paciente, debe ser parte de los profesionales médicos, debe ser parte de un manual de protocolos a seguir. Y con esto surge mi propuesta en generar una política de salud, por medio de la presente investigación, que genere un cambio que realmente llegue a concretarse, gestionan estrategias que ayuden a sistematizar la atención medica en beneficio del paciente, del cuidador y de las instituciones médicas.

Magnitud: En los últimos años, ha adquirido una importancia creciente el estudio de la sobrecarga y las repercusiones sobre la calidad de vida de los cuidadores de los pacientes con patologías crónicas o patologías que requieren cuidados paliativos, sin embargo, se han estudiado menos estos aspectos en los cuidadores de pacientes con diálisis.

Viabilidad: El Programa Nacional de Salud y los programas prioritarios de atención, contemplan la detección y el manejo del colapso del cuidador como áreas prioritarias de atención por nuestro sistema de salud.

Vulnerabilidad Con la realización de este estudio y de acuerdo con los resultados obtenidos se espera que se pueda lograr incidir en la prevención o detección oportuna del nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes con enfermedad renal crónica.

Factibilidad: Es posible realizar el estudio, pues sólo se necesitarán cuestionarios que serán aplicados a los médicos incluidos en estudio.

Trascendencia: No se puede establecer una cifra exacta del gasto no compensado de los cuidados informales, aunque hay estimaciones que llegan a ser de 306 mil millones de dólares solo en Estados Unidos.

Planteamiento del problema

La sobrecarga del cuidador es tema si estudiado, pero no se le ha dado la importancia deseada, con principios e ideales que lleguen a concretarse. Al revisarlas parecen textos utópicos sin aplicaciones en el contexto de la salud del pueblo mexicano. La sobrecarga del cuidador tiene repercusiones a nivel individual, familiar e institucional, en cuanto a la calidad de vida y a nivel económico.

Las ciencias de la salud tienen los suficientes elementos para incidir en los programas de salud y la experiencia del trato directo con los grupos humanos, con la comunidad, con la familia y con los pacientes. Gestionando políticas de salud pública con habilidades cognitivas, destrezas en la práctica, experiencia personal y de investigación aplicada.

Bajo este contexto surge la siguiente pregunta:

¿Cuál es el nivel de sobrecarga en el cuidador del paciente con Enfermedad Renal Crónica en Terapia de Sustitución Renal de la UMF No 15 del IMSS?

OBJETIVO GENERAL

Analizar el nivel de sobrecarga del cuidador primario de pacientes con Enfermedad Renal Crónica en Terapia de Sustitución Renal de la UMF 15 del IMSS.

OBJETIVO ESPECIFICO

Identificar los factores sociodemograficos que intervienen en el nivel de sobrecarga del cuidador primario de pacientes con Enfermedad Renal Crónica en Terapia de Sustitución Renal de la UMF 15 del IMSS.

HIPÓTESIS

Las hipótesis en este estudio se realizaron por motivos de enseñanza, ya que los estudios descriptivos no requieren el desarrollo de estas. Basado en los propósitos de este estudio se plantearon las siguientes hipótesis:

HIPÓTESIS NULA (H 0):

No existe sobrecarga en el cuidador del paciente con Enfermedad Renal Crónica en Terapia de Sustitución Renal adscritos a la UMF 15”.

HIPÓTESIS ALTERNA (H 1):

Existe sobrecarga en el cuidador del paciente con Enfermedad Renal Crónica en Terapia de Sustitución Renal adscritos a la UMF 15”.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de investigación

PROSPECTIVO:

Tipo de estudio según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información.

TRANSVERSAL:

Tipo de estudio según el número de una variable o el periodo y secuencia del estudio.

NO COMPARATIVO:

Tipo de estudio según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados.

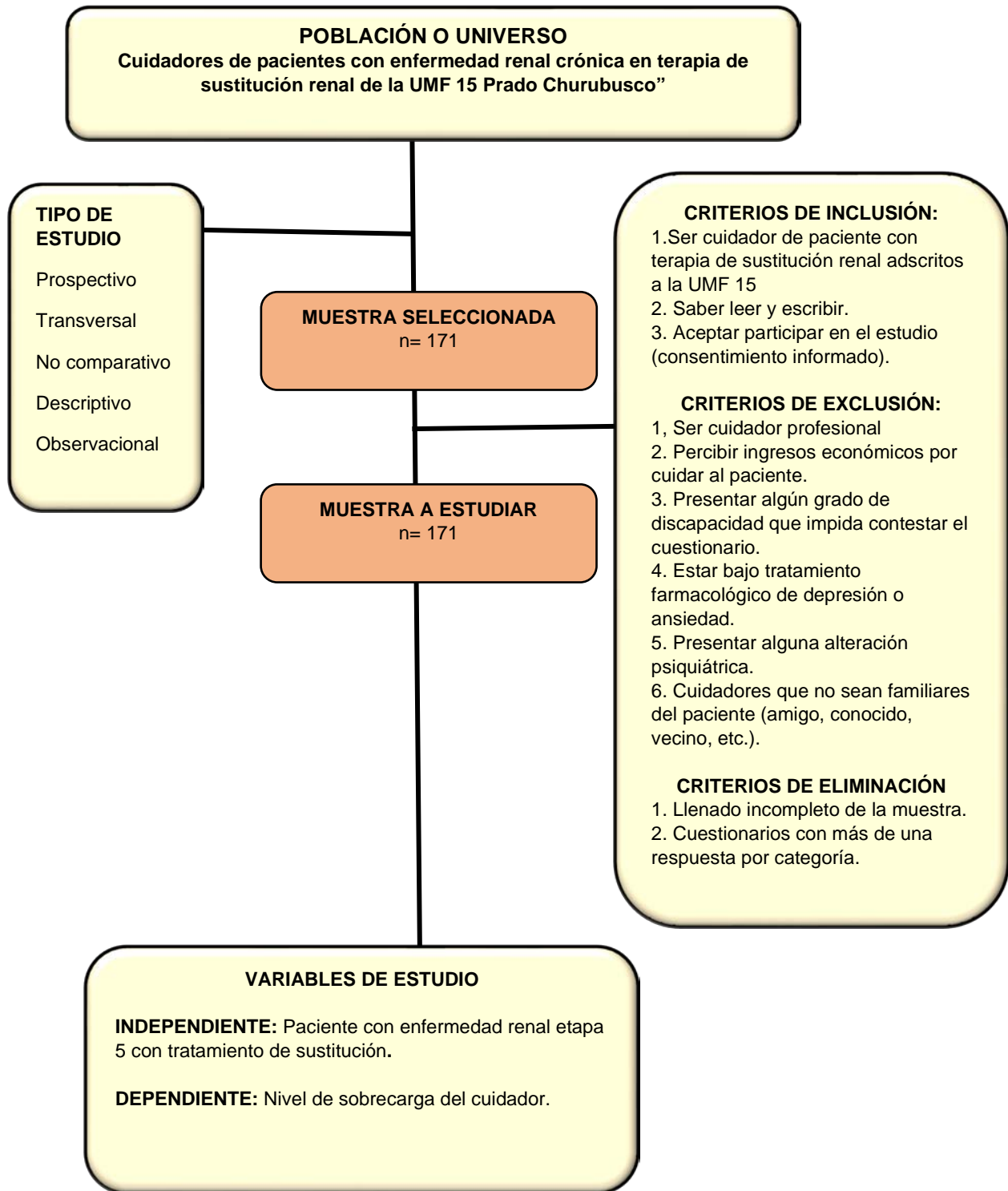
DESCRIPTIVO:

Tipo de estudio según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados.

OBSERVACIONAL:

De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza.

Diseño de la investigación



Elaboró: Flores Rosales Mariana

Población o universo

La presente investigación se realizó con familiares que se encargan de cuidar a pacientes con Enfermedad Renal Crónica con Terapia de Sustitución Renal de la UMF N° 15 del IMSS que cumplieron con los criterios de inclusión para la realización del estudio. Se descartó a los que presentaron al menos un criterio de eliminación.

Ubicación temporal y espacial de la investigación

Se desarrolló en el área de Consulta externa de la UMF N°15 del IMSS. Siendo esta una población urbana.

La investigación se efectuó de abril de 2021 a enero 2023 en el aula de enseñanza del UMF N°15 ubicado en Ermita Iztapalapa, Prado Churubusco, Coyoacán.

Muestra

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con una variable dicotómica, no probabilístico por conveniencia, requirió de 171 cuidadores, con una proporción esperada del 0.50, con un intervalo de confianza del 95% y con una amplitud de intervalo de confianza del 0.15.

Definición de conceptos del tamaño de la muestra:

N= Número total de individuos requeridos.

Z alfa= Desviación normal estandarizada para alfa bilateral.

P= Proporción esperada.

(1-P) = Nivel de confianza del 90%

W= Amplitud del intervalo de confianza.

$$N = \frac{4 Z^2 P (1 - P)}{W^2}$$

$$N = 4 (1.96)^2 * 0.50 (0.50) / 0.15^2$$

$$N = 4 (3.8416) * (0.25) / 0.0225$$

$$N = 15.3664 (0.25) / 0.0225$$

$$N = 3.8416 / 0.0225$$

$$N = 170.73$$

Donde:

Z alfa= 1.96

P= 0.50

(1-P) = 0.50

W= 0.15

Total, de la muestra= 171 pacientes.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Pacientes con terapia de sustitución renal adscritos a la UMF 15 con cuidador .
- Que sepan leer y escribir.
- Que acepten participar en el estudio (consentimiento informado firmado).
- Ser mayor de 18 años.

Criterios de exclusión:

- Ser cuidador profesional
- Percibir ingresos económicos por cuidar al paciente
- Presentar algún grado de discapacidad que les impida contestar el cuestionario.
- Estar bajo tratamiento farmacológico para depresión y/o ansiedad
- Presentar alguna alteración psiquiátrica
- Cuidadores que no sean familiares del paciente (amigo, conocido, vecino, etc)

Criterios de eliminación:

- Llenado incompleto de la encuesta
- Cuestionarios con más de una respuesta por categoría
-

Variables del estudio

Variable independiente

- Paciente con terapia de sustitución renal.

Variable dependiente

- Nivel de sobrecarga del cuidador

Lista de variables:

1. Sexo del cuidador
2. Edad del cuidador
3. Escolaridad del cuidador
4. Estado civil del cuidador
5. Ocupación del cuidador
6. Parentesco del cuidador
7. Religión del cuidador
8. Horas dedicadas al día como cuidador
9. Meses al cuidado del paciente
10. Años al cuidado del paciente
11. Motivación del cuidador
12. Percepción del cuidador sobre la autosuficiencia del paciente
13. Nivel de sobrecarga del cuidador

Definición conceptual de las variables

Variables sociodemográficas

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
SEXO:	Proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos que dan por resultado la especialización de organismos en variedades mujer u hombre.
EDAD:	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo
ESCOLARIDAD:	Periodo de tiempo que dura la estancia de un niño o joven en una escuela para estudiar y recibir una enseñanza adecuada.
ESTADO CIVIL:	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.
OCUPACIÓN:	Trabajo asalariado, al servicio de un empleador. Acción o función que se desempeña para ganar el sustento.
PARENTESCO	Es el vínculo que une a las personas que descienden unas de otras o que tienen un ascendiente común, esto es, que se hallan unidas por una comunidad de sangre. Relación o unión de varias personas por virtud de la naturaleza o la ley.
RELIGIÓN:	Colección organizada de creencias, sistemas culturales y cosmovisiones que relacionan a la humanidad a un tipo de existencia.

Elaboro: Flores Rosales Mariana

Definición conceptual de las variables de patología principal

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
ENFERMEDAD RENAL CRONICA	Es una pérdida progresiva (por tres meses o más) e irreversible de las funciones renales, cuyo grado de afección se determina con un filtrado glomerular (FG) <60 ml/min/1.73 m ² .
SOBRECARGA:	Son las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar; que se ha visto es un indicador de los efectos del cuidado. Efecto de saturación u ocupación completa de una cosa que impide su funcionamiento normal.
MOTIVACIÓN:	Son los factores o determinantes internos que incitan a una acción.
AUTOSUFICIENCIA:	Estado o condición del que se basa a sí mismo.

Elaboro: **Flores Rosales Mariana**

Definición operativa de las variables del instrumento

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR DE LA VARIABLE
Nivel de sobrecarga	CUALITATIVA	NOMINAL	1.AUSENACIA DE SOBRECARGA 2.SOBRECARGA LIGERA 3.SOBRECARGA INTENSA

ELABORÓ: FLORES ROSALES MARIANA

Definición operativa de las variables

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR DE LA VARIABLE
SEXO	Cualitativa	Nominal	1.Femenino 2. Masculino
EDAD EN RANGOS DEL CUIDADOR	Cuantitativa	Continua	1. <40años 2. 41-60años 3. 61 o más años
ESCOLARIDAD	Cualitativa	Ordinal	1.Educación Básica 2. Educación Media Superior. 3.Educación Superior o más
ESTADO CIVIL	Cualitativa	Nominal	1.Soltero 2.Casado 3.Unión Libre 4.Divorciado
OCUPACIÓN	Cualitativa	Nominal	1.Empleado 2.Desempleado
PARENTESCO	Cualitativa	Nominal	1.Esposo (a) 2.Hijo(a) 3.Hermano(a) 4.Nuera/yerno 5.Cuñado 6.Sobrino/nieto 7.Padre/madre 8.Abuelo
RELIGIÓN	Cualitativa	Nominal	1.Con religión 2.Sin religión
HORAS DE CUIDADO DIARIAS	Cuantitativa	Continua	Números enteros
MESES CUIDANDO A SU FAMILIAR	Cuantitativa	Continua	Números enteros
AÑOS CUIDANDO A SU FAMILIAR	Cuantitativa	Continua	Números enteros
MOTIVACIÓN DEL CUIDADOR	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.Mas o menos 3.No
AUTOSUFICIENCIA	Cualitativa	Nominal	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

ELABORÓ: FLORES ROSALES MARIANA

Diseño estadístico

El análisis estadístico se llevará a cabo en el programa SPSS 22 DE Windows.

Respecto a las variables sociodemográficas; se inició con la obtención de estadísticas descriptivas, permitiendo así conocer las características generales de la población estudiada. Para las variables cualitativas se calcularon frecuencias y porcentajes. Se realizó el análisis bivariado, cruzando las variables sociodemográficas y de la variable dependiente con el nivel de sobrecarga, obteniendo frecuencias y porcentajes en los diferentes rubros. Por último, se realizó análisis bivariado, calculando asociación entre variables demográficas calculando chi cuadrada.

Instrumento de recolección

Se utilizó una ficha de identificación para obtener las variables sociodemográficas y las propias de la patología.

Se aplicó el test de sobrecarga del Cuidador de Zarit a los cuidadores de los pacientes con enfermedad renal crónica del de la UMF No 15 "Prado Churubusco", el cual mide la sobrecarga subjetiva, definida como las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar (Versión española de Montorio y cols).

Este instrumento consta de 22 ítems que evalúan las repercusiones negativas sobre determinadas áreas de la vida asociadas a la prestación de cuidados. Esta herramienta presenta gran confiabilidad ínter-observador (coeficiente de correlación intra-clase (CCI) 0,71 en su estudio original y 0,71-0,85 en validaciones internacionales, consistencia interna (alfa de Cronbach 0,91 en estudio original, y 0,85-0,93 en varios países).

Se evalúan tres grandes esferas de acuerdo al concepto que engloba cada factor:

1. Impacto del cuidado sobre el cuidador, se refiere principalmente a las valoraciones que hace el cuidador respecto de la prestación de cuidados, como falta de tiempo libre, deterioro de su salud, falta de intimidad, sensación de pérdida de control de su vida, deterioro de su vida social.

2. Relación interpersonal cuidador-paciente, representando por aquellos elementos referidos a la relación que el cuidador mantiene con su familiar o paciente, como sentimientos de vergüenza, enfado, tensión.
3. Expectativas de autoeficacia, refleja creencias del cuidador sobre su capacidad para cuidar a su familiar.

Los resultados del test se suman en un puntaje total (22-110 puntos). Este resultado clasifica al cuidador en: **"ausencia de sobrecarga"** (<46 puntos), **"sobrecarga ligera"** (47-55 puntos) o **"sobrecarga intensa"** (>56 puntos).

Las puntuaciones de sobrecarga correlacionan significativamente con síntomas psicopatológicos en el cuidador, con el estado de ánimo y la salud física del cuidador, así como con la calidad de la relación entre el cuidador y el receptor de cuidados. El cuestionario de Zarit se realizó al cuidador informal habitual con el fin de detectar situaciones de sobrecarga que precisen la actuación de los servicios sociales.

Método de recolección de datos

En el estudio participaron los cuidadores de pacientes con Enfermedad Renal Crónica en la UMF No 15 "Prado Churubusco", que cumplieron con los criterios de inclusión. Se les dijo de forma clara y concisa en qué consistía la investigación, se realizaron algunas preguntas para conocer si eran candidatos a participar en la investigación y de ser así firmaron el consentimiento informado.

Se realizó una encuesta para recabar las variables sociodemográficas del cuidador y del paciente cuidado, dando 5 minutos para su llenado y posteriormente entregar el test explicando que es auto aplicable, que consta de 22 reactivos y que mide el nivel de sobrecarga, dando un tiempo límite para llenarlo de 30 minutos.

Una vez completada la muestra, se aplicaron los criterios de eliminación para después proceder al vaciamiento y análisis de datos en Excel 365 y en la versión 21 del programa SPSS.

Maniobras para evitar y controlar sesgos

Control de sesgos de información: Se realizó una revisión sistemática de la literatura con la mejor evidencia médica disponible mediante buscadores electrónicos. Los participantes nunca conocieron las hipótesis de estudio. Se elaboraron cuestionarios claros y concisos.

Control de sesgos de selección: Se aplicó la encuesta en forma individual a partir de los criterios de inclusión y considerando los de exclusión. Si el administrador de la prueba sospecha que el nivel de lectura es inadecuado, deberá trabajar con la primera pregunta, haciendo que el sujeto lea el enunciado en voz alta y seleccionando en voz alta algunas alternativas. Si el sujeto tiene dificultades para leer la primera pregunta, se debe interrumpir la aplicación de la prueba. La prueba deberá realizarse en 30 minutos. Durante la aplicación de la encuesta del cuidador de Zarit, es importante recordar que las respuestas no requieren aceptar ayuda de otras personas. No debe hacerse mención de la presencia de sobrecarga. El examinador no debe discutir ninguna pregunta con el sujeto, explicando que debe ser él quien debe buscar sus percepciones u opiniones. Si el sujeto pregunta el significado de una palabra, deberá darse la definición de la misma del diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. Se eligió una muestra representativa de la población. El test de Zarit tiene una alfa de Cronbach de 0.91, lo que garantiza la fiabilidad de la escala. Se revisó la encuesta en búsqueda de criterios de eliminación.

Control de sesgos de análisis: Se registró y analizó los datos correctamente en Excel, usando como estrategia el uso de rangos, verificando la existencia de números no válidos para el programa. Otra estrategia fue ordenar los números de mayor a menor en cada columna de la base de datos para identificar valores fuera de los establecidos y proceder a su corrección. Toda la información fue validada mediante un programa epidemiológico.

Aspectos éticos

El presente proyecto de investigación esta bajo las consideraciones del Reglamento de la Ley General de Salud, que hace referencia a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, así como también bajo los criterios de la Norma Oficial de Investigación Científica (Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012) que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Para garantizar la pertinencia ética de esta investigación, se parte del reconocimiento de los principios establecidos en el **Código de Núremberg**, la declaración de Helsinki y las diferentes declaraciones de la Asociación Médica Mundial, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, además de los principios establecidos en el **Informe Belmont** en materia de investigación en seres humanos.

Declaración de Helsinki

La Declaración fue originalmente adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia, y ha sido sometida a cinco revisiones y dos clarificaciones, creciendo considerablemente de 11 a 37 párrafos. La Asociación Médica Mundial (AMM) promulgó la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. Se agregan los párrafos más relevantes sobres los cuales se fundamenta el actual protocolo de investigación:

Párrafo 6: El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

Párrafo 7: La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Párrafo 10: Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

Párrafo 22: El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración.

Párrafo 25: La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.

Durante las diferentes etapas de diseño, implementación y comunicación de los resultados de esta investigación, prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar de las personas que participan en la misma, como lo establece el Artículo 13 del Capítulo I, Título segundo del **Reglamento de la Ley General de Salud**, en Materia de Investigación para la Salud.

Se considera que esta investigación será realizada en un grupo que reúne las características de grupos subordinados, siendo una población de estudiantes en entornos hospitalarios, como lo establece el Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Investigación para la Salud. Por lo que se implementarán las acciones necesarias para dar cumplimiento a lo establecido por la misma, y a fin de salvaguardar su integridad.

Ya que se considera como riesgo de la investigación “a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio”, el presente proyecto se puede clasificar como estudio clase II, con riesgo mínimo. Si bien se realizará una intervención que no plantea modificar la conducta de los participantes, las preguntas contenidas en los instrumentos de evaluación, podría llegar a incidir en la esfera emocional de los alumnos. Por lo tanto, durante todo el proceso de la investigación y publicación de resultados se contemplan:

1. Confidencialidad: Los datos de identificación de cada uno de los participantes se utilizarán única y exclusivamente para fines de investigación del, así mismo los resultados derivados del presente estudio se reportarán y se publicarán en forma anónima respetando la confidencialidad de los participantes.
2. Consentimiento Informado: Se realizará una explicación clara y completa de la justificación y objetivos de la investigación, así como de su participación, riesgos y beneficios, apoyo y orientación en caso de que derivado de su participación se encontrara en situación de necesitarlas.

Se explicará el carácter de voluntario de su participación con los derechos asociados a dicha voluntariedad. Se explicará el carácter anónimo de su participación.

Se le brindará una explicación adecuada para cada caso sobre los contenidos del documento Informado, mismo que se le otorgará para su lectura y firma, facilitando la comunicación con los investigadores en caso de que existan dudas.

Tomando como fundamento al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, y los lineamientos del Instituto Mexicano de Seguro Social para la investigación en salud, el documento contiene los siguientes datos:

Nombre completo con que fue registrado el proyecto en el comité local de investigación, número de registro, efectos adversos que pudieran presentarse, beneficios y obligaciones de los participantes, así como nombre completo y teléfonos del investigador principal, nombre completo del participante, así como de dos testigos (ver anexos).

El consentimiento informado será recabado por alguna persona que no se encuentre en una situación jerárquica en la cual el participante pueda estar sujeto a presiones por subordinación.

3. Derecho a retirarse del estudio. Los participantes podrán solicitar retirarse del estudio en cualquier momento sin que existan consecuencias de ningún tipo en su perjuicio.
4. Anonimato: se respetará el anonimato de cada uno de los participantes en el presente proyecto de investigación al no revelarse los datos de identificación a ninguna otra persona ajena al proyecto.

PAUTAS ÉTICAS INTERNACIONALES PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS Preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS/OMS)

1. Respeto a las personas: Todo participante será respetado como agentes autónomos.
2. Beneficencia: Se evitará que se dañe a los participantes mediante el respeto a la información y confidencialidad.
3. Justicia: La invitación a participar será a todos los médicos internos de pregrado de recién ingreso, sin discriminación a sus condiciones particulares y/o raza, sexo, preferencia sexual o nivel económico.

El respeto por las personas incluye, a lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación; y protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

La beneficencia se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, no maleficencia (no causar daño). La justicia se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido.

En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación.

NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Los beneficios de este estudio es determinar el nivel de sobrecarga de los cuidadores primarios de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica en la UMF 15 Prado Churubusco” Los resultados del presente estudio serán manejados de manera confidencial con fines del desarrollo de la estrategia educativa, el desarrollo del estudio y la publicación de los resultados, previa revisión y análisis por parte de asesores, comités revisores y comité editorial. El presente estudio se ajusta a los lineamientos generales en materia de investigación, buenas prácticas médicas y de protección de datos, por lo que:

- Contará con un consentimiento de informado.
- Se apegará a las recomendaciones del comité local de investigación y ética.

Se apega a la normatividad en relación con protección de datos, los cuales serán de uso exclusivo para la investigación.

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS, MATERIALES Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Recursos humanos:

La presente tesis, contó con un director (Dra. Nancy García Cervantes.), un asesor metodológico (Dr. Vilchis Chaparro Eduardo), un asesor clínico (Dra. Nancy García Cervantes), un tesista, aplicador de cuestionarios y recolector de datos (Dra. Mariana Flores Rosales).

Físicos:

El estudio se realizó en las instalaciones de la UMF 15 Prado Churubusco”.

Materiales:

Computadora portátil para el registro de toda la información de la investigación, servicio de fotocopiado para reproducir el instrumento, lápices, plumas, borradores, hojas blancas, material diverso de papelería y cámara fotográfica.

Financieros:

Todos los gastos para la realización del estudio fueron financiados por el tesista Flores Rosales Mariana.

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO

Los recursos utilizados en la presente investigación se mencionan en la siguiente tabla:

TÍTULO	TIPO	NÚMERO
RECURSOS HUMANOS	Encuestador	1
RECURSOS MATERIALES	Computadora	1
	Impresora	1
	Tinta para impresora	1
	Hojas blancas	300
	Lápices	10
	Internet	1
	Fotocopias	300
	Calculadora	1
	Programa SPSS	1
	Diccionario	1
FINANCIAMIENTO	El estudio fue financiado por el investigador	

ELABORÓ: FLORES ROSALES MARIANA

Resultados:

- Se estudiaron **171 cuidadores** de pacientes con Enfermedad Renal Crónica en Terapia de Sustitución Renal de la UMF N° 15.
- En lo referente a la **edad**, el valor mínimo fue de 15 años, valor máximo 87 años, media de 48.2 años y desviación estándar de +/- 16.75 años.
- En el **rango de edad** se encontró a 7 (4%) entre 10-20 años, 15 (9%) entre 21-30 años, 38(22.2%) entre 31-40 años, 50 (29%) entre 41-50 años, 35 (20.8%) entre 51-60 años, 17 (10%) entre 61-70 años, 5 (3%) entre 71-80 años y 4 (2%) entre 81-90 años. (Ver Tabla 1 y Gráfica 1).
- En el rubro de **sexo** se encontró a 102 (59.7%) mujeres y 69 (40.3%) hombres (Ver Tabla 2 y Gráfica 2).
- En el apartado de **escolaridad**: 29 (17%) primaria, 69 (20.2%) secundaria, 52 (30.5%) preparatoria, 17 (10%) licenciatura y 4 (2.3%) posgrado (Ver Tabla 3 y Gráfica 3).
- En lo que compete al **estado civil**, se objetivó a 22(13%) solteros, 99 (58.2%) casados, 29 (16.5%) en unión libre, 14 (8%) separados y 7 (4.3%) divorciados (Ver Tabla 4 y Gráfica 4).
- En cuanto a la **ocupación**, se encontró que 128 (73.4%) está empleado y 45 (26.6%) desempleado (Ver Tabla 5 y Gráfica 5).
- Al evaluar la **ocupación del paciente con ERC en TSR** se halló a 25 (15.2%) empleados, 98 (57.3%) desempleados, 37 (22%) pensionados y 10 (5.5%) jubilados (Ver Tabla 6 y Gráfica 6).
- En cuanto al **parentesco** del enfermo en relación al cuidador se observó a 54 (31.6%) esposos, 42 (24.4%) hijos, 26 (15%) hermanos, 5 (3.6%) nuera/yerno, 4

(2.2%) cuñados, 2 (1%) sobrinos, 21 (12.2%) padres/madres y 17 (10%) abuelos (Ver Tabla 7 y Gráfica 7).

- Por otra parte, en cuanto a la **religión** del cuidador se encontró a 145 (84.6%) con religión y 26 (15.4%) sin religión (Ver Tabla 8 y Gráfica 8).
- Del total de la muestra, 77 tenían menos de 1 año como cuidadores, el valor mínimo fue de 1 mes, valor máximo de 12 meses, media de 7 meses, desviación típica de +/-2.85 meses.
- Del total de la muestra, 94 tenían un año o más como cuidadores, siendo el valor mínimo 1 año, valor máximo 2 años, media de 5 años y desviación típica de +/-4.9 años.
- En cuanto al **rango de meses** al cuidado del enfermo se encontró que 7 (9.2%) tienen entre 1-3 meses como cuidador, 15 (19.5%) entre 3-6 meses y 55 (71.3%) entre 6-12 meses. (Ver Tabla 9 y Gráfica 9).
- En cuanto al **rango de años** de cuidado, el resultado fue de 33(35.1%) entre 1-5 años como cuidador, 39 (41.9%) entre 6-10 años, 10 (10.2%) entre 11-15 años, 8 (9.3%) entre 16-20 años, 4 (3.5%) mayor a 20 años. (Ver Tabla 10 y Gráfica 10).
- En el rubro de **horas** dedicadas al día a cuidar al paciente; el valor mínimo fue de 1 hora, valor máximo 24 de horas, media de 9.59 horas y desviación típica de +/-6.88 horas.
- En el **rango de horas** al día dedicadas a cuidar, se vio a 21 (11.7%) entre 1-6 horas, 23 (13.6%) entre 7-12 horas, 35 (20.3%) entre 13-18 horas y 92 (54.4%) entre 19-24 horas (Ver Tabla 11 y Gráfica 11).

- El resultado al evaluar la **motivación** del cuidador fue de 44 (25.7%) motivados, 17(10%) más o menos motivados y 110 (64.3%) no motivados (Ver Tabla 12 y Gráfica 12).
- En cuanto a la percepción de si su familiar puede **valerse por sí mismo** se encontró que 29 (16.8%) nunca, 19 (11.2%) casi nunca, 71 (41.3%) algunas veces, 40 (23.5%) casi siempre y 12 (7.2%) siempre se valen por sí mismos (Ver Tabla 13 y Gráfica 13).
- En lo que respecta al **nivel de sobrecarga** global de los cuidadores se demostró que 23(13.3%) tienen ausencia de sobrecarga, 34 (19.5%) sobrecarga ligera y 114 (67.2%) sobrecarga intensa (Ver Tabla 14 y Gráfica 14).
- En relación al **sexo y nivel de sobrecarga**, se encontró que 3 (1.9%) mujeres tienen ausencia de sobrecarga, 14 (8.1%) sobrecarga ligera y 85 (49.7%) sobrecarga intensa. Respecto a los hombres; 20 (11.4 %) ausencia de sobrecarga, 34 (19.5%) sobrecarga ligera y 114 (67.2%) sobrecarga intensa (Ver Tabla 15 y Gráfica 15).
- En el encabezado de **escolaridad y nivel de sobrecarga** se demostró que 1 (0.5%) con escolaridad primaria tienen ausencia de sobrecarga, 8 (4.6%) sobrecarga ligera y 20 (11.7%) sobrecarga intensa. En el subgrupo de escolaridad secundaria se encontró a 6(3.4%) con ausencia de sobrecarga, 10 (5.8%) sobrecarga ligera y 53 (30.8%) sobrecarga intensa. En el subgrupo de escolaridad preparatoria hubo 4(2.3%) con ausencia de sobrecarga, 11 (6.4%) sobrecarga ligera y 37 (21.7%) sobrecarga intensa. En cuanto a licenciatura; 9 (5.2%) con ausencia de sobrecarga, 5 (2.9%) sobrecarga ligera y 3 (1.7%) sobrecarga intensa. Por último, a nivel de posgrado se hallaron 3 (1.7%) con ausencia de sobrecarga, 0 (0%) con sobrecarga ligera y 1(0.5%) con sobrecarga intensa (Ver Tabla 16 y Gráfica 16).
- En el apartado de **rangos de edad y nivel de sobrecarga**, se encontró a 5 (2.8%) entre 10-20 años con ausencia de sobrecarga, 2 (1.1%) con sobrecarga

ligera y 0 (0%) con sobrecarga intensa. 7 (4.2) entre **21-30** años con ausencia de sobrecarga, 7 (4.2%) con sobrecarga ligera y 1 (0.6 %) con sobrecarga intensa. 3 (2.7%) de entre **31-40** años con ausencia de sobrecarga, 9 (5.2%) con sobrecarga ligera y 26 (15.1%) con sobrecarga intensa. 4 (2.3%) entre **41-50** años con ausencia de sobrecarga, 3 (1.7%) con sobrecarga ligera y 43 (24.9%) con sobrecarga intensa. 0 (0%) entre **51-60** años con ausencia de sobrecarga, 8 (4.7%) con sobrecarga ligera y 25 (14.8%) con sobrecarga intensa. 2 (1.1%) entre **61-70** años con ausencia de sobrecarga, 4 (2.3%) sobrecarga ligera y 11 (6.4%) sobrecarga intensa. 0 (0 %) de **71-80** años con ausencia de sobrecarga, 1 (0.6%) sobrecarga ligera y 4 (2.4%) sobrecarga intensa. Por último, se encontraron 0 (0%) de **81-90** años con ausencia de sobrecarga y 0 (0%) con sobrecarga ligera y 4 (2%) sobrecarga intensa (Ver Tabla 17 y Gráfica 17).

- En lo que concierne al **estado civil del cuidador y nivel de sobrecarga** el resultado fue de 1 (0.5%) solteros con ausencia de sobrecarga, 9 (5.3%) con sobrecarga ligera y 12 (7%) con sobrecarga intensa, además de 14 (8.2%) casados con ausencia de sobrecarga, 16(9.4%) con sobrecarga ligera y 68 (39.9%) sobrecarga intensa. De los que se encontraron en unión libre; 4 (2.3%) tuvieron ausencia de sobrecarga, 6 (3.4%) sobrecarga ligera y 19 (11%) sobrecarga intensa. En cuanto a los separados: 2(1.1%) tuvo ausencia de sobrecarga, 1 (0.5%) sobrecarga ligera y 12 (6.8%) sobrecarga intensa. De los divorciados 2 (1.2%) tuvieron ausencia de sobrecarga, 2 (1.2%) sobrecarga ligera y 3(1.8%) sobrecarga intensa (Ver Tabla 18 y Gráfica 18).
- En lo que respecta a la **ocupación y nivel de sobrecarga** se objetivó a 11 (6.4%) empleados con ausencia de sobrecarga, 29 (16.8%) con sobrecarga ligera y 86 (50%) empleados con sobrecarga intensa. En otro rubro, se halló a 12(7%) desempleados con ausencia de sobrecarga, 5(2.9%) con sobrecarga ligera y 28(16.5%) con sobrecarga intensa (Ver Tabla 19 y Gráfica 19).
- Por otra parte, en cuanto al **parentesco y nivel de sobrecarga** se encontró a 5 (2.9%) esposos con ausencia de sobrecarga, 10 (5.8%) sobrecarga ligera y 17 (6.9%) sobrecarga intensa. 5(2.9%) **hijos** con ausencia de sobrecarga, 9 (5.2%)

con sobrecarga ligera y 28(16.2%) con sobrecarga intensa. 6 (3.4%) **hermanos** sin sobrecarga, 8 (4.6%) con sobrecarga ligera y 12 (6.9%) con sobrecarga intensa. 0 (0%) **nuera/yerno** con ausencia de sobrecarga, 1 (0.7%) sobrecarga ligera y 3 (2.8%) sobrecarga intensa. 0 (0%) **cuñados** con ausencia de sobrecarga, 3 (1.2%) sobrecarga ligera y 2 (0.8%) sobrecarga intensa. 0 (0%) **sobrino/nieto** con ausencia de sobrecarga, 1 (0.7%) sobrecarga ligera y 1 (0.7%) sobrecarga intensa. 1(0.7%) **padres/madres** con ausencia de sobrecarga, 4 (2.8%) con sobrecarga ligera y 16 (9.2%) con sobrecarga intensa. Por último, hubo 2 (1.4%) **abuelos** con ausencia de sobrecarga, 4 (2.8%) con sobrecarga ligera y 11 (6.4%) con sobrecarga intensa (Ver Tabla 20 y Gráfica 20).

- Al observar las variables **religión y nivel de sobrecarga**; 20 (11.6%) cuidadores con religión no tuvieron sobrecarga, 31 (18%) sobrecarga ligera y 94 (58.4%) sobrecarga intensa. En lo referente a los cuidadores sin religión se vio a 3 (1.7%) con ausencia de sobrecarga, 3 (1.7%) con sobrecarga ligera y 20 (11.8%) con sobrecarga intensa (Ver Tabla 21 y Gráfica 21).
- El resultado obtenido en relación al **rango de meses de cuidado y nivel de sobrecarga** se determinó que 4 (2.3%) entre 1-3 meses tienen ausencia de sobrecarga, 4 (2.3%) sobrecarga ligera y 8 (4.6%) sobrecarga intensa. En el rango de 3-6 meses hay 3 (1.7%) cuidadores con ausencia de sobrecarga, 5 (2.9%) con sobrecarga ligera y 25 (14.7%) con sobrecarga intensa. En el rango de 6-12 meses hay 16 (9.3%) cuidadores con ausencia de sobrecarga, 25 (14.7%) con sobrecarga ligera y 81 (47.8%) con sobrecarga intensa (Ver Tabla 22 y Gráfica 22).
- En lo referente al **rango de años de cuidado y nivel de sobrecarga**: 13 (7.7%) entre 1-5 años con ausencia de sobrecarga, 15 (8.9%) sobrecarga ligera y 31(18.4%) sobrecarga intensa. Se vio que 4 (2.3%) entre 6-10 años tienen ausencia de sobrecarga, 8 (4.6 %) sobrecarga ligera y 60 (34.9%) sobrecarga intensa. Se encontró a 3 (1.7%) entre 11-15 años con ausencia de sobrecarga, 5 (2.9%) sobrecarga ligera y 11 (6.4%) sobrecarga intensa. Entre los 16-20 años, 3 (1.8%) ausencia de sobrecarga, 3 (1.7%) sobrecarga ligera y 9 (5.5%) sobrecarga

intensa. En lo referente a mayores de 20 años se vio a 0 (0%) con ausencia de sobrecarga, 3 (1.7%) con sobrecarga ligera y 3 (1.7%) con sobrecarga intensa. (Ver

Tabla 23 y Gráfica 23).

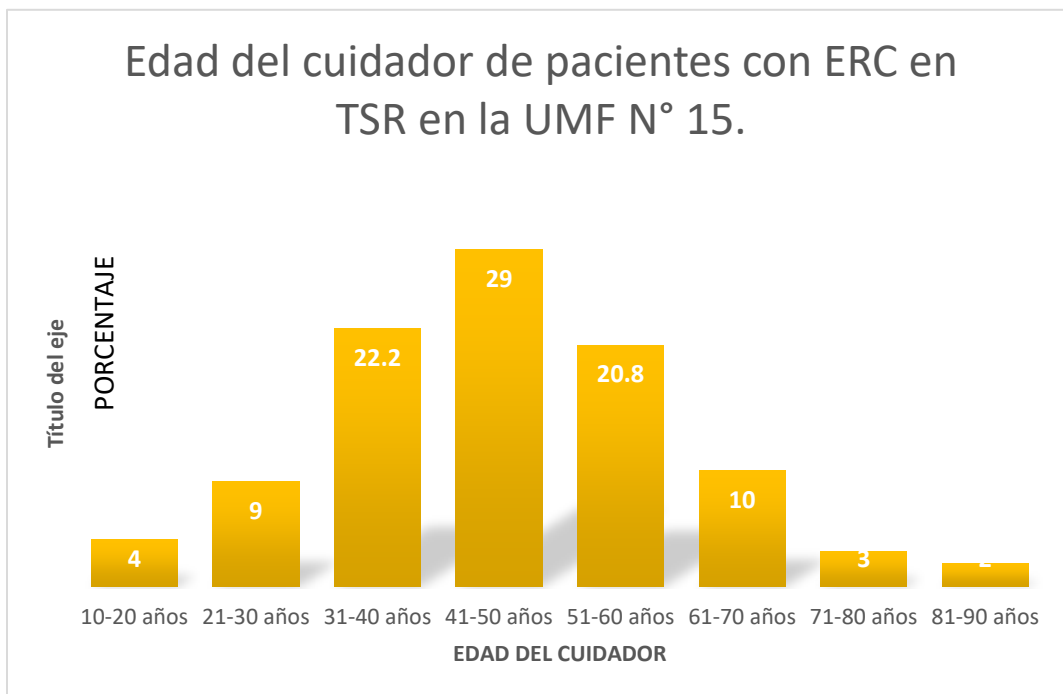
- En el apartado de **rango de horas dedicadas a cuidar al día y nivel de sobrecarga** se vio que de los que dedican entre 1-6 horas a cuidar al paciente 5 (2.7%) no tienen sobrecarga, 13 (7.2%) sobrecarga ligera y 3 (1.6%) sobrecarga intensa. De los cuidadores que dedican entre 7-12 horas de cuidado, 3 (1.6%) no tienen sobrecarga, 9 (5.3%) tienen sobrecarga ligera y 11 (7.1%) sobrecarga intensa. En rango de 13-18 horas hay 6 (3.4%) cuidadores con ausencia de sobrecarga, 7(4%) con sobrecarga ligera y 22 (12.7%) con sobrecarga intensa. En el rango de 19-24 horas hay 9(5.3%) cuidadores con ausencia de sobrecarga, 5(2.7%) con sobrecarga ligera y 78 (46.1%) con sobrecarga intensa (Ver Tabla 24 y Gráfica 24).
- En referencia al nivel de **motivación y nivel de sobrecarga** se encontró a 22(12.8%) cuidadores motivados con ausencia de sobrecarga, 19 (11%) con sobrecarga ligera y 3 (1.7%) con sobrecarga intensa. En cuanto a los más o menos motivados se encontraron 1 (0.5%) con ausencia de sobrecarga, 3 (1.7%) con sobrecarga ligera y 13 (7.6%) con sobrecarga intensa. Respecto a los no motivados se vio que 0 (0%) no tenían sobrecarga, 12 (7%) tenían sobrecarga ligera y 98 (57.2%) sobrecarga intensa (Ver Tabla 25 y Gráfica 25).
- Al evaluar la **percepción de autosuficiencia y nivel de sobrecarga** se halló que 1 (0.5%) nunca se valen por sí mismos con ausencia de sobrecarga, 1 (0.5%) sobrecarga ligera y 27 (15.8%) sobrecarga intensa. Se vio que 2 (1.1%) casi nunca se valen por sí mismo con ausencia de sobrecarga, 2 (1.1%) con sobrecarga ligera y 15 (8.9%) con sobrecarga intensa. 4(2.3%) algunas veces se valen por sí mismos con ausencia de sobrecarga, 10(5.8%) con sobrecarga ligera y 57 (33.1%) con sobrecarga intensa. 8 (4.7%) casi siempre se valen por sí mismos con ausencia de sobrecarga, 18(10.5%) sobrecarga ligera y 14 (8.2%) sobrecarga intensa. SE n cuanto a los que siempre se valen por sí mismos se encontró a 8 (4.7%) con ausencia de sobrecarga, 3 (1.8%) sobrecarga ligera y 1 (0.5%) sobrecarga intensa (Ver Tabla 26 y Gráfica 26).

Tabla 1.

Edad del cuidador de pacientes con ERC en TSR en la UMF 15		
Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje (%)
10-20 años	7	4
21-30 años	15	9
31-40 años	38	22.2
41-50 años	50	29
51-60 años	35	20.8
61-70 años	17	10
71-80 años	5	3
81-90 años	4	2
TOTAL	171	100

FUENTE: n=171. Flores R.M., Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con ERC en TSR en la UMF 15.

Gráfica 1.



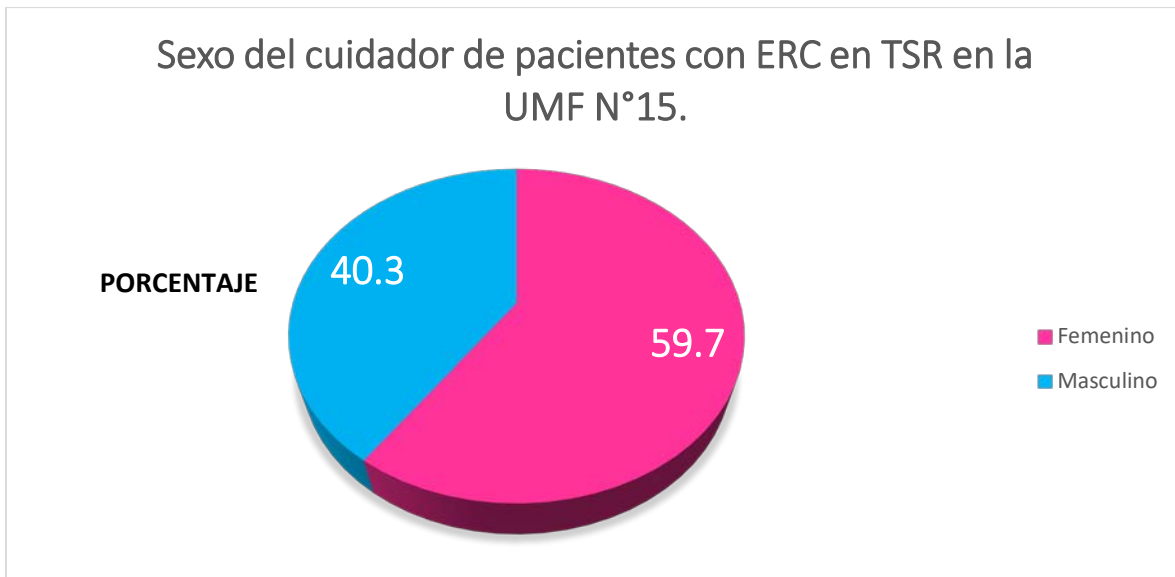
FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes con ERC en TSR en la UMF N° 15., 2022

Tabla 2.

Sexo del cuidador de pacientes con ERC en TSR de la UMF N° 15.		
SEXO	Frecuencia	Porcentaje (%)
Femenino	102	59.7
Masculino	69	40.3
TOTAL	171	100

FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con ERC en TSR en la UMF 15.

Gráfica 2.

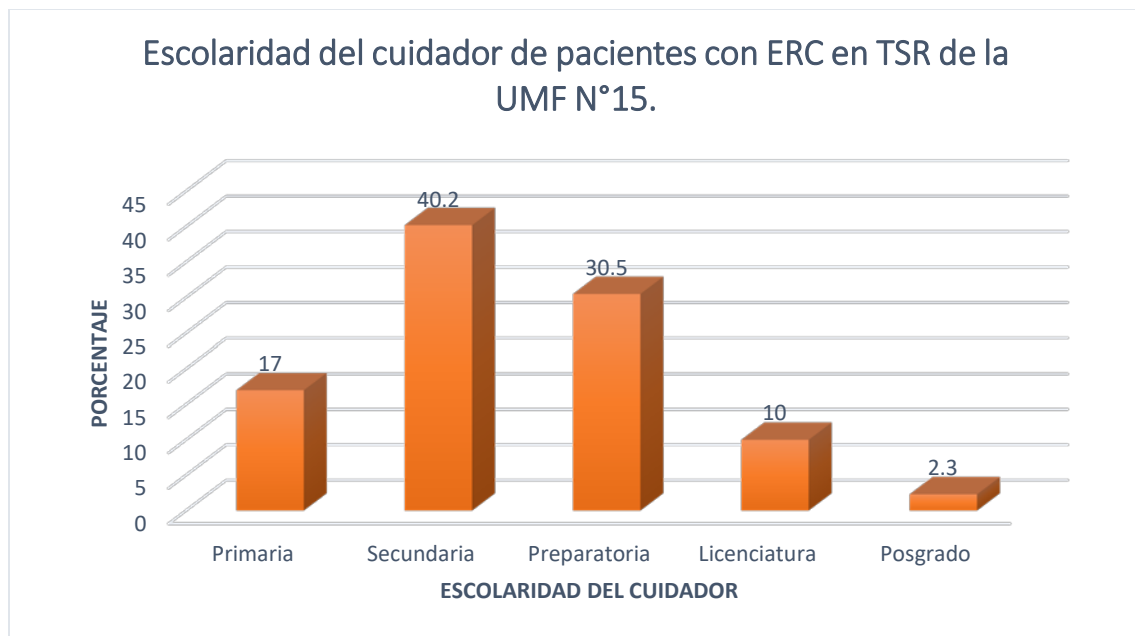


FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes con ERC en TSR en la UMF N° 15.", 2022

Tabla 3.

Escolaridad del cuidador de pacientes con ERC en TSR de la UMF N° 15.		
Nivel de escolaridad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Primaria	29	17
Secundaria	69	40.2
Preparatoria	52	30.5
Licenciatura	17	10
Posgrado	4	2.3
TOTAL	170	100
FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con ERC en TSR en la UMF 15.		

Gráfica 3.



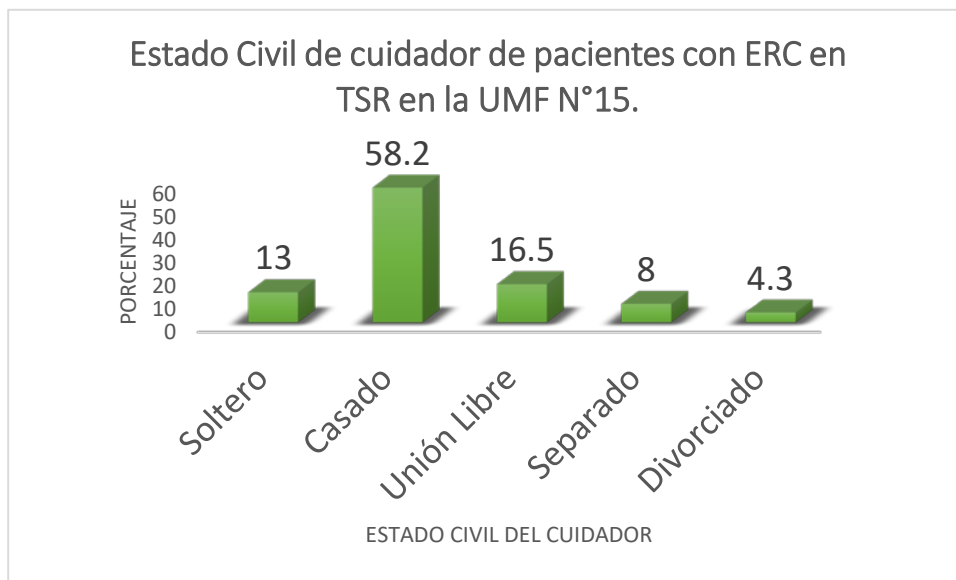
FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes con ERC en TSR en la UMF N° 15., 2022

Tabla 4.

Estado Civil del cuidador de pacientes con ERC en TSR de la UMF N° 15.		
Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero	22	13
Casado	99	58.2
Unión Libre	29	16.5
Separado	14	8
Divorciado	7	4.3
TOTAL	171	100

FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con ERC en TSR en la UMF 15.

Gráfica 4.

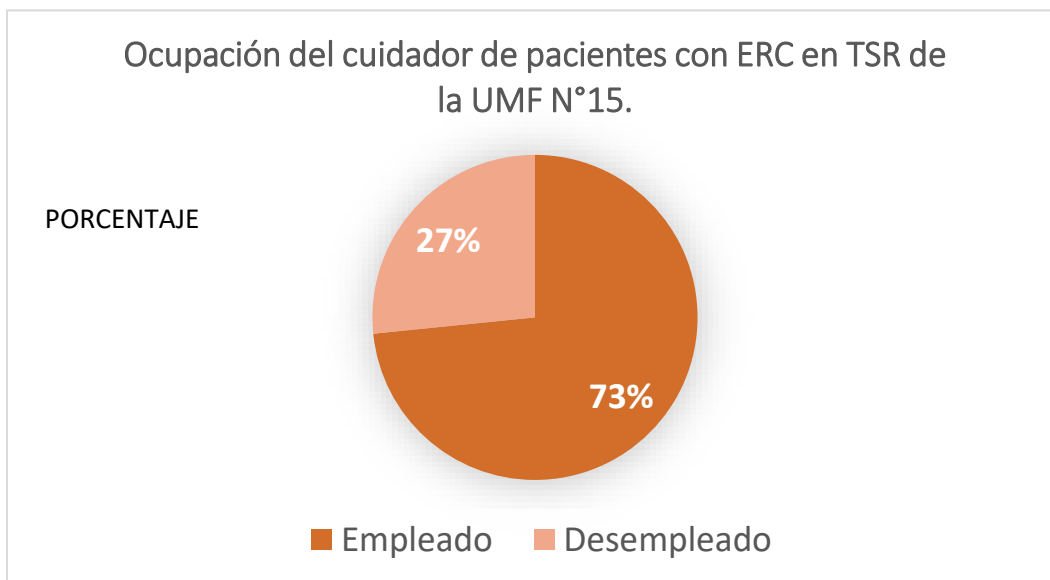


FUENTE: n=171. Flores R.M.. Nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes con ERC en TSR en la UMF N° 15.", 2022

Tabla 5.

Ocupación del cuidador de pacientes con ERC en TSR de la UMF N° 15.		
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Empleado	126	73.4
Desempleado	45	26.6
TOTAL	171	100

FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con ERC en TSR en la UMF 15.



Gráfica 5.

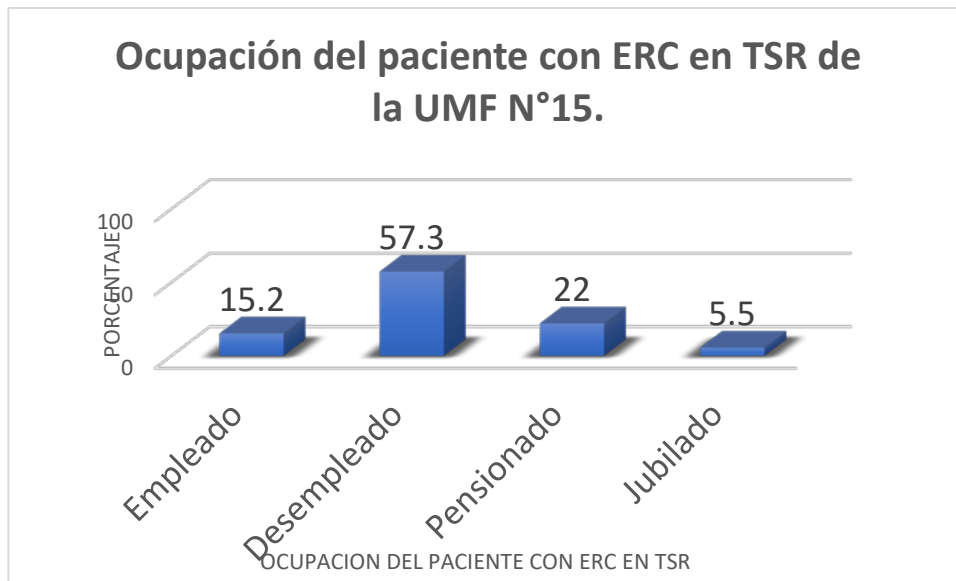
FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes con ERC en TSR en la UMF N° 15.", 2022

Tabla 6.

Ocupación del paciente con ERC en TSR de la UMF N° 15.		
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Empleado	26	15.2
Desempleado	98	57.3
Pensionado	37	22
Jubilado	10	5.5
TOTAL	171	100

FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con ERC en TSR en la UMF 15.

Gráfica 6.



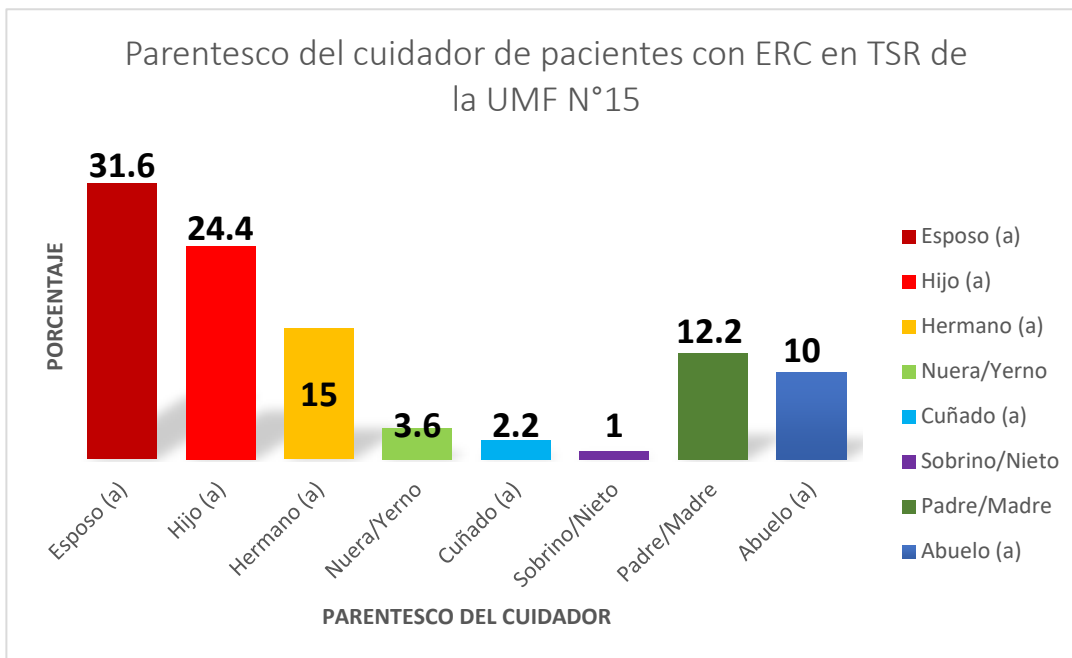
FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes con ERC en TSR en la UMF N° 15., 2022

Tabla 7.

Parentesco del cuidador de pacientes con ERC en TSR de la UMF N° 15.		
Parentesco	Frecuencia	Porcentaje (%)
Esposo (a)	54	31.6
Hijo (a)	42	24.4
Hermano (a)	26	15
Nuera/Yerno	5	3.6
Cuñado (a)	4	2.2
Sobrino/Nieto	2	1
Padre/Madre	21	12.2-
Abuelo (a)	17	10
TOTAL	171	100

FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con ERC en TSR en la UMF 15..

Gráfica 7.



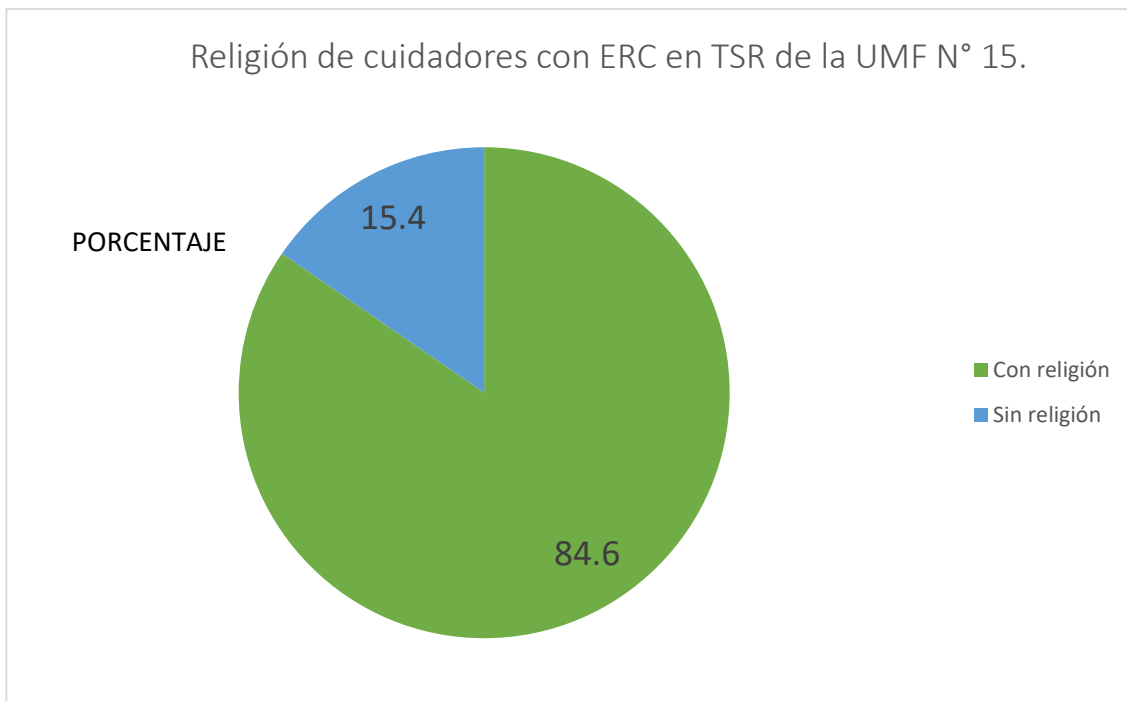
FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes con ERC en TSR en la UMF N° 15., 2022

Tabla 8.

Religión del cuidador de pacientes con ERC en TSR de la UMF N° 15.		
Religión	Frecuencia	Porcentaje (%)
Con religión	145	84.6
Sin religión	26	15.4
TOTAL	171	100

FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con ERC en TSR en la UMF 15..

Gráfica 8.



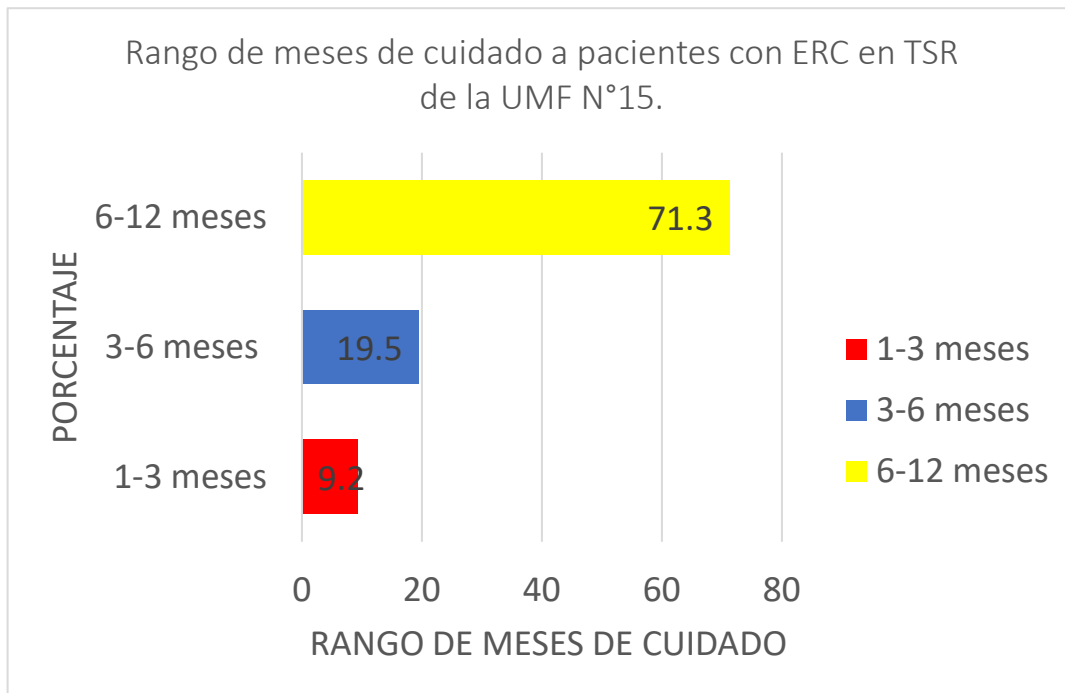
FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes con ERC en TSR en la UMF N° 15., 2022

Tabla 9.

Rango de meses cuidando al paciente con ERC en TSR de la UMF N° 15.		
Rango de meses	Frecuencia	Porcentaje (%)
1-3 meses	7	9.2
3-6 meses	15	19.5
6-12 meses	55	71.3
TOTAL	77	100

FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con ERC en TSR en la UMF 15..

Gráfica 9.



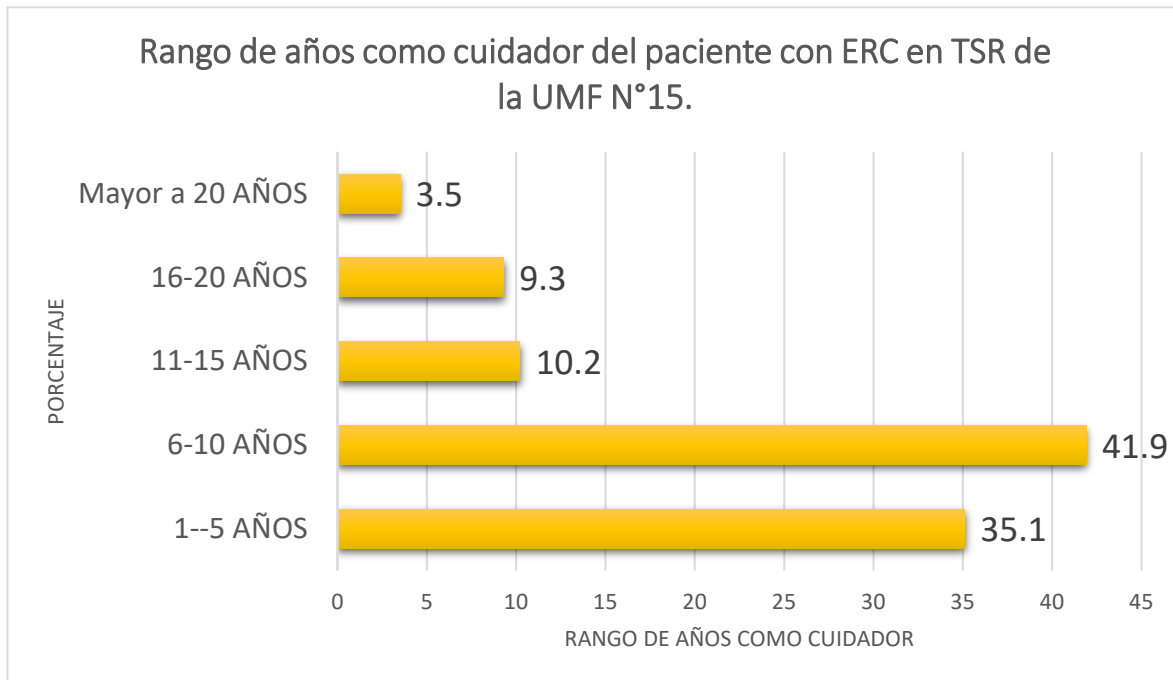
FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes con ERC en TSR en la UMF N° 15.", 2022

Tabla 10.

Rango de años como cuidador del paciente con ERC en TSR de la UMF N° 15		
Rango de años	Frecuencia	Porcentaje (%)
1-5	33	35.1
6-10	39	41.9
11-15	10	10.2
16-20	8	9.3
Mayor a 20	4	3.5
TOTAL	94	100

FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con ERC en TSR en la UMF 15..

Gráfica 10.



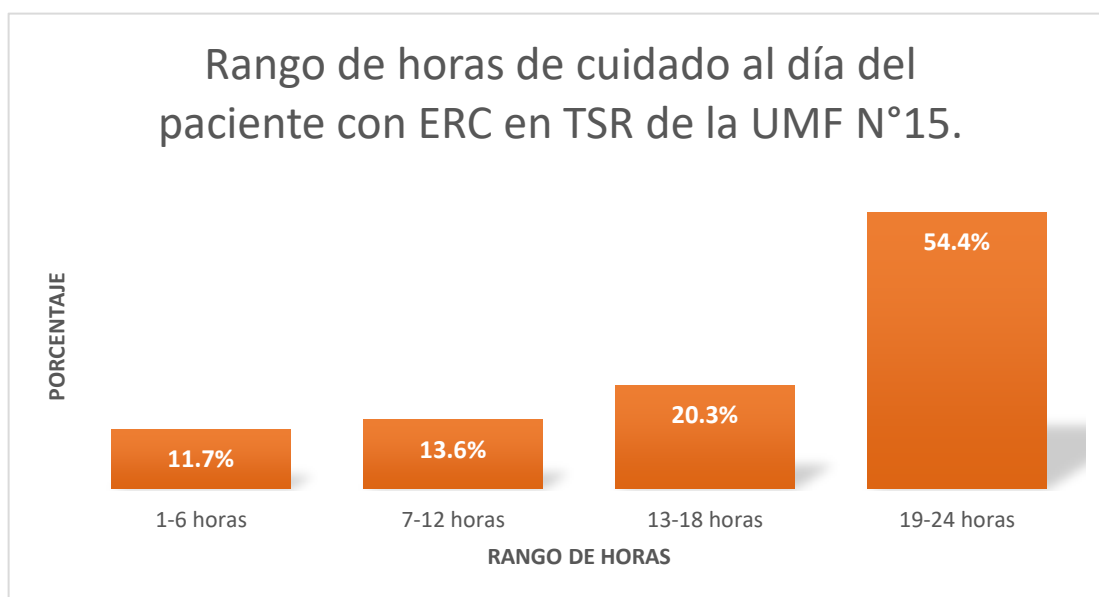
FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes con ERC en TSR en la UMF N° 15.", 2022

Tabla 11.

Rango de horas de cuidado al día del paciente con ERC en TSR en la UMF N° 15		
Rango de horas	Frecuencia	Porcentaje (%)
1-6 horas	21	11.7
7-12 horas	23	13.6
13-18 horas	35	20.3
19-24 horas	92	54.4
TOTAL	171	100

FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con ERC en TSR en la UMF 15..

Gráfica 11.



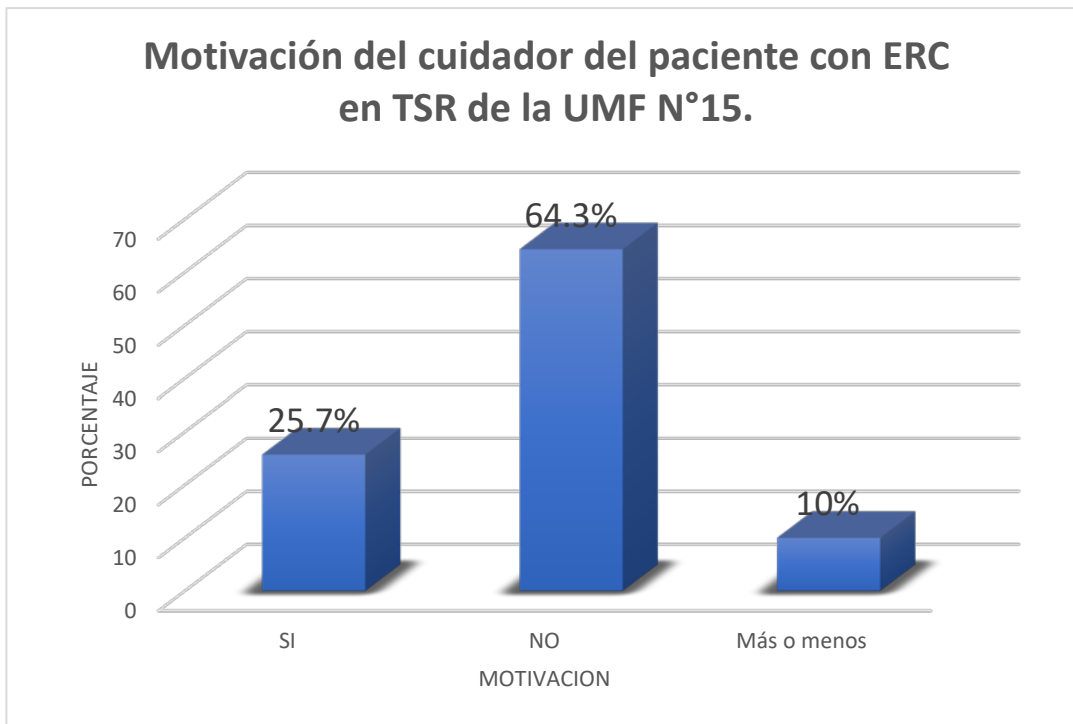
FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes con ERC en TSR en la UMF N° 15.", 2022

Tabla 12.

Motivación en el cuidador del paciente con ERC en TSR de la UMF N° 15		
Nivel de motivación	Frecuencia	Porcentaje (%)
SI	44	25.7
NO	110	64.3
Más o menos	17	10
TOTAL	171	100

FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con ERC en TSR en la UMF 15..

Gráfica 12.



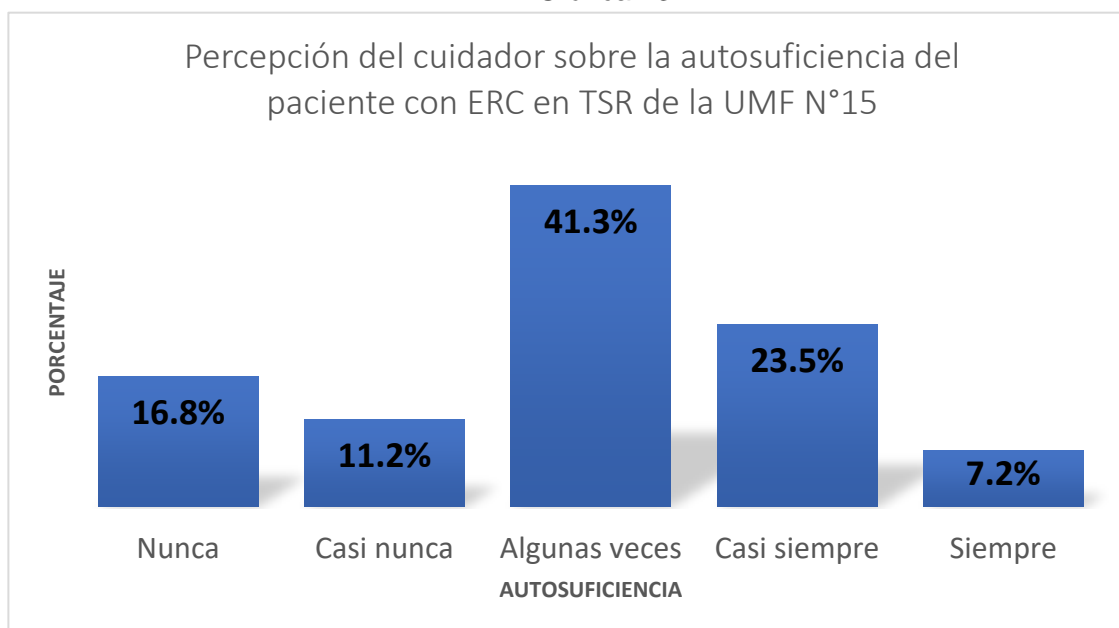
FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes con ERC en TSR en la UMF N° 15., 2022

Tabla 13.

Percepción del cuidador sobre la autosuficiencia del paciente con ERC en TSR de la UMF N° 15.		
Nivel de autosuficiencia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nunca	29	16.8
Casi nunca	19	11.2
Algunas veces	71	41.3
Casi siempre	40	23.5
Siempre	12	7.2
TOTAL	171	100

FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con ERC en TSR en la UMF 15..

Gráfica 13.



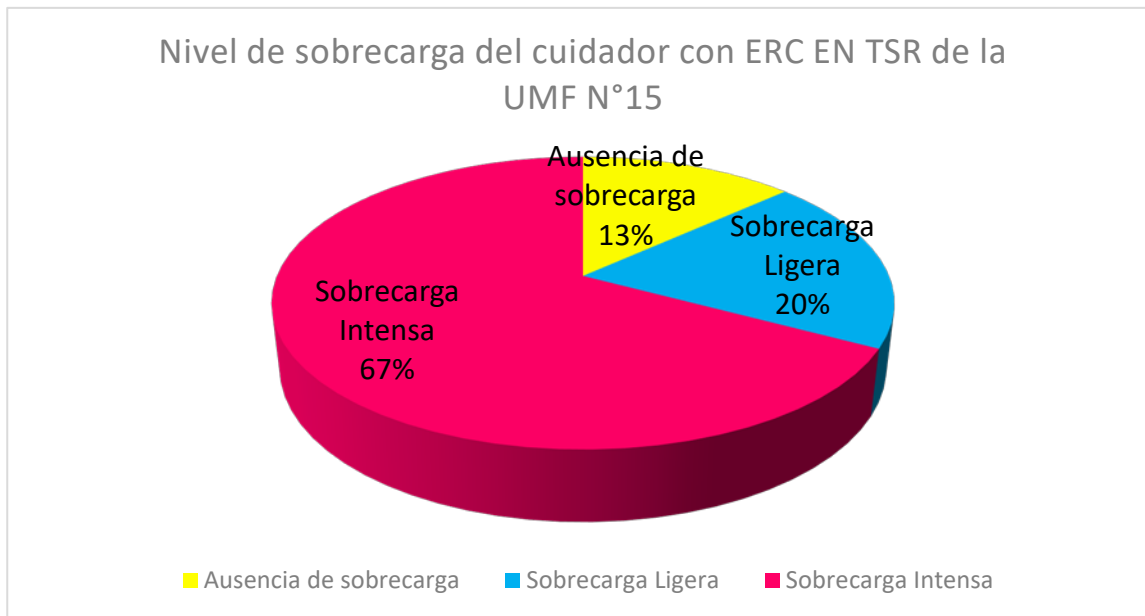
FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes con ERC en TSR en la UMF N° 15.", 2022

Tabla 14.

Nivel de Sobrecarga del cuidador del paciente con ERC en TSR de la UMF N° 15.		
Sobrecarga	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ausencia de sobrecarga	23	13.3
Sobrecarga Ligera	34	19.5
Sobrecarga Intensa	114	67.2
TOTAL	170	100

FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con ERC en TSR en la UMF 15..

Gráfica 14.



FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes con ERC en TSR en la UMF N° 15., 2022

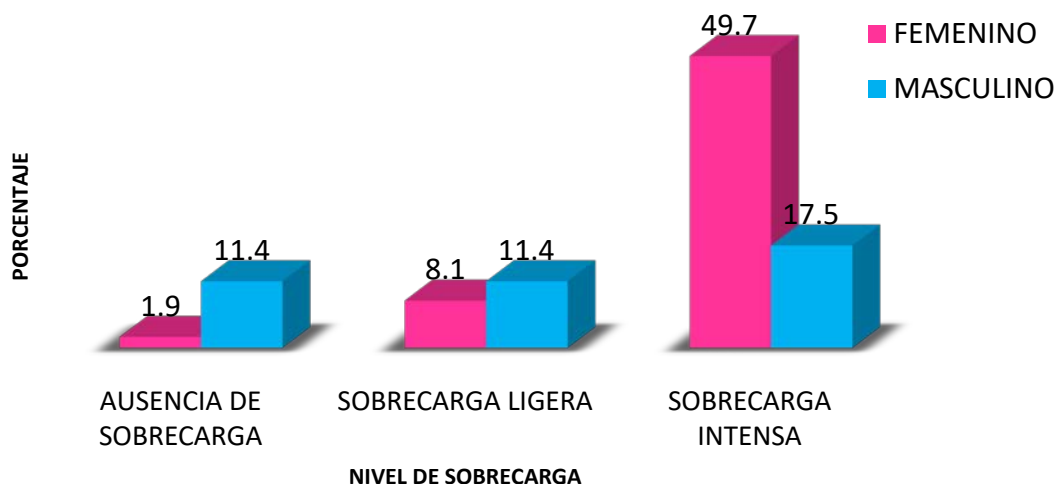
Tabla 15.

Sexo y Nivel de Sobrecarga en el cuidador del paciente con ERC en TSR de la UMF N° 15.								
SEXO	Ausencia de Sobrecarga		Sobrecarga Ligera		Sobrecarga Intensa		TOTAL	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
Femenino	3	1.9	14	8.1	85	49.7	102	59.7
Masculino	20	11.4	20	11.4	29	17.5	69	40.3
TOTAL	23	13.3	34	19.5	114	67.2	171	100

FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con ERC en TSR en la UMF 15..

Gráfica 15.

Sexo y nivel de sobrecarga en el cuidador de pacientes con ERC en TSR de la UMF N°15.



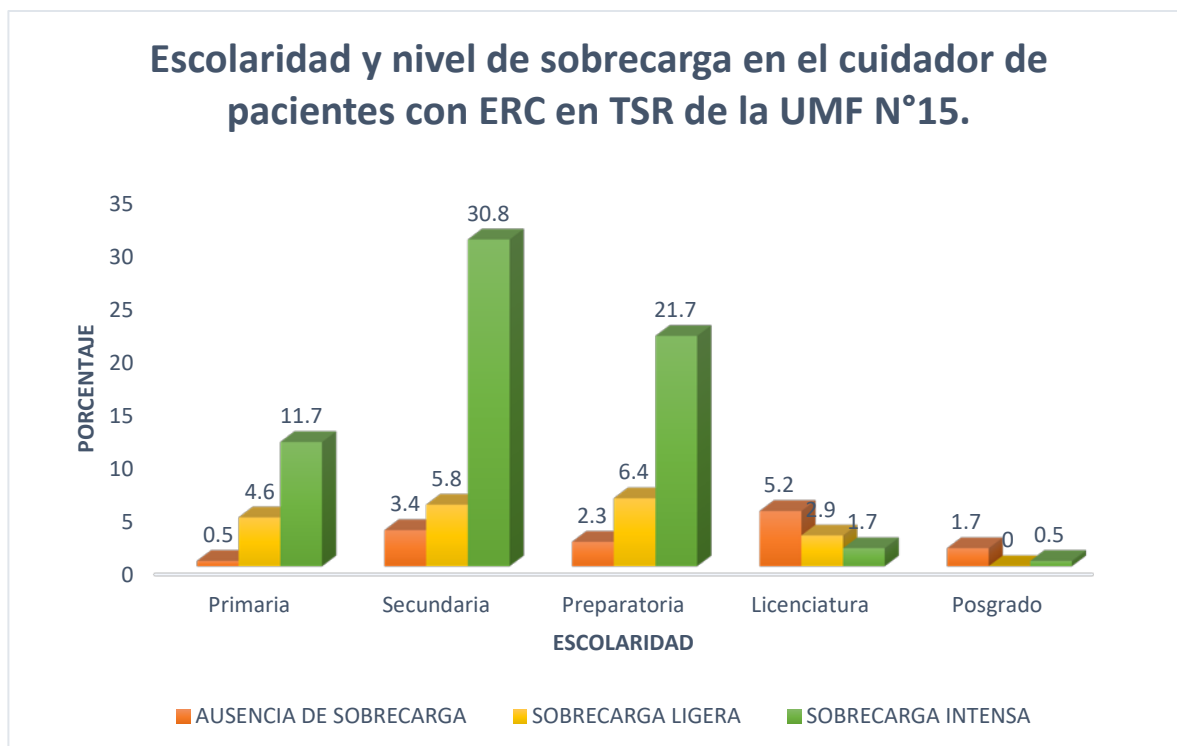
FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes con ERC en TSR en la UMF N° 15.", 2022

Tabla 16.

Escolaridad y Nivel de Sobrecarga en el cuidador del paciente con ERC en TSR de la UMF N° 15.								
Escolaridad	Ausencia de Sobrecarga		Sobrecarga Ligera		Sobrecarga Intensa		TOTAL	
	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
Primaria	1	0.5	8	4.6	20	11.7	29	17
Secundaria	6	3.4	10	5.8	53	30.8	69	40.2
Preparatoria	4	2.3	11	6.4	37	21.7	52	30.5
Licenciatura	9	5.2	5	2.9	3	1.7	17	10
Posgrado	3	1.7	0	0	1	0.5	4	2.3
TOTAL	23	13.3	34	19.5	114	67.2	171	100

FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con ERC en TSR en la UMF 15..

Gráfica 16.



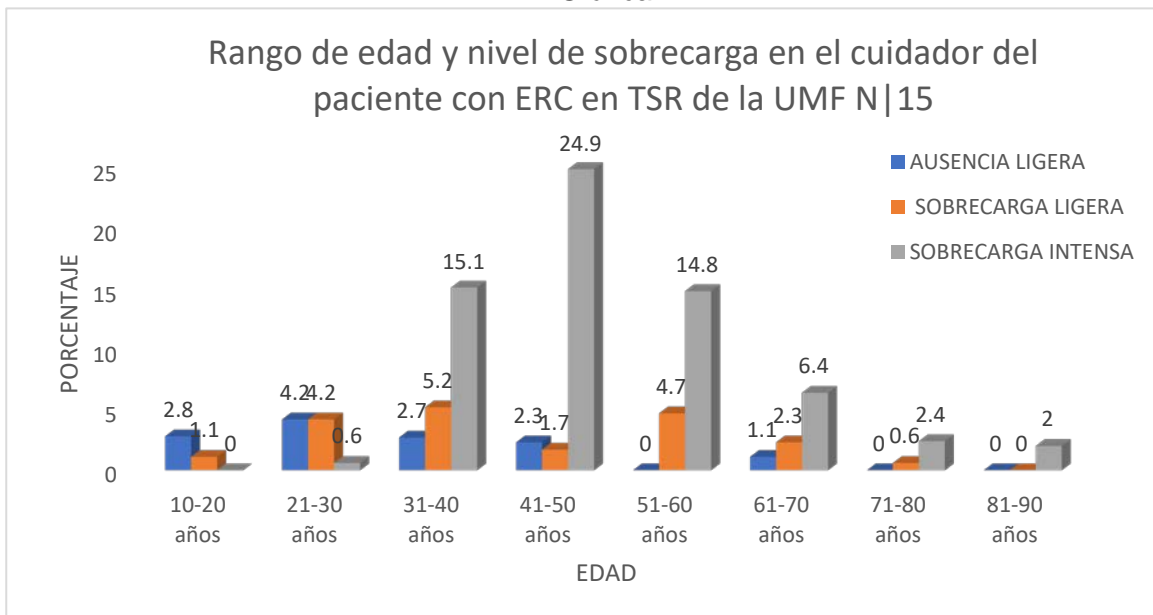
FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes con ERC en TSR en la UMF N° 15.", 2022

Tabla 17.

Rango de edad y Nivel de Sobrecarga en el cuidador del paciente con ERC en TSR de la UMF N° 15.								
Edad en rango	Ausencia de Sobrecarga		Sobrecarga Ligera		Sobrecarga Intensa		TOTAL	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
10-20 años	5	2.8	2	1.1	0	0	7	4
21-30 años	7	4.2	7	4.2	1	0.6	15	9
31-40 años	3	2.7	9	5.2	26	15.1	38	22.2
41-50 años	4	2.3	3	1.7	43	24.9	50	29
51-60 años	0	0	8	4.7	25	14.8	35	20.8
61-70 años	2	1.1	4	2.3	11	6.4	17	10
71-80 años	0	0	1	0.6	4	2.4	5	3
81-90 años	0	0	0	0	4	2	4	2
TOTAL	23	13.3	34	19.5	114	67.2	171	100

FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con ERC en TSR en la UMF 15..

Gráfica 17.



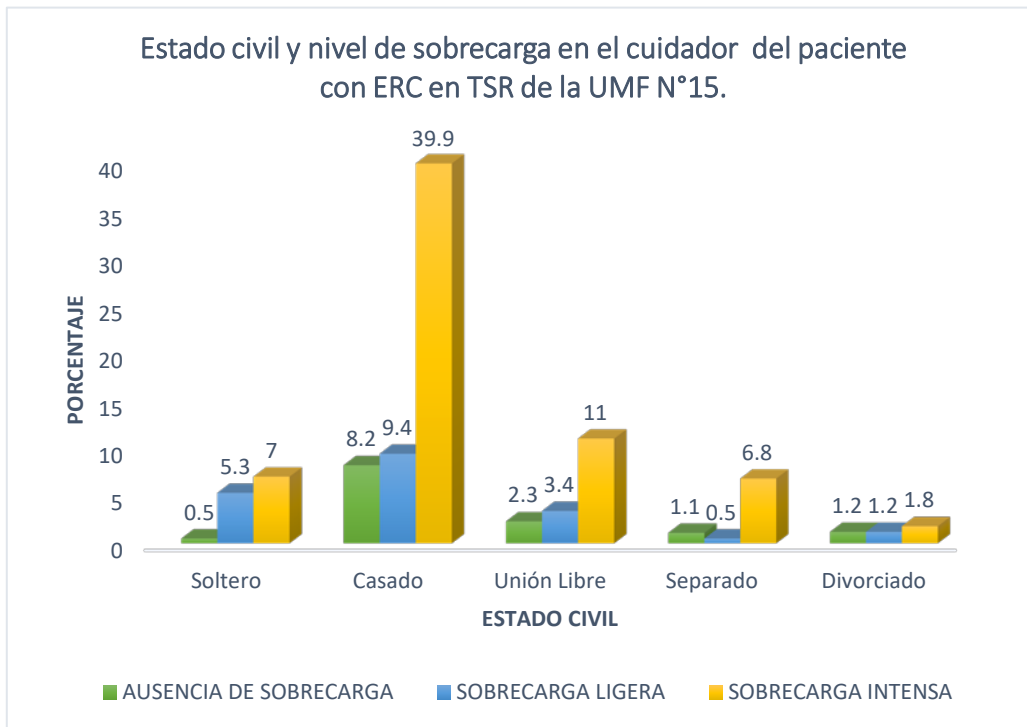
FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes con ERC en TSR en la UMF N° 15., 2022

Tabla 18.

Estado civil y Nivel de Sobrecarga del cuidador con ERC en TSR de la UMF N°15.								
Estado Civil	Ausencia de Sobrecarga		Sobrecarga Ligera		Sobrecarga Intensa		TOTAL	
	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)
Soltero	1	0.5	9	5.3	12	7	22	13
Casado	14	8.2	16	9.4	68	39.9	99	58.2
Unión Libre	4	2.3	6	3.4	19	11	29	16.5
Separado	2	1.1	1	0.5	12	6.8	14	8
Divorciado	2	1.2	2	1.2	3	1.8	7	4.3
TOTAL	23	13.3	34	19.5	114	67.2	171	100

FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes con ERC en TSR en la UMF N° 15.”, 2022.

Gráfica 18.



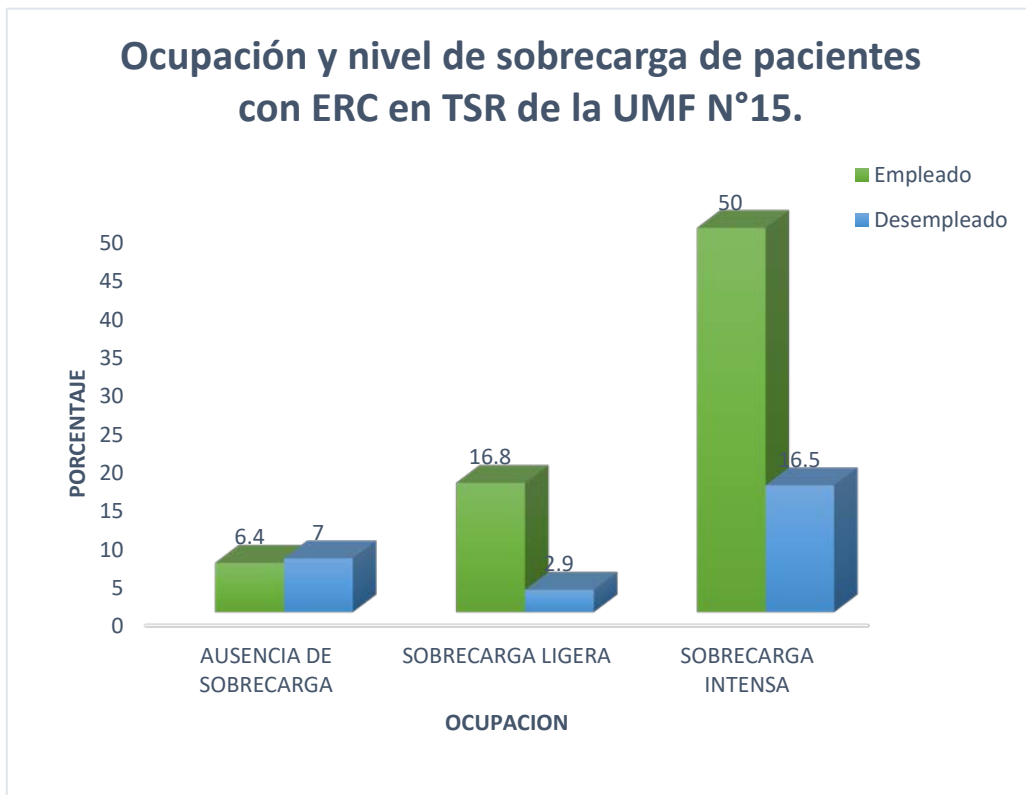
FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes con ERC en TSR en la UMF N° 15.”, 2022

Tabla 19.

Ocupación y Nivel de Sobrecarga en el cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC del HGZ/UMF N° 8.								
Ocupación	Ausencia de Sobrecarga		Sobrecarga Ligera		Sobrecarga Intensa		TOTAL	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
Empleado	11	6.4	29	16.8	86	50	126	73.4
Desempleado	12	7	5	2.9	28	16.5	45	26.6
TOTAL	23	13.3	34	19.5	114	67.2	171	100

FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes con ERC en TSR en la UMF N° 15.", 2022.

Gráfica 19.



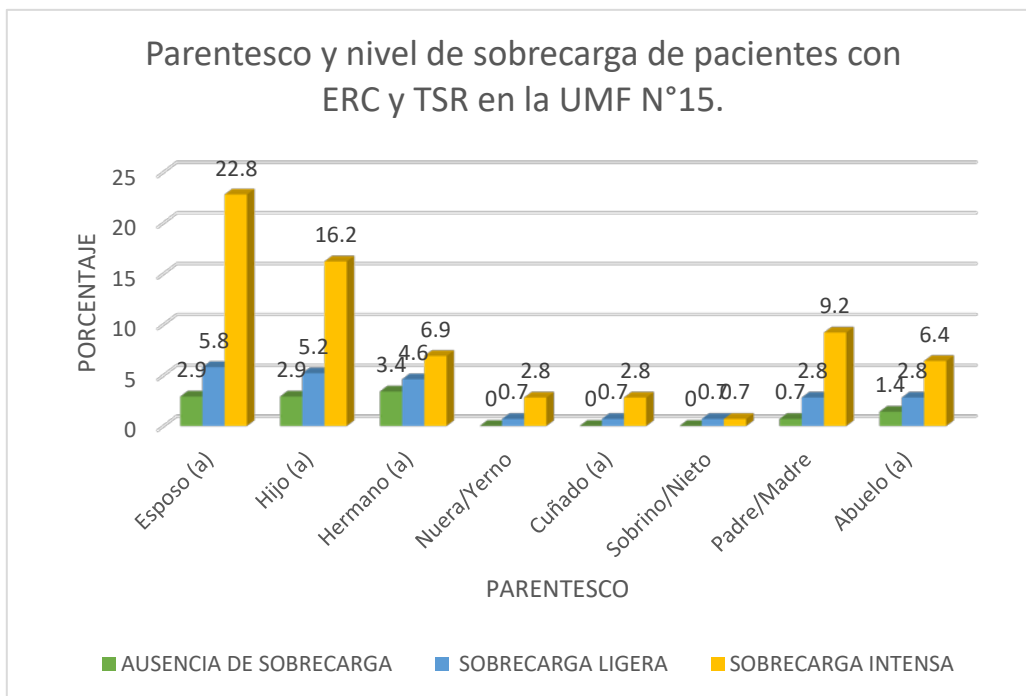
FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes con ERC en TSR en la UMF N° 15.", 2022

Tabla 20.

Parentesco y Nivel de Sobrecarga en el cuidador del pacientes con ERC en TSR de la UMF N° 15.								
Parentesco	Ausencia de Sobrecarga		Sobrecarga Ligera		Sobrecarga Intensa		TOTAL	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
Esposo (a)	5	2.9	10	5.8	39	22.8	54	31.6
Hijo (a)	5	2.9	9	5.2	28	16.2	42	24.4
Hermano (a)	6	3.4	8	4.6	12	6.9	26	15
Nuera/Yerno	0	0	1	0.7	4	2.8	5	3.6
Cuñado (a)	0	0	1	0.7	3	2.8	4	2.2
Sobrino/Nieto	0	0	1	0.7	1	0.7	2	1
Padre/Madre	1	0.7	4	2.8	16	9.2	21	12.2
Abuelo (a)	2	1.4	4	2.8	11	6.4	17	10
TOTAL	23	13.3	34	19.5	114	67.2	171	100

FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes con ERC en TSR en la UMF N° 15.", 2022.

Gráfica 20.



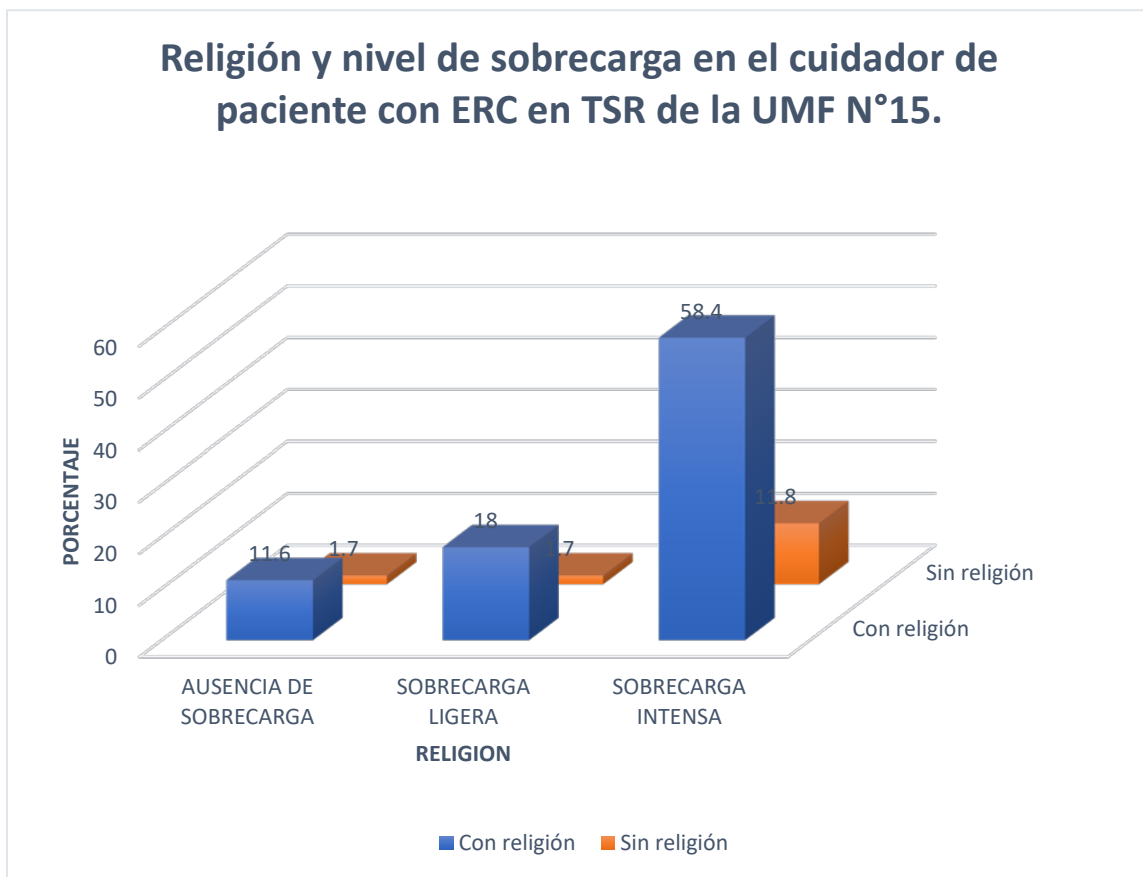
FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes con ERC en TSR en la UMF N° 15.", 2022

Tabla 21.

Religión y Nivel de Sobrecarga en el cuidador del paciente con ERC en TSR de la UMF N° 15.								
Religión	Ausencia de Sobrecarga		Sobrecarga Ligera		Sobrecarga Intensa		TOTAL	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
Con religión	20	11.6	31	18	94	58.4	145	84.6
Sin religión	3	1.7	3	1.7	20	11.8	26	15.4
TOTAL	23	13.3	34	19.5	114	67.2	171	100

FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes con ERC en TSR en la UMF N° 15.", 2022.

Gráfica 21.



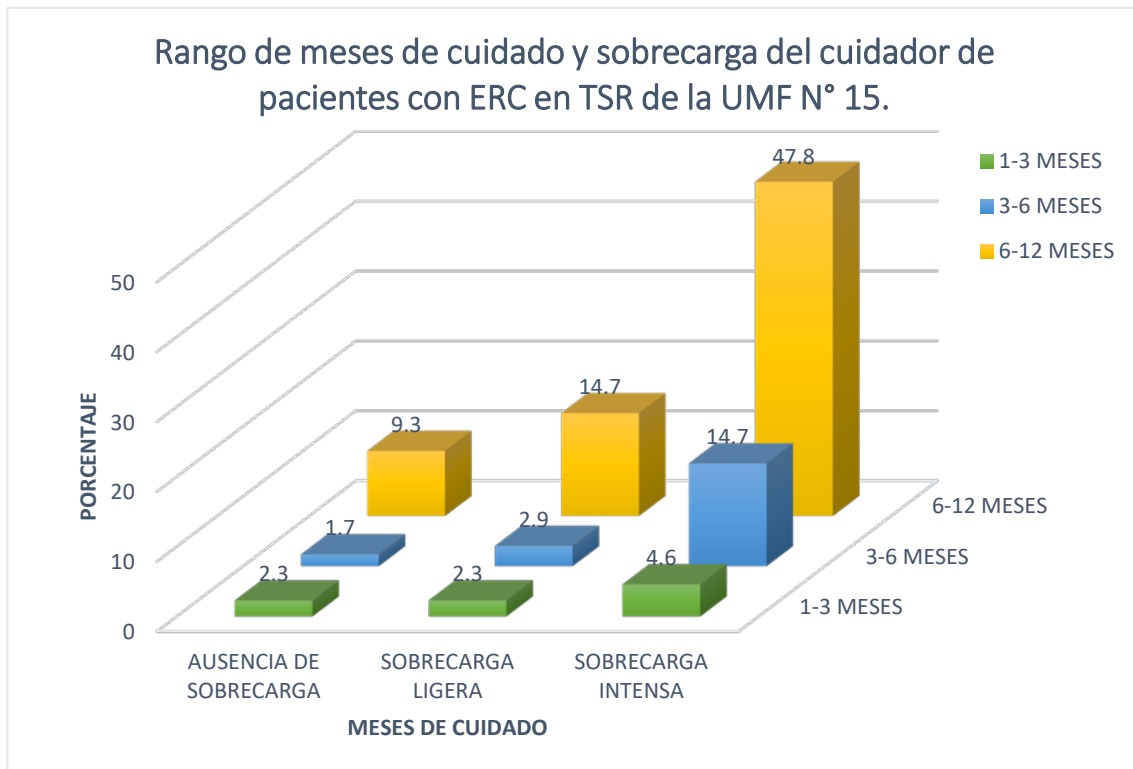
FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes con ERC en TSR en la UMF N° 15.", 2022

Tabla 22.

Rango de meses como cuidador y Nivel de sobrecarga en el cuidador del paciente con ERC en TSR de la UMF N° 15.								
Meses	Ausencia de Sobrecarga		Sobrecarga Ligera		Sobrecarga Intensa		TOTAL	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
1-3 MESES	4	2.3	4	2.3	8	4.6	16	9.2
3-6 MESES	3	1.7	5	2.9	25	14.7	33	19.5
6-12 MESES	16	9.3	25	14.7	81	47.8	122	71.3
TOTAL	23	13.3	34	19.5	114	67.2	171	100

FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes con ERC en TSR en la UMF N° 15., 2022.

Gráfica 22.



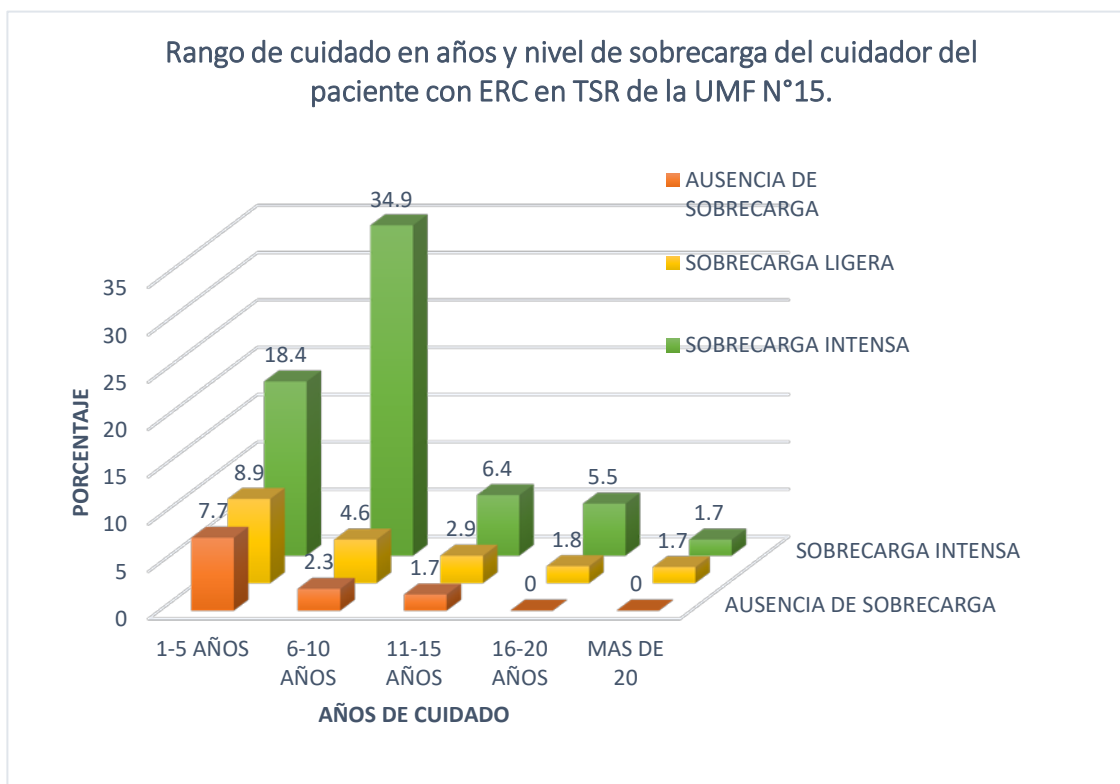
FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes con ERC en TSR en la UMF N° 15., 2022

Tabla 23.

Rango de cuidado en años y Nivel de Sobrecarga en el cuidador del paciente con ERC y TSR en la UMF N° 15.								
Años	Ausencia de Sobrecarga		Sobrecarga Ligera		Sobrecarga Intensa		TOTAL	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
1-5	13	7.7	15	8.9	31	18.4	59	35.1
6-10	4	2.3	8	4.6	60	34.9	72	41.9
11-15	3	1.7	5	2.9	11	6.4	19	10.2
16-20	3	1.8	3	1.8	9	5.5	15	9.3
MAS DE 20	0	0	3	1.7	3	1.7	6	3.5
TOTAL	23	13.3	34	19.5	114	67.2	171	100

FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes con ERC en TSR en la UMF N° 15., 2022.

Gráfica 23.



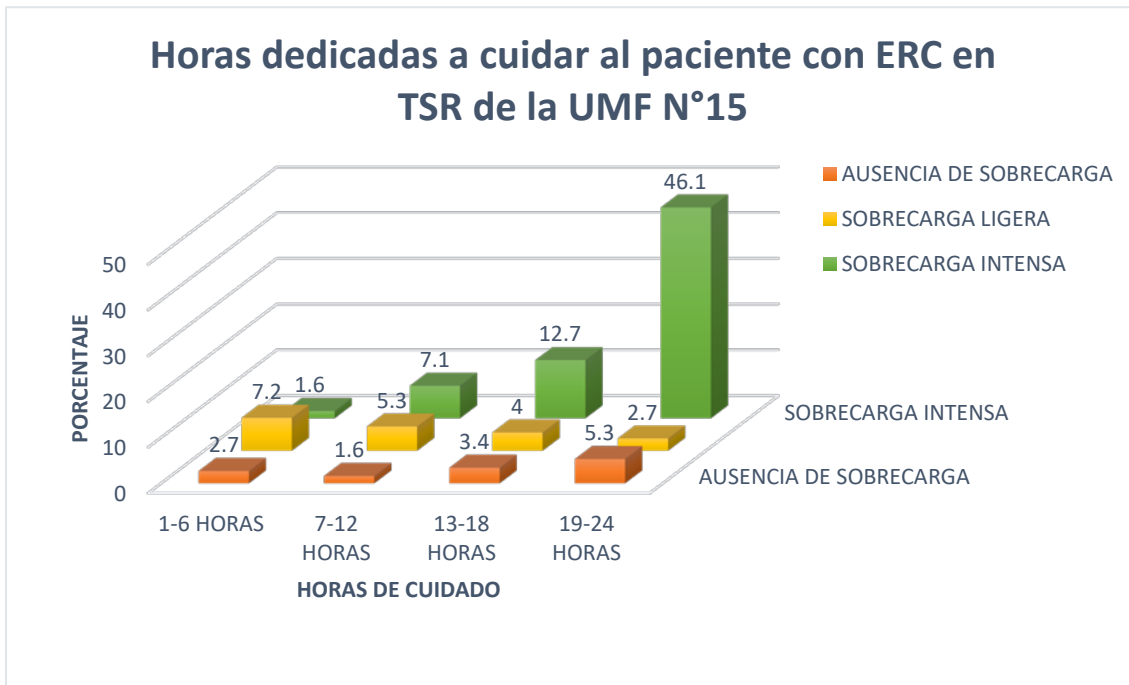
FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes con ERC en TSR en la UMF N° 15., 2022

Tabla 24.

Horas dedicadas a cuidar al día y Nivel de Sobrecarga en el cuidador del paciente con ERC en TSR de la UMF N° 15								
Horas	Ausencia de Sobrecarga		Sobrecarga Ligera		Sobrecarga Intensa		TOTAL	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
1-6	5	2.7	13	7.2	3	1.6	21	11.7
7-12	3	1.6	9	5.3	11	7.1	23	13.6
13-18	6	3.4	7	4	22	12.7	35	20.3
19-24	9	5.3	5	2.7	78	46.1	92	54.4
TOTAL	23	13.3	34	19.5	114	67.2	171	100

FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes con ERC en TSR en la UMF N° 15.", 2022.

Gráfica 24.



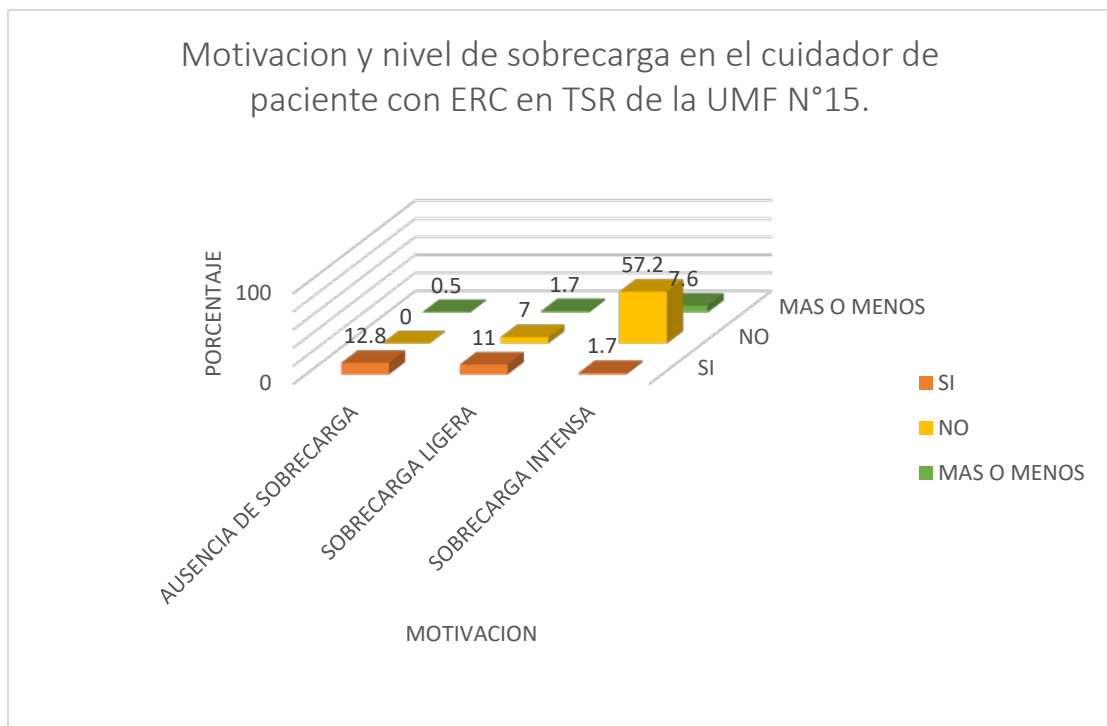
FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes con ERC en TSR en la UMF N° 15.", 2022

Tabla 25.

Motivación y Nivel de Sobrecarga en el cuidador del paciente con ERC en TSR de la UMF N° 15.								
Motivación	Ausencia de Sobrecarga		Sobrecarga Ligera		Sobrecarga Intensa		TOTAL	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
SI	22	12.8	19	11	3	1.7	44	25.7
NO	0	0	12	7	98	57.2	110	64.3
MAS O MENOS	1	0.5	3	1.7	13	7.6	17	10
TOTAL	23	13.3	34	19.5	114	67.2	171	100

FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes con ERC en TSR en la UMF N° 15.”, 2022.

Gráfica 25.



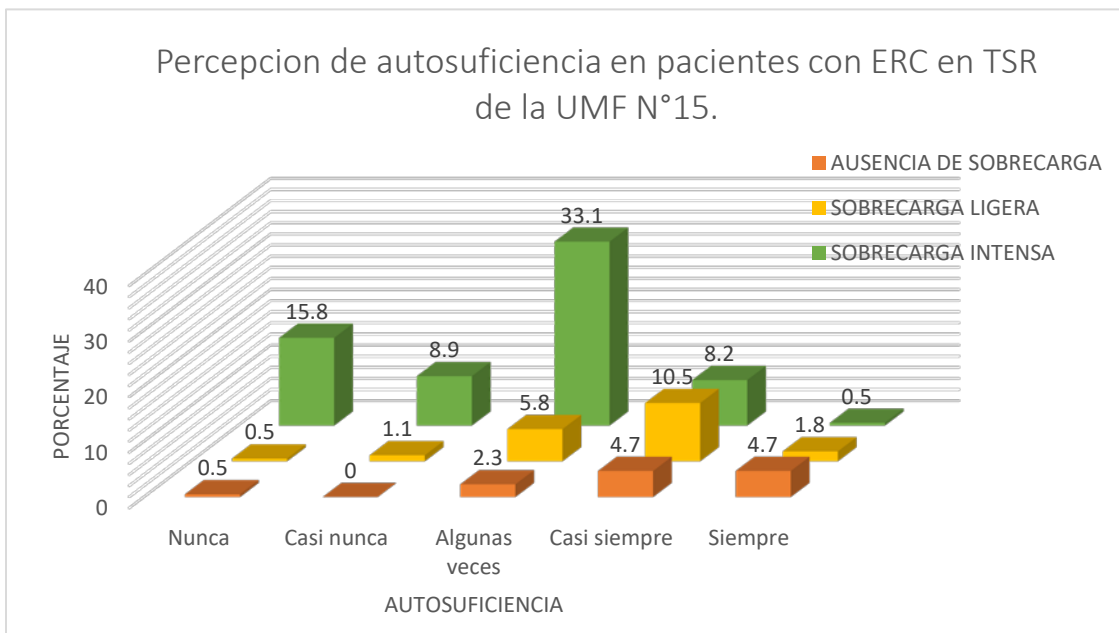
FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes con ERC en TSR en la UMF N° 15.”, 2022

Tabla 26.

Percepción de autosuficiencia y Nivel de Sobrecarga en el cuidador del paciente con ERC en TSR de la UMF N° 15.								
Autosuficiencia	Ausencia de Sobrecarga		Sobrecarga Ligera		Sobrecarga Intensa		TOTAL	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
Nunca	1	0.5	1	0.5	27	15.8	29	16.8
Casi nunca	2	1,1	2	1.1	15	8.9	19	11.2
Algunas veces	4	2.3	10	5.8	57	33.1	71	41.3
Casi siempre	8	4.7	18	10.5	14	8.2	40	23.5
Siempre	8	4.7	3	1.8	1	0.5	12	7.2
TOTAL	23	13.3	34	19.5	114	67.2	171	100

FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes con ERC en TSR en la UMF N° 15.", 2022.

Gráfica 26.



FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes con ERC en TSR en la UMF N° 15.", 2022

Chi cuadrada

Se calculó la Chi cuadrada para medir la asociación significativa de las variables sociodemográficas para determinar si existe relación con la sobrecarga del cuidador de paciente con Enfermedad Renal Crónica en Terapia de Sustitución Renal de la UMF 15.

NOMBRE DE LA VARIABLE	P ≤ 0.05
SEXO FEMENINO	0.000
ESCOLARIDAD SECUNDARIA	0.003
ESTADO CIVIL CASADO	0.006
OCUPACIÓN EMPLEADO	0.000
HORAS DE CUIDADO DIARIAS 19-24	0.003

FUENTE: n=171. Flores R.M. Nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes con ERC en TSR en la UMF N° 15.", 2023

Se encontró que existe asociación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas como el sexo femenino, escolaridad secundaria, el estado civil casado, ocupación empleado y las horas de cuidado diarias de 24 hrs con la presentación de sobrecarga o colapso del cuidador del paciente con ERC en TSR de la UMF No. 15.

Discusión:

Cómo y porqué una persona se convierte en cuidador, tiene su origen principalmente en la relación que se comparte con el ser querido a quienes cuidan. Para algunos fue una opción, para otros una posición predeterminada. La mayoría coincide que es un acto de amor, a pesar de que es algo que los cuidadores nunca imaginaron tener que cumplir. [32]

Asumir el rol de cuidador puede resultar una experiencia satisfactoria y enriquecedora, pero la mayoría de las veces se convierte en una situación de soledad y cansancio, llena de vivencias emocionales de difícil manejo.

El cuidador deja de lado sus necesidades para poder cuidar a la persona dependiente, motivado por la intención de dar una plena atención al paciente, no obstante, se ve afectado por desilusiones, sufrimiento y carga de trabajo

En algunas ocasiones el cuidador es el más afectado, comparado con el paciente, es por eso que es importante atender la calidad de vida tanto de los enfermos como de sus cuidadores, ya que influirá en un futuro en la salud poblacional.

En el estudio de Espinoza Lavoz y cols. "Factores asociados al nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de adultos mayores dependientes en control" realizado en 2009 en Chile, resultó que 79% eran mujeres y 21% hombres [33]; en nuestro estudio se encontró a 59.7 mujeres y 40.3% hombres, predominando en ambos estudios el sexo femenino como cuidador, lo cual pudiera estar en relación al rol de la mujer en nuestro medio por factores sociales y al del hombre como proveedor, aunque

puede existir flexibilidad, aceptación y complementariedad del rol, pues 40.3% de los hombres encuestados son cuidadores.

En cuanto al tiempo de cuidado en horas/día, en el estudio de Morales Cariño et al. “Evaluación del colapso del cuidador primario de pacientes adultos mayores con síndrome de inmovilidad” realizado en el Instituto Nacional de Rehabilitación en 2012, se encontró que el 80% cuida entre 1-8 hrs al día al paciente y 14.7% entre 9-16 hrs al día [34]. En nuestro estudio el resultado fue 20.3% entre 13-18 horas y 54.4% entre 19-24 hrs. A pesar de que existen diferentes porcentajes en esta variable; en ambos estudios la mayoría de los cuidadores dedican entre 1-8 horas al día, lo cual corresponde en términos laborales a una jornada de trabajo, pudiendo condicionar cuestiones deletéreas en la esfera biopsicosocial del cuidador.

Respecto a la escolaridad de los cuidadores; en el estudio de Rivera Mora et al “Calidad de vida de los cuidadores primarios en la Clínica de Medicina Familiar Ignacio Chávez, ISSSTE realizado en 2011, predominó la escolaridad preparatoria con 43%, seguida de licenciatura/posgrado con 26% [35], en nuestro estudio la escolaridad predominante del cuidador fue secundaria con 40.2%, seguida de preparatoria y licenciatura con 30.5% y 10 % respectivamente. Al comparar ambas proporciones, en nuestra población se observa claramente un nivel mayor de escolaridad, lo cual puede deberse a la zona geográfica donde se realizó el estudio, así como al hecho de que los derechohabientes del IMSS requieren de un trabajo con una escolaridad más alta para poder ser asegurados.

En el trabajo de Pérez Peñarada “El cuidador primario de familiares con dependencia” realizado en Salamanca Guanajuato en 2009, se analizó el parentesco del

enfermo en relación al cuidador, predominando los hijos con 38%, seguido del esposo con 36.6%[36]. En nuestra investigación predominaron los esposos con 31.6% seguido de hijo y hermano con 24.4% y 15% respectivamente. El predominio de esposos e hijos como cuidadores puede deberse al hecho de que en nuestro medio la mayoría son familias nucleares, lo que propicia que estos dos integrantes tomen el rol de cuidador.

Al analizar el trabajo de la investigación de Mendoza-Suárez “Síndrome de sobrecarga en familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica” realizado en 2014 en Perú; 8.8% no tuvieron sobrecarga, 19.1% sobrecarga ligera y 72.1% sobrecarga intensa [37]. Por otra parte, en el estudio de Mar y cols “Calidad de Vida y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con daño cerebral adquirido realizado en España en 2011, 33% tuvo ausencia de sobrecarga, 33% sobrecarga ligera y 33% sobrecarga intensa. En nuestro estudio se encontró a 13% sin sobrecarga, 20% sobrecarga ligera y 67% sobrecarga intensa. Al comparar los diversos trabajos, se encuentran diferencias importantes en cuanto a la sobrecarga, lo cual puede deberse al hecho de que esta condición es multifactorial y depende de un sinnúmero de variables para desarrollarla, además del hecho de que no se correlacionó el grado de dependencia ni las comorbilidades y el daño a múltiples órganos que conlleva la ERC del paciente, cuyas variables son determinantes para generar sobrecarga.

En la investigación de Domínguez Sosa y cols “Síndrome de sobrecarga de cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas Tabasco” en 2008, la edad promedio del cuidador fue de 40 años, con una desviación estándar de 12.8 años, valor mínimo de 18 y máximo de 75 años [38]. En nuestro trabajo la edad promedio fue de 43 años, desviación estándar de 13.5, valor mínimo de 15 y máximo de 85 años,

encontrándose que ambos grupos de edad se encuentran en la quinta década de la vida, posiblemente por el hecho de que en su mayoría los cuidadores son esposos y/o hijos.

En nuestra investigación se encontró a 74.7% unidos (casado/unión libre) y 25.3% no unidos (soltero, divorciado, separado, viudo). En ambos grupos predomina ampliamente el estado civil casado, lo cual puede deberse a que en nuestra sociedad predomina la monogamia.

Según Paz Rodríguez y cols en su trabajo “Identificación de variables predictores de violencia en las diadas paciente-cuidador de cuatro enfermedades neurológicas” realizado en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía en 2012, 83.1% de los cuidadores tenía religión y 16.9% no tenía [39]. En nuestro trabajo, 84.6% de los cuidadores tenían religión y 15.4.5% no tenían. Al analizar estos datos se observa claramente una similitud importante en esta variable, posiblemente porque se estudió una población urbana en la misma entidad federativa, donde predomina el catolicismo, además del hecho de que el contexto cultural se caracteriza por tener una religión, lo cual suele ser un factor protector para algunas enfermedades.

En el trabajo de Flores G y cols “Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol de cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa” realizado en Chile en 2011 se correlacionó el número de años como cuidador y el nivel de sobrecarga, encontrando que 66.7% de los cuidadores que tienen entre 1-5 años realizando esta función tienen sobrecarga intensa [40]. En nuestro estudio se vio que el rango de 6-10 años como cuidador tuvo el mayor grado de sobrecarga intensa, representando el 41.9%. Las diferencias encontradas pueden deberse a que a entre más tiempo se tenga como cuidador, menor será la sobrecarga, esto posiblemente porque se pueden echar a andar

mecanismos de defensa y adaptación a lo largo del tiempo, búsqueda de redes de apoyo, asesoramiento por personal de salud para el cuidado del enfermo, establecimiento de rutinas de cuidado, organización de tiempo, dinero y recursos, condicionando disminución del nivel de sobrecarga.

En la presente investigación se encontró que el sexo femenino tiene más sobrecarga intensa con 49.7.9% comparado con el sexo masculino, que fue de 7.5%, la ausencia de sobrecarga y sobrecarga intensa son similares en ambos sexos. No existe literatura que compare estas dos variables para buscar similitudes o diferencias al respecto. La mayor sobrecarga en la mujer puede deberse al rol de ama de casa, además de que en la actualidad la mujer también realiza actividades laborales remuneradas, siendo al mismo tiempo cuidadora, ama de casa y proveedora, haciéndola más susceptible a sobrecarga.

La escolaridad puede ser un factor protector para generar sobrecarga, ya que en nuestro estudio los cuidadores con licenciatura y posgrado tuvieron ausencia de sobrecarga en 5.2% y 1.7% respectivamente, esto puede explicarse por el hecho de que a mayor escolaridad, se puede valer de más mecanismos de defensa y adaptación para el cuidado del paciente, un mejor entendimiento de la enfermedad y cómo sobrellevar el rol de cuidador. No se encontraron investigaciones donde se correlacionarán estas dos variables.

En nuestra investigación se encontró que 12.8% de los pacientes motivados para cuidar a su familiar tiene ausencia de sobrecarga y que los no motivados tienen 57.2% de sobrecarga intensa, lo cual orienta al hecho de que la motivación es un factor protector para sobrecarga, además ser una variable que debe trabajarse en el primer nivel de

atención para mejorar las características del binomio cuidador-enfermo. No existen trabajos que comparen estas dos variables.

Dentro del rango de cuidadores con menos de un año al cuidado del enfermo, nuestro estudio presenta menor porcentaje de sobrecarga conforme hay menor meses de cuidado, lo cual puede explicarse por el hecho de que entre menos tiempo lleven como cuidadores, existe mayor motivación y compromiso para efectuar esta función, sin embargo, no se toman en cuenta variables como las horas de cuidado al día, si el cuidador realiza otras actividades o padece alguna enfermedad que disminuya su capacidad de cuidado. Por otra parte, al tener más tiempo como cuidador, se pueden echar a andar mecanismos de defensa y adaptación para fungir como cuidador, lo cual resulta en disminución de sobrecarga. No se encontró literatura que evalúe la interacción entre estas dos variables.

Dentro de los alcances de este estudio está el hecho de que no existen investigaciones previas en este tema, por lo cual esto es un parteaguas para futuras trabajos sobre este tema, en otro ámbito, al realizar el análisis estadístico, se vio que existen variables sociodemográficas que parecen ser factores protectores y de riesgo para la sobrecarga, ya que en cuidadores con mayor escolaridad, religión, casados, familiaridad cercana tuvieron en su mayoría ausencia de sobrecarga, lo que es útil para la práctica asistencial. En el mismo ámbito, se encontraron factores que favorecen el desarrollo de sobrecarga intensa, tales como ser mujer, empleado y tener entre 40-60 años. Otro alcance radica en la identificación del factor motivación para disminuir la presencia de sobrecarga.

En lo referente a las limitaciones del estudio se debe considerar que la muestra no es representativa, ya que se desconoce la estadística de pacientes con ERC en TSR de la UMF N°15, además de que está solo se estudió en esta unidad de medicina familiar, por otra parte, no se midió el nivel de discapacidad del paciente con ERC, lo cual puede influir de manera importante en el desarrollo de sobrecarga del cuidador. No se determinó la existencia de comorbilidades en el cuidador ni en el enfermo, siendo este punto algo importante ya que puede influir en el nivel de sobrecarga. Otra limitación del estudio es que existen pocas investigaciones que correlacionen las dos variables estudiadas en este trabajo, lo cual dificultó el análisis y comparación de las mismas.

Al analizar los sesgos no se determinó la existencia de comorbilidades en el cuidador ni en el enfermo, siendo este punto importante ya que puede influir en el nivel de sobrecarga. El tiempo que se tiene como cuidador es un factor que influye en la sobrecarga, ya que a menor tiempo como cuidador menor nivel de sobrecarga. En cuanto a la selección de la muestra, no se consideró a cuidadores que tengan más de un familiar a su cuidado ni las horas que tiene como trabajador (jornada laboral), lo cual puede aumentar la sobrecarga.

Durante la presente investigación no se presentaron dificultades operativas y/o de orden administrativo, ya que se contó con el apoyo del personal de salud y de enseñanza en todo momento.

Al analizar la aplicabilidad del estudio; desde el punto de vista asistencial, es importante conocer el tema de la sobrecarga, ya que genera consecuencias deletéreas en el ámbito biológico, social y psicológico, es por eso que como médicos familiares debemos darle importancia al tema e identificar a cuidadores en riesgo de sobrecarga

para proponer la implementación de estrategias que contrarresten esta situación y mejoren las condiciones del binomio cuidador-enfermo, se propone también formar planes de manejo tales como entrevista, identificación del problema, metas para disminuir la sobrecarga, mejorar patrón de sueño del cuidador, riesgo de violencia, entre otras. Al identificar estas condiciones se podrá referir a las instancias correspondientes para su manejo integral. También se sugiere hacer hincapié en la prevención de enfermedad renal crónica, así como en su adecuado control por parte del médico familiar para prevenirla y evitar con ello llegar a la terapia de sustitución renal. Las visitas domiciliarias pueden aportar datos relevantes sobre las condiciones generales de vivienda y análisis objetivo de la dinámica familiar del paciente y el médico familiar podrá realizar sugerencias de modificación de la vivienda y del ámbito familiar para hacer más funcional el cuidado.

Desde el punto de vista administrativo, al identificar a los cuidadores con sobrecarga, se podrá establecer un diagnóstico y tratamiento oportuno, disminuyendo costos en recursos humanos, sobrecarga de valoración médica por diversos especialistas, hospitalizaciones, laboratorio y gabinete, uso indiscriminado de fármacos para ansiedad, depresión, insomnio, etc. En el estudio se observó que 57.3% de los pacientes con ERC está desempleado y 27.5% pensionado/jubilado, lo cual representa pérdida de ingresos en pacientes que aún se encuentran en edad productiva, por lo que al implementar estrategias para disminuir la incidencia de ERC y con ello TSR disminuirán costos a nivel institucional y los pacientes continuarán siendo productivos desde el punto de vista económico.

En el ámbito de la investigación es importante conocer la asociación entre las variables estudiadas para identificar tempranamente la sobrecarga, además de tomar en cuenta las limitaciones del estudio citadas previamente para enriquecer más las investigaciones futuras. Se sugiere realizar un estudio con una muestra mayor, con un tipo de estudio diferente, por ejemplo; casos y controles para comparar ambos grupos o un estudio prospectivo en los que se dé seguimiento al cuidador y a las variables estudiadas.

En cuanto al aspecto educacional, se deben implementar estrategias para que el personal de salud conozca este tema y explique ampliamente a los familiares sobre el cuidado del enfermo, mantenerlos motivados y referirlos a las instancias correspondientes para manejar de forma integral a la diada cuidador-enfermo. Enseñar al paciente a identificar de forma precoz los síntomas relacionados con sobrecarga y cómo manejarlos. Como médicos familiares, debemos hablar de la alteración que tendrá la dinámica familiar y la importancia de que la familia conozca los roles y como hacerlos funcionales, además de identificar redes de apoyo.

Conclusiones

En la presente investigación se cumplió el objetivo de estudio al evaluar el nivel de sobrecarga en el cuidador de pacientes con Enfermedad Renal Crónica en Terapia de Sustitución Renal de la UMF N° 15, encontrando que 67% de los cuidadores tienen sobrecarga Intensa y el 13% tienen ausencia de sobrecarga.

Con los datos obtenidos se acepta la hipótesis alterna y se descarta la nula, ya que en los cuidadores de pacientes con ERC en TSR más de la mitad de los cuidadores presenta algún grado de sobrecarga.

En la investigación tuvimos como resultado que la mayoría de los cuidadores dedica entre 19-24 horas al día a cuidar a su familiar y más de la mitad de los cuidadores tiene entre 8-10 años realizando esta función.

Al evaluar la ocupación del paciente con ERC en TSR, dos terceras partes se encuentra empleado, su edad media fue de 58 años +/- 17 y la mayoría puede valerse por sí mismo, lo que hace pensar que este grupo entra aún en el rubro de edad productiva, por lo que se debe abordar esta situación para implementar capacitación al cuidador, para mejorar las condiciones generales del binomio cuidador-enfermo, mejorará su esfera emocional y física, y el nivel de sobrecarga.

Dentro de las variables que cursaron con un mayor porcentaje de sobrecarga intensa fueron ser mujer, escolaridad secundaria y preparatoria, casado, empleado, edad avanzada y sin religión, al analizar estos parámetros, se puede concluir que estos pudieran ser factores de riesgo para generar sobrecarga intensa, pudiendo aplicar el test de Zarit en esta población como screening para su identificación, así como el Test de

Goldberg para depresión y ansiedad, puesto que el 90% de los cuidadores con sobrecarga cursan con estas condiciones.

Los cuidadores no motivados son más susceptibles a desarrollar sobrecarga intensa, es por esto que siempre se debe abordar el tema de la motivación del cuidador para diferenciar a este grupo en riesgo y trabajar en la búsqueda de soluciones.

Los cuidadores entre 40 y 60 años presentaron mayor porcentaje de sobrecarga intensa, por lo que el médico de primer contacto debe centrarse en este grupo, ya que además de ser más susceptible de desarrollar la variable en cuestión, también se encuentran en el rango de edad en el que debutan las enfermedades crónicas degenerativas, condicionando mayor deterioro biopsicosocial y disminuyendo la atención del cuidado al enfermo.

El número de horas dedicadas diariamente al cuidado del paciente parece influye en el nivel de sobrecarga, por lo que el buscar redes de apoyo o implementar nuevas estrategias para disminuir las horas de cuidado podrían disminuir en gran medida el nivel de sobrecarga del cuidador.

El dedicar entre 1-12 horas al día como cuidador parece ser un rango seguro para evitar desencadenar sobrecarga, ya que una cuarta parte de los cuidadores en este rango tuvieron ausencia de sobrecarga.

Entre más años se tengan al cuidado del enfermo, mayor riesgo de generar sobrecarga intensa, lo cual es más común a partir de los 6 años como cuidador, por lo que se sugiere la identificación de redes de apoyo para trabajar en la flexibilidad,

complementariedad y aceptación del rol de cuidador por otros miembros de la familia y así disminuir la sobrecarga.

En los enfermos que nunca pueden valerse por sí mismos se presentó el mayor porcentaje de sobrecarga intensa por parte del cuidador, lo cual demuestra que el grado de autosuficiencia del enfermo con ERC en TSR es un factor condicionante de sobrecarga.

Se deben identificar redes de apoyo, hacer partícipe a diversos miembros de la familia en el cuidado del enfermo para generar motivación y compromiso.

Al implementar acciones en beneficio del binomio cuidador-enfermo, se logrará disminuir la incidencia de comorbilidades asociados a sobrecarga, la prescripción de fármacos para tratar las consecuencias de la sobrecarga, mejorar las condiciones del enfermo y evitar hospitalizaciones frecuentes, complicaciones intrahospitalarias y se reduciría el número de horas/cama en la institución.

Las diferencias encontradas en la literatura al correlacionar el nivel de sobrecarga sugieren que la sobrecarga es multifactorial y que diversos componentes influyen en su desarrollo.

Es fundamental para el especialista en medicina familiar conocer ampliamente este tema, ya que dada la alta prevalencia de ERC en nuestro medio, el riesgo de generar sobrecarga del cuidador es considerable y es en función del enfoque de riesgo que caracteriza a esta especialidad que se deben identificar a los cuidadores en riesgo de generar sobrecarga, identificar su sintomatología, implementar estrategias a nivel de consultorio para disminuir la sobrecarga, evaluar las redes de apoyo y evaluar a la familia

en general, no sólo al binomio cuidador-enfermo, para de esta forma contar con más familiares al cuidado del paciente y distribuir los deberes que conllevan ser cuidador, además de abordar integralmente a cada miembro de la familia.

El cuidado sigue representando el primer recurso asistencial de atención a las personas dependientes. Este hecho comporta diversas connotaciones que se deben tener en cuenta a la hora de generar y promover normativas encaminadas al desarrollo del estado del bienestar de la diada cuidador-enfermo, donde uno de los objetivos primordiales consiste en la mejora de la calidad de vida de la población, aportando recursos en aquellos casos donde los individuos se vean privados de su autonomía y de sus habilidades necesarias para su desarrollo personal.

Aunque las investigaciones sobre esta temática siguen avanzando, se hace necesario el análisis de diversas variables a un nivel más específico, tales como la determinación del grado de dependencia del enfermo, abordar la esfera psíquica del binomio cuidador-enfermo e indagar las diversas comorbilidades que influyan en el desarrollo de sobrecarga.

El aumento de la población geriátrica y de enfermedades crónicas eleva el grado de discapacidad, por lo tanto, aumenta también la necesidad de cuidadores, por tal motivo debe comenzarse a abordar esta temática a nivel institucional para eventualmente modificar políticas de salud e implementar cursos sobre cuidado.

Con los resultados del análisis anterior identificamos algún grado de sobrecarga en más de la mitad de la población de cuidadores de pacientes crónico degenerativos, la

cual está estrechamente relacionada con el tiempo de ejercer esta función, las patologías con las que cuenta el cuidador y con el grado de dependencia de los pacientes cuidados. De esta forma es prioritario el poder realizar programas donde podamos evaluar y dar seguimiento al estado de salud para evitar el desarrollo de complicaciones y la presencia de otras enfermedades.

Por otro valdría la pena el poder orientar a esta población en cuanto a los cuidados de su paciente (técnicas de movilización, orientación nutricional, etc.); así como manejo del estrés; la cual puede impactar tanto en los cuidadores como en los pacientes; ya que la sobrecarga también influye en la calidad de atención del paciente cuidado.

La salud física y emocional del cuidador tiene el potencial de influir en la salud, bienestar y de los pacientes que sufren un determinado tipo de dependencia. La Detección precoz de sobrecarga por parte del médico familiar permite realizar intervenciones sobre el paciente y el cuidador, establecer grupos de apoyo o programas de intervención para los cuidadores, esto con la finalidad de reducir el deterioro en su calidad de vida, mejorar su autosuficiencia y prevenir sobrecarga.

Recomendaciones:

Como propuesta sugiero implementar políticas de salud, puesto que la ciencia de la medicina tiene los suficientes elementos para incidir en los programas de salud, por la propia experiencia del trato directo con los grupos humanos, con la comunidad, con la familia, los pacientes, es decir con los que están viviendo muy de cerca los problemas de salud, sin embargo, como hemos visto es realmente complicado obtener una política de salud con principios e ideales que lleguen a concretarse.

Es por ello la necesidad de pasar de textos utópicos, gestionando principios que guíen acciones para dar respuesta social, primeramente como se realizó en esta investigación identificando el problema que es la sobrecarga del cuidador, posteriormente realizando lineamientos, para todos los centros de trabajo, aplicando estrategias, que permitan la detección de casos y riesgos para generar acciones de calidad, que orienten a la toma de decisiones para la implementación de medidas eficaces de prevención y control apropiadas para reducir los daños a la salud de la población.

Así pues el médico de primer contacto después de identificar a un paciente con sospecha de sobrecarga, recordemos que la problemática de los tiempos en cuanto al número de pacientes por atender y el tiempo otorgado para dar la consulta, por consiguiente propongo tomar como caso probable de sobrecarga a todo cuidador con del sexo femenino, escolaridad secundaria, estado civil casado, ocupación empleado y horas de cuidado de 19 a 24 horas, que son las variables con asociación significativa en nuestra investigación, que nos sirvan de screening para priorizar la atención, de este sector de la población vulnerable.

1. Una vez identificado el caso, se deberá realizar la encuesta de Zarit.
2. Establecer el diagnóstico a través de consulta médica rutinaria.
3. Realizar un estudio de salud familiar valorando los factores relacionados con la persona cuidada: nivel de dependencia, duración de la enfermedad, síntomas asociados a discapacidad, comportamiento de la persona cuidada, factores relacionados con el cuidador : conflictos familiares, dificultades en el trabajo o desempleo, problemas económicos, tiempo de cuidado, posibilidad de descanso, baja escolaridad, así como factores relacionados con el apoyo social: poco o nulo apoyo de los familiares, vecinos o amigos, misma residencia de la persona cuidada, sin capacitación para el cuidado, dificultades para acceder al servicio de salud.
4. Buscar y determinar síntomas de sobrecarga de los cuidados como trastornos médicos, psicológicos, sociales.
5. Con ello realizar intervención multidisciplinaria canalizando a nuestra familia y principalmente al binomio cuidador-enfermo a psicología, trabajo social, dando tratamiento médico para disminuir afecciones en el ánimo, físicos y de las comorbilidades. Así como concientizar sobre la importancia de la actividad física.

Propongo crear un programa de salud dirigido a cuidadores de pacientes con Enfermedad Renal Crónica en Terapia de Sustitución Renal, donde se brinden estrategias de autocuidado, autoestima, salud mental, manejo del estrés y las emociones, teniendo como finalidad lograr disminuir la morbi-mortalidad asociada a los riesgos y daños más frecuentes, con el rol que desempeñan como cuidadores, mejorando su calidad de vida.

Se exhorta a todo el personal de salud tomar conciencia de la importancia del rol del cuidador como pilar fundamental que merma la calidad de vida de las familias y la economía del pueblo mexicano.

Para quien desee continuar con la investigación a futuro, se sugiere realizar el índice de Barthel para actividades de la vida diaria y determinar el grado de dependencia del enfermo para así correlacionarlo con el nivel de sobrecarga; aplicar el test de ansiedad y depresión de Goldberg para correlacionar estas dos variables.

También considero importante la correlación entre las horas de cuidado al día, nivel de motivación, horario laboral, enfermedades del cuidador y sobrecarga, además de conocer si el paciente con ERC en TSR tiene alguna otra comorbilidad que pueda condicionar aumento en la sobrecarga. Otro punto relevante sería establecer la asociación entre sobrecarga según los diferentes tipos de cuidadores (formal, informal, principal, familiar, profesional, etc.)

Se sugiere también estudiar el tiempo específico en el que se comienza a generar la sobrecarga para permanecer bajo supervisión médica en el tiempo en el que se es más susceptible de desarrollar sobrecarga.

Otras directrices para futuras investigaciones son identificar a cuidadores en riesgo de ejercer violencia contra el paciente, determinar el nivel de conocimiento sobre cómo identificar y evitar la sobrecarga en los cuidadores, conocer si en la familia se rola la función de cuidador y evaluar intencionadamente el patrón de sueño del cuidador.

Bibliografía:

1. Morales-Cariño, E., Jiménez-Herrera, B., & Serrano-Miranda, T. (2010). Evaluación del colapso del cuidador primario de pacientes adultos mayores con síndrome de inmovilidad. *Rev Invest Clin*, 64(3), 240-246.
2. Tamayo Orozco J, Lastiri Quirós S. La enfermedad renal crónica en México. In: Enfermedad renal crónica en México: una política nacional todavía pendiente [Internet]. Ciudad de México: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología;2016.p.82.Disponible en: http://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/ENF-RENAL.pdf
3. Instituto Mexicano del Seguro Social. Prevalencia de enfermedad renal crónica y factores de riesgo en el programa de atención DiabetIMSS* . Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social 2017;55:210–8.
4. Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet], Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica Temprana., México, IMSS-CENETEC; 2009 [actualizado al 2009, citado 25 Sep 2019]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/335_IMSS_09_Enfermedad_Renal_Cronica_Temprana/EyR_IMSS_335_09.pdf
5. Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet], Tratamiento sustitutivo de la función renal. Diálisis y Hemodiálisis en la Insuficiencia Renal Crónica en el Segundo y Tercer Nivel de Atención, México, IMSS-CENETEC; 2014. [actualizado al 2014, citado 25 Sep 2019]. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-727-14-DialisisyhemodialisisIRC/727GER.pdf>
6. Ramos-Alcocer, J. R., Salas-Nolasco, O. I., Villegas-Domínguez, J. E., Serrano-Vázquez, C. W., Dehesa-López, E., & Márquez-Celedonio, F. G. (2020). Calidad de vida y factores asociados en enfermedad renal crónica con terapia de sustitución. *Archivos en Medicina Familiar*, 23(2), 75-83.

7. López Gil, M., Orueta Sánchez, R., Gómez-Caro, S., Sánchez Oropesa, A., Carmona de la Morena, J., & Alonso Moreno, F. J. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista clínica de medicina de familia*, 2(7), 332-339.
8. Martínez Pizarro, S. (2020). Síndrome del cuidador quemado. *Revista clínica de medicina de familia*, 13(1), 97-100.
9. Dueñas, E., Martínez, M. A., Morales, B., Muñoz, C., Viáfara, A. S., & Herrera, J. A. (2006). Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colombia médica*, 37(2), 31-38.
10. Torres-Pinto, X., Carreño-Moreno, S., & Chaparro-Díaz, L. (2017). Factores que influyen la habilidad y sobrecarga del cuidador familiar del enfermo crónico. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 49(2), 330-338.
11. Barrón y Alvarado. Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer. *Cancerología* 4 (2009); 39-46.
12. F.J. Carod Atral, J.A. Egido-Navarro, J.L. González-Gutiérrez, E. Varela de Seijas. Percepción de la sobrecarga a largo plazo en cuidadores de supervivientes de un ictus. *Rev Neurol* 1999;28(12):1130-1138.
13. Prieto-Miranda SE, Arias-Ponce N, Villanueva-Muñoz EY, et al. Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel. *Med Int Mex*. 2015;31(6):660-668.
14. Domínguez-Sosa, G., Zavala-González, M. A., De la Cruz, D. D. C., & Ramírez-Ramírez, M. O. (2010). Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México. Enero a mayo de 2008.
15. Pérez Peñaranda A, García Ortiz L, Rodríguez Sánchez E, Losada Baltar A, Porras Santos N, Gómez Marcos MA. Función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia. *Aten Primaria*. 2009;41:621–8.
16. Dueñas E, Martínez M, Morales B, Muñoz C, Viáfara A, Herrera J. Síndrome del Cuidador de Adultos Mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colomb Med* 2006; 37(1): 31-38.

17. Palancar-Sanchez A. Trabajo Grupal con cuidadores de personas dependientes. Texto base de la presentación del día 3 de octubre de 2009, espacio abierto de la Asociación para el estudio de temas psicosociales, grupales e institucionales. Acceso en septiembre 2014. Disponible en: <http://www.area3.org.es/Uploads/a3-13-Cuidadores-APalancar.pdf>
18. Zambrano-Dominguez EM, Guerra-Martin MD. Formación del cuidador informal: Relación con el tiempo de cuidado a personas dependientes mayores de 65 años. *Aquichán* 2012;12 (3):241-251.
19. Kim H, Chang M, Rose K, Kim S. Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *J Adv Nurs*. 2012 Apr;68(4):846-55
20. Tartaglini, M. F., Feldberg, C., Hermida, P. D., Heisecke, S. L., Dillon, C., Ofman, S. D., ... & Somale, V. (2020). Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit: análisis de sus propiedades psicométricas en cuidadores familiares residentes en Buenos Aires, Argentina. *Neurología Argentina*, 12(1), 27-35.
21. Lopera, J. M. V., Fernández, D. B., Arango, D. C., Cardona, A. S., & Molina, J. O. (2012). Validación de escalas abreviadas de Zarit para la medición de síndrome del cuidador primario del adulto mayor en Medellín. *Atención primaria*, 44(7), 411-416.
22. Muñoz Silva, C. A., Rojas Orellana, P. A., & Marzuca-Nassr, G. N. (2015). Criterios de valoración geriátrica integral en adultos mayores con dependencia moderada y severa en Centros de Atención Primaria en Chile. *Revista médica de Chile*, 143(5), 612-618.
23. Navarro-Sandoval, C., Delgado-Quiñones, E. G., Sahagún-Cuevas, M. N., & Uriostegui-Espíritu, L. C. (2017). Depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física de la UMF 171. *Revista médica del instituto mexicano del seguro social*, 55(1), 25-31.
24. Flores G, Elizabeth, Rivas R, Edith, & Seguel P, Fredy. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería*, 18(1), 29-41. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000100004>

25. Rodríguez-Lombana, L., & Chaparro-Díaz, L. (2020). Soporte social y sobrecarga en cuidadores: revisión integrativa. *Revista cuidarte*, 11(1).
26. Levy K, Lanctôt KL, Farber SB, Li A, Herrmann N. Does pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease relieve caregiver burden? *Drugs Aging*. 2012;29(3):167-79.
27. Vasiliki O, Miranda-Castillo C. Does physical activity reduce burden in carers of people with dementia? A literature review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2014; 29: 771–783.
28. Mendoza ML, Rodríguez GR. Colapso del cuidador. En: Rodríguez R, Morales J, Encinas J, Trujillo Z, D'Hyver C. *Práctica de la Geriatría*. México. McGraw-Hill Interamericana Editores. 2000 pp 224-229
29. Zambrano R, Ceballos P. Síndrome de carga del cuidador. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 2007, (XXXVI), Supp. 1
30. López León, D., Rodríguez Calderón, L., Carreño Moreno, S., Cuenca, I., & Chaparro Díaz, L. (2015). Cuidadores de pacientes en diálisis peritoneal: experiencia de participar en un programa de habilidad de cuidado. *Enfermería Nefrológica*, 18(3), 189-195.
31. Lovo, J. (2021). Influencias del colapso del cuidador sobre el paciente. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 14(1), 47-48.
32. Wright JF, Doherty ME, Dumas LG. Caregiver burden: three voices-three realities. *Nurs Clin North Am*. 2009 Jun;44(2):209-21
33. Espinoza lavoz, elena;méndez villarroel, viviana; lara jaque, Roxana;rivera Caamaño, pilar. Factores asociados al nivel de sobrecarga de los cuidadores Informales de adultos mayores dependientes, en control en el Consultorio "José durán trujillo", san carlos, chile *Theoria*, vol. 18, núm. 1
34. Morales Cariño, Elizabeth. Jiménez Herrera, Blanca. Serrano Miranda, Tirzo. Evaluación del colapso del cuidador primario de pacientes adultos mayores con síndrome de inmovilidad. *Revista de Investigación clínica/Vol. 64* Num. 3/Myo-Junio, 2012/pp.240-246.

35. Rivera-Mora H, Dávila-Mendoza R, González-Pedraza Avilés A. 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.
36. Pérez Peñarada, Anibal, El cuidador primario de familiares con dependencia. Calidad de vida, apoyo social y salud mental. Salamanca, 2006.
37. Mendoza Suárez, Gladys. Síndrome de sobrecarga en familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica. Rev Soc Peru Med Interna 2014; vol 27 (1)
38. Domínguez Sosa, G. Zavala González, M. De la Cruz Méndez, Dora del armen. Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México. Enero a Mayo de 2008. Méd. UIS. 2010;23:28-37
39. Paz Rodríguez, Francisco. Sánchez Guzmán María. Identificación de variables predictores de violencia en díadas paciente-cuidador de cuatro enfermedades neurológicas. Rev Mex Neuroci 2012; 13 (4): 205-214.
40. Flores G, Elizabeth. Rivas R, Edith. Seguel P, Fredy. Nivel de Sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. CIENCIA Y ENFERMERIA XVIII (1): 29-41, 2012.

ANEXOS

ANEXO 1. Test de Zarit.

Cuestionario para evaluar el nivel de sobrecarga del cuidador en el paciente con Enfermedad Renal Crónica en Terapia de Sustitución Renal en la UMF 15.

Instrucciones:

A continuación, se presenta un cuestionario que consta de 2 partes, la primera son los datos generales del cuidador (usted) y del paciente, la segunda parte es el cuestionario con el que usted participará en el estudio.

Es importante no dejar ningún espacio sin contestar.

En caso de tener alguna duda sobre el cuestionario favor de informarle al aplicador de la encuesta.

Cuenta con un tiempo máximo de 30 minutos para contestar, sea lo más sincero posible.

Favor de marcar con una “x” la respuesta que mejor considere y anotar con letra legible las respuestas que se le soliciten.

Datos personales

Nombre completo de usted:

1. **Sexo:** 1) Femenino 2) Masculino

2. **Edad:** _____ años.

3. **Escolaridad:**

1) Educación básica 2) Educación media superior 3) Educación superior o más

4. Estado civil:

- 1) Soltero 2) Casado(a) 3) Unión libre 4) Divorciado

5. Ocupación: 1) Empleado 2) Desempleado

6. ¿Qué es de usted el paciente que cuida?:

- 1) Esposo (a) 2) Hijo (a) 3) Hermano(a) 4) Nuera/yerno
5) Cuñado (a) 6) Sobrino/nieto 7) Padre/madre 8) Abuelo

7. Religión: 1) Con religión 2) Sin religión

Datos del paciente que usted cuida:

Nombre completo: _____

1. Sexo del paciente: 1) Femenino 2) Masculino

2. Edad del paciente: _____ años.

3. Estado civil del paciente:

- 1) Soltero 2) Casado (a) 3) Viudo(a) 4) Unión libre

4. Ocupación del paciente:

- 1) Empleado 2) Desempleado 3) Pensionado 4) Jubilado

5. ¿Cuántas horas dedica diariamente a cuidar a su familiar?

_____ horas al día

6. ¿Desde hace cuánto cuida a su familiar?

_____ meses _____ años

7. En este momento ¿Usted se siente motivado para continuar cuidando a su familiar?

- 1) Si 2) Más o menos 3) No

8. ¿Considera usted que el familiar a su cargo puede valerse por sí mismo?

- 1) Nunca 2) Casi nunca 3) Algunas veces 4) Casi siempre 5) Siempre

A continuación, se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten a veces las personas, que cuidan a otra persona.

después de leer cada afirmación, debe indicar con que frecuencia se siente usted así, nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre.

A la hora de responder, piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan solo su experiencia

NUNCA= 0 RARA VEZ=1 ALGUNAS VECES=2 BASTANTES VECES= 3,
CASI SIEMPRE= 4

1. ¿PIENSA QUE SU FAMILIAR LE PIDE MAS AYUDA DE LA QUE REALMENTE NECESITA?	0	1	2	3	4
2. ¿PIENSA QUE DEBIDO AL TIEMPO QUE DEDICA A SU FAMILIAR NO TIENE SUFICIENTE TIEMPO PARA USTED?	0	1	2	3	4
3. ¿SE SIENTE AGOBIADO POR INTENTAR COMPATIBILIZAR EL CUIDADO DE SU FAMILIAR CON OTRAS RESPONSABILIDADES (TRABAJO, FAMILIA) ?	0	1	2	3	4
4. ¿SIENTE VERGÜENZA POR LA CONDUCTA DE SU FAMILIAR?	0	1	2	3	4
5. ¿SE SIENTE ENFADADO CUANDO ESTA CERCA DE SU FAMILIAR?	0	1	2	3	4
6. ¿PIENSA QUE EL CUIDAR DE SU FAMILIAR AFECTA NEGATIVAMENTE A LA RELACION QUE USTED TIENE CON OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA?	0	1	2	3	4
7. ¿TIENE MIEDO POR EL FUTURO DE SU FAMILIAR?	0	1	2	3	4
8. ¿PIENSA QUE SU FAMILIAR DEPENDE DE USTED?	0	1	2	3	4
9. ¿SE SIENTE TENSO CUANDO ESTA CERCA DE SU FAMILIAR?	0	1	2	3	4
10. ¿PIENSA QUE SU SALUD A EMPEORADO DEBIDO A TENER QUE CUIDAR DE SU FAMILIAR ?	0	1	2	3	4
11. ¿PIENSA QUE NO TIENE TANTA INTIMIDAD COMO LE GUSTARIA DEBIDO A TENER QUE CUIDAR DE SU FAMILIAR?	0	1	2	3	4
12. ¿PIENSA QUE SU VIDA SOCIAL SE HA VISTO AFECTADA NEGATIVAMENTE POR TENER QUE CUIDAR DE SU FAMILIAR ?	0	1	2	3	4
13. ¿SE SIENTE INCOMODO POR DISTANCIARSE DE SUS AMISTADES DEBIDO A TENER QUE CUIDAR DE SU FAMILIAR?	0	1	2	3	4
14. ¿PIENSA QUE SU FAMILIAR LE CONSIDERA A USTED LA UNICA PERSONA QUE LE PUEDE CUIDAR?	0	1	2	3	4
15. ¿PIENSA QUE NO TIENE SUFICIENTES INGRESOS ECONOMICOS PARA LOS GASTOD DE CUIDAR A SU FAMILIAR , ADEMAS DE SUS OTROS GASTOS?	0	1	2	3	4

16. ¿PIENSA QUE NO SERA CAPAZ DE CUIDAR A SU FAMILIAR POR MUCHO TIEMPO?	0	1	2	3	4
17. ¿SIENTE QUE HA PERDIDO EL CONTROL DE SU VIDA DESDE QUE COMENZO LA ENFERMEDAD DE SU FAMILIAR?	0	1	2	3	4
18. ¿DESEARIA PODER DEJAR AL CUIDADO DE SU FAMILIAR A OTRA PERSONA?	0	1	2	3	4
19. ¿SE SIENTE INDECISO SOBRE QUE HACER CON SU FAMILIAR	0	1	2	3	4
20. PIENSA QUE DEBERIA HACER MAS POR SU FAMILIAR?	0	1	2	3	4
21. ¿PIENSA QUE PODRIA CUIDAR MEJOR A SU FAMILIAR?	0	1	2	3	4
22. GLOBALMENTE ¿QUE GRADO DE CARGA EXPERIMENTA POR EL HECHO DE CUIDAR A SU FAMILIAR?	0	1	2	3	4

Total: _____

1. () Ausencia de sobrecarga (<46)

2. () Sobrecarga ligera (47-55)

3. () Sobrecarga intensa (>56)



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	NIVEL DE SOBRECARGA EN EL CUIDADOR DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN TERAPIA DE SUSTITUCION RENAL DE LA UMF 15 IMSS
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ciudad de México, UMF 05 DICIEMBRE 2022
Número de registro:	En Trámite.
Justificación y objetivo del estudio:	Saber el nivel de sobrecarga y hacer algo para mejorar la relación entre estos, asegurar el apego terapéutico, desarrollar una rutina de asistencia continuada al enfermo, aprender las tareas necesarias para ayudar a que el paciente se haga independiente o al menos tan independiente como sea posible, aprender cómo prevenir complicaciones y mantener unas buenas relaciones con el equipo médico para continuar con el tratamiento.
Procedimientos:	Se aplicará un cuestionario de manera única a ser respondido por el paciente, interrogando datos relacionados con variables sociodemográficas y factores asociados a la sobrecarga del cuidador.
Posibles riesgos y molestias:	Investigación de mínimo riesgo, ya que por ser un estudio de tipo mixto, no se hará intervención en las variables a estudiar.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Identificar a cuidadores con sobrecarga, reflexión sobre la implicación de tener un paciente a su cuidado, y conocer técnicas para evitar tener sobrecarga.
Información sobre resultados y alternativas del tratamiento:	No aplica
Participación o retiro:	El paciente tendrá la facultad de decidir su participación o retiro en cualquier momento durante la realización del cuestionario.
Privacidad y confidencialidad:	Se me ha asegurado que no se mencionará mi nombre, en este trabajo o cualquier otro derivado del mismo. Ni se me identificara de ninguna forma
En caso de colección de material biológico:	<u>NO APLICA o se autoriza</u>
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Identificar nivel de sobrecarga del cuidador y referir a las instancias correspondientes. Posibilidad de creación de estrategias para aminorar el nivel de sobrecarga del cuidador.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	CASTRO GUADALUPE PABLO ROBERTO , Medico Familiar. Matricula:98128723, Lugar de Trabajo: Consulta Externa UMF No. 15, Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No 15 Prado Churubusco. Teléfono: 55821330, Fax: sin fax, e-mail: pacaqpe@hotmail.com . NANCY GARCIA CERVANTES Medico Familiar adjunta la CCEIS Matricula 98128723 Adscripción UMF#15 Teléfono 5537041204 Fax: sin Fax. Email: nancy.garciace@imss.gob.mx VILCHIS CHAPARRO EDUARDO . Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación. Doctor en Ciencias de la Familia. Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud. Profesor Médico del CIEFD Siglo XXI Centro Médico Nacional Siglo XXI. Matricula 99377278 Cel. 5520671563 Fax: No Fax. Correo: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx
Colaboradores:	FLORES ROSALES MARIANA Médico Residente Matrícula 97385658 Adscripción UMF#15 Teléfono: 5523272796. Fax: sin fax. Correo: marfloros89@gmail.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

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Mariana Flores Rosales

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013