



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON UMF #1**

**“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DEL SÍNDROME DE  
SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO EN LOS PACIENTES QUE  
CURSAN CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR**

**PRESENTA:  
DRA. ANA LUISA HERNÁNDEZ SALGADO**



**ASESORES DE TESIS**

**ASESOR:  
DR. EDGAR URIEL ROBLES SALGADO**

**CUERNAVACA, MORELOS, FEBRERO 2016.**



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.

**“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DEL SÍNDROME DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO EN LOS PACIENTES QUE CURSAN CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:

**DRA. ANA LUISA HERNANDEZ SALGADO**

**A U T O R I Z A C I O N E S :**

---

**DRA. ANITA ROMERO RAMIREZ**  
**JEFE DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL**

---

**DRA. LAURA ÁVILA JIMÉNEZ.**  
**COORD. AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

---

**DRA. MARIA CRISTINA VAZQUEZ BELLO.**  
**COORD. AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD.**

---

**DRA. AMELIA MARISSA LEIVA DORANTES**  
**COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

---

**DRA. MONICA VIVIANA MARTINEZ MARTINEZ.  
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

**ASESORES DE TESIS**

---

**DR. EDGAR URIEL ROBLES SALGADO**

---

**CUERNAVACA, MORELOS  
FEBRERO 2016**

**“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DEL SÍNDROME DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO EN LOS PACIENTES QUE CURSAN CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL”**  
TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:

**DRA. ANA LUISA HERNANDEZ SALGADO**

A U T O R I Z A C I O N E S

---

**DR. JUAN JOSE MAZON RAMIREZ**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

---

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
SUBDIVISIÒN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

---

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
SUBDIVISIÒN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DEL SÍNDROME DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO EN LOS PACIENTES QUE CURSAN CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:

**DRA. ANA LUISA HERNANDEZ SALGADO**

---

PRESIDENTE DEL JURADO  
DR. CIDRONIO ALBAVERA HERNANDEZ  
MÉDICO FAMILIAR ADSCRITO AL HGR#1

---

SECRETARIA DEL JURADO  
DRA. ANITA ROMERO RAMIREZ  
JEFA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

---

VOCAL DEL JURADO  
DR. EDGAR URIEL ROBLES SALGADO  
MEDICO FAMILIAR ADSCRITO A LA UMFNO. 20

## **AGRADECIMIENTOS:**

Agradezco a **DIOS** principal motor que me dio la fuerza y fe para creer lo que parecía imposible terminar.

A mi **FAMILIA** (Padres y hermanos) fuente de apoyo constante e incondicional en toda mi vida y más aún en mis duros años de carrera profesional.

Especial agradecimiento a mis **PADRES**, luchadores constantes y responsables de mi éxito personal y profesional. Gracias por el abrazo, por las palabras de aliento, por el sí se puede, por los valores transmitidos, por su amor y apoyo incondicional, que han hecho de mi la mujer que ahora soy.

**Al amor de mi vida CHRISTIAN SERRANO** por su apoyo y amor incondicional, que me ayudaron a impulsarme a terminar este proyecto.

**A mi director de tesis DR. URIEL ROBLES SALGADO** por el esfuerzo y dedicación compartidos.

Y a todas aquellas personas que de una u otra manera han sido parte de mi crecimiento personal y desarrollo profesional.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

<b>INDICE:</b>	
<b>1. Título</b>	<b>1</b>
<b>2. Índice general</b>	<b>7</b>
<b>3. Marco teórico</b>	<b>10</b>
<b>4. Justificación</b>	<b>16</b>
<b>5. Planteamiento del problema</b>	<b>16</b>
<b>6. Objetivos</b>	<b>17</b>
- General	17
- Específicos	17
<b>7. Hipótesis</b>	<b>17</b>
<b>8. Metodología</b>	<b>18</b>
- Tipo de estudio	18
- Población, lugar y tiempo de estudio	18
- Tipo de muestra y tamaño de la muestra	18
- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	18
- Variables	19
- Análisis estadístico	21
- Consideraciones éticas	21
<b>9. Resultados</b>	<b>23</b>
<b>10. Discusión</b>	<b>33</b>
<b>11. Conclusiones</b>	<b>34</b>
<b>12. Bibliografía</b>	<b>36</b>
<b>13. Anexos</b>	<b>40</b>

## RESUMEN:

### PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DEL SÍNDROME DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO EN LOS PACIENTES QUE CURSAN CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL

**Antecedentes:** El cuidador familiar primario o principal está sometido a una carga física y psicoafectiva derivada de las responsabilidades y actividades derivadas del cuidado y de la vivencia continua del sufrimiento del enfermo, de los sentimientos propios respecto a la pérdida y de lo que ello representa para su vida futura.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador primario en pacientes que cursan con Insuficiencia Renal Crónica Terminal derechohabientes del Hospital General Regional No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Cuernavaca Morelos.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal descriptivo, en el que se entrevistaron a cuidadores primarios de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que acuden a la unidad de diálisis del Hospital General Regional No. 1 MF Cuernavaca, Mor. A todos se les aplicó una encuesta del perfil socio demográfico y la escala de Zarit. Se incluyó cuidadores de edad  $\geq 18$  años, de cualquier sexo, sin enfermedades cognitivas ni discapacidades físicas, que acudieron acompañando a su paciente que aceptaron participar en el estudio, y autorizaron su participación firmando consentimiento bajo información. **Resultados:** En el presente estudio se encontró que la edad promedio de los cuidadores es de 45 años, aún en edad productiva y más de 2 terceras partes son de sexo femenino, llama la atención que al menos el 50% de los cuidadores solo tienen educación básica, primaria o secundaria y al menos la mitad de ellos se ocupa como cuidador y ama de casa. La evaluación de la escala de Zarit se hizo sobre el puntaje general, y de acuerdo a lo obtenido se clasificó en Ausencia de Sobrecarga 72 (33.80%), sobrecarga ligera 66 (30.99%), sobrecarga intensa 75 (35.21%).

**Conclusiones:** La gran mayoría de nuestros encuestados presentó un grado de sobrecarga, siendo el 30.99% con sobrecarga leve y el 35.21% con sobrecarga intensa, lo cual afirma nuestra hipótesis de estudio. La sobrecarga intensa se presentó en cuidadores que dedican 7 días al cuidado del paciente, siendo en su mayoría cónyuge en un 45%. El 34% de los cuidadores tiene igualmente escolaridad secundaria y primaria con las mismas proporciones.

# **“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DEL SÍNDROME DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO EN LOS PACIENTES QUE CURSAN CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL”**

## **Introducción**

La atención y cuidado de personas de edad avanzada y que además padecen de alguna enfermedad crónica degenerativa demanda una atención constante por parte de los familiares, sobre todo de aquellos que cumplen con el rol de cuidador primario, quienes en la mayoría de los casos viven cambios en las diferentes esferas de su vida. Además de asumir la responsabilidad total del paciente, en la mayoría de las veces no reciben una retribución económica ni capacitación previa para su cuidado.

La presencia de una enfermedad terminal, como en la insuficiencia renal crónica, en la familia provoca una situación de crisis en la estabilidad familiar. En relación con ello cada miembro de la familia va a presentar una serie de reacciones que influyen en el funcionamiento familiar y en el estado de bienestar o sufrimiento de la persona afectada.

En México se estima un costo de 2% del presupuesto del Servicio Nacional de Salud para pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. En el 2013 se calculaba que la cantidad de individuos con enfermedad renal terminal sería el doble. Aún no se cuenta con el Registro Nacional; sin embargo, considerando que la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (principal factor etiológico), según la Encuesta Nacional del 2000, era de 10.8% en la población mayor de 18 años y el riesgo de padecer nefropatía era entre 20 y 40%, se calcula que por lo menos hay ocho millones de personas con enfermedad renal crónica; de las cuales, cerca de 40,000 están adscritas a algún programa de diálisis. Esto demuestra la gran demanda que hay en la necesidad de atención y cuidado para estos pacientes. <sup>14</sup>

Ante la crisis que supone la enfermedad terminal, las familias presentan dificultades para flexibilizar sus costumbres y perpetúan patrones previos de funcionamiento que pueden ser ineficaces para adaptarse a la nueva situación.

La contribución de la familia al cuidado de la salud constituye un elemento de creciente interés para la organización de los servicios sociales y sanitarios. Por un lado los principales beneficiarios de estos cuidados, enfermos con problemas crónicos de salud, discapacitados y personas dependientes por otros motivos cada vez son más numerosos. El cuidador familiar primario o principal está sometido a una carga física y psicoafectiva derivada de las responsabilidades y actividades derivadas del cuidado y de la vivencia continua del sufrimiento del enfermo, de los sentimientos propios respecto a la pérdida y de lo que ello representa para su vida futura.

Cuando los cuidadores son rebasados por los aspectos físicos, emocionales y económicos, que implican la atención de su paciente, son propensos a entrar en una crisis muy difícil de manejar, pues son proclives a problemas físicos y psicológicos, generando una situación caótica, pues ya no sólo el anciano está enfermo, sino también la persona encargada de atenderlo. Por lo anterior, el rol del cuidador puede tener un impacto negativo en la salud y energía del propio cuidador, que igualmente se vuelven vulnerables a la depresión y la ansiedad.

El objetivo de esta investigación es determinar la prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador primario en los pacientes que cursan con insuficiencia renal crónica terminal, en una muestra de derechohabientes usuarios del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Hospital General Regional No. 1 MF.

### **3. Marco teórico.**

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 crónica degenerativa que genera incapacidad 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 o síndrome de sobrecarga. 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.<sup>1-3</sup>

La enfermedad renal crónica (ERC) es la resultante de diversas enfermedades crónico degenerativas, entre las que destacan la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, fenómeno que ocurre de manera similar en todo el mundo y que, lamentablemente, conduce hacia un desenlace fatal si no es tratada. Las cifras de morbilidad y mortalidad son alarmantes; en México, esta es una de las principales causas de atención en hospitalización y en los servicios de urgencias<sup>4,5</sup>.

Está considerada una enfermedad catastrófica debido al número creciente de casos, por los altos costos de inversión, recursos de infraestructura y humanos limitados, la detección tardía y altas tasas de morbilidad y mortalidad en programas de sustitución<sup>5</sup>.

Estimaciones de un estudio hecho por la Facultad de Medicina de la UNAM en 2010 señalaban que habrían unos 120,000 mexicanos con necesidad de recibir diálisis para mantenerse con vida. Sin embargo otra perspectiva del estudio sugería que menos de la mitad de dichos pacientes reciben en realidad alguna forma de tratamiento para su insuficiencia renal.<sup>6-7</sup>

La insuficiencia renal crónica y otras enfermedades renales como la nefritis y la nefrosis están entre las 10 principales causas de muerte en México, pero la realidad es que es un dato que no se tiene totalmente claro porque mientras no exista un registro real y fidedigno sobre la enfermedad, todo son estimaciones y cálculos aproximados.<sup>8-9</sup>

Existen estadísticas internacionales que permiten dilucidar este crecimiento ritmo de la enfermedad renal en diferentes países incluyendo México. De acuerdo con un comparativo internacional del Sistema de Datos Renales de Estados Unidos, la incidencia de insuficiencia renal crónica se habría más que duplicado en México en cuestión de una década al pasar de 200 a más de 500 casos por cada millón de habitantes entre el año 2001 y el 2011.<sup>10</sup>

### **Etiología y factores de riesgo**

La enfermedad renal crónica se ha transformado en un problema médico y de salud pública que ha adquirido proporciones epidémicas. De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, respectivamente, son causas importantes de enfermedad renal, aunque también hay otros factores de riesgo, entre los que destacan los de susceptibilidad, como: edad, historia familiar, raza, bajo nivel educativo y económico, así como los factores indicadores, precursores de la enfermedad. Los de mayor importancia son los susceptibles de prevención, como las enfermedades crónicas, sistémicas y por toxicidad por fármacos<sup>11, 12.</sup>

### **Las cifras de la enfermedad renal crónica**

En México, como en la mayor parte del mundo, se ha observado un incremento importante en la prevalencia e incidencia de la enfermedad renal crónica. En la actualidad se considera una pandemia que afecta, aproximadamente, al 10% de la población adulta en diferentes partes del mundo. De acuerdo con las últimas estadísticas establecidas por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la incidencia de pacientes con enfermedad renal crónica es de 377 casos por millón de habitantes y la prevalencia de 1,142. En el año 2010 existían alrededor de 52,000 pacientes en terapias sustitutivas, de los que 80% se atienden en esa institución (IMSS).<sup>13-15</sup>

Se registró un incremento de 92 pacientes por millón de habitantes (ppmh) en 1999 a 400 ppmh en el año 2008.<sup>16</sup> La diabetes mellitus ocupa el primer lugar entre las causas de enfermedad renal crónica en México. De acuerdo con diversos estudios, en el año 2009 el daño renal ocupó, en el IMSS, el tercer lugar en el gasto por padecimientos, con una inversión de 4,712 millones de pesos en sólo 4% de los derechohabientes, lo que representa un incremento de 27% con respecto a 2005. Mientras tanto, la Secretaría de Salud informó, en el mismo año, que sólo 22% de los pacientes que requieren terapia de reemplazo renal la reciben, lo que tiene un costo anual estimado de 7,550 millones y que quizá ascenderá a 33,000 millones de pesos si se atendiera al 100% de los pacientes que lo requieren.<sup>16-18</sup>

La prevención de las complicaciones de la diabetes es la clave para disminuir la repercusión económica. Debido a que según los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Salud Pública, el gasto destinado a cada paciente para prevenir complicaciones de la diabetes es de alrededor de 10,000 pesos anuales para el IMSS, y casi 9,000 pesos para el ISSSTE y los hospitales de la Secretaría de Salud.<sup>16,17</sup>

El concepto de carga (tomado del inglés *burden*, que se ha traducido libremente como “estar quemado”<sup>19</sup> originalmente fue descrito en 1974 por Freudenberger y indica agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado. También está relacionado con dificultades en la salud física, debido a una acumulación de estresores frente a los que el cuidador se encuentra desprovisto de estrategias adecuadas de afrontamiento para adaptarse a la situación.

Por ser un síndrome en gran medida situacional, que surge luego de que una persona adquiere funciones de cuidar a otra, su explicación es de tipo ambiental, es decir, está condicionada por situaciones externas.<sup>20</sup>

En el marco de la teoría general del estrés, la evaluación de sobrecarga se aborda de manera alternativa. El individuo que proporciona cuidado se enfrenta a diversos factores estresantes y su respuesta depende de determinados mediadores, como la forma en que se valora la situación, los recursos disponibles y el apoyo social. Siguiendo la lógica de este enfoque, Zarit diseñó la Escala de Sobrecarga del Cuidador.

Esta escala se originó a partir del modelo biopsicosocial del estrés. Se conceptualiza como un proceso en el que existe desequilibrio entre las demandas del ambiente y los recursos que las personas poseen para hacerle frente a esas demandas. La tensión emocional y los posibles problemas de salud asociados aparecen cuando se percibe un nivel muy elevado de demandas y escasos recursos para controlar dicha situación.

La “Escala de Zarit”, explora los efectos negativos del rol de cuidador en las áreas de salud física y psíquica, actividades sociales y recursos económicos. Es una escala que puede ser auto- o heteroaplicada, que consta de 22 ítems relacionados con las áreas descritas, formuladas de modo que se cuantifica la frecuencia y no la intensidad de los síntomas mediante una escala tipo Likert. Su sensibilidad se ha reportado en 84,6-89,7%, mientras que su especificidad ha sido informada de 85,3-94,2%, por lo que ha sido traducida y validada en idiomas como el francés, chino y japonés. La consistencia o fiabilidad interna se ha reportado de hasta 91% ( $\alpha=0,91$ )<sup>22-23</sup>

## **Cuidadores de atención primaria**

Cuidador del paciente, es la persona que asume la responsabilidad total en la atención y el apoyo diario de los pacientes. El cuidado del paciente es un proceso dinámico que va a requerir un progresivo incremento de atenciones y tareas por varios motivos: la larga duración de la enfermedad (en más del 70% se trata de un proceso superior a 6 años), la pérdida progresiva de capacidad física y cognitiva por parte del paciente y su creciente dependencia del entorno familiar (Lago Canzobre, S. y Debén Sánchez, M.2001).<sup>24</sup>

La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología refiere que el perfil característico del cuidador en la mayoría de las familias es una única persona que asume la mayor parte de la responsabilidad de los cuidados, la gran mayoría de estos cuidadores principales son mujeres, como esposas, hijas y nueras, de entre 45 y 65 años de edad, ya que a través de la educación recibida y los mensajes

que transmite la sociedad, se favorece que estas tengan más capacidad de abnegación y sufrimiento, además de ser mas voluntariosas<sup>25, 26</sup>

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 del cuidador<sup>27-28</sup>.

### **Criterios**

El Síndrome de carga del cuidador se puede describir como una combinación de síntomas de los espectros ansioso y depresivo, por lo que algunas personas podrían diagnosticar Síndrome de carga del cuidador (SCC) con tan sólo existir comorbilidad de éstos; sin embargo, el SCC es más complejo que esto.

En la psicopatología descriptiva se encuentran varios trastornos que correlacionan con el síndrome de carga diversos factores (edad, género, parentesco, co-residencia, tiempo de dedicación y existencia de otras cargas familiares) han demostrado su influencia en la aparición de este síndrome (Lago Canzobre, S. y Debén Sánchez, M. 2001)<sup>29,30</sup>

La carga a la que se ve sometido el cuidador puede expresarse en distintas áreas:

\* **Problemas físicos.** Se trata en gran número de ocasiones de problemas de aparición frecuente en el grupo de edad al que pertenecen la mayoría de los cuidadores, que se ven agravados por las tareas propias de su labor de cuidados.

Las quejas somáticas son múltiples, destacando entre todas ellas las referidas a dolor de tipo mecánico crónico del aparato locomotor; otras frecuentes son cefalea de características tensionales, astenia, fatiga crónica, alteración del ciclo sueño-vigilia, insomnio y otros, en general mal definidos, de evolución crónica y claramente deteriorantes de su ya mermada calidad de vida. Se ha demostrado que existe deterioro de la función inmune de los cuidadores, a expensas de una reducción de sus niveles de inmunidad celular, que los hace más susceptibles a determinadas infecciones víricas.

Se demostró un aumento del 63% en el riesgo de mortalidad entre los cuidadores ancianos cónyuges que habían desarrollado un alto nivel de estrés.

\* **Problemas psíquicos.** La prevalencia alcanza un 50%, a menudo difíciles de verbalizar y definidos como somatizaciones o como términos vagos del tipo de desánimo o falta de fuerzas. Los principales problemas psíquicos del cuidador son la depresión, la ansiedad y el insomnio, que constituyen la vía de expresión de su estrés emocional. Entre ellos destaca por su frecuencia la depresión. Entre las circunstancias que influyen en mayor medida en su aparición destacan la falta de apoyo social, la carencia de recursos económicos, las relaciones previas con el paciente, el sentimiento de culpa, la existencia de una historia familiar de depresión y las limitaciones psicofísicas del cuidador.

\* **Problemas de índole socio-familiar.** En este, aparecen frecuentemente conflictos familiares, consecuencias sobre las obligaciones laborales (absentismo,

conflictividad labora), dificultades económicas y disminución de las actividades sociales y de ocio (Lago Canzobre, S. y DebénSánchez, M. 2001).<sup>31</sup>

El cuidador invierte (como media) prácticamente la totalidad del día en el cuidado de su familiar (20 horas al día) y supone un gasto medio de 12€ al día. A su vez a los cuidadores activos les ocasionó una pérdida de jornadas laborales, ya que tienen que simultanear el trabajo con la atención al paciente, lo cual ocasiona una menor dedicación en horas y días al paciente y además un mayor gasto al día en comida, transporte y otros conceptos.

Los resultados disponibles de diversas investigaciones sobre esta temática, indican que existe una gran variabilidad en el grado de estrés que experimentan los cuidadores y que los principales efectos negativos para la salud se concentran en 40% de los cuidadores que manifiestan un mayor agotamiento físico o mental, destacando que existe un grupo de cuidadores que lleva a cabo su labor sin dificultad ni problemas<sup>31,32</sup>

Según la encuesta del Centro de Investigación en Salud, la percepción de los cuidadores con respecto a su rol, es la siguiente: reducción del tiempo de ocio (64%), cansancio (51%), no tener vacaciones (48%), no frecuentar amigos (39%), entre otros múltiples argumentos<sup>33-35</sup>.

Se han reportado factores que influyen en el agotamiento del cuidador, como la cantidad de estrés que causa las demandas del paciente, la manera en la que el cuidador maneja y afronta el estrés, la cantidad de ayuda socio familiar que recibe, el nivel de interacción social negativa y la cantidad de actividades suspendidas; la percepción de agotamiento del cuidador y el resentimiento que esto ocasiona; la presencia de personalidad optimista y la propia percepción de la calidad de la relación que existe entre el cuidador y el paciente<sup>36</sup>.

Un estudio realizado a 156 cuidadores en la ciudad de Madrid en el 2008, que midió la calidad de vida del cuidador, tuvo como resultado que tenían media de edad de 57.6 años y entre un rango de 27 y 83 años, siendo el 87.8% mujeres. En el 84% de los casos convivía algún familiar más y el 53.2% eran cuidadores únicos. El 66.4% de los cuidadores presentaba sobrecarga, siendo leve-moderada en el 23.7% y severa en el 32.7%. La puntuación media obtenida en dicho cuestionario fue de 53.7 puntos, que demuestra sobrecarga leve-moderada.<sup>37</sup>

En el ámbito regional, existe un estudio sobre la sobrecarga del cuidador, realizado en Ciudad del Carmen, Campeche (México), por Pirron-Chan y cols.<sup>24</sup>, 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.

Otra investigación, realizada con cuidadores de pacientes con dolor crónico y terminales se efectuó en el Seguro Social, como un trabajo pionero en México durante la segunda parte del año del 2006 y donde participaron 100 cuidadores a quienes se les aplicó la Entrevista sobre la carga del cuidador de Zarit. 67% de los cuidadores permanecía con paciente más de 12 horas al día, 67% eran mujeres quienes ejercían el rol de cuidador, con una edad promedio de 47 años. El puntaje medio en la Escala de Zarit fue de 28 puntos, mismo que fue considerado como un nivel alto de sobrecarga, basándose en lo referido por Grunfield, quien observó que los cuidadores obtienen una media de 19 puntos en la escala de Zarit cuando el paciente se encuentra en fase paliativa y que la sobrecarga aumenta a 26 puntos cuando el paciente entra en la fase terminal (Alfaro et al, 2008) <sup>38-39</sup>.

Con objeto de evaluar su condición emocional, se evaluaron en IMSS, Hospital General de Zona Numero 1 en Oaxaca 17 cuidadores primarios de un familiar con demencia fueron examinados mediante un cuestionario de Burnout y una entrevista psiquiátrica con fines de diagnóstico. En el cuestionario, más de la mitad de ellos (53%) reportaron niveles altos de estrés (Burnout). En la consulta psiquiátrica se pudo detectar en esta población reacciones depresivas (30%) y reacciones de ansiedad (20%).

En las instalaciones de un hospital ubicado al sur de la Ciudad de México, se les aplicaron a 9 cuidadores primarios de pacientes con insuficiencia renal crónica que se encontraban en la sala de espera del área de hemodiálisis del hospital del 100% de los participantes, el 22% fue de sexo masculino, mientras que el 78% fue de sexo femenino, siendo notoria la diferencia, y corroborando de es más probable encontrar a una mujer que se encargue del cuidado de un paciente y más si es su familiar.

De los cuidadores encuestados, el 89 % fue de primer grado, es decir, esposos, hijos y padres. El 11% fueron cuidadores secundarios, es decir, sobrinos, tíos, primos. En esta ocasión sobresalieron los de primer grado. Con una edad promedio de 50.22 años. El promedio de horas que pasan al cuidado del enfermo es de 16.88 horas al día. El 90% de los cuidadores estudiados tienen una edad superior a los 40 años.

Con respecto a los niveles de depresión el 44% de los sujetos obtuvo un diagnóstico de depresión entre leve y severo y el 56% un diagnóstico de nivel mínimo <sup>40</sup>.

Se evaluaron 105 personas, las cuales cuidaban a pacientes con diagnóstico de IRCT atendidos en el Hospital General regional de Orizaba en la especialidad de Nefrología.

En general se encontró que la mayoría de los cuidadores no manifiestan sobrecarga (60%), solo manifestó sobrecarga intensa el 21.9% y sobrecarga leve el 18.1%.<sup>41</sup>

#### **4.- JUSTIFICACION**

La tarea de cuidar conlleva a menudo la aparición de una amplia variedad de problemas de orden físico, psíquico y socio-familiar constituyente de un auténtico síndrome que es necesario conocer, diagnosticar precozmente y tratar de prevenir. Se ha demostrado la relación entre estrés del cuidador y tasas más altas de institucionalización y que pacientes que conviven con cuidadores muy estresados presentan mayor índice de problemas de conducta y episodios de agitación.

El incremento del número de pacientes en programas sustitutivos sigue una cuesta lenta y progresiva, que crean discapacidad, surgiendo la necesidad del cuidado diario, constituyendo en su mayor parte a un integrante de la familia, el cuidador primario, al cual es indispensable identificar el nivel de sobrecarga que presenta al desempeñarse como cuidador, así como identificar los factores asociados que los hacen más susceptibles, con el fin de un diagnóstico oportuno y derivación a servicios de apoyo, buscando mejorar la calidad de vida del cuidador y del paciente a su cuidado.

Se pretende conocer la prevalencia de este síndrome en la muestra de cuidadores primarios de pacientes con Enfermedad Renal Crónica colaborando a la mejoría de la calidad de vida y el cumplimiento terapéutico, además de disminuir la utilización de los servicios de salud, mejorar los niveles de satisfacción de éstos, la comunicación con los profesionales y la atención a los propios pacientes.

#### **5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El tener a un familiar como paciente y que este tenga una enfermedad terminal y que no sea autosuficiente, es decir que necesite de cuidados especiales hacen que el ambiente familiar presente trastornos en todo su entorno, desde el ámbito, físico, psicológico y socioeconómico, haciendo que este paciente a través del tiempo se convierta en una sobrecarga para el familiar que lo cuida, generándole un estrés crónico. Las repercusiones en el estado de salud del cuidador principal, quien representa un alto riesgo de convertirse en un enfermo secundario. A la sobrecarga física y emocional que provoca el cuidado de un enfermo, hay que añadir el hecho de que la situación puede manifestarse durante años. Esto condiciona un importante desequilibrio personal en el cuidador: se limita a sus actividades sociales, se altera su actividad laboral y se afecta la comunicación en el seno de la familia, este problema es una patología de gran importancia en nuestro país, y casi no se sabe nada de ella, lo cual motiva a conocer cuál es la situación de los cuidadores de pacientes dependientes en nuestro medio, por lo que se plantea la siguiente pregunta:

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:**

“¿Cuál es la prevalencia y factores asociados del síndrome de sobrecarga del cuidador primario en los pacientes que cursan con insuficiencia renal crónica terminal del Hospital General Regional No. 1 MF Cuernavaca Morelos?”

## **6.- OBJETIVOS:**

### **6.1. OBJETIVO GENERAL:**

Identificar la prevalencia y factores asociados del síndrome de sobrecarga del cuidador primario en los pacientes que cursan con insuficiencia renal crónica terminal del Hospital General Regional No. 1 MF Cuernavaca Morelos.

### **6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar el nivel de sobrecarga del cuidador primario en los pacientes que cursan con Insuficiencia Renal Crónica Terminal derechohabientes del Hospital General Regional No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Cuernavaca Morelos.
- Describir las características socio-demográficas del Cuidador primario de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal.
- Describir el nivel de sobrecarga de acuerdo al sexo y parentesco.
- Identificar el nivel de sobrecarga de acuerdo al tiempo cuidando al paciente.

## **7- HIPÓTESIS**

De acuerdo a los antecedentes mencionados se realizó una media aritmética, de la cual resulto la siguiente hipótesis:

El 60% de los cuidadores primarios de pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal que acuden a la unidad de diálisis peritoneal del Hospital General Regional No. 1 cursan con síndrome de sobrecarga.

## **8.- MATERIAL Y METODOS.**

Se realizó una muestra no probabilística, incluyéndose a todos los sujetos que cumplieron criterios de inclusión. Se incluyeron cuidadores de edad  $\geq 18$  años, de cualquier sexo, sin enfermedades cognitivas ni discapacidades físicas, que acudieron acompañando a su paciente que aceptaron participar en el estudio, y autorizaron su participación firmando consentimiento bajo información. Excluyéndose a aquellos sujetos en los que el adulto mayor acompañante no confirmo el rol de cuidador primario en el sujeto, y cuando este se negó a participar o autorizar su inclusión mediante firma de consentimiento bajo información.

## Metodología: Diseño: TRANSVERSAL DESCRIPTIVO

### **Tipo de estudio**

Por el control de la maniobra experimental: Observacional  
Por la medición del fenómeno en el tiempo: Transversal

### **Población**

La población está conformada por cuidadores primarios de pacientes con enfermedad renal crónica terminal adscritos al Hospital General Regional No. 1 Medicina Familiar que acuden a la unidad de diálisis. El total de población son 476 pacientes en diálisis peritoneal, de los cuales 391 se encuentran en diálisis peritoneal ambulatoria, 49 en diálisis peritoneal continua ambulatoria y 36 en diálisis peritoneal intermitente.

### **Muestreo y Muestra**

La muestra fue no probabilística, del total de pacientes que acudan a consulta en unidad de diálisis peritoneal y que cumplieron criterios de inclusión del protocolo, se encuestó a sus familiares en un periodo de dos meses de abril a mayo 2015 o hasta completar el tamaño de muestra.

### **Tamaño de la muestra**

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$$

Donde:

n = el tamaño de la muestra.

N = 476 (No. Pacientes en diálisis peritoneal)

$\sigma = 0,5$ .

Z = 1,96

e = (0,01).

$$n = \frac{(476)(0.5)^2(1.96)^2}{(476-1)(0.01)^2 + (0.5)^2(1.96)^2}$$

$$n = 213$$

### **Criterios de inclusión:**

- 1) Cuidadores primarios mayores de 18 años y menores de 65 años.
- 2) Cuidar y ser el responsable directo del paciente mayor de edad que acude a la unidad de diálisis peritoneal portador de Enfermedad Renal Crónica Terminal.
- 3) Que aceptaron participar y firmar el consentimiento informado.

### Criterios de exclusión:

- 1) No ser cuidador y responsable directo del paciente mayor de edad que acude a la unidad de diálisis
- 2) Que no aceptaron participar en el estudio,
- 3) Aquellos cuidadores primarios que sean remunerados.
- 4) Cuidadores primarios con diagnóstico de depresión.

### VARIABLES:

### OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	TIPO	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADORES
<b>CARGA DEL CUIDADOR</b>	Nominal	Zarit como el grado en que los cuidadores perciben su salud, su vida social, personal y económica.	Los datos se obtendrán aplicando el instrumento de Zarit, cuestionario de 22 reactivos, que explora las áreas de salud mental, apoyo social-familiar, recursos, manejo de problemas de conducta del paciente y capacidad para hacerle frente y manejo a problemas.	Ordinal Cualitativa	1.- Ausencia de sobrecarga (22-46 puntos). 2.- Sobrecarga leve (47-55 puntos). 3.- Sobrecarga intensa (>55 puntos)
<b>VARIABLES INDEPENDIENTES.</b>					
<b>EDAD</b>	Cuantitativa	Número de años que han transcurrido desde su nacimiento.	Tiempo transcurrido desde su nacimiento	Nominal dicotómica	
<b>SEXO</b>	Cualitativa	De acuerdo a las características fenotípicas del sujeto.	De acuerdo a las características fenotípicas.	Nominal, dicotómica.	Hombre, Mujer
<b>OCUPACION</b>	Cualitativa	Empleo y oficio que desempeña, remunerado	Desempeño de labores que refiere al momento de la encuesta.	Nominal	Ama de casa, obrero, técnico, profesionista, pensionado, jubilado
<b>ESTADO CIVIL</b>	Cualitativa	Relación legal ante la sociedad de dos personas.	Relación legal al momento de la encuesta	Nominal	Soltero (a), casado (a), viudo (a), divorciado (a), unión libre
<b>ESCOLARIDAD</b>	Cualitativa	Periodo de tiempo. Medido en años. durante el cual se ha asistido a la escuela	Nivel de escolarización formada	Ordinal categórica	a) Primaria, b) Secundaria, c) Preparatoria, d) Licenciatura, e) Posgrado

<b>VIVE CON EL FAMILIAR BENEFICIARIO</b>	Cualitativa	Acto de habitar en la misma casa	Habita en la misma casa del paciente	Nominal dicotómica	A)SI B).-NO
<b>TIEMPO DE INICIO DEL CUIDADO AL FAMILIAR</b>	Cuantitativa	Tiempo de haber iniciado el cuidado especial al familiar beneficiario	Tiempo de inicio de los Cuidados requeridos por su familiar enfermo	Ordinal Categórica	A).- 3-6MESES B).- 7-12 MESES C).- 13-18 MESES D).- Mas de 18 meses
<b>TIEMPO DE CUIDADO</b>	Cualitativa	El tiempo es una magnitud física para medir el intervalo en el que suceden una serie ordenada de acontecimientos. Cuidado es la acción de asistencia a una persona que lo requiera.	El tiempo medido en meses y años que una persona brinda asistencia a otra persona que lo requiere.	Cualitativa ordinal	A) 3-6 meses B) 7-12 meses C) 13-18 meses D) Más de 18 meses
<b>TIEMPO QUE LE DEDICA AL CUIDADO EN DIAS</b>	Cuantitativa	Días que se dedica a cuidar a su familiar enfermo	Días que está cuidando a su paciente	Ordinal categórica	A).- 1 DIA B) - 2-3 DIAS C).-4-6 DIAS D) 7 DIAS
<b>ENFERMEDADES CRONICAS ANTES DE SER CUIDADOR</b>	Cualitativa	Presencia de enfermedades crónico degenerativas antes de cuidar a su familiar enfermo	Presencia de Enfermedades crónico Degenerativas antes del inicio de cuidador	Nominal	A) - SI. A 1 - DIABETES A. 2 - HAS A 3 – OTRAS B).- NO.

## DESCRIPCION DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio transversal descriptivo, en el que se entrevistaron a cuidadores primarios de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que acuden a la unidad de diálisis del Hospital General Regional No. 1 MF Cuernavaca, Mor. A todos se les aplicó una encuesta del perfil socio demográfico y la escala de Zarit, El instrumento que se utilizó para medir el nivel de sobrecarga en el Cuidador primario, fue la “Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit” (EZ), ha sido la más utilizada a nivel internacional, validada en diversos idiomas incluyendo español. Consta de 22 preguntas tipo Likert de 5 opciones con valor cada uno de uno a cinco puntos, cuyos resultados se suman en un puntaje total de 22-110 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: “Ausencia de sobrecarga” (22-46), “Sobrecarga ligera” (47-55), “Sobrecarga intensa” (56-110).

## PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA

Una vez que se aprobó el protocolo de investigación por el comité de investigación, el investigador responsable informo al jefe de unidad de diálisis peritoneal para el inicio del trabajo de campo, para poder obtener su autorización y acceso al levantamiento de muestra.

Se identifico a todos los familiares que cumplieron el rol de cuidador primario de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo que acudieron a la unidad de diálisis peritoneal y que cumplieran con los criterios de inclusión del protocolo de investigación, se les invito a formar parte del estudio con previa firma de consentimiento informado y se procedió a la captura de información, para la cual se diseño una cedula de identificación en la cual se registraran los siguientes datos:

Del dependiente de cuidado: La escala de Zarit.

Cuidador: Folio, Edad, Sexo, Parentesco, estado civil, ocupación, escolaridad, vive con el paciente, ingreso económico familiar mensual, tiempo que le dedica al cuidado en días, tiempo de inicio del cuidado.

La captura se llevo a cabo por el investigador.

## PLAN DE ANALISIS:

Una vez que se recolecto la muestra, se vació cada una de las encuestas en formato Excel en una base de datos con sus diferentes variables. A continuación se analizo en software STATA 10.1 donde se procedió al análisis univariado y bivariado, se obtuvieron las tablas para su análisis en gráficas y tablas.

## CONSIDERACIONES ETICAS

En la investigación se respetaron los derechos de los pacientes y se realizo bajo el **Reglamento de la Ley General de Salud** en Materia de Investigación para la Salud (2004).

La investigación basada en el **artículo 3ero** en el que se menciona, que toda investigación para la salud debe comprender el desarrollo de acciones que contribuyan al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos de los seres humanos, vínculos con la enfermedad, a la prevención y control de los problemas de salud.

**Artículo 13.** En el que todo ser humano sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y dignidad.

Así como también se respetara el **artículo 14** en todo su contenido, en el que se hace mención de las bases en que se deben desarrollar las investigaciones.

Se protegerá la privacidad del individuo de acuerdo a lo establecido en el **artículo 16**, considerando como riesgos de la investigación los mencionados en el **artículo 17** y sus apartados.

Para efectos de este reglamento, la investigación se clasifica en la siguiente categoría:

1.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros.

Se solicitó el consentimiento informado por escrito de cada uno de los participantes, en donde se explico el procedimiento para la aplicación del cuestionario. El carácter de la participación será voluntario, el manejo de los resultados de cada individuo será confidencial y únicamente para fines de investigación.

## **RECURSOS DEL ESTUDIO**

- **Recursos Humanos:**

Investigadores del Estudio.

- **Recursos Físicos:**

Área física de Unidad de Diálisis Peritoneal del Hospital General Regional No. I Medicina Familiar del IMSS.

- **Recursos Materiales:**

Hoja de recolección de datos impresa, así como escala de Zarit impresa, lápices, calculadora y equipo de cómputo para análisis de los datos obtenidos.

- **Recursos Financieros:**

Los propios del investigador.

## RESULTADOS.

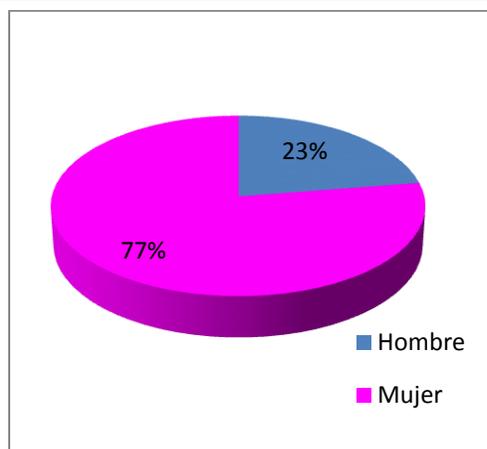
La muestra de nuestra población fue de 213 pacientes. Las características de los cuidadores son las siguientes: La media de edad fue de 45 años, con una Desviación Estándar (DE) 14.01 años y un rango de 14 a 82 años. , el sexo más frecuente fue de mujer en un 77%, El parentesco más frecuente del cuidador con el pacientes fue el de hijo con un 38.50% seguido de conyugue en un 34.74%. El 34% de los cuidadores tiene igualmente escolaridad secundaria y primaria con las mismas proporciones. Tabla 1.

**Tabla 1. Características socio demográficas de la población (cuidadores):**

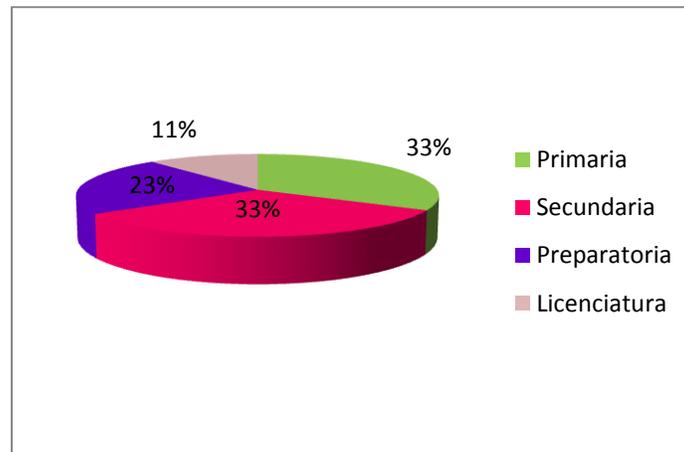
	<b>N= 213</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación Estándar</b>	<b>Rango</b>
<b>EDAD DEL CUIDADOR</b>		45.93	14.01	14-82
		<b>Frecuencia</b>	<b>Proporción.</b>	
<b>Sexo</b>	<b>Hombre</b>	48	22.54%	
	<b>Mujer</b>	165	77.46%	
		<b>Frecuencia</b>	<b>Proporción.</b>	
<b>Parentesco</b>	Conyugue	74	34.74%	
	Padres	26	12.21%	
	Hijo	82	38.50%	
	Hermano	15	7.04%	
	Otro	16	7.51%	
<b>Escolaridad</b>	Primaria	70	32.86%	
	Secundaria	70	32.86%	
	Preparatoria	49	23.00%	
	Licenciatura	24	11.27%	

### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS CUIDADORES

*Grafica 1.Frecuencia de Sexo de la población estudiada*



**Grafica 2. Escolaridad de los cuidadores**



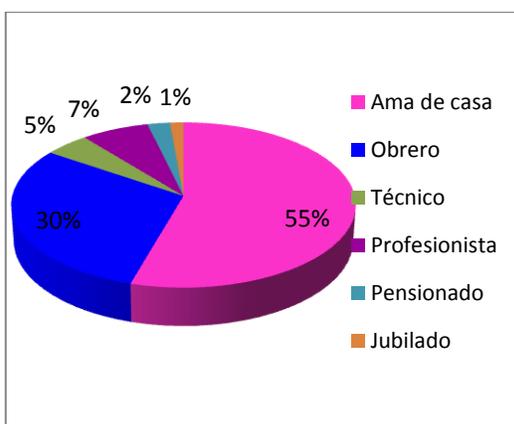
Los cuidadores presentaron una ocupación en el 54% de los casos de ama de casa, seguido de la ocupación obrero en un 30.5%. El estado civil que predominó fue el de casado con un 67%, seguido de soltero en un 22.54%. La religión católica fue la más frecuente en un 79.34% de la población. El tiempo de cuidado que más predominó fue de tiempo completo, 7 días a la semana con un 77%. El 52.28% ha cuidado a su paciente por más de 18 meses. El 75.2% de los pacientes vive con el paciente, Tabla 2.

**Tabla 2.**

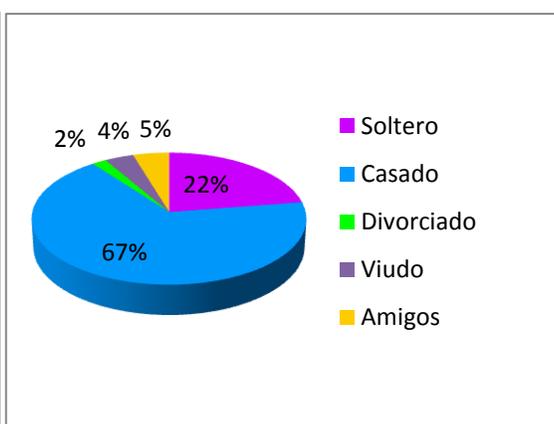
		<b>Frecuencia</b>	<b>Proporción.</b>
<b>Ocupación</b>	Ama de casa	116	54.46%
	Obrero	64	30.05%
	Técnico	10	4.69%
	Profesionista	15	7.04%
	Pensionado	5	2.35%
	Jubilado	3	1.41%
		<b>Frecuencia</b>	<b>Proporción.</b>
<b>Estado civil</b>	Soltero	48	22.54%
	Casado	143	67.14%
	Divorciado	4	1.88%
	Viudo	8	3.76%
	Amigos	10	4.69%
<b>Religión</b>	Católica	169	79.34%
	Testigo de Jehová	6	2.82%
	Cristiano	14	6.57%
	Ateo	5	2.35%
	Otro	19	8.92%

		Frecuencia	Proporción.
Vive con el paciente	Si	160	75.12%
	No	53	24.57%
Tiempo de cuidado	1 día	4	1.88%
	2-3 días	31	14.55%
	4-6 días	14	6.57%
	7 días	164	77.00%
Tiempo de cuidado	3-6 meses	37	17.37%
	7-12 meses	33	15.49%
	13-18 meses	21	9.86%
	Más de 18 meses	122	57.28%

*Grafica 3. Ocupación de los cuidadores*



*Grafica 4. Estado civil de los cuidadores*



### DATOS DEL PACIENTE

La edad promedio de los pacientes fue de 60 años con una DE de 13 y un rango de 15 a 88 años. El 57% de los pacientes fue de sexo femenino. Taba 3.

**Tabla 3.**

	N= 213	Media	Desviación Estándar	Rango
<b>EDAD DEL PACIENTE</b>		60.13	13.031	15-88
		<b>Frecuencia</b>	<b>Proporción.</b>	
<b>Sexo</b>	Mujer	90	42.25%	
	Hombre	123	57.75%	

## ITEM DEL TEST DE ZARIT-ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR.

En cuanto a los ítem para calificar sobrecarga del cuidador encontramos que el 41% de los cuidadores refirió ayuda familiar en raras ocasiones, el 46% refirió pocas veces tener tiempo para ellos mismos y el 38% refirió sentirse agobiado algunas veces. Tabla 4

**Tabla 4**

	<b>N= 213</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Proporción</b>
<b>Ayuda familiar</b>	Nunca	27	12.68%
	Rara vez	88	41.31%
	Algunas veces	62	29.11%
	Bastantes veces	34	15.96%
	Casi siempre	2	0.94%
<b>Tiempo para usted</b>	Nunca	26	12.21%
	Rara vez	98	46.01%
	Algunas veces	52	24.41%
	Bastantes veces	36	16.90%
	Casi siempre	1	0.47%
<b>Se siente agobiado</b>	Nunca	36	16.90%
	Rara vez	59	27.70%
	Algunas veces	81	38.03%
	Bastantes veces	29	13.62%
	Casi siempre	8	3.76%

Solo el 5.63% refirió sentirse avergonzado por la conducta de su familiar, sin embargo el 29.58% de los cuidadores refirieron sentirse enfadado cuando están cerca de su familiar. Solo el 8.9% de los cuidadores piensa que su paciente afecta negativamente la relación con otros familiares, El 38.97% refirió tener miedo algunas veces por el futuro de su familia y el 15.49% refirió por esta misma condición tener miedo casi siempre. El 9% de los cuidadores refirió sentirse tenso cuando está cerca de su familia y el 6.7% piensa que su salud se ha deteriorado desde que cuida al paciente. Tabla 5

**Tabla 5**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Proporción</b>
<b>Siente vergüenza por la conducta de su familiar</b>	Nunca	145	68.08%
	Rara vez	52	24.41%
	Algunas veces	12	5.63%
	Bastantes veces	4	1.88%
<b>Se siente enfadado</b>	Nunca	52	24.41%

<b>cuando está cerca de su familiar</b>	Rara vez	79	37.09%
	Algunas veces	63	29.58%
	Bastantes veces	18	8.45%
	Casi siempre	1	0.47%
<b>Cuidar a su familiar afecta negativamente la relación con otros miembros de su familia</b>	Nunca	62	29.11%
	Rara vez	90	42.25%
	Algunas veces	42	19.72%
	Bastantes veces	19	8.92%
<b>Tiene miedo por el futuro de su familiar</b>	Nunca	22	10.33%
	Rara vez	57	26.76%
	Algunas veces	83	38.97%
	Bastantes veces	33	15.49%
	Casi siempre	18	8.45%
<b>Piensa que su familiar depende de usted</b>	Nunca	18	8.45%
	Rara vez	68	31.92%
	Algunas veces	72	33.80%
	Bastantes veces	39	18.31%
	Casi siempre	16	7.51%
<b>Se siente tenso cuando esta cerca de su familiar</b>	Nunca	32	15.02%
	Rara vez	89	41.78%
	Algunas veces	65	30.52%
	Bastantes veces	20	9.39%
	Casi siempre	7	3.29%
<b>Piensa que su salud ha empeorado por cuidar a su familiar</b>	Nunca	52	24.41%
	Rara vez	101	47.42%
	Algunas veces	45	21.13%
	Bastantes veces	14	6.57%
	Casi siempre	1	0.47%

El 55% de los cuidadores rara vez piensa que o tiene poca intimidad por cuidar a su familiar. El 36.56% de los cuidadores piensa algunas veces que su vida social se ve afectada por cuidar a su familiar, el 12.21% se siente incómodo por distanciarse de sus amistades por cuidar a su familiar, El 24.88% de los pacientes se consideran la única persona que puede cuidar a su familiar. El 43% piensa que no recibe suficientes ingresos económicos por cuidar a su familiar, Solo el 4% de los cuidadores piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por más tiempo.

**Tabla 6.**

<b>Piensa que no tiene tanta intimidad por cuidar a su familiar</b>	<b>Nunca</b>	<b>79</b>	<b>37.09%</b>
	Rara vez	119	55.87%
	Algunas veces	14	6.57%
	Bastantes veces	1	0.47%

<b>Piensa que su vida social se ha visto afectada por cuidar a su familiar</b>	Nunca	34	15.96%
	Rara vez	80	37.56%
	Algunas veces	78	36.62%
	Bastantes veces	21	9.86%
<b>Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades por cuidar a su familiar</b>	Nunca	61	28.64%
	Rara vez	121	56.81%
	Algunas veces	26	12.21%
	Bastantes veces	5	2.35%
<b>Piensa que su familiar le considera la única persona que le puede cuidar</b>	Nunca	18	8.45%
	Rara vez	62	29.11%
	Algunas veces	80	37.56%
	Bastantes veces	39	18.31%
	Casi siempre	14	6.57%
<b>Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos</b>	Nunca	6	2.82%
	Rara vez	29	13.62%
	Algunas veces	85	39.91%
	Bastantes veces	67	31.46%
	Casi siempre	26	12.21%
<b>Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo</b>	Nunca	57	26.76%
	Rara vez	118	55.40%
	Algunas veces	29	13.62%
	Bastantes veces	6	2.82%
	Casi siempre	3	1.41%

El 12.68% de los pacientes piensa que perdido el control algunas veces y el 2.35% lo ha perdido bastantes veces, El 45% de los cuidadores refiere desear dejar el cuidado de su familiar a otra persona, el 18% se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar. Mientras que el 15% desearía poder hacer más por su familiar y el 77% refiere que podría cuidar mejor a su familiar. Tabla 7.

**Tabla 7.**

<b>Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar</b>	<b>Nunca</b>	<b>70</b>	<b>32.86%</b>
	Rara vez	111	52.11%
	Algunas veces	27	12.68%

<b>Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona</b>	Bastantes veces	5	2.35%
	Nunca	40	18.78%
	Rara vez	79	37.09%
	Algunas veces	76	35.68%
<b>Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar</b>	Bastantes veces	18	8.45%
	Nunca	66	30.99%
	Rara vez	106	49.77%
	Algunas veces	39	18.31%
<b>Piensa que debería hacer más por su familiar</b>	Bastantes veces	2	0.94%
	Nunca	15	7.04%
	Rara vez	47	22.07%
	Algunas veces	116	54.46%
	Bastantes veces	31	14.55%
<b>Piensa que podría cuidar mejor a su familiar</b>	Casi siempre	4	1.88%
	Nunca	9	4.23%
	Rara vez	39	18.31%
	Algunas veces	137	64.32%
	Bastantes veces	23	10.80%
	Casi siempre	5	2.35%

#### RESULTADOS GLOBALES DEL TEST DE ZARIT.

De acuerdo al resultado de los Ítem anteriores, el test de Zarit presenta en promedio un puntaje de 52.41 con una desviación estándar de 11.35 y un rango de 28 a 100 puntos Tabla 8,

Tabla 8.

	Media	Desv. estándar	Rango
<b>Globalmente qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar</b>	52.41	11.35	28-100

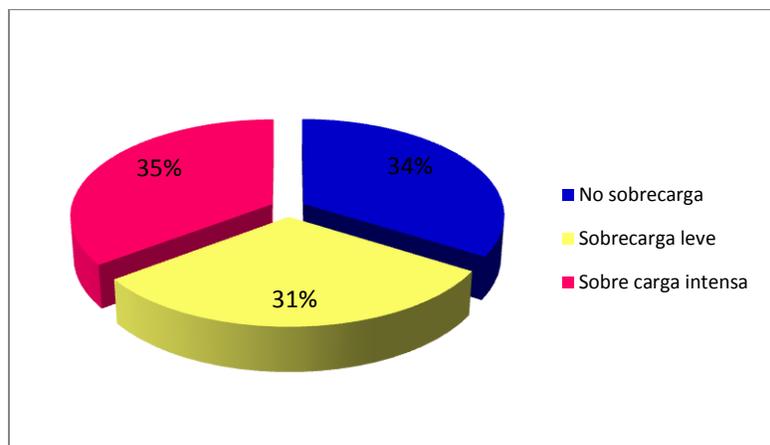
#### GRADO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

Con los datos anteriores, encontramos que el 33% de los pacientes se encuentran con ausencia de sobrecarga, el 30.99% con sobrecarga ligera y el 35.21% con sobrecarga intensa.

	Frecuencia	Proporción
Ausencia sobrecarga	72	33.80%

<b>Interpretación</b>	Sobrecarga ligera	66	30.99%
	Sobre carga intensa	75	35.21%

*Grafica 7. Grado de sobrecarga en los cuidadores*



#### ANALISIS BIVARIADO.

#### SOBRECARGA CUIDADOR POR SEXO.

Sobrecarga	Hombres	Mujer	Total
Ausencia sobrecarga	28	44	72
Sobrecarga ligera	14	52	66
Sobrecarga Intensa	6	69	75
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>164</b>	<b>213</b>

La probabilidad de tener sobrecarga ligera dado que se es hombre es leve 12.5% con un odd ratio de .50 mientras que la probabilidad de tener sobrecarga ligera dado que se es mujer es leve 87.5% con un odd ratio de 1.97.

La probabilidad de tener sobrecarga intensa dado que se es hombre es leve 8% con un odd ratio de 0.19, mientras que la probabilidad de tener sobrecarga intensa dado que se es mujer es del 92% con un odds ratio de 5.03

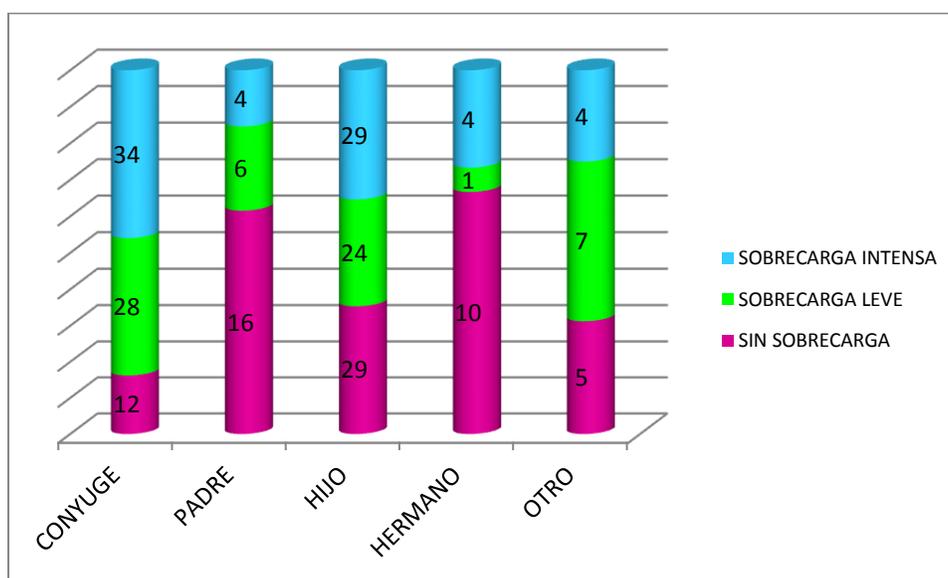
	SOBRE CARGA CUIDADOR	Probabilidad del evento	OR
<b>HOMBRE</b>	Ligera	12.5%	.50
	Intensa	8%	0.19
<b>MUJER</b>	Ligera	87.5%	1.97
	Intensa	9%	5.03

**SOBRECARGA DE CUIDADOR POR PARENTESCO.**

PARENTESCO	AUSENCIA SOBRECARGA	SOBRECARGA LIGERA	SOBRECARGA INTENSA	TOTAL
CONYUGE	12	28	34	74
PADRE	16	6	4	26
HIJO	29	24	29	82
HERMANO	10	1	4	15
OTRO	5	7	4	16
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>66</b>	<b>75</b>	<b>213</b>

La probabilidad de que el cuidador conyugue presente sobrecarga leve es del 42% y sobrecarga intensa del 45%, Con un OR de 3.68 y la probabilidad de tener carga Intensa para los cuidadores conyugues es del 45% con un OR de 4.16. Le siguió en orden de importancia el cuidador hijo con una probabilidad del tener carga intensa de 38.66% y un OR de 1.20.

*Grafica 9. Grado de sobrecarga por parentesco en los cuidadores*



PARENTESCO	Sobrecarga	PROBABILIDAD	ODDS RATIO
CONYUGE	Ligera	42.42%	3.68
	Intensa	45%	4.16
PADRE	Ligera	9%	1.77
	Intensa	5.33%	0.56
HIJO	Ligera	36%	0.90
	Intensa	38.66%	1.20
HERMANO	Ligera	1.5%	.27
	Intensa	5.33	3.66
OTRO	Ligera	10.60%	2.10
	Intensa	0.53%	0.47

**NIVEL DE SOBRECARGA SI EL CUIDADOR VIVE CON EL PACIENTE.**

<b>SOBRECARGA</b>	<b>VIVE CON EL PACIENTE</b>	<b>NO VIVE CON EL PACIENTE</b>	<b>TOTAL</b>
<b>AUSENCIA SOBRECARGA</b>	<b>41</b>	<b>31</b>	<b>72</b>
<b>SOBRECARGA LIGERA</b>	<b>58</b>	<b>8</b>	<b>66</b>
<b>SOBRECARGA INTENSA</b>	<b>62</b>	<b>13</b>	<b>75</b>
<b>TOTAL</b>	<b>161</b>	<b>52</b>	<b>213</b>

La probabilidad de que el cuidador viva con el paciente y presente sobrecarga ligera es del 36% con un OR de 3.09, mientras que cuando el cuidador no vive con el paciente la probabilidad es solo del 25% con un OR de .32.

	<b>Sobrecarga</b>	<b>PROBABILIDAD</b>	<b>ODDS RATIO</b>
<b>VIVE CON PACIENTE</b>	<b>Ligera</b>	<b>36%</b>	<b>3.09</b>
	<b>Intensa</b>	<b>38.5%</b>	<b>1.87</b>
<b>NO VIVE CON PACIENTE</b>	<b>Ligera</b>	<b>15.38%</b>	<b>.32</b>
	<b>Intensa</b>	<b>25%</b>	<b>.53</b>

**SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ACUERDO AL NUMERO DE DÍAS QUE DEDICA AL CUIDADO DEL PACIENTE.**

<b>SOBRECARGA</b>	<b>1 DÍA</b>	<b>2-3 DIAS</b>	<b>4-6 DÍAS</b>	<b>7 DIAS</b>	<b>TOTAL</b>
<b>AUSENCIA SOBRECARGA</b>	<b>3</b>	<b>24</b>	<b>4</b>	<b>41</b>	<b>72</b>
<b>SOBRECARGA LIGERA</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>55</b>	<b>66</b>
<b>SOBRECARGA INTENSA</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>68</b>	<b>75</b>
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>31</b>	<b>14</b>	<b>164</b>	<b>213</b>

La probabilidad de que el cuidador tenga sobrecarga ligera cuando cuida al paciente de 4 a 6 días es del 6% con un OR de .05, mientras que la sobrecarga intensa se presenta en un 28% con un OR de .95, mientras que cuidar al paciente 7 días a la semana se asocia a sobrecarga ligera en un 33% con UN OR de 3.78 y una sobrecarga intensa con una Probabilidad del 41% con un OR de 7.34

	<b>Sobrecarga</b>	<b>PROBABILIDAD</b>	<b>ODDS RATIO</b>
<b>DEDICA 4-6 DIAS</b>	<b>Leve</b>	<b>6%</b>	<b>0.05</b>
	<b>Intensa</b>	<b>28%</b>	<b>.95</b>
<b>DEDICA 7 DIAS</b>	<b>Leve</b>	<b>33%</b>	<b>3.78</b>
	<b>Intensa</b>	<b>41%</b>	<b>7.34</b>

## DISCUSION:

El estudio describe la prevalencia y factores asociados en el cuidador primario para desarrollar sobrecarga, la mayoría de los cuidadores fueron mujeres 77.46%, edad promedio de 45 años, similar en lo que se reporta en estudios previos, los cuales coinciden en que, la gran mayoría de estos cuidadores principales son mujeres de entre 45 y 65 años de edad, ya que a través de la educación recibida y los mensajes que transmite la sociedad, se favorece que estas tengan más capacidad de abnegación y sufrimiento, además de ser más voluntariosas<sup>25, 26</sup>

El perfil del cuidador primario es este estudio es de una mujer de mediana edad, ama de casa, unida mediante lazos familiares con el paciente: suelen ser hijas o cónyuges. Son los familiares más directos los que se encargan del cuidado de sus familiares, los familiares políticos como yernos o nueras e incluso los hermanos/as apenas tienen una prevalencia del 14%.

Llama la atención que al menos el 50% de los cuidadores solo tienen educación básica, primaria o secundaria y al menos la mitad de ellos se ocupa como cuidador y ama de casa; estos hallazgos son congruentes a los del perfil de los cuidadores reportados en diferentes literaturas<sup>1, 2, 4</sup> y explican las respuestas en el test de Zarit en donde refieren sentirse con pocos ingresos económicos.<sup>6</sup> Se documentó también, que más de la mitad de los cuidadores tiene al menos 18 meses cuidando a su familiar, lo cual representa también una ausencia prolongada de la fuerza laboral formal.<sup>25, 26</sup>

El estado civil del cuidador se obtuvo en su mayoría casados 143 (67.14%), semejante a lo reportado anteriormente. Acerca del grado de escolaridad se obtuvo un predominio de educación primaria y secundaria, respecto a la actividad que realizaba el cuidador destacaron las labores dentro del hogar 116 (54.46%).

La sobrecarga obtenida en este estudio fue ausencia sobrecarga 72 (33.8%) sobrecarga ligera 66 (30.99%) y sobrecarga intensa 75 (35.21%). Estudio realizado en la ciudad de Madrid en el 2008, reporta el 66.4% de los cuidadores con sobrecarga, siendo leve-moderada en el 23.7% y severa en el 32.7%.<sup>37</sup> Pirron-Chan y cols.<sup>24</sup> reportan una prevalencia de 76,7%, siendo la más frecuente, la sobrecarga intensa.

La escala de Zarit se valoró sobre el puntaje en general obteniéndose en este estudio en promedio un puntaje de 52.41 con una desviación estándar de 11.35 y un rango de 28 a 100 puntos.

Casi la mitad de los cuidadores refirió sentir ayuda en raras ocasiones al igual que percibe poco tiempo para ellos, más de una tercera parte se siente agobiado y con una vida social limitada. Casi la mitad de cuidadores refiere que no recibe ingresos.

El perfil del cuidador primario típico observado en diferentes estudios, 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 del cuidador <sup>27-28</sup>

Los resultados de este estudio y estudios previos confirman el concepto que los cuidadores primarios están sometidos a una carga física y psicoafectiva derivada de las responsabilidades y actividades derivadas del cuidado y de la vivencia continua del sufrimiento del enfermo, de los sentimientos propios respecto a la pérdida y de lo que ello representa para su vida futura, que los hacen una población susceptible de sufrir enfermedades físicas, emocionales y psíquicas, muy pocas veces diagnosticadas oportunamente, por lo que es importante brindar orientación a la familia, en especial a la persona que lleva a cabo el rol de cuidador.

El individuo que proporciona cuidado se enfrenta a diversos factores estresantes y su respuesta depende de determinados mediadores, como la forma en que se valora la situación, los recursos disponibles y el apoyo social, de ahí la importancia de la intervención del equipo de salud en el diagnóstico oportuno y manejo precoz para los cuidadores cuya sobrecarga es suficiente para limitar su desarrollo personal.

## **CONCLUSIONES:**

En este estudio 141 de los cuidadores presentaron sobrecarga, obteniéndose una prevalencia de 66.2%, 66 (30.99%) sujetos presentaron sobrecarga leve, 75 (35.21%) sobrecarga intensa.

El perfil socio demográfico en el Hospital General Regional No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Cuernavaca Morelos es de acuerdo a lo obtenido en este estudio mujer, de edad media, promedio de 45 años, casada, ama de casa, religión católica, cónyuge e hija, con escolaridad básica, que dedican en promedio más de 7 días al cuidado del familiar, con sobrecarga intensa en un 32%,

Las personas que presentan sobrecarga leve e intensa son mujeres, siendo el cónyuge quien mayor presenta una sobrecarga intensa.

Se encontró que los sujetos han cumplido el rol de cuidador primario por más de 18 meses, siendo estos más susceptibles, a mayor grado de sobrecarga.

De acuerdo al resultado global del test de Zarit, en promedio nuestros cuidadores de familiares enfermos se encuentran con una sobrecarga leve. Los pacientes con dependencia funcional representan una carga no solo para las instituciones de salud, también representan una carga para el cuidador y la familia, reflejándose en la pérdida de las actividades laborales de los cuidadores, así como, reducción en

los ingresos económicos y en el desarrollo de la vida productiva. Diferentes estudios demuestran que en muchas ocasiones el propio cuidador por las condiciones antes mencionadas, se encuentra también enfermo y además fuera de la seguridad social y la atención médica. En nuestra población de estudio también encontramos estas características.

Es necesario reconocer estas características en los cuidadores de nuestros pacientes como una necesidad de salud, a partir de la cual, el instituto debe de crear políticas de atención y educación con el fin de propiciar un impacto positivo en la salud y en la calidad de vida de los pacientes dependientes y también en la conservación y la protección de la salud de los cuidadores.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Renato Z. C., Ceballos C. P., Síndrome de carga del cuidador. Revista Colombiana de Psiquiatría, (Versión impresa): 0034-7450.
2. Prieto R. MA, Gil G.E, Hederle V.C., Frías O. A. Perspective of informal caregiverson home care. Qualitative study with a computer program. Rev. EspSaludPública 2002; 76(5):613-25.
3. Miguel J.A, Sancho M., Abellán A., Rodríguez V. La atención formal e informal en España... Las personas mayores en España. Informe 2000. Dirección URL:<http://www.imsersomayores.csic.es>.
4. Covinsky K.E. The impact of serious illness on patient's families. JAMA 1994; 272: 1839-1844.
5. Moral M.S., Ortega J.M, López J.M., Pellicer M.P. Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. Atención Primaria 2003; 32: 77-87.
6. Navarro S. Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. Atención Primaria 1999; 24: 404-410.
7. - National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. Am J Kidney Dis 2002; 39 (Supply 1): S1-S266.
8. Stephen J.M., Maxine A.P. Diagnóstico clínico y tratamiento. McGraw-Hill-Interamericana, 47ª ed. México: 2008; 854-859.
9. Venado E. A. y col. Insuficiencia renal crónica. Unidad de Proyectos Especiales, Universidad Nacional Autónoma de México. México 2005;1-31.
10. Dehesa L.E. Enfermedad renal crónica; definición y clasificación. El residente. Vol. III Número 3, 2008; 73-78.
11. Flores J.C., y col. Enfermedad renal crónica: clasificación, identificación, manejo y complicaciones. Revista Médica de Chile 2009, 137-177.
12. Dehesa L.E. Enfermedad renal crónica; definición y clasificación. El Residente 2008; 3: 73-78.
- 13.- Soriano C. S. Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. Nefrología. Volumen 24. Suplemento N° 6 • 2004

14. Méndez D. A. Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *Diálisis y Trasplante* 2010; 31:7-11.
15. Flores J.C y col. Enfermedad renal crónica: clasificación, identificación, manejo y complicaciones. *Revista Médica de Chile* 2009, 138-177.
16. Méndez D. y col. Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *Diálisis y Trasplante* 2010; 31:7-11.
17. Canel O, Greco G, Weisman C, Procupet J y col. Programa de abordaje integral de la enfermedad renal crónica. *Archivos de Medicina Familiar y General* 2013; 10:51-55.
18. Jofré R. Factores que afectan a la calidad de vida en pacientes en pre diálisis, diálisis y trasplante renal. *Nefrología* 1999; 19 (Supl 1):84-90.
19. Freudenberguer H.J. Burnout. *JSocIssues*. 1974; 30:159-65.
- 20- Renato Z. C. Ceballos C.P. Síndrome de carga del cuidador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Vol. XXXVI, Suplemento No. 1 / 2007
21. Peinado A, Garcés A. Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido. *Anales de Psicología*. 2004; 14:83-93.
22. Pearlin L.I., Mullan J.T, Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *Gerontologist*. 1990; 30(5):583-94.
23. Haley WE. The medical context of psychotherapy with the elderly. In: Knight BG, Zarit SH, editors. *A guide to psychotherapy and aging: effective clinical interventions in a life-stage context*. Washington: American Psychological Association; 1996
24. Pirron R.M, Jiménez S. A., Quevedo T. E. C. Factores de Riesgo para Síndrome de Sobrecarga del Cuidador Primario de las Personas Adultas Mayores en el Modulo Gerontológico de la Clínica Hospital "C" del ISSSTE de Ciudad del Carmen, Campeche. [Tesis]. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Tabasco, México. 2008.
25. Montori C.I, Izal F. M, López A, Sánchez C.M. La entrevista de carga del cuidador, utilidad y validez de carga. *Anales de Psicología*. 1998; 14(2):229 248.
26. Seira L.M., Aller B. A, Calvo G. A. Morbilidad sentida y diagnosticada en cuidadores de pacientes inmovilizados de una zona de salud rural. *Revista Española de Salud Pública* 2002; 76(6):713-21.

27. Islas S. N., Ramos B., Aguilar E. G., García G. M. Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. Revista. Institucional Nacional. Enfermería 2006; 19(4):266-71.
28. Pérez S. M., Yanguas L. J. Dependencia, personas mayores y familias. De los enunciados a las intervenciones. Anales de Psicología 1998; 14(1):95-104.
29. Stephen W. Hurt, P.D. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM). American Psychiatric Association. 4a ed. Washington: APA; 1995.
30. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de las Enfermedades: trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10). Madrid: Meditor; 1994.
31. Ramón B. R. Cuidando al cuidador, evaluación del cuidador y apoyo social. Análisis de los recursos psicológicos y soporte emocional del cuidador. Revista española de Salud Pública 2002; 76 (6):12-6.
32. Seira L. M., Aller B. A, Calvo G. A. Morbilidad sentida y diagnosticada en cuidadores de pacientes inmovilizados de una zona de salud rural. Revista Española de Salud Pública 2002; 76(6):713-21.
33. Dueñas E, Martínez M... Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. Colombia Médica 2006; 37(Supl1):31-8.
34. Peinado P. A., Garcés E.J. Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer. El síndrome del asistente desasistido. Anales de Psicología 1998; 14(1):83-93.
35. Kiecolt G.J., Marcuha P.T., El estrés psicológico enlentece la cicatrización de las heridas. Lancet (Edición Especial.) 1996; 28(1):188-91.
36. Conde S. J. Factores de riesgo y personalidad pre mórbida en la enfermedad de Alzheimer: Estudio preliminar. Revista Multidisciplinaria Gerontología 1999; 9(1):200-7.
37. Moriana J. A. Burnout y cuidado de la salud en voluntario. Revista electrónica de Intervención Psicosocial y Psicología Comunitaria 2006, Vol. 1 No. 2 Agosto 2006, paginas 52-57
- 38-39. Vargas M. J. y Sánchez. S. C. Cuidadores primarios de enfermos crónicos: agotamiento compasivo. Centro Regional de Investigación en Psicología, Volumen 6, Número 1, 2012. Pág. 13-18

40. García G. C. Otero V.Y. Depresión y burnout en cuidadores primarios de pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC). Universidad del Valle de México campus Tlalpan

41. Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona Número 1, Oaxaca. Asociación Oaxaqueña de Psicología A. C. /Centro Regional de Investigación en Psicología. México.



## INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

### CEDULA DE IDENTIFICACION DE DATOS

#### DATOS DEL CUIDADOR

**FECHA DE APLICACION:**

**FICHA N°**

**EDAD:** años

**SEXO:**

a) Hombre                      b) Mujer

**DOMICILIO:**

**TELEFONO:**

**PARENTESCO:**

a) Conyugue      b) Madre/Padre      c) Hijo(a)      d) Hermano(a )      e) Amigo(a)  
f) Otro (especifique):

**ESTADO CIVIL:**

a) Casado (a)              b) Soltero(a)      c) Viudo(a)              d) Divorciado      e)  
Unión libre

**OCUPACION:**

a) Ama de casa      b) Obrero      C) Técnico      d) Profesionista      e) Pensionado  
f) Jubilado

**ESCOLARIDAD:**

a) Primaria      b) Secundaria,      c) Preparatoria      d) Licenciatura      e) Posgrado.

**RELIGION:**

**VIVE CON EL PACIENTE:**

a) Si                      b) No

**INGRESO ECONOMICO MENSUAL APROXIMADO:**

**TIEMPO QUE LE DEDICA AL CUIDADO EN DIAS**

a).- 1 Día              b) - 2-3 Días              c).-4-6 Días              d) 7 Días

**TIEMPO DE INICIO DEL CUIDADO A SU FAMILIAR:**

a).- 3-6 meses      b).- 7-12 meses      c).- 13-18 meses      d).- más de 18 meses

**DATOS DEL PACIENTE**

**EDAD:** años

**SEXO:** a) Mujer      b) Hombre

**FECHA DE INGRESO:**

### ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR - TEST DE ZARIT

**Indicación:** Medir el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de ancianos afectados de trastornos mentales.

**Codificación proceso:** 00061 Cansancio en el desempeño del rol de cuidador (NANDA).

**Administración:** consta de 22 ítems relacionados con las sensaciones del cuidador cuando cuidan a otra persona, cada uno de los cuales se puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde 1 (nunca) a 5 (casi siempre). Autoadministrada.

#### Interpretación:

- <47: No sobrecarga
- 47 a 55: Sobrecarga leve
- >55: Sobrecarga intensa

**Reevaluación:** Cuando la situación del paciente cambie o se sospeche aparición de sobrecarga en el cuidador. De forma genérica con carácter anual.

**Propiedades psicométricas** Se ha estudiado la validez de concepto y la validez de constructo. La consistencia interna de la escala es de 0,91 y la fiabilidad test-retest es de 0,86.

#### TEST DE ZARIT - ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	
¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	

¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
¿Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	
<b>TOTAL</b>	

OPCIONES

1= Nunca    2= Rara vez    3= Algunas veces    4=Bastantes veces    5=Casi siempre

## Hoja de consentimiento informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS 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:	Prevalencia y factores asociados del síndrome de sobrecarga del cuidador primario en los pacientes que cursan con insuficiencia renal crónica terminal
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	El objetivo del estudio es determinar la prevalencia y factores asociados del síndrome de sobrecarga del cuidador primario en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal. Se pretende generar conocimiento respecto a la prevalencia de este síndrome en la muestra de cuidadores primarios de pacientes con IRC para dar paso a nuevas investigaciones que puedan establecer las mejores técnicas de intervención para este tipo de problemas, colaborando a la mejoría de la salud emocional de los cuidadores primarios al mismo tiempo que se favorece a los pacientes dependientes de ellos.
Procedimientos:	Se aplicara una cedula de identificación y recopilación de datos sociodemograficos así como un cuestionario "Escala de Zarit" mediante el cual se medirá el grado de sobrecarga subjetivo de los cuidadores de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal.
Posibles riesgos y molestias:	Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer si está presentando algún grado de sobrecarga y recibir ayuda oportuna si es necesaria.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se contactara a aquellos participantes que resulten con sobrecarga intensa y se brindara ayuda psicológica y/o psiquiátrica si así lo desea.
Participación o retiro:	
Privacidad y confidencialidad:	Se protegerá la privacidad del individuo de acuerdo a lo establecido en el <b>artículo 16</b> , considerando como riesgos de la investigación los mencionados en el <b>artículo 17</b> y sus apartados.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Se brindara apoyo psicologico y/o psiquiatrico en participantes resultantes con sobrecarga intensa.
Beneficios al término del estudio:	

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

Investigador Responsable: Director de tesis: Dr. Edgar Uriel Robles Salgado. Médico Familiar adscrito a la UMF No. 20. Correo electrónico: [urielrobles@outlook.com](mailto:urielrobles@outlook.com). Teléfono 7773155000 extensión 51315

Colaboradores: Hernández Salgado Ana Luisa. Residente de Medicina Familiar del HGR No. 1 MF. Tel. 7772931157, correo electrónico: [anilu\\_09@hotmail.com](mailto:anilu_09@hotmail.com)

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión Local de Investigación Salud CLIES: Avenida Plan de Ayala No. 10 Esquina Avenida Central Colonia Flores Magon, Cuernavaca Morelos. Teléfono (777) 3 15 50 00 extensión 51315.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

**Clave: 2810-009-013**