



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 249 SANTIAGO TLAXOMULCO  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA  
REGIONAL, ESTADO DE MÉXICO PONIENTE.**

TESIS

**CALIDAD DE VIDA EN EL FAMILIAR CUIDADOR DEL PACIENTE MAYOR QUE  
PADECE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN TRATAMIENTO CON CPAP EN LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 248 SAN MATEO ATENCO.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:

**MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA**

**M.C. JOSEFINA TALAMANTES BECERRA**

Registro de Autorización:

R-2022-1505-005

INVESTIGADOR ASOCIADO  
**DR. GUILLERMO A. ESPINOSA FUENTES**  
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR



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

**TLAXOMULCO, ESTADO DE MÉXICO 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.



**CALIDAD DE VIDA EN EL FAMILIAR CUIDADOR DEL PACIENTE MAYOR QUE PADECE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN TRATAMIENTO CON CPAP EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 248 SAN MATEO ATENCO.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR,

PRESENTA:

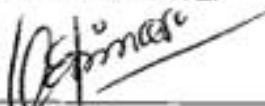
**JOSEFINA TALAMANTES BECERRA**

AUTORIZACIONES:



---

DRA. GABRIELA GUERRERO MENDOZA  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA  
MÉDICOS GENERALES DEL IMSS UMF 249  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL, ESTADO DE  
MÉXICO PONIENTE.



---

DR. GUILLERMO A. ESPINOSA FUENTES  
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
ASESOR DE TESIS.



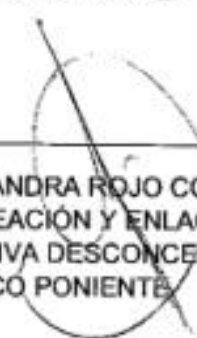
---

DR. JOSUE JACIEL AGUILAR REYES  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD UMF 249.  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL, ESTADO DE  
MÉXICO PONIENTE.



---

DRA. IDANIA CLAUDIA GÓMEZ MENDEZ  
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL, ESTADO DE  
MÉXICO PONIENTE.



---

DRA. ALEJANDRA ROJO COCA  
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL, ESTADO DE  
MÉXICO PONIENTE.

TLAXOMULCO, ESTADO DE MÉXICO 2023



**CALIDAD DE VIDA EN EL FAMILIAR CUIDADOR DEL PACIENTE MAYOR QUE  
PADECE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN TRATAMIENTO CON CPAP EN LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 248 SAN MATEO ATENCO.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

**M.C. JOSEFINA TALAMANTES BECERRA.**

AUTORIZACIONES



---

DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



---

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



---

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



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

## **Agradecimientos**

### ***A Berenice***

Que siempre me brindó su apoyo incondicional y su experiencia en investigación.

Por darme el entusiasmo que necesitaba cuando pretendía darme por vencida.

Gracias a ti concluí este trabajo.

### ***A mi tutor***

Dr. Guillermo Espinosa Fuentes que, gracias a su orientación y dedicación,  
me brindó el camino para culminar este proyecto.

### ***Ángel***

Por siempre entusiasmarme a seguir adelante.

### ***A mis mascotas***

En especial a ti Mimosa, porque siempre me acompañaste en mis horas de  
desvelo ♥.

### ***A mis padres***

Una vez más, quiero reiterar mi agradecimiento por todo lo que han hecho por mí.

Su presencia constante en mi vida ha sido un regalo invaluable, y siempre estaré  
en deuda con ustedes por su amor y apoyo incondicional.

Con todo mi amor y agradecimiento, Josefina.

## **RESUMEN**

### **Se evaluó la Calidad de vida en el cuidador del adulto mayor que padece apnea obstructiva del sueño en tratamiento con CPAP en la Unidad De Medicina Familiar 248 San Mateo Atenco**

Dra. Josefina Talamantes Becerra.

Médico General adscrito en la UMF 248 San Mateo Atenco

finatalabu@gmail.com

Investigador Asociado: Dr. Guillermo Austreberto Espinosa Fuentes.

Correo electrónico: [gaespinosa.fuentes@gmail.com](mailto:gaespinosa.fuentes@gmail.com)

Teléfono: 7223809382

#### **Antecedentes:**

La calidad de vida en los cuidadores de los pacientes adultos mayores, frecuentemente se pueden ver afectada por la sobrecarga de trabajo asociado a brindar atenciones de diversa índole a su familiar que presenta alguna afección. Los cuidadores son un sector escasamente considerado en la cotidianidad de las consultas médicas del paciente, sin embargo, pudieran ser una pieza clave para detonar una mejoría óptima en la salud del individuo. Además de agregar el padecimiento de apnea obstructiva del sueño, en la que el paciente presenta la necesidad de requerir cuidados extraordinarios asociados a esta complicación. De acuerdo con Guerrero Zúñiga en 2018, hace referencia que la prevalencia de la apnea obstructiva del sueño es considerable, ya que uno de cada cuatro adultos mexicanos mayores de 20 años la presenta.

En el presente estudio, se llevó a cabo una evaluación sobre la calidad de vida de los familiares cuidadores de pacientes mayores que padecen apnea obstructiva del sueño y están en tratamiento con CPAP. El estudio se enfocó en los derechohabientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 248 en San Mateo Atenco. Los resultados del estudio revelaron que las cuidadoras del sexo femenino representan la mayoría como cuidadoras primarias. Además, se encontró que los descendientes del paciente son los que participan en mayor medida como cuidadores. Sin embargo, los resultados también demostraron que no existe una sobrecarga significativa para los cuidadores en esta población de pacientes.

#### **Objetivo:**

Evaluar la calidad de vida en el familiar cuidador del adulto mayor que padece apnea obstructiva del sueño en tratamiento con CPAP en la Unidad de Medicina Familiar 248 San Mateo Atenco.

#### **Material y Métodos:**

Estudio transversal, observacional y prospectivo en el que se aplicará la escala de carga del cuidador ZARIT, para evaluar de la calidad VIDA dirigida hacia el cuidador principal del adulto mayor con tratamiento de CPAP y con diagnóstico de apnea obstructiva del sueño, se realizarán las mediciones necesarias utilizando herramientas de tendencia central y las que apliquen para el estudio

#### **Experiencia del grupo:**

La investigadora principal cuenta con los conocimientos del tema, así mismo cuenta con la asesoría necesaria para los aspectos metodológicos para el procesamiento de los datos.

#### **Recursos e infraestructura y tiempo para desarrollarse**

Los propios del investigador principal, uso de PC, hojas blancas y material asociado necesario para la elaboración del trabajo el cual se desarrollará en dos años.





## ÍNDICE

1 . MARCO TEÓRICO .....	1
1.1 Introducción .....	1
Calidad de vida .....	3
Definición .....	3
1.2 Factores de riesgo .....	5
Apnea del sueño.....	7
Los efectos del ruido.....	10
2.- JUSTIFICACIÓN.....	13
3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	15
3.1 Pregunta de investigación .....	16
4.- OBJETIVOS.....	17
4.1 Objetivo general.....	17
4.2 Objetivos específicos .....	17
5.- HIPOTESIS.....	19
6.- MATERIAL Y MÉTODOS.....	21
6.1 Criterios de selección .....	22
6.1.1 Criterios de inclusión.....	22
6.1.2 Criterios de exclusión.....	22
6.1.3 Criterios de eliminación .....	23
6.2 Operacionalización de variables: .....	23
7.- ASPECTOS ÉTICOS .....	27
8.- RECURSOS E INFRAESTRUCTURA .....	29
9.- ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD .....	31
10. RESULTADOS .....	33
10.1 TABLAS Y GRÁFICOS.....	33
10.1.1 RESULTADOS DEMOGRÁFICOS.....	33
10.1.2 Resultados por pregunta Escala Zarit.....	41
11.- DISCUSIÓN.....	62
12. CONCLUSIONES .....	67
13.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	70

ANEXOS .....	75
Anexo I .....	75
Anexo II .....	77
Anexo III .....	79
Anexo IV .....	80
Anexo V .....	81
Anexo VI .....	82

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Totalidad de la muestra en género de 47 participantes, se tiene que en mayor proporción es el sexo femenino. ....	35
<b>Tabla 2.</b> Grupos de edad correspondiente a los cuidadores primarios con frecuencia de cada grupo.....	36
<b>Tabla 3.</b> Estado civil de los participantes cuidadores y su frecuencia en número de cada variable.....	37
<b>Tabla 4.</b> Parentesco del cuidador primario y frecuencia en número de presencia. ....	38
<b>Tabla 5.</b> Tiempo como cuidador primario en meses y años, especificando en número su frecuencia. ....	39
<b>Tabla 6.</b> Participantes con resultados de la escala Zarit, para medir la sobrecarga del cuidador en el paciente adulto mayor con uso de CPAP.....	40
<b>Tabla 7.</b> Datos de interés que hacen referencia a los resultados obtenidos de la Escala Zarit. ....	41
<b>Tabla 8.</b> Frecuencia en porcentajes de cada respuesta en referencia a cada pregunta de la escala Zarit. ....	42
<b>Tabla 9.</b> Correlación de la escala Zarit Versus tiempo de cuidador primario.....	56
<b>Tabla 10.</b> Correlación de la escala Zarit Versus edad del cuidador primario.....	58



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfica 1.</b> De la totalidad de la muestra en género de 47 participantes, el sexo femenino correspondiente al 79% y un 21% para el sexo masculino. ....	35
<b>Gráfica 2.</b> Dentro del cuidador con mayor frecuencia de participación como cuidador primario es el adulto en el grupo de 18 a 50 años.....	36
<b>Gráfica 3.</b> La mayor participación del familiar cuidador tiene un estado civil casado en un 75%, a diferencia de las personas viudas o separadas con una presencia del 6 y 2% respectivamente. ....	37
<b>Gráfica 4.</b> Los hijos e hijas se encuentran en mayor proporción como cuidadores primarios del paciente siguiendo en proporción los conyugues del paciente.....	38
<b>Gráfica 5.</b> La mayor frecuencia en meses como cuidador primario es de hasta sesenta meses, a diferencia del cuidador con más de 36 años como cuidador con la presencia de frecuencia de 1. ....	39
<b>Gráfica 6.</b> Los participantes con ausencia de sobrecarga se representan en un 98% a diferencia del 2% de participantes con sobrecarga del cuidador basados en la aplicación de la escala Zarit de sobrecarga del cuidador.....	40
<b>Gráfica 7.</b> Resultados de las entrevistas para la pregunta 1, de acuerdo con la escala Zarit. ....	43
<b>Gráfica 8.</b> Resultados de las entrevistas para la pregunta 2, de acuerdo con la escala Zarit. ....	43
<b>Gráfica 9.</b> Resultados de las entrevistas para la pregunta 3, de acuerdo con la escala Zarit. ....	44
<b>Gráfica 10.</b> Resultados de las entrevistas para la pregunta 4, de acuerdo con la escala Zarit. ....	44
<b>Gráfica 11.</b> Resultados de las entrevistas para la pregunta 5, de acuerdo con la escala Zarit. ....	45
<b>Gráfica 12.</b> Resultados de las entrevistas para la pregunta 6, de acuerdo con la escala Zarit. ....	45
<b>Gráfica 13.</b> Resultados de las entrevistas para la pregunta 7, de acuerdo con la escala Zarit. ....	46
<b>Gráfica 14.</b> Resultados de las entrevistas para la pregunta 8, de acuerdo con la escala Zarit. ....	46
<b>Gráfica 15.</b> Resultados de las entrevistas para la pregunta 9, de acuerdo con la escala Zarit. ....	47
<b>Gráfica 16.</b> Resultados de las entrevistas para la pregunta 10, de acuerdo con la escala Zarit. ....	47
<b>Gráfica 17.</b> Resultados de las entrevistas para la pregunta 11, de acuerdo con la escala Zarit. ....	48
<b>Gráfica 18.</b> Resultados de las entrevistas para la pregunta 12, de acuerdo con la escala Zarit. ....	48
<b>Gráfica 19.</b> Resultados de las entrevistas para la pregunta 13, de acuerdo con la escala Zarit. ....	49

<b>Gráfica 20.</b> Resultados de las entrevistas para la pregunta 14, de acuerdo con la escala Zarit. ....	49
<b>Gráfica 21.</b> Resultados de las entrevistas para la pregunta 15, de acuerdo con la escala Zarit. ....	50
<b>Gráfica 22.</b> Resultados de las entrevistas para la pregunta 16, de acuerdo con la escala Zarit. ....	50
<b>Gráfica 23.</b> Resultados de las entrevistas para la pregunta 17, de acuerdo con la escala Zarit. ....	51
<b>Gráfica 24.</b> Resultados de las entrevistas para la pregunta 18, de acuerdo con la escala Zarit. ....	51
<b>Gráfica 25.</b> Resultados de las entrevistas para la pregunta 19, de acuerdo con la escala Zarit. ....	52
<b>Gráfica 26.</b> Resultados de las entrevistas para la pregunta 20, de acuerdo con la escala Zarit. ....	52
<b>Gráfica 27.</b> Resultados de las entrevistas para la pregunta 21, de acuerdo con la escala Zarit. ....	53
<b>Gráfica 28.</b> Resultados de las entrevistas para la pregunta 22, de acuerdo con la escala Zarit. ....	53
<b>Gráfica 29.</b> Tiempo de cuidador en meses con relación al promedio de sobrecarga en la escala Zarit.....	54
<b>Gráfica 30.</b> Edad del cuidador en años con relación al promedio de sobrecarga en la escala Zarit. ....	55
<b>Gráfica 31.</b> Correlación de la escala Zarit Versus tiempo de cuidador primario.....	57
<b>Gráfica 32.</b> Correlación de la escala Zarit Versus edad del cuidador primario.....	60
<b>Gráfica 33</b> Infografía con datos relevantes de los cuidadores. ....	65

## 1. MARCO TEÓRICO

### 1.1 Introducción

La posición en nuestro país en lo referente a la presencia de cuidadores en el adulto mayor se presenta de una manera similar al resto de Latinoamérica y el Caribe. Se considera que en 2021 habría más de 18 personas con necesidad de tener cuidados por cada 100 con posibilidades de brindarlos. En la actualidad, existe una tendencia acelerada del envejecimiento de la población a nivel mundial, debido al aumento del promedio de vida, principalmente en países en subdesarrollo. (1)

El envejecimiento es un proceso natural de la vida, en el transcurrir del tiempo disminuyen las funciones o actividades que habitualmente se realizaban por uno mismo. En la edad adulta, se requiere apoyo de otras personas para subsanar las necesidades básicas u otros cuidados especiales y estas personas que brindan su apoyo, se consideran como cuidadoras. (1)

Manzano define al cuidador de la siguiente manera, *“una persona cuidadora es quien asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que no puede llevar a cabo. Generalmente es un miembro del círculo social inmediato (familiar, amigo/a o incluso vecino/a), que no recibe ayuda económica ni capacitación previa para la atención del paciente”*. Con esta descripción, podemos considerar que un adulto mayor que requiera de tener atenciones con características especiales, en lo referente a sus padecimientos, requiere de contar con un cuidador primario. Aunque para el cuidador, el hecho de estar a cargo de su familiar, además de las múltiples actividades propias a realizar, puede generarle agotamiento crónico. (2)

Pérez González (2020) hace referencia que para atender y cuidar a una persona adulto mayor no se puede definir como una actividad sencilla, el cuidador debe adaptarse a la nueva actividad y hacer modificaciones en sus actividades cotidianas.



Aunado a que con mayor frecuencia hay necesidad de contar con un cuidador primario, especialmente en adultos mayores de 60 años. (3)

Martínez Pizarro nos hace mención que las personas que realizan las actividades de cuidadores primarios, muchas de las veces desarrollan una serie de síntomas que van dirigidos al síndrome del cuidador cansado. Presentando síntomas como ansiedad, depresión, estrés, insomnio, irritabilidad, apatía, pérdida de apetito, cefalea, dificultad para la concentración y en el peor de los casos el abuso de sustancias. Esto es como consecuencia de dedicar gran parte de su tiempo a los cuidados del adulto mayor. Por consiguiente, dejan en segundo término sus actividades de esparcimiento, pasatiempos, amigos, aparecen también tristezas, se aíslan socialmente y desarrollan un sentimiento de culpa y soledad. (4)

De acuerdo con el INEGI, se han llevado a cabo estadísticas y estudios referentes a la frecuencia de pacientes dependientes de otras personas para realizar sus actividades cotidianas. Siendo la última actualización en el año 2018, en el que, gracias a él, nos daremos una idea de la cantidad de pacientes adultos mayores dependientes de un cuidador primario.

En 2018, en el comunicado de prensa publicado en octubre de 2020, se dio a conocer una información referente a la población dependiente de cuidadores de adultos mayores; el informe explica que un 11% de la población mayor de 50 años tienen limitaciones para realizar sus actividades diarias de autocuidado, en los hombres un 9% y para las mujeres 18.3 %. Dentro de las actividades referidas están, comer con ayuda, vestirse y aseo diario. Estas observaciones también se proyectaron a las personas mayores de 60 años presentando una mayor dificultad para tener una autonomía total.

Esta limitación ocasiona que pueda resultar crítico para la calidad de vida de las personas adultas mayores y por consecuencia, la ayuda de una persona que les apoye en sus necesidades de atención. En 2018, nos presenta la estadística que

en la población mayor de 60 años casi el 6.8% de las mujeres y el 3.1% de hombres indican tener solo una de las limitaciones básicas, como son comer solos, actividades de aseo personal o vestirse. El 3.8% y 7.9% de hombres y mujeres respectivamente indican tener al menos dos limitaciones para sus actividades. Al aumentar la edad, se incrementa la limitación o dificultad para la realización de actividades más complejas, como la toma de medicamentos, compras, manejo de dinero o preparación de alimentos. (5)

Las acciones que son realizadas por hombres y mujeres exponen porcentajes con cifras con escasa variación, exceptuando en algunas actividades específicas, como coser a mano o a máquina, bordar, tejer, realizar manualidades, cuidar a niños menores de 12 años y además también atender y cuidar a un adulto mayor enfermo o con presencia de discapacidad. Para este tipo de actividades, el sexo femenino registra mayor presencia de su participación, con la justificante del factor “cultura”. Se puede comentar que la participación de una persona cuidadora hacia el adulto mayor se encuentra en mayor frecuencia en nuestra sociedad, y se puede asociar al incremento del promedio de vida en fechas recientes y que se proyecta su aumento en los próximos años. (5)

## Calidad de vida

### Definición

De acuerdo con el concepto de calidad de vida según la OMS, nos dice que *“es la apreciación que un individuo tiene de su lugar en la existencia en el entorno de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en correspondencia con sus objetivos, sus expectativas, normas y sus inquietudes”*. La percepción de cada persona en lo referente a su estado de vida será descrita con cierta pluralidad entre la población, ahora bien, si consideramos la presencia de actividades que requieran un mayor esfuerzo, mayor responsabilidad o el tener la responsabilidad hacia una persona, en específico, adulto mayor, se podría reflexionar la posibilidad de cambiar

su apreciación en lo referente al concepto de su calidad de vida mismo que se deberá de adecuar.

Los cuidadores familiares, presentan un nivel mayor de sobrecarga en la atención brindada a su familiar o paciente dependiente, a diferencia de aquellos que realizan estas actividades de profesionalmente. Por lo que los cuidadores familiares de adultos mayores dependientes presentan una deteriorada salud física y mental a diferencia de los cuidadores profesionales. Y de esta forma por su sobrecarga, presentan síntomas como dolores de cabeza, musculares y mayores niveles de ansiedad e insomnio además un estado de salud en general más deteriorado. Así mismo, la mayor parte de los cuidadores manifiestan no cuidarse nada o hacerlo menos de lo que deberían. (6)

No existen valores normales para medir la calidad de vida relacionada con la salud, generalmente se utilizan instrumentos con adecuaciones específicas para comparar a personas sanas y personas enfermas. La necesidad de valorar la calidad de vida relacionada con la salud, derivó en crear algunos instrumentos de medición, más que esclarecer la definición. Dichos instrumentos, están relacionados a la percepción de la funcionalidad y el bienestar del cuidador. En ellos se analiza la perspectiva biomédica y se considera correlacionar su percepción con la definición de salud establecida por la OMS. Ya que se pondera la funcionalidad y el bienestar del cuidador correlacionado con un correcto funcionamiento y satisfacción absoluta. (7)

Cuidador principal	Es la persona familiar o cercana que se encarga de dedicar de una forma prioritaria soporte físico y/o emocional a una persona con alguna discapacidad de forma invariable y comprometida.
--------------------	--

Cuidador familiar	Las personas encargadas de prestar una atención a las personas que requieran que sean asistidas por una enfermedad o discapacidad. Proporcionan el cuidado en el hogar, en un hospital o en alguna institución. Se refiere a padres, cónyuges u otro familiar, amigo, profesor, personal de trabajo social o incluso los demás pacientes.
Cuidador principal familiar	Se identifica como aquella persona cuidadora reconocida como personaje fundamental y que brinda una atención básica a los pacientes en su condición de enfermedad crónica.

Salazar González, expuso las siguientes definiciones: (8)

## 1.2 Factores de riesgo

Se considera que existen factores de riesgo para llegar a tener una sobrecarga en un familiar cuidador. Al acumularse el exceso de trabajo sobre un individuo presenta repercusiones en su calidad de vida.

La particularidad que más se presenta en un cuidador primario informal es el de una persona del sexo femenino, mediana edad, con bajo nivel académico, sin trabajo y algún parentesco cercano con el paciente dependiente. Ya que, por la relación entre la cuidadora y el paciente más las construcciones de género, la mujer es presionada a asumir un nuevo rol como cuidadora, sintiendo que es un “deber” que no puede rechazar, mientras que a los hombres esta responsabilidad se les suele presentar más como una opción que como una imposición. Esta desigualdad provoca que exista una carga diferencial del cuidador entre ambos géneros. (9)

El padecer una enfermedad y ser dependiente a que necesite cuidados o atenciones por parte del núcleo familiar o de un familiar ocasionará alteraciones en la dinámica de su familia y afectaciones en la salud mental de los cuidadores.

En un principio la familia procura mostrarse unida, reparten las responsabilidades y son un soporte para el cuidador principal. Al avanzar el tiempo y progresión de la enfermedad, el ritmo y la dinámica de los cuidados disminuyen, los vínculos intrafamiliares se alteran y el cuidador primario se convierte en el único cuidador.

El promedio de edad de los cuidadores informales primarios oscila entre los 20 y 85 años, siendo en su mayoría mujeres de edades avanzadas, mostrando una media de 55 años. Además, el incremento en la esperanza de vida en la población ocasiona que la situación se presente de manera recurrentemente, encontrando cuidadores mayores con afección a su salud. (9)

En promedio son 12 horas de atención a un paciente por parte de su cuidador, sus actividades se dedican a brindar atención directa y de cuidados en actividades personales. La edad, el sexo, el parentesco, la coresidencia, el tiempo invertido en atender otras responsabilidades familiares por parte del cuidador, los años de duración de la enfermedad, son variables han demostrado que influyen en la presencia del síndrome de sobrecarga en el cuidador.

Este síndrome tiene por característica la existencia de compromisos físicos (afecciones de la piel, cefaleas, lumbalgias, trastornos gastrointestinales, dolores musculares, náuseas, dificultades respiratorias, alteraciones del peso corporal, fatiga, entre otras), alteraciones psicológicas (labilidad emocional, inhibición, desinterés, baja autoestima, frustración, desesperanza, tristeza, ira, agresividad e impotencia, así como ansiedad y depresión) y compromisos socioeconómicos (disminución o pérdida del vínculo laboral, dificultades económicas, aislamiento social). Por tanto, es importante conocer estos aspectos, identificarlos precozmente para atenderlos y evitar consecuencias. (10)

El medir la calidad de vida nos dará oportunidad para visualizar integralmente el curso de los síntomas presentados, de esta forma diagnosticar oportunamente la disminución o afectación en la calidad de vida del cuidador. Poder brindar una

respuesta que ofrezca las medidas preventivas adecuadas para la salud del cuidador, respondiendo a las expectativas de una manera individual. (11)

Cuidar al cuidador es parte fundamental para que un paciente dependiente de cuidados tenga una evolución satisfactoria, es fundamental su atención de una manera regular y no omitir el aspecto de que requiere valoraciones médicas y psicológicas regulares.

Es indispensable tomar en consideración el atender a los cuidadores para evitar su agotamiento crónico asociado a la sobrecarga. Diversos estudios coinciden en el hecho de que atender a una persona dependiente de cuidados especiales, en diversas índoles generan compromiso para la percepción de la sobrecarga (discapacidad motriz, intelectual y/o de comunicación).

La edad mayor en un cuidador del paciente también se puede incluir como un factor de protección del agotamiento crónico. Las personas mayores controlan de una manera más llevadera el factor estrés a diferencia de una persona joven.

Se ha observado que en personas que cuentan con apoyos sociales, tienen una menor percepción de sobrecarga en sus cuidadores. Por tanto, se puede sostener el hecho de que apoyar más a los cuidadores, mejora la situación de su calidad de vida y consecuentemente mejora los cuidados de su paciente. (12)

### Apnea del sueño

Dentro de los trastornos respiratorios crónicos más relevantes por su prevalencia y dada la importancia que tiene en la salud pública por los efectos que presenta en los pacientes con el padecimiento, en 2013 se dieron a conocer las Primeras Guías Prácticas de Diagnóstico y Tratamiento para el síndrome de Apnea e Hipopnea obstructiva del sueño de la AAMR (Asociación Argentina de Medicina Respiratoria). Tras revisiones las Guías, se han realizado actualizaciones de los conceptos

definiendo los criterios diagnósticos y criterios de gravedad, factores de riesgo del padecimiento, presentación y consecuencias.

Nogueira y colaboradores en 2019, definen la Apnea Obstructiva del Sueño como “...*la presencia de episodios recurrentes de apneas o hipopneas secundarios al colapso de la faringe durante el sueño, que generan desaturaciones y microdespertares...*”

Al momento de presentarse los signos y *síntomas durante el sueño* como son; ronquidos, apneas observadas por el familiar, despertares por asfixia, respiración irregular, despertares recurrentes, movimientos anormales, sudoración nocturna, nocturia, pesadillas, sueño agitado, insomnio y reflujo gastroesofágico. Y la presencia de *síntomas durante la vigilia* como son; somnolencia diurna, sensación de falta de sueño o sueño no reparador, cansancio crónico, cefalea matutina, irritabilidad, mal humor, apatía, depresión, dificultades en la concentración, pérdida de memoria, disminución de la libido e impotencia sexual la presencia de los síntomas anteriores con un índice de apneas e hipopneas durante una hora  $\geq 5$  eventos por hora, puede determinar su diagnóstico. (13)

En México la incidencia del diagnóstico de Apnea del Sueño es de un 2% de las mujeres y un 4% de los hombres, por lo que esto repercute en la calidad del sueño, calidad de vida y la necesidad de contar con un familiar cuidador que apoye en los cuidados del tratamiento que se deberá de establecer. (14)

Dentro de los factores de riesgo que se han revisado para desarrollar Apnea Obstructiva del sueño, se incluye, el antecedente familiar de síndrome de apnea obstructiva del sueño, menopausia, hipotiroidismo, consumo de alcohol, tabaco, uso de drogas como sedantes, alteraciones anatómicas en nariz, faringe o mandíbula (tejidos blandos), obesidad, circunferencia del cuello mayor a 44 y 38 centímetros en hombres y mujeres respectivamente.

Es importante mencionar que los familiares con pacientes diagnosticados con síndrome de apnea obstructiva del sueño presentan ronquidos fuertes, incluso presentando ahogos, aparente dificultad para respirar, sudoración nocturna y somniloquias. (15)

La CPAP es el modo de ventilación mecánica de apoyo no invasiva más comúnmente utilizada para el tratamiento al síndrome de apnea obstructiva del sueño, es una alternativa de tratamiento para pacientes en específico que presentan diagnósticos de enfermedades respiratorias crónicas, este método tiene una serie de ventajas y efectos de beneficio fisiológico, lo más importante es que mejora el intercambio gaseoso de oxígeno-dióxido de carbono, mediante un aditamento de presión positiva constante, su indicación de uso de este tipo de mecanismo y con evidencias de sus beneficios es la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y la Apnea Obstructiva del Sueño y con menor evidencia las enfermedades neuromusculares. (16)

El sistema de CPAP está compuesto de tres componentes generales.

- 1.- Generador de flujo. Se encarga de filtrar el aire del ambiente y produce una presión de aire positiva, ese equipo debe ir colocado junto a la cama del paciente.
- 2.- Mascarilla o pieza nasal. Se encarga de administrar el aire ya filtrado por vía nasal.
- 3.- Manguera de flujo de aire. Esta pieza conecta la mascarilla o pieza nasal al generador de flujo.

Uno de los problemas e inquietudes que reportan los usuarios de CPAP son la presencia del ruido, o bien el generador es ruidoso. Por lo que una de las sugerencias es adaptarlo debajo de la cama, verificando que no pueda estar obstruida la manguera de flujo de aire o bien que no esté obstruida por objetos externos, aun así, es persistente la frecuencia del sonido que genera. A pesar del



sonido generado, el equipo deberá estar conectado durante toda la noche durante el sueño del paciente con diagnóstico de apnea obstructiva del sueño. (17)

Luster (2017) publicó que los síntomas de la apnea obstructiva del sueño no tratada afectan la funcionalidad de la pareja. El tratamiento para el padecimiento tiene beneficio para ambos, siendo una estrategia la colaboración del cónyuge para tener apego al uso de la CPAP. (18)

Uno de los factores de riesgo para la falta de adherencia de la CPAP es la interrupción del sueño de la pareja. Sin embargo, la pareja es considerada un facilitador importante para su apego al uso del tratamiento. (19) (20)

### Los efectos del ruido

La Organización Mundial de la Salud (2018) indica que una de las causas comunes de pérdida de la audición y sordera pueden ser el contacto al ruido excesivo, mencionando el ejemplo de los entornos laborales en los que se trabaja con maquinaria ruidosa o se producen explosiones ya que el ruido es constante durante largas horas al día y a esto se agrega la exposición a sonidos muy elevados durante actividades recreativas, como los aparatos de audio personales a un volumen elevado durante largos periodos de tiempo, o en bares, discotecas, conciertos y acontecimientos deportivos. El permanecer en contacto crónico, con los niveles de ruido ambiental puede afectar considerable y permanentemente al oído; también hay otros efectos colaterales de tipo social y psíquico e inducen negativamente en la calidad de vida de una población. (21)

Es importante señalar que los factores sobrecarga, ruido, padecimiento y edad del paciente, en conjunto ocasionan afectaciones en la salud del cuidador. Por tanto, se deberán tomar en consideración dichas características para realizar una medición adecuada de lo que se pretende estudiar. Existen diversas escalas de medición que se adecuan a cada característica, sin embargo, trabajaremos con la Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit.

La Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, se utilizará para realizar una medición objetiva y sistemática referente al nivel de fatiga del cuidador, se analizarán concisamente las dimensiones Bio-Psico-Social. Se ha validado en diferentes idiomas incluyendo el español, con una sensibilidad del 93% y una especificidad del 85%. (22)

De acuerdo con el estudio de Alpuche Ramírez-Ramos del Río (2008) trabajaron la entrevista de carga del cuidador Zarit. Consta de 22 secciones que miden la carga percibida por el cuidador a través de una escala Likert que va de 0 (nunca) a 4 (siempre). La persona entrevistada indica con la frecuencia que es, con la que se siente además identificado(a) en las afirmaciones establecidas, la suma de los 22 reactivos, dan por resultado un índice único de la carga con un rango de puntuación de 0-88. La escala ZARIT tiene una aceptable consistencia interna, que osciló entre 0.69 y 0.90 en el índice de alfa de Cronbach, validada y ampliamente utilizada en México. (2)

Ribé 2017, en su estudio referente a las características del cuidador, sobrecarga del cuidado, funcionamiento familiar y apoyo social y profesional en donde se utiliza la escala de Zarit. Determinó que al evaluar la calidad de vida demostró que el ser un cuidador joven varón padre, trabajador y con un alto nivel educativo representa una asociación positiva referente a su calidad de vida. Al contrario de los cuidadores de pacientes mayores y de inicio tardío de una enfermedad, quienes reportan una puntuación menor. Y consiguientemente una peor calidad de vida. Por lo que existe una asociación entre la sobrecarga del cuidador y su percepción de la calidad de vida. (23)

A manera de conclusión podemos mencionar que cuidador debe tener en cuenta su autocuidado y salud mental en buen estado. De esta manera brindar los mejores cuidados hacia su paciente. Por consiguiente, es necesario informar bien, que un cuidador debe ser consciente de que necesita tiempo para él/ella, esparcimiento y sus relaciones sociales. (18)



## 2.- JUSTIFICACIÓN

Conocer la situación de los cuidadores en los pacientes con tratamiento de CPAP asociado a sobrecarga y percepción de la calidad de vida. Es relevante para contar con fundamentos y considerar la toma de decisiones o acciones pertinentes que ayuden en que tengan un apoyo oportuno.

El contar con el conocimiento referente al estado emocional y el sentir del cuidador como responsable de un paciente con uso de CPAP. Conocer la influencia ruido que genera el equipo durante su actividad disminuyendo la calidad del sueño. Además de agregar lo que implican los cuidados de un equipo de arrendamiento. La posibilidad de un gasto por la falta de seguimiento adecuado a sus citas. La posible descompostura por mal uso del equipo. Lo anterior ocasionará afectaciones directas en el paciente y su cuidador, además ocasionar un abandono o desatención y comprometer la salud de ambos.

Con la información referente a la calidad de vida del cuidador, ayudará a tomar acciones referentes a cuidar su salud mental. Orientar de la mejor manera a los cuidadores sobre alternativas de solución que ayuden a sobrellevar las crisis que se puedan presentar. Así mismo contar con posibilidades de grupos de apoyo y ayuda económica que puedan ser establecidas en un futuro no muy lejano. Se puede considerar al cuidador primario de un adulto mayor, como un trabajador no remunerado. Y con las responsabilidades de atender a un ser humano que tiene un frágil estado de salud.

Al realizar las actividades diarias de consulta de medicina familiar en la Unidad de Medicina Familiar 248, he notado que una considerable parte de la población de usuarios de CPAP, requieren de un familiar para apoyarse en sus cuidados. Estos expresándose con un tono cansado referente a sus responsabilidades, pasando por alto su situación emocional, económica y de salud. Habitualmente se escuchan sus comentarios de resignación, que pueden llevar a que su rol dentro intrafamiliar sea abandonado ocasionando una disfunción familiar.

El presente estudio nos ayudó a conocer la situación del cuidador, en caso encontrar algún punto inquietante, buscar posibles soluciones para su orientación. Dentro de lo posible, sugerir adecuaciones para mejorar su calidad de vida y poder catalogar como optima. Una ambiciosa idea podría ser otorgar un salario para el cuidador. De esta forma hacerse partícipe del bienestar de ambos tanto paciente como cuidador. Con un beneficio económico, trabajar la conciencia de cuidarse y cuidar a su paciente enfermo. Sin embargo, es una idea difícil de consolidar, pero si se continúa sustentando científicamente el problema se puede obtener éxito. Existe una gran cantidad de investigaciones en diferentes partes del mundo referente a paciente-cuidador. Dar a conocer un área poco reconocida para los sistemas de salud, podría generar un futuro prometedor para mejorar la calidad de vida del paciente-cuidador.

### 3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Atender a un paciente con un padecimiento crónico, y que deba utilizar aditamentos especiales para su descanso adecuado y mejoría del estado de salud, requiere la atención y apoyo de su cuidador. En el presente trabajo se evaluó la calidad de vida del familiar cuidador. Ser un cuidador primario puede ocasionar que la calidad de vida llegue a tener una afectación directa y además alteraciones en la funcionalidad familiar. El agotamiento crónico puede ocasionar una sobrecarga, además el ruido generado por el equipo CPAP, tarde o temprano ocasionará alteraciones en el descanso. El brindar atenciones diarias hacia un paciente, y la falta de descanso adecuado, puede repercutir en una disfunción que repercuta en comprometer la dinámica familiar. En la sobrecarga del cuidador se hace notorio su estado emocional alterado observándose signos depresivos, además de notarse un estado de fastidio o indiferencia. Estar presentando compromisos emocionales tarde o temprano puede llegar a un hostigamiento por sobrecarga de responsabilidades. Por lo que hay considerarlos para evitar un compromiso en su salud mental para que no puedan terminar en un desenlace poco alentador.

Durante las atenciones de los pacientes con uso de la CPAP, los cuidadores se muestran con cierto estado de preocupación. Esto por tener la necesidad de contar con las recetas mensuales, los cuidados del equipo arrendado, así como los costes asociados a la inasistencia. Dicho esto, los familiares y el paciente se muestran atareados por los trámites administrativos y ocasiona que pueda alterar su calidad de vida. En el presente estudio, se pretende evaluar la calidad de vida del familiar cuidador, asociado a la sobrecarga del cuidador.

### 3.1 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los principales factores que afectan la calidad de vida en el cuidador primario del adulto mayor en tratamiento con CPAP, con diagnóstico de Apnea Obstructiva del sueño?

## 4.- OBJETIVOS

### 4.1 Objetivo general

Evaluar la calidad de vida por sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor en tratamiento con CPAP y con padecimiento de apnea obstructiva del sueño.

### 4.2 Objetivos específicos

- Determinar los factores que afectan la percepción de la calidad de vida en el cuidador primario del adulto mayor con diagnóstico de apnea obstructiva del sueño.
- Estimar la sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor mediante la escala Zarit.
- Enunciar el grado de afectación de sobrecarga del cuidador primario basado en los resultados de los cuestionarios aplicados.

Proponer un programa de asistencia y red de apoyo para cuidadores primarios de pacientes.





## 5.- HIPOTESIS

El cuidador primario de un adulto mayor dependiente con diagnóstico de apnea obstructiva del sueño y tratamiento tiene una percepción mayor de sobrecarga.



## 6.- MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio y universo de trabajo: Estudio transversal, observacional. En este estudio se realizó la estimación de la muestra con base a la población adscrita a la UMF 248 San Mateo Atenco. Se utilizó el censo de pacientes diagnosticados con apnea obstructiva del sueño en tratamiento con CPAP. La selección de los pacientes se realizó conforme a su edad, diagnóstico y tratamiento de CPAP seleccionando a los familiares de los pacientes que deseen participar.

La muestra fue seleccionada partiendo del censo de pacientes con uso de CPAP adscritos a la UMF 248. De este total de 105 pacientes se realiza la operación mediante la calculadora EPI-INFO. Nos basamos en el porcentaje de incidencia de pacientes que padecen síndrome de apnea obstructiva del sueño en siendo un 6% en México. Para lo que se obtuvo un total de 47 pacientes, con un nivel de confianza del 95%. (Anexo III)

La información se obtuvo mediante el cuestionario Zarit para validar la percepción de sobrecarga del cuidador Existen diversos estudios en los que se ha utilizado dicha herramienta, puesto que considera factores de morbilidad para determinar estrés crónico, mismo que puede ocasionar consecuencias para la salud del cuidador.(10) La escala de Zarit cuenta con 22 preguntas en las que el entrevistado debe asignar un valor de 0 a 4, donde 0 representa “Nunca” y 4 representa “Casi siempre”. La puntuación por obtener es de 22 a 110 puntos. La delimitación de rangos entre sobrecarga y no sobrecarga no está determinado; sin embargo, para este estudio se consideraron valores menores a 46 como no sobrecarga y valores mayores a 56 como sobrecarga alta. (24)

Se asumió una distribución normal y continua, y la práctica propuesta para analizar los resultados se realizó con pruebas paramétricas, Se determinó el valor Z de la distribución normal, la prueba de T de Student y se determinará la homogeneidad

de las varianzas. Se realizó el cálculo con base al nivel de confianza por lo general con un margen de error de 95% o precisión con un 5%. (25)

Se utilizaron los programas de Microsoft Excel y R para analizar y validar los resultados de las encuestas. Los datos obtenidos se utilizaron para contestar la pregunta de investigación y validar o rechazar la hipótesis propuesta.

En lo referente a la muestra

Las fuentes bibliográficas empleadas para esta investigación incluyen: la biblioteca digital de la UNAM, publicaciones científicas y artículos publicados en revistas médicas electrónicas como PubMed, UpToDate y Google Scholar.

## 6.1 Criterios de selección

Familiares cuidadores seleccionados en la muestra.

### 6.1.1 Criterios de inclusión

- 1.- Cuidadores sean derechohabientes o no, que acepten participar en el estudio.
- 2.- Cuidadores que tengan a su cuidado pacientes usuarios de CPAP.
- 3.- Familiares cuidadores de pacientes con uso de CPAP.

### 6.1.2 Criterios de exclusión

- 1.- Cuidadores que no acepten participar en el estudio.
- 2.- Cuidadores ocasionales.
- 3.- Cuidadores con alteraciones cognitivas.

4.- Cuidadores que no cohabiten con el paciente usuario de CPAP.

### 6.1.3 Criterios de eliminación

1.- Cuidadores que abandonen el estudio.

2.- Cuidadores que contesten de manera incorrecta el instrumento.

3.- Menores de edad que apoyen en los cuidados del paciente usuario de CPAP.

### 6.2 Operacionalización de variables:

VARIABLE	EDAD
DEFINICION CONCEPTUAL	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo
DEFINICION OPERACIONAL	Es el tiempo que ha vivido una persona al día de realizar el estudio
ESCALA DE MEDICION	Razón
UNIDAD DE MEDIDA	Discreta
TIPO DE VARIABLE	Cuantitativa

VARIABLE	SEXO
DEFINICION CONCEPTUAL	Condiciones no biológicas asignadas a mujeres y hombres.
DEFINICION OPERACIONAL	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer y puede ser femenino o masculino.
ESCALA DE MEDICION	1. Masculino 2. Femenino
UNIDAD DE MEDIDA	Discreta
TIPO DE VARIABLE	Cualitativa

VARIABLE	ESTADO CIVIL
DEFINICION CONCEPTUAL	Situación personal en la que se encuentran las personas en un momento de su vida.
DEFINICION OPERACIONAL	El estado civil reportado por las personas al momento de la entrevista, soltero, casado, viudo, separado, divorciado.
ESCALA DE MEDICION	Nominal.
UNIDAD DE MEDIDA	1.- Soltero 2.- Casado 3.- Viudo 4.- Separado 5.- Divorciado
TIPO DE VARIABLE	Cualitativa nominal

VARIABLE	PARENTESCO
DEFINICION CONCEPTUAL	Vínculo de consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta.
DEFINICION OPERACIONAL	Lazos consanguíneos o no consanguíneos con la persona afectada.
ESCALA DE MEDICION	Nominal
UNIDAD DE MEDIDA	1.- Esposa(o) 2.- Hija(o) 3.- Nuera o yerno 4.- hermana(o) 5.- Otro
TIPO DE VARIABLE	Cualitativa nominal

VARIABLE	CALIFICACION DE LA ESCALA DE CARGA DEL CUIDADOR, ZARIT
DEFINICION CONCEPTUAL	Puntaje obtenido de la aplicación del Instrumento de escala de carga del cuidador Zarit.
DEFINICION OPERACIONAL	Puntaje obtenido en la escala referida.
ESCALA DE MEDICION	Ordinal
UNIDAD DE MEDIDA	Puntaje < a 46 no sobrecarga. Puntaje > de 56 sobrecarga alta.
TIPO DE VARIABLE	Cuantitativa.

VARIABLE	TIEMPO COMO CUIDADOR
DEFINICION CONCEPTUAL	Tiempo transcurrido desde que el enfermo usa el CPAP y se ejercen funciones de cuidador.
DEFINICION OPERACIONAL	Tiempo efectivo transcurrido como cuidador.
ESCALA DE MEDICION	Nominal
UNIDAD DE MEDIDA	1.- Menos de un año. 2.- De 1 año a 5 años. 3.- Más de 5 años.
TIPO DE VARIABLE	Cuantitativa.





## 7.- ASPECTOS ÉTICOS

El presente trabajo de investigación, se respetaron los aspectos éticos que asociados y correlacionados con el tema de calidad de vida en el cuidador. Se realizó de acuerdo con lo contenido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en Materia de Investigación para la Salud (RGSMI). De esta manera se desarrolló respetando los aspectos éticos que aseguren la dignidad y el bienestar de las personas a investigados.

En el presente estudio, no se incurrió en efectos o eventos adversos derivado de la investigación.

Se turnó el presente al comité de ética correspondiente para su análisis y validación oportuna. (26)

La investigación se realizó respetando los artículos 13, 24, 16, 17, 20, 21, 22 contenidos en el RGSMI, así mismo con referencia a las normas éticas sobre la experimentación. Se respetaron los aspectos bioéticos contenidos en el Código de Nuremberg el cual fue publicado en 20 de agosto de 1947. (26) (27)

El presente estudio pretendía demostrar el riesgo en que presenta un cuidador primario con sobrecarga a que disminuya su calidad de vida. Por lo que se realizó con una población adulta que se encarga de los cuidados de una persona enferma. En caso de encontrarse con alguna afectación asociado a disminución de su calidad de vida derivado de sus actividades como cuidador, se orientó a dirigirse con un profesional de psicología para apoyo emocional. Así mismo de ayudar a que encuentre alternativas de solución para tener más llevadera su responsabilidad.

Continuando con el desarrollo de la investigación, se realizó con base a lo estipulado en los artículos 113,114, 115, 116, 117, 118 y 120 del RGSMI. (26)

En continuación con la cuestión bioética, es importante señalar que se cumplieron los principios enunciados en la declaración de Helsinki, salvaguardando el bienestar de las personas. La que fue adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial Helsinki,

Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989 y vigente hasta nuestros tiempos. (28)

## 8.- RECURSOS E INFRAESTRUCTURA

Los propios del investigador, ya que el presente tema es factible dada la población de adultos mayores usuarios de CPAP en la Unidad de Medicina Familiar 248 San Mateo Atenco. La presente investigación cuenta con el documento de aceptación aprobatorio para su realización por parte de la dirección del establecimiento. (Anexo IV)



## 9.- ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD

En el presente estudio no se manejó con microorganismos patógenos o material biológico que pueda contenerlos. (26)

El presente trabajo de investigación fue desarrollado en la sala de lectura de la UMF248. En el sitio se encuentra una mesa de 10 sillas en la que se puede realizar el llenado de la encuesta con una distancia adecuada. Al término de la entrevista se facilitó el salir del área sin afluencia de los demás pacientes. Ya que se puede describir como un área con espacio suficiente para su acceso.

La información fue obtenida y procesada de manera confidencial y anónima para el entrevistado, para salvaguardar su pudor e integridad. Para lo que se le entregó el consentimiento informado y se leyó frente al entrevistado para que se encuentre en la libre decisión de continuar o no aceptar su participación, con la fecha del día de la entrevista y los datos del investigador. (Anexo II)

Los participantes fueron seleccionados con base al censo de pacientes con uso de CPAP en los pacientes con diagnóstico de apnea obstructiva del sueño especificando al participante el cuidador principal del paciente.

Los participantes que arrojaron resultados de sobrecarga con base al cuestionario ZARIT, fueron sensibilizados para ser atendidos por su médico familiar y ser referidos al servicio de psicología para las intervenciones oportunas.



## 10. RESULTADOS

Los datos recopilados proporcionaron una visión más clara y detallada de las percepciones y experiencias de los participantes en relación con los diversos aspectos evaluados por la escala Zarit. Tanto tablas como gráficas nos permitieron visualizar de manera más precisa la distribución de las respuestas y destacar las tendencias y patrones identificados en los resultados obtenidos.

### 10.1 TABLAS Y GRÁFICOS

Una muestra de 47 derechohabientes mayores de edad, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 248 en San Mateo Atenco fueron entrevistados para este proyecto. En la siguiente sección se muestran los resultados demográficos y por pregunta según la escala Zarit.

#### 10.1.1 RESULTADOS DEMOGRÁFICOS

Los datos demográficos revelan que participaron un total de 37 mujeres y 10 hombres, como se muestra en la **Tabla 1** y la **Gráfica 1**. En cuanto a las edades, se clasificaron en diferentes categorías, y los resultados indican que hubo 24 adultos (18-50 años), 13 adultos maduros (51-59 años) y 10 adultos mayores (>60 años). Estos datos se presentan en la **Tabla 2** y la **Gráfica 2**.

Además, se agruparon los participantes según su estado civil, obteniendo 8 solteros(as), 35 casados(as), 3 viudos(as), 1 separado(a), y ninguna persona divorciada. Estos resultados se reflejan en la **Tabla 3** y la **Gráfica 3**.



En cuanto al parentesco con el paciente, se observa que 20 son cónyuges, 26 son hijos(as) y 1 es un cuidador externo. Estos datos se presentan en la **Tabla 4** y la **Gráfica 4**.

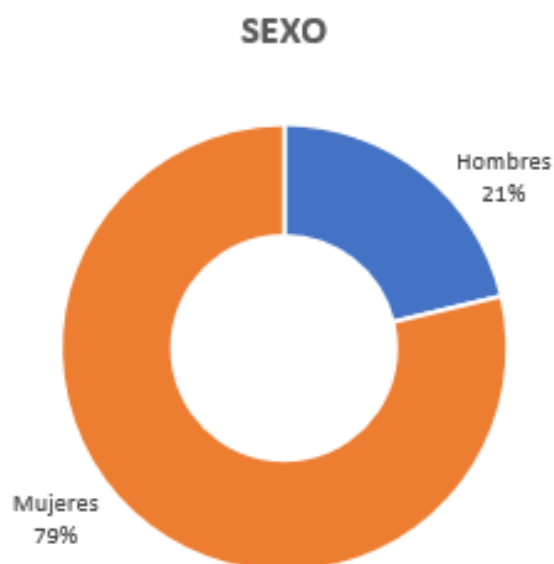
En relación con el tiempo que han ejercido como cuidadores, se encontró que 33 participantes han estado cuidando durante menos de 5 años, mientras que 7 participantes llevan entre 5 y 10 años, 3 han ejercido entre 11 y 15 años, 3 han ejercido entre 16 y 20 años, y 1 persona ha estado cuidando durante más de 36 años. Estos resultados se muestran en la **Tabla 5** y la **Gráfica 5**.

Por último, los resultados de la escala Zarit indican que 46 personas presentan ausencia de sobrecarga, mientras que 1 persona muestra una sobrecarga intensa. Estos resultados se encuentran resumidos en la **Tabla 6** y la **Gráfica 6**.

En resumen, los datos demográficos y los resultados de la escala Zarit revelan información importante sobre los participantes y su experiencia como cuidadores familiares. La **Tabla 7** resume de manera general los resultados obtenidos en este estudio.

**Tabla 1.** Totalidad de la muestra en género de 47 participantes, se tiene que en mayor proporción es el sexo femenino.

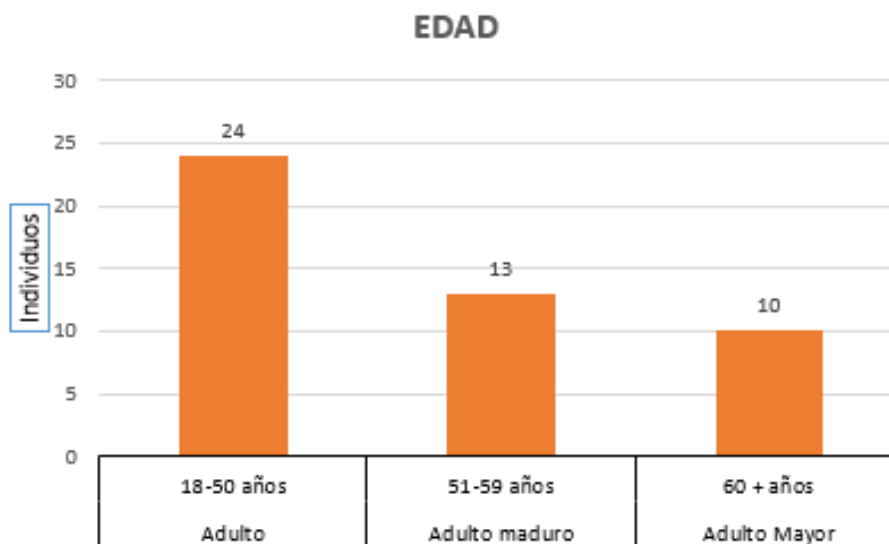
SEXO	Frecuencia
Hombres	10
Mujeres	37
TOTAL	47



**Gráfica 1.** De la totalidad de la muestra en género de 47 participantes, el sexo femenino correspondiente al 79% y un 21% para el sexo masculino.

**Tabla 2.** Grupos de edad correspondiente a los cuidadores primarios con frecuencia de cada grupo.

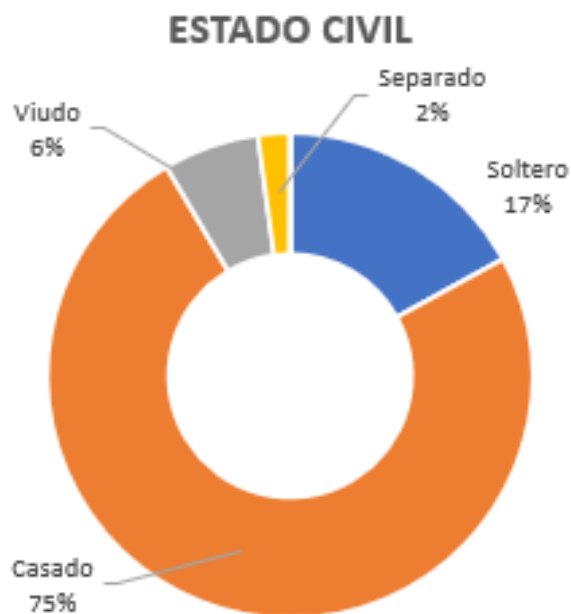
	Edad	Frecuencia
Menor de edad	0-18	0
Adulto	18-50 años	24
Adulto maduro	51-59 años	13
Adulto Mayor	60 + años	10
	TOTAL	47



**Gráfica 2.** Dentro del cuidador con mayor frecuencia de participación como cuidador primario es el adulto en el grupo de 18 a 50 años.

**Tabla 3.** Estado civil de los participantes cuidadores y su frecuencia en número de cada variable.

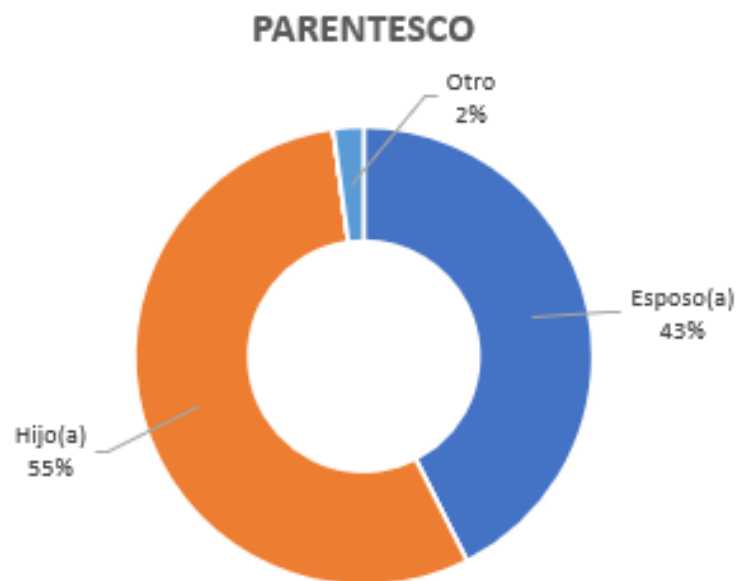
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA
Soltero	8
Casado	35
Viudo	3
Separado	1
Divorciado	0
Total	47



**Gráfica 3.** La mayor participación del familiar cuidador tiene un estado civil casado en un 75%, a diferencia de las personas viudas o separadas con una presencia del 6 y 2% respectivamente.

**Tabla 4.** Parentesco del cuidador primario y frecuencia en número de presencia.

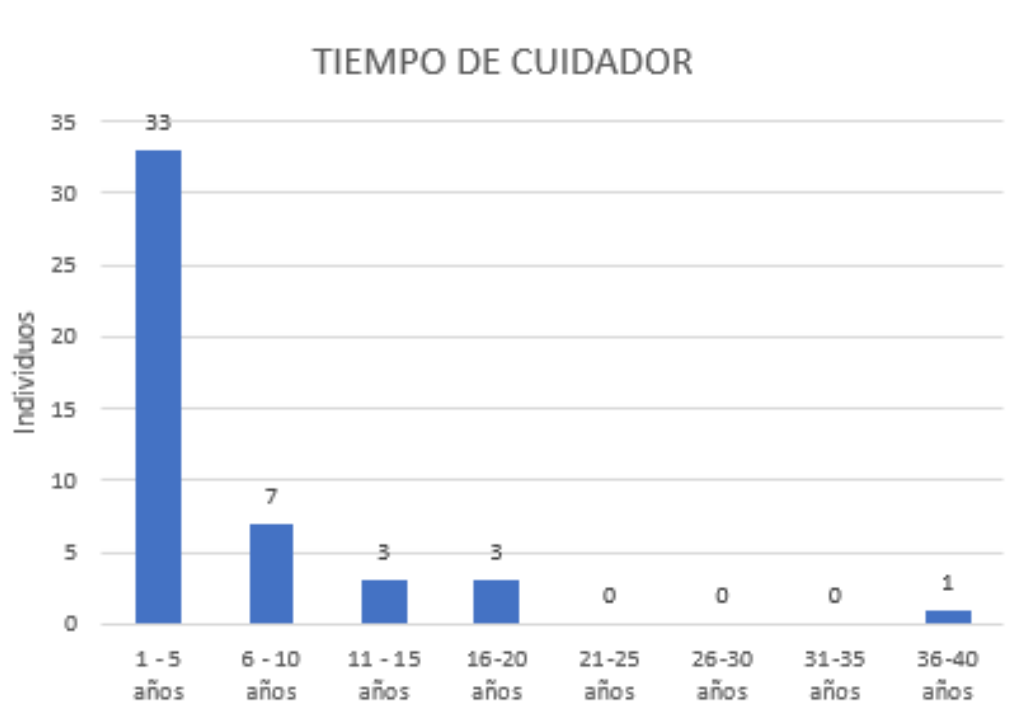
PARENTESCO	FRECUENCIA
Esposo(a)	20
Hijo(a)	26
Nuera/Yerno	0
Hermano(a)	0
Otro	1
Total	47



**Gráfica 4.** Los hijos e hijas se encuentran en mayor proporción como cuidadores primarios del paciente siguiendo en proporción los conyugues del paciente.

**Tabla 5.** Tiempo como cuidador primario en meses y años, especificando en número su frecuencia.

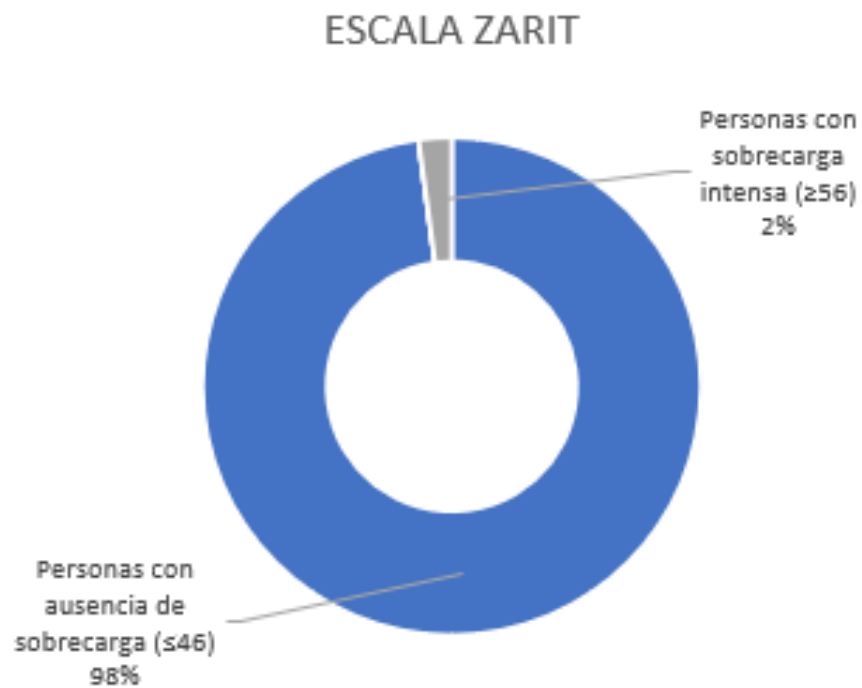
Tiempo de cuidador (meses)	Tiempo de cuidador (Años)	Frecuencia
0-60	1 - 5 años	33
61-120	6 - 10 años	7
121-180	11 - 15 años	3
181-240	16-20 años	3
241-300	21-25 años	0
301-360	26-30 años	0
361-420	31-35 años	0
421-480	36-40 años	1
	TOTAL	47



**Gráfica 5.** La mayor frecuencia en meses como cuidador primario es de hasta sesenta meses, a diferencia del cuidador con más de 36 años como cuidador con la presencia de frecuencia de 1.

**Tabla 6.** Participantes con resultados de la escala Zarit, para medir la sobrecarga del cuidador en el paciente adulto mayor con uso de CPAP.

DESCRIPCION	VALOR DE REFERENCIA	FRECUENCIA
Personas con ausencia de sobrecarga ( $\leq 46$ )	$\leq 46$	46
Personas con sobrecarga ligera (47-55)	47-55	0
Personas con sobrecarga intensa ( $\geq 56$ )	$\geq 56$	1



**Gráfica 6.** Los participantes con ausencia de sobrecarga se representan en un 98% a diferencia del 2% de participantes con sobrecarga del cuidador basados en la aplicación de la escala Zarit de sobrecarga del cuidador.

**Tabla 7.** Datos de interés que hacen referencia a los resultados obtenidos de la Escala Zarit.

DATOS DE INTERES	
EDAD PROMEDIO CUIDADORES	49 años
MUJERES EN SU MAYORIA	79%
TIEMPO PROMEDIO COMO CUIDADOR	1-5 Años
PRESENTA AUSENCIA DE SOBRECARGA	98%

#### 10.1.2 Resultados por pregunta Escala Zarit.

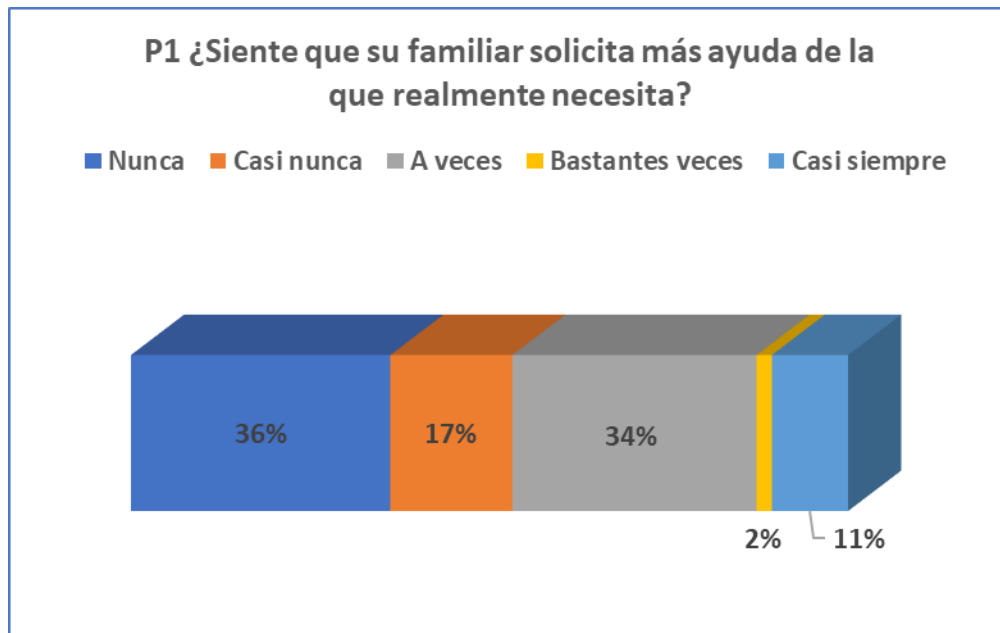
En esta sección, se presentan los resultados derivados de las entrevistas llevadas a cabo mediante la utilización de la escala Zarit. A través de un proceso de entrevistas minucioso, se ha recopilado información valiosa acerca de diversos aspectos relacionados con el cuidado, como las responsabilidades del cuidador, la percepción de la ayuda necesaria por parte del familiar, la incertidumbre respecto al futuro y la influencia en la calidad de vida del cuidador.

La **Tabla 8** muestra, en forma de porcentajes, la frecuencia obtenida para cada pregunta en la escala. Asimismo, en la sección de gráficas, que comprende desde la **Gráfica 7** hasta la **Gráfica 28**, se presentan los valores correspondientes a cada pregunta, reflejando la proporción de personas que han respondido al cuestionario. La **Gráfica 29** muestra el periodo ejercido como cuidadores comparados con la escala Zarit, así como la correlación entre ambas variables (**Gráfica 31**) y sus respectivos valores estadísticos (**Tabla 9**). La **Gráfica 30** muestra la edad del cuidador y la sobrecarga en escala Zarit, así como su correlación entre ambas variables (**Gráfica 32**) y sus respectivos valores estadísticos (**Tabla 10**).

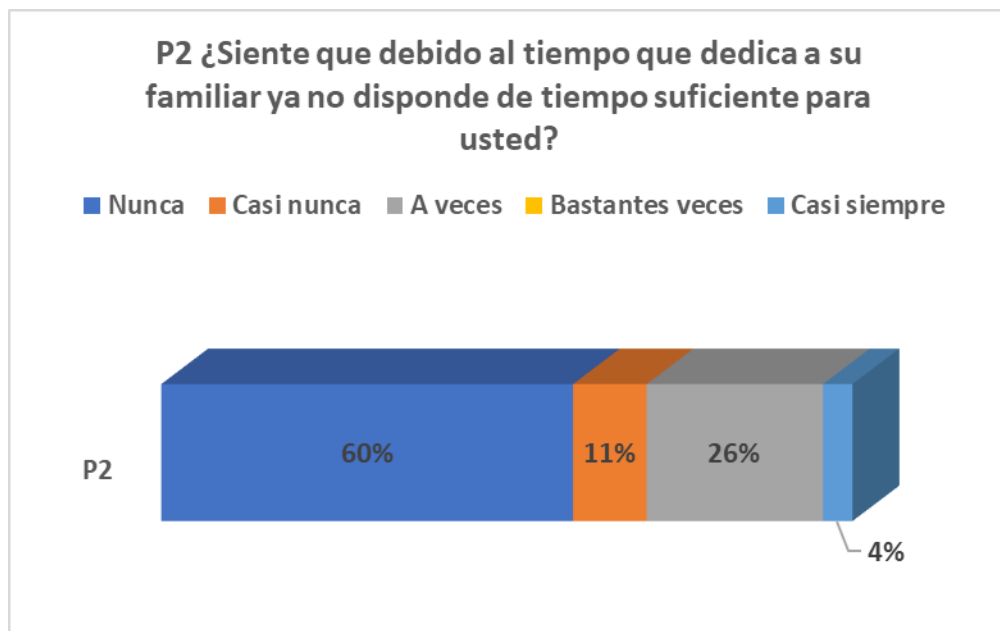


**Tabla 8.** Frecuencia en porcentajes de cada respuesta en referencia a cada pregunta de la escala Zarit.

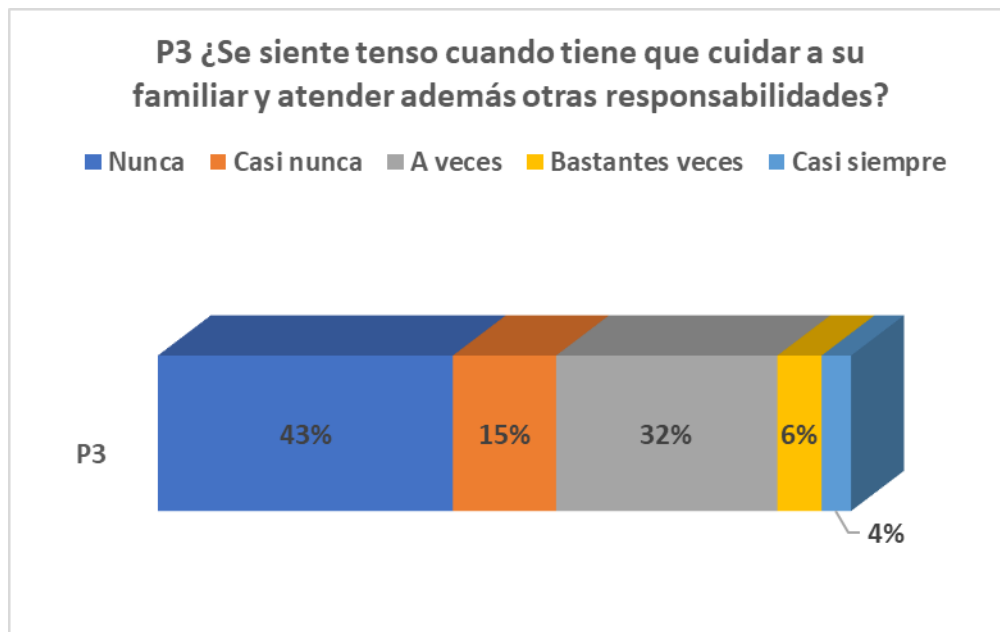
ZARIT/PREGUNTA	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22
Nunca	36%	60%	43%	98%	89%	85%	21%	32%	87%	79%	91%	81%	94%	53%	51%	72%	87%	83%	68%	38%	34%	70%
Casi nunca	17%	11%	15%	0%	6%	4%	4%	17%	4%	11%	2%	9%	2%	6%	13%	13%	6%	6%	13%	11%	6%	9%
A veces	34%	26%	32%	2%	4%	6%	40%	26%	4%	9%	6%	9%	2%	15%	30%	9%	2%	9%	11%	26%	36%	19%
Bastantes veces	2%	0%	6%	0%	0%	0%	15%	4%	0%	0%	0%	0%	2%	2%	2%	0%	2%	0%	4%	11%	2%	0%
Casi siempre	11%	4%	4%	0%	0%	4%	19%	21%	4%	2%	0%	2%	0%	23%	4%	6%	2%	2%	4%	15%	21%	2%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



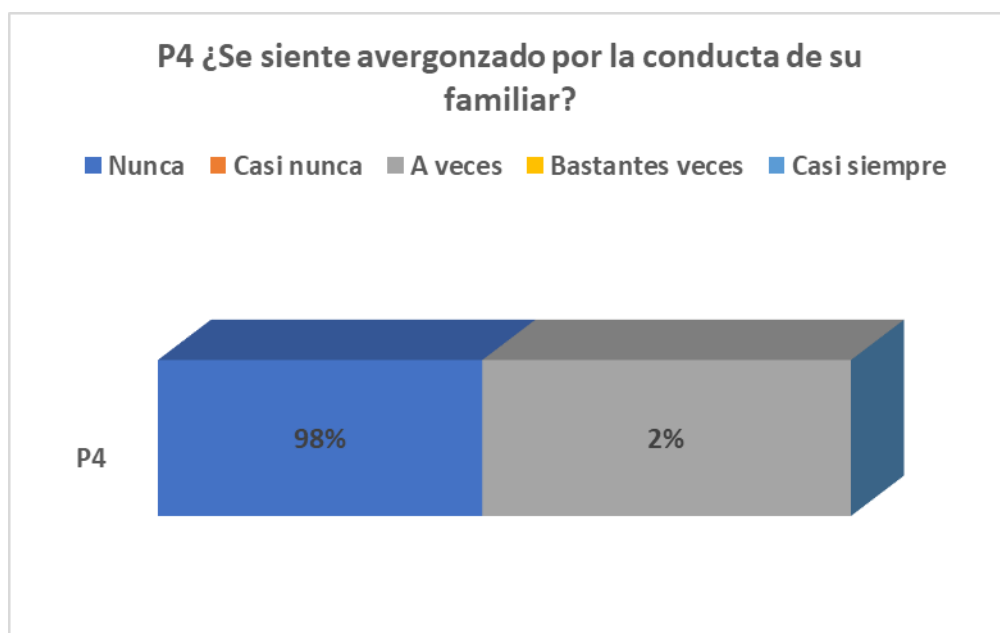
**Gráfica 7.** Resultados de las entrevistas para la pregunta 1, de acuerdo con la escala Zarit.



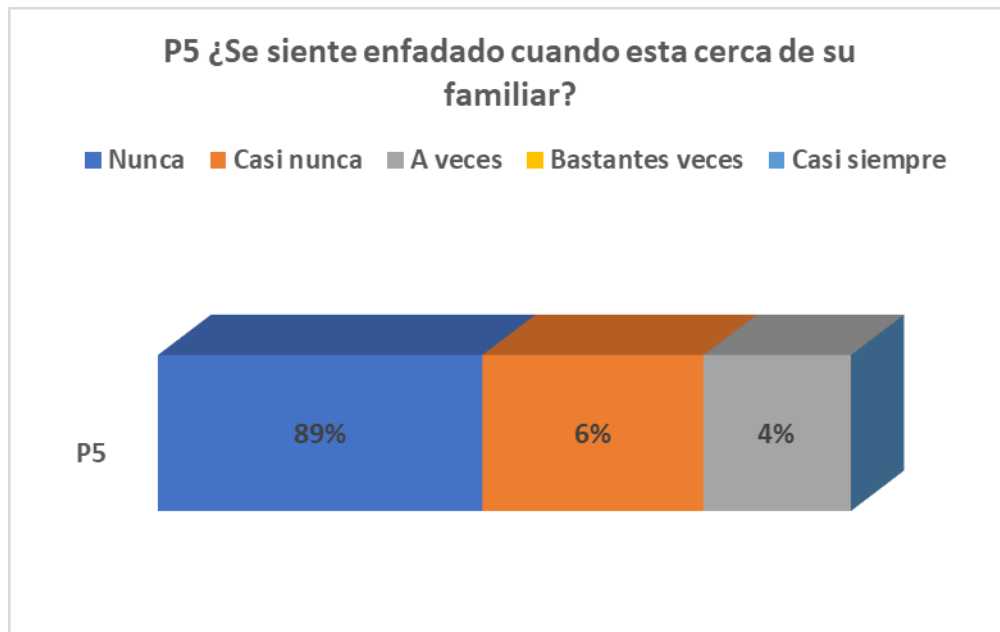
**Gráfica 8.** Resultados de las entrevistas para la pregunta 2, de acuerdo con la escala Zarit.



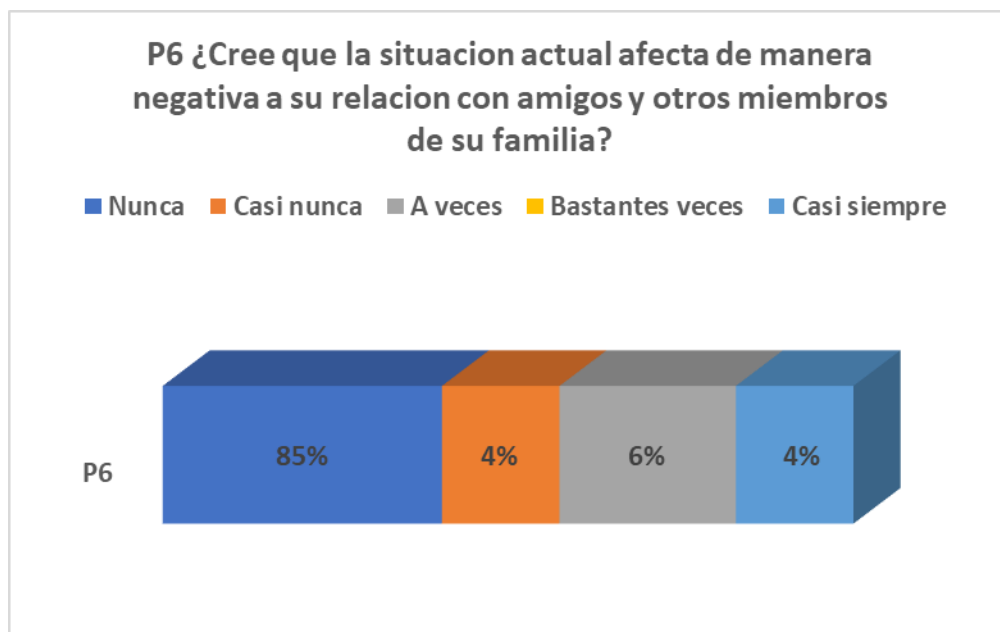
**Gráfica 9.** Resultados de las entrevistas para la pregunta 3, de acuerdo con la escala Zarit.



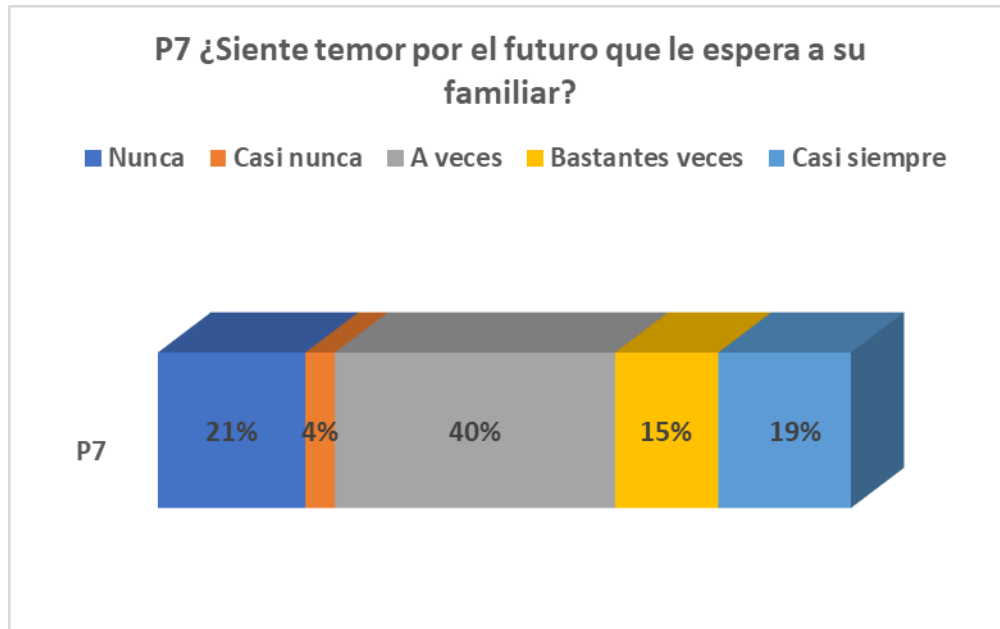
**Gráfica 10.** Resultados de las entrevistas para la pregunta 4, de acuerdo con la escala Zarit.



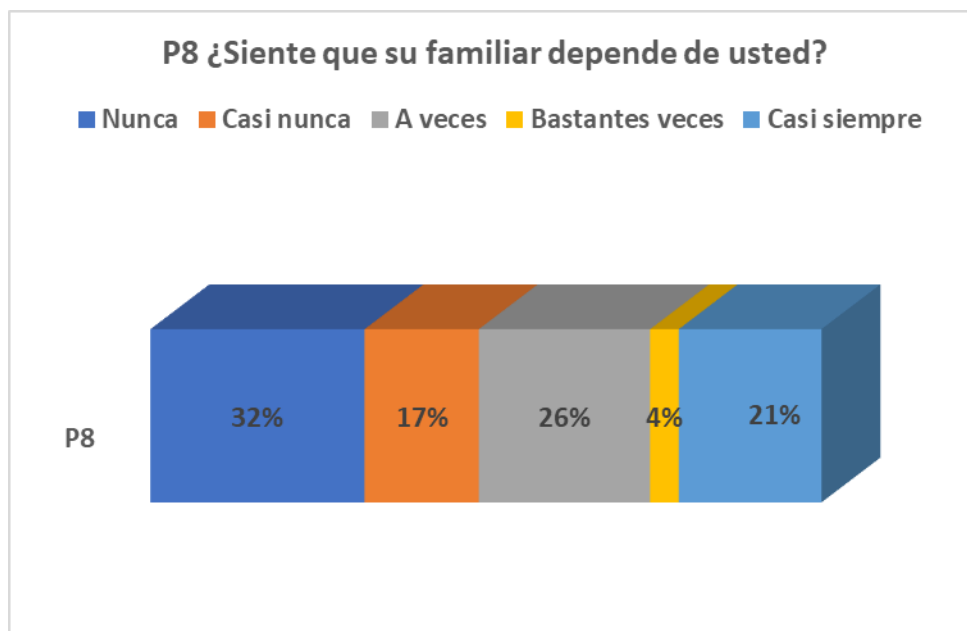
**Gráfica 11.** Resultados de las entrevistas para la pregunta 5, de acuerdo con la escala Zarit.



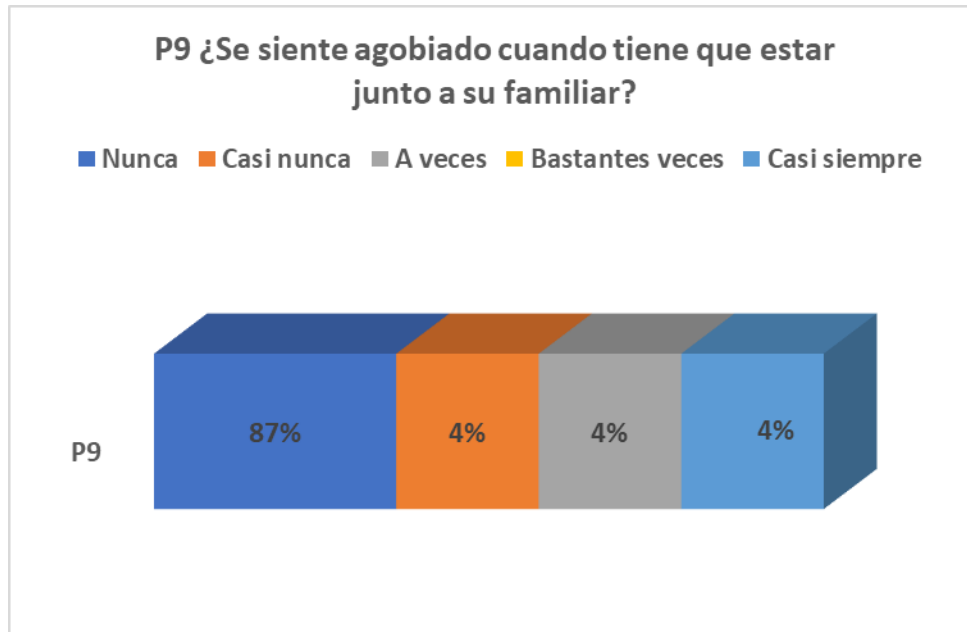
**Gráfica 12.** Resultados de las entrevistas para la pregunta 6, de acuerdo con la escala Zarit.



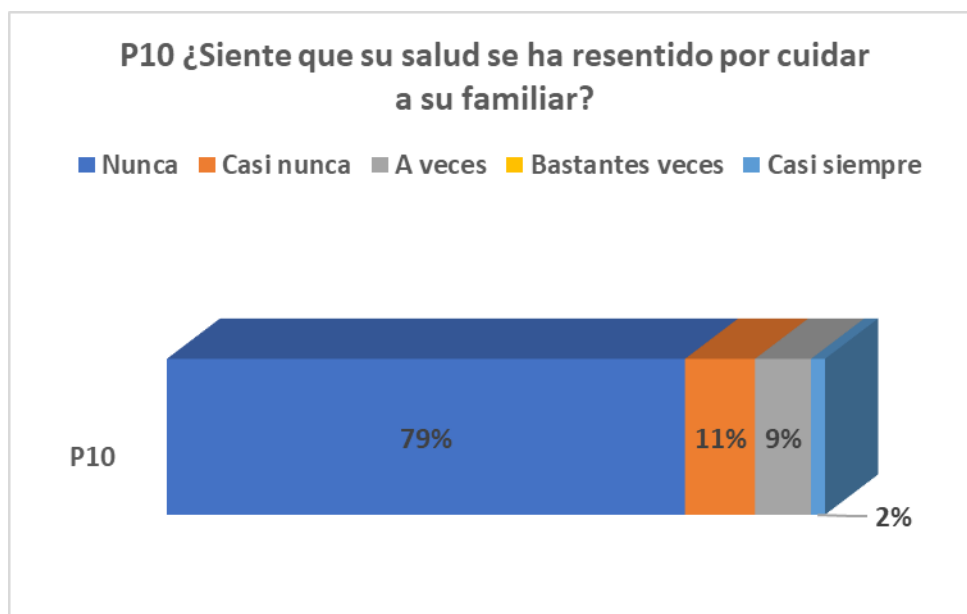
**Gráfica 13.** Resultados de las entrevistas para la pregunta 7, de acuerdo con la escala Zarit.



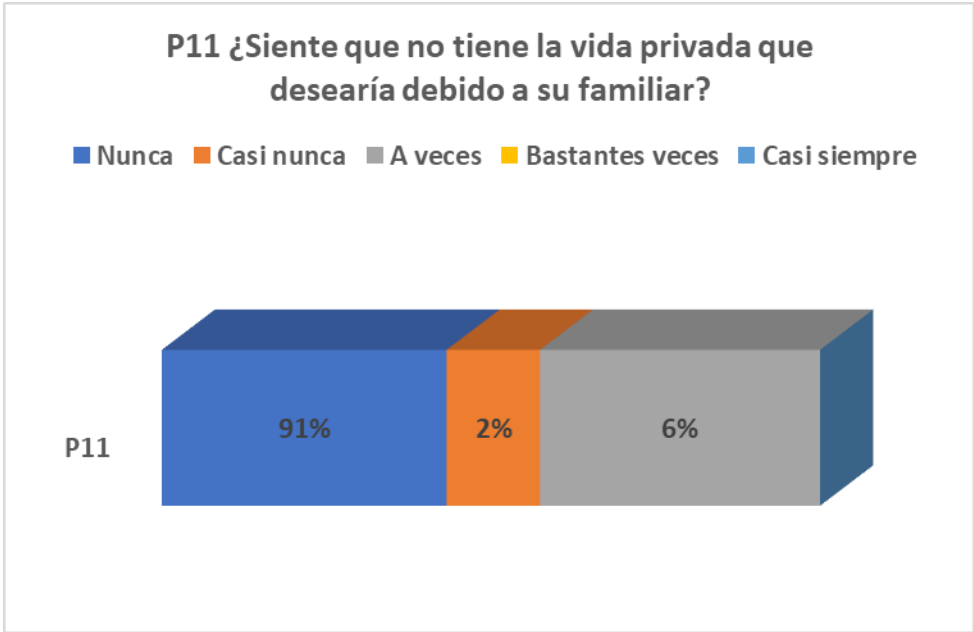
**Gráfica 14.** Resultados de las entrevistas para la pregunta 8, de acuerdo con la escala Zarit.



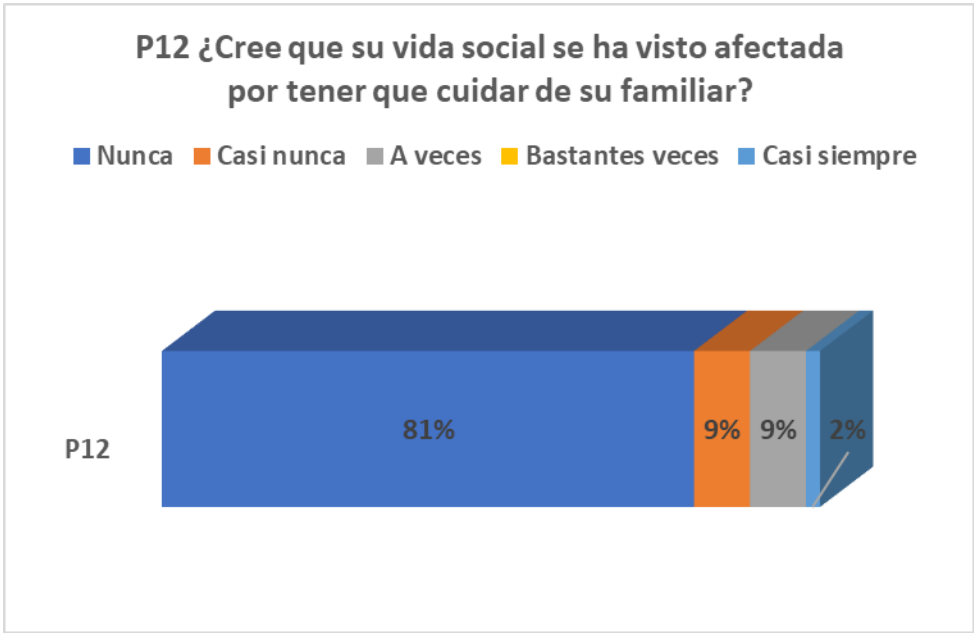
**Gráfica 15.** Resultados de las entrevistas para la pregunta 9, de acuerdo con la escala Zarit.



**Gráfica 16.** Resultados de las entrevistas para la pregunta 10, de acuerdo con la escala Zarit.



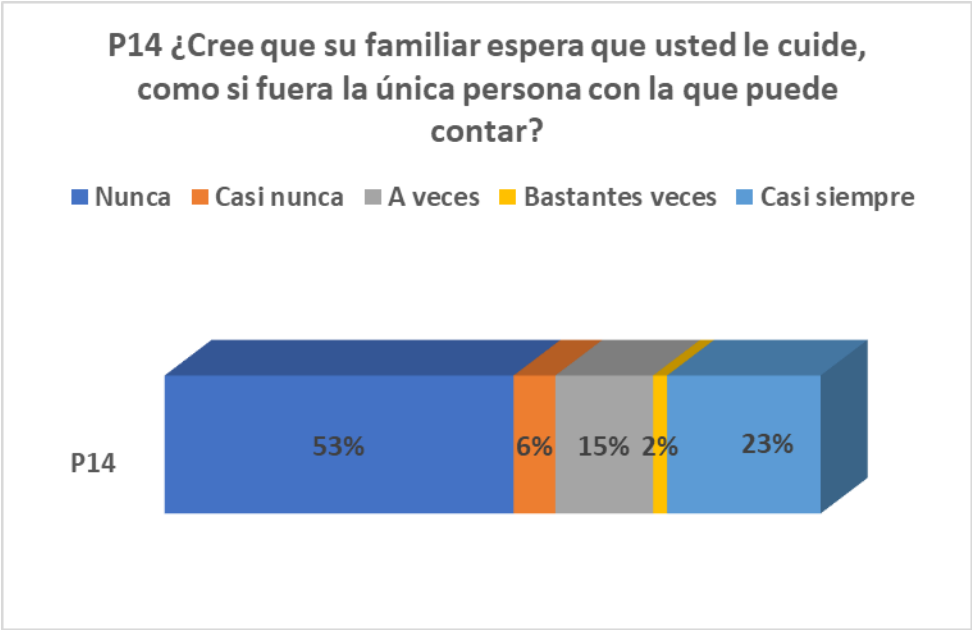
**Gráfica 17.** Resultados de las entrevistas para la pregunta 11, de acuerdo con la escala Zarit.



**Gráfica 18.** Resultados de las entrevistas para la pregunta 12, de acuerdo con la escala Zarit.

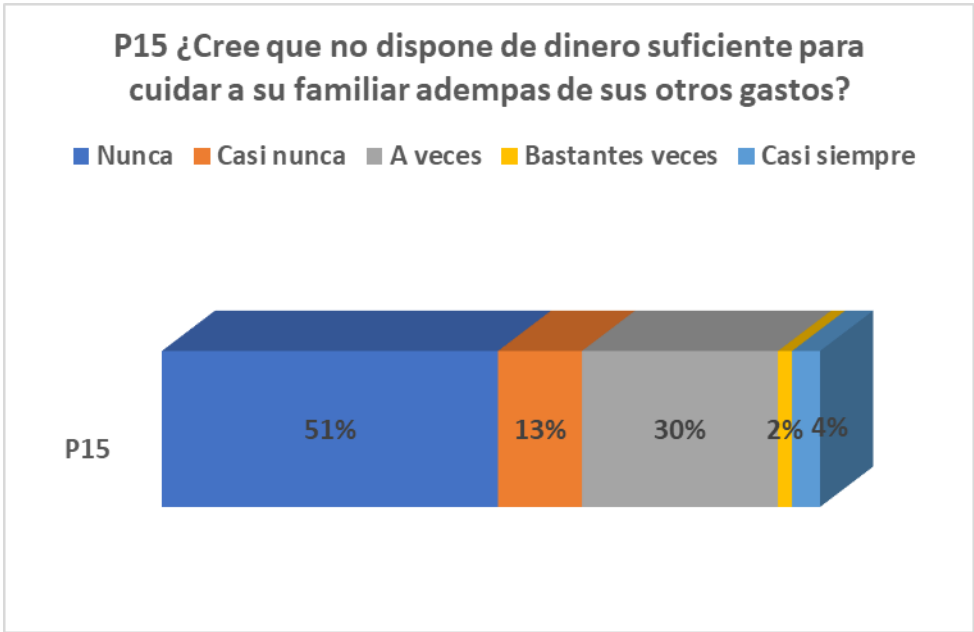


**Gráfica 19.** Resultados de las entrevistas para la pregunta 13, de acuerdo con la escala Zarit.

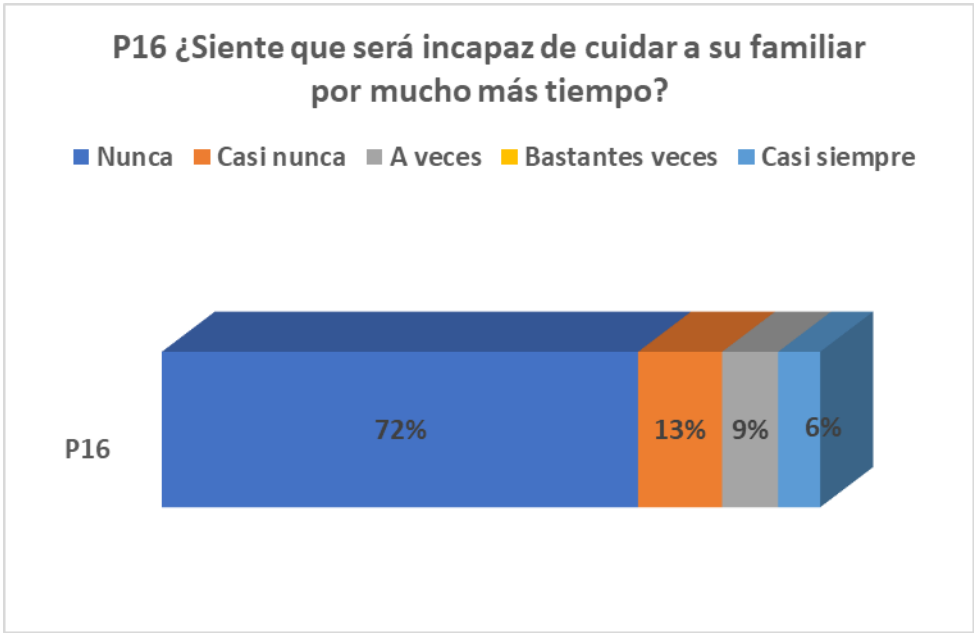


**Gráfica 20.** Resultados de las entrevistas para la pregunta 14, de acuerdo con la escala Zarit.

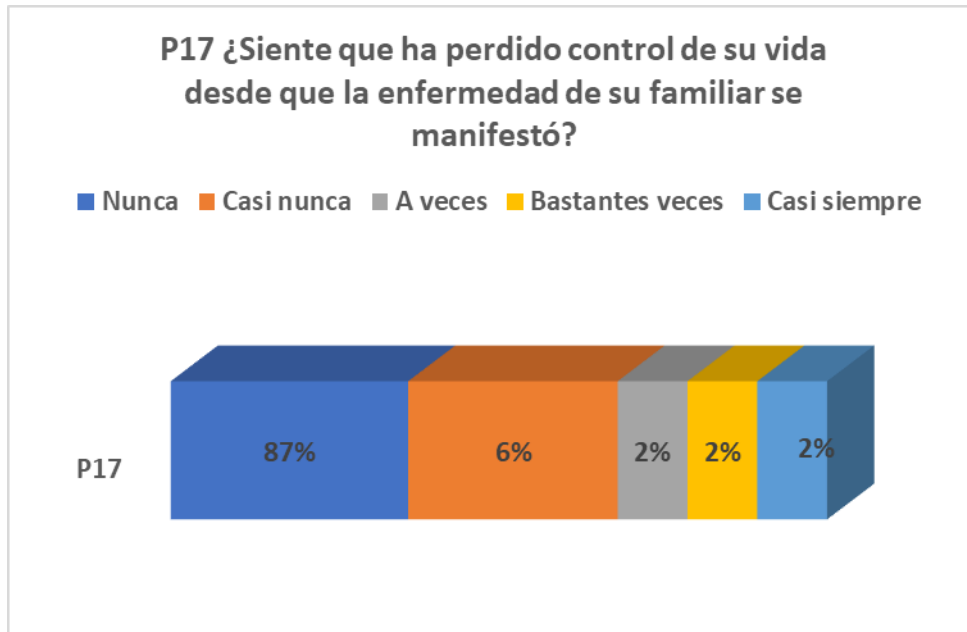




**Gráfica 21.** Resultados de las entrevistas para la pregunta 15, de acuerdo con la escala Zarit.



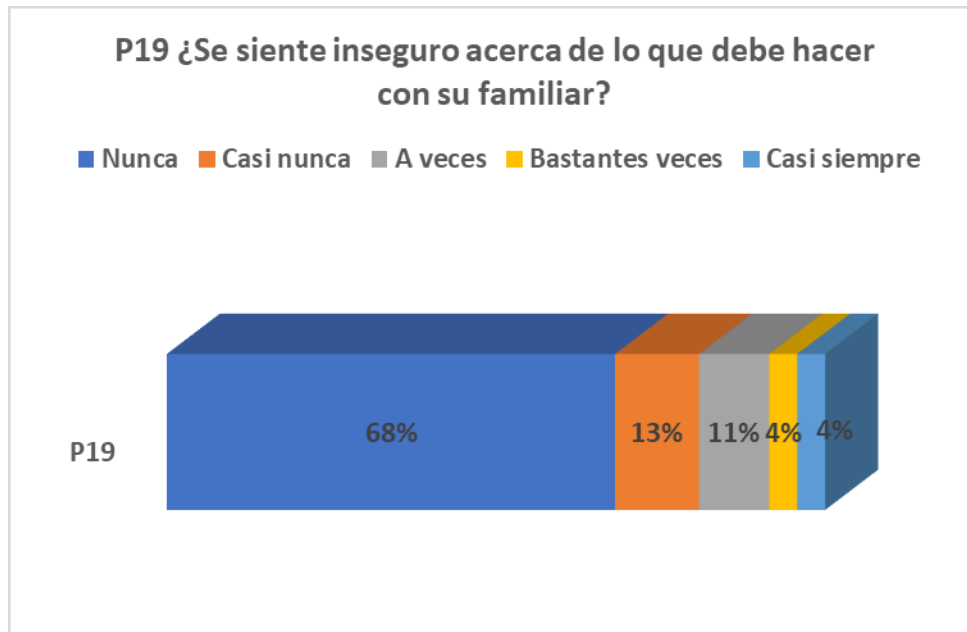
**Gráfica 22.** Resultados de las entrevistas para la pregunta 16, de acuerdo con la escala Zarit.



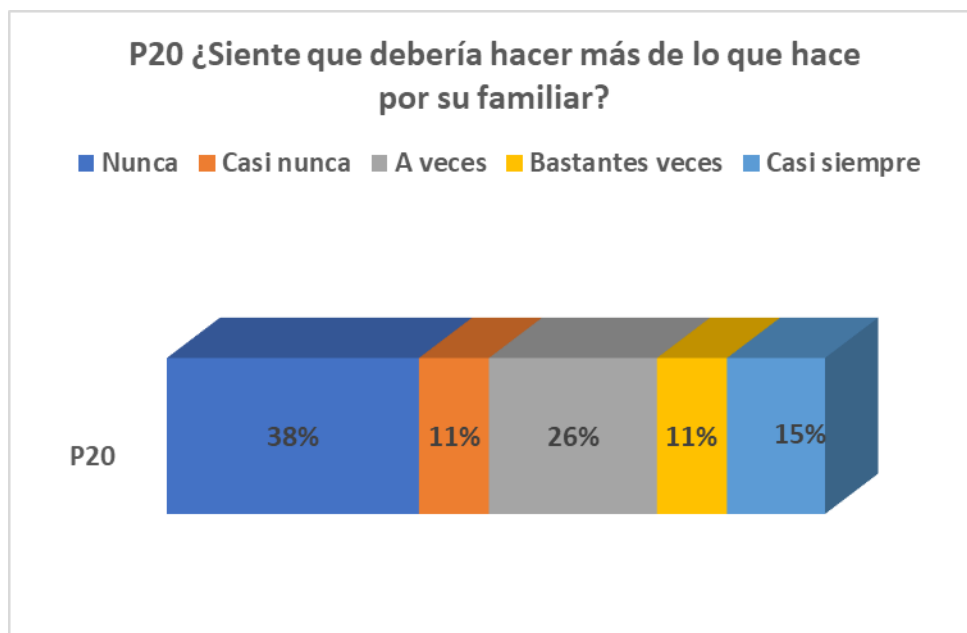
**Gráfica 23.** Resultados de las entrevistas para la pregunta 17, de acuerdo con la escala Zarit.



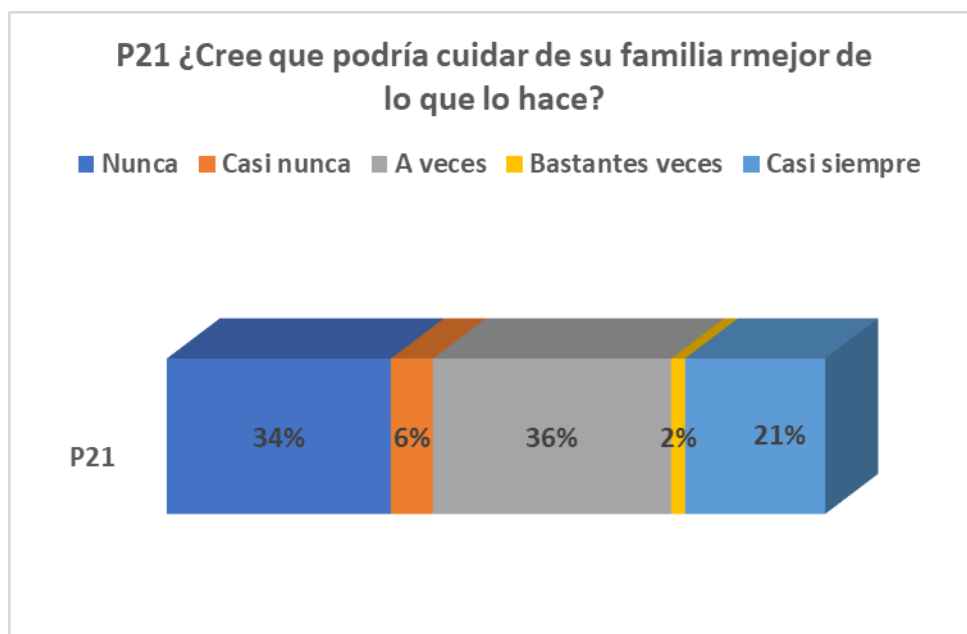
**Gráfica 24.** Resultados de las entrevistas para la pregunta 18, de acuerdo con la escala Zarit.



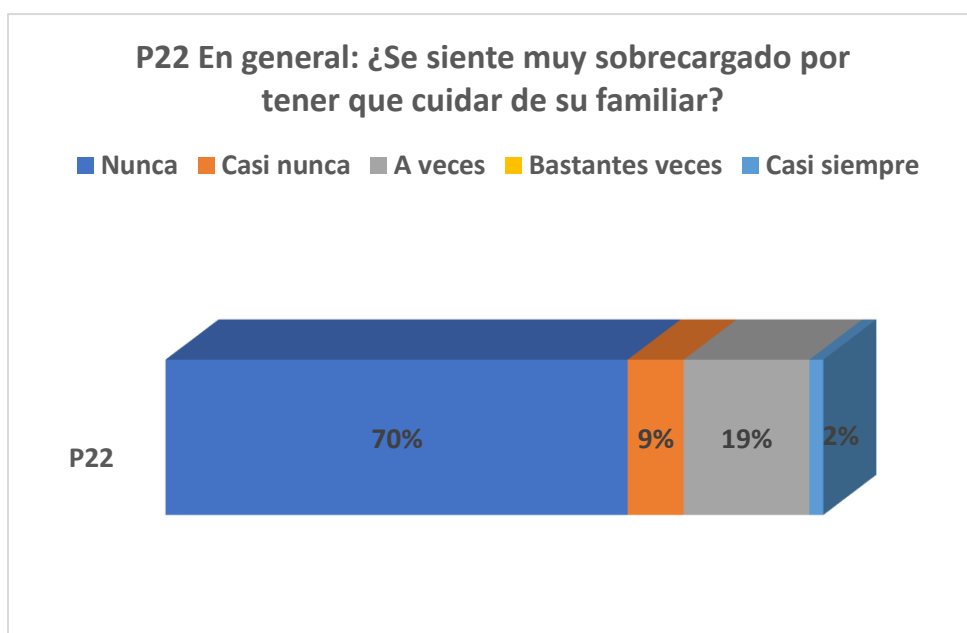
**Gráfica 25.** Resultados de las entrevistas para la pregunta 19, de acuerdo con la escala Zarit.



**Gráfica 26.** Resultados de las entrevistas para la pregunta 20, de acuerdo con la escala Zarit.

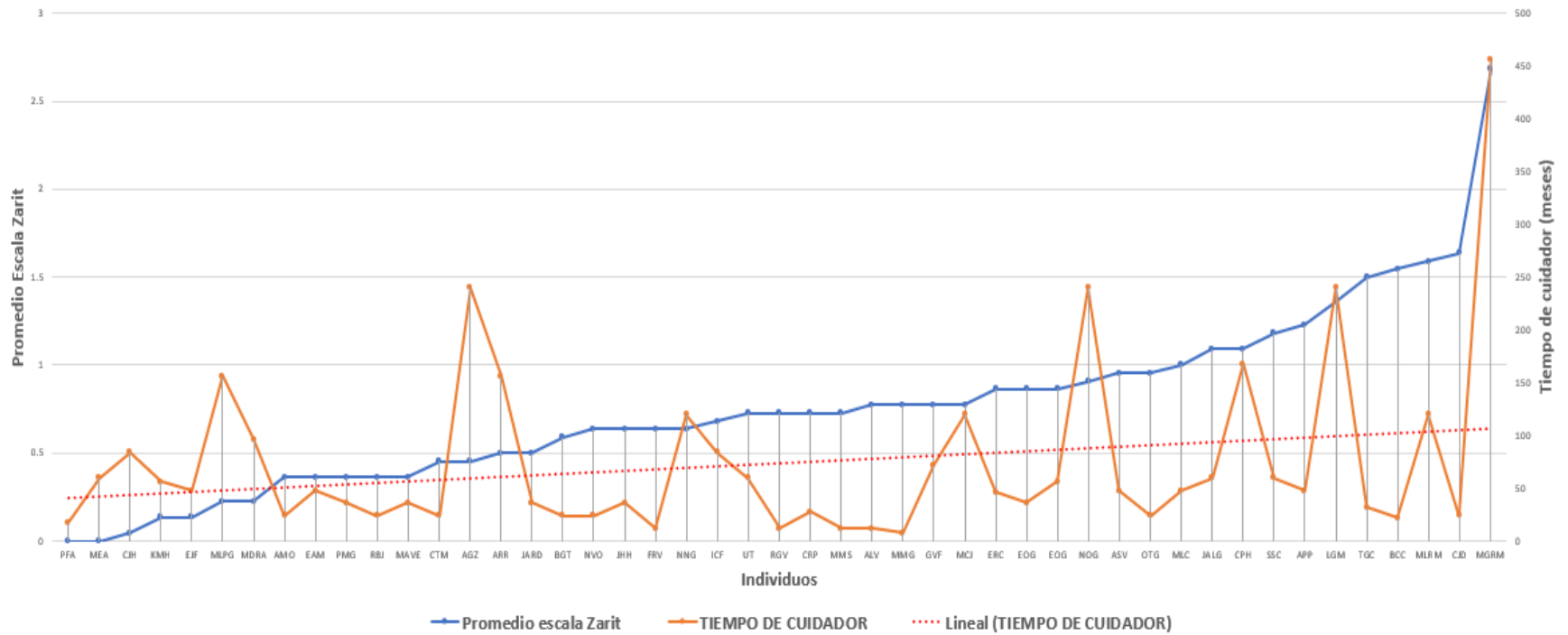


**Gráfica 27.** Resultados de las entrevistas para la pregunta 21, de acuerdo con la escala Zarit.

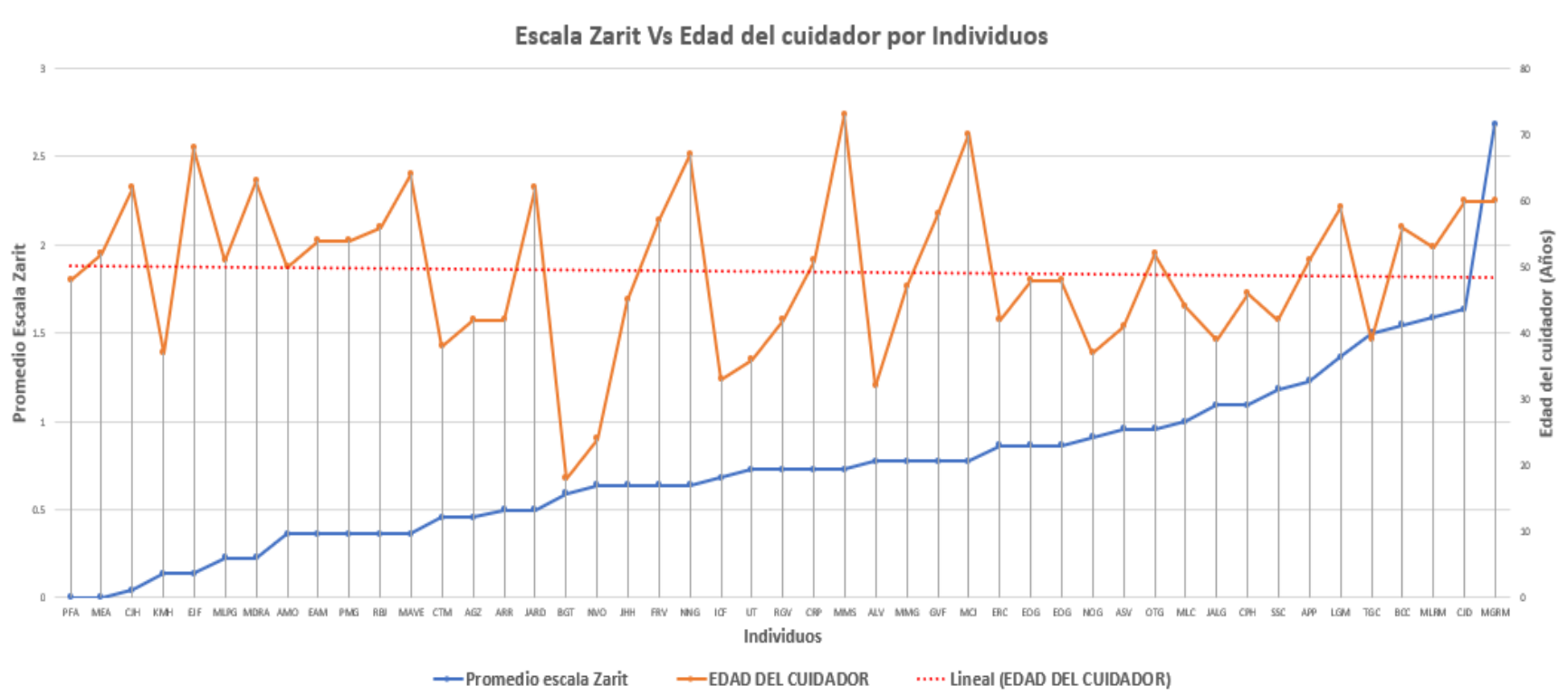


**Gráfica 28.** Resultados de las entrevistas para la pregunta 22, de acuerdo con la escala Zarit.

Escala Zarit Vs Tiempo de cuidador, por Individuos



Gráfica 29. Tiempo de cuidador en meses con relación al promedio de sobrecarga en la escala Zarit



**Gráfica 30.** Edad del cuidador en años con relación al promedio de sobrecarga en la escala Zarit.

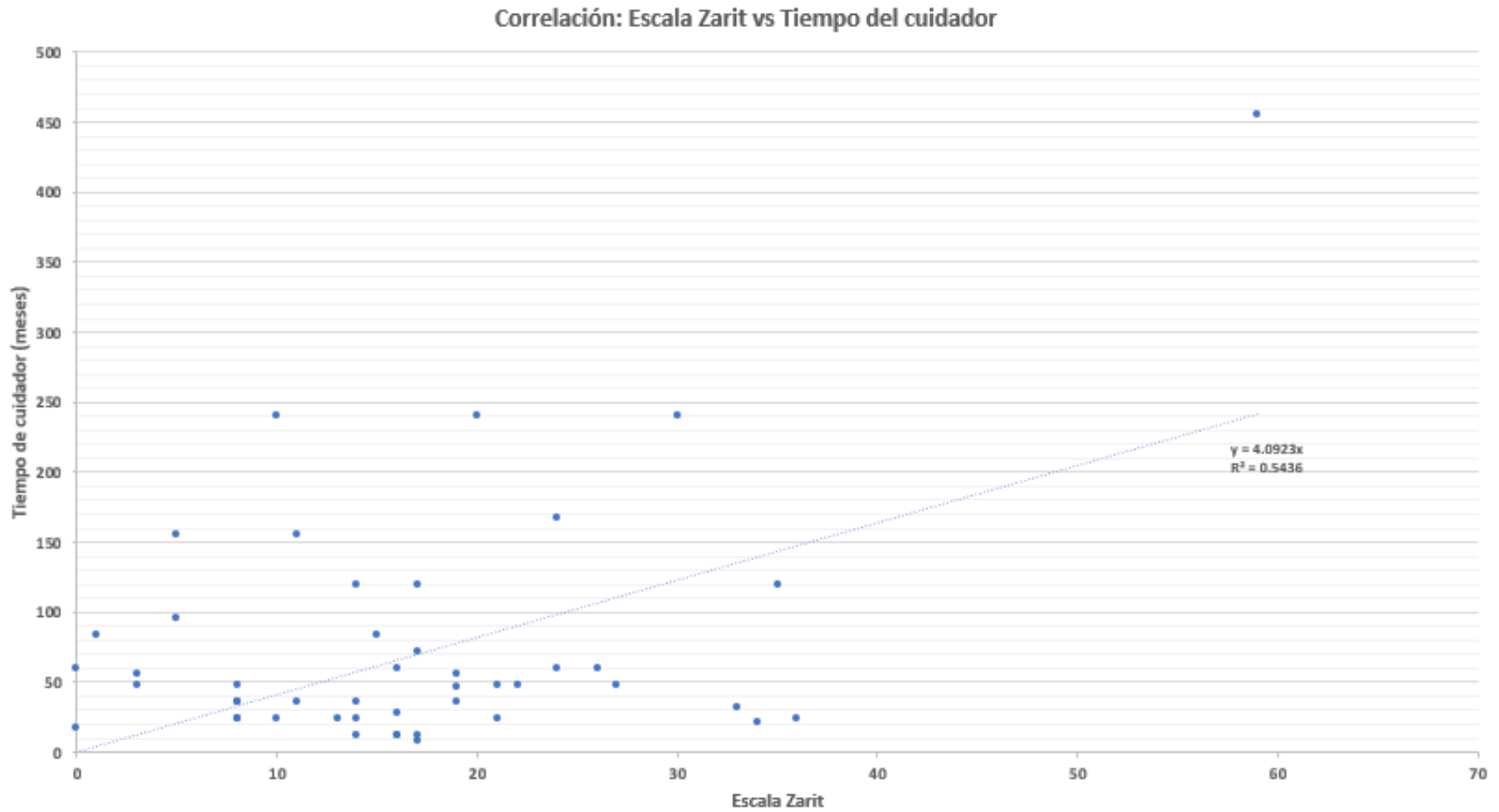
**Tabla 9.** Correlación de la escala Zarit Versus tiempo de cuidador primario.

Correlacion Escala Zarit Vs Edad			
Correlation Coefficients			
Pearson	0.00368		
Spearman	-0.10943		
Kendall	-0.0495		
Pearson's coeff (t test)		Pearson's coeff (Fisher)	
Alpha	0.05	Hyp rho	0
Tails	2	Alpha	0.05
		Tails	2
corr	0.00368	corr	0.00368
std err	0.14907	std err	0.14744
t	0.02469	z	0.02442
p-value	0.98041	p-value	0.98052
lower	-0.29656	lower	-0.28379
upper	0.30392	upper	0.29054

Valores de referencia de correlación
Entre 0 y 0,10: correlación inexistente
Entre 0,10 y 0,29: correlación débil
Entre 0,30 y 0,50: correlación moderada
Entre 0,50 y 1,00: correlación fuerte

**Análisis:** El valor de correlación de Pearson de 0.434123 indica que hay una correlación moderada entre la escala de Zarit y el tiempo en que los participantes han sido cuidadores de su paciente.

**Análisis:** El valor de correlación de Spearman de 0.087548 indica que no hay correlación entre la escala Zarit y el tiempo de cuidadores.



**Gráfica 31.** Correlación de la escala Zarit Versus tiempo de cuidador primario.



**Tabla 10.** Correlación de la escala Zarit Versus edad del cuidador primario.

Correlacion Escala Zarit Vs Tiempo			
Correlation Coefficients			
Pearson	0.43412		
Spearman	0.08755		
Kendall	0.05044		
Pearson's coeff (t test)		Pearson's coeff (Fisher)	
Alpha	0.05	Hyp rho	0
Tails	2	Alpha	0.05
		Tails	2
corr	0.43412	corr	0.43412
std err	0.13429	std err	0.14744
t	3.2327	z	3.08424
p-value	0.0023	p-value	0.00204
lower	0.16365	lower	0.16789
upper	0.7046	upper	0.64134

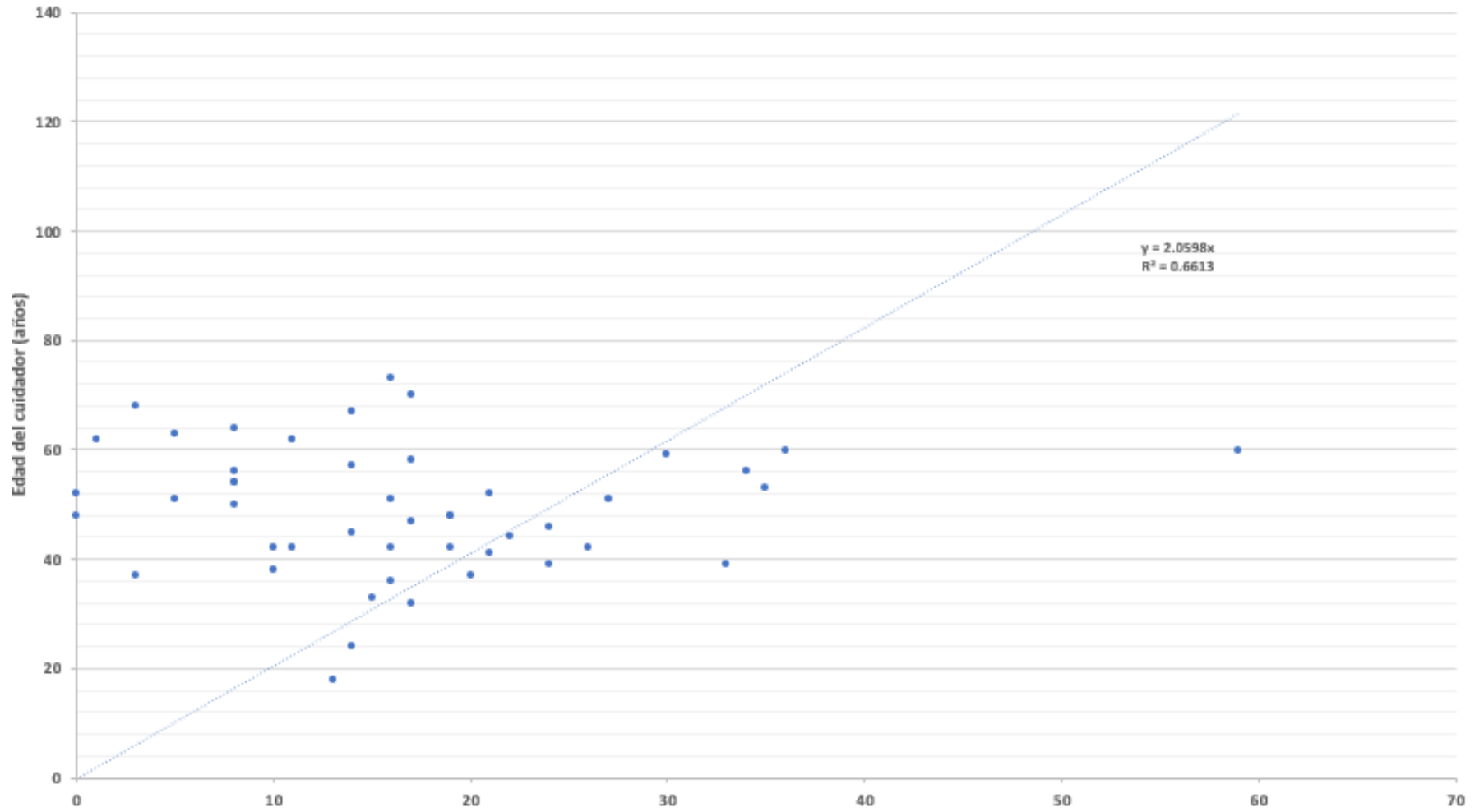
Valores de referencia de correlación
Entre 0 y 0,10: correlación inexistente
Entre 0,10 y 0,29: correlación débil
Entre 0,30 y 0,50: correlación moderada
Entre 0,50 y 1,00: correlación fuerte

**Análisis:** El valor de correlación de Pearson de 0.003681 indica que no hay correlación entre la escala de Zarit y la edad de los participantes de este estudio.

**Análisis:** El valor de correlación de Spearman de -0.10943 indica una tendencia negativa en donde valores altos en la escala Zarit, representa menor edad de los participantes.



Correlación: Escala Zarit vs Edad del cuidador



Gráfica 32. Correlación de la escala Zarit Versus edad del cuidador primario.



## 11.- DISCUSIÓN

Se estudiaron 47 participantes, familiares cuidadores del paciente adulto mayor usuario de CPAP. En el que se incluyeron un total de 37 mujeres y 10 hombres, representando un 79% y un 21 % respectivamente, representando la edad de mayor frecuencia en el grupo de 18 a 50 años.

Dentro del grupo de participantes de este estudio, se observa que las personas casadas o con una unión estable desempeñan predominantemente el papel de cuidadores primarios. Además, en cuanto al parentesco con el paciente adulto mayor que utiliza CPAP, se observa que los hijos e hijas constituyen la mayoría de los cuidadores, seguidos en frecuencia por el esposo o esposa, y en menor medida, por un cuidador externo sin parentesco directo. Este hallazgo coincide con las investigaciones previas realizadas por Ruiz de Chávez y Montero Pardo, quienes señalan que los cuidadores primarios suelen tener un vínculo directo con el paciente, como la esposa(o) o la hija(o).(29)(30)

Esta información es relevante para comprender la dinámica de cuidado en el contexto de los pacientes que utilizan CPAP para el tratamiento de la apnea del sueño. El hecho de que los familiares cercanos, particularmente los cónyuges e hijos, asuman el rol de cuidadores primarios puede influir en diversos aspectos, como el apoyo emocional, la supervisión de la terapia y el seguimiento del tratamiento.

Es importante considerar estos factores en el diseño de intervenciones o programas de apoyo dirigidos a los cuidadores primarios, con el fin de promover su bienestar y mejorar la calidad de vida tanto del paciente como del cuidador.

Con relación a los resultados del tiempo de cuidado, se observa que la frecuencia de cuidadores es mayor en pacientes que han utilizado el equipo CPAP durante menos de 5 años, con un total de 33 participantes. En orden de frecuencia, se identificó que 7 personas actuaron como cuidadores durante un período de 6 a 10 años, 3 participantes durante 11 a 15 años, 3 individuos durante 16 a 20 años, y 1 participante durante 36 a 40 años. Estos hallazgos difieren ligeramente de lo

mencionado por López Gil, quien señala que el tiempo promedio de un cuidador primario es de 4.2 años en su estudio, aunque en dicho estudio también se informó la presencia de sobrecarga en un 66.4% de los participantes (29).

En cuanto a los resultados de la Escala Zarit aplicada a los 47 participantes, se clasificaron en tres categorías. En el primer grupo, los resultados indicaron un puntaje igual o menor a 46, lo cual sugiere ausencia de sobrecarga, y este grupo estuvo conformado por 46 participantes. No se obtuvieron resultados en el segundo grupo, que representa a personas con sobrecarga ligera y requiere un puntaje entre 47 y 55. El tercer grupo, que representa a los familiares cuidadores con sobrecarga intensa y un puntaje mayor a 56, contó con la participación de un individuo. Estos hallazgos difieren de lo mencionado por López Gil en relación con la sobrecarga del cuidador en el presente estudio (29).

Es importante destacar que los resultados obtenidos en este estudio proporcionan una visión específica sobre el tiempo de cuidado y la sobrecarga percibida por los cuidadores de pacientes que utilizan CPAP, y estos resultados pueden diferir de otros estudios debido a las particularidades de la muestra y el contexto en el que se llevó a cabo la investigación.

En resumen, se encontró que la edad promedio de los cuidadores es de 49 años, siendo el sexo femenino el más representado, coincidiendo con lo mencionado en el comunicado de prensa publicado por el INEGI y Rivera Navarro (5)(30). En el caso de los pacientes que utilizan CPAP durante menos de 5 años, la mayoría de los cuidadores familiares no manifestaron presentar sobrecarga, según los resultados obtenidos mediante la aplicación de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.

Sin embargo, al analizar las preguntas se observa una tendencia que las preguntas relacionadas con los cuidados directos hacia el familiar no se perciben como una carga. Además, se nota una mayor frecuencia de preocupación por el futuro del familiar y la posibilidad de realizar mejores cuidados al paciente usuario de CPAP.



## DATOS DE LOS CUIDADORES



**Gráfica 33** Infografía con datos relevantes de los cuidadores.





## 12. CONCLUSIONES

Gracias a lo expuesto anteriormente y tras realizar el análisis correspondiente a los datos obtenidos durante el proceso de investigación, podemos deducir lo siguiente.

Entre los factores que inciden en su mayoría en la calidad de vida del familiar cuidador primario se encuentran: la percepción de que su familiar requiere más ayuda de la que realmente necesita, la incertidumbre sobre el futuro del familiar y la combinación de las responsabilidades del cuidador con los cuidados del paciente. A pesar de la prevalencia de estos factores, no se puede considerar que exista una sobrecarga en los cuidadores.

Sustentando el hecho que la mayoría de los cuidadores son personas del sexo femenino y familiares directos. Así mismo el hecho de estar en pareja con otra persona y cuidar del paciente adulto mayor con uso de CPAP se observó con notable presencia.

No obstante, el tiempo de ser cuidador es un factor que influye en la aparición de sobrecarga. Por lo tanto, el hecho de tener un familiar adulto mayor que utiliza CPAP durante el sueño, no se considera un factor determinante en la calidad de vida del cuidador primario. Sin embargo, pueden existir ciertos aspectos que generen preocupación en el cuidador, sin llegar a ser considerados como sobrecarga.

Por el contrario, el tener bajo cuidados a un familiar adulto mayor, no se considera un determinante de vergüenza o frustración o el hecho de mermar la calidad de vida social por hacerse cargo del paciente.

De esta forma podemos concluir que la mayor parte de cuidadores familiares primarios, pertenecen al sexo femenino, con el parentesco de ser hijas de los pacientes, con una edad promedio de 49 años.

"Sin embargo, a raíz de lo expuesto anteriormente, no se logra respaldar la hipótesis planteada en este trabajo. Además, es importante destacar que el tamaño de la muestra es reducido, lo que sugiere la necesidad de realizar estudios de mayor

envergadura para comprender a fondo el impacto de los cuidadores en su desarrollo potencial."

Por lo tanto, sería prudente realizar la escala Zarit de manera oportuna y regular para monitorear la presencia de sobrecarga del cuidador, de esta forma mejorar la calidad de vida del binomio paciente-cuidador familiar primario.



### 13.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INAPAM. Cuidadores y cuidadoras de personas mayores | Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores | Gobierno | gob.mx [Internet]. 2020. Available from: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/cuidadores-y-cuidadoras-de-personas-mayores?idiom=es%0Ahttps://www.gob.mx/inapam/articulos/cuidadores-y-cuidadoras-de-personas-mayores%0Ahttps://www.gob.mx/inapam/es/articulos/cuidadores-y-cuidadoras-de-personas-mayo>
2. Mariscal Chacón JA, Barahona Vargas BS, Linares Reyes RM, Castañeda Argueta LA, Mejía Bethancourt KM, Hernández Aldana AO. Repercusión mental de los cuidadores expuestos al trato con pacientes geriátricos. *Rev Académica CUNZAC*. 2021;4(1):65–73.
3. Pérez González S. Valoración percibida del cuidador/a principal de personas con demencia en la asociación de familiares y cuidadores de enfermos de Alzheimer y otras demencias de Tenerife, La Gomera y El Hierro (AFATE). Univ La Laguna. 2020;
4. Martínez S. Síndrome del cuidador quemado. *Rev Clínica Med Fam* [Internet]. 2020;13(1):97–100. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2020000100013](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2020000100013)
5. INEGI. Comunicado de Prensa Núm. 450 / 20 1 de Octubre del 2020, El INEGI presenta resultados de la quinta edición de la encuesta nacional de salud y envejecimiento. 2020;
6. Flores N, Jenaro C, Moro L, Tomşa R. Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes: estudio comparativo. *Eur J Investig Heal Psychol Educ*. 2015;4(2):79.
7. Lopera-Vásquez JP. Health-related quality of life: Exclusion of subjectivity. *Cienc e Saude Coletiva*. 2020;25(2):693–702.
8. Salazar Gómez T. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*.

- Enfermería Univ. 2018;7(1):49–54.
9. Egaña Fernández M. Factores de riesgo y prevención en el síndrome de sobrecarga del cuidador. 2021 [cited 2021 Aug 12]; Available from: <http://hdl.handle.net/10366/146801>
  10. Ulloa EH, Jesús J De, Rodríguez L, Bayard RB, Llerena TZ. Factores de riesgo de morbilidad física y psicológica en cuidadores de adultos mayores con demencia Physical and psychological morbidity risk factors in caregivers of older adults with dementia. 2021;47(2):1–22.
  11. Alouat-chentouf S. adultas en ingreso domiciliario : revisión sistemática Quality of life of caregivers of adult people at home admission : systematic review. 2021;5(2):89–113.
  12. Blanco V, Guisande MA, Sánchez MT, Otero P, López L, Vázquez FL. Síndrome de carga del cuidador y factores asociados en cuidadores familiares gallegos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2019;54(1):19–26.
  13. Nogueira F, Borsini E, Cambursano H, Marcela S, Dibur E, Franceschini C, et al. Guías prácticas de diagnóstico y tratamiento del síndrome de apneas e hipopneas obstructivas del sueño: Actualización 2019: Sección Sueño, Oxigenoterapia y Tratamientos Crónicos Domiciliarios. Asociación Argentina de Medicina Respiratoria. Rev Am Med Respir [Internet]. 2019 [cited 2021 Aug 17];19(1):59–90. Available from: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1852-236X2019000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-236X2019000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  14. En México, cuatro por ciento de hombres y dos por ciento de mujeres sufren apnea del sueño [Internet]. 2016. Available from: <http://www.gob.mx/salud/articulos/en-mexico-cuatro-por-ciento-de-hombres-y-dos-por-ciento-de-mujeres-sufren-apnea-del-sueno>
  15. Carrillo-Mora P, Barajas-Martínez KG, Sánchez-Vázquez I, Rangel-Caballero MF. Transtornos del sueño: ¿qué son y cuáles son sus consecuencias? Rev la Fac Med [Internet]. 2018;61(1):6–21. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v61n1/2448-4865-facmed-61-01-6.pdf>
  16. De F, De C, Salud LA. Universidad Privada Norbert Wiener. 2016; Available

from:

[http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/956/ESPECIALIDAD - Montero Crisologo%2C Diana Carolina.pdf?sequence=4&isAllowed=y](http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/956/ESPECIALIDAD-MonteroCrisologo%2C-DianaCarolina.pdf?sequence=4&isAllowed=y)

17. Informativo F, Pacientes P, Familias YSUS. FOLLETO INFORMATIVO PARA PACIENTES Y SUS FAMILIAS CPAP ( presión positiva continua en las vías respiratorias ). :1–4. Available from: <https://intermountainhealthcare.org/ckr-ext/Dcmnt?ncid=520783591#:~:text=La CPAP utiliza una pequeña,tener un sueño más reparador.>
18. Luyster FS. Impact of obstructive sleep apnea and its treatments on partners: A literature review. *J Clin Sleep Med.* 2017;13(3):467–77.
19. Ye L, Pack AI, Maislin G, Dinges D, Hurley S, McCloskey S, et al. Predictors of continuous positive airway pressure use during the first week of treatment. *J Sleep Res.* 2012;21(4):419–26.
20. Weaver ATE. Evaluación y manejo de la falta de adherencia con presión positiva continua en las vías respiratorias ( CPAP ) para adultos con apnea obstructiva del sueño. *UptoDate [Internet].* 2021;1–23. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/assessing-and-managing-nonadherence-with-continuous-positive-airway-pressure-cpap-for-adults-with-obstructive-sleep-apnea?csi=cc612c0a-f065-4bfa-8029-ff74a6ca1bc9&source=contentShare#H1>
21. Torres Anaya A.J. UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO [Internet]. UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN FACULTAD; 2021. Available from: <http://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/UNJFSC/4619>
22. Chávez DJHM, Álvarez DNF, Gutiérrez DAK, Saenz DEP, Galicia DGT, Cantú DYMC. Detección y Manejo del Colapso del Cuidador. *Inst Mex del Seguro Soc.* 2015;58.
23. Caqueo-Urizar A, Lemos-Giráldez SS. Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad Latinoamericana.

Psicothema [Internet]. 2008;20(4):577–82. Available from:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2008-15296-012&lang=es&site=ehost-live>

24. Breinbauer K H, Vásquez V H, Mayanz S S, Guerra C, Millán K T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev Med Chil.* 2009;137(5):657–65.
25. Chang J. Guía para elaboración del proyecto y la tesis. 2015;31.
26. Unión C de diputados del HC de la. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigaciones para la Salud. *Ley Gen Salud* [Internet]. 1987;DOF 02-04-:1–31. Available from:  
<http://www.cofepris.gob.mx/MJ/Paginas/Reglamentos.aspx>
27. Código de Nuremberg. Código de Nuremberg: Normas éticas sobre experimentación en seres humanos. *Com Nac Bioet* [Internet]. 1947;1. Available from: [http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL\\_Cod\\_Nuremberg.pdf](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL_Cod_Nuremberg.pdf)
28. Mundial M. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. *Gac Med Mex.* 2001;137(4):387–90.
29. Moral Serrano MS, Juan Ortega J, López Matoses MJ, Pellicer Magraner P, López Gil MJ, Orueta Sánchez R, et al. Profile and risk of mental illness in caregivers for home care patients. Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Atención Primaria.* 2003;32(2):77–83.
30. Martín Gómez / Á. Feminización, cuidados y generación de soporte: cambio en las estrategias de atenciones a mayores dependientes en el medio rural. *Feminisation, Care and Support Generation: Ch. Rev Prism Soc* No 21. 2018;21.







Instituto Mexicano del Seguro Social  
UMF 248 San Mateo Atenco



Protocolo de Investigación Tema:

**Calidad de vida en el familiar cuidador del paciente mayor que padece apnea obstructiva del sueño en tratamiento con CPAP en la unidad de medicina familiar 248 San Mateo Atenco.**

Nombre o Iniciales del Entrevistado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Tiempo de cuidador (Meses) \_\_\_\_\_

Anotar en el último apartado de la derecha, la frecuencia con la que usted respondería a la pregunta.

*Escala de carga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)*

Ítem	Pregunta a realizar	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Casi siempre	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	0	1	2	3	4	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	0	1	2	3	4	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	0	1	2	3	4	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	0	1	2	3	4	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	0	1	2	3	4	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	0	1	2	3	4	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	0	1	2	3	4	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	0	1	2	3	4	

12	<i>¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?</i>	0	1	2	3	4	
13	<i>¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?</i>	0	1	2	3	4	
14	<i>¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?</i>	0	1	2	3	4	
15	<i>¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?</i>	0	1	2	3	4	
16	<i>¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?</i>	0	1	2	3	4	
17	<i>¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?</i>	0	1	2	3	4	
18	<i>¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?</i>	0	1	2	3	4	
19	<i>¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?</i>	0	1	2	3	4	
20	<i>¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?</i>	0	1	2	3	4	
21	<i>¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?</i>	0	1	2	3	4	
22	<i>En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?</i>	0	1	2	3	4	
<i>Total</i>							

Investigador principal: Dra. Josefina Talamantes Becerra.  
Médico General adscrito en la UMF 248 San Mateo Atenco  
[finatalabu@gmail.com](mailto:finatalabu@gmail.com)  
Investigador Asociado: Dr. Guillermo A. Espinosa Fuentes.  
Correo electrónico: [gaespinosa.fuentes@gmail.com](mailto:gaespinosa.fuentes@gmail.com)  
Teléfono: 7223809382

## Anexo II

	<p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b>  <b>UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD</b>  <b>COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</b>  <b>UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 248 SAN MATEO ATENCO.</b>  <b>TÍTULO:</b>  <b>“CALIDAD DE VIDA EN EL FAMILIAR CUIDADOR DEL PACIENTE MAYOR QUE PADECE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN TRATAMIENTO CON CPAP EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 248 SAN MATEO ATENCO”</b></p>
<b>Anexo X. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</b>	
Investigador Principal	Josefina Talamantes Becerra.
Investigador Asociado o Tesista	Guillermo A. Espinosa Fuentes.
Número de registro:	En trámite
Financiamiento (si Aplica)	No aplica.
Lugar y fecha:	San Mateo Atenco a 27 de noviembre de 2021.
Riesgo de la Investigación:	Riesgo mínimo.
Justificación y Objetivos del estudio:	Conocer la situación de los cuidadores de pacientes con tratamiento de CPAP en lo referente su percepción de tener otras actividades complementarias a sus quehaceres diarios para atender a su familiar y como afecta su calidad de vida.
Procedimientos:	Basados en el censo de pacientes usuarios de CPAP con la que cuenta la UMF 248, los participantes serán seleccionados de manera aleatoria y sin discriminación. Se localizarán a los familiares de los pacientes o a los pacientes para que, a través de ellos, poder contactar a su familiar cuidador, lo anterior realizándose vía telefónica para solicitar su colaboración en el presente estudio, agendando y acordando su presencia en la unidad de medicina familiar. Siempre y cuando acepte el posible participante, se procederá a realizar la entrevista. Se aplicará el cuestionario ZARIT a los familiares cuidadores de los pacientes con tratamiento de CPAP para posterior análisis de los datos con la información que se obtenga.
Posibles riesgos y molestias:	En el presente estudio, únicamente puede generar las molestias propias de ofrecer información y el tiempo invertido por parte del entrevistado.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	No recibirá pago por su participación, ni implica gasto alguno para usted, si bien; los beneficios directos para usted pudieran no existir, los resultados de este estudio brindarán información relevante y se incrementará el conocimiento científico sobre el tema de investigación. Posterior a la realización de la encuesta ZARIT, en caso de detectarse un grado de sobrecarga, se ofrecerán las sugerencias para que sea atendido por un profesional de la salud correspondiente a su derechohabencia y en caso de pertenecer sector institucional se realizará con base al manual de procedimientos de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social para la atención en primer nivel de atención.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento (ensayos clínicos)	Los resultados obtenidos del cuestionario se darán a conocer a la persona entrevistada. Se explicará de una manera clara y concisa, basada en su calificación el grado de exceso de trabajo asociado a atender a su familiar enfermo y sugerir cómo dar seguimiento para su atención oportuna referente a la sobrecarga del cuidador. En caso de que alguna autoridad institucional solicitara la información en lo referente al presente estudio, se deberá facilitar la entrega de lo requerido, siempre y cuando se salvaguarde los aspectos confidenciales de los participantes realizándose de una manera ética y responsable.
Participación o retiro:	Su participación es completamente voluntaria, si decide NO participar no se verán afectadas las atenciones que reciben tanto el paciente como el familiar por parte del IMSS. Si decide participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento, lo cual tampoco modificará los beneficios que usted tiene como derechohabiente del IMSS. Si se incluyeran en la investigación participantes NO derechohabientes al IMSS especificar que no se obtendrá Afiliación.
Privacidad y confidencialidad:	La información que nos brinde es estrictamente confidencial y será resguardada con claves alfanuméricas y las bases de datos estarán protegidas por una clave de acceso, solo el equipo de investigación tendrá acceso a la información, cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en foros o conferencias no existe información que pudiera revelar su identidad.
En caso de colección de material biológico:	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra.

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</p> <p>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</p>
<p>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con esta investigación podrá dirigirse a:</p> <p>Investigador Responsable: Dra. Josefina Talamantes Becerra. Domicilio: Calle Libertad sin número, Barrio de Guadalupe, San Mateo Atenco, Estado de México. Tel. (728)2879573 Ext. 1075</p> <p>Colaboradores: Dr. Guillermo A. Espinosa Fuentes. Domicilio: Calle Libertad sin número, Barrio de Guadalupe, San Mateo Atenco, Estado de México. Tel. (728)2879573 Ext. 1075</p>	
<p>En caso de dudas, aclaraciones o quejas sobre sus derechos como participante en un estudio de investigación, podrá dirigirse al Comité de Ética en Investigación 15058, Unidad de Medicina Familiar Número 222 del IMSS: Calle Josefa Ortiz de Domínguez Esquina Avenida José Ma. Morelos y Pavón e Hidalgo, Colonia Santa Clara. Toluca, Estado de México, CP. 50000. Teléfono (722) 2798000 extensión 1320, de lunes a viernes, en un horario de 08:00 a 16:00 horas, correo electrónico: <a href="mailto:comite.etica15058@gmail.com">comite.etica15058@gmail.com</a></p>	
<p>Nombre, firma y fecha del participante</p>	<p>Nombre, firma y fecha de quien obtiene el consentimiento</p>
<p>Testigo 1</p> <p>Mi firma como testigo certifica que la participante firmó este formato en mi presencia, de manera voluntaria</p>	<p>Testigo 2</p> <p>Mi firma como testigo certifica que la participante firmó este formato en mi presencia, de manera voluntaria</p> <p>Nombre, relación y firma</p>
<p>Clave: 2810-009-013 43</p>	

### Anexo III

VoLTE 4G 74% 11:35

#### Encuesta poblacional o estudio descriptivo mediante un muestreo aleatorio (no cluster)

Nivel confianza	Tamaño muestra
80%	27
90%	38
95%	47
97%	52
99%	61
99.9%	73
99.99%	80

Tamaño población: 105

Frecuencia esperada: 5.9%

Limites de confianza: 5%

## Anexo IV



San Mateo Atenco, a 09 de Octubre de 2021.

Instituto Mexicano del Seguro Social  
Sistema de Registro Electrónico  
de la Coordinación de Investigación en Salud  
(SIRELCIS).

**Asunto: Carta de No Inconveniente para la realización  
de Protocolo de Investigación.**

Por medio de la presente, me permito informar que No existe inconveniente alguno para que se realice el protocolo de investigación que a continuación se describe, una vez que haya sido evaluado, y aprobado por el Comité Local de Investigación en Salud y el comité de ética en Investigación que le correspondan.

Título de la Investigación:

***“Calidad de vida en el familiar cuidador del paciente mayor que padece apnea obstructiva del sueño en tratamiento con CPAP en la unidad de medicina familiar 248 San Mateo Atenco”.***

**Investigador principal:**

Dra. Josefina Talamantes Becerra.  
Médico General  
Adscrito a la UMF 248 San Mateo Atenco.

**Investigador Asociado:**

Dr. Guillermo A. Espinosa Fuentes  
Medico Familiar.



Sin más por el momento, agradezco su atención y envío un cordial saludo.

**Atentamente**

  
\_\_\_\_\_  
**Dra. Leonor de la Cruz Angeles.**  
**Directora de la UMF 248**

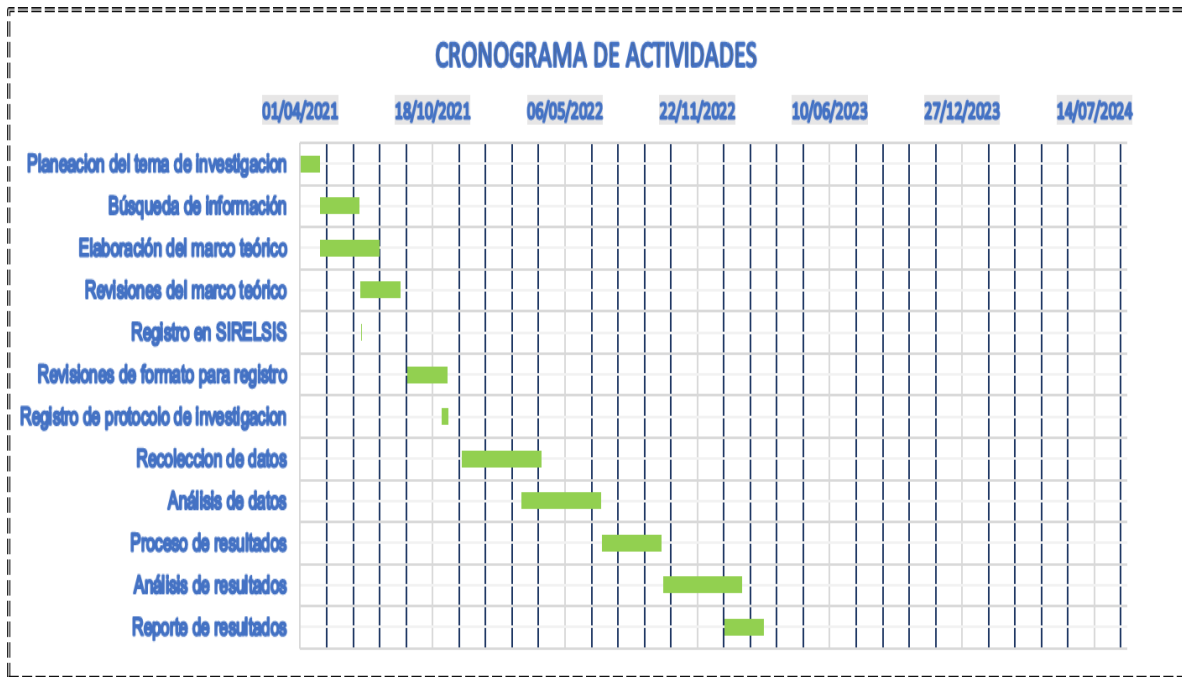
C.c.p. Investigador principal  
C.c.p. CCEIS

## Anexo V

	<b>PROTOCOLO DE INVESTIGACION</b> <b>CALIDAD DE VIDA EN EL FAMILIAR CUIDADOR DEL PACIENTE MAYOR QUE PADECE</b> <b>OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN TRATAMIENTO CON CPAP</b> <b>EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 248 SAN MATEO ATENCO</b>							
<b>HOJA DE TRABAJO</b>								
Num.	Num. de Seguridad Social	Nombre o Iniciales	Edad	Sexo	Estado civil	Parentesco	Tiempo como cuidador	Calificación Zarit
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
Investigador principal: Dra. Josefina Talamantes Becerra. Tel 722-6208446								
Investigador asociado: Dr. Guillermo Espinosa Fuentes. Tel. 722-380-93-82								
Sexo; (1) Masc. (2) Fem      Estado Civil; (1) Soltero (2) Casado (3) Viudo (4) Separado (5) Divorciado.								
Parentesco (1) Esposa(o) (2) Hijo(a) (3) Nuera/yerno (4) Hermano(a) (5) Otro								
Tiempo de cuidador; (1) menos de 1 año (2) 1 a 5 años (3) Más de 5 años.								
Puntaje < a 46 no sobrecarga. Puntaje > 56 sobrecarga alta.								



## Anexo VI



Actividad	Fecha de Inicio	Fecha de término	Duración Días
Planeacion del tema de investigacion	01/04/2021	30/04/2021	30
Búsqueda de información	01/05/2021	29/07/2021	60
Elaboración del marco teórico	01/05/2021	28/08/2021	90
Revisiones del marco teórico	01/07/2021	29/08/2021	60
Registro en SIRELSIS	02/07/2021	02/07/2021	1
Revisiones de formato para registro	10/09/2021	08/11/2021	60
Registro de protocolo de investigacion	01/11/2021	10/11/2021	10
Recoleccion de datos	11/12/2022	28/02/2023	120
Análisis de datos	01/03/2023	01/04/2023	120
Proceso de resultados	01/04/2023	31/05/2023	90
Análisis de resultados	01/05/2023	31/05/2023	120
Reporte de resultados	01/06/2023	30/06/2023	60