



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
SUBDIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA:
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 92**

**APOYO SOCIAL RELACIONADO A LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE
DERECHOHABIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN LA UMF 92**

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

PRESENTA:

LIC. MORENO GRIFALDO DANIEL

REGISTRO AUTORIZADO: R-2022-1401-029

DIRECTOR

M, EN EDUCACIÓN OLIVIA REYES JIMÉMEZ

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y

**COORDINADORA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 92.**

ASESOR DE TESIS:

E EN MF. BENJAMIN ESTRADA HERNÁNDEZ

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 33

ESTADO DE MÉXICO

2023

1



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



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.

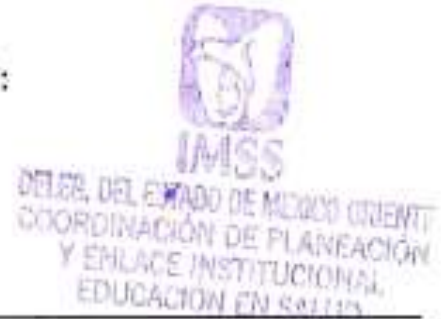
**APOYO SOCIAL RELACIONADO A LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO
DE DERECHOHABIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN LA UMF 92**

TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

LIC. MORENO GRIFALDO DANIEL

AUTORIZACIONES:



**M. EN EDUCACIÓN PEDRO ALBERTO MUÑOZ REYNA
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE**



**E. EN MF. RODRIGO RAMÍREZ VALDEZ
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 92, CIUDAD AZTECA
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE**



**M. EN EDUCACIÓN OLIVIA REYES JIMÉNEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 92
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE**



**APOYO SOCIAL RELACIONADO A LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO
DE DERECHOHABIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN LA UMF 92**

TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

LIC. MORENO GRIFALDO DANIEL

AUTORIZACIONES:



**E. EN MF BENJAMIN ESTRADA HERNÁNDEZ
ASESOR DE TESIS, ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 33**



**E. EN MF MIREYA PÉREZ PÉREZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MÉDICA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 92**



**M. EN EDUCACIÓN OLIVIA REYES JIMÉNEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 92
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE**



**APOYO SOCIAL RELACIONADO A LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO
DE DERECHOHABIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN LA UMF 92**

TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

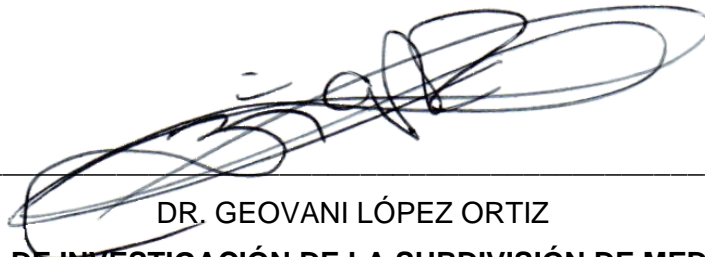
LIC. MORENO GRIFALDO DANIEL

AUTORIZACIONES:



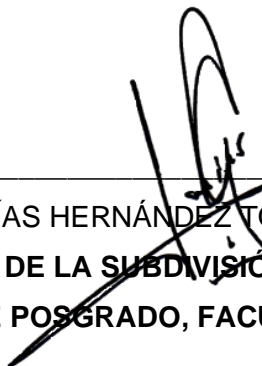
DR. JAVIER SANTA CRUZ VARELA

**JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR DE LA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO, FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M**



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ

**COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DE LA 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 DE
LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO, FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M**





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1401
P.O. Box 1401, Toluca, México

Registro COPIRES 17 CE 19 999 046
Registro Conadística COPIRENICA 19 CE 001 2517032

Fecha: Martes, 18 de junio de 2023

Dra. OLIVIA REYES JIMENEZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de Investigación con título **APOYO SOCIAL RELACIONADO A LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE DERECHAHABIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN LA UMF 92** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de Investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**.

Número de Registro Institucional

R-2022-1401-029

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. GENARO ÁNGEL CUAZOCHPA DELGADILLO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1401

Impreso

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD

AGRADECIMIENTOS.

Quiero agradecer a mi hija por su paciencia, amor y su entendimiento ya que este camino no ha sido fácil, nos hemos perdido de momentos maravillosos por dedicarle tiempo a nuestra tesis, que al final es de los dos, debes de saber que el trabajo más pesado que te puedas imaginar, al pensar en ti se vuelve el trabajo más ligero, porque eres mi mayor motivación, eres esa sonrisa tan linda al despertar.

A mi esposa, una mujer increíble que me has dado la fuerza para seguir luchando día a día por nuestros sueños a nivel personal como familiar, crecer a tu lado a sido algo increíble no solo en lo profesional me has hecho crecer a nivel personal, gracias por tu amor, paciencia y hacerme reír en los momentos que más lo he necesitado.

A mis padres y hermana gracias por todo el apoyo brindado al largo de mi carrera profesional, siempre confiaron en mi aun en los momentos más grises, tantas noches sin dormir se ven reflejas en estos momentos, gracias por estar pendiente de mi hija por cuidarla y amarla como lo hacen no queda más que decirles gracias.

A esta gran especialidad por darme conocimientos tan hermosos como solo los pude obtener, al estar presente en la vida de una persona desde su nacimiento hasta su vejez, rodeado de su ciclo familiar, así como brindarme la fortuna de encontrar personas a las que puedo llamar amigos.

A mi asesor por dedicar su tiempo y enseñanza y lograr la conclusión de esta tesis, quiero brindar un reconocimiento especial a mi coordinadora de enseñanza, nos dijo su tesis es su bebe cuídenla y tenía toda la razón, gracias por dedicarme el tiempo como si fuera su único residente.

Por último, pero no menos importante quiero agradecer al instituto Mexicano del Seguro Social por abrirme las puertas de esta gran institución,

TESIS

APOYO SOCIAL RELACIONADO A LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE DERECHOHABIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN LA UMF 92

INDICE.

1. Resumen.....	9
2. Marco teórico.....	11
3. Justificación.....	16
4. Planteamiento del problema.....	17
5. Pregunta de investigación.....	19
6. Objetivo.....	19
7. Hipótesis.....	19
8. Material y métodos.....	20
9. Variables.....	22
10. Descripción General del estudio.....	25
11. Análisis de datos.....	26
12. Aspectos éticos.....	27
13. Recursos y financiamiento.....	34
14. Metodología.....	34
15. Resultados.....	35
16. Conclusión.....	51
17. Recomendaciones.....	53
18. Bibliografía	29

1. RESUMEN ESTRUCTURADO

APOYO SOCIAL RELACIONADO A LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE DERECHOHABIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN LA UMF 92

Autores : Moreno GD ¹ Reyes. JO ² Estrada HB ³

Antecedentes: A nivel mundial 500 millones de personas padecen enfermedad renal crónica, la cual reciben mayor atención por parte del sector salud esto debido a las altas tasas de morbilidad, impacto en la economía de las instituciones. En el Instituto Mexicano del Seguro Social el cual es la entidad con mayor cobertura en el país, en el 2014 erogó 13,250 millones de pesos.**Objetivo:** Relacionar el apoyo social con la sobrecarga del cuidador primario de derechohabientes con enfermedad renal crónica en la UMF 92.**Material y Métodos:** Se llevo a cabo un estudio de tipo, analítico, por la medición del fenómeno en el tiempo es de tipo transversal y por el tipo de captación de la información es de tipo prospectivo.

Resultados: Se incluyo un total de 178 cuidadores primarios encargados de derechohabientes con enfermedad renal crónica un total de 101 mujeres y 77 hombres donde se obtuvo que un 66,7% de los cuidadores primarios presentaron sobrecarga del cuidador gracias al instrumento de evaluación ZARIT, así como el apoyo social del cual se obtuvo que el 56.7% presentaba apoyo social medio percibido. Al realizar la prueba U de Mann Whitney para asociar dos variables independientes obtuvimos una significancia de 0.000 por lo que se obtuvo una asociación fuerte entre el apoyo social medio y la sobrecarga del cuidador presente.

Conclusiones: El apoyo social medio tiene un impacto sobre la sobrecarga del cuidador por lo que resulta de suma importancia dar un seguimiento a los cuidadores primarios por parte del equipo de trabajo social, al igual que identificar datos de síndrome de desgaste del cuidador primario para poder otorgar valoración y tratamiento oportuno.

Palabras clave: Apoyo social, Cuidador primario. Enfermedad Renal Crónica.

1 Médico cirujano. Residente de la especialidad de medicina familiar UMF No 92

2 Especialista en Medicina Familiar. Coordinador de educación en investigación en salud UMF No 92

3 Especialista en Medicina familiar adscrito a la unidad de medicina familiar 33

STRUCTURED SUMMARY

SOCIAL SUPPORT RELATED TO THE OVERLOAD OF THE PRIMARY CAREGIVER OF RIGHT HOLDERS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE IN THE UMF 92

Authors: Moreno GD 1 Kings. JO 2 Estrada HB 3

Background: Worldwide, 500 million people suffer from chronic kidney disease, which receive greater attention from the health sector due to the high rates of morbidity and mortality, impact on the economy of the institutions. In the Mexican Institute of Social Security, which is the entity with the highest coverage in the country, in 2014 it disbursed 13,250 million pesos. Objective: To relate social support with the overload of the primary caregiver of beneficiaries with chronic kidney disease in the UMF 92 .Material and Methods: An analytical study was carried out, by measuring the phenomenon over time it is cross-sectional and by the type of information gathering it is prospective.

Results: A total of 178 primary caregivers in charge of beneficiaries with chronic kidney disease were included, a total of 101 women and 77 men, where it was obtained that 66.7% of the primary caregivers presented caregiver overload thanks to the ZARIT evaluation instrument, as well as the social support from which it was obtained that 56.7% presented average perceived social support. When performing the Mann Whitney U test to associate two independent variables, we obtained a significance of 0.000, so a strong association was obtained between the average social support and the burden of the caregiver present.

Conclusions: The average social support has an impact on the caregiver's burden, so it is extremely important to monitor the primary caregivers by the social work team, as well as to identify data on primary caregiver burnout syndrome in order to Provide timely assessment and treatment.

Keywords: Social support, Primary caregiver. Chronic Kidney Disease.

1 medical surgeon. Resident of the specialty of family medicine UMF No 92

2 Specialist in Family Medicine. Health Research Education Coordinator UMF No 92

3 Specialist in Family Medicine attached to the Family Medicine Unit 33

2. MARCO TEÓRICO

2.1 APOYO SOCIAL

Las primeras definiciones que se dieron sobre apoyo social fueron en el año 1970 por la psiquiatría británico John Bowlby en su teoría del desapego, la cual considera la necesidad de explicar el cariño de una madre hacia su hijo, directamente el efecto protector desde la niñez hasta la vejez. En la década de los dos mil se percibe al apoyo social como una variable indispensable en el proceso salud enfermedad, donde se otorga apoyo social de tipo afectivo, así como informativo, así como relaciones que implican responsabilidades mutuas. ⁽¹⁾

Ha sido definido por diversos autores de esta manera para Arteaga, Cogollo y Muñoz (2017) lo definen como la percepción de pertenencia a una red social por medio de la comunicación y obligaciones mutuas, en este sentido, es un proceso interactivo, considerado un factor protector ante enfermedades crónicas que afecta el bienestar de los pacientes e incentiva en ellos la adquisición de conductas favorables a su condición de salud, por su parte Clemente (2003) indica que el apoyo social es el grado en el que las necesidades sociales básicas de las personas son complacidas a través de la interacción con el otro. Las necesidades sociales básicas son la pertenencia, la afiliación, el afecto, la identidad, la seguridad y la aprobación. Estas necesidades se pueden cubrir mediante la ayuda socioemocional (amor o empatía) o por la previsión de ayudar instrumental (material o tangible). Apoyo social percibido disponible: Sensación de estar conectado con otros. Apoyo social recibido: Se califica preguntando si ha recibido conductas de apoyo como el préstamo de algún servicio o simplemente ser escuchado por un amigo. ⁽²⁾

El apoyo social dentro del binomio salud enfermedad se entiende como un fin que ayuda a conseguir el éxito, interviene en la formación de estrés de los cuidadores primarios, si el apoyo social es adecuado se puede considerar un protector de la salud, ya que nos ayuda a adaptarnos entes situaciones estresantes. La presencia de apoyo social en la vida diaria es asegura una postura adecuada ante eventos significativos de la vida como crisis personales y adaptación ante enfermedades crónico-degenerativas ⁽³⁾.

2.2 CUIDADOR PRIMARIO

Se entiende como cuidador primario a la persona que esta siempre cerca del paciente, tiene un papel primordial en su tratamiento, bienestar y recuperación, que toma decisiones en

relación con la salud del paciente y ayuda a cubrir sus necesidades básicas, lo que lo convierte en una figura necesaria para su cuidado ⁽⁴⁾

En algunas ocasiones los cuidadores no están preparados para asumir esta responsabilidad, lo que va disminuyendo su salud y calidad de vida. Esta persona no ha sido preparada para asumir este rol, el cual demanda exigencias y sacrificios, esto implica realizar ciertos cambios, e iniciar una vida nueva donde se olvida de sus proyectos, salud, intereses para asumir su nuevo rol de cuidador. ⁽⁵⁾

En 1999 la organización mundial de la salud (OMS) definió al cuidador primario como “la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente, decisiones para el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta”. ⁽⁶⁾

El síndrome de carga del cuidador se define como un conjunto de problemas físicos, mentales, y socioeconómicos que experimentan los cuidadores de enfermos crónicos en la cual se ve afectado su actividades de ocio, relaciones sociales amistades, intimidad, libertad y equilibrio personal. ⁽⁷⁾

Se realizó un estudio en nuestro país se encontró que 72.2% de los cuidadores reconocieron sentirse tristes y deprimidos, 62.5% con enojo e irritabilidad y 80% presentan tensión muscular y cansancio. Lo cual no se atendió por parte del cuidador primario por falta de tiempo, esto los lleva a postergar las citas médicas, así como auto medicarse hasta sentirse realmente enfermos. ⁽⁸⁾

El síndrome se presenta con estrés, ansiedad, irritabilidad, reacción de duelo, dependencia, temor a la enfermedad cambios conductuales, sensación de culpabilidad por no atender adecuada o efectivamente al paciente y las alteraciones afectivas que pueden motivar la aparición de ideas suicidas ⁽⁹⁾

2.3 INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

En 2002 *La Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* definió la enfermedad renal crónica como el daño renal que persiste por más de tres meses, ya sea por anormalidades funcionales o estructurales, con o sin disminución del índice de filtración glomerular el cual es $< 60 \text{ ml/min/1.73 m}^2$, con o sin daño renal, manifestando por trastornos y

concentraciones anormales de los marcadores de daño renal en sangre y orina proteinuria) o mediante pruebas de imagen. ⁽¹⁰⁾

A nivel mundial 500 millones de personas padecen enfermedad renal crónica, ⁽¹¹⁾ la cual reciben mayor atención por parte del sector salud esto debido a las altas tasas de morbilidad, entre las múltiples enfermedades crónicas degenerativas se encuentra la Enfermedad Renal Crónica la cual es considerada una patología sin expectativa de cura, que evoluciona de manera rápida y progresiva, según datos de la sociedad Latinoamericana de Nefrología e hipertensión en América latina un promedio de 613 pacientes por millón de habitantes tuvo acceso en 2011 a las alternativas de tratamiento para la sustitución de la función de los riñones. ⁽¹²⁾

Debe fomentarse la concientización de la enfermedad renal crónica entre la población y los responsables de políticas de seguridad, así como promover el uso de diálisis domiciliaria menos costosa en comparación con la hemodiálisis. ⁽¹³⁾

Las principales causas de la Enfermedad Renal Crónica son la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial sistémica, glomerulonefritis crónica, pielonefritis crónica, uso crónico de antiinflamatorios, enfermedades autoinmunes, poliquistosis renal, enfermedad de Alport, Malformaciones congénitas y enfermedad renal aguda prolongada. ⁽¹⁴⁾

No solo debemos considerar las patologías más frecuentes para presentar enfermedad renal crónica ya que también existen otros factores de riesgo como deshidratación crónica, exposición a pesticidas, infección por leptospirosis. ⁽¹⁵⁾

La KDOQI en 2002 menciona al tabaquismo como un factor de progresión para la enfermedad renal crónica con un consumo de 1-20 cigarrillos diarios, así como inactividad o una actividad física moderada, el sobrepeso la obesidad, el consumo de alcohol y uso de AINE ⁽¹⁶⁾

Una de las complicaciones más frecuentes de la enfermedad renal crónica es la anemia esta es más frecuente en pacientes con algún estadio avanzado que no cuentan con tratamiento sustituto de la función renal, este problema se asocia a una disminución en la calidad de vida, ⁽¹⁷⁾ Esta se define como hemoglobina en sangre se encuentra 2 desviaciones estándar por debajo de la concentración media de hemoglobina de la población general, corregida por edad y sexo, la causa de esta es la disminución de eritropoyetina endógena, esta es una hormona que produce la diferenciación y maduración

de los precursores de la serie roja. ⁽¹⁸⁾ Está comprobado que la enfermedad renal crónica es un factor de riesgo para presentar lesión renal aguda ⁽¹⁹⁾

La enfermedad renal crónica produce una deficiencia exagerada de vitamina D, esto los lleva a presentar diferentes trastornos óseos, metabólicos y cardiovasculares.. ⁽²⁰⁾ Está demostrado que la práctica de ejercicio, siendo el mejor el de resistencia tiene una efectividad muy alta en aumentar la densidad mineral ósea. ⁽²¹⁾

En pacientes con insuficiencia renal crónica, los niveles de sulfato de indoxilo aumenta entre 10 y 50 veces respectivamente, estas dos toxinas tienen una variante de efectos deletéreos en los tejidos corporales, que incluyen daños en las células tubulares renales, alteraciones de la coagulación así como disfunción endotelial. ⁽²²⁾

La apoptosis origina una pérdida celular, sin desencadenar una respuesta inflamatoria sin embargo se ha comprobado que algunos inhibidores de la caspasa, pueden desencadenar una necrosis y por lo tanto una lesión renal mediada por inflamación. ⁽²³⁾

Anteriormente el parámetro más utilizado para valorar la función renal solía ser la determinación de la creatinina sérica lo cual no reflejaba la función renal directamente debido a que incluyen factores como la edad, la superficie corporal por lo que actualmente lo ideal es calcular la tasa de filtración glomerular. ⁽²⁴⁾

. El diagnóstico es basado en estudios de laboratorio el cual incluye análisis de sangre en el cual se puede observar disminución de la creatinina sérica o cistatina c esto para estimar la tasa de filtración glomerular, es importante contar con estudios de orina con el fin de revisar los sedimentos urinarios especialmente la albumina, en Canadá se realizó una gran encuesta la cual fue alarmante ya que solo el 8% de los encuestados se conocían con Enfermedad Renal Crónica. ⁽²⁵⁾

Las personas con enfermedad renal crónica han demostrado tener bajos niveles de pirofosfato y una mayor actividad de la fosfatasa alcalina lo que lleva a presentar más riesgo de calcificación vascular caracterizada por presentar depósitos de calcio principalmente hidroxioapatita (La causa más frecuente de mortalidad en la enfermedad renal es la enfermedad cardiovascular, más alta en la población mayor ya que son más propensos a un evento cardiovascular al iniciar el tratamiento sustitutivo de la función renal con diálisis peritoneal. Es por esto que se han utilizado la ecografía carotídea y el índice tobillo brazo (ITB) han demostrado su utilidad como marcadores subclínicos, estos son de importancia

antes de iniciar el tratamiento de sustitución de la función renal pero no siempre están disponibles en la práctica clínica. ⁽²⁶⁾

La clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica según las guías K/DOQI 2002 de la National Kidney Foundation, Define al estadio I como tasa de filtración glomerular mayor de 90 ml/min/1.73 estadio 2 una tasa de filtración glomerular de 69-89 ml/min/1.73 estadio 3 una tasa de filtración glomerular 30-59 ml/min/1.73, estadio 4 tasa de filtración glomerular 15-29 ml/min/1.73 y el estadio 5 con una tasa de filtración glomerular menos de 15 ml/min/1.73. ⁽²⁷⁾

Se ha comprobado que en las personas que sufren Hipertensión Arterial la activación del sistema renina angiotensina aldosterona, por lo que se han ocupado inhibidores del sistema renina angiotensina aldosterona los antihipertensivos de elección que además se ha comprobado que disminuyen la progresión de la Enfermedad Renal Crónica. ⁽²⁸⁾

El principal marcador de daño renal es una excreción urinaria de albúmina o proteínas elevadas, según el estadio que presente esta enfermedad es como se llevaran a cabo las diferentes intervenciones, por ejemplo, en el estadio 1 se tiene que realizar una revisión periódica así como un manejo adecuado de las situaciones de riesgo para prevenir la enfermedad, en el estadio 2 lo más importante a realizar es la estimación de la progresión de la enfermedad, en el estadio 3 se tiene que realizar una evaluación y tratamiento de las complicaciones de la enfermedad renal crónica. Prevención cardiovascular, en el estadio 4. preparación, si procede para el tratamiento renal sustitutivo, en el estadio 5 Tratamiento renal sustitutivo y prevención cardiovascular. ⁽²⁹⁾

El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene una capacidad para atender a 65 millones de usuarios en sus diferentes regímenes administrativos y contiene el 50 % de pacientes con terapia dialítica, el costo directo de las terapias dialíticas en el IMSS es de unos 5.5 mil millones de pesos. ⁽³⁰⁾ La diálisis peritoneal es el tratamiento de elección de la enfermedad renal crónica estadio 5 ya que se encarga de eliminar las toxinas urémicas. ⁽³¹⁾

2.4 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.

Cuestionario mos de Apoyo Social es un instrumento autoaplicable el cual se compone de diferentes variables: Red de apoyo, Apoyo social emocional/ Informativa, Apoyo instrumental, Interacción social positiva, y apoyo efectivo, con un formato de respuesta Likert de 1 a 5 puntos. Pose un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.96. ⁽³²⁾

Escala de Carga del Cuidador, adaptada por Martín et al. (1996). Es utilizada y recomendada, se ha utilizado en cuidadores de pacientes con enfermedad renal crónica, en tratamiento sustitutivo de la función renal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis . Fue diseñada para valorar la vivencia subjetiva de sobrecarga sentida por el cuidador. Se trata de un instrumento auto-aplicado de 22 ítems. Cada cuestión se evalúa mediante una escala tipo Likert con 5 posibles respuestas que van desde nunca a casi siempre, puntuadas entre 1 y 5. La puntuación total es la suma de todos los ítems, por lo tanto, oscila entre 22 y 110. Puede indicar no sobrecarga (menor de 46), sobrecarga leve (47 a 56) y sobrecarga intensa (mayor de 57). Esta herramienta presenta gran confiabilidad interobservador (coeficiente de correlación intraclase entre .71 y .85 en validaciones internacionales). De la misma forma, esta escala ha demostrado gran validez de apariencia, contenido y constructo en las diferentes adaptaciones; además, se encuentra una consistencia interna con un coeficiente alfa de Cronbach de .91, ⁽³³⁾

3. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo al instituto nacional de salud pública es una enfermedad con elevada mortalidad tanto a nivel mundial como nacional, así como elevados costos en el diagnóstico y tratamiento de los derechohabientes al igual que años de vividos con discapacidad por lo que la gran parte de los paciente cuentan con un cuidador primario el cual se encarga de llevarlos a las consultas de atención primario diálisis o hemodiálisis sea el caso necesario, por lo que es de gran importancia considerar que los cuidadores primarios también pueden estar en constante riesgo de presentar sobrecara por lo que es de suma importancia estudiarlos en nuestra unidad. ⁽³⁴⁾ Con esta investigación podremos dar orientación a los cuidadores primarios de derechohabientes con Enfermedad Renal Crónica, conoceremos el nivel de sobrecarga de los cuidadores, en caso de tener un nivel de carga alto será enviado con su médico familiar para continuar seguimiento. Al realizar estas acciones empezaremos a tomar la importancia del cuidador primario en el derechohabiente con enfermedad renal ya que en la mayoría de las ocasiones lo dejamos al olvido pensando solamente en el derechohabiente con enfermedad renal lo que en realidad es un problema muy grande ya que cuando buscan atención medica se debe a que tiene una limitante, lo que lleva también a problemas en el derechohabiente aumentando los costos de atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social son 14 273 mil dólares. ⁽³⁴⁾

Cuando un miembro de la familia padece enfermedad renal crónica tiene alteraciones en la estructura familiar, no solo por el simple hecho de tener una enfermedad, también se

agrega el tratamiento que tienen que tener, así como las secuelas e incapacidad que genere lo que lleva a una atención integral por parte de miembros de la familia. Tener al cuidado un familiar con enfermedad renal crónica es una labor ardua la cual lleva al desgaste, se necesita de un gran compromiso, ya que los familiares que presentan esta enfermedad presentan una gran necesidad del cuidador ya que presentan una discapacidad enorme tanto física como mental, esto lleva a un desgaste de igual manera para el cuidador tanto físico como mental. ⁽⁴⁾

En el Instituto Mexicano del Seguro Social existe un número elevado de pacientes con enfermedad renal crónica, es por eso que el instituto cuenta con programas para darle seguimiento a estos pacientes, como consulta con su médico familiar, trabajo social, psicología entre otras, aunque en muchas ocasiones nos olvidamos de los cuidadores primarios, los cuales son pieza fundamental para el bienestar de nuestros pacientes, y el simple hecho de modificar su vida y convertirse en cuidadores ya es una modificación individual así como familiar lo que puede llevar a diferentes crisis normativas y paranormativas.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

4.1 MAGNITUD

Una de las enfermedades crónicas más olvidadas es la Enfermedad Renal Crónica, aunque es un gran problema de salud pública nivel mundial y en México. Los costos en el Instituto Mexicano del Seguro Social para la enfermedad renal crónica el año 2014 fue de 13.250 millones de pesos que constituye 15% del gasto anual de la institución, con un gasto por paciente anual de 381 mil pesos. El Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con el mayor número de derechohabientes en el país, con base a las proyecciones por el número de pacientes en el tratamiento y los costos médicos asociados se estima que para el 2050 sea de \$134 677 millones de pesos ⁽³⁴⁾. Con base a lo reportado en el año 2017 la Enfermedad Renal Crónica representó el tercer lugar de gastos con 10,326 mdp sólo por debajo de la diabetes mellitus. Al ser de origen multifactorial, con una fuerte asociación a las enfermedades crónicas más importantes de nuestro país (Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial, Obesidad), esto se refleja en la alta demanda de recursos humanitarios, económicos y de infraestructura que su tratamiento requiere. Es la causa más importante de años de vida perdidos en Latinoamérica. ⁽³⁵⁾ . Se realizó un enfoque de la carga global de la enfermedad en 2015 donde se estimó que en 1990 hubo, 592 921

muerter en el mundo, que para 2013, fueron a 1 234 931, la enfermedad renal crónica representa un alto impacto dentro del grupo de enfermedades crónicas no transmisibles. ⁽³⁶⁾

4.2 TRASCENDENCIA

Se estima que en México existen 12.8 millones de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 con una prevalencia de 13.5% una de las más altas a nivel mundial. El impacto que tiene es más importante que solo ser una de las principales causas de muerte. Existen factores más importantes como los años de vida perdidos y los años vividos con discapacidad. Los cuales tienen más impacto en la salud pública de México en comparación a la cuantificación de la muerte o enfermedad por si sola. ⁽³⁷⁾

4.3 VULNERABILIDAD

En la Enfermedad Renal Crónica se observa una marcada disminución de la función renal, según cifras oficiales, las enfermedades crónicas no trasmisibles representan 70% de todas las muertes a nivel mundial. Estos pacientes presentan patologías asociadas como Diabetes Mellitus Hipertensión Arterial, cardiopatía isquémica, hipercolesterolemia o vasculopatía periférica. Esto nos lleva a un aumento de la dependencia, fragilidad y necesidad de cuidados de larga duración en la mayoría de los pacientes en diálisis. ⁽³⁸⁾

4.4 FACTIBILIDAD

Los costos de la atención en la Enfermedad Renal Crónica son una fuerte carga para el sistema de salud de nuestro país. La Enfermedad Renal Crónica tiene un gran impacto en la economía de las instituciones y la economía de las familias en 2014 el gasto en salud anual medio por persona para esta patología se estimó en 8,966 dólares estadounidenses en la secretaria de salud. En el Instituto Mexicano del seguro social el cual es la entidad con mayor cobertura en el país, en el 2014 erogó 13,250 millones de pesos que constituyo el 15% del gasto total anual de la institución, con un gasto promedio anual por paciente de 381 mil pesos, el cual es el mayor para las patologías atendidas en esta institución. En la Enfermedad Renal Crónica representó el tercer lugar en gastos en 2017 (10,326 millones de pesos) por debajo de la Diabetes Mellitus (41, 368 millones de pesos), e hipertensión arterial sistémica (22.313 millones de pesos), considerando que los pacientes atendidos por Enfermedad Renal Crónica fueron 69,267. ⁽³⁶⁾

La unidad de medicina familiar número 2 cuenta con una población grande de pacientes con Enfermedad Renal Crónica los cuales acuden a consulta con su cuidador primario en

su cita mensual para valoración clínica, por lo que será una población fácil de encontrar dado esto surge la siguiente pregunta de investigación.

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿CUÁL ES EL LA RELACIÓN DE APOYO SOCIAL CON LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE DERECHOHABIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN LA UMF 92?

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Relacionar el apoyo social con la sobrecarga del cuidador primario de derechohabientes con enfermedad renal crónica en la UMF 92.

6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar el nivel de apoyo social con el cuestionario MOS en los cuidadores primarios de los derechohabientes con enfermedad renal crónica de la Unidad de Medicina Familiar 92
- Categorizar la sobrecarga del cuidador primario con la Escala del cuidador de Zarit en los cuidadores primarios de derechohabientes con enfermedad renal crónica de la Unidad de Medicina Familiar 92
- Conocer las variables sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad, estado civil) con mayor sobrecarga del cuidador primario en derechohabientes con enfermedad renal crónica de la Unidad de Medicina Familiar 92

7. HIPÓTESIS

7.1 HIPÓTESIS DE TRABAJO.

Si el apoyo social ausente es menor al 60% ⁽³⁾ se relaciona con una sobrecarga severa del 80% ⁽⁶⁾ en cuidadores primarios de derechohabientes con enfermedad renal crónica.

7.2 HIPÓTESIS NULA

Si el apoyo social ausente es menor al 60% ⁽³⁾ no se relaciona con una sobrecarga severa del 80% ⁽⁶⁾ en cuidadores primarios de derechohabientes con enfermedad renal crónica.

VARIABLES

Variable dependiente: Apoyo social

Variable Independiente: Sobrecarga del cuidador primario

8. MATERIAL Y MÉTODOS

8.1 CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO

El estudio se realizó en derechohabientes con Enfermedad Renal Crónica en la Unidad de Medicina Familiar No. 92 ubicada en Avenida Carlos Hank González s/n, Ecatepec de Morelos, Col. Laderas del peñón., Ecatepec de Morelos CP. 44135, Estado de México.

8.2 TIEMPO DE ESTUDIO

El presente estudio se llevó a cabo durante el año 2022, en donde se realizaron dos cuestionarios el primero de sobrecarga del cuidador y el segundo apoyo social en derechohabientes con Enfermedad Renal Crónica.

8.3 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO.,

- Observacional: Ya que no se modificaron intencionalmente las variables apoyo social y sobrecarga del cuidador y las sociodemográficas como edad y sexo.
- Transversal: Debido a que no se dará seguimiento al grupo de estudio en los derechohabientes con enfermedad renal crónica, las variables sobrecarga del cuidador y apoyo social serán medidas solo una vez
- Analítico: Se realizó la relación de las variables de sobrecarga del cuidador y apoyo social en el grupo de estudio de los derechohabientes con Enfermedad Renal crónica mediante estadística inferencial, para la sobrecarga del cuidador se utilizó la escala de zarit que consta de 22 items, para apoyo social la escala moss de 20 items.
- Retrospectivo: Ya que se realizó hacia a delante en el tiempo y los datos se recabaron conforme se realizaron las encuestas no se tomaran cuidadores de derechohabientes con síndrome del cuidador ya conocido.

8.4 POBLACIÓN Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

8.4.1 TAMAÑO DE MUESTRA.

La muestra fue por muestreo aleatorio simple, por lo que se acudió al servicio de ARIMAC del total de derechohabientes que acudieron a consulta en unidad de medicina familiar con sus cuidadores primarios y que cumplieron criterios de inclusión del protocolo.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó la fórmula de la diferencia de dos proporciones ⁽³⁹⁾ para determinar el número de sujetos necesarios para la realización del estudio cuyo objetivo es la estimación de dos proporciones,

CON LA FÓRMULA:

$$n_c = n_e = \frac{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}{(p_1 - p_2)^2} * (Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2$$

DÓNDE:

p1: es la proporción del primer grupo apoyo social: 0.6 ⁽³⁾

p2: es la proporción del segundo grupo a comparar sobrecarga del cuidador: 0.8 ⁽⁶⁾

(p1-p2): es la diferencia de las proporciones entre ambos grupos.

Z α /2: es el valor del eje de las abscisas de la función normal estándar en donde se acumula la probabilidad de (1- α) error α 0.01 con valor de 2.58.

Z β es el valor del eje de las abscisas de la función normal estándar, en donde se acumula la probabilidad de (1- β): error β 0.05 con valor de 1.65.

$$\frac{0.6(0.4) + 0.8(0.2)}{(0.6 - 0.8)^2} * (2.58 + 1.65)^2$$

$$\frac{0.24 + 0.16}{0.04} * 17.89$$

$$\frac{0.4}{0.04} * 17.89 = 178$$

Muestra: 178

8.4.2 MUESTREO

La muestra fue por muestreo aleatorio simple, por lo que se acudió al servicio de ARIMAC. Se incluyen cuidadores primarios de derechohabientes con enfermedad renal en tratamiento con terapia sustitutiva de la función renal con una edad entre 30 a 50 años de edad, de la consulta de medicina familiar de ambos turnos de la Unidad de Medicina Familiar número 92, con un número de derechohabientes de 409 por lo que se realizó una muestra de la población, en donde se encuestara a sus cuidadores primarios, con un total de 178 encuestas por realizar.

8.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Cuidadores primarios de derechohabientes adscritos a la unidad de medicina familiar número 92 con enfermedad Renal Crónica en estadio V.
- Cuidadores primarios mujeres y hombres entre 30 a 50 años de edad,
- Que desean participar en el estudio, previa firma de consentimiento informado.

8.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Cuidadores de derechohabientes con enfermedades que limite al contestar la encuesta (disartrias)
- Que se encuentre en una crisis paranormativa situación de duelo, divorcio o separación de algún familiar, cambios bruscos de nivel socioeconómico ⁽⁶⁾.
- Cuidador a cargo del derechohabiente que tenga menos de un año con el derechohabiente con enfermedad renal crónica

8.7 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Llenado incorrecto del instrumento

9. VARIABLES

ESCALA	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	TIPO DE ESCALA	UNIDAD DE MEDICIÓN
VARIABLE DEPENDIENTE APOYO SOCIAL	Conjunto de recursos humanos y materiales con	Cuestionario M.O.S es un instrumento autoaplicable	Cualitativa	Ordinal	-Apoyo mínimo -Apoyo Medio

	que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares) ⁽³²⁾	el cual se compone de diferentes variables: Red de apoyo, Apoyo social emocional/ Informacional, Apoyo instrumental, Interacción social positiva, y apoyo efectivo, con un formato de respuesta Likert de 1 a 5 puntos. Pose un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.96 ⁽³²⁾			-Apoyo Maximo
VARIABLE INDEPENDIENTE SOBRECARGA DEL CUIDADOR	Es un estado de agotamiento emocional, estrés y cansancio, que afecta directamente las actividades de ocio, relaciones	Escala de sobrecarga del cuidador Zarit utilizada y se trata de un instrumento auto-aplicado de 22 ítems. La puntuación total es la	Cualitativa	Nominal	Sobrecarga presente Sobrecarga ausente

	sociales, libertad y equilibrio mental ⁽³³⁾	suma de todos los ítems, por lo tanto, oscila entre 22 y 110. Puede indicar no sobrecarga (menor de 46), sobrecarga leve (47 a 56) y sobrecarga intensa (mayor de 57). Se encuentra una consistencia interna con un coeficiente alfa de Cronbach de .91 ⁽³³⁾			
--	--	---	--	--	--

VARIABLES SOCIEDEMOGRAFICAS

ESCALA	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	TIPO DE ESCALA	UNIDAD DE MEDICIÓN
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento ⁽⁴⁰⁾	Años cumplidos al momento de realizar la encuesta	Cuantitativa	Razón	30-40 años edad cumplida 41-50 años edad cumplida
SEXO	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres. ⁽⁴⁰⁾	Lo que el sujeto refiere al momento del estudio.	Cualitativa	Nominal	Hombre Mujer

ESCOLARIDAD	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. ⁽⁴⁰⁾	Grado de estudio que presente el cuidador primario al momento del estudio.	Cualitativa	Ordinal	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura
ESTADO CIVIL	Clase o condición a la cual está sujeta la vida de cada uno ⁽⁴⁰⁾	Tipo de unión del cuidador primario con su pareja o sin ella	Cualitativa	nominal	Soltero Casado Viudos Unión libre Divorciados

10 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Previa búsqueda y revisión de la literatura, se redactó el proyecto de investigación “ apoyo social relacionada a la sobrecarga del cuidadores primarios en derechohabientes con enfermedad renal crónica en la UMF 92, y previa aprobación del comité de ética, el estudio se llevó a cabo en dicha unidad en donde se buscó la captura a los derechohabientes citadas que acudieron a control en la consulta externa de medicina familiar el diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica

Los derechohabientes fueron previamente informados sobre el estudio, el cual se realizó de forma directa y se les explico de forma detallada el objetivo de la investigación preconsentimiento informado y firmado por los derechohabientes se les aplico dos cuestionarios Cuestionario MOS de Apoyo Social (Sherbourne & Stewart, 1991), validado por Espíndola, Enrique y Carmelo (2005) en su versión argentina

Al termino de los cuestionarios se les pregunto a los pacientes si tuvieron alguna duda en las preguntas realizadas y se procederá a aclarar sus dudas, se les proporciono un tríptico informativo sobre la sobrecarga del cuidado y apoyo social al finalizar se les dio las gracias por su participación.

La aplicación de cuestionarios se llevo a cabo bajo las medidas de higiene respiratoria como son guardar la sana distancia, el uso de cubrebocas por parte del investigador y del derechohabiente, uso de gel antes y después de responder los cuestionarios

11 ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis estadístico de las variables cualitativas como el estado civil, edad, sexo escolaridad, se analizaron en porcentajes y frecuencias, para las variables cuantitativas se realizaron mediciones por tendencia central y desviación estándar como la edad,

La relación entre las variables cualitativas sobrecarga del cuidador y apoyo social se realizó U de Mann Whitney⁽⁴¹⁾ ya que evalúa la relación entre las variables cualitativas ordinales⁽⁴¹⁾. Los datos fueron codificados y capturados los cuales ingresaron a una base de datos en EXCELL utilizando el paquete estadístico SPSS versión 22 para su análisis y representación.

Variable	Tipo de variable	Escala	Análisis estadístico	Representación grafica
Apoyo social	Cualitativa	Nominal	Frecuencia y porcentajes	Gráficas de barras
Sobrecarga del cuidador	Cualitativa	Ordinal	Frecuencia y porcentajes	Gráfica de sectores
Edad	Cuantitativa	Intervalo	De acuerdo a su distribución se realizará media, mediana.	Cajón
Sexo	Cualitativa	Nominal	Frecuencia y porcentajes	Gráfica de horizontales.
Escolaridad	Cualitativa	Nominal	Frecuencia y porcentajes	Gráfica de sectores.
Estado civil	Cualitativa	Nominal	Frecuencia y porcentajes	Gráfica de barras
Relación de variables apoyo social y sobrecarga del cuidador	Cualitativa	Ordinal Nominal	U de Mann Whitney ⁽⁴¹⁾	

12 ASPECTOS ÉTICOS

El presente protocolo que se realizó por médicos que laboran en la Unidad de Medicina Familiar Número 92 Ciudad Azteca el cual se llevo a cabo conforme a los reglamentos de la Ley General de Salud en materia de Investigaciones para la Salud de los Estados Unidos Mexicanos vigente, en las Normas y Reglamentos en materia de Investigación del IMSS. Para su realización fue requerida la autorización del Comité Local de Investigación de la Unidad de Medicina Familiar 92 Ciudad Azteca, Estado de México Oriente. Dado que se trata de un estudio con fines descriptivos, transversales y analítico, no se realiza intervención alguna que afecta la integridad física, psicológica y/o moral de los derechohabientes representando un grado de riesgo mínimo.

12.1 CÓDIGO DE NUREMBERG ⁽⁴²⁾

El código de Núremberg fue publicado el 20 de agosto de 1947, planteando la obligación de solicitar el consentimiento informado y la expresión de la autonomía del paciente. En donde se plantean las siguientes recomendaciones.

- I. Se le proporciono a cada derechohabiente un formato de consentimiento informado voluntario, explicando en que consiste el estudio de forma clara y entendible, sin uso de violencia para que pueda ingresar, se le explicaron los beneficios, además de las complicaciones y desventajas que pudieran presentarse.
- II. La investigación es útil, ya que por medio de dos instrumentos de medición MOS y Zarit nos permite saber la relación que existe entre la carga del cuidador primario y el apoyo social en derechohabientes con Enfermedad Renal Crónica
- III. Esta investigación se realizó de tal manera que evite el sufrimiento físico, ya que derechohabiente estará sentado se evitó trasladarlos de un lugar a otro.
- IV. El estudio que se llevó a cabo es ético y el riesgo al que se pueda exponer es mínimo ya que no presenta alguna alteración del estado físico, pudiendo ocasionar molestia al responder o leer alguna pregunta de los cuestionarios.
- V. Se le hizo saber que es libre de retirarse en el momento que el derechohabiente lo decida.

12.2 DECLARACIÓN DE HELSINKY ⁽⁴³⁾

El presente estudio se apegó a los principios éticos enunciados en la 18ª asamblea de la Asociación Médica Mundial (AMM) que ha promulgado la declaración de Helsinki en 1975, como la propuesta de principios éticos para la investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. En base a esta declaración el presente proyecto se realizará de la siguiente manera.

- I. El estudio está sustentado en bibliografía actualizada, en conocimientos científicos, adquiridos mediante revisión de diferentes fuentes bibliográficas acerca del apoyo social relacionado a la sobrecarga del cuidador primario en derechohabientes con enfermedad renal crónica.
- II. La investigación será realizada por el médico residente egresado de la universidad Justo Sierra como licenciado Médico Cirujano con cedula profesional 11586290 primer año de medicina familiar bajo la supervisión de un asesor temático, el cual cuenta con la experiencia necesaria para la investigación.
- III. Entre los beneficios para los derechohabientes que conocerán el nivel de carga del cuidador primario y apoyo social, se resolverán dudas acerca de su enfermedad y se les entregó un tríptico informativo sobre estos temas lo cual fue de gran ayuda ya que se dará seguimiento a los cuidadores que cuenten con sobrecarga realizando envío con su médico familiar, así como al servicio de trabajo social.
- IV. Se respetó el derecho de los derechohabientes, salvaguardando su integridad, respetando su intimidad y reduciendo al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física, mental y personalidad. Se les asignó un folio con el cual fueron identificadas, y se les resolvieron sus dudas de manera directa e individual.
- V. Se preservó los resultados obtenidos en la investigación, los cuales se agregaron a una base de datos los cuales solo serán manipulados por el médico investigador.
- VI. El protocolo fue evaluado por un comité de ética médica 1401-8, el cual fue realizado y supervisado por personal calificado.

12.3 INFORME BELMONT ⁽⁴⁴⁾

Creado en abril de 1979, por el departamento de salud educación y bienestar de los Estados Unidos titulados “principios básicos éticos y pautas para la protección de los seres

humanos en la investigación”, cuya intención es asegurar que la investigación seres humanos se llevara a cabo en forma ética, los cuales son aplicados en este proyecto.

- I. De acuerdo a los principios básicos aceptados en la ética de la investigación con seres humanos se actuó respetando la autonomía hacia los pacientes, aceptando su opinión y evitar obstruir en sus decisiones. Brindando toda la información acerca de la investigación que se plantea llevara a cabo para presentar su bienestar, respetando su decisión de participar o no la investigación.
- II. El trato que se proporcionó a cada paciente fue justo, equitativo sin distinción alguna, sin importar su estatus social o económico

PRINCIPIOS ÉTICOS BÁSICOS

El estudio no afecta la integridad física del ser humano, tiene un carácter no obligatorio para los participantes, no se afectan susceptibilidades, cumple con los tres principios éticos. El principio de respeto a las personas, donde se trate como individuos autónomos y se obtenga el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación; El principio de beneficencia que exige que el protocolo diseñado proporcione conocimientos válidos que aseguren que los beneficios de la investigación sean proporcionales a los riesgos corridos por los participantes; el principio de justicia que exige que los beneficios y las cargas de investigación se distribuyen equitativamente con la finalidad de beneficiar a la sociedad en conjunto.

BENEFICENCIA

La investigación busco otorgar información sobre la sobrecarga del cuidador primario, facilitando que el sujeto logre identificar cuando sea necesario buscar ayuda médica, se otorgará tríptico informativo, y en caso necesario se derivará con su médico familiar.

LA JUSTICIA

Mediante forma de aleatorización de los participantes adscritos a la unidad, los cuales tuvieron la misma probabilidad de ser incluidas en el estudio este exige que los beneficios y las cargas de investigación se distribuyen equitativamente con la finalidad de beneficiar a la sociedad en conjunto, evitándose procedimientos dañinos física o psicológicamente ni se discriminará por ningún motivo.

AUTONOMÍA

Se mantuvo en consideración el principio de autonomía al proteger la información brindada de las encuestas realizadas, se resguardaron dichos datos y al no mal uso de los mismo, sienta solamente analizados por los investigadores asociados a este protocolo que participaron en la elaboración, ejecución y aplicación de recolección de la información, elaboración de la base de datos, análisis de los resultados y difusión de los mismos protegiendo la integridad de los derechohabientes en todo el proceso.

NO MALEFICIENCIA

El presente estudio se basó en el principio de no maleficiencia en primer lugar no hacer daño. La información obtenida por los participantes en este estudio fue manejada de manera confidencial ya que se les otorgo un folio para su identificación y no fue utilizada para otros fines lucrativos.

12.4 REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIAL DE INVESTIGACIÓN PARA SALUD, TÍTULO SEGUNDO DE LOS ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS. ⁽⁴⁵⁾

ARTÍCULO 13.- Prevalció el criterio de respeto a la dignidad, la protección de los derechos y bienestar del sujeto de estudio.

ARTÍCULO 14.- La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I. Deberán prevalecer las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles

II. Conto con el consentimiento informado y por escrito del representante legal del sujeto.

46. Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actué bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales, necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

46. Conto con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad.

ARTÍCULO 16: En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio de investigación; **con riesgo mínimo:** Se empleará una técnica de investigación de documentos con los cuestionarios (cuestionarios MOS y Zarit), no se realizarán intervenciones ni modificaciones en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaran en el estudio, se realizará una entrevista donde se pida un llenado de dos cuestionario para evaluar el apoyo social en relación a la sobrecarga del cuidador primario.

ARTÍCULO 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTÍCULO 21. Los derechohabientes recibieron una explicación clara y comprensible, respecto a la justificación, objetivos procedimientos, molestias o riesgos esperados, beneficios y asuntos relacionados a la investigación, teniendo la libertad de retirarse en el momento que así lo decidan.

ARTÍCULO 22. El consentimiento informado fue elaborado por el médico residente, el cual fue revisado y aprobado por la comisión de Ética de la institución de atención a la salud. En donde se indicó el nombre y direcciones de dos testigos, en caso de que los derechohabientes no supieran firmar y su nombre firmará otra persona que ellas designen.

12.5 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-012-SSA3-2012. ⁽⁴⁶⁾

Establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud de los seres humanos.

APARTADO 6. De la presentación y autorización de los proyectos o protocolos de investigación. Se contará con dictamen favorable de los comités de investigación y ética en la investigación de la institución donde se llevará a cabo esta investigación. Se cuenta con un modelo de carta de consentimiento informado en materia de investigación.

APARTADO 7. Del seguimiento de la investigación y de los informes técnico-descriptivos. Se consideran labores del seguimiento: la elaboración y entrega a la CCEIS de la Unidad de Medicina Familiar Numero 92 un informe técnico-descriptivo de carácter parcial, respecto del avance de la investigación de que se trate y al término de esta, uno de carácter final, que describa los resultados obtenidos.

APARTADO 8. De las instituciones o establecimiento donde se realizará una investigación.

La Unidad de Medicina Familiar Numero 92 cuenta con la infraestructura y capacidad resolutive suficiente para proporcionar la atención médica adecuada o en su caso, a través de terceros, ante la presencia de cualquier efecto adverso expresado en el proyecto o protocolo de investigación autorizado,

No se podrá condicionar la atención médica a una persona a cambio de otorgar su consentimiento para participar o continuar participando en una investigación.

Informare al Comité de Ética en la investigación de todo efecto adverso probable o directamente relacionado con la investigación. Así mismo se informará al comité con la periodicidad que la misma establezca, sobre la ausencia de efectos adversos en los proyectos o protocolos de investigación que estén bajo su responsabilidad

APARTADO 10. Del investigador principal. El investigador principal elaboro el protocolo de investigación y dirigió el mismo en apego a los aspectos metodológicos, éticos y de seguridad, del sujeto de investigación. El consentimiento informado hará explicita la gratuidad del paciente, la indemnización a que tendrá derecho en caso de sufrir daños a su salud directamente atribuibles a la investigación y disposición al tratamiento médico gratuito para este. Se informará al sujeto de investigación, al familiar, o representante legal, durante el desarrollo de la investigación acerca de las implicaciones de participar en esta investigación Se informará al comité de ética en la investigación de todo efecto adverso probable relacionado con la investigación.

APARTADO 77. De la seguridad física y jurídica del sujeto de investigación. El sujeto de investigación, sus familiares tienen el derecho de retirar en cualquier tiempo, su consentimiento para dejar de participar en la investigación en el momento que así lo decida. Cuando esto suceda el sujeto de investigación seguirá recibiendo la presentación de los servicios de salud que otorga el Instituto Mexicano del seguro social. La carta de consentimiento informado es requisito indispensable para solicitar la autorización de un proyecto o protocolo de investigación, por lo que cumple con las especificaciones que se

establecen en los artículos 20, 21 y 22 del Reglamento. En la investigación, no se cobrarán cuotas de recuperación a los sujetos de investigación, sus familiares o representante legal, por participar en ella

APARTADO 11. La seguridad del paciente respecto del desarrollo experimental es responsabilidad de la unidad de medicina familiar y del investigador. La población de estudio tiene derecho de retirarse en cualquier momento, dejar de participar en la investigación en el momento que así lo decide. Queda prohibido cobrar cuotas de recuperación al grupo de investigación por participar con ella.

ARTIUCULO 12. De la información implícita en la investigación. El investigador principal y los comités en materia de investigación para la salud protegerá la identidad y los datos personales de los sujetos de investigación, ya sea durante el desarrollo el desarrollo de la investigación, como en las fases de publicación o divulgación de los resultados de esta, apegándose a la legislación aplicable específica en la materia.

46.3 **LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.** ⁽⁴⁷⁾

Publicada en el diario de la federación el 5 de julio de 2010, misma que tiene por objeto el resguardo de los datos personales en posesión de los particulares con el propósito de regular su tratamiento fidedigno, controlado e informado, a fin de asegurar la privacidad y el derecho a la autonomía de las personas.

CAPITULO II De los principios de la Protección de Datos Personales:

ARTICULO 6.- Los datos personales de los pacientes recabados se trataron de manera lícita conforme a las disposiciones establecidas por la ley y demás normatividad aplicable.

ARTICULO 7.- La obtención de datos personales de las pacientes, no se fue a través de medios engañosos o fraudulentos.

ARTICULO 8 y 9.- Se manifiesta la voluntad de participar en dicho estudio en cuanto los derechohabientes firman el consentimiento infirmado.

13. RECURSOS Y FINANCIAMIENTO

13.1 RECURSOS HUMANOS.

Este estudio quedo a mi cargo Daniel Moreno Grifaldo Residente de Medicina Familiar, bajo la orientación de la Dra. Olivia Reyes Jiménez, Coordinadora de enseñanza y Metodología, de la UMF No 92 además del apoyo del equipo médico como son: jefe de departamento clínico, médicos familiares de la consulta externa de ambos turnos, asistentes médicas, así como el servicio de enfermería.

13.2 RECURSOS FISICOS.

El proyecto se realizó en la UMF No 92, en derechohabientes y que cumplieron con los criterios de inclusión correspondientes. Los recursos materiales que se necesitaron para realizar el proyecto fueron: hojas, lápices, plumas, gomas, sacapuntas corrector, computadora, impresora para los documentos, como las encuestas que se aplicaron a los pacientes seleccionados

13.3 RECURSOS FINANCIEROS.

A través de la beca otorgada por parte del IMSS, e instalaciones con las que se disponen de la Unidad de Medicina Familiar No 92.

14. METODOLOGIA

El presente estudio es de tipo observacional, prospectivo, transversal y analítico, el cual se realizó con una población de derechohabientes entre 30 a 50 años de edad, adscritos a la UMF 92 mismos que cumplieron con los criterios de inclusión, así como su autorización, por medio del consentimiento informado, como para participar así como utilizar los datos obtenidos por medios de los instrumentos de evaluación que les fueron aplicados.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó la fórmula de la diferencia de dos proporciones, con una población total de 409 derechohabientes de los cuales se obtuvieron un subconjunto de 176 derechohabientes de los cuales fueron tomados como población para este estudio. Se aplicaron cuestionarios de fichas de identificación para la obtención de datos sociodemográficos, así como instrumentos de evaluación. Los instrumentos aplicados fueron los siguientes: Cuestionario para medir el nivel de apoyo social MOSS así

como el cuestionario para medir la sobrecarga del cuidador el cual tiene por nombre cuestionario de Zarit.

Los datos recolectados se organizaron en el programa estadístico SPSS para Windows. Para el análisis de las variables cuantitativas se utilizaron medias de tendencia central (media y mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar), para las variables cualitativas se describieron en frecuencia y porcentajes.

15. RESULTADOS

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

EDAD.

La variable edad, se tomaron 178 derechohabientes con edades entre 30-50 años, los cuales son cuidadores primarios a cargo de derechohabientes con enfermedad renal crónica, agrupando las edad de la siguiente manera 30-40 años, 41-50 obteniendo una media de 1.52, mediana 2,00, Desviación estándar de .512. Respecto a la frecuencia de derechohabientes de estudio entre 30-40 años de edad obtuvimos 47.8% (N=86), con respecto a derechohabientes entre 41-50 años de edad se obtuvo una frecuencia de 51,1% (N=91), dando un mayor porcentaje en derechohabientes con edades entre 41-50 años de edad. Tabla 1.

TABLA 1. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE EDADES DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA DE LA UMF 92.

Edad	Estadísticos	
N	Válidos	178
	Perdidos	2
Media		1.52
Mediana		2.00
Moda		2
Desv. típ.		.512

Fuente: Ficha de identificación 2022 y paquete estadístico SPSS

TABLA 2. FRECUENCIA ESTADISTICA EDAD EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA DE LA UMF92.

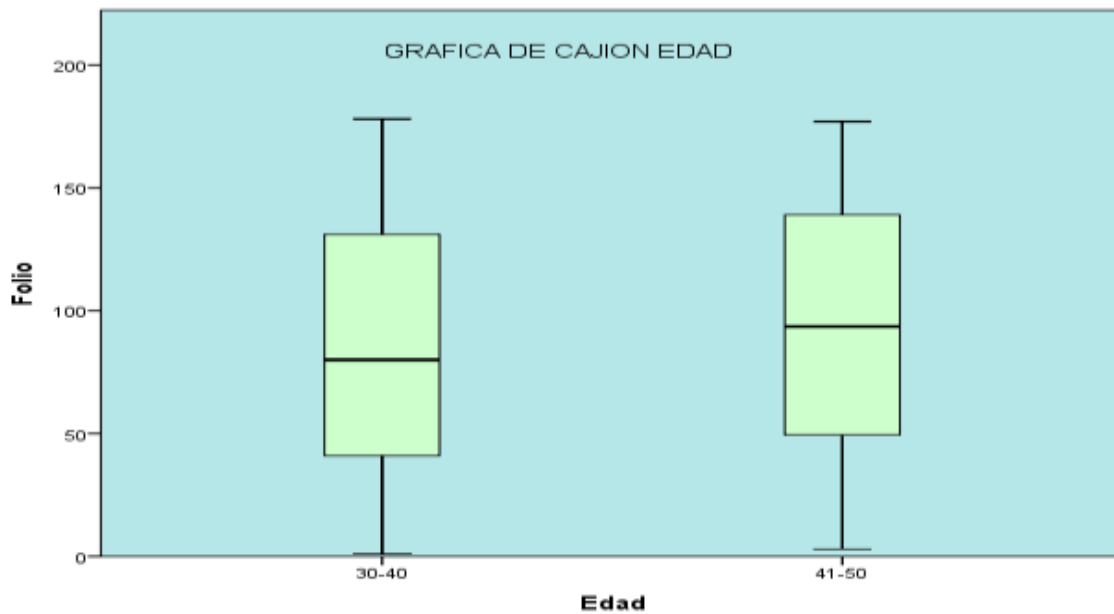
EDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	30-40	86	47.8	48.3	48.3
	41-50	92	51.1	51.7	100.0
	Total	178	98.9	100.0	
Perdidos	Sistema	2	1.1		
Total		180	100.0		

Fuente: Ficha de identificación 2022 y paquete estadístico SPSS.

Se realizó la distribución de edad de la población la cual demuestra la frecuencia por grupos de edad de 30-40 años y de 41 a 50 años de edad, apreciándose en la gráfica predomina la edad entre 41-50 años de edad y el menor porcentaje de grupo entre 30-40 años de edad. Grafico1. Estadístico por grupo de edad en derechohabientes de la UMF 92.

GRAFICO 1. GRAFICA DE CAJON EDAD

DIAGRAMA DE CAJA SIMPLE DE FOLIO POR EDAD.



FUENTE: Ficha de identificación 2022 y tabla 1.

SEXO.

Respecto al sexo de nuestra población estudiada, obtuvimos una frecuencia en mujeres de 56.1% (N=101) y en hombres 42.8% (N=77), dando como resultado un mayor número de mujeres en nuestra investigación (ver tabla 3 y gráfico 2)

ESCOLARIDAD.

La escolaridad de nuestros derechohabientes estudiados fue desde nivel básico, hasta licenciatura, obteniendo 4.4% (N=8) cuidadores primarios tenían concluida primaria, 41.7% (N=75) cuidadores primarios secundaria terminada, 45.6% (N=82) preparatoria terminada, 72% (N=13) cuidadores primarios concluyeron licenciatura, dando como resultado en nuestros cuidadores primarios el nivel medio superior el de mayor porcentaje. (ver tabla 4 y gráfico 3)

ESTADO CIVIL.

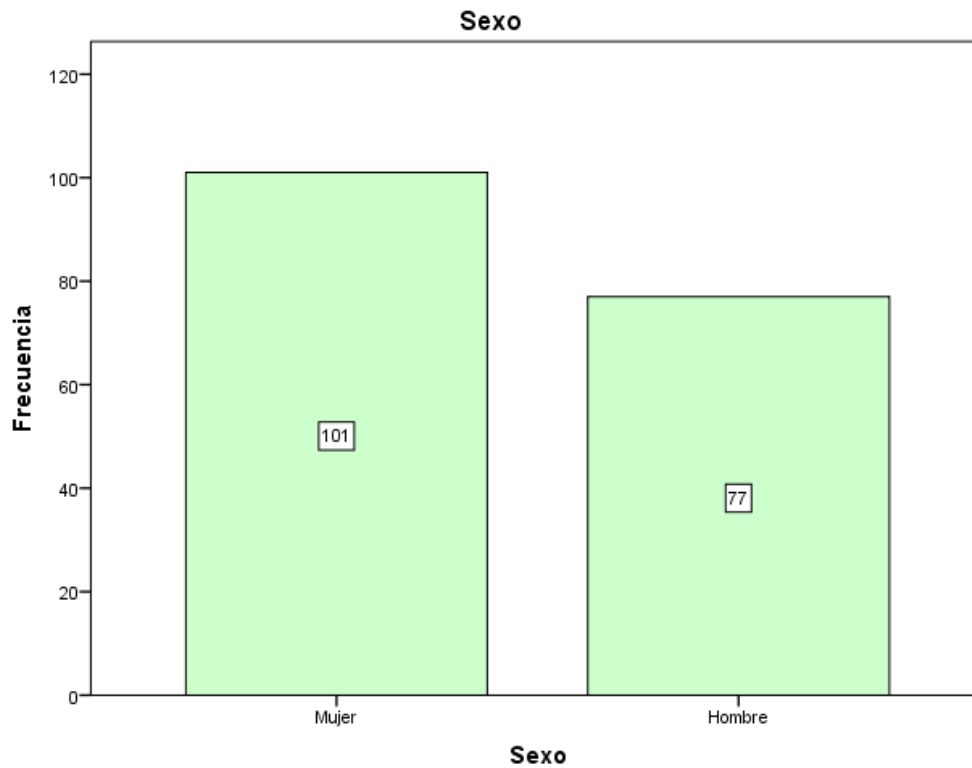
En el estado civil encontramos lo siguiente: de nuestros cuidadores primarios 12.8% (N=23) son solteros, cuidadores primarios casados son 28.3% (N=51), cuidadores primarios en unión libre 41.7% (N=75), cuidadores primarios divorciados 12.2% (N=22), Cuidadores primarios Viudos 3.9% (N=7), dando como resultado con un mayor porcentaje de cuidadores primarios en unión libre. (ver tabla 5 y gráfica 4). Se realizó una tabla de concentrado de nuestras variables sociodemográficas (ver tabla 6).

TABLA 3. SEXO,

Sexo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mujer	101	56.1	56.7	56.7
	Hombre	77	42.8	43.3	100.0
	Total	178	98.9	100.0	
Perdidos	Sistema	2	1.1		
Total		180	100.0		

Fuente: Ficha de identificación 2022 y paquete estadístico SPSS.

GRAFICO 2. SEXO.



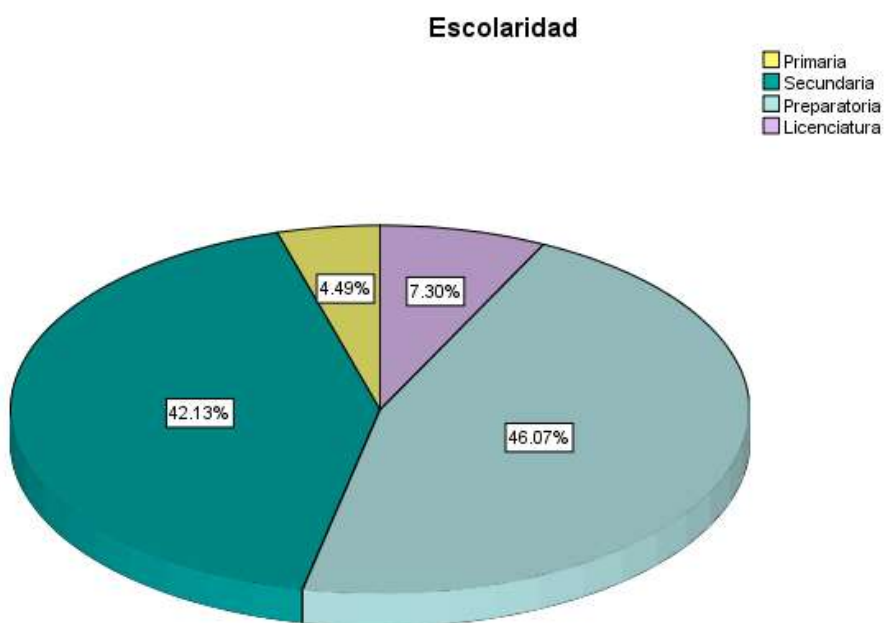
Fuente: Ficha de identificación 2022 Y Tabla 2.

TABLA 4. ESCOLARIDAD.

		Escolaridad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Primaria	8	4.4	4.5	4.5
	Secundaria	75	41.7	42.1	46.6
	Preparatoria	82	45.6	46.1	92.7
	Licenciatura	13	7.2	7.3	100.0
	Total	178	98.9	100.0	
Perdidos	Sistema	2	1.1		
Total		180	100.0		

Fuente: Ficha de identificación 2022 y paquete estadístico SPSS.

GRAFICO 3. ESCOLARIDAD.



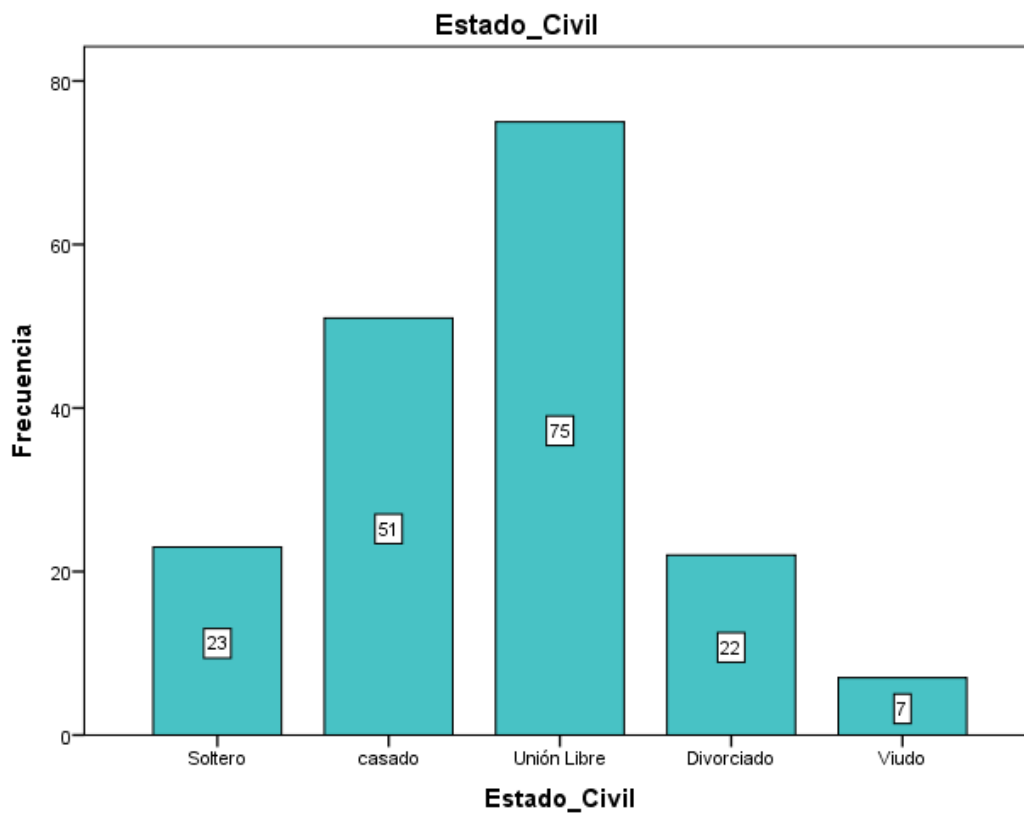
Fuente: Ficha de identificación 2022 y tabla 3

TABLA 5. ESTADO CIVIL.

Estado Civil					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltero	23	12.8	12.9	12.9
	casado	51	28.3	28.7	41.6
	Unión Libre	75	41.7	42.1	83.7
	Divorciado	22	12.2	12.4	96.1
	Viudo	7	3.9	3.9	100.0
	Total	178	98.9	100.0	
Perdidos	Sistema	2	1.1		
Total		180	100.0		

Fuente: Ficha de identificación 2022 y paquete estadístico SPSS.

GRAFICO 4. ESTADO CIVIL.



Fuente: Ficha de identificación 2022 y tabla 4. .

TABLA 6. CONCENTRADO SOCIDEMOGRAFICO

VARIABLES SOCIDEMOGRAFICAS		FECUENCIA (N)	PORCENTEJA (%)	PORCENTAJE VALIDO (%)	PORCENTAJE ACUMULADO (%)
EDAD	30-40 AÑOS	86	47.8	48.3	48.3
	41-40 AÑOS	92	51.1	51.7	100.0
	TOTAL	178	98.9	100.0	
SEXO	HONBRE	77	42.8	43.3	56.7
	MUJER	101	56.1	56.7	56.7
	TOTAL	178	98.9	100.0	
ESCOLARIDAD	PRIMARIA	8	4.4	4.5	4.5
	SECUNDARIA	75	41.7	42.1	46.6
	PREPARATORIA	82	45.6	46.1	92.7
	LICENCIATURA	13	7.2	7.3	100.0
	TOTAL	178	98.9	100.0	
ESTADO CIVIL	SOLTERO	23	12.8	12.9	12.9
	CASADO	51	28.3	28.7	41.6
	UNIÓN LIBRE	75	41.7	42.1	83.7
	DIVORCIADO	22	12.2	12.4	96.1
	VIUDO	7	3.9	3.9	100.0
	TOTAL	178	98.9	100.0	

VARIABLE DEPENDIENTE

APOYO SOCIAL EN CUIDADORES PRIMARIOS ENCARGADOS DE DERECHOHABIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA.

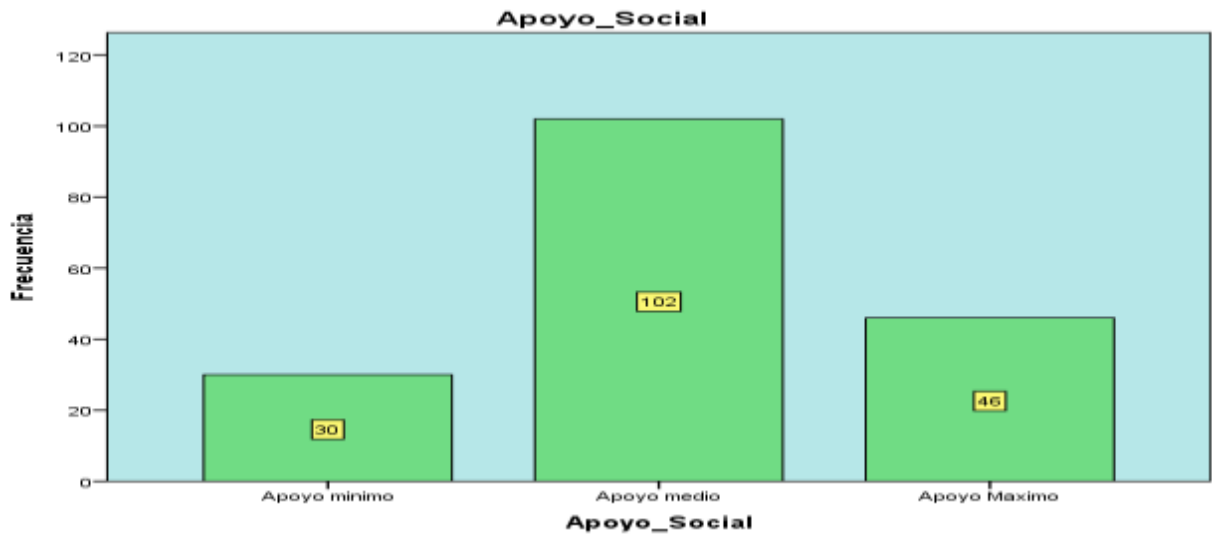
Los datos se obtuvieron al aplicar a los cuidadores primarios el cuestionario para medir el apoyo social MOSS, Los resultados obtenidos se representan en la siguiente tabla destacando con mayor frecuencia apoyo social medio 56.7% (N=102) del total de sujetos de estudio, mientras que el porcentaje más bajo fue apoyo mínimo 16,9% (N=30), y porcentaje intermedio apoyo máximo 25.6% (N=46) de los cuidadores primarios. Lo cual destaca que la percepción en los 178 cuidadores estudios fue apoyo medio en la mayoría. (ver en la tabla 7 y grafica 5)

TABLA 6. APOYO SOCIAL

		Apoyo_Social			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Apoyo minimo	30	16.7	16.9	16.9
	Apoyo medio	102	56.7	57.3	74.2
	Apoyo Maximo	46	25.6	25.8	100.0
	Total	178	98.9	100.0	
Perdidos	Sistema	2	1.1		
Total		180	100.0		

Fuente: Cuestionario moss para apoyo social

GRAFICA 5. APOYO SOCIAL



Fuente: Cuestionario moss para apoyo social y tabla 6,

VARIABLE INDEPENDIENTE

SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO ENCARGADOS DE DERECHOHABIENTES CON ENFERMDAD RENAL CRONICA.

Los datos obtenidos fueron mediante la aplicación del cuestionario Zarit para la sobrecarga de cuidador primario dando como resultado una sobrecarga presente 65.6% (N=118) en los cuidadores primarios y una sobrecarga ausente en 33.3% (N=60) de los cuidadores primarios obteniendo como predominante sobrecarga presente. (ver tabla 8 y grafico 6)

TABLA 8. SOBRECARGA DEL CUIDADOR

Sobrecarga					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sobrecarga presente	118	65.6	66.3	66.3
	Sobrecarga ausente	60	33.3	33.7	100.0
	Total	178	98.9	100.0	
Perdidos	Sistema	2	1.1		
Total		180	100.0		

Fuente: Cuestionario zarit para sobrecarga del cuidador.

GRAFICA 6. SOBRECARGA DEL CUIDADOR.



Fuente: Tabla 7 y cuestionario zarit para sobrecarga del cuidador

RELACIÓN DE VARIABLES APOYO SOCIAL Y SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO ENCARGADOS DE DERECHOHABIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA.

Los datos obtenidos dentro de nuestra población estudiada entre 30 a 50 años de edad de la UMF 92, posterior a la aplicación del cuestionario para medir el apoyo social percibido MOSS, así como el cuestionario para medir el grado de sobrecarga del cuidador primario ZARIT, relacionándolos a través de la prueba no paramétrica de asociación de dos variables independientes U de MANN WHITNEY dando como resultado una significancia 0.000 rechazando mi hipótesis nula. . (Ver tabla 9, grafica 7 grafica 8, grafico 9)

TABLA 8. U DE MANN WHITNEY.

Resumen de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes

N total	178
U de Mann-Whitney	5518,000
W de Wilcoxon	7348,000
Estadístico de prueba	5518,000
Error estándar	288,812
Estadístico de prueba estandarizado	6,849
Sig. asintótica (prueba bilateral)	,000

Fuente: Ficha de identificación 2022 y paquete estadístico SPSS.

GRAFICO 7. PRUEBA U DE MANN-WHITNEY SOBRECARGA DEL CUIDADOR

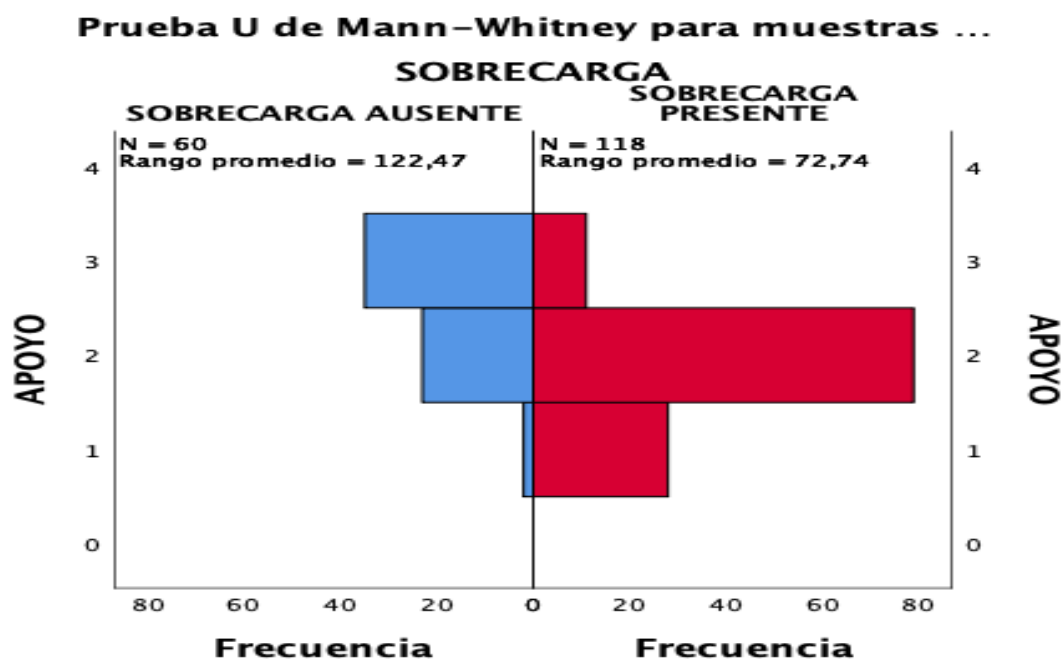
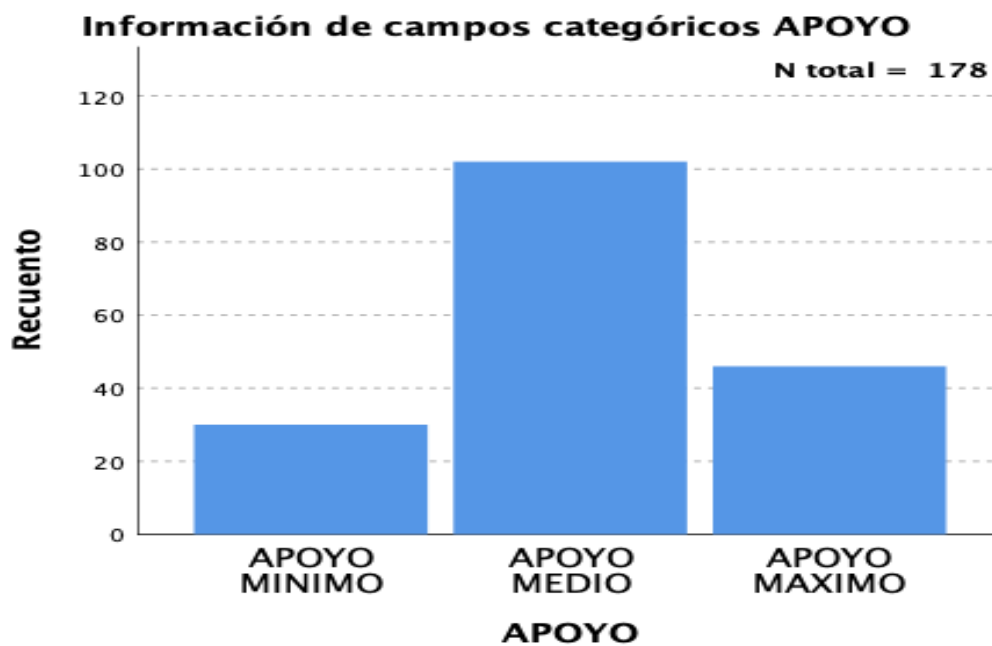
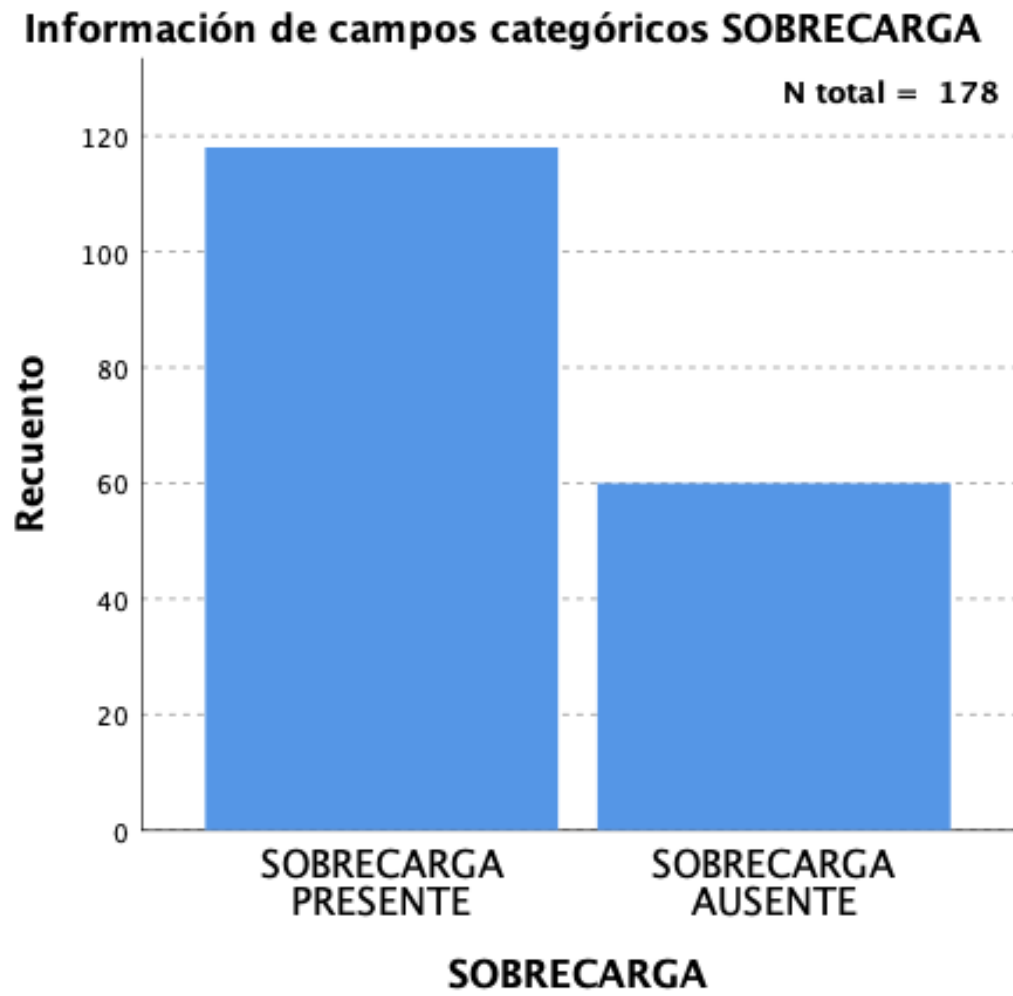


GRAFICO 8. APOYO SOCIAL PRUEBA U DE MANN WHITNEY



Fuente: Ficha de identificación 2022 y paquete estadístico SPSS.

GRAFICO 9. SOBRECARGA DEL CUDIADOR PRUEBA U DE MANN WHITNEY.



Fuente: Ficha de identificación 2022 y paquete estadístico SPSS.

16.DISCUSIÓN.

EDAD.

En nuestro estudio se realizaron dos grupos de edad de 30-40 años de edad, así como de 41-50 años de edad siendo los de mayor porcentaje obtenido. Lo cual corresponde con estudios anteriores representado con Wilson donde comenta que las personas estudiadas con sobrecarga del cuidador se presentaban entre los 41 a 50 años de edad, comentando que existe evidencia suficiente para afirmar que el nivel de sobrecarga se asocia a mayor edad. ⁽⁴⁾.

Relacionado con Martínez donde se estudiaron edades entre 25 a 76 años de edad el rango predominante se aprecia entre los 38 a 50 años de edad al igual que lo presentado en nuestro estudio predominando edades entre 41-50 años en los cuidadores primarios. ⁽³⁾

SEXO.

Con relación al sexo entre hombre y mujeres obtuvimos un mayor número de mujeres lo cual está en relación con el estudio realizado por Wilson donde se observa que la mayoría de las estudiadas eran mujeres, sin embargo, comenta que la sobrecarga que presentaban los cuidadores primarios se presentaba en mayor proporción en los hombres. ⁽⁴⁾ Sin embargo en nuestro estudio no se realizó esta asociación.

De igual manera en el estudio realizado por Martínez se hace evidente un predominio del género femenino asumiendo el rol de cuidador primario para un 71% de la muestra ⁽²⁾, en comparación a nuestro 56% de mujeres. ⁽³⁾

Cabe destacar que el predominio de género femenino en la mayoría de los artículos, se debe al contexto cultural en el que se han llevado los estudios, como reflejo cultural en el que se han llevado a cabo los estudios como reflejo cultural de la sociedad donde el cuidar es una tarea de mujeres. ⁽⁸⁾

ESCOLARIDAD.

Se encuestó sobre el nivel de escolaridad desde nivel básico hasta licenciatura resultando nivel medio superior con mayor porcentaje en los cuidadores primarios de nuestro estudio esto en contraste en lo encontrado con Martínez en donde se observa que el nivel de escolaridad se identifica que los cuidadores poseen nivel licenciatura. ⁽³⁾

Podemos observar algo similar en el estudio realizado por Gala donde el nivel de estudios que tenían los cuidadores primarios era nivel licenciatura en un 50%, en comparación con nuestro estudio onde lo cuidadores primarios contaban con nivel medio superior. ⁽⁸⁾

ESTADO CIVIL.

Dentro de nuestro estudio se encuestó sobre el estado civil solteros, casados, divorciados, viudos y unión libre la cual se obtuvo en mayor número de cuidadores primarios en contraste con lo encontrado con Arroyo donde se observa un mayor número de cuidadores casados los cuales tienen un nivel de sobrecarga más alto justificado por presenta mayores obligaciones. ⁽⁷⁾

En relación con el estudio realizado por Cubas donde se encontró un mayor número de cuidadores primarios solteros. ⁽⁹⁾

APOYO SOCIAL.

Al aplicar el instrumento de evaluación MOSS para la percepción de apoyos social donde se valora apoyo social mínimo, apoyo social medio y apoyo social máximo, siendo el apoyo social medio el que más se percibió en nuestros cuidadores primarios encargados de derechohabientes con enfermedad renal crónica, lo cual lo podemos comprobar en la investigación realizada por Martínez donde se encontró que el apoyo social medio se percibió en un 67.2%. ⁽²⁾

SOBRECARGA DEL CUIDADOR.

Gracias a nuestro instrumento de evaluación para medir la sobrecarga del cuidador primario ZARIT pudimos obtener que la mayoría de nuestros cuidadores primarios encuestados tienen sobrecarga del cuidador primario, comprobando tal resultado en el estudio realizado por Wilson donde se obtuvo 77.1 % cuidadores primarios con sobrecarga del cuidador presente. ⁽⁵⁾

Comprobando esta información en la investigación realizada por Arroyo donde un 72.2 % de los cuidadores primarios presentaba sobrecarga en comparación con el 30% que no presentaba sobrecarga. Sin embargo, podemos observar lo contrario en la investigación realizada por Cubas, donde se obtuvo que el 94.7% no presentaron sobrecarga solo el 6% presentaron sobrecarga del cuidador primario ⁽⁹⁾

APOYO SOCIAL RELACIONADO CON LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO ENCARGADOS DE DERECHOHABIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA

En la investigación realizada en la UMF 92 obtuvimos una significancia de la prueba estadística para relacionar dos variables independientes utilizando U de Mann Whitney de 0.000 por lo que se rechaza la hipótesis nula con un apoyo social medio percibido, se presentara sobrecarga de nuestros cuidadores primarios, comprobando esta información en el estudio realizado por Arroyo donde podemos observar el apoyo social es un factor influyente en la sobrecarga del cuidador mostrando que a menor apoyo, se presentara sobrecarga del cuidador primario.

De igual manera en el estudio realizado por Martínez donde afirma que el apoyo social constituye una necesidad en los cuidadores primarios, siendo un recurso de suma importancia para informar capacitar, por si mismo el apoyo social disminuye la sobrecarga del cuidador primario. ⁽³⁾

17. CONCLUSIONES.

Al relacionar la variable independiente a nuestra variable independiente con la prueba estadística para variables no relacionadas U de Mann Whitney obtuvimos una significancia de 0.000 lo que nos aporta una gran relación en cuanto a menos apoyos social, la sobrecarga del cuidador primario en derechohabiente con enfermedad renal estará presente, esto es esperado ya que las personas con enfermedad renal estadio 5 tienen una gran dependencia al acudir a sesiones de hemodiálisis por lo menos tres veces a la semana de las cuales se indica que tienen que llevar a un acompañante siendo por lo regular su cuidador principal, así mismo al estar en el programa de diálisis peritoneal en casa es necesario instruir a los cuidadores primarios, por lo general esta información es otorgada por trabajo social, de tal manera que el apoyo social es de suma importancia en nuestros cuidadores primarios.

Respecto al apoyo social gracias al instrumento de evaluación MOSS pudimos apreciar un nivel de percepción medio siendo el apoyo mínimo el de menor porcentaje obtenido, lo cual es de suma importancia ya que podremos realizar un mayor esfuerzo para lograr un apoyo social máximo percibido.

Para poder medir la sobrecarga de nuestros cuidadores primarios se utilizó el instrumento de evaluación ZARIT obteniendo una sobrecarga presente en la mayoría de nuestros cuidadores primarios al momento de realizar el estudio, con una edad promedio de 41-50 años de edad, de los cuales están en unión libre pudiendo observar que a mayor sobrecarga, al igual que las personas que se encuentran viviendo en unión libre con sus parejas ya que sus responsabilidades son más altas que las personas solteras y jóvenes, los derechohabientes con enfermedad renal crónica estadio 5 necesitan un cuidado demandante tanto para las sesiones de hemodiálisis o diálisis peritoneal ya que al termino en la mayoría de las ocasiones terminan sumamente agotados incapacitándolos para las actividades de la vida diaria.

En cuanto al sexo predominante fue el sexo femenino acompañado de un nivel de estudios de nivel medio superior, en la sociedad en la que vivimos, aun se observa mucho la cultura donde las mujeres son encargadas del cuidado de los enfermos, pudiéndolo comprobar en nuestra investigación de igual manera un nivel medio superior nos indica que en alguna de las ocasiones no se cuenta con las herramientas necesarias tanto económicas como psicológicas para poder resolver problemas de nuestros derechohabientes con enfermedad

renal crónica lo lleva al cuidador primario a un estado de frustración manifestándose como una sobrecarga del cuidador.

18. RECOMENDACIONES.

CUIDADOR PRIMARIO.

En cuanto a las recomendaciones para los cuidadores primarios encargados de derechohabientes con enfermedad renal crónica es de suma importancia tomar consciencia de su salud, ya que como cuidador primario dejas a un lado tu propia salud enfocándote en el cuidado de tu familiar responsable, ya seas descendencia, pareja, o la persona encargada de brindar el cuidado,

Se tiene que tomar un tiempo para respirar, aprender a identificar emociones ya que en el momento que aprendemos a identificarlas podemos empezar a trabajar en ellas y eso ayuda a evitar la sobrecarga del cuidador,

En cuanto mostremos un síntoma ya sea cansancio tristeza, agotamiento no hay que dudar en acudir a su unidad de medicina familiar para recibir atención oportuna y de calidad, acercarse a los servicios de trabajo social ya que cuentan con grupos de ayuda.

Siempre contara con el apoyo por parte del IMSS ya que contamos con grupos de ayuda a los cuales puede acudir en caso de presentar alguna de las molestias antes mencionadas.

MEDICO FAMILIAR

En cuanto a las recomendaciones para médicos familiares, es de suma importancia tomar acciones sobre nuestros cuidadores primarios ofreciendo la atención dirigida a ellos ya que la mayoría de las ocasiones solo llevar al derechohabiente con enfermedad renal crónica, tomar un tiempo para realizar preguntas guiadas para detectar oportunamente la sobrecarga de nuestro cuidador y darles una atención oportuna.

Así mismo derivarlos oportunamente a trabajo social, prevenims, para detección de enfermedades crónico-degenerativas e integrarlos a grupos de apoyo.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

Se recomienda a nivel institucional se realice difusión carteles, folletos, realizar platicas dirigidas a los cuidadores primarios, donde los temas centrales sea el síndrome del cuidador primario con especial atención en comentar signos y síntomas relacionados y como poder trabajar en ellos, ya que es un tema que no es tratado a menudo, sin embargo podemos observar en nuestra investigación realizada que más del 65% de los cuidadores primarios

presentaron síndrome de desgaste, por lo que lo tendríamos que convertir en un tema prioritario en cuanto a difusiones

Contar con grupos para cuidadores primarios, los cuales otorguen herramientas, para detectar oportunamente el síndrome del cuidador primario, así como capacitar a los médicos sobre este tema,

BIBLIOGRAFIA.

- 1.-Aranda BC, Pando MM. Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. Rev Investig Psicol [Internet]. 2014;16(1):233.
- 2.- Rondón BJ, Reyes FB. Introducción al modelo transteórico rol del apoyo social y de variables sociodemográficas. Revista ele.22, (3),2019
- 3.- Martínez RL, Fernández CE, González ME. Apoyo social y resiliencia: factores protectores en cuidadores principales de pacientes en hemodiálisis. Enferm nefrol [Internet]. 2019;22(2):130–9.
- 4.- CENETEC. Guía de Práctica Clínica. Evidencias y Recomendaciones. Detección Y Manejo del Cuidador. IMSS-781-15
- 5.- Wilson F. El síndrome del cuidador de personas dependientes y las estrategias generales de afrontamiento: Un estudio de población del Cantón santa Isabel-ecuador. Universidad politécnica Salesiana. 2019:1-97
- 6.- Contreras MS, Vargas JE. Sobrecarga emocional en los cuidadores de pacientes que reciben en el tratamiento de hemodiálisis. E magazine 55efro.2019. vol 4. No 1, 1-8
- 7.- Crespo MR, Arroyo PE, Arana RA, Garrido BR. Análisis de la sobrecarga del cuidador del paciente en diálisis. Enferm nefrol. 2018;21(3):213-24
- 8.- Dzul GF, Tun CJ. Relación entre la sobrecarga y el índice depresivo de cuidadores primarios de pacientes con enfermedad neuromusculoesquelética. Revista biome. 2018;29(3): 63-68
- 9.- Cubas RA. Sobrecarga del cuidador del paciente en diálisis. Enf Nferol. 2018. Jul-sep-, 21(3): 213-24
- 10.- López HS, López A. Análisis de laboratorio para el diagnóstico temprano de insuficiencia renal crónica. Rev Mex Urol. 2018;78 (1): 73-90
- 11.- Gorostidi M, Sanchez MM. Prevalencia de enfermedad renal crónica en España: Impacto de la acumulación de factores de riesgo cardiovascular. Nefrología 2018, 38 (6): 606-615

- 12.- Peña ME, Reyna L. Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica usuarios de la clínica hospital ISSTE de Guerrero. *Ciencia y Humis*. 2020 (2):38-43
- 13.- Jack KN. Chronic kidney disease epidemic: How do we deal with it?. *Nephrology* 2018 (4):116-120
- 14.- Ammirati AL. Chronic kidney disease. *Rev Assoc Med Bras*. 2020;66(suppl 1):s03–9.
- 15.- Carrillo RM, Bernabé OA. Mortalidad por enfermedad renal crónica en el Perú: tendencias nacionales 2003-2015. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2018;35(3):409–15
- 16.- López SM, Roble JB, Montenegro LP, Garduño JJ, López JA. Risk and lifestyle factors associated to chronic kidney disease]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2020 May 18;58(3):305-316.
- 17.- Cases A, Puchades M. Iron replacement therapy in the management of anaemia in non-dialysis Chronic Kidney disease patients: 56 *nefrología* 56 of the Spanish Nephrology Society Anemia Group. *Nefrología*. 2021. 41 (2): 123-136
- 18.- Cases A, Egocheaga MI, Tranche S, Pallarés V, Ojeda R, Górriz JL, et al. *Nefrol (Engl Ed)*. 2018;38(1):8–12.
- 19.- Jiag W, Wang X. Novel predictive biomarkers for acute injury superimposed on chronic kidney disease. *Nefrología* 2021: 41 (1):165-173
- 20.- Cardoso MP, Pereira LL. Native vitamin D in pre-dialysis chronic kidney disease. *Nefrol (Engl Ed)*. 2019;39(1):18–28.
- 21.- Müller OH, Pedreros Rosales A. Entrenamiento Físico en personas con enfermedad renal crónica avanzada: beneficios de su implementación en la práctica clínica. *Rev Med Chile* 2019 147: 1443-1448
- 22.- Hobby GP, Oleg K. Chronic kidney disease and the gut microbiome. *Am J Physiol Renal*. 219. (316). 217-219
- 23.- Samaniego LW, Joaquín ZS. Autocuidado en pacientes con enfermedad Renal Crónica en tratamiento con Hemodiálisis. *Salud y admi*. 2018, (5). 15-22

- 24.- Sanchez DM, Poveda J, Fontecha BM, Ruiz AO, Sanchez MD, Ruiz OM, et al. Targeting of regulated necrosis in kidney disease. *Nefrol (Engl Ed)*. 2018;38(2):125–35.
- 25.- Gutieérrez RM. Polanco LC. Enfermedad Renal Crónica en el adulto mayor. *Rev Fina*. 2018 (1):1-8
- 26.- Kistler BM, Moore LW, Benner D, Biruete A, Boaz M, Brunori G, et al. The International Society of Renal Nutrition and Metabolism commentary on the National Kidney Foundation and Academy of nutrition and Dietetics KDOQI clinical practice guideline for nutrition in chronic kidney disease. *J Ren Nutr*. 2021;31(2):116-120.e1.
- 27.- Bielsa GS, Lou LM, Jimero JA, Gracia GO, López AI, Fernández E. et al. Hypertriglyceridaemic waist phenotype for Chronic Kidney Disease population: NEFRONA cohort. *Nefrol (Engl Ed)*. 2020;40(5):514–21.
- 28.- Martínez JV, Hernández GN, López JI, Rodríguez PL, Galbis ML, Santa OM, et al. The importance of the number of antihypertensives in the progression of autosomal dominant polycystic kidney disease. *Nefrol (Engl Ed) [Internet]*. 2021;
- 29.- Soriano CS. Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. *Nefrología 2015 (24)- 1- 15*
- 30.-Robello MJ. Girano CJ. Manifestaciones orales en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC), sometidos a hemodiálisis. *cultura 2020. (34). 255-266*
- 31.- Perez GR, Alcazar AR, de Sequera OP. What is the role of expanded hemodialysis in renal replacement therapy in 2020? *57efrología [Internet]*. 2021;
- 32.-Herrera NB, Galindo VO, Bobadilla AR, Penedo FJ, Lerma A. Propiedades psicométricas del cuestionario MOS de apoyo social en una muestra de pacientes con enfermedades cardiovasculares en población mexicana. *Psic y Sal*. 2012;31(2):225-35
- 33.- Teixidó PJ, Tarrats VL, Arias SN, . Sobrecarga de los cuidadores de pacientes de diálisis peritoneal. Validación de cuestionario y baremos. *Nefrol (Inglés Ed)*. 2018;38(5):535–44.
- 34.- Cortés SL, Álvarez SG, Orozco GN, Soto MH, Martínez R,. Impacto económico de la enfermedad renal crónica: Perspectiva del Instituto Mexicano del Seguro Social *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2017;55(Suppl 2):S124-32. Spanish. PMID: 29697222.

- 35.- Arreola JM, Gutierrez P. Enfermedad Renal Crónica en Aguascalientes. Revi anual. 201(1):1-13
- 36.- Torres MT, Granados GV, Lopez ORL, Carga de la enfermedad renal crónica en México. Revista Médica del Instituto Mexicano del seguro social. 2017;55 (2):118-123
- 37.- Tamayo OJ, Lastiri QH. La enfermedad Renal Crónica en México hacia una política nacional para la enfermedad. Intersistemas S.A de C.V 2016
- 38.- Torres PX, Carreño MS, Chaparro DL, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. Factores que influyen la habilidad y sobrecarga del cuidador familiar del enfermo crónico. Rev Univ Ind Santander Salud. 2017;49(2):330–8.
- 39.-Garcia JA, Reding BA, López AJ. Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. Investig educ médica [Internet]. 2013;2(8):217–24. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s2007-5057\(13\)72715-7](http://dx.doi.org/10.1016/s2007-5057(13)72715-7)
- 40.-REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española, 23.ª ed.
41. Hernández SR, Fernández CC, Metodología de la Investigación McGraw-Hill Companies; 2006.
- 42.- Comision Nacional de Bioética. Código de Nüremberg. Tribunal Internacional de Nüremberg. 1947.
- 43.-Declaración de Helsinki sobre investigaciones biomédicas, versión 2008 de la WMA
- 44.-Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación, 1979.
- 45.- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Diario Oficial de la Federación 2014.
- 46-Criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012.
- 47.-Ley federal de protección de datos personales en posesión de los particulares. Diario Oficial de la Federación 201.



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

“APOYO SOCIAL Y SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO EN RESPONSABLES DEL CUIDADO EN DERECHOHABIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA ESTADIO V EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 92 “CIUDAD AZTECA”	
Nombre del estudio:	
Lugar y fecha:	Delegación oriente, UMF 92
Número de registro:	No aplica
Justificación y objetivo del estudio:	La disminución de la función en el riñón, es una de las enfermedades más frecuentes en nuestro país que más costos genera por parte de las personas que se atienden en el IMSS por lo que es indispensable para ellos contar con una persona encargada de su cuidado el cual tiene que invertir tiempo para dedicarle las atenciones necesarias, por eso es importante conocer su nivel de cansancio.
Procedimientos:	Se le solicitara uso de cubrebocas, y aplicación de gel desinfectantes, se le dará un cuestionario impreso en hoja en papel y bolígrafo el cuestionario está dividido en dos partes y solicitará información sobre las molestias comunes (cansancio, dolor de cabeza, dolores musculares, tristeza El responder el cuestionario requiere un máximo de 10 minutos..
Posibles riesgos y molestias:	Esta investigación se considera “con riesgo mínimo” ya que se aplicará un cuestionario que puede evaluar aspectos relacionados al estado de ánimo, así como a la percepción de apoyo que sienta, se colectará información personal. Nombre edad sexo, por lo que no implica riesgo a su salud.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio	-En caso de detectar cansancio en el cuidador, el investigador le otorgara asesoría sobre mejorar este cansancio. Los resultados ayudaran a conocer el alcance del cansancio el cuidador de las personas que se atienden en el IMSS con problemas de riñón se le otorgara tríptico, orientación por parte del investigador respondiendo sus dudas.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento.	En caso de detectar cansancio en el cuidador en ese momento le otorgare un tríptico que cuenta con asesoría sobre cómo evitar este agotamiento, ejercicios respiratorios y ejercicios de meditación los cuales pueden mejorar la sobrecarga así como envío al servicio de trabajo social para grupos de apoyo así como envío con su medico familiar para que le realice una valoración integral.
Participación o retiro:	Si usted decide dejar de participar no se verá afectado en la prestación de los servicios de salud que le otorga el Instituto Mexicano del Seguro Social, por lo que puede abandonar en cualquier momento.
Privacidad y confidencialidad:	Sus datos personales y sus resultados serán resguardados por el investigador responsable y no se hará mal uso de ellos.

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

- No quiero participar en el estudio
 Si autorizo que se ocupen mis datos para este estudio
 Si autorizo que se ocupen mis datos para este y estudios siguientes

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

Alumno : Dr. Moreno Grifaldo Daniel Residente de segundo año Tel: (55) 63586165 Daniemorenog11@gmail.com

Direccion: Avenida Carlos Hank González SN Esquina Santa Prisca Col Laderas del Peñon Ecatepec CP 55130

Investigador asociado: Dr. Benjamín Estrada Hernández Especialista en Medicina Familiar Tel (55) 5538974453

benja_estrada_hdz@hotmail.com

Investigador responsable: Dra Olivia Reyes Jimenez Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud U.M.F.92

Tel: Cel.: (55) 5738974457 olivia.reyesji@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto:
Testigo 1

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

FORMATO DE FICHA DE IDENTIFICACION

INSTRUCCIONES: Leer cuidadosamente el cuestionario y responda a lo que se pide marcando con una X la respuesta que usted considere correcta, si tiene alguna duda acérquese al aplicador.

El siguiente cuestionario nos ayudará a conocer algunas características personales del sujeto de estudio “cuidador primario” de derechohabientes con Enfermedad Renal Crónica estadio 5, de la Unidad de Medicina Familiar No. 92, es decir, usted. Este documento es de carácter confidencial, de tal manera le pedimos honestidad al contestar. De antemano le agradecemos su participación.

Edad: _____

Sexo: Mujer ____ Hombre ____

Estado civil: Soltero ____ Casado ____ Unión libre ____ Divorciado ____ Viudo ____

Escolaridad: Primaria ____ Secundaria ____ Preparatoria ____ Licenciatura ____

INSTRUCCIONES DE LLENADO.

Lea las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone.

1. Aproximadamente cuantos amigos íntimos familiares cercanos tiene usted (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre
- 2.- La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otro tipo de ayuda ¿con que frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesite?

Marque con un círculo uno de los números en la fila.

CUESTIONES ¿Cuenta con alguien?	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES	SIEMPRE
Que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
Con quien pueda contar cuando necesite hablar	1	2	3	4	5
Que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
Que le lleve al médico cuando lo necesite	1	2	3	4	5
Que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
Con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
Que le informe y ayude a entender la situación	1	2	3	4	5
En quien confiar y hablar de si mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
Que le abrace	1	2	3	4	5
Con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
Que le prepare la comida si no pueda hacerlo	1	2	3	4	5
Cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
Con quien hgacer cosa que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
Que le ayude en sus tareas domésticas si esta enfermo	1	2	3	4	5
Alguien con quien compartir sus problemas más intimos	1	2	3	4	5
Que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
Con quien divertirse	1	2	3	4	5
Que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
A quien amar y hacerle sentir querido	1	2	3	4	5

INSTRUCCIONES DE LLENADO.

A continuación, se presenta una lista de afirmaciones, en la cuales se refleja cómo se sienten, a veces las personas que cuidan de otras personas. Después de leer cada afirmación debe indicar con qué frecuencia se siente usted, así nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existe respuestas acertadas o equivocadas, sino tan solo su experiencia 0= nunca 1= Rara vez, 2= algunas veces, 3= Bastantes veces, 4= Casi siempre

PREGUNTAS	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNA VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
¿Piensa que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familia ya no dispone de tiempo suficiente para su edad?					
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familia con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
¿Siente enfado cuando esta delante de su familiar?					
¿Cree que la situación actual afecta negativamente la relación que Ud tiene con otros miembros de su familia?					
¿Tiene miedo por el futuro de su familia?					
¿Piensa que su familia depende de usted?					
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familia?					
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familia?					
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?					
¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familia?					
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familia?					
¿Piensa que su familia le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familia, además de sus otros gastos?					
¿Piensa que no será capaz de cuidar su familia por mucho más tiempo?					
¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familia?					
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familia a otra persona?					
¿Se siente indeciso sobre que hacer con su familia?					
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familia?					
Globalmente ¿Qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familia					



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 92

SOBRECARGA DEL CUIDADOR Y APOYO SOCIAL



APOYO SOCIAL.

El apoyo social es definido por la presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas.

Permite a las personas sentir que se preocupan de ellos y los quieren. Son estimados y valorados.

Pertenece a una red de comunicación y de obligaciones mutuas.



Elaboró:

Dr. Daniel Moreno Gutiérrez-Residente de Segundo año de Medicina Familiar UMF 92.

Bibliografía:

- **Sorrión EJ, Rey JF.** Introducción al modelo ~~biopsicosocial~~ **biopsicosocial** del apoyo social y de variables sociodemográficas. *Revista de* (3) 2019.
- **Wiley F.** El síndrome del cuidador de personas dependientes y las estrategias generales de afrontamiento. 2019



¿Qué es el síndrome del cuidador?

El llamado síndrome del cuidador se da en quienes dedican gran parte de su tiempo a cuidar de personas dependientes lo que lleva a un estado de agotamiento físico, emocional y mental que puede ir acompañado de un cambio en la actitud, pasando de mostrarte una persona positiva y afectuosa a una persona negativa e indiferente.

Señales de alerta del síndrome del cuidador



Cansancio persistente.



Problemas de sueño.



Disminución o abandono de las cosas que le gustan realizar.



Elevada irritabilidad.



Aislamiento social.



Nivel de estrés elevados.

¿CÓMO PREVENIR EL SÍNDROME DEL CUIDADOR?



Acéptate como eres.



Identifica tus fortalezas.



Prémiate.



Practica técnicas de relajación



Piensa positivo.



Cuida tu alimentación.



Cuida tu salud.