



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 09

“Colapso en el cuidador primario del paciente con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal adscritos a la Unidad de Medicina Familiar no.9 Acapulco, Guerrero. ”

TESIS

PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE ESPECIALIDAD
EN:
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
DRA. PAOLA JACQUELINE LUNA RAMÍREZ

DIRECTOR DE TESIS:
DRA. IRASEMA ISABEL URBINA ARANDA

ACAPULCO, GUERRERO, FEBRERO 2024.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1101.
U MED FAMILIAR NUM 9

Registro COFEPRIS 17 CI 12 001 131
Registro CONBIDÉTICA CONBIOÉTICA 12 CEI 001 2018022

FECHA Miércoles, 07 de diciembre de 2022

M.E. IRASEMA ISABEL URBINA ARANDA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Colapso en el cuidador primario del paciente con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal adscritos a la Unidad de Medicina Familiar no.9 Acapulco, Guerrero** 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-2022-1101-013

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

Dra. MAGALI OREA FLORES

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1101

Imprimir

T - 0

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL



GOBIERNO DE
MÉXICO

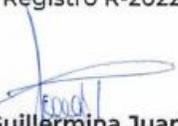


INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

"Colapso en el cuidador primario del paciente con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal adscritos a la Unidad de Medicina Familiar no.9 Acapulco, Guerrero"

No. Registro R-2022-1101-013


Dra. Guillermina Juanico Morales

Coordinadora de Planeación y Enlace Institucional


Dr. Rogelio Ramírez Ríos
Coordinador Auxiliar Médico de Educación


Dra. Guillermina Juanico Morales
Coordinadora Auxiliar Médico de Investigación en Salud


Dra. Irasema Isabel Urbina Aranda
Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud


Dra. Teresa Ocampo Rentería
Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar


Dra. Irasema Isabel Urbina Aranda
Directora de Tesis

**COLAPSO EN EL CUIDADOR PRIMARIO DEL PACIENTE CON
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO
DE LA FUNCIÓN RENAL ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NO.9 ACAPULCO, GUERRERO.**

**TRABAJO PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

PAOLA JACQUELINE LUNA RAMÍREZ

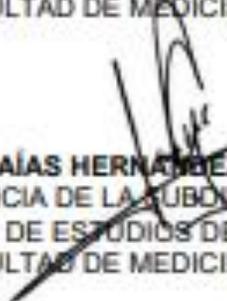
AUTORIZACIONES:



DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA UNAM



DR. GEOVANI LOPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA UNAM



DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA UNAM



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

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| 1. Marco Referencial..... | 9 |
| 2. Justificación..... | 20 |
| 3. Planteamiento Del Problema..... | 20 |
| 4. Objetivos..... | 22 |
| 4.1 Objetivo general | 22 |
| 4.2 Objetivos específicos..... | 22 |
| 5. Hipótesis..... | 22 |
| 6. Metodología..... | 23 |
| 6.1 Tipo de estudio..... | 23 |
| 6.2 Población, lugar y tiempo de estudio..... | 23 |
| 6.3 Tamaño de la muestra y tipo de muestra..... | 24 |
| 7. Criterios De Selección | 25 |
| 7.1 Criterios de inclusión..... | 25 |
| 7.1 Criterios de exclusión..... | 25 |
| 7.2 Criterios de eliminación..... | 25 |
| 8. Variables..... | 25 |
| 8.1 Definición y operacionalización de las variables..... | 25 |
| 9. Descripción general del estudio..... | 28 |
| 9.1 Método de recolección de datos..... | 28 |
| 9.2 Organización de datos..... | 29 |
| 9.3 Análisis estadístico..... | 29 |
| 10. Consideraciones éticas..... | 30 |
| 11. Presupuesto y financiamiento..... | 32 |
| 12. Resultados..... | 33 |
| 13. Discusión..... | 39 |
| 14. Conclusión..... | 41 |

| | |
|--|----|
| 15. Recomendaciones..... | 42 |
| 16. Bibliografía..... | 43 |
| Anexos..... | 49 |
| Anexo 1. Consentimiento informado..... | 50 |
| Anexo 2. Instrumento de recolección de datos | 51 |
| Anexo 3. Carta de no inconveniente..... | 54 |

RESUMEN

TÍTULO: Colapso en el cuidador primario del paciente con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal adscritos a la Unidad de Medicina Familiar. no 9 Acapulco, Guerrero.

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal, necesitan cuidados complejos, requiriendo de un cuidador primario; a mayor dependencia, mayor es el grado de sobrecarga para el cuidador, quien puede llegar a presentar alteraciones físicas, emocionales y sociales, lo cual repercuten negativamente en la calidad de vida del cuidador y del paciente.

OBJETIVO: Identificar el colapso en el cuidador primario del paciente con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal adscritos a la Unidad de Medicina Familiar no.9 Acapulco, Guerrero.

METODOLOGÍA: Estudio transversal analítico en 143 cuidadores primarios de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal en Acapulco, Guerrero, de diciembre a abril 2023, se aplicó la escala de Zarit para identificar el colapso del cuidador, el análisis estadístico se hizo con el programa SSPS 23, realizando análisis bivariado obteniendo valor de p, OR e IC 95%.

RESULTADOS: El 46% (66/143) de los cuidadores presenta colapso. El 62% (41/66), presenta colapso intenso, mientras que el 38%(25/66) se encuentra con leve. El factor asociado con la presencia de colapso es el género femenino (p 0.005).

CONCLUSIÓN: 5 de cada 10 cuidadores presentan colapso, de cada 10 cuidadores con colapso 6 de ellos cursa con colapso intenso y 4 con leve.

PALABRAS CLAVE: Colapso de cuidador, enfermedad renal crónica, escala Zarit.

SUMMARY

TITLE: Collapse in the primary caregiver of the patient with chronic kidney disease in renal function replacement therapy assigned to the Family Medicine Unit no. 9 Acapulco, Guerrero.

INTRODUCTION: Patients with CKD on renal replacement therapy need complex care, requiring a primary caregiver; the greater the dependency, the greater the degree of overload for the caregiver, who may present physical, emotional and social alterations, which have a negative impact on the quality of life of the caregiver and the patient.

OBJECTIVE: To identify the collapse in the primary caregiver of patients with chronic kidney disease on renal function replacement therapy assigned to the Family Medicine Unit no.9 Acapulco, Guerrero.

METHODOLOGY: Cross-sectional analytical study in 143 primary caregivers of patients with CKD in renal replacement therapy in Acapulco, Guerrero, from December to April 2023, the Zarit scale was applied to identify the collapse of the caregiver, the statistical analysis was done with the SSPS 23 program, performing bivariate analysis obtaining p-value, OR and 95% CI.

RESULTS: 46% (66/143) of caregivers had collapse. 62% (41/66) had severe collapse, while 38% (25/66) had mild collapse. Factors associated with the presence of collapse are female gender (p 0.005).

CONCLUSION: 5 out of 10 carers had collapse, 6 out of 10 carers with collapse had severe collapse and 4 had mild collapse.

KEY WORDS: Caregiver breakdown, chronic kidney disease, Zarit scale.

ABREVIATURAS

CKD-EPI: Chronic Kidney Disease-Epidemiology Collaboration

ERC: Enfermedad Renal Crónica

IC 95%: Intervalos de confianza del 95%

MDRD: Modification of Diet in Renal Disease

OMS: Organización Mundial de la Salud

OR: Odds Ratio

p: Valor p

KDIGO: Kidney Disease Improving Global Outcomes

1.- MARCO TEÓRICO

Enfermedad Renal crónica

La enfermedad renal crónica (ERC), se define como una disminución de la función renal demostrada por la tasa de filtrado glomerular de menos de 60 mL/min en 1.73m², o por marcadores de daño renal, o ambas, de al menos 3 meses de duración, sin tomar en cuenta la causa subyacente (1,2).

La lesión renal puede identificarse a partir de la existencia de albuminuria (3).

La ERC es una de las principales causas de enfermedades no transmisibles y su prevalencia está aumentando especialmente entre los adultos mayores, como consecuencia del desarrollo socioeconómico y una mejor esperanza de vida (4).

Latinoamérica, tiene la tasa de mortalidad por enfermedad renal más alta de todo el mundo (5).

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía en México se estima una incidencia anual de paciente con enfermedad renal crónica de 377 casos por millón de habitantes, en el año 2015 se presentaron un total de 11 983 defunciones debido a la insuficiencia renal (6).

Mientras que en 2017, en México se reportó una prevalencia de ERC del 12.2% y 51.4 muertes por cada 100 000 habitantes (7).

En México esta enfermedad está teniendo un gran impacto en las finanzas de las instituciones y en 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 Secretaría de Salud, y de 9 091 dólares estadounidenses en el Instituto Mexicano del Seguro Social (8).

Una vez establecida, la enfermedad renal crónica progresa hacia etapas más avanzadas, por lo que la nefrología actual se preocupa por prevenir o retardar su progresión por medio de la aplicación de estrategias dirigidas a la corrección de los factores de riesgo, al diagnóstico temprano y al tratamiento adecuado (9).

En pacientes seguidos en atención primaria con enfermedades tan frecuentes como la hipertensión arterial o la diabetes mellitus, la prevalencia de enfermedad renal crónica puede alcanzar el 35-40% (10).

En un estudio publicado en 2010 por Méndez y colaboradores, efectuado con 31 712 pacientes integrados a programas de diálisis peritoneal o hemodiálisis en 127 hospitales generales del Instituto Mexicano del Seguro Social, los autores identificaron una prevalencia de 48.5% de ERC secundaria a diabetes mellitus y de 19% de enfermedad renal crónica producida por hipertensión arterial (11).

Los factores de progresión a estadios más avanzados que empeoran el daño renal y aceleran el deterioro funcional renal son: proteinuria persistente, hipertensión arterial mal controlada, diabetes mal controlada, tabaquismo, dislipidemia, anemia, enfermedad cardiovascular asociada, obesidad (12).

La magnitud del problema es aún mayor teniendo en cuenta el incremento de la morbimortalidad, especialmente cardiovascular, relacionado con el deterioro renal (10).

La tasa de filtrado glomerular es el parámetro actualmente utilizado para determinar la severidad de la disfunción renal; puede medirse de forma directa por medio de un metabolito endógeno eliminado en la orina como la creatinina, la fórmula Chronic Kidney Disease-Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) ha

mostrado ser una de las más precisas para calcular tasa de filtrado glomerular (13).

Las guías Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) 2012 han propuesto una clasificación pronóstica la cual divide distintas categorías de enfermedad renal según el filtrado glomerular (estadios G1-G5) y grado de albuminuria: cociente albúmina/creatinina, siendo el estadio G5, el cual amerita tratamiento sustitutivo de la función renal (14).

En esta clasificación la función renal se mide mediante filtrado glomerular, y recomienda utilizar ecuaciones para estimar el filtrado glomerular a partir de la concentración de creatinina sérica, como la fórmula Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) y Chronic Kidney Disease-Epidemiology Collaboration (CKD-EPI), la ventaja de esta última es que presenta una mayor exactitud al cuantificar el grado de filtrado glomerular, cuando este es mayor a 60 ml/min (15).

La evolución que ha tenido la prevalencia de la enfermedad renal crónica terminal bajo tratamiento sustitutivo en Latinoamérica desde que comenzó a llevarse el registro latinoamericano de diálisis y trasplante renal, ha ido aumentando progresivamente (16).

Países de Latinoamérica comparten sus datos con el United States Renal Data System, en el reporte del 2018, nuestro país, México muestra altas tasas de incidencia de pacientes en terapia de reemplazo de función renal, en comparación con otros países con tasas son intermedias como Guatemala, Brasil y Chile (5).

Dado que en México no se tiene un registro nacional de enfermos renales, se desconoce la prevalencia de pacientes en terapia de reemplazo renal; sin embargo, algunas estadísticas de la población derechohabiente del IMSS indican una prevalencia de ERC terminal en adultos superior a 1 000 por millón de derechohabientes. Por otro lado, con base en datos provenientes de distintas

fuentes, se estimó que en México 129 000 pacientes presentaban enfermedad renal crónica terminal y que sólo alrededor de 60 000 recibían algún tipo de tratamiento (17).

Las opciones de tratamiento de la ERC dependen de la etapa de la misma. Generalmente, durante las primeras 4 etapas, el tratamiento es conservador (fármacos, dieta y medidas generales), mientras que en la etapa 5, la más avanzada, el tratamiento consiste en la terapia de reemplazo renal: diálisis peritoneal, hemodiálisis, o trasplante renal, siendo la hemodiálisis la más utilizada en el 89.6% de los casos (6,17).

Entre los pacientes que finalmente desarrollan enfermedad renal en etapa terminal, muchos son derivados por sus nefrólogos a sesiones educativas para aprender sobre diferentes opciones de tratamiento, como la diálisis. Sin embargo, los programas de educación para pacientes con ERC en etapa terminal tienden a centrarse en el tipo de modalidad, el acceso vascular y el entorno de atención en lugar de como las diferentes modalidades de tratamiento pueden afectar los estilos de vida de los pacientes y los objetivos de la atención (18).

Según la norma oficial mexicana NOM-003-SSA3-2010, para la práctica de la hemodiálisis, la diálisis peritoneal, es un procedimiento que utiliza como principio físico-químico la difusión pasiva del agua y solutos de la sangre a través de la membrana peritoneal, mientras que en la hemodiálisis se aplican técnicas y procedimientos específicos a través de equipos, soluciones, medicamentos e instrumentos adecuados, que utiliza como principio físico-químico la difusión pasiva del agua y solutos de la sangre a través de una membrana semipermeable extracorpórea (19).

El número de horas en tratamiento por semana interfiere con las actividades diarias del enfermo, además de que con la enfermedad renal crónica su

calidad de vida se deteriora muy rápidamente por el avance rápido de la enfermedad (6).

Redes de apoyo

El autor Sánchez, 2020, refiere que los pacientes con enfermedad renal crónica terminal, en la mayoría de los casos requieren una red de apoyo que sea lo suficientemente fuerte para poder enfrentarse a las múltiples complicaciones que puede desencadenar dicho padecimiento. El apoyo social es la suma de aportaciones hacia el individuo por parte de la familia y amigos; El apoyo social es reconocido como un factor determinante en la salud de los individuos (20).

De igual manera el apoyo social, es un mecanismo que sirve como un “factor protector” contra la vulnerabilidad de los individuos frente a los efectos del estrés sobre la salud (21).

Según Marcia, 2016, se reconocen dos categorías de redes de apoyo social:

- 1.-Apoyo instrumental: hace referencia a la disponibilidad de la ayuda de otras personas en la gestión de situaciones prácticas y operacionales de la vida cotidiana.
- 2.- Apoyo emocional: consiste en conductas tales como escuchar, prestar atención o hacer compañía, lo que hace la persona sentirse cuidada (22).

Se afirma que la influencia del apoyo social garantiza un aumento de la resistencia de las personas ante cambios significativos durante su vida, estresores diarios, crisis personales y en el momento de adaptación o ajuste a las enfermedades de carácter crónico (23).

Los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada, sufren una amplia variedad de síntomas físicos y psicológicos, la sintomatología es variable y afecta negativamente a la calidad de vida (24).

En una investigación realizada por Gutiérrez, en el que estudió el perfil sintomático de los pacientes con ERC estadio 4 y 5, obtuvo como resultado que los síntomas más frecuentes fueron: debilidad 68.7%, dolor 53.1%, depresión 45%, dificultad para dormir 44.4%, poca movilidad 37.3%, estreñimiento 36.1%, ansiedad 35.2%, disnea 33.5% y somnolencia 31.3% (25).

Estas distintas alteraciones conllevan diferentes grados de dependencia física e implican cambios en la vida familiar, tanto del paciente como de diferentes cuidadores (26).

Tipos de cuidadores

En 1999 la Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualizó 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 necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta (27).

A su vez, el cuidador primario asume la responsabilidad en la atención, apoyo y cuidados diarios de cualquier tipo de persona enferma. Es quien además le acompaña la mayor parte del tiempo y quien, aparte del enfermo, sufre un mayor peligro de agresión sobre su salud, convirtiéndose en sujeto de alto riesgo (28).

A continuación se observan los conceptos del término cuidador identificados en la literatura: (29,30).

| Termino | Concepto |
|---------------------|--|
| Cuidador | Se refiere a persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, que le dificulta el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales. |
| Cuidador primario | Cuidador que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de una persona que por sí misma no puede, y que está dispuesto a tomar decisiones por el paciente y a cubrir sus necesidades básicas, teniendo la responsabilidad principal del cuidado, papel que por lo general, es asumido por la esposa, esposo, hija, hijo, un familiar o alguien cercano a la o el paciente. |
| Cuidador secundario | Persona que no tiene la responsabilidad principal del cuidado del paciente enfermo. Puede ser cualquier persona (familiar, amigo o incluso un profesional), sin embargo no está depositada en esta persona la responsabilidad total de cuidado. |
| Cuidador formal | Es aquel que presenta una preparación o capacitación para desempeñar esta labor; tiene un horario previamente establecido y recibe honorarios por su labor. Se encuentran enmarcados dentro de lo que se considera un sistema formal de cuidados. |
| Cuidador informal | persona que otorga la prestación de cuidados de salud a personas dependientes por parte de familiares, amigos u otras personas de la red social inmediata, que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen |

Existen ciertas características predominantes de acuerdo a los tipos de cuidadores según el vínculo familiar:

- Cuando el cuidador es la hija, el perfil más frecuente es el de la hija de entre 40-50 años, casada y con hijos. Muchas de ellas trabajan fuera del domicilio familiar, no tienen ninguna formación en el cuidado de personas dependientes, no están remuneradas y desarrollan una jornada de trabajo sin límites establecidos.
- Cuando los cuidadores son los cónyuges, el principal problema con el que se encuentran es la soledad y el aislamiento. La atención a la persona enferma les limita el tiempo libre y las relaciones con los amigos y el resto de la familia (28).

Tradicionalmente, han sido las familias las que han asumido el cuidado de las personas dependientes a través de lo que ha dado en llamarse "apoyo informal", esa función ha recaído y recae, casi en exclusividad, en las mujeres del núcleo familiar, madres, cónyuges, hijas o hermanas de las personas dependientes (31).

Menati y cols. (2020), en un estudio para determinar la carga de cuidado en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis, encontró que un 63,1% de cuidadores eran mujeres, y un 54,6% cuidadores eran los hijos de los pacientes (32).

A su vez, Aguilera y cols. (2016), en su estudio dirigido a los cuidadores de los pacientes en tratamiento sustitutivo de la función renal, determinaron que de los cuidadores el 23,1% eran hombres y el 76,9% mujeres, la media de edad fue de $54,38 \pm 18,5$ años (31).

Repercusiones sobre el cuidador primario

Los cuidadores primarios se convierten en un componente esencial para favorecer la autonomía, satisfacer las necesidades de cuidado, contribuir en los procesos adaptativos de la enfermedad y favorecer respuestas positivas para la continuidad del cuidado (32).

Las personas en tratamiento de diálisis se vuelven más frágiles y requieren de cuidados más complejos a largo plazo debido al progreso de su enfermedad; a mayor dependencia por parte de la persona que recibe diálisis, mayor el grado de sobrecarga y a mayor grado de sobrecarga se afecta el compromiso en el cuidado del receptor y de sí mismo (24).

La logística y manejo de los síntomas y tratamiento asociado con el proceso de diálisis (por ejemplo, transporte a la unidad de diálisis, citas médicas, control de la dieta, apoyo a la higiene personal, etc.) pueden tener un importante impacto en la calidad de vida del cuidador (33).

Los cuidadores primarios se ven involucrados en una serie de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que es llamado carga del cuidador. Producto de las demandas del cuidado del familiar, el cuidador requiere apoyo ante la responsabilidad y tareas del cuidado, además de en las tareas domésticas, administración en el hogar y movilidad en el entorno, durante la mayor parte del día, sin retribución económica (26)

La carga del cuidador puede definirse como “una respuesta multidimensional a la evaluación negativa y al estrés percibido como resultado del cuidado de una persona enferma, los cuidadores estresados reportan más sentimientos de depresión, falta percibida de mecanismos de afrontamiento y preocupaciones sobre su mala calidad de vida (34).

De acuerdo a la guía de práctica clínica mexicana de detección y manejo del colapso del cuidador (35), los factores de riesgo que participan en el desarrollo del colapso del cuidador son derivados de la falta de recursos, tales como:

- Falta de conocimiento de recursos comunitarios.
- Recursos comunitarios inadecuados o insuficientes (unidades de respiro, centros de atención social, recursos recreativos, etc.).
- Dificultad para acceder a recursos comunitarios.
- Medios o accesos de transporte inadecuados.
- Entorno físico inadecuado (acondicionamiento del domicilio, temperatura, espacio, seguridad, etc.).
- Traslado a domicilio de algún miembro de la familia con importantes carencias en los cuidados.
- Dificultad para acceder al apoyo formal.
- Recursos económicos insuficientes.

Según Ploeg (2020), una reciente revisión de la literatura de 27 estudios cuantitativos y estudios cualitativos de las experiencias de cuidadores de adultos con multimorbilidad encontró que los cuidadores realizaron una gama de tareas que consumen mucho tiempo para apoyar a la persona que recibe el cuidado tales como brindar cuidado físico, estimular al adulto mayor, y programar y asistir a citas médicas (36).

Hoang y Cols. (2018), encontraron que el área psicológica era la más afectada al desempeñar la labor de cuidar, reportando niveles de moderados a intensos (37).

Cuando el cuidador se desgasta, descuida aspectos tan cruciales como el horario de los medicamentos, el aseo diario del paciente, su alimentación, la prevención de

accidentes, etc., además de verse afectado su estado de ánimo. Todo esto favorece que el precario estado de salud del paciente se deteriore aún más; el resultado visible es la petición recurrente por parte del paciente de consultas de urgencia e ingresos frecuentes y prolongados (38).

Instrumentos para evaluar la carga en el cuidador primario

Dada la importancia de estudiar y medir la sobrecarga en el cuidador, se han desarrollado varios instrumentos como el Índice Global de Carga, el Cuestionario Entrevista de Carga Familiar Objetiva y Subjetiva, el Cuestionario Índice de Esfuerzo del Cuidador, entre otros (39).

Dentro de las escalas más utilizadas, se encuentra la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, la cual logra enlazar consistentemente todas las dimensiones (Bio-psico-social). También ha sido validada en diversos idiomas incluyendo el español, tiene sensibilidad de 93% y especificidad del 84% (35).

En un principio incluía 29 ítems, y que en una revisión posterior lo redujo a 22, con el objetivo de paliar el inconveniente de su extensión y en consecuencia del tiempo que se emplea en su uso (40).

Esta escala se basa en una concepción unidimensional del fenómeno, y fue diseñada para valorar el sentimiento de sobrecarga experimentado por cuidadores familiares de pacientes con distintas enfermedades, evalúa una sola dimensión centrada en el aspecto subjetivo, estableciendo puntajes de corte que permiten discriminar entre ausencia y presencia de sobrecarga y, dentro de esta

última, distinguir entre niveles leve e intenso. Así mismo, permite mensurar el nivel de sobrecarga experimentado por el cuidador a lo largo del tiempo en que se desarrolle la tarea de cuidado (41).

2. JUSTIFICACIÓN

En nuestra población, no existen investigaciones previas referente al colapso del cuidador primario de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal, al realizarse este estudio se podrá conocer la existencia y grado de colapso presentado en estas personas, y con ello crear diferentes estrategias para disminuir este problema, mejorando la salud física y emocional del cuidador, para que esté en las mejores condiciones de continuar apoyando en las necesidades del enfermo renal crónico y de esta manera disminuir complicaciones en las patologías de base del cuidador - enfermo, logrando disminuir la frecuencia de las atenciones intrahospitalaria, y con esto reducir costos en la atención institucional. Los resultados se darán a conocer a los cuidadores, autoridades y médicos familiares, mediante material visual y sesiones académicas.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Un gran número de pacientes con enfermedad renal crónica que ameritan tratamiento sustitutivo de la función renal, requieren del apoyo de cuidadores primarios para realizar las actividades básicas de la vida diaria, incluyendo asistencia en sus sesiones de diálisis y acompañamiento en sus múltiples citas médicas (21), esto trasciende en un problema de salud, debido a que la mayoría

de estos cuidadores primarios, llegarán al colapso, secundario a la sobrecarga que genera el cuidado estrecho del paciente con enfermedad renal. Son diferentes factores los cuales influyen en la aparición y grado de colapso, de los principales se encuentran el tiempo de cuidado, ya que los que presentan mayor grado de colapso son aquellos cuidadores que invierten más tiempo de cuidado (31,32). Se ha encontrado que hasta el 32% de las personas que asumen la tarea de cuidado en el transcurso del tiempo presentan alteraciones en diferentes dimensiones: físicas, sociales, económicas y emocionales, y como resultante pueden llevar al cuidador a presentar sentimientos de tristeza, depresión, agotamiento e impotencia, descuidando incluso su propia salud y a su familia nuclear (26), esto a su vez impacta de manera importante en el paciente con enfermedad renal crónica, ya que si el cuidador no se encuentra en óptimas condiciones para apoyarlo, descuidará la atención otorgada al paciente cuidado, generando alteraciones en control de sus patologías de base y seguimiento del tratamiento sustituto de la función renal, llegando inclusive a provocar maltrato al paciente cuidado, todo esto generando mayor gastos para el instituto mexicano del seguro social y alterando la calidad de vida de ambas personas involucradas. (34,35)

El problema es vulnerable de modificar al identificar principalmente el problema, que existe y que está presente en un grupo considerable de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal, y al identificarlo se podrá incidir en él, para mejorar la calidad de vida de los cuidadores y a su vez de los pacientes renales.

Fue factible llevar a cabo la investigación ya que tenemos el grupo de pacientes en tratamiento sustitutivo de la función renal, sus cuidadores primarios y el instrumento con el que se va a estudiar.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuál es el grado de colapso en el cuidador primario del paciente con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal adscritos a la Unidad de Medicina Familiar no.9 Acapulco, Guerrero?

4. OBJETIVOS

4.2 Objetivo general

Determinar el colapso en el cuidador primario del paciente con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal adscritos a la Unidad de Medicina Familiar no.9 Acapulco, Guerrero.

4.1 Objetivos específicos:

- 1.- Determinar el grado de colapso que presentan los cuidadores primarios.
- 2.-Relacionar las variables sociodemográficas (edad, género, estado civil,parentesco) con la presencia de colapso del cuidador.
- 3.-Identificar el tiempo de cuidado (tiempo total y horas al día) en los pacientes con colapso y sin él.

5. HIPÓTESIS

Se espera encontrar una prevalencia del 60% de colapso en el cuidador primario del paciente con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal adscritos a la UMF no.9 Acapulco, Guerrero.

6. METODOLOGÍA DE ESTUDIO

6.1 Tipo de estudio.

Se realizó un estudio transversal analítico.

6.2 Población, lugar y tiempo de estudio:

Se incluyeron a los cuidadores primarios de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal, que son atendidos en la Unidad de Medicina Familiar no.9 Acapulco, Guerrero. Se captó a la población de estudio en la sala de espera mientras esperan su turno para ser atendidos en la consulta médica en el periodo de diciembre 2022 - abril 2023.

6.3 Tamaño de la muestra y tipo de muestra:

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia a los cuidadores primarios de pacientes con enfermedad renal crónica estadio 5, que son atendidos en UMF no.9 Acapulco, Guerrero, del período mencionado.

El tamaño de la muestra se estableció mediante la fórmula $NE2+Z2pq$, con un nivel de confianza del 95% y margen de error relativo del 5%, se obtuvo una muestra de 143 que representa el 47% de los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar número 09 que se encuentran en tratamiento sustitutivo de la función renal, que deseen participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado y cumplan con los criterios de inclusión.

| | |
|--|-----|
| Total de la población (N) | 304 |
| Nivel de confianza o seguridad (1- α) | 95% |
| Precisión (d) | 3% |
| Proporción (Valor aproximado del parámetro que queremos medir) | 5% |
| TAMAÑO MUESTRAL (n) | 122 |
| TAMAÑO MUESTRAL AJUSTADO A PERDIDAS | |
| Proporción esperada de perdidas (R) | 15% |
| MUESTRA AJUSTADA A LAS PERDIDAS | 143 |

7. CRITERIOS DE SELECCIÓN

7.1 Criterios de inclusión:

- Cuidadores primarios de pacientes con enfermedad renal crónica estadio 5 en tratamiento sustitutivo de la función renal, que son adscritos a la UMF no.9 Acapulco, Guerrero.
- Ambos géneros.
- Cualquier edad

7.2 Criterios de exclusión:

- Cuidadores primarios con menos de 6 meses de cuidado al paciente con tratamiento sustitutivo de la función renal.

7.3 Criterios de eliminación:

- Cuidadores primarios que no contesten completo el cuestionario.

8. VARIABLES

8.1 Definición y operacionalización de las variables:

Variable Dependientes: Colapso del cuidador

Variables Independientes: Genero, edad, estado civil, ocupación, tiempo que lleva de cuidador primario, horas que dedica al día al cuidado, grado de colapso del cuidador.

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo de variable | Indicador |
|--------------------------------------|--|--|------------------|---------------------------------------|
| Variables dependientes | | | | |
| Colapso del cuidador | Respuesta multidimensional de la apreciación negativa (funcionamiento físico, emocional, social, espiritual o financiero) y estrés percibido resultado del cuidado de un individuo, usualmente familiar, que padece una condición médica. | Mediante la realización de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, se catalogará si el cuidador presenta o no colapso de acuerdo al siguiente puntaje: ≥46: Si colapso 0-45: No colapso | Cualitativa | 1: Si 2: No |
| Variables independientes | | | | |
| Grado de colapso del cuidador | Clasificación de la sobrecarga; sin sobrecarga, leve e intensa. Sin sobrecarga, no experimentada un trabajo mayor por el cuidado. Leve: la sobrecarga en un mediano nivel ante cuidado a su familiar Intensa: se genera una sobrecarga mayor por tener que cuidar a su familiar. | Mediante la realización de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, se catalogará el grado de colapso que presenta el cuidador de acuerdo al siguiente puntaje: 0-45: sin sobrecarga ≥46- 55: sobrecarga leve ≥56: sobrecarga intensa | Cualitativa | 1: Colapso intenso 2: Colapso leve |

| | | | | |
|--|--|---|--------------|-------------------------------|
| Género | Características biológicas y físicas que distinguen al hombre de la mujer desde el punto de vista reproductivo | Mediante interrogatorio y revisión de alguna identificación (INE, Cartilla de salud). Reactivo número 1. | Cualitativo | 1: Femenino 2: Masculino |
| Edad | Tiempo de vida de una persona en años | Mediante interrogatorio y revisión de alguna identificación (INE, Cartilla de salud). Reactivo número 2. | Cuantitativa | 1: >40 años 2: < 40 años |
| Estado civil | Situación civil del médico al momento de realizar la encuesta. | Mediante cédula de recolección de datos en el reactivo número 3. | Cualitativo | 1: Con pareja |
| | | | | 2.- Sin pareja |
| Ocupación | Actividad desempeñada por el cuidador para obtener remuneraciones económicas. | Mediante cédula de recolección de datos en el reactivo número 6. | Cualitativa | 1: Trabajo remunerado |
| | | | | 2: Trabajo no remunerado |
| Tiempo dedicado al cuidado del paciente con enfermedad renal | Número de años ó meses cuidando al paciente con enfermedad renal | Mediante cedula de recolección de datos en el reactivo número 7. | Cuantitativa | 1: 6-12 meses 2: >12 meses |
| Horas al día dedicados al cuidado del paciente con enfermedad renal | Cantidad de horas diarias utilizadas por los cuidadores en el apoyo del paciente con ERC. | Mediante cédula de recolección de datos en el reactivo número 8. | Cuantitativo | 1: < 8 horas 2: >8 horas |

9. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio transversal analítico a los cuidadores primarios de pacientes con enfermedad renal crónica estadio 5.

En Acapulco, Guerrero, en el periodo de diciembre 2022 - abril 2023 previa autorización del Comité Local de Investigación en Salud, no inconveniente del director de la UMF no.9 Acapulco, Guerrero y firma de carta de consentimiento informado por el cuidador.

Mediante muestreo no probabilístico por conveniencia se estudiaron 143 cuidadores primarios de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal, se explicó ampliamente al entrevistado en que consiste su participación en el estudio, posteriormente se le solicitó que firmaran la hoja de consentimiento informado, después se procedió a aplicar el cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit, que consta de 22 reactivos en el cual se evalúa distintos factores relacionados con el colapso del cuidador, tales como el impacto del cuidado, relación interpersonal, expectativas de autoeficacia.

Con los datos obtenidos se realizó una base de datos y análisis estadístico en el programa SSPS 23, se obtuvieron medidas de tendencia central y se realizó análisis bivariado obteniendo valor de p, OR e IC 95%.

9.1 Método de recolección de datos:

Instrumento (35).

Se utilizó la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Anexo número 2), es un instrumento creado por primera vez en el año 1980 por Zarit et al. en idioma inglés, con el fin de evaluar la carga familiar en gerontología.

Es una escala tipo Likert que consta de 22 items con un valor de 0 a 4 que evaluarán 3 aspectos mediante subescalas: impacto del cuidado, relación interpersonal y expectativas de autoeficacia.

1.- Subescala impacto del cuidado. Hace referencia a las valoraciones que hace el cuidador respecto de la prestación de cuidados, como falta de tiempo libre, deterioro de su salud, falta de intimidad, sensación de pérdida de control de su vida, deterioro de su vida social, etcétera. Consta de 13 preguntas (2,3,7,8,10,11,12,14,16,17,18,19,22)

2.- Subescala de Relación interpersonal. valora la relación interpersonal cuidador-paciente en la que se representa por aquellos elementos referidos a la relación

Que el cuidador mantiene con su familiar o paciente, como sentimientos de vergüenza, enfado o tensión. Está formada por 6 ítems (1,4,5,6,9,13.)

3.- Subescala de Expectativas de autoeficacia. Evalúa las creencias del cuidador sobre su capacidad para cuidar a su familiar, el deber de hacerlo, el sí podrá hacerlo mejor, la falta de recursos económicos y la creencia de que el solo puede hacerlo los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 3 ítems (15, 20, 21.)

La puntuación máxima es de 88 puntos, una puntuación inferior a 46 será determinante de "No sobrecarga", "sobrecarga leve" de 47-55 puntos y una puntuación superior a 56 se interpretará como "sobrecarga intensa".

9.2 Organización de datos:

Se ejecutó una base de datos en Excel con la interpretación de los resultados de las encuestas.

9.3 Análisis estadístico.

Se utilizó el programa SPSS 23 para realizar el análisis estadístico obteniendo frecuencias simples, porcentajes y medidas de tendencia central que se representaron en gráficas y tablas, así como un análisis bivariado para identificar los factores asociados con presencia de colapso, obteniendo valor de p, OR e IC 95%.

9.3.1 Análisis bivariado.

Para llevar a cabo el análisis estadístico de la base de datos se considera la variable “Colapso” como variable objetivo y al resto de variables como variables independientes (“Genero”, “Edad”, “Estado civil”, “Ocupación”, “Meses de cuidado” y “Horas de cuidado”) Considerando a la variable “Colapso” como la dependiente, se lleva a cabo un análisis bivariado estratificando por sus niveles de ausencia y presencia de sobrecarga en el cuidado.

10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La elaboración de este proyecto de investigación estuvo previamente autorizada por el comité local de investigación (CLIS 1101) y comité de ética e investigación (CEI 11018), y las autoridades correspondientes.

Esta investigación estuvo adherida a las normas éticas de la Declaración de Helsinki, la Ley General de Salud y la Normativa vigente en el IMSS para el desarrollo de investigación.

La Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación en 1984, en sus artículos:

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. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4º en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990.

La Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación en 1984, en sus artículos; 2º. Fracción VII; 7º. Fracción VIII; 17 °. Fracción III; 68º. Fracción IV; 96, 103; 115;

fracción V; 119 fracción I; 141; 160; 164; 168, fracción VI; 174, fracción I; 186; 189, fracción I; 238, 321 y 334.

El reglamento de La Ley General de Salud en materia de Investigación en el Diario Oficial de la Federación, el 6 de enero de 1987.

El acuerdo por el que se dispone el establecimiento de Coordinadores de Proyectos Prioritarios de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre de 1984.

La declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989. Se solicitó consentimiento informado a los cuidadores primarios que aceptaron participar, se les informó el objetivo del estudio y se brindó confidencialidad de los resultados.

Se garantizó la confidencialidad de los datos, los instrumentos de recolección de datos no llevaron número de afiliación ni otra información con la que se pueda identificar al entrevistado.

La firma del consentimiento informado se llevó a cabo posterior a la explicación detallada al cuidador del objetivo del estudio y en qué consistió su participación, así como riesgos y beneficios, lo anterior de acuerdo al informe Belmont.

11.- PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.

Materiales y físicos:

| | | |
|--------------------------|----------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | Una computadora portátil. | \$ 15,000 pesos |
| <input type="checkbox"/> | Una impresora. | \$ 1,200 pesos |
| <input type="checkbox"/> | Horas de internet | \$ 300 pesos |
| <input type="checkbox"/> | Trescientas hojas blancas. | \$ 200 pesos |
| <input type="checkbox"/> | 10 lápices. | \$ 50 pesos |
| <input type="checkbox"/> | 5 lapiceros. | \$ 60 pesos |
| <input type="checkbox"/> | USB. | \$ 400 pesos |

Financiamiento:

| | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | Salario del investigador | \$ 6,627 pesos |
|--------------------------|--------------------------|----------------|

\$ 22, 500.00 Pesos

Total

Humanos: Investigador y asesor del tema.

12.- RESULTADOS

La población estudiada fueron 143 cuidadores primarios, se encontró que la edad mínima de cuidadores primarios es de 15 años y la edad máxima de 75 años, respecto a los grupos de edad de los cuidadores encontramos que el 18.8% (27/143) pertenece al grupo de edad de 15 a 35 años, el 57.3% se encuentra en el rango de edad de 36 a 59 años, y de 60 a 75 años, se ubica el resto de los encuestados, es decir el 23.7% (34/143).

De acuerdo con el análisis de resultados se obtuvieron medidas de tendencia central correspondientes a la edad (Tabla número 1).

Tabla número 1: Medidas de tendencia central para edad

| Medidas de tendencia central | Edad |
|------------------------------|--------|
| Media | 47.88 |
| Mediana | 50 |
| Moda | 53 |
| Desviación estándar | 14.075 |

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El género que mayor predominó fue el femenino con un 86.1% (123/143). De acuerdo al estado civil, el 59.5% (85/142) de los cuidadores primarios tienen pareja. Respecto a la ocupación, el 56.6% (81/143) respondieron tener un trabajo remunerado (Tabla número 2).

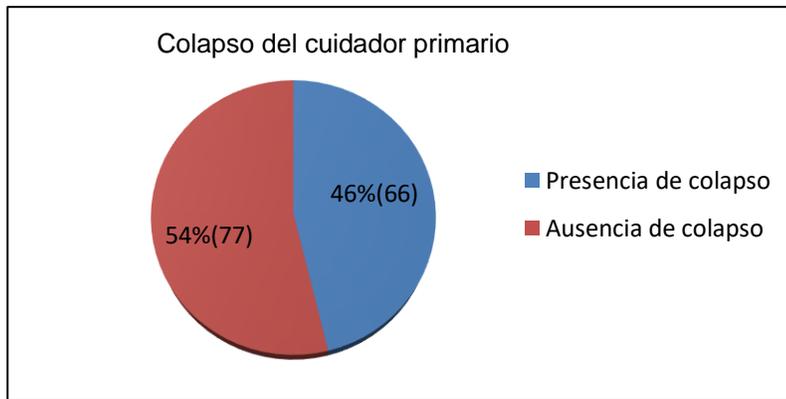
Tabla número 2: Datos sociodemográficos de los cuidadores primarios encuestado

| Datos | | Frecuencia | % |
|----------------------------|-----------------------|------------|-------|
| Género | Femenino | 123 | 86.1% |
| | Masculino | 20 | 13.9% |
| Total | | 143 | 100% |
| Edad | >40 años | 105 | 73.5% |
| | <40 años | 38 | 26.5% |
| Total | | 143 | 100% |
| Estado civil | Con pareja | 85 | 59.5% |
| | Sin pareja | 58 | 40.5% |
| Total | | 143 | 100% |
| Ocupación | Trabajo remunerado | 62 | 43.4% |
| | Trabajo no remunerado | 81 | 56.6% |
| Total | | 143 | 100% |
| Tiempo en meses de cuidado | >12 meses | 89 | 62.2% |
| | 6-12 meses | 54 | 37.8% |
| Total | | 143 | 100% |
| Horas de cuidado al día | >8 horas | 94 | 65.7% |
| | <8 horas | 49 | 34.3% |
| Total | | 143 | 100% |

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En relación a la presencia de colapso, se observa que un 46% (66/143) de los cuidadores primarios cursan con colapso (Gráfica número 1).

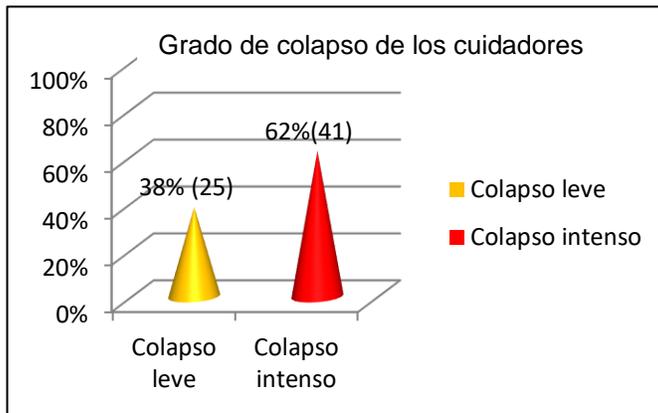
Gráfica número 1. Cuidadores primarios de acuerdo a la presencia o ausencia de colapso.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

De acuerdo al grado de colapso que presentan los pacientes que cursan con colapso, se encontró que el 62%(41/66) de los cuidadores presentan sobrecarga intensa, y el resto (38% (25/66), tienen sobrecarga leve (Gráfica número 2).

Gráfica número 2: Prevalencia del grado de colapso que presentan los cuidadores primarios.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Análisis bivariado de los factores asociados con la presencia de colapso en el cuidador primario.

Para llevar a cabo el análisis estadístico de la base de datos se considera la variable “Colapso” como variable objetivo dependiente y al resto de variables como variables independientes, se lleva a cabo un análisis bivariado estratificando por sus niveles de ausencia y presencia de colapso en el cuidador (Tabla número 3).

Tabla número 3: Análisis de los factores asociados con la presencia de colapso en el cuidador

| Factor | | Colapso | | OR (Odd Ratio) | IC 95% (Índice de confiabilidad) | p |
|--------------|------------|------------------|------------------|-------------------|-------------------------------------|-------|
| | | Sí | No | | | |
| Género | Femenino | 80.3% (53/66) | 90.9% (70/77) | 4.526 | (1.560-13.135) | 0.005 |
| | Masculino | 19.7% (13/66) | 9.1% (7/77) | | | |
| Edad | >40 años | 83.3% (55/66) | 64.9% (50/77) | 0.402 | (0.143-1.137) | 0.086 |
| | <40 años | 16.6% (11/66) | 35.1% (27/77) | | | |
| Estado civil | Con pareja | 71.2% (47/66) | 49.4% (38/77) | 0.323 | (0.141-0.741) | 0.007 |
| | Soltero | 28.8% (19/66) | 50.6% (39/77) | | | |
| Parentesco | Hija | 66.7% (44/66) | 59.7% (46/77) | 0.359 | (0.146-0.887) | 0.026 |
| | No hija | 33.3% (22/66) | 40.3% (31/77) | | | |

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

De acuerdo con el análisis bivariado y teniendo en cuenta la presencia de colapso como variable dependiente se pudo establecer una relación estadísticamente significativa entre esta y el ser cuidadora del género femenino (OR 4.526; IC 1.560-3.135; p 0.005), tener pareja (OR 0.323; IC 0.041-0.741; p 0.007), ser hija cuidadora del paciente (OR 0.359, IC 0.146-0.887; p 0.026).

Se obtuvieron medidas de tendencia central correspondientes al tiempo de cuidado en meses (Tabla número 5) y horas al día (Tabla número 6) de los cuidadores con colapso.

Tabla número 5: Medidas de tendencia central para los meses de cuidado

| Medidas de tendencia central | Horas de cuidado |
|------------------------------|------------------|
| Media | 11.3 |
| Mediana | 10 |
| Moda | 12 |
| Desviación estándar | 4.5 |

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla número 6: Medidas de tendencia central para las horas de cuidado

| Medidas de tendencia central | Meses de cuidado |
|------------------------------|------------------|
| Media | 18.6 |
| Mediana | 12 |
| Moda | 12 |
| Desviación estándar | 17.2 |

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Análisis de la hipótesis

Conforme con los resultados obtenidos y mediante el análisis de los datos recolectados en nuestro trabajo de investigación, no se cumple nuestra hipótesis planteada, ya que existe una menor proporción de cuidadores primarios con colapso, de la que se esperaba encontrar.

13.- DISCUSIÓN

Fang y cols. en 2023, en Tamaulipas analizaron el nivel de sobrecarga del cuidador primario de pacientes renales crónicos hospitalizados, encontrando en sus resultados que el 40% de los cuidadores presentó sobrecarga intensa mientras que el 26% tenía sobrecarga leve y el 34% no presenta sobrecarga alguna, esta discrepancia entre los resultados, puede deberse a que su población, fueron cuidadores primarios de pacientes con enfermedad renal crónica que se encontraban hospitalizados, en donde la atención de cuidado requiere ser más rigurosa al encontrarse en un establecimiento de atención sanitaria, por lo que el riesgo para presentar colapso aumenta (42).

En 2018, en Cartagena, Colombia, Romero y cols, investigaron la calidad de vida y sobrecarga percibida por cuidadores familiares de pacientes con enfermedad renal crónica, la población correspondió a 135 cuidadores de pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento en las entidades prestadoras de servicios de hemodiálisis y diálisis peritoneal ambulatoria, para medir la sobrecarga del cuidador se utilizó la escala de sobrecarga del cuidador de su autor Zarit. Se encontró que el 39,3% de los encuestados declaró tener sobrecarga ligera, el 35,6 % manifiesta que esta es ausente, y el 25,2% percibe sobrecarga intensa. La diferencia de resultados respecto a la mayor presencia de colapso en sus cuidadores respecto a los de nuestra población, puede deberse a que ellos tienen más meses dedicados al cuidado con más de 37 meses. Al igual que en nuestro estudio, la mayoría de sus cuidadoras fueron del género femenino con un 75.6%, esto es razonable pues desde hace mucho tiempo, la función de la mujer ha sido el cuidado en el hogar, mientras el hombre se dedica en la mayoría de las veces al trabajo en busca de remuneración económica. Respecto a la edad, Romero y cols. encontraron en sus cuidadores un rango de edad de 36 a 59 años en un 55.6%, similar al de nosotros en donde obtuvimos un 57% de cuidadoras en el mismo rango de edad (43).

La sobrecarga y percepción de la calidad de vida relacionada con el cuidador primario del paciente hemodializado fue estudiada por Delgado y cols. En 2016, en un hospital general de zona en Guadalajara, Jalisco, con un total de 134 cuidadores primarios, uno de los criterios de inclusión fue cursar con > 3 meses dedicados al cuidado; en esa investigación se encontró que el perfil sociodemográfico de los cuidadores primarios fue: mujer 76,95 %, de 40 a 69 años de edad 73,1 %, casada 67,2 %, esposa 35,8 %. En nuestra investigación existe porcentaje similar de cuidadores primarios con colapso que se encuentran casados, correspondiendo a un 71 %, sin embargo, estadísticamente nosotros encontramos que el tener pareja confiere protección para presentar colapso con un OR de 0.323, esto puede deberse a que la pareja ayuda como red de apoyo para realizar las actividades de cuidado en el paciente con enfermedad renal crónica. A diferencia de su estudio, nosotros encontramos menor porcentaje de cuidadoras primarias esposas que ellos, en donde el parentesco la mayoría correspondía ser hijas con un 67%, esta variable no estaba dentro de nuestros objetivos estudiar, sin embargo consideramos importante mencionar por su significancia estadística con un valor de ($p < 0.026$) (44).

En 2020 Arredondo y cols, por parte del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana, estudiaron las variables asociadas a la carga en cuidadores primarios de personas con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis o diálisis peritoneal del servicio de nefrología de la institución, se aplicó la escala de Zarit, Todas las variables tuvieron significancia estadística ($p < 0.05$), excepto conocimientos sobre el tratamiento y necesidad de información en sus resultados, esto quizás debido a que los cuidadores no entienden ampliamente el contexto de tratamiento de la enfermedad renal lo cual no genera demasiada incertidumbre asociada al colapso. Al igual que en nuestra investigación, estudiaron el tiempo de cuidado en meses y horas de cuidado al día, encontrando un promedio de tres años con tres meses y dedicaban una media de 15.26 horas al día a su labor de cuidadores, tiempo mayor de cuidado respecto a nuestros resultados obtenidos. Ellos a diferencia de nuestra investigación, en su entrevista indagaron sobre el tipo de tratamiento sustitutivo de la función renal al que estaban sometidos, sin embargo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de carga entre los cuidadores de personas en diálisis y hemodiálisis (45).

14.- CONCLUSIÓN

5 de cada 10 cuidadores primarios de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal presentan colapso, de cada 10 cuidadores con colapso 6 de ellos cursa con colapso intenso y 4 con colapso leve.

El ser cuidadora primaria del género femenino representa 4 veces el riesgo de presentar colapso ($p 0.007$).

15.- RECOMENDACIONES

Es imprescindible reconocer la importancia que tiene el lograr identificar los factores que se asocian con la presencia de colapso en el cuidador primario del paciente con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal perteneciente a la unidad de medicina familiar número 9.

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta investigación, se sugieren algunas recomendaciones que son importantes para disminuir y/o evitar la presencia de colapso en las personas que se encargan del cuidado de los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal:

- Capacitar al personal de salud sobre el tema de colapso del cuidador primario, a cerca de la importancia de la prevención y abordaje del mismo.
- Orientar al personal de salud para una oportuna detección de cuidadores primarios con colapso, permitiendo realizar durante la consulta la escala de Zarit reducida para aplicarla en cuidadores en quienes se sospeche de colapso, de acuerdo a presencia de factores asociados con sobrecarga (género, edad, estado civil).
- Derivar a atención psicológica a aquellos cuidadores primarios identificados con colapso, ya sea leve ó severo, para valoración integral del cuidador con colapso.
- Participación del área de trabajo social para la búsqueda de redes de apoyo en el paciente con enfermedad renal crónica, para fomentar el involucro de más de 1 familiar en el cuidado, de esta manera evitar la responsabilidad del cuidado en una sola persona y con esto reducir el riesgo de presentar colapso.
- Ofrecer a los cuidadores primarios, servicios de actividades recreativas para mejorar su salud física, emocional y social.

13. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (Internet). Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México; 2019. (Citado el 10 de junio de 2021). Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
- 2.- Cen FR, Hernández GK, Mena SS, et al. (Internet). Enfermedad renal crónica. *Rev. clín. esc. med. UCR-HSJD*. 2020; 10(4): 58-66. (Consultado el 10 de junio de 2021). Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/40511/44739>
- 3.- Candelaria BJ, Gutiérrez GC, Acosta CC, et al. (Internet). Marcadores de daño, factores de progresión y causas de Enfermedad renal crónica en adultos mayores. *Rev. Habanera de Cienc. Médicas*. 2019; 18(5): 786-800. (Citado el 10 de junio de 2021). Disponible en: www.redalyc.org/jatsRepo/1804/180462341010/180462341010.pdf
- 4.- Totolil C, Barbosa CA, Luiz AA, et al. (Internet). Associated factors related to chronic kidney disease progression in elderly patients. *PLoS One*. 2019; 14(7): 1-10. (Citado el 10 de junio de 2021). Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6650050/pdf/pone.0219956.pdf
- 5.- Cueto AM. (Internet). La sociedad latinoamericana de nefrología e hipertensión y los retos de la enfermedad renal crónica en nuestra región. *Nefrol latin*. 2019; 16: 13-19. (Citado el 10 de junio de 2021). Disponible en: www.researchgate.net/publication/335011927_La_Sociedad_Latinoamericana_de_Nefrologia_e_Hipertension_y_los_retos_de_la_enfermedad_renal_cronica_en_nuestra_region
- 6.- Samaniego LW, Joaquín ZS, Sahamed MJ, et al. (Internet). Autocuidado en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis. *Salud y Administración* 2018; 5(13): 15-22. (Citado el 20 de junio de 2021). Disponible en: <https://revista.unsis.edu.mx/index.php/saludyadmon/article/view/2/2>
- 7.- Instituto Nacional de Salud Pública. (Internet). La enfermedad renal crónica en México. México. (Citado el 20 de junio de 2021). Disponible en: www.insp.mx/avisos/5296-enfermedad-renal-cronica-mexico.html

- 8.- Tamayo JA, Orozco HS. (Internet). La enfermedad renal crónica en México: hacia una política nacional para enfrentarla. Intersistemas SA de CV. México, 2016. (Citado el 20 de junio de 2021). Disponible en: www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/ENF-RENAL.pdf
- 9.- Gutiérrez MR, Polanco LC. (Internet). Enfermedad renal crónica en el adulto mayor. *Finlay* 2018; 8(1): 1-8. (Citado el 20 de junio de 2021). Disponible en: scielo.sld.cu/pdf/rf/v8n1/rf01108.pdf
- 10.- Lorenzo SV, Rodríguez DL. (Internet). Enfermedad Renal Crónica. *Nefrología (Madr.)* (Citado el 20 de junio de 2021). Disponible en: www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-enfermedad-renal-cronica-136
- 11.- Aldrete VJ, Chiquete E, Rodríguez GJ, et al. (Internet). Mortalidad por enfermedad renal crónica y su relación con la diabetes en México. *Medicina Interna de Méx.* 2018; 34(4):536-550. (Citado el 03 de Julio de 2021). Disponible en: www.scielo.org.mx/pdf/mim/v34n4/0186-4866-mim-34-04-536.pdf
- 12.- Martínez GG, Guerra DE, Pérez MD. (Internet). Enfermedad renal crónica, algunas consideraciones actuales. *Revista Médica Granma* 2020; 24(2): 464-469. (Citado el 03 de Julio de 2021). Disponible en: scielo.sld.cu/pdf/mmed/v24n2/1028-4818-mmed-24-02-464.pdf
- 13.- Jojoa JA, Bravo C, Vallejo C. (Internet). Clasificación práctica de la enfermedad renal crónica 2016: una propuesta. *Repert. Med. Cir., Elsevier* 2016; 25(3): 192-196. (Citado el 03 de Julio de 2021). Disponible en: www.elsevier.es/es-revista-repertorio-medicina-cirugia-263-articulo-clasificacion-practica-enfermedad-renal-cronica-S0121737216300565
- 14.- Official Journal of the International Society of Nephrology. (Internet). KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. 2013; 3(1):150. (Citado 03 de Julio de 2021). Disponible en: www.KDIGO_2012_CKD_GL.pdf doi:10.1038/kisup.2012.73
- 15.- Mora GJ, Slon RM, Castaño BI, et al. (Internet). Enfermedad renal crónica en el paciente anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2017; 52(3):152–158. (Citado 03 de Julio de 2021). Disponible en: www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X16300233

- 16.- Mojena RM, Suarez RA, Ruiz RY, et al. (Internet). Complicaciones más frecuentes en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal sometidos a hemodiálisis. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta* 2018; 43(3): 15. (Citado el 25 de Julio de 2021). Disponible en: revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1275/pdf_484
- 17.- Órgano informativo de la universidad Nacional Autónoma de México. (Internet). Enfermedad Renal Crónica, problema de salud pública. *Gaceta UNAM* 2020; (Actualizado en Marzo de 2021, citado el 25 de Julio de 2021). Disponible en: www.gaceta.unam.mx/enfermedad-renal-cronica-problema-de-salud-publica/
- 18.- Eneanya ND, Labbe AK, Stallings TL, et al. (Internet). Caring for older patients with advanced chronic kidney disease and considering their needs: a qualitative study. *BMC Nephrol.* 2020; 21(213): 1-8. (Citado el 25 de Julio de 2021). Disponible en: bmcnephrol.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12882-020-01870-1.pdf
- 19.- Secretaria de salud. Norma oficial mexicana NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis. México, 2010. (Internet). (Citado el 25 de Julio de 2021). Disponible en: www.dof.gob.mx/normasOficiales/4093/Salud/Salud.htm
- 20.- Sánchez CE, García TO, Segura TM, et al. (Internet). Percepción de redes de apoyo del paciente con enfermedad renal crónica en terapia sustitutiva con diálisis peritoneal. *Med. gener. fam.* 2020; 9(4): 173-177. (Citado el 25 de Julio de 2021). Disponible en: mgyf.org/wp-content/uploads/2020/09/MGYF2020_038.pdf
- 21.- Carrillo VM, Pelcastre VB, Salinas EG, et al. (Internet). Empoderamiento y apoyo social en pacientes con enfermedad renal crónica: estudio de caso en Michoacán, México. *Rev Panam Salud Publica.* 2017; 41:1-8. (Citado el 04 de agosto de 2021). Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34522>
- 22.- Márcia SS, Braido NF, Ottaviani AC, et al. (Internet). Apoyo social de los adultos y ancianos con insuficiencia renal crónica en diálisis. *Rev. Latino-Am. Enfermage.* 2016; 24: 1-5. (Citado el 04 de agosto de 2021). Disponible en: www.scielo.br/j/rlae/a/w8pqfdhtvmhdtC759WP6vVQ/?lang=es&format=pdf DOI: 10.1590/1518-8345.0411.2752
- 23.- Martínez RL, Fernández CE, González ME, et al. (Internet). Apoyo social y resiliencia: factores protectores en cuidadores principales de pacientes en hemodiálisis. *Enferm*

Nefrol. 2019; 22 (2): 130-139. (Citado el 04 de agosto de 2021). Disponible en: scielo.isciii.es/pdf/enfro/v22n2/2255-3517-enfro-22-02-130.pdf

24.- Reyes VC, Rivero MM. (Internet). Estrategias de afrontamiento a la sobrecarga de cuidadores de pacientes con enfermedad renal en diálisis *Enferm Nefrol* 2021; 24 (2): 149-161. (Citado el 04 de agosto de 2021). Disponible en: scielo.isciii.es/pdf/enfro/v24n2/2255-3517-enfro-24-02-149.pdf

25.- Gutiérrez SD, Leiva SJ, Macias LM, et al. (Internet). Perfil sintomático de los pacientes con enfermedad renal crónica estadio 4 y 5. *Enferm nefrol* 2017; 20 (3) 259-266. (Citado el 04 de agosto de 2021). Disponible en: scielo.isciii.es/pdf/enfro/v20n3/2255-3517-enfro-20-03-00259.pdf

26.- Laguado JE. (Internet). Perfil del cuidador del paciente con Enfermedad Renal Crónica: una revisión de la literatura. *Enferm Nefrol* 2020; 22(4): 352-59. (Citado el 12 de agosto de 2021). Disponible en: scielo.isciii.es/pdf/enfro/v22n4/2255-3517-enfro-22-04-352.pdf

27.- Guerrero NJ, Romero QG, Martínez OM, et al. (Internet). Percepción del cuidador primario sobre las intervenciones de enfermería al paciente en estado terminal. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2016;24(2):91-8. (Citado el 12 de agosto de 2021). Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim162d.pdf

28.- Know Alzheimer. (Internet). El cuidador principal y la familia una enfermedad compartida. Curso de formación para cuidadores. Módulo 3. 2017; (Citado el 12 de agosto de 2021). Disponible en: knowalzheimer.com/wp-content/uploads/2017/03/03-Curso-Cuidadores-Alzheimer-M3.pdf

29.-Rivas HJ, Ostiguín MR. (Internet). Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico?. *Revista Enferm. Univ. ENEO-UNAM* 2011; 8 (1):49-54. (Citado el 12 de agosto de 2021). Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu111g.pdf

30.- Guía de Atención al Cuidador. (Internet). Hospital Santa Magdalena, Laboratorios HARTMANN. Barcelona. (Citado el 12 de agosto de 2021). Disponible en: www.elaandalucia.es/WP/wp-content/uploads/guia-de-atencion-al-cuidador.pdf

31.- Aguilera FA, Castrillo CM, Linares FB, et al. (Internet). Análisis del perfil y la sobrecarga del cuidador de pacientes en Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis. *Enferm Nefrol.* 2016; 19 (4): 359-365. (Citado el 12 de agosto de 2021). Disponible en: scielo.isciii.es/pdf/enfro/v19n4/07_original4.pdf

- 32.-Gonzalez VM, Crespo KS. (Internet). Perfil del cuidador primario en pacientes diabéticos en dos comunidades. *Inv Enf.* 2020; 22:1-8. (Citado el 18 de agosto de 2021). Disponible en: revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/24806
- 33.- Monárrez EJ, Delgado VJ, Ramírez GG. (Internet). Quality of life in primary caregivers of patients in peritoneal dialysis and hemodialysis. *Braz. J. Nephrol* 2021;43(4):486-494. (Citado el 18 de agosto de 2021). Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8940119/pdf/2175-8239-jbn-2020-0229.pdf
- 34.- Lindt N, Berkel J, Mulder BC. (Internet). Determinants of overburdening among informal carers: a systematic review. *BMC Geriatr.* 2020; 20:3-12. (Citado el 18 de agosto de 2021). Disponible en: bmcgeriatr.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12877-020-01708-3.pdf
- 35.- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Detección y Manejo del Colapso del Cuidador. (Internet). Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México; 2015. (Citado el 18 de agosto de 2021). Disponible en: www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/781GER.pdf
- 36.- Ploeg J, Garnett A, Fraser KD, et al. (Internet). The complexity of caregiving for community-living older adults with multiple chronic conditions: A qualitative study. *Journal of Comorbidity.* 2020. 10: 1–12. DOI: 10.1177/2235042X20981190 (Citado el 18 de agosto de 2021). Disponible en: journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2235042X20981190
- 37.-Hoang VL, Green T, Bonner A. (Internet). Informal caregivers' experiences of caring for people receiving dialysis: A mixed methods systematic review. *J Ren Care.* 2018; 44(2): 82-95. (Citado el 20 de agosto de 2021). Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jorc.12235>.
- 38.-Lovo J. (Internet). Influencias del colapso del cuidador sobre el paciente. *Rev Clín Med Fam.* 2021; 14(1): 47-5. (Citado el 20 de agosto de 2021). Disponible en: scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2021000100047
- 39.- Albarracín RA, Cerquera CA, Pabón PD. (Internet). Escala de sobrecarga del cuidador Zarit: estructura factorial en cuidadores informales de Bucaramanga. *Revista de psicología, Universidad de Antioquia.* 2016. ISSN 2145-4892. 8(2):87-99. (Citado el 20 de agosto de 2021).Disponible en: dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6059407
- 40.- Revilla AL, De los Ríos AA, Prados QM, et al. (Internet). La sobrecarga de la cuidadora principal, análisis de las circunstancias que intervienen en su producción. *Med fam Andal.* 2019; 20(2): 26.37. (Citado el 20 de agosto de 2021). Disponible en: www.samfyc.es/wp-

content/uploads/2020/01/v20n2_O_sobrecargaCP.pdf

- 41.- Tartaglioni MF, Feldberg C, Hermida PD, et al. (Internet). Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit: análisis de sus propiedades psicométricas en cuidadores familiares residentes en Buenos Aires, Argentina. *Neurol. Argentina* 2020; 12(1): 27-35. (Citado el 20 de agosto de 2021). Disponible en: www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1853002819300862
- 42.- Fang HM, Alcántara CA, Alonso RZ. et al. (Internet). Nivel de sobrecarga del cuidador primario de pacientes renales crónicos hospitalizados. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*.2023. 7(3):5440-5447. (Citado el 15 de noviembre de 2023). Disponible en <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/6561/10017>
- 43.-Romero ME, Bohórquez MC, Castro MK. (Internet). Calidad de vida y sobrecarga percibida por cuidadores familiares de pacientes con enfermedad renal crónica, Cartagena (Colombia). *Archivos de Medicina, Universidad de Manizales*.2018. 18(1):105-113.DOI <https://doi.org/10.30554/archmed.18.1.2520.2018> (Citado el 15 de noviembre de 2023). Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/2738/273856494010/html>
- 44.- Delgado QE, Barajas GT, Uriostegui EL, et al.(Internet). Sobrecarga y percepción de la calidad de vida relacionada con el cuidador primario del paciente hemodializado. *Revista cubana de medicina general integral*. 2018.32 (4). ISSN 1561-3038. 32(4). (Citado el 15 de Noviembre de 2023).Disponible en: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/187/106>
- 45.- Arredondo PJ, Jurado CS. (Internet). Variables asociadas a la carga en cuidadores primarios de personas con enfermedad renal crónica. Instituto de Investigaciones Psicológicas - Universidad Veracruzana. *Psicología y Salud*. 2022.32 (1): 5-16. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2706>. (Citado el 15 de Noviembre de 2023).Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2706/4582>

ANEXOS

Anexo número 1.- Consentimiento Informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Colapso en el cuidador primario del paciente con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal adscritos a la Unidad de Medicina Familiar no.9 Acapulco, Guerrero.

| | |
|---|---|
| Lugar y fecha: | Acapulco, Guerrero 2022 |
| Número de registro: | |
| Justificación y objetivo del estudio: | Los cuidadores primarios que apoyan al paciente con enfermedad renal crónica en tratamiento de diálisis, presentan afectaciones físicas, sociales, económicas y emocionales, como consecuencia del cuidado de su paciente; el objetivo de este estudio es conocer la presencia y grado de sobrecarga en el cuidador del paciente con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal. |
| Procedimientos: | |
| Posibles riesgos y molestias: | Se realizará la encuesta de sobrecarga de cuidador de Zarit para identificar la presencia de colapso en el cuidador primario del paciente con enfermedad renal crónica estadio 5 de la unidad de medicina familiar N.9 Acapulco, Guerrero. |
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: | Deberá invertir aproximadamente 10 minutos de su tiempo en responder en cuestionario. |
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: | Usted conocerá si presenta datos de altos niveles de sobrecarga secundario al cuidado de su paciente y los factores que pueden estar asociados, de esta manera poder realizar estrategias. |
| Participación o retiro: | El investigador responsable se compromete a dar información oportuna sobre los riesgos o efectos adversos a los que se está en riesgo, así como, responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se le plante, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con el tratamiento de los participantes. |
| Privacidad y confidencialidad: | Usted podrá retirarse del estudio si así lo desea, sin que eso perjudique en la atención que se le brinda. |
| En caso de colección de material biológico (si aplica): | Todos los datos que usted nos proporcione será confidencial, solamente se utilizara con fines de investigación, sin difundir sus datos de identificación. |

| |
|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

No autoriza que se tome la muestra.

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

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

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

No aplica

Beneficios al término del estudio:

Adecuar estrategias para la mejoría del cuidador que presenta colapso

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

Investigador Responsable:

Dra. Irasema Isabel Urbina Aranda UMF 9 irasema.urbina@imss.gob.mx Tel: 4 82 30 31 ext. 51407.

Colaboradores:

Dra. Paola Jacqueline Luna Ramírez UMF 9 pluna@hotmail.com Tel: 4823031 ext. 51407.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de ética en investigación de la UMF 9 Av. Cuauhtémoc No. 95 Col. Centro cp 39500 Acapulco, Gro. Teléfono 7444823031 ext 51407 comite.11018@gmail.com

Nombre y firma del sujeto

Dra. Paola Jacqueline Luna Ramírez Mat.98121162
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Anexo número 2.- Instrumento de recolección de datos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.9

COORD. CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN: Colapso en el cuidador primario del paciente con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar no.9 Acapulco, Guerrero.

Fecha: _____

1.- Sexo: Femenino () Masculino ()

2.- Edad: ____ años

3.-Estado civil: Soltero () Unión libre () Casado ()

4.-Parentesco: Hijo/a() Esposa/o () Padre/madre () Otro(especifique):_____

5.- Ultimo nivel educativo estudiado: Sin estudio () Primaria() Secundaria ()

Bachillerato () Universidad ()

Otras (): especifique _____

6.-Ocupación a la que se dedica: Hogar () Empleado ()

Trabajo independiente () Estudiante () Desempleado ()

7.-Numero de meses ó años que ha cuidado al paciente: ____ años ó ____
meses

8.- Tiempo al día que dedica al cuidado de su paciente: _____ horas al día

Enfermedades que usted presenta: Hipertensión arterial () Diabetes mellitus ()

Cuestionario: Test de Zarit

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada pregunta y señale con una "X" en la casilla que usted considere de acuerdo a la siguiente escala:

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

| Nº | PREGUNTAS | Nunca (0) | Rara vez (1) | Algunas veces (2) | Bastantes veces (3) | Casi siempre (4) |
|----|--|--------------|-----------------|-------------------------|---------------------------|------------------------|
| 1 | ¿Cree que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita? | | | | | |
| 2 | ¿Cree que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted? | | | | | |
| 3 | ¿Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades en su trabajo o familia? | | | | | |
| 4 | ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar? | | | | | |
| 5 | ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar? | | | | | |
| 6 | ¿Piensa que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia? | | | | | |
| 7 | ¿Tiene miedo de lo que el futuro depara a su familiar? | | | | | |
| 8 | ¿Cree que su familiar depende de usted? | | | | | |
| 9 | ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar? | | | | | |
| 10 | ¿Cree que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar? | | | | | |
| 11 | ¿Cree que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar? | | | | | |
| 12 | ¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar? | | | | | |
| 13 | ¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades debido a su familiar? | | | | | |
| 14 | ¿Cree que su familiar parece esperar que usted sea la persona que le cuide, como si usted fuera la única persona de quien depende? | | | | | |
| 15 | ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos? | | | | | |

| | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|
| 16 | ¿Cree que será incapaz de cuidarle/a por mucho más tiempo? | | | | | |
| 17 | ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar? | | | | | |
| 18 | ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otros? | | | | | |
| 19 | ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar? | | | | | |
| 20 | ¿Cree que debería hacer más por su familiar? | | | | | |
| 21 | ¿Cree que podría cuidar mejor de su familiar? | | | | | |
| 22 | Globalmente, ¿qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar? | | | | | |

Interpretación: Puntuación máxima de 88 puntos.

"No sobrecarga" una puntuación inferior a 46.

"Sobrecarga leve" una puntuación de 46 a 55.

"Sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56.

Anexo número 3. Carta de no inconveniente



GOBIERNO DE
MÉXICO



ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVO DESCONCENTRADA GUERRERO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 9

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA
ESTATAL GUERRERO
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACION DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 9

Acapulco Guerrero 10 de agosto de 2022
ASUNTO: Carta de No Inconveniente

Dra. Magali Orea Flores
Presidente del Comité Local de Investigación 1101
P R E S E N T E

Por este medio me permito manifestarle que no existe inconveniente que en esta unidad de salud se lleve a cabo la ejecución del estudio de investigación que lleva por título:
Colapso en el cuidador primario del paciente con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal adscritos a la Unidad de Medicina Familiar no.9 Acapulco, Guerrero.

El protocolo está dirigido por la Dra. Irasema Isabel Urbina Aranda investigador responsable adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 2 de la Delegación Guerrero del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se le autoriza la recolección de datos a los médicos residentes una vez que el protocolo presente dictamen de autorizado por el comité de Investigación y que está basado en los principios éticos vigentes.

Así mismo el equipo de Investigación se compromete a respetar la confidencialidad y privacidad de los datos, comprometiéndose a solo recolectar los datos necesarios para la investigación, sin recolectar información personal, identificando a cada paciente con un número de folio e iniciales. Los investigadores además han adquirido el compromiso además a jamás revelar la identidad de los participantes en ninguna publicación que surja en el presente protocolo.

Atentamente
"Seguridad y Solidaridad Social"

Dr. Edgar Bernardino Ávila
Subdirector médico Unidad de Medicina Familiar No 9.

