



BUAP



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Facultad de Medicina

Unidad Receptora de Residentes: Hospital Psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano"

"FRECUENCIA DE SÍNDROME DEL CUIDADOR QUEMADO EN TUTORES DE NIÑOS CON ALGÚN TRASTORNO DE APRENDIZAJE EN UNA UNIDAD EDUCACIÓN ESPECIAL"

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en Psiquiatría

Presenta:

Roberto Matamoros Becerra

Asesores Metodológicos

Dra. Minou Del Carmen Arévalo Ramírez

Dra. Cristina Montserrath Flores Guerrero

Asesor Experto

Dra. Ana María Tello Granados

Jefe de Enseñanza e Inv.

Norma Edith Bretón Tovar

H. Puebla de Z. Enero del 2025



AGRADECIMIENTO

Expresar mi más profundo agradecimiento a todas las personas, que me han acompañado a lo largo de este recorrido académico y personal.

En primer lugar, a mi familia, que siempre ha sido mi mayor fuente de fortaleza y motivación. Gracias, mi compañera Lore, a mis hijos Ian y Sofí, por su amor incondicional y el tiempo que tuvimos que pasar separados, por creer en mí, por darme el apoyo necesario para llegar hasta aquí. A mi madre y mi padre por ayudarme siempre y en cada momento a caminar este sendero. A mis hermanas Liz, Ari, María y Brenda por su apoyo.

Agradezco a mis asesores de tesis, Dra. Tello, Dra. Arévalo y Dra. Flores por su guía, paciencia y compromiso para la realización de este trabajo. Al personal de la USAER en especial al profesor Candando por brindarme todas las facilidades para realizar la investigación.

A mis maestros por compartir su experiencia y sabios consejos han sido fundamentales para mi realización profesional y personal. A mis amigos, quienes compartieron conmigo largas jornadas de trabajo, discusión y aprendizaje mutuo. Su compañía y ánimo fueron esenciales para superar los retos de este proceso.

Finalmente, agradezco a todas las personas que, directa o indirectamente, contribuyeron a la construcción de este sueño. Este logro no solo es mío, sino también de todos aquellos que me inspiraron y acompañaron en esta etapa.

A todos ustedes, ¡mil gracias!

RESUMEN

Introducción: esta investigación se centra en el síndrome del cuidador quemado, una condición común entre padres y cuidadores de niños con trastornos del aprendizaje. Este síndrome se caracteriza por agotamiento emocional, estrés y sobrecarga física y mental, afectando significativamente el bienestar de los cuidadores. El estudio busca determinar la frecuencia de este síndrome en padres de escolares en una unidad de educación especial, con el objetivo de comprender mejor su impacto y desarrollar estrategias de apoyo efectivas.

Metodología: Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal para evaluar el síndrome del cuidador quemado, La muestra se obtuvo de manera intencional, incluyendo a padres y cuidadores primarios de escolares con trastornos del aprendizaje, Se utilizó el Test de Zarit como principal herramienta para evaluar la carga del cuidador validada en varios países incluyendo a México.

Resultados: de los participantes 4 mujeres reportaron puntaje positivo sobrecarga ligera, los otros 38 participantes no presentaron sobrecarga, la mayoría de los cuidadores eran mujeres con algún nivel escolar percepción de apoyo por parte de la familia, la mayoría de los usuarios tenía núcleos bipaternelos.

Discusión: La frecuencia de síndrome del cuidador quemado fue baja dentro de la población seleccionada, obteniéndose un porcentaje mínimo en los tutores de niños con trastornos del aprendizaje, un resultado que contrasta con los datos de otras investigaciones.

Conclusiones: a pesar de la exigencia emocional y la carga que implica el cuidado a niños con trastornos del aprendizaje, los tutores parecen contar con factores protectores que les permiten gestionar el estrés y mantener su bienestar, como el apoyo social, el acceso a recursos educativos y terapéuticos.

ÍNDICE

1. Antecedentes	5
● Antecedentes generales	5
○ Síndrome del cuidador quemado	5
○ Trastornos del aprendizaje	14
● Antecedentes específicos	22
○ Impacto del síndrome del cuidador quemado	22
○ Burnout en padres de niños con trastornos del aprendizaje	23
2. Justificación	24
3. Planteamiento del problema	26
4. Hipótesis científica	27
5. Objetivos	27
● Objetivo general	27
● Objetivo específico	27
6. Material y métodos	28
● Diseño del estudio	28
● Ubicación espacio-temporal	28
● Estrategia de trabajo	28
● Muestreo	28
● Definición de la unidad de población	28
● Selección de la muestra	28
● Criterio de elección de las unidades de muestreo	28
○ Criterios de inclusión	28
○ Criterios de exclusión	29
○ Criterios de eliminación	29
● Diseño y tipo de muestreo	29

● Tamaño de la muestra	29
● Definición de variables y escalas de medición	30
● Método de recolección de datos	33
● Técnicas y procedimientos	33
7. Logística	33
● Recursos humanos	33
● Recursos materiales	33
● Recursos financieros	33
8. Análisis de datos	34
9. Bioética	34
10. Resultados	35
11. Discusión	39
12. Conclusión	40
13. Fortalezas y Debilidades	41
14. Propuesta	42
15. Bibliografía	43
16. Anexos	49

1) ANTECEDENTES

ANTECEDENTES GENERALES

Síndrome del cuidador quemado

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) El síndrome del cuidador quemado, también conocido como síndrome de burnout, se define como una respuesta inadecuada al estrés emocional crónico, es un problema de gran prevalencia en la actualidad, debido al aumento de la esperanza de vida y de las enfermedades crónicas no transmisibles. Para detectar el síndrome del cuidador quemado, se suele buscar cuando el paciente con demencia o deterioro cognitivo acude a la consulta acompañado por su cuidador. ¹

El síndrome del cuidador quemado, es un trastorno mental que se produce en las personas encargadas de cuidar de manera permanente, desinteresada, a veces sin ningún tipo de reconocimiento externo, a familiares, amigos o vecinos que, generalmente, presentan un alto grado de dependencia, secundario a una enfermedad. Las personas que asumen ese cuidado muchas veces aparecen síntomas: estrés, ansiedad, depresión, irritabilidad, insomnio, dificultad de concentración, apatía, pérdida de apetito, cefalea, o abuso de sustancias nocivas, tienen sentimiento de culpa, dejan de lado sus actividades de ocio y diversión, así como a sus amigos, para dedicarse plenamente a la tarea del cuidado manifiestan también tristeza y tensión, son incapaces de relajarse y pueden presentar un aislamiento social y sentimiento de soledad. ²

Las causas y factores del síndrome del cuidador quemado se dividen: a) de la persona dependiente: mayor edad, presencia de agresividad, mayor número de patologías físicas y psicológicas, b) en el cuidador: ausencia de colaboración de otros familiares, ausencia de formación e información en el cuidador y no formar parte de una asociación o grupo de ayuda. ²

Los cuidadores informales son aquellas personas que se encargan de realizar las tareas de cuidado de las personas que no son capaces de realizar por sí mismas las actividades básicas de la vida diaria. En su mayoría son familiares de la persona dependiente, especialmente mujeres, las caracterizan no tener una formación para el cuidado, por lo regular no reciben remuneración económica, no tienen un horario, dedicando la mayor parte de su tiempo a la tarea de cuidador. ⁴

El síndrome de burnout descrito por vez primera en 1974 por Freudenberger, cuando trabajaba en una clínica para rehabilitar a toxicómanos en Estados Unidos, notó que los voluntarios tenían manifestaciones de agotamiento y desmotivación, luego de haber trabajado durante un año con los pacientes de la clínica, con síntomas de desencanto, abulia, hostilidad, despersonalización y fatiga que llegaban a desembocar en el abandono total de las actividades asistenciales, afirmando que llegaban a “quemarse en su trabajo”. Dos años después, Maslach hizo la primera descripción clínica del síndrome y para 1981, junto con Susan Jackson, dieron a conocer un instrumento para medir las tres dimensiones características del síndrome: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización profesional. ^{4,5}

La evolución del concepto de “burnout” específico del cuidador se amplió en la década de 1980 y 1990, cuando comenzaron a identificarse síntomas similares en cuidadores familiares de pacientes con enfermedades crónicas, como el Alzheimer, la demencia o discapacidades graves. A diferencia del burnout en el contexto laboral, el burnout del cuidador está marcado por el vínculo emocional y la obligación personal hacia el paciente, lo que puede hacer que los cuidadores experimenten mayor culpa y una sensación de deber que dificulta el descanso o el relevo. ⁶

En EE UU en el año 2020, aproximadamente el 23% de los cuidadores reportan niveles altos de estrés emocional debido a sus responsabilidades. El grupo incluye a aquellos que cuidan de familiares con demencia y otras condiciones graves. Entre los cuidadores de personas con demencia, el porcentaje que reportan estrés y síntomas de burnout aumenta a 40%-60%, debido a la carga representa esta condición. ⁷

El informe también señaló que más del 20% de los cuidadores informales experimentan un deterioro en su salud física como resultado de sus tareas de cuidado. Un 26% de los cuidadores informales dedica más de 20 horas semanales al cuidado, incrementando el riesgo de desgaste, los que superaran 40 horas semanales, reportan niveles más altos de agotamiento, 45% reportaron sobrecarga financiera, agravando más el riesgo.⁷

En México, la prevalencia encontrada es de aproximadamente el 45% de los cuidadores familiares de personas con enfermedades crónicas, experimentan burnout. Los Síntomas de agotamiento emocional: Entre los cuidadores, cerca del 40% reporta altos niveles de agotamiento emocional, alrededor del 30% de los cuidadores informan deterioro en su salud física. En comparación entre diferentes tipos de enfermedades: las con condiciones menos demandantes y las más demandantes por su dependencia total reportan niveles de burnout hasta un 20% mayor.⁸

En el Impacto financiero: aproximadamente 35% de los cuidadores reporta algún nivel de sobrecarga financiera debido a sus responsabilidades de cuidado, lo cual añade estrés y aumenta el riesgo de burnout, ya que los costos asociados al cuidado muchas veces son absorbidos por los propios cuidadores. Apoyo social y burnout: El estudio observa que los cuidadores con acceso a redes de apoyo (familiares, servicios de relevo, o apoyo institucional) presentan una reducción de hasta un 25% en los niveles de burnout en comparación con aquellos que cuidan sin ayuda externa.⁸

Además de la valoración clínica dirigida para tratar de establecer el diagnóstico, por parte de un especialista en la materia, también se han diseñado múltiples instrumentos para ayudar al con una mayor fiabilidad, algunas de ellas son:

- Inventario de agotamiento de Maslach (MBI -HSS)

MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI – HSS)
INVENTARIO BURNOUT DE MASLACH (MBI - HSS)

Edad: _____ Sexo/género: _____

Área de trabajo: _____ Tiempo de trabajo: _____

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada enunciado y marque los casilleros correspondientes a la frecuencia de sus sentimientos acerca del trabajo donde labora. Las opciones que puede marcar son:

- 0 = Nunca / Ninguna vez
- 1 = Casi nunca/ Pocas veces al año
- 2 = Algunas Veces / Una vez al mes o menos
- 3 = Regularmente / Pocas veces al mes
- 4 = Bastantes Veces / Una vez por semana
- 5 = Casi siempre / Pocas veces por semana
- 6 = Siempre / Todos los días

	Nunca / Ninguna vez	Casi nunca/ Pocas veces al año	Algunas Veces / Una vez al mes o menos	Regularmente / Pocas veces al mes	Bastantes Veces / Una vez por semana	Casi siempre / Pocas veces por semana	Siempre / Todos los días
	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo							
4. Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas que tengo que atender							
5. Creo que trato a algunas personas como si fueran objetos impersonales							
6. Trabajar todo el día con personas es realmente estresante para mi							
7. Trato con mucha efectividad los problemas de las personas							
8. Siento que mi trabajo me está desgastando							
9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de los demás con mi trabajo							
10. Me he vuelto insensible con la gente desde que ejerzo esta ocupación							
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
12. Me siento muy energético							
13. Me siento frustrado por mi trabajo							
14. Siento que estoy trabajando demasiado							
15. No me preocupa realmente lo que ocurre a algunas personas a las que doy servicio							
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés							
17. Fácilmente puedo crear un clima agradable en mi trabajo							
18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas							
19. He conseguido muchas cosas valiosas en este trabajo							
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades							
21. En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma							
22. Creo que las personas a quienes atiendo me culpan de sus problemas							

Subescala	Código	Ítems	Número de ítems	Puntaje por ítem	Puntaje por subescala	Indicios Burnout
Agotamiento emocional	EE	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	9	De 0 a 6	De 0 a 54	Más de 26
Despersonalización	DP	5, 10, 11, 15, 22	5	De 0 a 6	De 0 a 30	Más de 9
Realización personal	PA	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	8	De 0 a 6	De 0 a 48	Menos de 34

Subescala	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	De 0 a 18	De 19 a 26	De 27 a 54 (*)
Despersonalización	De 0 a 5	De 6 a 9	De 10 a 30 (*)
Realización personal	De 0 a 33 (*)	De 34 a 39	De 40 a 56

(*) Síntomas del Síndrome de Burnout

Imagen 1: Escala Maslach Burnout Inventory (MBI): Validación y puntuación (2016). Estadisticando.<http://estadisticando.blogspot.com/2016/04/escala-maslach-burnout-inventory-mbi.html>

El Inventario de agotamiento de Maslach es la escala más conocida y utilizada en la medición del síndrome de burnout. Fue desarrollada por Christina Maslach y Susan Jackson en los años 70 y ha sido adaptada en múltiples versiones para diferentes contextos. La versión original mide tres dimensiones del burnout: agotamiento emocional, despersonalización (actitudes negativas hacia los pacientes o personas a quienes se cuida) y baja realización personal. Esta herramienta permite evaluar la severidad del síndrome en los trabajadores de sectores como la salud, la educación y el servicio social.⁹

De las escalas de MBI el idioma original es el Inglés, algunos de los idiomas que se ha adaptado y validado incluyen Español, Francés, alemán, Portugués, Italiano y Ruso, Además de Japonés, Chino y Árabe; adaptándose a las particularidades culturales. La validez estructural y la confiabilidad tienen niveles significativos 0.733 alfa de Cronbach a escala completa, 0.717 de Eficacia, 0.856 de Agotamiento y 0.851 de despersonalización; destacando la alta fiabilidad en la primera y última dimensión, pero problemas en la de despersonalización.¹⁰

- Escala de Sobrecarga del Cuidador Zarit (EZ)

	Preguntas	Respuestas				
		0	1	2	3	4
1	¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para ud.?					
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8	¿Piensa que su familiar depende de Ud.?					
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?					
12	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?					
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?					
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?					
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22	Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					

Imagen 2: Echeverría Capmartín, M. (2023). *Importancia de la detección precoz de la sobrecarga del cuidador*. Revista Sanitaria de Investigación. Recuperado de <https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com>

La Escala de Sobrecarga del Cuidador (Zarit) es una herramienta creada por Steven Zarit que mide la sobrecarga percibida por los cuidadores informales (generalmente familiares) de personas dependientes, especialmente en situaciones de enfermedades crónicas o discapacidades. Esta escala se enfoca en cómo los cuidadores perciben su carga emocional, social y física debido a las demandas del cuidado, en sus vidas cotidianas debido a la responsabilidad. ¹¹

Los puntos de corte propuestos por los autores de la adaptación y validación en español son: no sobrecarga: 0-46, sobrecarga leve: 47-55 y sobrecarga intensa: 56-88. Esta escala demuestra una relación directa entre el estado de salud mental del cuidador. Es una evaluación integral de la carga objetiva como subjetiva del cuidador, además constituye una de las medidas de carga más utilizadas y validada en muchas poblaciones. ¹¹

El Inventario de Carga del Cuidador de Zarit, traducido y validado en una amplia variedad de idiomas garantizando su aplicabilidad en distintas culturas: Inglés idioma original de desarrollo del instrumento; Español Adaptado y validado en múltiples países hispanohablantes como España, México, Colombia y Perú, Francés, Alemán, Portugués: Aplicado en Brasil y Portugal, Italiano, Chino, Japonés, Coreano y Árabe. Las validaciones internacionales han mostrado consistencias internas elevadas alfa de Cronbach > 0.80 en la mayoría de las adaptaciones y adecuaciones culturales. Un análisis factorial en México arrojó un alfa de Cronbach de 0.90, respalda la fiabilidad del instrumento. ^{12,13}

- Escala de Sobrecarga del Cuidador Zarit abreviada (EZA)

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR						
ESCALA DE ZARIT ABREVIADA						
Item	Puntuación Respuesta	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
		1	2	3	4	5
1.- ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?						
2.- ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?						
3.- ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?						
4.- ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?						
5.- ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?						
6.- ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?						
7.- Globalmente ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?						

Imagen 3: Universidad de Valparaíso. (s.f.). Zarit Caregiver Burden Interview (Zarit): Evaluación de la carga del cuidador. Universidad de Valparaíso. <https://kinesiologia.uv.cl/images/investigacion/estudio-telerehabilitacion-covid-19/is/zarit.pdf>

La Escala de Sobrecarga del Cuidador Zarit abreviada (EZA) se responder con una puntuación de 1 a 5, al sumar el resultado se obtiene el puntaje total que oscila entre 7 a 35 puntos, donde ≤ 16 ausencia de sobrecarga y ≥ 17 sobrecarga intensa, respondiendo a la necesidad de una aplicación rápida. El análisis de propiedades psicométricas de la versión abreviada del ZBI también ha demostrado una confiabilidad destacable, con un coeficiente alfa de Cronbach 0.84 a 0.97 adecuada para su uso tanto en cuidadores formales como informales. Se ha validado a varios idiomas, como en español, japonés, chino y persa.^{14,15}

- Escala de Burnout para Cuidadores (CBI)

Test Maslach Burnout Inventory (MBI)								
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
2	Me siento cansado al final de una jornada laboral	0	1	2	3	4	5	6
3	Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada laboral	0	1	2	3	4	5	6
4	Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes/usuarios	0	1	2	3	4	5	6
5	Creo que trato a algunos pacientes/usuarios como objetos impersonales	0	1	2	3	4	5	6
6	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	0	1	2	3	4	5	6
7	Trato muy eficazmente los problemas personales	0	1	2	3	4	5	6
8	Me siento quemado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
9	Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas	0	1	2	3	4	5	6
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	0	1	2	3	4	5	6
11	Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
12	Me siento muy activo	0	1	2	3	4	5	6
13	Me siento frustrado en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
14	Creo que estoy trabajando demasiado	0	1	2	3	4	5	6
15	En realidad, no me preocupa lo que ocurre a alguno de mis pacientes/usuarios	0	1	2	3	4	5	6
16	Trabajar directamente con las personas me produce estrés	0	1	2	3	4	5	6
17	Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
18	Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
19	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	0	1	2	3	4	5	6
20	Me siento acabado	0	1	2	3	4	5	6
21	Trato los problemas emocionales con mucha calma en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
22	Siento que los pacientes/usuarios me culpan por algunos de sus problemas	0	1	2	3	4	5	6

Imagen 4: LERNA. (s.f.). Síndrome de burnout: Qué es, causas, síntomas y cómo prevenirlo. Recuperado de <https://www.ilema.es/blog/sindrome-de-burnout>

Diseñado por Maslach, en su versión de 22 ítems, evalúa tres dimensiones: agotamiento emocional, baja realización personal y despersonalización. La valoración se da con la suma del total de valores, con resultados de 0-29 poco probable, 30-39 leve, 40-49 moderado y mayor a 50 burnout grave. Estudios de los propios autores reportan una fiabilidad de 0.75 a 0.90, específicamente diseñada para medir el burnout en cuidadores informales de personas con enfermedades graves o discapacidades. Esta escalada tiene en cuenta las peculiaridades del cuidado no profesional y cómo afecta la salud emocional y psicológica de los cuidadores. El idioma de la versión original es el Inglés y las traducciones más comunes incluyen: Español: Griego, Francés e Italiano. ^{16,17}

- Escala de Estrés Percibido (PSS)

Marca la opción que mejor se adecue a tu situación actual, teniendo en cuenta el último mes.	Nunca	Casi Nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
E1. ¿Con que frecuencia has estado afectado/a por algo ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
E2. ¿Con que frecuencia te has sentido incapaz de controlar las cosas importantes de la vida?	0	1	2	3	4
E3. ¿Con que frecuencia te has sentido nervioso/a (lleno de tensión)?	0	1	2	3	4
E4. ¿Con que frecuencia has manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
E5. ¿Con que frecuencia has sentido que has enfrentado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida?	0	1	2	3	4
E6. ¿Con que frecuencia has estado seguro /a sobre tu capacidad de manejar tus problemas personales?	0	1	2	3	4
E7. ¿Con que frecuencia has sentido que las cosas te van bien?	0	1	2	3	4
E8. ¿Con que frecuencia has sentido que no podías afrontar todas las cosas que tenías que hacer?	0	1	2	3	4
E9. ¿Con que frecuencia has podido controlar las dificultades de tu vida?	0	1	2	3	4
E10. ¿Con que frecuencia has sentido que tienes el control de todo?	0	1	2	3	4
E11. ¿Con que frecuencia has estado enfadado/a porque las cosas que te han ocurrido estaban fuera de tu control?	0	1	2	3	4
E12. ¿Con que frecuencia has pensado sobre las cosas que no has terminado (pendientes de hacer)?	0	1	2	3	4
E13. ¿Con que frecuencia has podido controlar la forma de pasar el tiempo (organizar)?	0	1	2	3	4
E14. ¿Con que frecuencia has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes superarlas?	0	1	2	3	4

Imagen 5: Remor, E. (2006). Psychometric properties of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Spanish sample. *Ansiedad y Estrés*. Recuperado de www.elsevier.es

Es una herramienta desarrollada por Sheldon Cohen para medir el estrés percibido por los individuos en su vida cotidiana. Aunque no está diseñado específicamente para cuidadores, se utiliza frecuentemente para medir el nivel de estrés en diversas poblaciones, incluidos los cuidadores. Evalúa cómo las personas perciben las demandas de su vida y la capacidad para afrontarlas. Para obtener la puntuación total en el PSS se deben invertir las puntuaciones de los ítems positivos (4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13), posteriormente, sumar los 14 elementos. El rango de puntuación varía entre 0 mínimo estrés percibido y 56 máximo estrés percibido. ¹⁸

La versión PSS-14 reportó un alfa de Cronbach de 0.718, lo que indica una consistencia interna aceptable. La validez de contenido fue evaluada por expertos, obteniendo puntuaciones superiores al 80%, lo que refleja su relevancia en la medición del estrés percibido. Se ha traducido a varios idiomas, incluyendo español, francés, alemán, árabe, chino, japonés y portugués. ¹⁹

Trastornos del aprendizaje

Los trastornos del aprendizaje (TEA) están catalogados en los manuales de identificación de condiciones de salud mental, como el DSM-V, como trastornos del neurodesarrollo, estos son condiciones que tienen un origen biológico que explica el origen de las dificultades a nivel cognitivo y/o conductual. Se manifiestan en el ámbito de la lectura, matemáticas y escritura; son típicamente llamados dislexia, discalculia y disgrafía, respectivamente. Están presentes en 5 al 17% de los niños escolares y en adultos no es menor reportándose una prevalencia del 15 al 23%. Su impacto no se limita al ámbito educativo repercuten en áreas de la vida cotidiana, oportunidades laborales. En caso de que uno de los padres tenga un trastorno del aprendizaje, el hijo tiene un riesgo aumentado en 30 a 77% de presentar la condición. ²¹

La definición ofrecida por la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento, entiende el trastorno del aprendizaje como la "presencia de un rendimiento escolar claramente inferior al nivel esperado, dada su edad cronológica, su nivel de inteligencia y las clases escolares que asiste". Se refiere a ellos como "dificultades significativas para adquirir la lectura, la escritura y el cálculo", incluye a niños/as que presentan problemas de coordinación, alteraciones del lenguaje y déficit de atención, entre otras posibles manifestaciones y lesiones cognitivas. Los TEA pueden presentarse en comorbilidad con otros trastornos: entre la dislexia y la discalculia es del 30 al 50%, mientras que entre la dislexia y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), es alrededor del 25 al 50%.²²

Las definiciones de los trastornos del aprendizaje han evolucionado considerablemente a lo largo del tiempo. Uno de los primeros enfoques significativos provino de Samuel Kirk en 1962, quien acuñó el término "discapacidad de aprendizaje" para referirse a niños con dificultades en el procesamiento de la información, pese a tener una inteligencia normal o superior. Esta definición pionera fue una de las primeras en distinguir entre dificultades de aprendizaje y otros problemas como el retraso mental. Recientemente, el DSM-5 (2013) ha actualizado la definición bajo el término "Trastorno Específico del Aprendizaje", poniendo énfasis en los déficits en habilidades académicas específicas, como la lectura, la escritura o las matemáticas, que persisten a pesar de la intervención adecuada.^{23,24}

Estos cambios reflejan cómo las definiciones de trastornos del aprendizaje han sido influenciadas por avances en la investigación neuropsicológica y por la necesidad de mejorar los enfoques de diagnóstico y de intervención. A nivel mundial, se reporta una prevalencia de trastornos del aprendizaje del 2 al 15%, mientras que en México la falta de datos específicos ha llevado a una subestimación de la frecuencia, con una prevalencia del 2 al 4%.²⁵

En algunos estados de México, un solo psicólogo especializado atiende a una población escolar de 110,000, mientras que en los Estados Unidos se estima una prevalencia del 6 al 10% y un enorme costo anual asociado a los trastornos de aprendizaje que atiende a una población escolar de 333,000. En Guadalajara, Jalisco, se reporta una prevalencia del 9.5%. Sin embargo, los desafíos económicos, laborales e institucionales han contribuido a que solo el 19.9% de la población mayor de 6 años inicie la educación primaria, y solo el 23% de los adultos la hayan completado. ^{25,26}

La prevalencia agrupada mundial de trastornos mentales fue del 13,4% (IC 95% 11,3-15,9); mientras que por separado fue: trastorno de ansiedad 6,5% (IC 95% 4,7-9,1), trastornos depresivos 2,6% (IC 95% 1,7-3,9), trastorno por déficit de atención con hiperactividad fue del 3,4% (IC 95% 2,6-4,5), trastornos disruptivos fue del 5,7% (IC 95% 4,0-8,1). La OMS y el Banco Mundial, estiman que más de mil millones de personas viven con una discapacidad en el mundo, las alteraciones en el neurodesarrollo psicomotor podrían constituir hasta el 16% de ellas; desde la coordinación motora gruesa y fina, el lenguaje, el habla, la conciencia, la interacción social y las actividades de la vida diaria. Su etiología está ligada al retraso psicomotor, se pueden manifestando alteraciones en la adaptación y aprendizaje, identificarlas tempranamente permite aplicar terapias de rehabilitación para mejoran las limitaciones. ^{27,28}

En México, el 6% de la población presenta alguna discapacidad; Sin embargo, faltan datos en niños menores de 5 años. Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental del 2015 (ENSM) en la población de 7-11 años, hay una prevalencia del 4,7% de cualquiera de los trastornos de salud mental. Las prevalencias fueron: depresión mayor del 0,1%, trastorno de ansiedad generalizada del 0,4%, trastorno de ansiedad por separación del 1,8%, trastorno por déficit de atención e hiperactividad del 3%, y por último los trastornos negativista desafiante con 0,4% y de la conducta de 0,2%. ^{29,30}

Los principales trastornos del aprendizaje caracterizan por rendimiento académico por debajo del esperado para su edad, coeficiente intelectual y enseñanza recibida. Incluyen el trastorno de la lectura (Dislexia), del cálculo (Discalculia) y de la expresión escrita (Disgrafía).

- **Dislexia**

La dislexia es un trastorno específico del aprendizaje caracterizado por dificultades en el reconocimiento preciso y fluido de palabras, la decodificación y la ortografía. Estas dificultades no se deben a problemas sensoriales, inteligencia reducida o falta de motivación, sino a una alteración en el procesamiento del lenguaje. Se comprende como un trastorno neurobiológico con factores genéticos y hereditarios significativos. Existen diferencias en el hemisferio izquierdo del cerebro, específicamente en áreas como el giro fusiforme y el área de Broca, esenciales en el procesamiento del lenguaje. Estudios de neuroimagen han demostrado que estas áreas están menos activas en personas con dislexia, lo que afecta la capacidad para decodificar palabras de forma efectiva. ^{31,32}

Suele presentarse en familias, sugiriendo una fuerte predisposición genética. Se han identificado genes asociados con el desarrollo del lenguaje y la lectura. Estos genes están relacionados con el desarrollo neurológico y los circuitos cerebrales que intervienen en el procesamiento fonológico y visual de las palabras: Se ha encontrado que variaciones en el gen DCDC2 están presentes en personas con dislexia, afectando la forma en que se organizan las conexiones neuronales en las áreas de procesamiento del lenguaje. Además de los genes KIAA0319; GENE ROBO1; GENE DYX1C1; GEN FOXP2. ^{31,32}

Si tenemos en cuenta que la dislexia es un trastorno de la lectura y que sabemos leer cuando somos capaces de decodificar una serie de grafías y traducirlas en sus fonemas pronunciando en voz alta y con fluidez, los protocolos de detección de la dislexia encontraremos: • Modelo del triángulo, Mark Seidenberg y James McClelland (1989). • Modelo de doble ruta, Max Coltheart y sus colaboradores (2001). • Modelo simple de concepción lectora, Wesley Hoover y Philip Gough (1990). • Modelo de procesamiento sintáctico. • Modelo de procesamiento semántico. ^{31,32}

- **Disgrafía**

La disgrafía es un trastorno de la escritura que afecta la habilidad para producir letras y palabras de manera clara y organizada, frecuentemente asociado con dificultades en la motricidad fina y en el procesamiento cognitivo relacionado con la escritura. Se caracteriza por una escritura ilegible, una organización deficiente en el texto, una incapacidad para escribir con fluidez. Para diagnosticarla se realizan pruebas neuropsicológicas que evalúan la motricidad fina, la coordinación ojo-mano y la capacidad de organización de la escritura. ^{33,34}

En el aspecto neurobiológicos, las estructuras cerebrales implicadas son la Corteza motora y Premotora áreas son cruciales para planificar; Lóbulo parietal superior responsable de la integración sensorial y espacial, Cerebelo que coordina los movimientos motores y asegura la fluidez de las acciones. No se ha identificado un único gen responsable, se cree que es un trastorno poligénico, donde múltiples genes contribuyen: DCDC2 y KIAA0319 genes asociados con dificultades en la integración visomotora y en la migración neuronal, además de DYX1C1; ROBO1 esté implicado en la conectividad de interhemisférica. ^{33,34}

- **Discalculia**

La discalculia, un trastorno específico del aprendizaje que afecta la habilidad para comprender y realizar cálculos matemáticos. Se caracteriza por dificultades en tareas como manipulación de números, el cálculo, la organización espacial y la interpretación de conceptos matemáticos, todo ello sin que exista un déficit intelectual o sensorial. Los niños que experimentan problemas para realizar operaciones básicas (suma, resta, multiplicación, división) y para recordar hechos matemáticos, como las tablas de multiplicar, suelen tener un ritmo lento y cometer errores en operaciones simples, además de problemas en la comprensión numérica, organización espacial y visual. ^{35,36}

Se asocia con diferencias en el funcionamiento de áreas cerebrales relacionadas con la cognición numérica como: el Lóbulo parietal, la Corteza prefrontal y el surco intraparietal que se considera una región clave, ya que participa en el procesamiento de magnitudes numéricas y en la percepción de la cantidad. ^{35,36}

Algunos estudios sugieren que la discalculia tiene un componente hereditario. Varios genes implicados en el desarrollo de circuitos cerebrales responsables entre ellos el gen DCX en el cromosoma X. ^{35,36}

El aprendizaje involucra varios procesos cerebrales complejos como lo es atención, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, percepción, motivación, motricidad fina, coordinación, creatividad, habilidades sociales, razonamiento y resolución de problemas, por lo cual otros trastornos mentales de infancia pueden afectar por si solos o en combinación este proceso algunos ejemplos son:

- Trastornos de ansiedad: en los niños son miedos, preocupaciones o ansiedades persistentes que perturban su capacidad para participar en los juegos, en la escuela o en situaciones sociales típicas de su edad. Incluyen: trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad social, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno obsesivo-compulsivo. ^{37,38}
- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: los niños tienen dificultades de atención, conductas impulsivas, hiperactividad o alguna combinación de estos problemas. ^{37,38}
- Trastorno del espectro autista: se manifiesta en la infancia temprana, generalmente antes de los tres años. Aunque la gravedad de este trastorno varía, el niño tiene dificultades para comunicarse e interactuar con los demás. ^{37,38}
- Trastornos alimentarios: se definen como la preocupación por un tipo de cuerpo ideal, el pensamiento desordenado sobre el peso y la pérdida de peso, y los hábitos alimenticios y de dieta riesgosos. Los trastornos alimentarios, como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno alimentario compulsivo,

pueden dar lugar a disfunciones emocionales y sociales y a complicaciones físicas que ponen en riesgo la vida. ^{37,38}

- Depresión y otros trastornos del estado de ánimo: es un sentimiento persistente de tristeza y pérdida de interés que perturba la capacidad del niño para desempeñarse en la escuela. El trastorno bipolar provoca cambios del estado de ánimo extremos entre la depresión y la euforia extrema. ^{37,38}
- Trastorno por estrés postraumático: se caracteriza por un sufrimiento emocional prolongado, ansiedad, recuerdos inquietantes, pesadillas y conductas perturbadoras en respuesta a la violencia, al maltrato, a las lesiones o a otros sucesos traumáticos. ^{37,38}
- Esquizofrenia: es un trastorno de las percepciones y los pensamientos que hace que una persona pierda el contacto con la realidad (psicosis). Aparece con mayor frecuencia entre los últimos años de la adolescencia. ^{37,38}
- Trastornos de la Eliminación: la enuresis es la emisiones de orina en sitios inapropiados (cama, ropas), de carácter persistente y causante de malestar clínico y la encopresis es la presencia reiterada de deposiciones de heces en lugares no adecuados. El niño debe tener al menos 4 años. ^{37,38}
- Trastornos por Conductas Perturbadoras Estos trastornos resultan muy visibles en el entorno familiar y escolar, se caracterizan por un comportamiento desajustado repetitivo y persistente. ^{37,38}
- Trastorno Negativista Desafiante patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que suele manifestarse en el ambiente familiar y debuta antes de los 8 años. El Trastorno Disocial Es más grave e implica un patrón de conducta con violación de los derechos básicos de los demás o de las normas o reglas sociales propias para su edad. ^{37,38}

- Trastornos de la Ingesta en la Infancia y Niñez: Pica es la ingestión de sustancias no nutritivas (como pintura, yeso, cabellos o tierra), durante al menos un mes, en mayores de 2 años. Rumiación, la regurgitación a la boca de comida ingerida previamente, para masticala de nuevo y que se hace con sentido gratificante. ^{37,38}
- Trastornos de la Comunicación Se refieren a deficiencias en el lenguaje y el habla, e incluyen trastornos del lenguaje expresivo, fonológico, tartamudeo. ^{37,38}
- Trastornos por Tics Se incluyen tics vocales y/o motores, transitorios o crónicos y Trastorno de Gilles de la Tourette, en el que se asocia a expresiones orales bruscas. ^{37,38}
- Trastornos de Hábitos Motores son trastornos del desarrollo de la coordinación se caracterizan por movimientos estereotipados “raros”, complicados e inapropiados que no parecen ser controlados por el niño). ^{37,38}
- Trastornos Generalizados del Desarrollo se presentan deficiencias generalizadas en múltiples áreas del desarrollo con alteraciones en la interacción social, la comunicación, la presencia de comportamientos, intereses o actividades estereotipadas. como el Retraso Mental y Trastorno de Rett. ^{37,38}
- Trastornos del Sueño disomnias: desde el insomnio, la narcolepsia, parasomnias: pesadillas recurrentes, terrores nocturnos y sonambulismo ^{37,38}

ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

Impacto del síndrome del cuidador quemado

La investigación específica sobre el síndrome del cuidador quemado en padres de niños con dificultades de aprendizaje es escasa, un estudio en cuidadores de niños con discapacidad incluyó a 45 cuidadores, en su mayoría mujeres, con una edad promedio de 30 años indico que el 97.6% presentaba niveles moderados de burnout, se observó que las cuidadoras familiares experimentaban mayor agotamiento emocional en comparación con los cuidadores profesionales. Otro estudio analizó la salud mental de cuidadores de pacientes pediátricos con enfermedades crónicas, encontró que el 76.7% de los cuidadores presentaba niveles altos de ansiedad. ^{39,40}

Un estudio que explora esta temática permitiría identificar los factores de riesgo y protección en esta población específica, además de realizar un diagnóstico oportuno que identifique cuando se esté presentando este síndrome que puede afectar tanto al cuidador, al que necesita el cuidado, familiares y personas que de alguna forma se encuentran relacionados, además de sensibilizar a la sociedad y las instituciones sobre esta problemática. Las familias son menos numerosas, por lo que la tarea de cuidar a las personas dependiente se divide entre un menor número de personas; sumada la incorporación de las mujeres al mundo laboral, hace la tarea de cuidado de las personas dependiente se haga cada vez más difícil. ⁴¹

En múltiples estudios en diversos estratos, se identificó como el principal prototipo de persona para desarrollar el síndrome del cuidador quemado es una mujer de mediana edad, casada, con una persona a su cargo, con grado de escolaridad medio, dedican las 24 horas del día al cuidado de dicha persona, no reciben ayudas externas y se sienten cansadas, infelices y con falta de bienestar. El riesgo mayor de que aparezca en estos cuidadores de personas dependientes el síndrome de cuidador quemado se encuentran: mayor probabilidad a mayor edad o gravedad de la persona dependiente, presencia de agresividad, mayor número de enfermedades o patologías físicas y psicológicas, ausencia de colaboración de otros familiares, ausencia de formación e información en el cuidador y no formar parte de una asociación o grupo de ayuda. ⁴²

Estudios realizados en los 90 y 2000 destacaron la prevalencia del burnout en cuidadores de familiares con dependencia, llevaron a una mayor conciencia clínica sobre la necesidad de brindar apoyo psicológico y social a estos cuidadores. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido el burnout como un problema de salud mental que también afecta a cuidadores no profesionales, subrayando la necesidad de intervenciones. ⁴³

Burnout en padres de niños con trastornos del aprendizaje

Las desventajas sociales y la adversidad social es un factor de riesgo para los trastornos mentales. El cambio de la situación familiar y social tiene consecuencias en el bienestar de la salud mental de los niños, además de la crianza de y pautas educativas. El acceso a plataformas tecnológicas es el mayor, cambiando la educación de los niños y de los padres que extraen de ellas consejos para educar a sus hijos. Existe un extremo de mucha exigencia, que puede provocar estrés y ansiedad. Pero también se encuentran con situaciones en las que ha habido una falta de límites y normas, que genera problemas de autorregulación y conducta. Debido al aumento de este tipo de patologías la especialidad de Psiquiatría del niño retoma importancia, ya que no reconocer esta especialidad, contribuye a una situación en la que faltan recursos específicos. ⁴⁴

Los padres de niños con dificultades de aprendizaje enfrentan factores únicos que aumentan su riesgo de desarrollar burnout, cargas académicos, asistir a reuniones frecuentes con maestros, supervisar tareas escolares, lo cual puede ser frustrante si el niño muestra resistencia o dificultades persistentes para realizarla. Barreras emocionales sentimientos de culpa o fracaso parental debido a dificultades que presenta su hijo. Estrés derivado de la combinación del cuidado y las labores diarias, de trabajo, cuidados del hogar y de otros miembros de la familia. El impacto económico aumentado por costos asociados con tutorías, terapia especializada y atención médica. El Aislamiento social constante con la que el niño tiene que lidiar en la escuela por parte de compañeros e profesores e incluso padres de otros escolares derivados de su condición. ⁴⁵

El Impacto del Burnout en los cuidadores llega a causar alteración en las relaciones familiares conflictos con la pareja o los hijos debido a las tensiones enfrentadas, disminución de la calidad de la interacción con entre el padre, los padres, y los otros miembros de la familia nuclear. El rendimiento educativo del niño en conjunto con los factores propios de la patología de base pueden estar influenciados por los niveles altos de estrés parental, esto influir negativamente en la percepción del niño sobre sus habilidades y su motivación para aprender. ⁴⁶

Además de las dificultades propias del proceso de aprendizaje, los desafíos recurrentes que enfrentan los padres, como identificar las necesidades específicas de su hijo o hijos, tener que lidiar con estigmas sociales y malentendidos dentro del ambiente escolar e incluso el seno familiar, lo cual está ampliamente estudiado en niños con discapacidades mentales, el autismo o parálisis cerebral, se han encontrado que enfrentan niveles más altos de estrés y burnout que los padres de niños con un neurodesarrollo acorde a la edad cronológica, esto sumado a la falta de apoyo institucional lo que condiciona el Impacto del estrés crónico en el cuidador y la dificultad del neurodesarrollo. ⁴⁷

Las Intervenciones que se puede dar a este grupo vulnerable va desde la Terapia psicoeducativa enfocada en educar a los padres sobre las dificultades de aprendizaje, los grupos de apoyo espacios donde los cuidadores puedan compartir experiencias y recibir apoyo emocional han demostrado ser efectivos para prevenir el aislamiento y reducir el burnout. Y La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es una herramienta más para intervenir en la problemática. ⁴⁸

Estas dificultades afectan principalmente a los niños durante su proceso de enseñanza y desarrollo, lo que puede generar respuestas de impotencia aprendida y conducir a una baja autoestima y comportamientos disruptivos. Los trastornos del aprendizaje pueden tener diversas causas, como genéticas, estructurales, ambientales y mixtas. Factores como la familia, la escuela y la sociedad, así como la inteligencia emocional y la necesidad de habilidades prácticas para el futuro, también influyen en el éxito o fracaso escolar. ⁴⁸

2) JUSTIFICACIÓN

Se considera que 14.3 % de la población de México presentara algún trastorno de salud mental, esto lo coloca en la media global 10-20% de la población mundial que está en riesgo a lo largo de la vida, en la población infantil en porcentaje de presentar un trastorno del neurodesarrollo es del 2-3%; es por eso la importante de la prevención, diagnóstico y tratamiento, sin embargo se descuida un factor para la evolución de estos pacientes, sus cuidadores informales, que tienen *40-70% más de riesgo de presentar estrés, y 20-30% de presentar el síndrome del cuidador quemado*, con una prevalencia femenina de 50-60% y 30-40%; en el grupo de edad los adultos mayores (56+) son más susceptibles con un 60%; con ingresos debajo del promedio nacional se es 1.5 veces más propenso que con ingresos medios o altos. ⁴⁹

Estas personas que se dedican al cuidado de manera informal por amor y/o necesidad; desarrollan sentimiento de culpa, dejan actividades, manifiestan tristeza, tensión ambiental, incapacidad de relajarse, aislamiento social y sentimiento de soledad, limita su función económica y social. En México el 80% de los cuidados a personas dependientes adultas es proporcionado por familiares, ubicándolo en la media entre los países desarrollados 70% y en vías de desarrollo 90%. No se dispone de datos sobre el porcentaje de niños con discapacidad que reciben cuidados familiares en México. ⁵⁰

Los cuidadores sufren de mayor estrés en relación con la gravedad y tiempo de duración del padecimiento, en el trastorno del espectro autista presentan una probabilidad 60-70%, con trastorno por déficit de atención e hiperactividad 40-50%, parálisis cerebral 50-70%, otras enfermedades crónicas pediátricas 30-40%, la epilepsia 30-60%, respecto a trastornos del aprendizaje donde es de 20-30%.⁵¹

Este trabajo de investigación tiene la intención de identificar burnout en tutores, de niños que están afectados por un trastorno del aprendizaje en la zona 020 de educación especial en la ciudad de Puebla, y los afectados diagnosticados durante el estudio se deriven para una atención oportuna. Esperando que pueda replicarse ampliando el universo, para apoyar en el desarrollar políticas institucionales y públicas que disminuyan los factores del riesgo del cuidador, en la actualidad buscan mejorar la salud de personas con trastornos mentales, pero el apoyo a sus cuidadores es insuficiente.

3) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El síndrome del cuidador quemado afecta el bienestar individual del cuidador, compromete la calidad del cuidado, puede llevar a consecuencias sociales graves. El problema ha sido subestimado en las investigaciones y en la atención pública, particularmente en México. Los trastornos del aprendizaje y del neurodesarrollo afectan a la población infantil pueden prolongar el daño hasta la etapa adulta, si no reciben tratamiento oportunamente e incluso a un llevándolo, afectando el núcleo familiar, puntualizando la devastación del cuidador primario, llevándole fatiga física, mental y emocional, como consecuencia directa se ve afectado el cuidado del familiar dependiente y la calidad de vida de todos los implicados.

Si bien la salud mental comienza a ser prioritaria para los gobiernos y las dependencias encargadas; las estrategias se centran en atender al usuario que presente el trastorno de salud mental, esto es de mucha utilidad pero destapa la problemática familiar, social, y económica que conlleva e el cuidado de una persona dependiente, pudiendo ocasionar el rompimiento del núcleo familiar determinante en los cuidados y la salud del usuario, ya que en su mayoría crecen en un ambiente de sobreprotección aumentando la gravedad de su discapacidad y dependencia, generando mayor desgaste en el cuidador primario y que al morir este, los familiares abandonan del usuario, volviendo uno carga económica para el estado.

Es imperativo identificar las causas, las consecuencias y las posibles intervenciones, para este grupo vulnerable, creando programas enfocados en aliviar la carga de los cuidadores, promoviendo políticas públicas que reconozcan y aborden esta problemática como un reto en salud pública, posibilitando el acceso a recursos de salud mental y servicios de cuidado formal.

Diversos trabajos de investigación buscan los factores que contribuyen al desarrollo del síndrome del cuidador quemado, sus consecuencias en la salud y en la calidad de vida de los cuidadores. Para ello se utilizó como recurso la escala de Zarit la cual tiene validación en varios idiomas y países, es de fácil aplicación, es precisa para medir las características en esta población, esto buscando generar conciencia en las políticas públicas sobre la necesidad de apoyo a los cuidadores informales.

4) HIPÓTESIS CIENTÍFICA

El síndrome del cuidador quemado es más frecuente en los tutores de niños con trastornos del aprendizaje en la zona escolar 020 de educación especial de Puebla, que en aquellos no los presentan.

- **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la frecuencia del síndrome del cuidador quemado, en los tutores de niños con trastornos del aprendizaje en la zona escolar 020 de educación especial de Puebla?

5) OBJETIVOS

- **Objetivos Generales**

Identificar la frecuencia de síndrome del cuidador quemado, en tutores de escolares con trastornos del aprendizaje en la zona escolar 020 de educación especial de Puebla.

- **Objetivos Específicos**

1. Describir las características sociodemográficos de los tutores encargados del cuidado de niños con trastornos del aprendizaje en la zona escolar 020 de educación especial en Puebla.
2. Conocer los grupos de: sexo, edad, núcleo familiar, nivel educativo en la población en estudio, el tipo de trastorno que presenta la persona a su cuidado.
3. Identificar factores de prevención del síndrome del cuidador quemado en la población en estudio de tipo: social, familiares, económicos y educativos que pudieran ser herramientas de prevención.

6) MATERIAL Y MÉTODOS

- **Tipo de estudio**

Descriptivo, observacional, transversal.

- **Ubicación espacio/temporal**

Este estudio se ubicó en la zona escolar 020 de educación especial de Puebla de agosto del 2024 a noviembre del 2024, la cual cubre el distrito de sur de la ciudad de Puebla

- **Estrategia de trabajo**

A través del departamento de enseñanza del Hospital Psiquiátrico Rafael Serrano del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), se contactó con la zona escolar 020 de educación especial de Puebla, para la autorización de llevar a cabo este estudio dentro de sus instalaciones, con la autorización debida para obtener la información requerida para el desarrollo de esta investigación de los tutores de usuarios de la zona escolar de educación especial.

- **Muestreo**

- **Unidad de población**

Los tutores de usuarios de la zona escolar 020 de educación especial Puebla.

Selección de la muestra

- **Criterio de elección de las unidades de muestreo**

- **Criterios de inclusión**

- Padres o tutores de ambos sexos
- Edad de 18 a 65 años.
- Que desearon y aceptaron participar en el estudio
- firmaron el consentimiento informado.

- Criterios de exclusión
 - La persona que acudió a la entrevista con el escolar, no fuera el cuidador primario.
 - Cuidadores o padres que aunque aceptaron participar, no firmaron el consentimiento informado.

- Criterios de eliminación
 - No contestar todos los ítems de la escala o el cuestionario epidemiológico

- **Diseño y tipo de muestreo**
 - Muestreo por conveniencia

○ **Tamaño de la muestra**

Se entrevistó a 42 tutores de usuarios de la unidad de educación especial 020 perteneciente a Puebla, donde se recogieron los datos para esta investigación, en los meses de octubre y noviembre del 2024, en un rango de edad de 20 a 65 años, que estuvieron dispuestos a colaborar en el estudio. El tamaño de la muestra al que llamamos población, el intervalo de confianza se puede medir en términos de probabilidad.

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

n- Tamaño de la muestra, Z- Valor en tablas de confianza (Tabla Z), N- Tamaño de la población, p- Probabilidad de éxito, q- Probabilidad de fracaso, e-Error de precisión.

Con el Valor de Z al 95% de confianza (1.96), se sustituyen los datos que se muestran en la fórmula con una propuesta de probabilidad de éxito $p=0.5$ y el mismo para la probabilidad de fracaso $q=0.5$); el error de precisión puede ser de 5%, siendo entonces: $e=.05$. El universo de estudio para es 78 tutores (dato proporcionado por personal administrativo del área de Recursos Humanos de esta institución).

Datos para el cálculo de la muestra

n- 40

Z- 1.96

N- 78 Tutores

p- 0.5

q-0.5

e- 0.05

- **Definición de variables y escalas de medición**

Cuadro de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Tipo de escala	Instrumento	Operación de Variable	Bibliografía
Síndrome del cuidador quemado	Conjunto de síntomas que se presentan en personas encargadas de los cuidados de una persona que es casi o totalmente dependiente	No sobrecarga 0-46 -Sobrecarga leve: 47-55 -Sobrecarga intensa 56-88	Cualitativa Dependiente	Nominal Dependiente	Escala de Zarit	1 No sobrecarga 2 Sobrecarga leve 3 Sobrecarga intensa	Sandra Martínez Pizarro, Síndrome del cuidador quemado. Rev Clin Med Fam [online]. 2020, vol.13, n.1, pp.97-100. Epub 20-Abr-2020. ISSN 2386-8201
Trastorno de aprendizaje del Usuario	Presencia o falta de un trastorno o habilidad que dificulta el proceso de aprendizaje	Si No	Cualitativa Independiente	Nominal Dicotómica	Expediente	1 - Si 2 - No	Asociación de Trastornos del Aprendizaje de Canadá (LDAO). (2015). Documento de posición sobre la definición de trastornos del aprendizaje y el DSM-5.
Sexo del cuidador	Condición biológica que califica a la población en hombre o mujer	Masculino Femenino	Cualitativa De Ajuste	Nominal	Ficha de identificación	1 - Masculino 2 - Femenino	Instituto Nacional de Estadística. (2024) Estadísticas de Población. Recuperado de https://www.ine.es
Núcleo Familiar del usuario	Unidad jerárquica intermedia entre la persona y el hogar.	-biparental -homoparental -reconstituida -monoparental -de acogida -Adoptiva. -Extensa.	Cualitativa De Ajuste	Nominal	Historia Clínica	1 - biparental 2 -homoparental 3 - reconstituida 4 -monoparental 5 - de acogida 6 - Adoptiva 7 - Extensa	Instituto Nacional de Estadística. (2024) Estadísticas de Población. Recuperado de https://www.ine.es
Nivel educativo del cuidador	Nivel de educación más alto que un usuario alcanzado	-Preescolar -Primaria -Secundaria. -Medio-Superior -Superior -Analfabeta	Cualitativa De Ajuste	Nominal	Ficha de identificación	1 Preescolar 2 Primaria 3 Secundaria. 4 Medio Superior 5 Superior 6 Analfabeta	Instituto Nacional de Estadística. (2024) Estadísticas de Población. Recuperado de https://www.ine.es
Hermanos del usuario	Hermanos de los mismos padres o de uno de los dos padres	-No -Hermano -Medio hermano -Hermanastro	Cuantitativa De Ajuste	Nominal/ Numérica	Ficha de identificación	0 No 1 Hermanos 2 Medio Hermanos 3 Hermanastro	Instituto Nacional de Estadística. (2024) Estadísticas de Población. Recuperado de https://www.ine.es

Instrumentos de medición

Se utilizaron los datos de la *Escala de carga del cuidador de Zarit (Escala de carga del cuidador de Zarit: evidencia de validez en México)*, versión validada de la versión original Zarit Burden Interview (ZBI) de 22 ítems, es la más utilizada para medir la sobrecarga de los cuidadores informales. Evaluada ampliamente en distintos idiomas y culturas, tiene una estructura multidimensional que incluye aspectos emocionales, físicos y sociales de la carga del cuidador. Es un instrumento de auto-informe que evalúa la carga de los cuidadores primarios a partir de identificar los sentimientos habituales que experimentan quienes cuidan a otra persona. Está compuesta por 22 ítems tipo Likert con cinco niveles de respuesta: *1=nunca, 2=rara vez, 3=algunas veces, 4=bastantes veces y 5=siempre*. y se distribuyen en tres factores: 1) impacto del cuidado, 2) relación interpersonal y 3) expectativas de autoeficacia.

Los puntos de corte propuestos por los autores de la adaptación y validación en español son: no sobrecarga: 0-46, sobrecarga leve: 47-55 y sobrecarga intensa: 56-88. Existen otras versiones de la escala: Versión Abreviada de 12 ítems (ZBI-12): Una versión más corta diseñada para ser más práctica en estudios con limitaciones de tiempo, manteniendo una buena consistencia interna (alfa de Cronbach alrededor de 0.80). Versión Abreviada de 7 ítems (ZBI-7): Utilizada especialmente en investigaciones rápidas o en contextos clínicos donde el tiempo es limitado. A pesar de su brevedad, conserva una alta validez y fiabilidad. Zarit Burden Interview de 16 ítems: Validada en contextos específicos, como cuidadores de adultos mayores, y en estudios realizados en América Latina. Cada versión está diseñada para ofrecer alternativas según las necesidades de evaluación, manteniendo la capacidad de medir la sobrecarga del cuidador de manera confiable.

La escala cuenta con una buena consistencia interna y validez convergente, así como una validez convergente, permitiendo su aplicación en México donde ha sido adaptado y validado. Además de una serie de preguntas para integrar datos sociodemográficos de importancia para el estudio.

- **Método de recolección de datos**

Se realizó en una entrevista directa al cuidador primario o los cuidadores, realizando un breve cuestionario sociodemográfico y posteriormente el Test de Zarit.

- **Técnicas y procedimientos**

Se reportaron y procesaron los datos en la tableta de variables de la información, se realizan gráficas para poder obtener una visualización de la información obtenida durante este estudio.

7) LOGÍSTICA

- **Recursos humanos:**

Médico residente de Psiquiatría de realizar, recabar y analizar datos.

- **Recursos materiales:**

Instalaciones de la unidad de educación espacial 020 de Puebla

Computadora laptop con paquete Microsoft Excel

Software paquete de análisis estadístico SPSS Statistic

- **Recursos financieros:**

Se utilizaron los recursos económicos, temporales y laborales con los que cuenta el Médico Residente de Psiquiatría, proveniente de las becas de posgrado para especialidades médicas nacionales, Convenio de Asignación de Beca (CAB).

8) ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Hipótesis estadística: las variables cualitativas se expresaron en números absolutos y porcentajes, las variables cuantitativas se analizaron con medidas de tendencia central (promedio y mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar y rangos intercuartílicos)

Pruebas estadísticas: prueba de normalidad Kolmogorov Smirnov para distribución de datos; obteniendo distribución paramétrica. Se realizó análisis de regresión lineal para determinar la relación entre el resultado en la escala de sobrecarga de Zarit y el sexo de los cuidadores principales

9) BIOÉTICA

Esta investigación se considera de: Riesgo Mínimo de acuerdo al Artículo 11, Capítulo 1, de la Resolución 008430/93) y en cumplimiento con los aspectos mencionados con el Artículo 6 de la presente Resolución, este estudio se desarrollará conforme a los siguientes criterios: La investigación se realizará con autorización: del representante legal de la Institución investigadora y de la Institución donde se realice la investigación y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la Institución.

En acuerdo a la Declaración de Helsinki: La persona debe ser informada de la libre elección de participar o no el estudio y de poder revocar en todo momento su consentimiento a participar, sin que esto conlleve represarías en el apoyo dentro de la unidad de educación especial. El investigador después de informar ampliamente en el contenido del estudio y resolver las dudas deberá obtener consentimiento informado.

10) RESULTADOS

Se incluyeron en total de 60 individuos en el estudio, de los cuales 42 cumplieron los criterios de selección. De los tutores encuestados que tuvieron media de edad de 41,6 años se encontró un predominio del sexo femenino con un total de 40 (95%) mujeres y 2 (5%) hombres; adicionalmente en los usuarios la media de edad fue de 9,3 años, un predominio de 26 (57%) hombres por 18 (43%) mujeres. (Grafico 1)

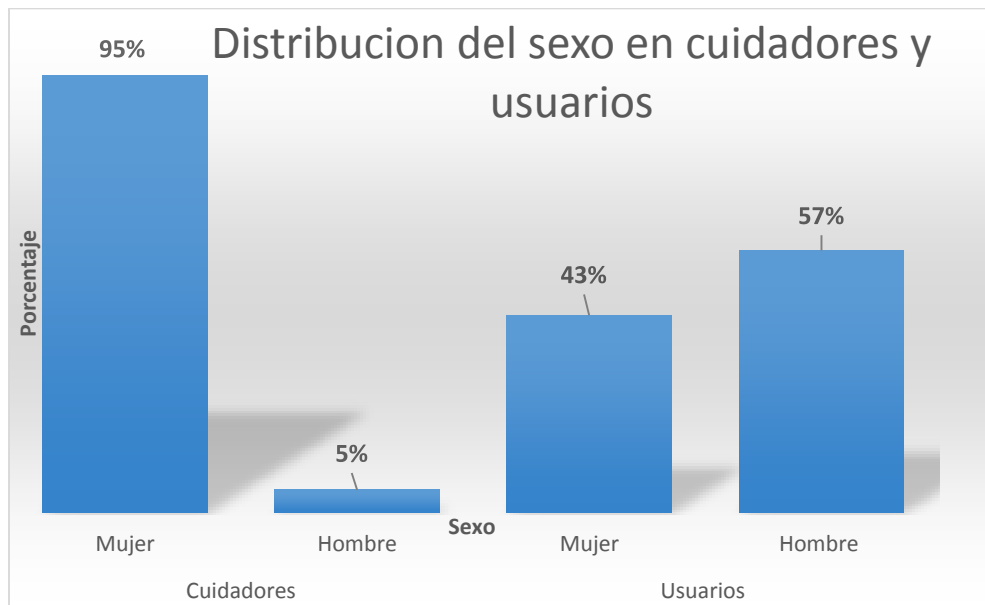


Gráfico 1. Distribución del sexo en cuidadores y usuarios. Se puede observar que en el grupo de cuidadores, el sexo más frecuente fue mujer, en tanto que en los usuarios, fue hombre.

Al comparar el puntaje obtenido en la escala de carga Zarit con el sexo de los participantes, 4 mujeres reportaron puntaje positivo, igual o mayor a 46 punto corte establecido, los otros 38 participantes estuvieron por debajo, con una media de 22,3 puntos mientras ningún hombre dio positivo a sobrecarga ligera. Ningún encuestado presento sobrecarga intensa. (Grafico 2).

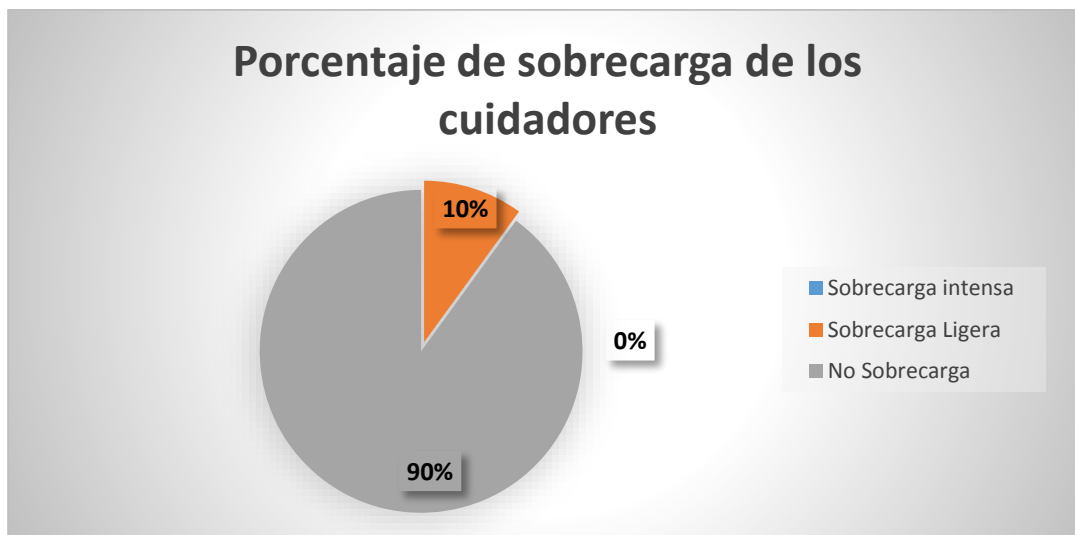


Gráfico 2. Porcentaje de sobrecarga de los cuidadores. Representa que en los cuidadores es nula la sobrecarga intensa, mínima la sobrecarga ligera, en su mayoría no presento sobrecarga.

De acuerdo al grado de educación de los cuidadores primarios la mayoría contaba con licenciatura 18 (43%); 11 (26%) con media superior, 10 (24%) con secundaria, 3 (7%) con primaria, de llamar la atención que no hubo analfabetismo. (Gráfico 3)

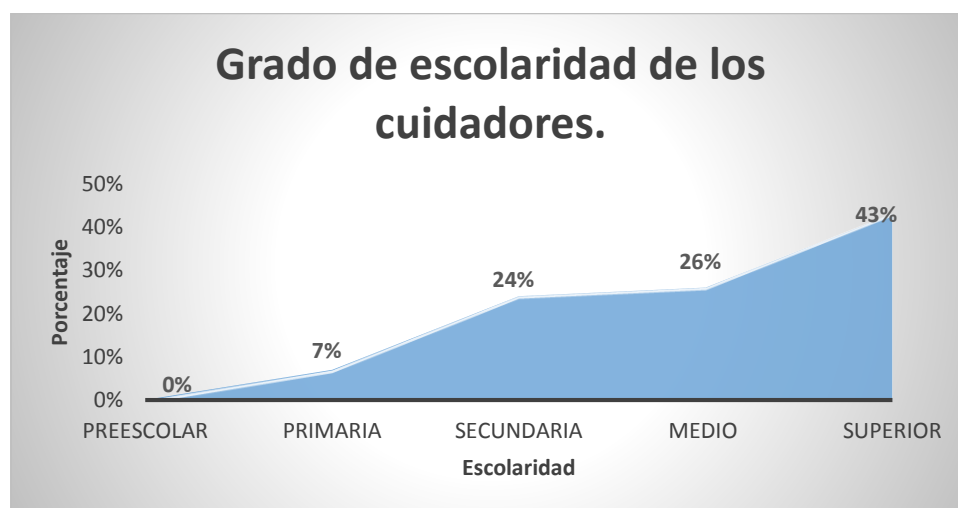


Gráfico 3. Grado de escolaridad de los cuidadores. Se aprecia que los cuidadores presentan como escolaridad mínima primaria, el grupo más grande también es el de mayor de escolaridad.

De acuerdo al parentesco con el usuario se observó que 33 (79%) mamás están a cargo de los cuidados, seguidas por 7 (17%) abuelas, por solo 2 (5%) de los papás. En la conformación de núcleos familiares: bipaternal fue de 25 (60%) y 17 (40%) unipaternal. De los cuidadores 23 (55%) sienten apoyo por su familia, brindado principalmente por las abuelas y pareja, 19 (45%) expresan que el apoyo es insuficiente en la familia. (Gráfico 4)

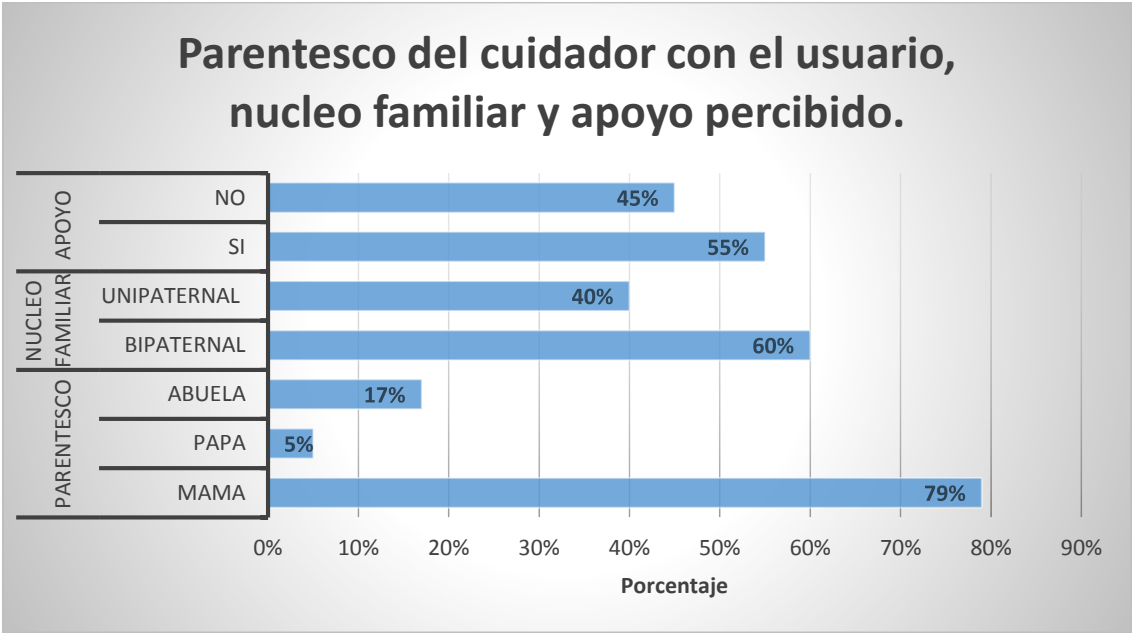


Gráfico 4. Parentesco del cuidador con el usuario, núcleo familiar y apoyo percibido. Permite notar que las madres son las encargadas de los cuidados, por un pequeño margen los cuidadores sienten mayor apoyo por la familia, además de que los núcleos son bipaternales mayormente.

El diagnóstico de los usuarios bajo el cuidado de los participantes fue: Discapacidad intelectual 20(30%), Trastorno de déficit de atención e hiperactividad 12 (12%), 4 (7%) discapacidad auditiva, 4 (7%) Autismo, 2(4%) distrofia muscular, 2 (4%) parálisis cerebral y 8 (15%) trastorno del aprendizaje no especificado. (Gráfico 5)

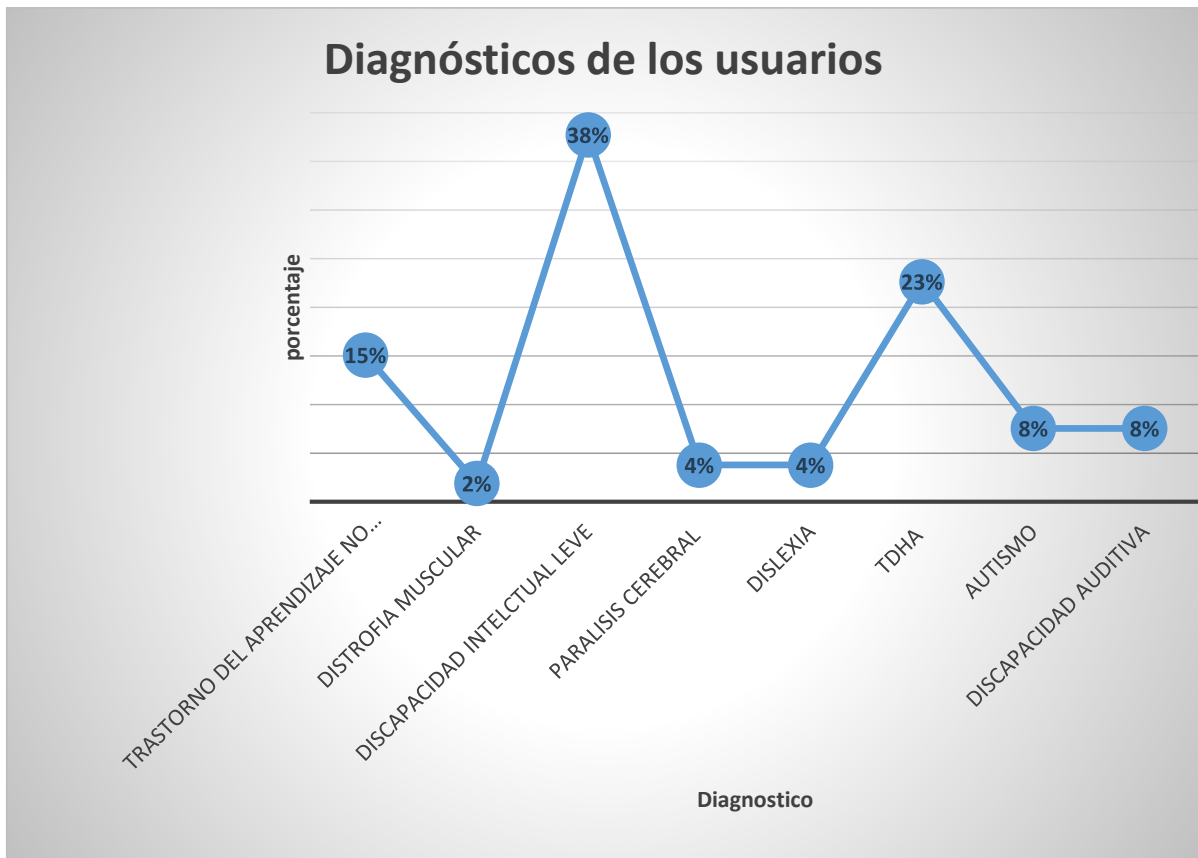


Gráfico 5. Diagnósticos de los usuarios. Se puede apreciar que la discapacidad intelectual leve agrupa al mayor número de usuarios y la distrofia muscular al menor número, los trastornos del aprendizaje forman parte de un grupo intermedio.

11) DISCUSIÓN

La frecuencia de síndrome del cuidador quemado fue baja dentro de la población seleccionada, obteniéndose un porcentaje mínimo en los tutores de niños con trastornos del aprendizaje, un resultado que contrasta con los datos durante la revisión sistemática que es del 45% en México y en un trabajo similar de 97.6%.³⁹ Sin olvidar, que en el caso de nuestra población de estudio, la escala no está particularmente diseñada para su aplicación en tutores de niños.

Aun con los bajos puntajes positivos en la escala Zarit, podemos ver en nuestra población predominio amplio del sexo femenino, con un promedio de edad entre 30 y 40 años, esto es concordante con lo mencionado en el artículo de Ruddy Medina, et al, tanto en el sexo como en la edad de la población seleccionada en ese estudio.

Otros aspectos relevante como nivel de preparación académica, podría indicar que estos cuidadores tienen las habilidades necesarias para manejar las dificultades inherentes al cuidado de un niño con trastornos del aprendizaje, mitigando los efectos negativos del estrés asociado con el cuidado a largo plazo proporciona herramientas cognitivas para comprender mejor las necesidades de los niños. La autonomía de los cuidadores, habilidades de afrontamiento más efectivas debido a la necesidad de enfrentar estas circunstancias de manera independiente, descritos por Torres Álvarez (2020).⁵²

Hay que señalar que la falta de tiempo personal, es el síntoma más reportado, lo que podría estar asociado a una sobrecarga percibida en términos de las múltiples demandas que enfrentan los cuidadores, como el trabajo, la familia y las necesidades del niño. Aunado también al señalamiento constante de falta de apoyo familiar o externo.

12)CONCLUSIONES

En lo observado en este estudio es que a pesar de la exigencia emocional y la carga que implica el cuidado a niños con trastornos del aprendizaje, los tutores parecen contar con factores protectores que les permiten gestionar el estrés y mantener su bienestar, como el apoyo social, el acceso a recursos educativos y terapéuticos, así como estrategias de afrontamiento efectivas. En conjunto con los antecedentes y los resultados obtenidos hay que tomar en cuenta que los tutores que participaron en estudio elegida presentan una resiliencia sobresaliente, pudiendo ser el factor más importante la maternidad y sus implicaciones biológicas.

De los elementos destacados el bajo nivel de sobrecarga reportado por los cuidadores en pocos casos sugiere que, aunque el cuidado de un niño con trastornos del aprendizaje es desafiante, los cuidadores podrían estar manejando eficazmente. Un posible factor protector podría ser el hecho de pertenecer a núcleos familiares biparentales que puede ofrecer un mayor apoyo emocional, es posible que el apoyo mínimo en el hogar, sea suficiente para evitar la sobrecarga del cuidador primario.

Una forma de medir el desarrollo de las sociedades es una buena salud mental, eventos que afectan la vida diaria crónicamente puede ser un grave obstáculo para ello; como el que tiene un padre o tutor que cuida a un hijo o niño que depende de él y que presente una enfermedad que altere su desempeño académico por ende su calidad de vida. En resumen, a pesar de los desafíos inherentes al cuidado de un niño con trastornos del aprendizaje, la población estudiada parece manejar bien las demandas del rol, con una mínima presentación del síndrome de cuidador quemado.

13) FORTALEZAS Y DEBILIDADES

Además, de la importancia de explorar con mayor escrutinio el papel del apoyo familiar, particularmente el de los padres y abuelos del usuario de la unidad de educación especial, para comprender mejor su impacto en la salud emocional de los cuidadores primarios. Aunque en este estudio la contribución de los abuelos fue limitada, es posible que en otros contextos su apoyo sea más significativo. El diseño de esta tipo de unidad de educación es un programa que favorezca la colaboración interdisciplinaria, por lo tanto, es una intervención beneficiosa para prevenir los futuros casos de agotamiento.

Estos hallazgos resaltan, una de las principales tensiones que viven estos tutores: la dificultad para equilibrar su vida personal y profesional con las demandas del cuidado de un niño con trastornos del aprendizaje. A pesar de no presentar síntomas graves de burnout, la falta de tiempo personal, podría ser un indicador de estrés crónico que podría contribuir a la aparición de problemas emocionales y de agotamiento más adelante, resaltando el empleo de un instrumento validado en población mexicana.

Durante el análisis de los resultados se hicieron evidentes variables que fueron omitidas, no por falta de importancia si no por la dificultad del análisis durante el estudio como lo fue, si es que los cuidadores dependen de un tercero para el apoyo económico, si realizan una actividad profesional y si acuden a otros medios externos que complementen las terapias realizadas dentro de las unidades de educación o que resultados esperan del pronóstico de la condición de vida de la persona dependiente.

La muestra se obtuvo de una zona urbana en colonias de economía media a pobre y de escuelas gubernamentales en la ciudad de Puebla, sin poder contar con datos de tomar datos de zonas semi-rurales, rurales, o en colonias de económicos alta o de instituciones privadas.

14)PROPUESTAS

De acuerdo con el impacto que tiene el cuidado de niños y en este caso dadas las características de dependencia mayor de estos niños, es importante considerar que este estudio podría llevarse a cabo en poblaciones mayores iniciando con zonas de educación especial ubicadas en el estado de Puebla, con diferentes contextos como el urbano y el rural, o la distancia con la capital del estado que puede influir en el acceso a los servicios especializados, en etapas posteriores poder aplicarlo en los diversos estados de la república mexicana, con la diversidad culturales y sociales que implica.

El apoyo de los maestros dentro de las escuelas, es un factor de protección que ayuda a los cuidadores y niños con alteraciones en el aprendizaje, si además de cumplir con las tareas docentes, ayuda a la integración social dentro de las actividades institucionales, prestando su atención en erradicar el acoso escolar: buscando evitar crear un ambiente de sobreprotección, ayudando en la modificación y creación de nuevos programas, que busquen autosuficiencia económica de acuerdo a su capacidad individual del niño dependiente, lo cual aligera la carga física y emocional en los cuidadores.

Además de buscar la validación de una versión de la escala Zarit u otro test enfocada a este tipo de cuidadores en particular, que permita valorar con mayor fiabilidad. En este sentido, se sugiere que se desarrollen programas de apoyo que complementen los existentes para ayudar a los cuidadores a gestionar mejor su tiempo, promoviendo estrategias que permitan un balance más saludable entre las demandas del cuidado y las necesidades personales o laborales ya que el síntoma presente en la mayoría era la falta de tiempo.

15) BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. Disponible en OMS.
2. Sandra Martínez Pizarro, Síndrome del cuidador quemado. Rev Clin Med Fam [online]. 2020, vol.13, n.1, pp.97-100. Â EpubÂ 20-Abr-2020. ISSN 2386-8201
3. Flores Fiallos, S. L. (2023). Factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares y amigos de pacientes esquizofrénicos. LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades 4(2), 4599–4608. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.922>
4. Freudenberg, H. J. (1974). Staff burn-out. Journal of Social Issues, 30(1), 159–165.
5. Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behavior, 2(2), 99-113.
6. Schulz, R., & Martire, L. M. (2004). Family caregiving of persons with dementia: Prevalence, health effects, and support strategies. American Journal of Geriatric Psychiatry, 12(3), 240-249.
7. National Alliance for Caregiving & AARP (2020). Caregiving in the U.S. 2020.
8. Ramírez-Lara, A., & Vázquez, D. C. (2020). Burnout en cuidadores familiares en México: Un estudio en población de cuidadores de personas con enfermedades crónicas. Revista de Salud Pública, 22(4), 231-239.
9. Maslach, C. y Jackson, SE (1981). Maslach Burnout Inventory (MBI). Consulting Psychologists Press <https://www.mindgarden.com/>
10. Merino Rondan, M. R. (2018). Propiedades psicométricas del Inventario de Burnout de Maslach en teleoperadores de ventas de dos empresas de contact center, Lima Cercado, 2018. Repositorio Institucional Universidad César Vallejo. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/25615>

11. Montiel-Carbajal, Martha, Ortiz-Viveros, Godeleva Rosa, Ortega-Herrera, María Erika, Reyes-López, Ulises, Sotomayor-Peterson, Marcela, & Durón-Ramos, María Fernanda. (2015). Análisis de propiedades psicométricas del inventario de sintomatología del estrés, inventario de burnout de Maslach, escala de carga percibida de Zarit y escala general de salud aplicados en una muestra de mujeres amas de casa mexicanas. *Journal of behavior, health & social issues (México)*, 7(1), 25-39. Epub 21 de enero de 2021. <https://doi.org/10.22201/fesi.20070780.2015.7.1.50185>
12. Domínguez-Vergara, J., Santa-Cruz-Espinoza, H., & Chávez-Ventura, G. (2023). Zarit Caregiver Burden Interview: Psychometric Properties in Family Caregivers of People with Intellectual Disabilities. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 13(2), 391-402. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ejihpe13020029MDPI>
13. Turró, C., Soler, J., & Garre, M. (2016). Análisis psicométrico de la Escala de Carga Zarit en cuidadores informales en México. *Integración Académica en Psicología*, 4(11), 95-97. Disponible en: *Integración Académica en Psicología*
14. Zarit, SH, Reever, KE y Bach-Peterson, J. (1980). Discapacidades y experiencia de cuidado: la entrevista de carga de Zarit. *Revistas de Gerontología*, 35 (5) , 271-275 . <https://doi.org/10.1093/geronj/35.5>
15. Rueda Díaz, L. J., Ramos Garzón, J. X., & Márquez Herrera, M. (2017). Análisis de Rasch de la escala Burden Interview de Zarit aplicada a cuidadores familiares en Bucaramanga, Colombia. *Archivos de Medicina (Col)*, 17(1), 17-26. Universidad de Manizales.
16. Gómez-Álvarez, L., & Márquez-González, M. (2011). Escala de Burnout para cuidadores (CBI). Adaptación y validación para cuidadores familiares. *Revista Anales de Psicología* , 27(1), 123-13 <https://doi.org/10.6018/analesps.27.1.67661>
17. 13 Andreadou, E., & Pantzartzis, K. (2017). Validation of the Caregiver Burden Inventory (CBI) in Greek caregivers of patients with dementia. *Psychology and Health Journal*, 32(5), 103-112. Recuperado de Semantic Scholar.

18. Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). Una medida global del estrés percibido. *Revista de Salud y Comportamiento Social*, 24 (4), 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
19. Gallego, Y., Gil, S., & Sepúlveda, M. (2018). Revisión teórica de eustrés y distres como reacción hacia factores psicosociales y estrategias de afrontamiento. Universidad CES, Medellín. Recuperado de <https://repositorio.ces.edu.co>
20. Delgado, JA, & García, M. (2013). Escala de Carga del Cuidador (CPC): Un instrumento para medir la carga emocional, física y social de los cuidadores. *Revista Internacional de Psicología y Ciencias del Comportamiento*, 9 (2) <https://doi.org/10/revpsychciocom.9.2.11> Asociación
21. Estadounidense de Psiquiatría (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (quinta edición). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
22. Carrasco-Chaparro, X. (2022). Sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: consolidaciones, actualizaciones y perspectivas. *Revista Médica Clínica Las Condes*.
23. Kirk, SA (1962). Educar a niños excepcionales. *Journal of Learning Disabilities*, 6(3), 1-6.
24. Asociación de Trastornos del Aprendizaje de Canadá (LDAO). (2015). Documento de posición sobre la definición de trastornos del aprendizaje y el DSM-5.
25. Lara-Cruz, A., Ángeles-Llerenas, A., Katz-Guss, G., Astudillo-García, C. I., Rangel-Eudave, N. G., Rivero-Rangel, G. M. & Lazcano-Ponce, E. (2020). Conocimiento sobre trastornos del neurodesarrollo asociado con la aceptación del modelo de educación inclusiva en docentes de educación básica. *Salud pública de México*, 62(5), 569-581. medigraphic.com
26. Medina, N., Gasca, I., Hurtado, A., Zúñiga, K., & Martínez, A. (2021). Prevalencia de lateralidad y lenguaje receptivo en niños de 5 y 6 años del municipio de Corregidora Querétaro, México. *European Scientific Journal ESJ*, 17, 14. academia.edu

27. Chávez-Valdez, S. M., Esparza-del Villar, O. A., Alvarado, P. M., & Vega, M. G. (2021). Validación de la Escala de Cyberbullying y prevalencia en juventudes mexicanas nortteñas. *Enseñanza e Investigación en Psicología Nueva Época*, 3(2), 262-282. revistacneipne.org
28. Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. (2021). Informe mundial sobre discapacidad. Recuperado de [who.int]([https //www.quien](https://www.quien)
29. Secretaría de Salud. (2024). Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2022. Recuperado de [gob .mx](http://gob.mx)
30. Instituto Nacional de Salud Pública. (2023). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2022. México: Instituto Nacional de Sal[https ://ensa.mx](https://ensa.mx)
31. Hernández Méndez, A (2018). Trastorno de aprendizaje de la lectura: Dislexia oai:publicacionesdidacticas.com: Código PD: 100022
32. Paracchini, S., Scerri, T., y Monaco, AP (2007). El léxico genético de la dislexia. *Revista anual de genómica y genética humana*, 8, 57-79.
33. Chang, SH y Yu, NY (2017). Análisis del movimiento de escritura a mano comparando a alumnos de primer y segundo grado con características normales, en riesgo y disgráficas. *Research in Developmental Disabilities*, 67, 33-42. <https://doi.org/10.1016/j.1016.1016> ./10.1016 /j .ridd .2017.05.007
34. Plomin, R., y Kovas, Y. (2005). Genes generalistas y discapacidades del aprendizaje. *Psychological*, 131(4), 592-617. <https://doi.org> ./10.1037 /0033 -2909.131.4.592
35. Price, GR, Holloway, I., Räsänen, P., Vesterinen, M. y Ansari, D. (2007). Procesamiento de magnitud parietal deteriorado en la discalculia del desarrollo. *Biología actual* , 1<https://doi.org/10.1016/j.cub.2007.1>
36. Rubinsten, O. y Henik, A. (2009). Discalculia del desarrollo: la heterogeneidad podría no significar mecanismos diferentes. *Trends in Cognitive Sciences*, 13(2), 92-99. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2008.11.002>

37. Normal or not: When to get help. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/Normality-022.aspx. Accessed Jan. 22, 2020.
38. What are childhood mental disorders? Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/basics.html>. Accessed Jan. 28, 2020.
39. López, A. & Pérez, M. (2020). Prevalencia de burnout en cuidadores de niños con discapacidad en Arequipa, Perú. Revista Redalyc. Recuperado
40. Rodríguez, L., & Gómez, P. (2021). Ansiedad y estrés en cuidadores de pacientes pediátricos con enfermedades crónicas. Revista CISA. Recuperado de <https://revistas.intec.edu.do/index.php/cisa/article/view/2711/3566>.
41. Martínez Pizarro, Sandra. (2020). Síndrome del cuidador quemado. Revista Clínica de Medicina de Familia, 13(1), 97-100. Epub 20 de abril de 2020. Recuperado en 15 de noviembre de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699695X2020000100013&lng=es&tlng=es.
42. López Gil MJ, Orueta Sánchez R, Gómez-Caro S, Sánchez Oropesa A, Carmona de la Morena J, Alonso Moreno FJ. El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. Rev Clin Med Fam. 2009; 2 (7): 332-9.
43. Saborío Morales, Lachiner, & Hidalgo Murillo, Luis Fernando. (2015). Síndrome de Burnout. Medicina Legal de Costa Rica, 32 (1), 119-124. Recuperado el 15 de noviembre de 2024. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140900152015000100014&lng=en&tlng=es.
44. Ruddy Melina, Angulo-Preciado Descripción y análisis de los trastornos psiquiátricos infantiles de causa neurobiológica Description and analysis of childhood psychiatric disorders of neurobiological cause Descrição e análise

- de trastornos psiquiátricos infantiles de causa neurobiológica Dom. Cien., ISSN: 2477-8818 Vol 7, núm. 6, Octubre-Diciembre 2021, pp. 1295-1318
45. Cousino, MK y Hazen, RA (2013). Estrés parental entre cuidadores de niños con enfermedades crónicas: una revisión sistemática. *Journal of Pediatric Psychology* , 38(8), 809-828 <https://doi.org/10.1101/10.1013/jpepsy/jst049>
 46. Luther, EH, Canham, DL y Young Cureton, V. (2005). Afrontamiento y apoyo social para padres de niños con autismo. *Journal of School Nursing* , 21(1), 40-47. <https://doi.org/10.1177/10598405050210010901>
 47. Schulz, R., y Sherwood, PR (2008). Efectos del cuidado familiar en la salud física y mental. *The American Journal of Nursing*, 108(9 Suppl), 23-27. <https://doi.org/10/01.NAJ.0000336406.45248.4c>
 48. Selye, H. (1976). *Estrés en la salud y la enfermedad*. Butterworth-Heinemann.
 49. Gaceta UNAM. (2021). Depresión y ansiedad, los dos principales trastornos de salud mental en México. Recuperado de <https://www.gaceta.unam.mx/depresion-y-ansiedad-los-dos-principales-trastornos-de-salud-mental-en-mexico/>
 50. González-Guerrero, J. F., & Sánchez-González, J. M. (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(1), 20-25. Recuperado de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S166570632015000100004&script=sci_arttext
 51. Pålman, Gillberg, Himmelmann (2020) Autism and attention-deficit/hyperactivity disorder in children with cerebral palsy: high prevalence rates in a population-based *Developmental Medicine & Child Neurologystudy* <https://doi.org/10.1111/dmcn.14736>
 52. Torres Álvarez, F. J., & López López, J. A. (2020). Estrés, afrontamiento y sobrecarga en cuidadores de personas mayores dependientes. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 55(3), 170-178.
DOI: 10.1016/j.regg.2020.01.005

16)ANEXOS

a) Escala de Zarit

	Preguntas	Respuestas				
		0	1	2	3	4
1	¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para ud.?					
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8	¿Piensa que su familiar depende de Vd.?					
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?					
12	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?					
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?					
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su					
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?					
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22	Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					

b) CUESTIONARIO

1. ¿Edad del usuario de la USAER?
2. ¿Sexo del usuario de la USAER?
a) Masculino b) Femenino c) Prefiero no especificar
3. ¿Edad del cuidador principal?
4. ¿Sexo del cuidador principal?
a) Masculino b) Femenino c) Prefiero no especificar
5. ¿Cuál es su parentesco con el estudiante de USAER?
a) mamá b) papá c) otro _____
6. ¿Cómo está conformada la familia del estudiante de USAER?
Padres:
Hermanos:
7. ¿Grado de estudios del cuidador principal?
8. ¿Recibe apoyo de alguien más en los cuidados?
a) no b) si en caso de que si quien le ayuda _____
9. ¿Conoce usted el diagnóstico que tiene el niño(a) bajo su cuidado?
a) no b) si en caso de que si cual es _____
10. ¿Está de acuerdo con el diagnóstico?
a) si b) no
11. ¿Tiene tratamiento farmacológico?
a) si b) no

c)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio: FRECUENCIA DE SÍNDROME DEL CUIDADOR QUEMADO EN TUTORES DE NIÑOS CON ALGÚN TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE EN UNA UNIDAD EDUCACIÓN ESPECIAL

El que suscribe y se presenta ante usted, Investigador principal: Roberto Matamoros Becerra Residente de Psiquiatría, esto con el propósito de solicitar su participación en este estudio para identificar la afectación de tutores de niños con trastornos del aprendizaje, por el síndrome del cuidador quemado. Si decides participar, se le pedirá que, acuda a una entrevista individual donde se aplicara un cuestionario de datos generales y la escala Zarit de valoración de síntomas de estrés en el cuidador de una persona dependiente, se le explicara como completarlas y el resultado obtenido. Esto tomará aproximada de 30 minutos.

Su información personal será confidencial. Los datos recopilados se identificarán mediante códigos en lugar de su nombre, y solo el equipo de investigación tendrá acceso a ellos. Los resultados se presentarán de manera que no permitan la identificación individual.

Los riesgos en la participación en este estudio son mínimos, como incomodidad emocional o pérdida de tiempo. Si en algún momento te sientes incómodo/a, puedes abandonar el estudio sin penalización alguna. Los beneficios aunque no directos, nos permitirán identificar la problemática para realizar estrategias que puedan ayudar a solucionarla

Tu participación en este estudio es completamente voluntaria. Puedes decidir no participar o retirarte en cualquier momento, sin ninguna consecuencia negativa para ti.

Si tienes preguntas sobre este estudio o tu participación, puedes contactar a Roberto Matamoros Becerra, al correo electrónico rmasbea@gmail.com.

Declaración de consentimiento:

He leído y comprendido la información proporcionada anteriormente. Todas mis preguntas han sido respondidas. Al firmar este documento, acepto participar en este estudio de manera voluntaria.

Nombre completo del participante: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre completo del investigador: _____

Firma: _____ Fecha: _____

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ETAPAS DE AVANCES DEL PROTOCOLO DE TESIS:	Marzo 2024	Abril 2024	Mayo 2024	Junio 2024	Julio 2024	agosto 2024	Septiembre 2024	Octubre 2024	Noviembre 2024	Diciembre 2024
Antecedentes Generales y Específicos										
Justificación y factibilidad										
Planteamiento del problema y la pregunta de la investigación										
Objetivos General y Específicos										
Hipótesis General y/o Estadísticas										
Metodología: Ubicación del estudio Diseño										

