



BUAP

Facultad de Medicina

Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 6

“Sobrecarga del cuidador primario y dependencia del adulto mayor
con enfermedad renal crónica”

No. de Registro SIRELCIS: R-2018-2104-022

Tesis para obtener el Diploma de
Especialidades en Medicina Familiar

Presenta:

Dra. Liliana Portillo García

Director:

Dr. Juvencio Reyes Bello

Asesor:

Dr. Arturo García Galicia



H. Puebla de Zaragoza Febrero 2020

Contenido

1.- RESUMEN	2
2.- INTRODUCCIÓN	4
3.- ANTECEDENTES GENERALES	5
4.- ANTECEDENTES ESPECÍFICOS	14
5.- JUSTIFICACIÓN	19
6.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
7.- HIPÓTESIS	22
8.- OBJETIVOS	23
8.1.- OBJETIVOS GENERALES	23
8.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
9.- MATERIAL Y MÉTODOS	24
9.1.- DISEÑO DEL ESTUDIO	24
9.2.- UBICACIÓN ESPACIO-TIEMPO	24
9.3.- MUESTREO	24
9.4.- CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA UNIDADES DE MUESTREO	24
9.4.1.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN	24
9.4.2.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	25
9.4.3.-CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	25
9.5.- DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO	25
9.6.- TAMAÑO DE LA MUESTRA	25
9.7.- DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN	26
9.7.1.- DEFINICIÓN OPERACIONAL	26
9.8.- CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	29
9.9.- MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	30
9.10.- ANÁLISIS DE DATOS	31
10.- BIOÉTICA	32
11.- RESULTADOS	33
12.- DISCUSIÓN	43
13.- CONCLUSIONES	47
14.- PROPUESTAS	49
15. - ANEXOS	50
15.- BIBLIOGRAFÍA	57

SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO Y DEPENDENCIA DEL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Dra. Portillo García Liliana¹ Dr. Reyes Bello Juvencio² Dr. García Galicia Arturo³
1 Residente de Medicina familiar, 2 Médico de Urgencias Médico Quirúrgicas UMF
No.6, 3 Médico pediatra en HTO.

1.- RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

A nivel mundial cerca del 10% de la población padece enfermedad renal crónica. En México 129 mil pacientes presentan ERC terminal, por si misma es la ERC es una patología que favorece discapacidad, pero en ancianos puede aumentar la dependencia y la necesidad de requerir un cuidador, el cual podría presentar algún grado de sobrecarga al asumir el papel de cuidador principal.

OBJETIVO:

Determinar la relación entre la sobrecarga del cuidador primario y la dependencia del adulto mayor con enfermedad renal crónica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Es un estudio observacional, descriptivo analítico, transversal, correlacional, en donde la población de estudio fueron pacientes que acudieron a la consulta de medicina familiar de la UMF No.6 que tuvieron una edad igual o mayor a 60 años, con diagnóstico de enfermedad renal crónica, los cuales acudieron acompañados de su cuidador primario, entre las fechas del 01 de abril de 2018 al 01 de agosto de 2018. Tomando como referencia una población total de pacientes adultos mayores de la UMF 06 de 17958 se obtuvo un tamaño de muestra de 242 pacientes, a los cuales se les aplicó la escala de Barthel que mide la dependencia del paciente. También se les aplicó a los cuidadores primarios el

Test de Zarit también llamado, escala de sobrecarga del cuidador primario. Para la asociación de nuestras variables de relevancia, sobrecarga del cuidador primario y dependencia del paciente, se aplicó correlación lineal de Spearman; Los datos de se procesaron a través SPSS 25 programa estadístico.

RESULTADOS:

Del total de la muestra el 53 % (n=129) fueron hombres, edad promedio de 71.7 años, con desviación estándar 8.83, la escolaridad que predominó en los pacientes fue primaria completa con 36% (n=87), tuvieron ocupación obrero 36.8 % (n=89), estado civil, casados con 74.5 % (n=180), de acuerdo al instrumento Graffar el nivel socioeconómico que más predominó fue obrero con 54.6 % (n=132). En los cuidadores primarios el 82 % (n= 198) fueron mujeres, el promedio de edad fue 46.7 años, desviación estándar de 13.55, el grado de escolaridad preparatoria completa predominó con 26% (n=63), respecto a la ocupación fueron amas de casa el 46.3% (n= 112), casados 48.3% (n=117), en el nivel socioeconómico se encontró medio bajo en 69% (n=167). Mediante la escala de Barthel se encontró que el 47.5% (n=115) de los pacientes fueron independientes. En cuando a la escala de Zarit se encontró sobrecarga severa del cuidador en el 24.4%(n=59). Al realizar correlación de lineal de Spearman entre dependencia y sobrecarga encontramos una correlación positiva fuerte, con ρ de 0.789 y una $p < 0.01$.

CONCLUSIONES:

Se encontró relación estadísticamente significativa entre la dependencia del enfermo y la sobrecarga del cuidador primario, a mayor dependencia, mayor sobrecarga.

2.- INTRODUCCIÓN

A nivel mundial la ERC afecta a cerca del 10% de la población. En México las principales causas de enfermedad renal crónica son diabetes Mellitus tipo 2, seguida de Hipertensión arterial, entre otras causas en México aproximadamente 129 mil pacientes presentan ERC terminal.

Aunado a las enfermedades crónicas, el envejecimiento también condiciona ERC, debido a que con el paso de los años existe un aumento de esclerosis glomerular y disminución de la masa renal, presentándose ERC hasta 40 % en mayores de 80 años. En los ancianos por si misma la ERC genera discapacidad.

La discapacidad es la pérdida de capacidad física o intelectual, que podría afectar la independencia de las personas para realizar sus actividades de la vida diaria y requerir asistencia o ayuda de un cuidador

La demanda de tiempo del cuidador depende de que tan dependiente o independiente es el paciente y de las características de su enfermedad y como afecta la vida del paciente.

La actividad de cuidar a un paciente es una tarea demandante, aun mas, si se trata de pacientes ancianos, asumir el papel de cuidador principal puede exponer a las personas, de cualquier edad, a la posibilidad de sentir algún tipo de sobrecarga.

Existen diferentes variables que influyen en la carga del cuidador, relacionadas con el enfermo como son: la edad del enfermo, el tipo de enfermedad, la severidad de la enfermedad, la discapacidad que la enfermedad provoca, la pérdida de autonomía. Las variables relacionadas con el cuidador son la edad, el sexo, las redes de apoyo, el tiempo de cuidado y las derivadas de la relación afectiva cuidador-enfermo, entre otras.

3.- ANTECEDENTES GENERALES

La enfermedad renal crónica afecta a cerca del 10% de la población mundial. La ERC es la complicación final común de múltiples etiologías con factores de riesgo comunes en otras enfermedades crónicas, suele ser progresiva y no presenta síntomas hasta etapas avanzadas, hasta llegar a requerir tratamientos como diálisis, hemodiálisis o trasplante de riñón, los cuales son altamente invasivos y costosas (1).

La nefropatía diabética actualmente se clasifica como la primera causa de enfermedad renal en etapa terminal, que representa aproximadamente el 50% de los casos desarrollados en el mundo. Hasta el 50% de las personas con diabetes, generalmente desarrollan algún grado de daño renal durante su vida. El deterioro progresivo de la función renal se asocia con un mayor riesgo de eventos cardiovasculares y hospitalizaciones, especialmente en pacientes con enfermedad renal terminal, que necesitan terapia sustitutiva renal crónica por diálisis o trasplante renal (2).

En México las principales causa de enfermedad renal crónica son la diabetes Mellitus tipo 2, y la Hipertensión arterial. De acuerdo a la ENSANUT 2016, el 9.4 % de la población tiene diagnóstico previo de diabetes Mellitus tipo 2, y la prevalencia de la hipertensión arterial es del 25.5 % (3). El mejor de control de los pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensión arterial ha generado una disminución en la mortalidad de los pacientes lo que permite la evolución de diferentes complicaciones, como la ERC. En México se estima que aproximadamente 129 mil pacientes presentan ERC terminal (4).

En el año 2002 la National Kidney Foundation norteamericana publicó las guías K/DOQI (Kidney Disease Outcome Quality Initiative), en las que se estableció la definición de ERC, su clasificación en grados y los métodos de evaluación, los cuales son la estimación de la función renal mediante el cálculo del filtrado glomerular basadas en la determinación de la creatinina sérica y la albuminuria mediante la determinación del cociente albúmina/creatinina en una

muestra aislada de orina. Posteriormente en el año 2005 se publicó la primera guía KDIGO sobre la definición y clasificación de la ERC, que ratificó el enfoque de las guías K/DOQI (5).

La Kidney Disease Improved Global Outcomes (KDIGO) clasifica a la ERC en 5 diferentes estadios de acuerdo con la tasa de filtración glomerular y la albuminuria y la define como una disminución de la tasa de filtrado glomerular por debajo de 60 ml/min acompañada de anormalidades estructurales o funcionales presentes por más de tres meses, con implicaciones para la salud (4).

La severidad de la disfunción renal; se determina a través de TFG y puede medirse de forma directa por medio de un metabolito endógeno eliminado en la orina como la creatinina o estimándola de manera indirecta través de fórmulas. En el año 1976 se publicó la fórmula de Cockcroft-Gault, para calcular la función renal, en 1999 se publica la fórmula MDRD, en el 2009 se propone la CKD-EPI, y en el 2012, la fórmula CKD-EPI con cistatina C se valida como un procedimiento muy exacto para medir la función renal (6).

La fórmula CKD-EPI ha mostrado ser una de las más precisa, y a pesar de que existe otros marcadores puntuales como la cistatina C sérica, con una mayor precisión en la medición de la TFG, no ha logrado desplazar otras fórmulas como Cockcroft-Gault que mantiene su vigencia porque incluye el peso como variable dentro de los parámetros medibles y es útil en pacientes adultos mayores con bajo índice de masa corporal, desnutridos, obesos o embarazadas (6).

La ERC se clasificará según las categorías de FG y albuminuria y de acuerdo a la etiología. La causa de la ERC se establecerá de acuerdo a la presencia o ausencia de una enfermedad sistémica con potencial afectación renal o mediante las alteraciones anatomopatológicas observadas o presuntas. En el siguiente cuadro se exponen los grados de FG (G1 a G5) y de albuminuria (A1 a A3) (5).

Clasificación en grados de la Enfermedad Renal Crónica

La clasificación de la ERC se basa en la causa ^a y en las categorías del FG y de la albuminuria		
Categorías del FG ^b		
G1	>90	Normal o elevado
G2	60-89	Ligeramente disminuido
G3a	45-59	Ligero a moderadamente disminuido
G3b	30-44	Moderado a gravemente disminuido
G4	15-29	Gravemente disminuido
G5	<15	Fallo Renal
Categorías de la albumina		
Categoría	Cociente A/C ^c	descripción
A1	<30	Normal o ligeramente elevada
A2	30-300	Muy elevada
A3	>300	Muy elevada ^d
<p>Grado de recomendación: aunque la división en tramos del FG y de la albuminuria es una recomendación sin grado, la recomendación de clasificar la ERC en grados de FG y albuminuria se considera de nivel 1B.</p> <p>A/C: albúmina/creatinina; ERC: enfermedad renal crónica; FG: filtrado glomerular.</p> <p>a. La causa se establecerá según la presencia o ausencia de una enfermedad sistémica o según un diagnóstico anatomopatológico observado o presunto.</p> <p>b. FG, filtrado glomerular, en ml/min/1,73 m²</p> <p>c. La albuminuria en la tabla se expresa como cociente albúmina/creatinina en mg/g en muestra aislada de orina como determinación más recomendada; las equivalencias en mg/mmol son A1 < 3, A2 3-30 y A3 > 30, y en albuminuria en orina de 24 horas son A1 < 30, A2 30-300 y A3 > 300 mg/24 horas.</p> <p>d. Esta categoría incluye el síndrome nefrótico en el que la albuminuria suele ser > 2200 mg/g (> 220 mg/mmol o > 2200 mg/24 horas)</p>		

De acuerdo a los datos de ENSANUT los pacientes con diagnóstico previo de Diabetes Mellitus tipo 2 presentan una edad entre 60 y 79 años y el 46.4% expreso que no realiza preventivas y de autocuidado para retrasar las complicaciones de su enfermedad (3).

Existe un aumento de la ERC relacionado con el envejecimiento y con factores de riesgo como son: enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y obesidad, así como el diagnóstico a edad temprana de dichas enfermedades, presentándose en pacientes de 64 años en 22 % y hasta 40% en pacientes mayores de 80 años.

La OMS define como adulto mayor a toda persona mayor de 60 años. Sin embargo es importante definir envejecimiento como un proceso de cambios que se producen en el ser humano desde el nacimiento y con el paso del tiempo conducen a un deterioro funcional y posteriormente a la muerte. Los cambios son bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales (8). Es un proceso heterogéneo, intrínseco e irreversible (9).

El envejecimiento además de estar influido por el paso del tiempo también se ve afectado por factores ambientales, factores sociales, los genes, y las enfermedades padecidas (10).

Se estima de acuerdo a la CONAPO que para el año 2030 la esperanza de vida aumente, siendo de 75 .0 años, para los hombres y de 79.5 para las mujeres con una espera de vida total 77.2 años (11). En México se observará un mayor envejecimiento de la población, y se calcula que para el 2030 existan 16 millones de adultos mayores, de los cuales la mayoría no tendrán las condiciones sociales y económicas adecuadas afectando su salud y su calidad de vida (12).

A partir de los 60 años existe un descenso de la masa muscular propia del envejecimiento, esto genera una disminución de excreción urinaria de creatinina. La función del riñón declina de 0,7-1 ml/min/1,73m² por año a partir de la cuarta década de la vida, presentando también un descenso natural anual del 10% en la masa renal. Esta disminución se asocia con adelgazamiento de la cortical y

disminución del número de nefronas funcionantes, también se presentan cambios histológicos como glomeruloesclerosis, arterioesclerosis, atrofia tubular y fibrosis intersticial. Actualmente no existe un consenso sobre cuál es el mejor método para estimar la filtración glomerular en ancianos (13).

En los pacientes ancianos con enfermedad renal crónica es común que presenten varios síndromes geriátricos, entre el más común se encuentra el síndrome de fragilidad, que se caracteriza por problemas de movilidad independiente, equilibrio debilidad, que se asocia a mayor vulnerabilidad, por lo que necesitara de un cuidador que este pendiente del anciano. La fragilidad aumenta con la edad cronológica, y con el estadio de enfermedad renal, relacionado con las condiciones de la enfermedad: pérdida de energía y proteínas, anemia, inflamación, acidosis y trastornos hormonales. La prevalencia de fragilidad en el anciano con ERC es del 14%, sin requerir diálisis, y del 40-70% en pacientes que requieren terapia dialítica, con un aumento de 2.5 veces de riesgo de mortalidad (13).

La enfermedad renal crónica expone al paciente a alteraciones bioquímicas e inflamatorias que afectan diferentes sistemas de manera nociva. En los ancianos la enfermedad renal crónica es una patología que favorece el desarrollo de discapacidad por sí misma dado el aumento, de alteraciones nutricionales, osteoarticulares, hematológicas, mentales, entre otras derivadas de la enfermedad(14).

La funcionalidad del adulto mayor alude a la independencia, a las facultades para realizar las actividades de la vida diaria y las demandas del ambiente. Su evaluación permite conocer el grado de independencia y autonomía. Con la pérdida de las habilidades funcionales normales de una persona, sus tareas y sus roles se ven afectados y aparece así el término «discapacidad» (15).

La discapacidad se define como la pérdida de la capacidad física o intelectual, de una persona, y que requieren asistencia o ayuda para realizar las actividades de la vida diaria, como son vestirse, bañarse, utilizar los servicios y la

autonomía para consumir alimentos. Tal situación condiciona sentimientos de frustración, inutilidad y tristeza por la necesidad de depender de otros para realizar dichas actividades(15).

Inicialmente la escala de Barthel fue utilizado para evaluar apacientes con enfermedades neuromusculares en 1995, diseñado por Mahoney y Barthel en un hospital de pacientes crónicos en Mayland, también conocido como índice de discapacidad de Mayland. Esta constituido de diez ítems que incluyen las actividades fundamentales de la vida diaria (AVD): las cuales son comer, aseo personal, vestirse, arreglarse, deposición, micción, uso de retrete, traslados, deambulación y subir escaleras. Se asigna una puntuacion de 0, 5, 10 o 15 puntos y la valoración total va desde los 0 (dependencia severa total) a 100 puntos (independencia) (16).

La fiabilidad de la escala de Barthel fue realizado por Lowen y Anderson en 1988. Obtuvieron una fiabilidad interobservador, con índices de Kappa entre 0.84 y 0.97. En cuanto a la evaluación de la consistencia interna, en la versión original del instrumento se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.86-0.92 (17).

La escala de Barthel en su versión original está escrita en inglés sin embargo no requiere una adaptación lingüística. Sólo es necesario realizar una traducción simple de las actividades y categorías de puntuación.¹⁷ La forma de puntuar la escala de Barthel en su versión traducida al español realizada por Baztán et al en 1993.¹ Es agrupar en categorías de dependencia: 1) Dependencia tota (< 20); 2) Dependencia grave(20-39); 3) Dependencia moderada 40-59), 4) Dependencia leve (60-79), 5) Independiente (80-100) (18).

Inicialmente la escala de Barthel se aplicaba a través de la observación del paciente, pero actualmente se obtiene la información de forma directa del sujeto o de su cuidador principal (19).

Los adultos mayores son más propensos a experimentar discapacidad relacionada con las condiciones físicas y de salud a largo plazo y problemas de memoria que en conjunto aumentan la carga del cuidador (20).

Los cambios producidos en la vida del paciente debido a su edad y enfermedades, requiere de una reestructuración de los roles familiares ya que las tareas de cuidado se complejizan y demandan de más tiempo de dedicación, principalmente por parte de la persona que se encargada directamente del cuidado del enfermo(21).

La persona encargada de ayudar al paciente en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria, durante la mayor parte del día, sin retribución económica, se define como cuidador informal (22).

En 1999 la Organización Mundial de la Salud, definió al cuidador primario como: “La persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo”. Este individuo está dispuesto a tomar las decisiones importantes y cubre las necesidades básicas del enfermo (23).

El cuidado informal puede definirse como “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” (23).

De acuerdo a la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, el perfil del cuidador es una persona que asume la mayor parte o toda la responsabilidad del cuidado, son mujeres, como esposas, hijas o nueras, con una edad de 45 a 65 años de edad, que son influenciadas por la educación, la sociedad, o la religión, y tengan más capacidad de abnegación, sufrimiento y sean voluntariosas. A pesar de que existe un predominio de mujeres que se encargan del cuidado, se ve un cambio progresivo de la situación y los hombres están participando cada vez más(22).

En muchos casos, los cuidadores de un adulto mayor son personas que el anciano conoce íntimamente; es decir, un miembro de la familia, un amigo o un vecino, según la Alianza Nacional para el Cuidado (24).

Tomar la responsabilidad de cuidar a una persona enferma implica, tomar decisiones, modificar funciones, realizar tareas y realizar actos de cuidado físico, social, psicológico y religioso para atender las necesidades de otra persona. Todo esto puede llevar al cuidador a desarrollar un estado de “sobrecarga”(25).

El término de carga al cuidar un paciente lo describió Freudenberguer en 1974, es la traducción del inglés “burden”, que significa “estar quemado; indica agotamiento mental y ansiedad al cuidar a una persona (26). El término "carga" se usa para describir los efectos físicos, emocionales y sociales dañinos que los cuidadores pueden experimentar. La sobrecarga de roles y la carga ponen a los cuidadores en mayor riesgo de depresión, ansiedad y niveles negativos de estrés (20).

Asumir el papel de cuidador principal, aún más si se trata de ancianos, expone a las personas, de cualquier edad, a la posibilidad de percibir sobrecarga (27). La carga puede ser definida por el cuidador como el balance entre el nivel de las demandas del cuidado y la calidad de la relación entre el cuidador y el receptor del cuidado; el impacto de vivir con un enfermo en el estilo de vida o en la salud de los miembros de la familia y el efecto del paciente sobre la familia (28).

Existen diferentes variables que influyen en la carga del cuidador. Entre las que son dependientes del enfermo se encuentran: la gravedad de la enfermedad y la pérdida de autonomía. Las variables relacionadas con el cuidador son la edad, el sexo, el estilo de afrontamiento, la motivación para el cuidado, las redes de apoyo, el tiempo de cuidado. Otras variables que influyen son las derivadas de la relación afectiva cuidador-enfermo, tanto previas como actuales, así como las características de la dinámica familiar (21).

Para valorar la sobrecarga del cuidador primario utilizamos la escala de Zarit que avalúa las sensaciones que puede presentar el cuidador, cuando cuida a otra persona. Es uno de los instrumentos más utilizados en la práctica clínica (29). La escala de Zarit puede discriminar sufrimiento psíquico con sensibilidad de 93% y especificidad de 80%. Evalúa tres factores principales: efecto que tiene en el cuidador, la carga interpersonal y expectativas de autoeficacia (26).

Zarit, en el año 1983, a partir del modelo biopsicosocial de estrés, diseñó la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (26). Este instrumento en su versión original consta de 29 ítems diseñados para evaluar la carga subjetiva asociada al cuidado de ancianos, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: salud física y psicológica, área económica y laboral, relaciones sociales y relación con la persona receptora de cuidados. Actualmente consta de 22 ítems (30). Con 5 posibles respuestas: nunca, rara vez, algunas veces, bastantes veces, casi siempre, con una puntuación de 1 a 5, y con un rango de 22 a 110 en la puntuación total, y que establece los diferentes grados de sobrecarga en función de la puntuación obtenida: ausencia de sobrecarga (≤ 46), sobrecarga ligera (47-55) y sobrecarga intensa (≥ 56) (31).

Se ha realizada la validación para la escala de Zarit, en varios países latinos pero en México, este instrumento fue validado por Alpuche y colaboradores en 2008. Midiendo tres factores: impacto de cuidado, relación interpersonal y expectativas de autoeficacia obteniendo una varianza de ≈ 0.90 (32).

Se observa un aumento de personas mayores que presentan discapacidad y dependen de un cuidador primario, el cual en algunas ocasiones no ayuda para realizar estas actividades, lo que puede ocasionar que descuiden su salud y sean más vulnerables a enfermar (33).

Para valorar el estrato socioeconómico del cuidador primario y del paciente se utiliza la escala de Graffar Méndez Castellanos, publicada en el libro "sociedad y estratificación del Dr. Hernán Méndez Castellanos en la década de los 90's.

Clasifica el nivel socioeconómico en base a 5 variables, la profesión del jefe de familia, el nivel de instrucción de la madre, la principal fuente de ingresos de la familia, y las condiciones de la vivienda. Se obtiene un puntaje de 4 a 20 dando a mayor puntaje menor estrato económico, considerándose de estrato alto hasta marginal (34). La puntuación se divide en alto de 4-6, medio alta de 7 a 9, medio bajo de 10 a 12, obrero de 13 a 16 y marginal de 17 a 20. Este instrumento fue validado en por la Universidad autónoma de Madrid con un Alfa de Crobach de 0.64 de confiabilidad (35).

4.- ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

Hernández et al realizaron una investigación en Nuevo León con el título “Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes internados en un hospital general de zona en Nuevo León, México” su muestra fue 480 encuestas, sus resultados mujeres 62%, hombres 38%. La edad media fue de 42.9 ± 9 años. Los cuidadores en su mayoría fueron casados en un 59%, con el parentesco esposo 26%, seguido de hermano e hijo con 23%, padre o madre 14%. En cuanto al cuidador el promedio de hijos fue de 2, y hermanos fue de 4. La ocupación más frecuente fue ama de casa con un 37%. El 41% tenía escolaridad bachillerato o carrera técnica, el 30% secundaria, el 18% licenciatura, mientras que el 11% contaba solo con primaria. Para conocer el grado de sobrecarga del cuidador, en este estudio se utilizó el test de Zarit sus resultados fueron: 54%) no manifestó ningún tipo de sobrecarga, el 35% sobrecarga leve y solo el 11% sobrecarga intensa. Las enfermedades que presentaron los cuidadores fueron la hipertensión 10% y la diabetes 8%. Las variables que se analizaron, enfermedades del cuidador, recibir apoyo de terceros y el sexo del cuidador no influyo en el nivel de sobrecarga. La variable que influyo en el grado de sobrecarga fueron las horas diarias de permanencia en el hospital que en promedio fueron 10.7 hrs con una ($r=0.5$, $p<0.01$) (36)

En una investigación realizada por Rodríguez y Landeros en la ciudad de Guanajuato con el título "Overload in the dependent care agent and its relation to the elder adult functional dependency" donde la población fue de 90 adultos mayores y 90 agentes de cuidado dependiente, se obtuvieron los siguientes datos: edad promedio de 70.9 ± 10 , con un rango de edad entre 60 y 94 años, fueron mujeres 52.2% y hombres 47.8% con un estado civil, la mayoría son casados 66.7%. El principal motivo de hospitalización fue diabetes mellitus 35.6% e hipertensión arterial 26.7%. De acuerdo a las categorías del Índice de Barthel, los adultos mayores presentaron dependencia leve 41.1% y fueron independientes en las ABVD 25.6%. En lo que corresponde al perfil sociodemográfico de los cuidadores primarios se encontró una edad promedio de 53.8 ± 15.2 , y un rango de edad entre 20 y 87 años con sexo femenino 80%, son amas de casa 73.3%, casadas 88.9%, hijas 48.9% y cónyuge del adulto mayor 40%. De acuerdo a la ECCZ, sin sobrecarga 85.6%. Se observó que a medida que aumenta el grado de dependencia se incrementa el porcentaje de sobrecarga intensa. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre la dependencia funcional del adulto mayor y la sobrecarga subjetiva del agente de cuidado dependiente (prueba exacta de Fisher=.015). Para la prueba de hipótesis se obtuvo el coeficiente de correlación rho de Spearman, encontrando una correlación negativa entre las variables de estudio de -0.46 , $p < 0.05$. Lo cual significa que a mayor puntuación en el Índice de Barthel (más independencia) menor puntuación en la ECCZ (menor sobrecarga). A menor grado de dependencia funcional menor nivel de sobrecarga subjetiva (37).

En la revista de atención primaria en España, Rodríguez et al realizó un estudio observacional con titulado "Cross-sectional study of informal caregiver burden and the determinants related to the care of dependent persons. En donde se observa la sobrecarga de cuidador y la relación con pacientes dependientes. Los resultados que se obtuvieron fueron que la mayoría de los cuidadores son mujeres (95%) y casi la mitad son hijas del dependiente. La media de edad es de 55 años, oscilando desde 24 a 82 años. Un 82% de las cuidadoras tiene alguna enfermedad crónica. Dominan las enfermedades músculo-esqueléticas, seguidas

por las psicológicas-psiquiátricas y las cardiovasculares. Por su parte, los dependientes suelen ser mujeres de edad avanzada (un 88% tiene 65 años o más), y más de la mitad tiene enfermedad física y mental. En cuanto a su actitud con la cuidadora, un 19% se opone, incluso con agresividad, a los cuidados que recibe. Con respecto a su salud, tanto el dolor como la ansiedad o depresión son padecidos por la mitad de los dependientes. El tiempo medio que las cuidadoras dedican a las atenciones del dependiente es de 6 h y 45 min diario, de los cuales un 47% está destinado a actividades básicas de la vida diaria (ABVD). La sobrecarga media de las cuidadoras es de 19,4. Este resultado clasifica a la cuidadora media en una situación de sobrecarga intensa (escala Zarit ≥ 17). Un 61,9% de las cuidadoras presentan sobrecarga intensa, alcanzando valores superiores a 26 para un 18,6% de la muestra. Por una parte, las cuidadoras que presentan mayor sobrecarga son las que han manifestado una peor salud subjetiva. Este resultado también es consistente con la salud objetiva. Así, tener una pluripatología, estar siendo tratado por alguna enfermedad crónica y padecer una enfermedad psicológica-psiquiátrica está asociado a una mayor sobrecarga. Por otra parte, la agresividad del dependiente aumenta significativamente la sobrecarga. Finalmente, la gravedad de la dependencia, medida en función del número de horas de cuidado en las AVD, y el tener un grado de parentesco lejano con el dependiente, incrementan significativamente la sobrecarga (38).

En un artículo publicado por Velázquez et al, con el título “ Cuidadores familiares campesinos: depresión, tiempo de cuidado y dependencia” en 2015 se realizó un estudio con 50 cuidadores familiares siendo mujeres (76%), hijos (40%), esposos (22%); mayores de 60 años (50%), casados (40%); nivel socioeconómico bajo (94%) y nivel educativo bajo (66%); viven solo con el familiar (84%) y han cuidado de su familiar durante más de ocho años (64%). Los adultos mayores presentan dependencia funcional: moderada (54%), severa (14%), total (12%) y escasa (20%) y (68%) con dependencia severa. Los cuidadores familiares se perciben sin depresión (56%), seguidos con depresión leve (40%) y depresión establecida (4%). Los elementos resilientes de los cuidadores: sentirse con esperanzas, útiles, amparados y conservados para hacer sus tareas y aficiones.

Los factores de riesgo que se observan son: 92% no se percibirse satisfechos con su vida, 90% no se sienten felices la mayor parte del tiempo, 92 % no consideran estupendo estar vivos (39).

En la investigación que lleva por título “Correlación entre la dependencia física del paciente con diálisis peritoneal y la carga del cuidador de acuerdo a la funcionalidad familiar”, realizada por Angulo et al, en la universidad de Querétaro en 2016 se estudiaron a 138 pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), el 70% correspondió al sexo masculino, con una media en la edad de 51.2 ± 16.47 años (18 a 70); casados 40%, alfabetos 29%, seguido de analfabeta y nivel secundaria 17% respectivamente. Para valorar el estrato socioeconómico se utilizó el método de Graffar, se encontró un nivel socioeconómico muy bajo 70%, las condiciones de vivienda eran reducidas pero confortables y con buenas condiciones sanitarias en un 25% de las familias, el jefe de familia y la madre, eran obreros no especializados en el 44.9 y 55.8% respectivamente, y la mayor parte de sus ingresos eran semanales 39.9%. Se valoró la dependencia física con el instrumento de Barthel y se encontró dependencia para beber de un vaso 4.3%, comer 4.3%, vestirse de la cintura para arriba 11%, vestirse de la cintura para abajo 14.5%, aseo personal 9.4%, lavarse 8.7%, bañarse 18.1%, control de esfínteres urinarios 18.1% y control de heces 17.4 %. Capacidad de movilización, medida por el mismo instrumento, reportó dependencia para sentarse en una silla 10.9%, sentarse y levantarse del retrete 10.1%, para introducirse a la ducha 3.6%, para la marcha 24.4%, para subir (plano inclinado o escalera) 29%, y con presencia de silla de ruedas 4.3%. Se encontró con dependencia (Barthel) el 57.97%, de este porcentaje, de manera global, el 42% de los pacientes en diálisis peritoneal eran independientes, y el 58% dependientes, la dependencia que predominó fue la severa. El cuidador primario informal fueron mujeres 79.7%, con una edad promedio de 41.7 ± 12.92 (18 a 70), casadas 56.5%, con escolaridad primaria 38.4%, dedicadas al hogar 61%, con parentesco más común el hijo y la pareja conyugal (31.9% y 22.5% respectivamente). Cuidaban al paciente todos los días de la semana 70% y con más de 8/24 horas de cuidado 50% y el 71% vivía con el paciente. Al evaluar la funcionalidad familiar, se encuentra 60.2% de

familias funcionales además se reportaron familias severamente disfuncionales en el 4.3%, disfuncionales en el 8%, moderadamente funcionales 27.5%. Al evaluar al cuidador primario se encontró 64.5% sin carga. En la carga del cuidador, el mayor porcentaje contestó en una escala de Likert la opción de raramente, excepto en tres preguntas donde contestaron siempre; cuando se les pregunto que si pensaban que por cuidar a su familiar afectaba negativamente en la relación que tenía con sus otros miembros de la familia 34%, si deberían hacer algo más por su familiar 44%, y si creía que podría cuidar mejor a su familiar 39%. Se encontró carga intensa del cuidador 26.8%. Se encontró significancia estadística al correlacionar la carga del cuidador con su edad, el número de enfermedades crónico degenerativas con la carga del cuidador, el número de enfermedades crónico degenerativas y la funcionalidad familiar, el tiempo en meses con el tratamiento de diálisis peritoneal con la carga del cuidador, el tiempo en meses con el tratamiento en diálisis peritoneal con la dependencia física, la carga del cuidador y la dependencia física y la carga del cuidador con la funcionalidad familiar (40).

En el estudio que lleva por título Sobrecarga de los cuidadores principales de pacientes con dependencia permanente en el ámbito ambulatorio. Se realizó estudio con un total de 50 cuidadores a los que se les aplicó la escala Sobrecarga del cuidador de Zarit obteniendo los siguientes resultados: de los cuidadores el 75% fueron mujeres, 36% fueron hijos de los pacientes, 34% con una escolaridad primaria y 52% desempleados, la mediana fue de 46 años, 54% casados, 50% con estrato socioeconómico tres. El 54% dedicado más de 24 meses al cuidado del paciente, 70% dedicó 10 y más horas en el día y 66% tuvieron el apoyo de otras personas. El 56% presento sobrecarga, sobrecarga ligera 34% y 10% una sobrecarga intensa. El 36% presento afectación en su salud, 40% afecto sus relaciones sociales en el 40% y el 52% a veces no tuvieron dinero suficiente. (41).

En la investigación que lleva por título Síndrome de sobrecarga en cuidadores familiares de adultos mayores y factores asociados. Chordeleg, 2017, realizada por Chamba et al, se realizó en 123 cuidadores con una edad de 40 a 59

y un segundo grupo con una edad de 60 a 79 años. De los cuales el 73.17% fueron mujeres, casados 73.17%, solteros 20.33%. Referente a la escolaridad el 70.73% terminaron la primaria, el 22.76% son analfabetas y 6.5% estudio la secundaria. En cuanto al parentesco 47.15% son hijos del adulto mayor y el 33.33% son su pareja. De los adultos mayores el 36.59% son mayores a 84 años el 58.54 del sexo femenino. En sus resultados se encontró que el 58,50% de tuvo síndrome de sobrecarga y la dependencia con incapacidad severa y moderada del adulto mayor se presentó en el 46.34% de los casos (42).

5.- JUSTIFICACIÓN

Aproximadamente el 10 % de la población mundial tiene enfermedad renal crónica. En México se calcula aproximadamente 129 millones de pacientes con enfermedad renal crónica terminal. El 20% de adultos mayores de 60 años tienen algún grado de enfermedad renal crónica y después de los 80 años se incrementa hasta un 40%, todos estos cambios y aumento de la prevalencia de la enfermedad renal crónica en el adulto mayor se debe a un mejor control de las enfermedades crónico degenerativas que se traduce en un aumento de la esperanza de la vida.

El envejecimiento trae por si solo cambios físicos y de salud, que aunado a la alta prevalencia en México de Diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensión que son la principal causa de enfermedad renal crónica terminal, genera que en México exista un gran número de pacientes con enfermedad renal crónica que en estadios avanzados requerirán de terapia sustitutiva, que requerirán de mayor cuidado y asistencial.

Generalmente la persona que se encarga del cuidado del paciente con enfermedad renal crónica es un familiar, que se convierte en su cuidador primario, y es quien brinda asistencia y cuidado sin recibir remuneración en la mayoría de los casos.

El cuidador puede percibir sobrecarga al cuidar a su familiar, y esta sobrecarga va a estar influenciada por la cantidad de horas que dedique al día

para cuidar al paciente, el grado de dependencia que presente el paciente, la edad del paciente, el sexo y hasta el nivel socioeconómico.

Es importante analizar todos los factores que influyen en la sobrecarga percibida por el cuidador y la dependencia del paciente adulto mayor con enfermedad renal crónica, para poder realizar medidas preventivas, tanto en el cuidador como en el paciente, debido a que si el cuidador presenta alteraciones físicas y mentales relacionados con el cuidado del paciente, es posible que se presenten síntomas depresivos y aumente el riesgo de adquirir una enfermedad.

6.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los pacientes adultos mayores con enfermedad crónica están aumentando significativamente, y esto se relaciona con patologías asociadas con la diabetes tipo 2 y la hipertensión arterial sistémica.

Los pacientes con enfermedad renal crónica presentan un estado dependiente, y requieren de un cuidador primario el cual dedicará gran parte de su tiempo al cuidado de su paciente, que va estar determinado por cuanta autonomía o dependencia presente el paciente, lo que puede llevar al cuidador primario a sentir una sobrecarga, con posibles repercusiones en su salud.

Es por ello es que este estudio pretende responder la siguiente incógnita.

¿Cuál es la relación entre la sobrecarga del cuidador primario y dependencia del paciente del paciente adulto mayor con enfermedad renal crónica?

7.- HIPÓTESIS

Hipótesis nula:

No existe relación entre la sobrecarga del cuidador primario y la dependencia del paciente adulto mayor con enfermedad renal crónica

Hipótesis alterna:

Existe relación entre la sobrecarga del cuidador primario y la dependencia del paciente adulto mayor con enfermedad renal crónica.

8.- OBJETIVOS

8.1.- OBJETIVOS GENERALES

Determinar la relación entre la sobrecarga del cuidador primario y la dependencia del adulto mayor con enfermedad renal crónica.

8.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Determinar las características sociodemográficas (edad, sexo, ocupación, escolaridad, estado civil y nivel socioeconómico) del cuidador primario y del adulto mayor con enfermedad renal crónica
- b) Determinar sobrecarga del cuidador primario.
- c) Determinar la dependencia del paciente adulto mayor con enfermedad renal crónica.

9.- MATERIAL Y MÉTODOS

9.1.- DISEÑO DEL ESTUDIO

Tipo de estudio observacional, descriptivo-relacional, transversal y prospectivo.

9.2.- UBICACIÓN ESPACIO-TIEMPO

Esta investigación se llevó a cabo en la población de adultos mayores de 60 a 80 años con diagnóstico de enfermedad renal crónica adscritos a la U. M. F. No.6 que acudieron a consulta de medicina familiar del 01 de abril al 01 de agosto de 2018.

9.3.- MUESTREO

Todo paciente entre 60 a 80 años con diagnóstico de enfermedad renal crónica, adscritos a la U. M. F. No. 6 del IMSS. Puebla, durante el periodo comprendido entre el 1 de abril al 01 de agosto de 2018, que acudieron a la consulta externa de esta unidad en ambos turnos (matutino y vespertino), que reunieron los criterios de inclusión, y que aceptaron participar.

9.4.- CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA UNIDADES DE MUESTREO

9.4.1.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- a) Personas que aceptaron participar en el estudio.
- b) Derechohabientes con edad igual o mayor a 60 años, con enfermedad renal crónica de la U. M. F. No. 6, de cualquier sexo.
- c) Pacientes que acudieron a la U.M.F No. 6 durante el periodo de estudio acompañados de un cuidador primario de cualquier sexo.

9.4.2.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a) Cuidadores primarios que cuidaban a dos pacientes o más.
- b) Adultos mayores que no pudieron contestar las encuestas.

9.4.3.-CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- a) Personas que una vez iniciada la encuesta no desearon seguir participando.
- b) Personas que no contestaron al 100% la encuesta.

9.5.- DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO

Del tipo probabilístico, muestreo conglomerado.

9.6.- TAMAÑO DE LA MUESTRA

Siendo la población de adultos mayores con una edad a partir de 60 años de la U.M.F. No. 6 del IMSS de la ciudad de Puebla de 17958 y de acuerdo a las características de nuestra investigación, se requiere estimar una proporción, con un nivel de confianza al 95% ($Z_{1-\alpha}$) con un valor de 1.96, una precisión del 5% y una proporción esperada del 20% de pacientes adultos mayores con enfermedad renal crónica, según el artículo: Mora G.J.M, Slon R.M.F, Castaño B.I, Izquierdo B.D, Arteaga C.J, Martínez V.N. Enfermedad renal crónica en el paciente anciano. RevEspGeriatrGerontol.2017; 52(3):152–158. Obtenemos un tamaño de muestra de 242 individuos. Con la fórmula siguiente:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

- a) N: universo de trabajo (17958)
- b) $Z^2_{1\alpha} = 1.96$ (valor tipificado)
- c) p= proporción: 0.20
- d) q= 1- p (0.56)
- e) d= 0.05 (poder de precisión)
- f) Resultado = 242.56 = 242

9.7.- DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

9.7.1.- DEFINICIÓN OPERACIONAL

SEXO: Conjunto de caracteres que diferencian al hombre de la mujer en la especie humana, designándose con los términos hombre y mujer respectivamente.

EDAD: Tiempo que una persona ha vivido, desde su nacimiento hasta la fecha actual, expresada en años.

ESCOLARIDAD: Período de tiempo que una persona asiste a la escuela para estudiar y aprender. Son los niveles que forman el sistema educativo. Estos son: básico, medio superior y superior. Se pueden dividir en: Sin instrucción (cero grados escolares aprobados), primaria incompleta (algún grado escolar aprobado entre uno y cinco), primaria completa (seis grados escolares aprobados), secundaria o equivalente incompleta (uno o dos grados escolares aprobados de secundaria o de estudios técnicos o comerciales con primaria terminada), secundaria o equivalente completa (tres grados escolares aprobados de secundaria o de estudios técnicos o comerciales con primaria terminada), preparatoria incompleta (uno o más grados escolares aprobados de preparatoria o de estudios técnicos o comerciales con secundaria terminada), preparatoria completa (todos los grados escolares aprobados), licenciatura (licenciatura o de estudios técnicos o comerciales con preparatoria terminada), posgrado.

OCUPACIÓN: actividad que realiza la persona para obtener un ingreso económico. Sinónimo de trabajo, labor o quehacer, se divide en: desempleado, ama de casa, estudiante, campesino, obrero, comerciante, empleado, profesionista.

ESTADO CIVIL: Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Puede ser soltero, casado, viudo, divorciado y unión libre.

NIVEL SOCIOECONÓMICO: Es una medida que se basa en ingresos, educación y empleo y de la posición económica y social, individual o familiar en relación a otras personas. Se obtiene mediante el método de Graffar, consta de 4 variables: profesión del jefe de familia, nivel de escolaridad de la madre, principal fuente de ingresos y condiciones de la vivienda; cada variable se subdivide se otorga un valor del 1 al 5 en cada variable de acuerdo a cada respuesta. Se suma el puntaje de cada variable, obteniéndose un valor y posteriormente se clasifica como sigue: 04-06 puntos: alto, 07-09 puntos: medio alto, 10-12 puntos: medio bajo, 13-16 puntos: obrero y de 17-20 puntos: marginal.

SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO: el grado en que la persona cuidadora percibe que el cuidado influye en diferentes aspectos de su salud, su vida social, personal y económica. . El cuestionario de Zarit, es un instrumento que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes. La versión original en inglés, consta de un listado de 22 afirmaciones que describen cómo se sienten a veces los cuidadores; para cada una de ellas, el cuidador debe indicar la frecuencia con que se siente así, utilizando una escala que consta de 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) y 4 (casi siempre). Las puntuaciones obtenidas en cada ítem se suman, y la puntuación final representa el grado de sobrecarga del cuidador, que puede ser: ausencia de sobrecarga menor a 46, sobrecarga ligera de 47 a 55, y sobrecarga intensa mayor de 56, con un rango de 22 a 110 en la puntuación total.

DEPENDENCIA DEL PACIENTE ENFERMO: situación en la que el paciente pierde la autonomía ya sea física, psicológica o intelectual, y requiere de otras personas para que lo asistan y pueda desarrollar sus actividades diarias. Con el test de Barthel se puede obtener la valoración de la independencia del paciente con respecto a diez AVD: capacidad de alimentarse solo, capacidad para realizar su aseo personal, capacidad para vestirse, capacidad para arreglarse, capacidad para la deposición y micción, si puede usar el baño, capacidad para trasladarse, deambulación y subir escaleras. Su puntuación se realiza asignando un puntaje de 0, 5, 10 o 15 puntos, con puntuación más baja al no poder realizar la actividad o depender de otra persona para llevarla a cabo y la valoración total va desde los 0 (dependencia severa total) a 100 puntos (independencia). Se divide en: Dependencia total menor a 20; dependencia severa de 20 a 35; dependencia moderada de 40-45; dependencia leve mayor de 60 e independiente 100.

9.8.- CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo de Variable	Escala de medición	Indicadores	Parámetro
Sexo	Cualitativa	Nominal	Será el referido por el entrevistado	Masculino. Femenino.
Edad	Cuantitativa	Discreta	El referido por el entrevistado	Años.
Escolaridad	Cualitativa	Ordinal	Referido por el paciente	Sin instrucción Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Preparatoria incompleta Preparatoria completa Licenciatura Posgrado.
Ocupación	cualitativa	Nominal	La indicada por el entrevistado	Desempleado Ama de casa Estudiante Campesino Obrero Comerciante Empleado Profesionista.
Estado civil	cualitativa	Nominal	La indicada por el paciente	Soltero Casado. Viudo Divorciado Unión libre
Nivel socioeconómico	Cualitativa	Ordinal	De acuerdo a resultado obtenido por Método de Graffar	Alto Medio alto Medio bajo Obrero Marginal
Sobrecarga del cuidador primario	Cualitativa	Ordinal	De acuerdo al resultado obtenido en la escala de Zarit	Ausencia de sobrecarga (≤ 46) Sobrecarga ligera (47-55) Sobrecarga intensa (≥ 56).
Dependencia del enfermo	Cualitativa	Ordinal	De acuerdo al resultado obtenido de la escala de Barthel	0-20: Dependencia total 21-60: Dependencia severa 61-90: Dependencia moderada 91-99: Dependencia leve 100: Independencia

9.9.- MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Previa autorización del Protocolo de estudio por parte de las autoridades médico administrativas de la UMF 6, de la ciudad de Puebla, Puebla y registro ante el SIRELCIS se procedió a la realización del mismo.

Se realizó una selección al azar de los pacientes adultos mayores con enfermedad renal crónica que acudieron a la consulta de medicina familiar acompañados de su cuidador primario, a los que cumplieron con los criterios de selección, se les informó sobre el objetivo del estudio y se les propuso participar en el mismo. A los pacientes que aceptaron se les otorgó el Consentimiento informado. Se aplicó el test de Barthel al paciente enfermo, y el test de Zarit al familiar responsable. Posteriormente se les informó verbalmente los resultados de sus escalas.

Se les preguntó las variables sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad, ocupación); se evaluó el Nivel socioeconómico de acuerdo al Método de Graffar, el cual tiene 4 variables: Profesión del jefe de familia, Nivel de instrucción de la madre, Principal fuente de ingresos y Condiciones de la vivienda; cada variable se subdivide en 5 niveles más. Se dio un valor del 1 al 5 en cada variable de acuerdo a la respuesta que más se acercó a su situación actual. La puntuación se dividió en alto de 4-6, medio alta de 7 a 9, medio bajo de 10 a 12, obrero de 13 a 16 y marginal de 17 a 20.

También se aplicó la escala de Zarit que en su última adaptación consta de 22 ítems con 5 posibles respuestas (nunca, rara vez, algunas veces, bastantes veces, casi siempre), que puntúan de 1 a 5, se pidió al paciente que seleccionara la puntuación que corresponda a su percepción, con la suma de sus resultados se obtuvo un rango de 22 a 110 en la puntuación total, y que establece los diferentes grados de sobrecarga en función de la puntuación obtenida: ausencia de sobrecarga (≤ 46), sobrecarga ligera (47-55) y sobrecarga intensa (≥ 56). En México la validación de este instrumento fue realizada por Alpuche y colaboradores (2008).

Como instrumento de medición de la dependencia del paciente se utilizó la Escala de Barthel, que clasifica cinco grupos con las siguientes ponderaciones: 100 puntos, independencia total; mayor a 60 dependencia leve, de 40-45 dependencia moderada y < 20 puntos, dependencia total. En la confiabilidad interobservador se obtuvo un índice de kappa entre 0.47 y 1.00 y en la intraobservador, entre 0.84 y 0.97. Su consistencia interna presentó un alfa de Cronbach de 0.86-0.92.

Al obtener los resultados de los test se concentró y codificó la información, para procesar los datos a través de un programa estadístico y se realizó el análisis de datos.

9.10.- ANÁLISIS DE DATOS

Se determinó frecuencias y proporciones de las variables, posteriormente se utilizaron medidas de tendencia central como media, moda y mediana. Para la asociación de nuestras variables de relevancia, sobrecarga del cuidador primario y dependencia del paciente, se aplicó correlación de Spearman; siendo procesados los datos a través del programa estadístico SPSS versión 25 para PC.

10.- BIOÉTICA

Esta Investigación respetó los puntos establecidos en la Declaración de Helsinki que es un cuerpo de principios éticos que debe guiar a la comunidad médica y otras personas que se dedican a la experimentación con seres humanos. El principio básico es el respeto por el individuo y su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico para ejercer su profesión con respeto y dignidad, con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", otro punto importa es que señala que el médico debe no utilizar sus conocimientos médicos para violar los derechos humanos y las libertades ciudadanas, incluso bajo amenaza. El Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente". La investigación médica en seres humanos debe ser realizada solamente por personas científicamente calificadas, bajo la supervisión de una persona médica con competencia clínica. La responsabilidad por el ser humano siempre debe recaer sobre una persona con calificaciones médicas, nunca sobre el individuo sujeto a investigación, aunque éste haya otorgado su consentimiento.

Según la 41ª Asamblea Médica Mundial Hong Kong, septiembre 1989, la investigación biomédica es esencial para la salud y bienestar de cada persona en nuestra sociedad. Los avances en la investigación biomédica han mejorado mucho la calidad de vida y la duración de ésta a través de todo el mundo.

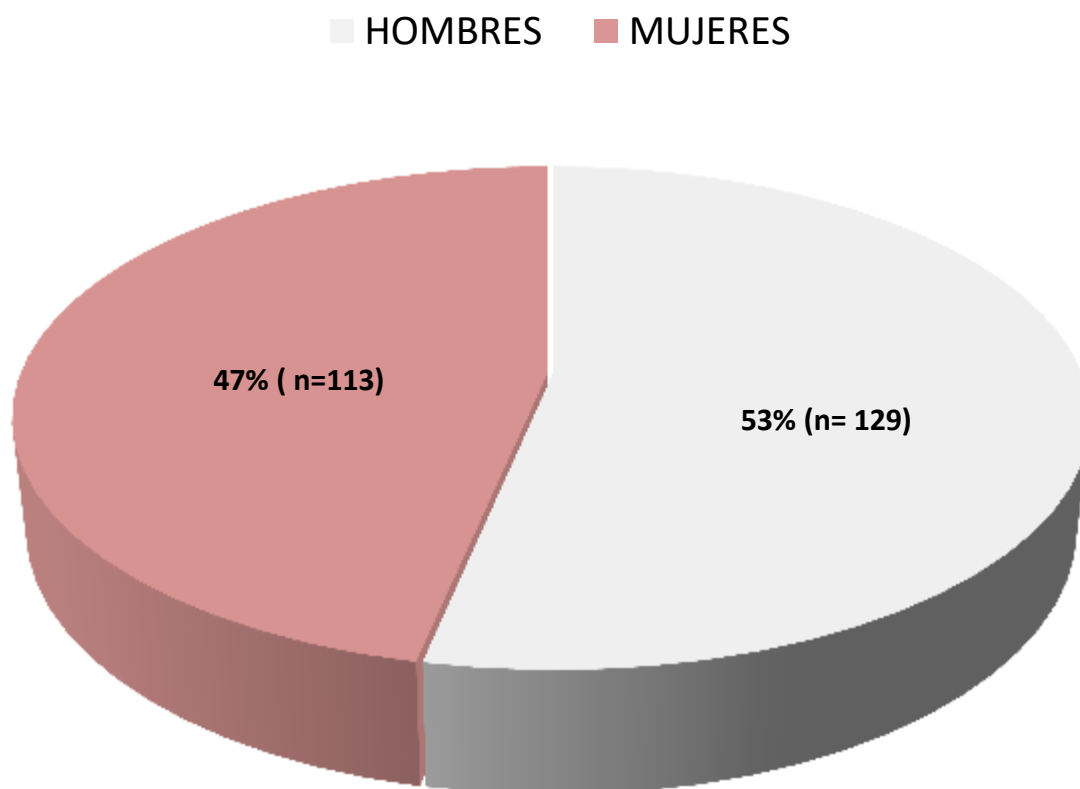
El código bioético del médico familiar asume que la dimensión moral de la medicina familiar exige del profesional de esta especialidad un conjunto de actitudes, principios y valores que emana de los ideales morales inherentes a la profesión médica, y de la observancia y respeto a los derechos humanos de las personas sanas y enfermas que requieren de atención médica, como integrantes de una familia y de la sociedad en su conjunto.

11.- RESULTADOS

La muestra del estudio está compuesta por 242 pacientes de la UMF No. 6 mayores de 60 años con enfermedad renal crónica y que acudieron a consulta acompañados de su cuidador primario.

De acuerdo al total de la muestra de pacientes el 53% (n=129) son hombres y el 47% (n=113) son mujeres, sin encontrar diferencia significativa en el sexo de los pacientes.

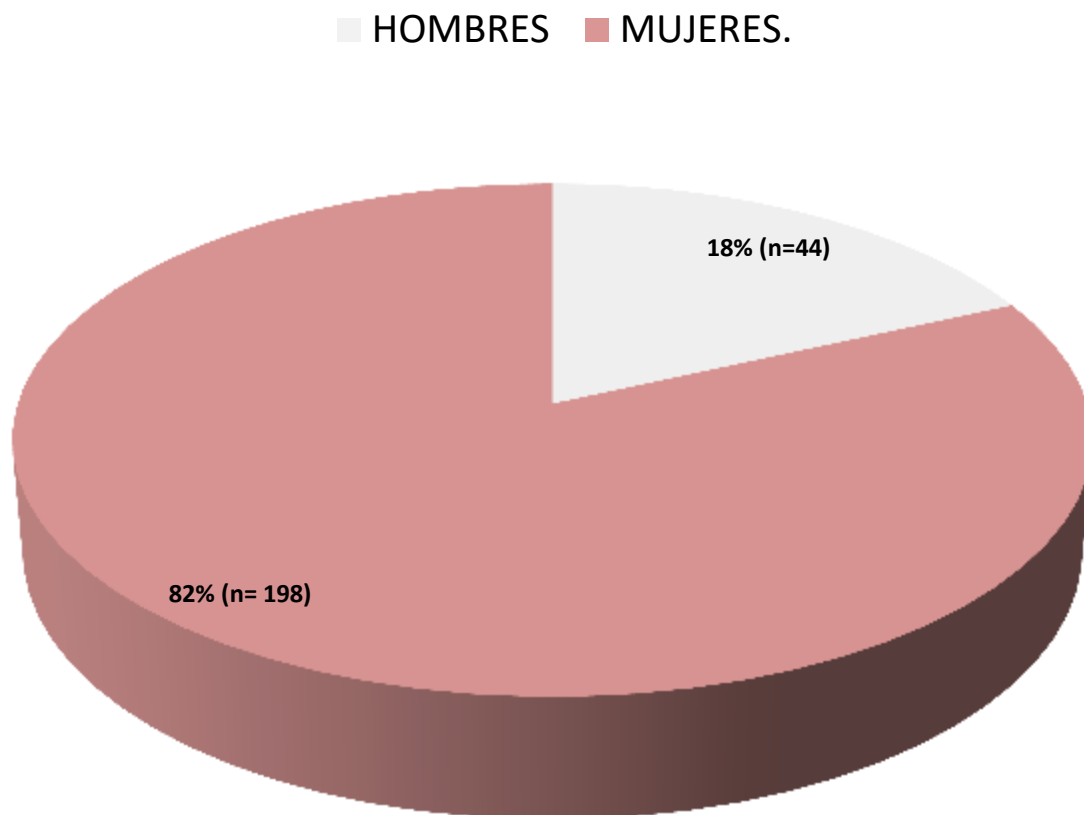
GRAFICA 1 DISTRIBUCIÓN POR SEXO DEL PACIENTE.



Fuente: Sobrecarga del cuidador primario y pacientes con ERC 2019.

De acuerdo al sexo de los cuidadores primarios predominan las mujeres con el 82% (n= 198).

GRAFICA 2 DISTRIBUCIÓN POR SEXO DEL CUIDADOR



Fuente: Sobrecarga del cuidador primario y pacientes con ERC 2019.

La edad promedio de los pacientes de la muestra es de 71.75 años, con una edad mínima de 60 años y máxima de 95 años. La edad promedio del cuidador primario es de 46.7 años, la edad mínima de los cuidadores encuestados fue de 18 años, y la máxima de 79 años.

CUADRO 1 ESTADÍSTICO POR EDAD

	PACIENTE	CUIDADOR PRIMARIO
MEDIA	71.75	46.7
MEDIANA	70.5	47
MODA	60	58
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	8.83	13.55
MÍNIMO	60	18
MÁXIMO	95	79
TOTAL	242	242

Fuente: Sobrecarga del cuidador primario y pacientes con ERC 2019.

La escolaridad que predomina en los pacientes fue primaria completa con 36% (n=87) seguido de primaria incompleta 29.8 % (n=72). El 26.0 % (n=63) de los cuidadores primarios tiene el grado de escolaridad preparatoria completa.

CUADRO 2 DISTRIBUCIÓN POR ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	n	%	CUIDADOR PRIMARIO	
			n	%
SIN INSTRUCCIÓN	13	5.4	10	4.1
PRIMARIA INCOMPLETA	72	29.8	11	4.5
PRIMARIA COMPLETA	87	36.0	38	15.7
SECUNDARIA INCOMPLETA	41	16.9	10	4.1
SECUNDARIA COMPLETA	19	7.9	61	25.3
PREPARATORIA INCOMPLETA	6	2.4	7	2.9
PREPARATORIA COMPLETA	0	0%	63	26.0
LICENCIATURA	3	1.2	35	14.5
POSGRADO.	1	0.4	7	2.9
TOTAL	242	100	242	100

Fuente: Sobrecarga del cuidador primario y pacientes con ERC 2019.

El 36.8 % (n=89) de los pacientes tienen la ocupación de obrero, seguido de ama de casa en un 30.6 % (n=74). Podemos observar que de acuerdo a la ocupación del cuidador primario 46.3% (n= 112) son amas de casa.

CUADRO 3 DISTRIBUCIÓN POR OCUPACIÓN

OCUPACIÓN	PACIENTE		CUIDADOR PRIMARIO	
	n	%	n	%
DESEMPLEADO	6	2.4	3	1.2
AMA DE CASA	74	30.6	112	46.3
ESTUDIANTE	0	0	3	1.2
CAMPESINO	4	1.7	4	1.7
OBRERO	89	36.8	8	3.3
COMERCIANTE	18	7.4	26	10.7
EMPLEADO	47	19.4	68	28.2
PROFESIONISTA	4	1.7	18	7.4
TOTAL	242	100	242	100

Fuente: Sobrecarga del cuidador primario y pacientes con ERC 2019.

De la variable estado civil el 74.5 % (n=180) de los pacientes son casados, seguido de viudos con 22.3%. El estado civil que predomina en los cuidadores es casados 48.3 % (n=117) y en unión libre con 19.5% (n=47).

CUADRO 4 DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	PACIENTE		CUIDADOR	
	n	%	n	%
SOLTERO	0	0	33	13.6
CASADO	180	74.5	117	48.3
VIUDO	54	22.3	29	12.0
DIVORCIADO	2	0.8	16	6.6
UNIÓN LIBRE	6	2.4	47	19.5
TOTAL	242	100	242	100

Fuente: Sobrecarga del cuidador primario y pacientes con ERC 2019.

De acuerdo al instrumento Graffar el nivel socioeconómico que más predomina en los pacientes es obrero con 54.6 % (n=132). En el nivel socioeconómico podemos observar que el cuidador primario se encuentra en medio bajo con 69.0 % (n=167).

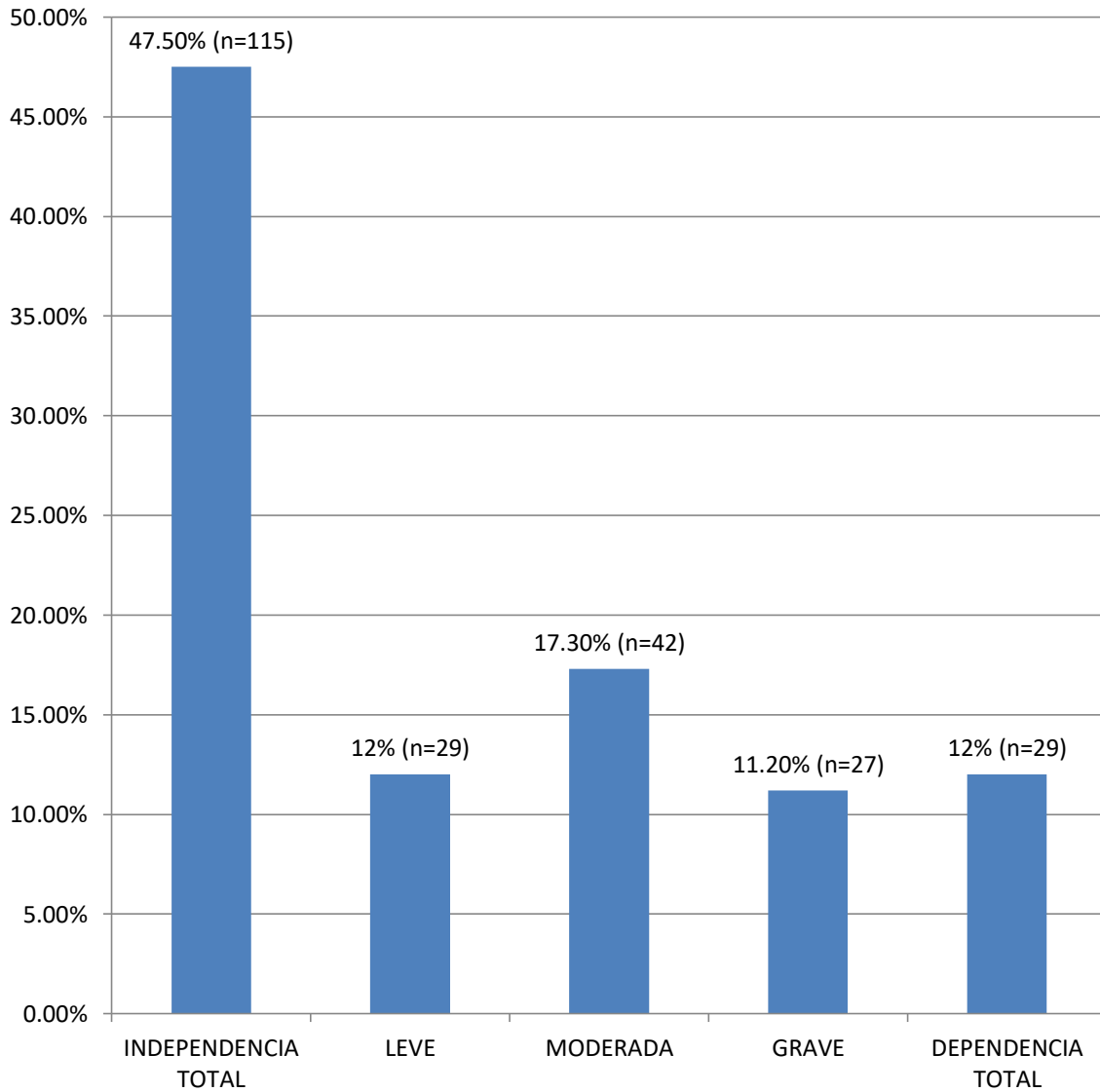
CUADRO 5 DISTRIBUCIÓN POR GRAFFAR DEL PACIENTE

GRAFFAR		PACIENTE		CUIDADOR PRIMARIO	
PUNTAJE	INTERPRETACIÓN	n	%	n	%
04-06	ALTO	0	0	0	0
07-09	MEDIO ALTO	4	1.7	18	7.4
10-12	MEDIO BAJO	106	43.7	165	68.2
13-16	OBRERO	132	54.6	59	24.4
17-20	MARGINAL	0	0	0	0
	TOTAL	242	100	242	100

Fuente: Sobrecarga del cuidador primario y pacientes con ERC 2019.

La escala de Barthel nos muestra la dependencia de los pacientes, encontrando el 12% (n= 29) con dependencia total.

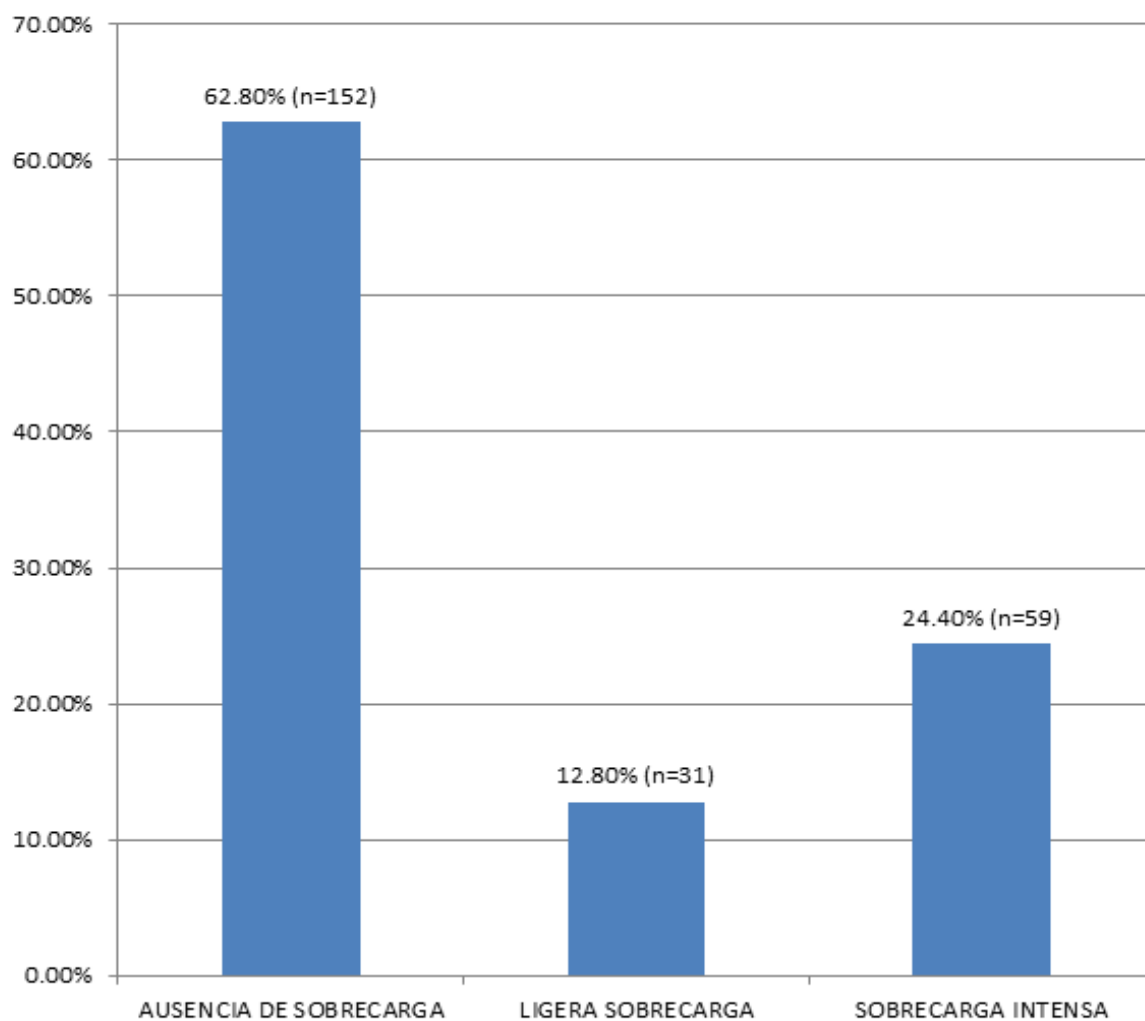
GRAFICA 3 DISTRIBUCIÓN POR ESCALA DE BARTHEL



Fuente: Sobrecarga del cuidador primario y pacientes con ERC 2019.

Del total de la muestra el 24.4 % (n=59) de la población estudiada presenta sobrecarga intensa.

GRAFICA 4 DISTRIBUCIÓN POR ESCALA DE ZARIT



Fuente: Sobrecarga del cuidador primario y pacientes con ERC 2019.

Para analizar la correlación que existe entre la sobrecarga del cuidador primario y la dependencia del adulto mayor con enfermedad renal se usó la prueba estadística Rho de Spearman en la que se observa una correlación positiva fuerte, con un Rho de Spearman de 0.789 y una $p < 0.01$. Lo que quiere decir que a mayor dependencia del adulto mayor sobrecarga del cuidador primario. Esta relación es estadísticamente significativa.

CUADRO 9 DEPENDENCIA DEL ADULTO MAYOR Y SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO

	<u>BARTHEL</u>		<u>ZARIT</u>	
	Ausencia de sobrecarga	Sobrecarga ligera	Sobrecarga intensa	Total
INDEPENDIENTE	45.9%	1.7%	0.0%	47.5%
DEPENDENCIA LEVE	9.9 %	1.2%	0.8%	12.0%
DEPENDENCIA MODERADA	4.5%	7.8%	5.0%	17.3%
DEPENDENCIA GRAVE	2.1%	0.8%	8.3%	11.2%
DEPENDENCIA TOTAL	0.4%	1.2%	10.3%	12.0%
TOTAL	62.8%	12.8%	24.4%	100%

Fuente: Sobrecarga del cuidador primario y pacientes con ERC 2019

$\rho = 0.789$
 $p < 0.01$

12.- DISCUSIÓN

En el presente estudio se analizaron los aspectos sociodemográficos del cuidador primario y del adulto mayor con enfermedad renal, y la correlación que existe entre el grado de dependencia y la sobrecarga que presenta su cuidador.

Al analizar el perfil sociodemográfico de los cuidadores primarios, podemos coincidir con otras publicaciones como la realizada por Hernández et al en Nuevo León México, encontrando que las persona encargadas del cuidado de los pacientes, son en su mayoría mujeres; con esto podemos observar que en nuestro país el modelo tradicionalista de las familias, sigue persistiendo, en donde los hombres son proveedores y las mujeres son las encargadas del cuidado de los niños y los enfermos. A pesar de que el nivel educativo en los cuidadores es el nivel medio superior, la ocupación que predominó fue ama de casa, por lo que no perciben ningún ingreso económico, el cuestionario de Zarit en una de sus preguntas evalúa si son suficientes los recursos económicos con los que cuenta el cuidador para el cuidado del paciente y de sus propios gastos, ante lo cual los cuidadores contestaban que no contaban con suficientes recursos económicos, datos similares se encontraron en Zepeda et al en el que el perfil del cuidador eran mujeres con un nivel educativo medio superior quienes además el 79% de los cuidadores tuvieron que abandonar alguna actividad para dedicarse al cuidado de su familiar, en nuestro estudio se desconoce si anteriormente los cuidadores desempeñaban alguna actividad laboral, sin embargo la carencia económica representa un dato importante que genera sobrecarga en el cuidador para afrontar sus gastos y los de su familiar.

El estado civil que predominó fue casado, con 48.3 % seguido de vivir en unión libre 19.5%, coincidiendo con lo reportado por Giraldo quien también reporta en ese mismo estudio que el parentesco del cuidador con el paciente fue en su mayoría hijos seguido de esposa/o, lo que podría traducirse en que los cuidadores además de realizar las actividades relacionadas con el cuidado de paciente desempeñan otras actividades para cuidar de otros miembros de su

familia; en el estudio no se analizó el parentesco con el paciente, sin embargo sería importante analizar si el cuidador tiene algún parentesco con el paciente o si se trata de otra persona amigos o vecinos, para valorar las redes de apoyo con las que cuenta el paciente o el cuidador en caso de que el cuidador principal ya no puede hacerse cargo del paciente, quien sería la persona que asumiría el rol del cuidador. La edad promedio de los cuidadores es de 46.7 años concordando con otras publicaciones como la realizada por Silva et al, encontrando una edad promedio de 44 años, o la realizada por Chamba en donde se observa un rango de edad comprendido entre 40 y 79 años, en este estudio se observó que el cuidador presenta una edad mínima de 18 años y un máximo de 79, lo que nos indica que existen adultos mayores cuidando a otro adulto mayor que de acuerdo a lo concluido por Velázquez et al, el hecho de cuidar a un paciente condiciona deterioro en la calidad de vida del cuidador, debido a que afecta diferentes ámbitos como el familiar, social, físico y emocional, si a esto se agrega la edad del cuidador y las mismas patologías que el cuidador puede presentar, representa un riesgo para la salud del cuidador; se debe prestar atención a estos aspectos ya que la salud del cuidador se encuentra en riesgo, y esto significaría aumento en la población con patologías crónicas o exacerbación de las mismas, el objetivo del médico familiar es promover la salud del núcleo familiar y valorar el estado de salud como un conjunto y no solo al paciente.

En una investigación realizada por Rodríguez y Landeros et al, se encontró una similitud en cuanto a las variables sociodemográficas del paciente, presentando un ligero aumento de hombres con respecto a las mujeres, esto puede relacionarse con la epidemiología de la enfermedad renal crónica en México en donde se observa un ligero predominio del sexo masculino. La mayoría de los pacientes con dependencia tiene el estado civil casados, su cuidador principal fue del sexo femenino, Se encontró una dependencia leve de acuerdo al índice de Barthel, contrario a lo encontrado en este estudio en donde predominó la independencia. En los resultados obtenidos de acuerdo a la escala de Zarit encontraron ausencia de sobrecarga, al igual que en este estudio.

En la investigación realizada por Rodríguez y Landeros et al, edad de los adultos mayores fue de 70.9 ± 10 , con un rango de edad entre 60 y 94 años, encontrando resultados similares en nuestra investigación con una edad promedio de 71.9 un edad mínima de 60 y una máxima de 94, cumpliendo con los criterios de inclusión en donde los participantes debían tener una edad igual o mayor a 60, en cuanto al sexo predominó ligeramente el sexo masculino sin encontrar diferencia significativa entre hombres 53% y mujeres 47%, en cuanto al estado civil predominó casado, con un estrato socioeconómico bajo. De acuerdo a los resultados encontraron con la escala de Barthel los pacientes presentaban en su mayoría dependencia leve, en el caso de nuestra investigación encontramos que el 47.5 % de los paciente es independiente a pesar de su patología, pero poco más del 50 % presenta un grado de dependencia, el 11.2 presenta una dependencia grave y el 12% presenta una dependencia total. En estos momentos nuestros pacientes independientes no presentan una carga para sus cuidadores, sin embargo la enfermedad renal crónica es una enfermedad progresiva que va deteriorando la salud del paciente aumentando su dependencia, y en algún momento de la evolución de su patología, requerirá de mayor apoyo por parte de su cuidador, por lo que debemos además de cuidar la salud de los pacientes con enfermedad renal crónica y enlentecer la progresión de su enfermedad preocuparnos por sus cuidadores para que se encuentren en adecuada condiciones de salud, promoviendo medidas preventivas para evitar que el cuidador en algún momento sea enfermo.

En cuanto a la escala de Zarit se encontró que, que 62.8 % no presenta sobrecarga esto puede relacionarse con el porcentaje de pacientes que son independientes o tiene una dependencia leve, también se encontró que el 24.5 % de los cuidadores presenta una sobrecarga intensa, considerando que la escala de Zarit explorara los efectos negativos en la vida del cuidador como deterioro en su salud física, salud mental, sus actividades sociales, recursos económicos y el tiempo, es indispensable crear un programa de apoyo social para cuidador y disminuir la carga que representan el cuidar de otra persona.

Para evaluar la correlación que existe entre el la sobrecarga del cuidador primario y la dependencia del paciente adulto mayor con enfermedad renal crónica se utilizó la prueba estadística Rho de Spearman, en donde obtuvo un correlación positiva fuerte con Spearman de 0.789 y una $p < 0.01$, lo que significa que a mayor dependencia mayor sobrecarga del cuidador primario; resultados similares obtenidos por Rodríguez y Landeros en una investigación realizada en México, con una muestra de 90 pacientes adultos mayores y su cuidador y la realizada por Aguilera et al en España en donde su muestra fue de 26 paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis y diálisis peritoneal, encontrando una correlación casi significativa, ambos concluyen que a mayor dependencia mayor sobrecarga del cuidador; en el caso del estudio realizado, la población tenía que cumplir con los criterios de inclusión que se tratara de un paciente adulto mayor y que además tuviera como patología, enfermedad renal crónica.

Con los resultados obtenidos observamos que la dependencia se relaciona directamente con el grado de sobrecarga del cuidador, de esta manera podemos empleares estrategias para evitar la sobrecarga en los cuidadores primarios, involucrando a más miembros de su familia en el cuidado de su familiar, buscar más redes de apoyo intra y extrafamiliares y disminuir el estrés, la frustración, las carencias económicas que pueden presentar los cuidadores únicos.

13.- CONCLUSIONES

Se realizó un estudio observacional, descriptivo-relacional, transversal y prospectivo con una muestra de 241 pacientes en el que se encontraron los siguientes resultados:

De acuerdo al sexo del paciente adulto mayor con enfermedad renal crónica 1 de cada 2 son hombres.

La edad promedio de los pacientes fue de 71.75 años con un mínimo de 60 años que va de acuerdo a los criterios de inclusión y un máximo de 95 años.

La escolaridad de los pacientes que predominó fue educación básica encontrando que 1/3 de los pacientes estudio primaria completa.

En cuanto a ocupación 2/5 de los pacientes son obreros.

Los pacientes presentan estado civil casado en 3 de cada 4.

El nivel socioeconómico medido por el método de Graffar fue obrero en 1 de cada 2 pacientes.

En cuanto al cuidador primario se encontró que existe predominio de mujeres cuidadoras, encontrando que 8 de cada 10 cuidadores son mujeres.

La edad promedio de los cuidadores primarios fue de 46.7 años con un mínimo de 18 años y una edad máxima de 79 años.

La escolaridad de los cuidadores primarios 1 de cada 4 terminó la preparatoria completa.

De los cuidadores primarios 3 de cada 5 fueron amas de casa.

Referente a estado civil se encontró 1/5 de los cuidadores vive en unión libre.

Se encontró un nivel socioeconómico medido por Graffar, medio bajo en 3/5 de los cuidadores primarios.

De acuerdo a la escala de Barthel se encontró que 5 de cada 10 pacientes presenta algún tipo de dependencia dentro de la que predominando la dependencia moderada.

En cuanto a la escala de Zarit 6 de cada 10 cuidadores presenta ausencia de sobrecarga y 3 de cada 10 presenta sobrecarga intensa.

Utilizando Rho de Spearman podemos rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna, existe relación entre la sobrecarga del cuidador primario y la dependencia del paciente adulto mayor con enfermedad renal crónica; a mayor dependencia del paciente mayor sobrecarga del cuidador primario, siendo una relación estadísticamente significativa.

14.- PROPUESTAS

Como médicos de familia, debemos prestar más atención al familiar que va acompañando al paciente e interesarnos por su estado de salud, como estrategias se propone:

1.- Que los médicos pasantes de servicio social junto con trabajo social den pláticas para que la gente identifique que es un cuidador primario y cómo puede afectarse su salud.

2.-Trabajo social de pláticas dirigidas al cuidador para que realice medidas preventivas, como alimentación saludable, realizar actividad física, cuidar su salud emocional y física.

3.-La asistente médico puede indicar al cuidador primario que realice la encuesta de Zarit antes de ingresar a la consulta, posteriormente el médico familiar valorará los resultados y en caso de encontrar un cuidador que presente sobrecarga severa, buscar en su entorno familiar y social quien puede ayudarlo para disminuir la sobrecarga y en caso necesario realizar envío a trabajo social y/o psicología para que lo apoyen.

4.- Trabajo social con los pacientes que presenten algún grado de sobrecarga, implementen cuestionarios que evalúen las redes de apoyo como Duke-UNC para valorar si existe dentro de su entorno otras personas que pueden ayudar con el cuidado del paciente, y de esta manera disminuir la sobrecarga que presenta el cuidador; en caso de no contar con redes de apoyo canalizar a grupos de ayuda en donde apoyan a los cuidadores en el cuidado de sus pacientes.

15. - ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

"SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO Y DEPENDENCIA DEL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA"

Nombre del estudio:

NO APLICA

Patrocinador externo (si aplica):

FEBRERO 2018

Lugar y fecha:

Número de registro:

R-2018-2104-022

Justificación y objetivo del estudio:

El 20 % de adultos mayores tienen alteraciones con la función de sus riñones, lo que llamamos enfermedad renal crónica, lo que provoca que presenten deterioro físico importante y dificultad para realizar las actividades de la vida diaria, necesitando de un cuidador primario que dedique gran tiempo a cuidar al paciente, lo que puede causar cierto grado de sobrecarga y cansancio.
El objetivo de este estudio es establecer la relación que existe entre la sobrecarga que tiene el cuidador primario y la dependencia del paciente adulto mayor con enfermedad renal crónica.

Procedimientos:

Se le entregará a usted, una hoja con preguntas sobre su edad, escolaridad, ocupación y algunos datos de su familia, así como un cuestionario que contiene diferentes opciones de respuestas, usted contestará lo que piensan que se parece a su situación.

Posibles riesgos y molestias:

Estimado señor (a) este estudio trata de investigar si usted como paciente puede realizar algunas actividades o el que sea cuidador de su paciente ha cambiado su forma de vida. Las respuestas y lo que encontremos es totalmente confidencial, solamente se le hacen preguntas sin que esto implique algún riesgo para su salud y tampoco queremos causarle un daño moral por invadir la intimidad de sus emociones y la forma en que se comporta, si usted siente alguna molestia o vergüenza tenga la confianza de expresarlo a un servidor a fin de orientarlo para que tome la mejor decisión.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Usted como paciente podrá darse cuenta de las limitaciones que tiene para realizar determinadas actividades diarias, por lo que si fuera necesario se le enviará a algún servicio que requiera para su apoyo. Como cuidador primario se dará cuenta que tanto ha modificado su vida a causa de la enfermedad de su paciente y como poder mejorar los aspectos que han cambiado para que no sienta sobrecarga.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Se le informaran los resultados del estudio en forma confidencial, con el fin de que pueda recibir atención oportuna que ayude con las alteraciones que está presentando como cuidador primario o como paciente.

Participación o retiro:

Se podrá retirar de participar en cualquier momento que usted decida, sin que esto tenga repercusión en el trato o la atención que solicite en la unidad, sin ser presionado para continuar su participación.

Privacidad y confidencialidad:

Toda información otorgada será de carácter confidencial y solamente utilizada para este estudio según las pautas éticas internacionales para la investigación y experimentación biomédica en seres humanos y los dados en los artículos 100 en los incisos I al VII y en el artículo 101 de la ley general de salud en México.

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

No autoriza que se tome la muestra.

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

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

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

En la unidad de medicina familiar contamos con servicios como psicología y trabajo social que nos pueden apoyar para su tratamiento en caso que lo necesite.

Beneficios al término del estudio:

Que conozca el proceso que esta viviendo como enfermo y como cuidador primario y sepa que tanto ha afectado sus actividades esta enfermedad, además de que ambos serán enviados a los diferentes servicios de acuerdo a sus necesidades.

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

DR. JUVENCIO REYES BELLO, MÉDICO URGENCIÓLOGO ASCRITO A LA U. M. F. No. 6, MATRÍCULA: 99224511, Cel: 044 2224843538, E-mail: juvencioreyesurgencias@hotmail.com

Colaboradores:

DRA. LILIANA PORTILLO GARCÍA, MATRÍCULA 98229849, TELÉFONO 2461005476, CORREO ELECTRÓNICO:lily.lila@hotmail.com.
DR. ARTURO GARCÍA GALICIA, MÉDICO PEDIATRA ASCRITO AL HSZ 20.
MATRÍCULA: 10579729, Cel: 044 222 19453 60, E mail:neurogarciagalicia@yahoo.com.mx

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS, Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congressos, Colonia Doctores, México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 89 00 extensión 21230. Correo electrónico: comisionaetica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

DRA. LILIANA PORTILLO GARCÍA, MATRÍCULA 98229849, TELEFONO 2461005476, CORREO ELECTRÓNICO:lily.lila@hotmail.com

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

Clave: 2816-009-013

ANEXO 2. FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

FECHA:	
NOMBRE DEL PACIENTE :	
EDAD:	SEXO: 1. Femenino 2. Masculino
ESCOLARIDAD: 1. Sin instrucción 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Preparatoria incompleta 7. Preparatoria completa 8. Licenciatura 9. Posgrado.	OCUPACIÓN 1. Desempleado 2. Ama de casa 3. Estudiante 4. Campesino 5. Obrero 6. Comerciante 7. Empleado 8. Profesionista
Nivel socioeconómico (Graffar) 1. Alto 2. Medio alto 3. Medio bajo 4. Obrero 5. Marginal	Estado civil 1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Divorciado 5. Unión libre

ANEXO 3. FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL CUIDADOR.

FECHA:	
NOMBRE DEL CUIDADOR :	
EDAD:	SEXO: 1. Femenino 2. Masculino
ESCOLARIDAD: 1. Sin instrucción 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Preparatoria incompleta 7. Preparatoria completa 8. Licenciatura 9. Posgrado.	OCUPACIÓN 1. Desempleado 2. Ama de casa 3. Estudiante 4. Campesino 5. Obrero 6. Comerciante 7. Empleado 8. Profesionista
Nivel socioeconómico (Graffar) 1. Alto 2. Medio alto 3. Medio bajo 4. Obrero 5. Marginal	Estado civil 1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Divorciado 5. Unión libre

ANEXO 4 ESCALA DE BARTHEL.

PARAMETROS	SITUACION DEL PACIENTE	PUNTUACION
COMER	Totalmente independiente	10
	Necesita ayuda para cortar el pan, la carne, etc.	5
	Incapaz	0
LAVARSE	-Independiente: Entra y sale del baño solo	5
	Dependiente	0
VESTIRSE	-Independiente: Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	-Necesita ayuda	5
	-Dependiente	0
ARREGLARSE	-Independiente para lavarse la cara, la manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	-Dependiente.	0
DEPOSICIONES (valorarse a la semana)	-Continencia normal	10
	-Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse los supositorios.	5
	-Incontinencia	0
MICCION (Valorarse a la semana)	-Continencia normal, o es capaz de cuidar su sonda si es que tiene una.	10
	-Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar su sonda.	5
	-Incontinencia	0
USAR EL RETRETE	-Independencia para ir al cuarto de baño, quitarse y ponerse la ropa	10
	-Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	-Dependiente	0
TRASLADARSE	-Independiente para ir del sillón a la cama	5
	-Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	0
DEAMBULAR	-Independiente camina solo 50 metros	15
	-Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	-Independiente, en silla de ruedas sin ayuda.	5
ESCALONES	-Dependiente	0
	-Independiente para bajar y subir escaleras	10
	-Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
		0

Máxima puntuación:100 puntos,(90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	Grado de dependencia
<20	Dependencia total
20-35	Dependencia severa
40-55	Dependencia moderado
>60	Dependencia leve
100	Independiente

ANEXO 5. ESCALA DE ZARIT

PUNTUACIÓN PARA CADA RESPUESTA	NUNCA 1	RARA VEZ 2	ALGUNAS VECES 3	BASTANTES VECES 4	CASI SIEMPRE 5
1 ¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2 ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
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 familia?					
8 ¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9 ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
10 ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
11 ¿se siente terso cuando está cerca de su familiar?					
12 ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar a su familiar?					
13 ¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?					

14 ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de sus familiar?					
15 ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona le pueda cuidar					
16 ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
17 ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
18 ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar					
19 ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
20 ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
21 ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
22 Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

Puntuación	
Ausencia de sobrecarga	<46
Sobrecarga ligera	47-55
Sobrecarga intensa	>56

ANEXO 6. ESCALA DE GRAFFAR

1. PROFESION DEL JEFE DE FAMILIA	1	1. Profesion Universitaria, financieros, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)
	2	Profesion Técnica Superior, medianos comerciantes o productores.
	3	Empleados sin profesion universitaria, con tecnica media, pequenos comerciantes o productores
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economia (sin primaria completa)
1. NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE	1	Ensenanza Universitaria o su equivalente
	2	Tecnica Superior completa, ensenanza secundaria completa, tecnica media.
	3	Ensenanza secundaria incompleta, tecnica inferior
	4	Ensenanza primaria, o alfabeta (con algun grado de instruccion primaria)
	5	Analfabeta
PRINCIPAL FUENTE DE INGRESO DE LA FAMILIA	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancia o beneficios, honorarios profesionales
	3	Saldo mensual
	4	Salario semanal, por dia, entrada a destajo.
	5	Donaciones de origen publico o privado
CARACTERISTICAS DE LAS VIVIENDAS	1	Viviendas con optimas condiciones sanitarias en ambientes de lujo
	2	Viviendas con optimas condiciones sanitarias en ambientes de lujo sin excesos y suficientes espacios.
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en la vivienda 1 y 2
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.

Interpretación del Puntaje obtenido en la Escala de Graffar:

4-6	Alto
7-9	Medio alto
10-12	Medio bajo
13-16	Obrero
17-20	Marginal

15.- BIBLIOGRAFÍA

1. Pan American Health Organization. [Internet]. La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento. [Citado el 17 de enero de 2018]. Obtenido a partir de:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542%3A2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento. Enero 2018.
2. Bolignano D, Cernaro V, Gembillo G, Baggetta R, Buemi M, D'Arrigo G. Antioxidant agents for delaying diabetic kidney disease progression: A systematic review and metaanalysis. PLoS ONE. 2017 12(6):1-16.
3. ENSANUT[Internet] Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016.[Citado el 04 de enero de 2018] obtenido a partir de:
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>
4. Espinosa C M A. Enfermedad renal. Gac Med Mex. 2016; 152(1):90-96.
5. Manuel Gorostidi M, Santamaria R, Alcazar R, Fernández F.G, Galceran J, Rodríguez m. et al. Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. Nefrología 2014; 34(3):302-316.
6. Jojoa J A, Bravo C, Vallejo C. Clasificación práctica de la enfermedad renal crónica 2016: una propuesta. Repertorio de Medicina y Cirugía. 2016; 25(3): 192-196.
7. Poll P J A, Rueda M N M, Poll R A, Mancebo V A, Arias M L. Risk factors associated with chronic renal disease in elderly. MEDISAN 2017;21(9): 2010-2017
8. Navarro S C, Uriostegui E L C Delgado Q E G, Sahagún C M N. Depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con depresión física de la UMF 171. Rev Med IMSS. 2017; 55(1): 1-12.
9. Calero S P, Chávez G M A. Cambios fisiológicos de la aptitud física en el envejecimiento. Revista Investig Salud Univ Boyacá. 2016;3(2):176-194
10. Alvarado G A M, Salazar M A M. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos. 2014; 25(2): 57-62
11. CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN. [INTERNET] Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030. [citado el 05 de septiembre de 2017]. Obtenido a partir de:
http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Proyecciones/Cuadernos/15_Cuadernillo_Mexico.pdf

12. Soto E G, Moreno A L, Pahuá D D. Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. 2016; 59(6):8-22.
13. Mora G J M, Slon M F, Castaño B I, Izquierdo B D, Arteaga C J, Martínez V N. Enfermedad renal crónica en el paciente anciano. *RevEspGeriatrGerontol*. 2017;52(3):152–158.
14. Heidi Martínez H L, Augusto R C, Arango M F. Quality of life and functional status of elderly with chronic kidney disease stage 5 in dialysis therapy *Acta Médica Colombiana*. 2015; 40 (1):13-19.
15. Loredó F M T, Gallegos T R M, Xequé M A S, Palomé G V, Juárez L A. Level of dependency, self-care, and quality of life in the elder adult. *Enfermería Universitaria*. 2016;13(3):159-165.
16. Muñoz S C A, Rojas O P, Marzuca N G N. Valoración del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un centro de salud familiar. *Fisioter Pesq*. 2015;22(1):76-83.
17. Cid R J, Moreno J D. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev. Esp. Salud Pública*. 1997; 71(2): 127-137.
18. Baztán J J, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia I. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1993; 28: 32-40
19. Muñoz S C A, Rojas O P A, Marzuca N G N. Criterios de valoración geriátrica integral en adultos mayores con dependencia moderada y severa en Centros de Atención Primaria en Chile. *Rev. méd.Chile* . 2015; 143 (5): 612-618.
20. Cassioppée G, Auger C, Demers L, Mortenson B, Miller W.C, et all. Components and Outcomes of Internet-Based Interventions for Caregivers of Older Adults: Systematic Review *J Med Internet Res*. 2017; 19(9): e313
21. Velázquez P Y, Espín A M. Repercusión psicosocial y carga en el cuidador informal de personas con insuficiencia renal crónica terminal. *Rev Cubana Salud Pública*. 2014; 40(1): 3-17.
22. Aguilar F A I, Castrillo C E M, Linares F B, Carnero G R M, Alonso R A C, López R P et al. Análisis del perfil y la sobrecarga del cuidador de pacientes en Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis. *Enferm Nefrol*. 2016 ; 19(4): 359-365
23. Flores M E, Fuentes L L, González P G J, Vega L M G, Flores M J, Valle B M A. perfil del cuidador primario informal de adulto mayor hospitalizado. *Compendio de Investigación Academia Journals Puebla* 2016: 585-590.
24. Poo, Ai-Jen, Whitlatch, Carol. *Caregiving in America: Supporting Families, Strengthening the Workforce*. 2017;40(4):87-93.
25. Tripodoro V, Veloso V, Llanos V. Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos. *Argumentos. Revista de crítica social*. 2015; 17:308-330.
26. Prieto M S E, Arias P N, Villanueva M E Y Jiménez B C A. Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel. *Med Int Méx*. 2015;31:660-668

27. Bianchi M, Flesch L, Alves E. V, Batistoni T, Samila S, Neri L.A. Zarit Burden Interview Psychometric Indicators Applied in Older People Caregivers of Other Elderly. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016 ; 24:e-2835
28. Barreto O R V, Campos de Aldana M S, Carrillo G G M, Coral I R, Chaparro D L, Durán P M, et all . Entrevista Percepción de Carga del Cuidado de Zarit: pruebas psicométricas para Colombia. *Aquichán*. 2015; 15(3): 368-380.
29. Flores T M, Galindo V O, Jiménez G J, Rivera F L, González R E. Validación de la Entrevista de Carga de Zarit en cuidadores primarios informales de pacientes con diagnóstico de enfermedades mentales. *Psicología y Salud*. 2019; 29(1): 17-24
30. Pardo M X, Jurado C S, Alejandra Valencia C A, Méndez V J, Mora M I escala de carga del cuidador de zarit: evidencia de validez en México. Zarit caregiver burden scale: evidence of validity in México. *Psicooncología*. 2014; 11, (1): 71-85
31. Silva F J R, Gonzalez J J T, Mas H T, Marques S, Partezani R R A. Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. *Av Enferm*. 2016; 34(3):251-258.
32. Pablo S R, Dominguez T B, Peláez H V, Rincón S S, Orea T A. Propiedades psicométricas de la escala de carga Zarit para cuidadores de pacientes con insuficiencia. *Alfepsi*. 2016; 4(11):93-100.
33. Zepeda A P, Muñoz M C. Sobrecarga en Cuidadores principales de adultos mayores con dependencia severa en atención primaria de salud. 2019 *Gerokomos*; 30 (1): 2-5.
34. Roman L C A, Angulo V R A, Figueroa H G, Hernández G M A. El médico familiar y sus herramientas. *Revista Médica*. 2015; 6(4):294-299
35. Guevara R H, Cardozo C R A, Ortunio C M, Poveda de Agustín J M, Loaiza B. L, Torres San N. E. Características socio-demográficas de estudiantes de Medicina de dos Universidades Públicas en España y en Venezuela. 2009-2010. *VITAE*. 2013; 14(54):1-5
36. Hernández C E, Villegas G V E, Pérez C J. Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes internados en un hospital general de zona en Nuevo León, México. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2017; 25(3):213-20.
37. Rodríguez M R M, Landeros Pérez M E. Overload in the dependent care agent and its relation to the elder adult functional dependency. *Enfermería Universitaria* 2014; 11(3): 87-93.
38. Rodríguez G A M, Rodríguez M E, Duarte P A, Díaz S E, Barbosa A A, Clavería A. Cross-sectional study of informal caregiver burden and the determinants related to the care of dependent persons. *Aten Primaria*. 2017; 49(3):156---165.
39. Velásquez G V F, López L, Barreto Z Y, Cataño Ordóñez N. Cuidadores familiares campesinos: depresión, tiempo de cuidado y dependencia. *Hacia promoc. salud*. 2016; 21(1): 106-114.

40. Angulo D A, Martínez-M.M.C, Velázquez T.J, Gallardo V.L.S, Camacho C.N. correlación entre la dependencia física del paciente con diálisis peritoneal y la carga del cuidador de acuerdo a la funcionalidad familiar [tesis]. Querétaro: Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro; 2016.
41. Giraldo M D I, Stephany Zuluaga M S Z, Verónica Uribe G V. Sobrecarga en los cuidadores principales de pacientes con dependencia permanente en el ámbito ambulatorio. Medicina U.P.B. 2018;37(2): 89-96.
42. Chamba O P A, Ojeda O K P. Síndrome de sobrecarga en cuidadores familiares de adultos mayores y factores asociados. Chordeleg, 2017; 37(1): 11-17.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud 2104 con número de registro 17 CI 21 114 137 ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA CONBIOETICA 21 CEI 005 2017102.
U MED.FAMILIAR NUM 6

FECHA Lunes, 25 de junio de 2018.

DR. JUVENCIO REYES BELLO
PRESENTE

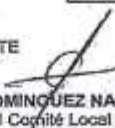
Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

"SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO Y DEPENDENCIA DEL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA"

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud, 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 **AUTORIZADO**, con el número de registro institucional:

No. de Registro
R-2018-2104-022

ATENTAMENTE


DR. JOSE DOMINGUEZ NARANJOS
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2104

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 6
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



PUEBLA, PUEBLA, A 8 DE agosto DEL 2019

AUTORIZACION DE IMPRESIÓN DE TESIS DE ESPECIALIDAD

LOS ASESORES:

_____ Dr. Juvencio Jiménez Bello _____

_____ Dr. Arturo García Galicia _____

DE LA TESIS TITULADA:

Sobrecarga del cuidador primario y dependencia del paciente adulto mayor enfermo con enfermedad renal crónica

REALIZADA POR EL MÉDICO RESIDENTE:

_____ Liliana Portillo García _____

DE LA ESPECIALIDAD DE **MEDICINA FAMILIAR**

HACEMOS CONSTAR QUE ESTE TRABAJO CIENTIFICO HA SIDO REVISADO Y AUTORIZADO EN EL SIRELCIS
CON NUMERO DE REGISTRO NACIONAL: _____

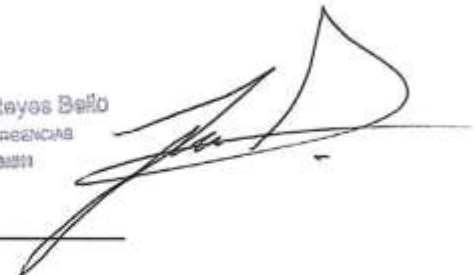
AUTORIZAMOS SU IMPRESIÓN



Dr. Arturo García Galicia
JEFE DE DIVISIÓN DE
INVESTIGACIÓN EN SALUD
MAT. 10579729
IMSS UMAE HTO PUEBLA

(NOMBRE, FIRMA)

Dr. Juvencio Reyes Bello
MEDICINA DE URGENCIAS
MAT. 30000011

(NOMBRE, FIRMA)



DR. JOSÉ DAVID LOPEZ BORBOLLA
PRESIDENTE DEL CLIS 2104



DR. EDUARDO VÁZQUEZ CRUZ
SECRETARIO DEL CLIS 2104