

# UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

## DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD



### “SÍNDROME DEL CUIDADOR CANSADO EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN DIÁLISIS PERITONEAL DE LA UMF 39”

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRÉSENTA:

SHARON ELIZABETH FERRER MARTÍNEZ

DIRECTORES:

M. ESP. EN MF. JOSÉ MANUEL WOOD NOTARIO

VILLAHERMOSA, TABASCO.

ENERO 2024.



**UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División  
Académica  
de Ciencias de  
la Salud

Dirección



Villahermosa, Tabasco, 27 de noviembre de 2023  
Of. No.796/DIRECCIÓN/DACS  
**ASUNTO:** Autorización de impresión de tesis

**C. Sharon Elizabeth Ferrer Martínez**  
Especialidad en Medicina Familiar  
Presente

Comunico a Usted, que autorizo la impresión de la tesis titulada **"SÍNDROME DEL CUIDADOR CANSADO EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN DIÁLISIS PERITONEAL DE LA UMF 39"**, con índice de similitud 4% y registro del proyecto No. **JI-PG-295**; previamente revisada y aprobada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores EMF. Ricardo González Anoya, Dra. Rosario Zapata Vázquez, Dra. Guadalupe Montserrat Domínguez Vega, Dr. Harry Amaury Mosqueda García y el M.G.S. Nicomedes de la Cruz Damas. Lo anterior para sustentar su trabajo recepcional de la **Especialidad en Medicina Familiar**, donde fungen como Director de tesis el EMF. José Manuel Wood Notario.

Atentamente

  
**Dra. Mirian Carolina Martínez López**  
Directora

UJAT



**DACS**  
DIRECCIÓN

C.c.p.- MSC. Rosa María Sánchez Rodríguez. – Director de Tesis  
C.c.p.- Dra. Cs. María Isabel Avalos García. – Director de tesis  
C.c.p.- EMF. Ricardo González Anoya. – Sinodal  
C.c.p.- Dra. Rosario Zapata Vázquez. – Sinodal  
C.c.p.- Dra. Guadalupe Montserrat Domínguez Vega. - Sinodal  
C.c.p.- Dr. Harry Amaury Mosqueda García. – Sinodal  
C.c.p.- M.G.S. Nicomedes de la Cruz Damas.- Sinodal  
C.c.p.- Archivo  
DC'OGMF/wag\*

Miembro CUMEX desde 2008  
**Consortio de  
Universidades  
Mexicanas**  
UNA ALIANZA DE CALIDAD POR LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,  
Col. Tamulté de las Barrancas,

C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco

Tel.: (993) 3581500 Ext. 6300, e-mail: direccion.dacs@ujat.mx



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 13:30 horas del día 24 del mes de noviembre de 2023 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

**"SÍNDROME DEL CUIDADOR CANSADO EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN DIÁLISIS PERITONEAL DE LA UMF 39"**

Presentada por el alumno (a):

Ferrer Martínez Sharon Elizabeth  
Apellido Paterno Materno Nombre (s)

Con Matricula

2	1	1	E	7	0	0	4	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Grado de:

**Especialista en Medicina Familiar**

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

EMF. Jose Manuel Wood Notario  
Directores de tesis

EMF. Ricardo González Anoya

Dra. Rosario Zapata Vázquez

Dra. Guadalupe Montserrat Domínguez Vega

Dr. Harry Amaury Mosqueda García

M.G.S. Nicomedes de la Cruz Damas

## Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 23 del mes de noviembre del año 2023, la que suscribe, Sharon Elizabeth Ferrer Martínez, alumna del programa de la Especialidad en Medicina Familiar, con número de matrícula 211E70047 adscrita a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autora intelectual del trabajo de tesis titulada: **"SÍNDROME DEL CUIDADOR CANSADO EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN DIÁLISIS PERITONEAL DE LA UMF 39"**, bajo la Dirección del Dr. José Manuel Wood Notario, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. La alumna cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: [sharoneferrer@gmail.com](mailto:sharoneferrer@gmail.com). Si el permiso se otorga, el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

  
Sharon Elizabeth Ferrer Martínez

Nombre y Firma





## **DEDICATORIAS**

### **A Dios:**

Por darme las fuerzas para seguir adelante durante estos tres años, por darme salud, por ponerme a las personas indicadas en mi camino, y por guiarme e iluminarme a tomar las mejores decisiones.

### **A mi hija:**

Mi amada Violeta, el motor de mi vida, mi luz y mi felicidad. Esta de dedicatoria es para ella, que inició este camino conmigo, que juntas pasamos momentos difíciles, y que juntas logramos superarlos. Este logro es para ti.

### **A mis padres:**

Gracias a ellos que me dieron todo lo necesario en la vida para llevarme a este punto culminante: amor, educación y apoyo incondicional. Ellos son mi ejemplo y los que me impulsan a superarme día a día.



## AGRADECIMIENTOS

Me complace dedicar estas líneas para expresar mi profundo agradecimiento a todos aquellos que han sido pilares fundamentales durante mi trayecto en la especialidad de Medicina Familiar, un recorrido que ha sido significativo tanto en términos profesionales como personales.

En primer lugar, mi gratitud se dirige hacia mi familia, cuyo apoyo incondicional ha sido la fuerza motriz que me ha impulsado a superar los desafíos inherentes a una especialidad tan demandante. La paciencia, comprensión y aliento constante de mis seres queridos han sido el sostén vital en los momentos de agotamiento y de incertidumbre que la formación médica conlleva. A cada uno de ustedes, gracias por ser mi red de apoyo inquebrantable.

No puedo dejar de mencionar a mis colegas y mentores, cuya guía y sabiduría han sido fundamentales en mi desarrollo profesional. Sus enseñanzas han enriquecido mi práctica médica y han contribuido significativamente a mi crecimiento como especialista en Medicina Familiar.

A lo largo de estos tres intensos años de especialización, he enfrentado desafíos inesperados, jornadas extenuantes y decisiones médicas difíciles. El respaldo constante de mi familia, compañeros de la especialidad que ahora son amigos ha sido una luz en los días oscuros, recordándome que cada esfuerzo invertido en mi formación es un paso hacia la excelencia en el cuidado de mis pacientes.

En conclusión, quiero expresar mi sincero agradecimiento a todos los que han contribuido a mi formación. Esta cuartilla es un pequeño reflejo de la inmensa gratitud que siento hacia aquellos que han compartido este viaje conmigo.



## ÍNDICE

### Contenido

<b>DEDICATORIAS</b> .....	II
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	III
<b>GLOSARIO</b> .....	VI
<b>1 INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>2 MARCO TEÓRICO</b> .....	2
<b>2.5 Marco Político Internacional</b> .....	8
<b>2.9 Artículos relacionados</b> .....	13
<b>3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	15
<b>4 JUSTIFICACIÓN</b> .....	16
<b>5. HIPÓTESIS</b> .....	19
<b>6 OBJETIVOS</b> .....	19
<b>7 MATERIALES Y MÉTODOS</b> .....	20
<b>9 RESULTADOS</b> .....	26
<b>10 DISCUSIÓN</b> .....	38
<b>11 CONCLUSIÓN</b> .....	42
<b>11.1 Propuesta</b> .....	44
<b>12 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	46
<b>ENCUESTA DE RECOLECCION DE DATOS</b> .....	50



## ABREVIATURAS Y SIGLAS

<b>ABREVIATURA:</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
<b>SCC</b>	Síndrome del Cuidador Cansado
<b>OIT</b>	Organización Internacional del Trabajo
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>IRC</b>	Insuficiencia Renal Crónica
<b>FG</b>	Filtrado Glomerular
<b>KDIGO</b>	Kidney Disease: Improving Global Outcomes
<b>AIVD</b>	Actividades Indispensables de la Vida Diaria
<b>ABVD</b>	Actividades Básicas de la Vida Diaria
<b>HD</b>	Hemodiálisis
<b>DP</b>	Diálisis Peritoneal
<b>ENSANUT</b>	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
<b>IMSS</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>UMF</b>	Unidad de Medicina Familiar



## GLOSARIO

<b>PALABRA:</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
<b>Síndrome</b>	Conjunto de síntomas o afecciones que se presentan juntos y sugieren la presencia de cierta enfermedad o una mayor probabilidad de padecer de la enfermedad.
<b>Cuidador</b>	Persona que asiste a otra persona que necesita ayuda para cuidar de sí misma.
<b>Insuficiencia Renal Crónica</b>	Pérdida gradual de la función renal.
<b>Diálisis</b>	Proceso de filtrado (en riñón) para eliminación de productos de desecho corporal
<b>Diálisis Peritoneal</b>	Proceso de sustitución renal realizado en peritoneo para filtrado
<b>Hemodiálisis</b>	Proceso de sustitución renal automatizado mediante un recambio mecanizado
<b>Encuesta Nacional de Salud y Nutrición</b>	Instrumento de estudio estadístico realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública y la Secretaría de Salud de México.



## RESUMEN

**Introducción.** Algunos autores han reportado la relación entre factores sociodemográficos tales como edad, escolaridad y nivel socioeconómico con el Síndrome del Cuidador Cansado.

**Objetivo.** Objetivo general. Determinar la asociación del Síndrome de Cuidador Cansado (SCC) en cuidadores primarios de pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal que acuden a la Unidad Médica Familiar 39 del IMSS.

**Material y métodos.** Se entrevistó individuos aparentemente sanos que asisten al servicio de Consulta externa de la Unidad Medico Familiar del IMSS. Se registró sus características demográficas. Asimismo, se evaluó el estado de cansancio como cuidadores primarios mediante el instrumento escala de Zarit, la cual enlaza las dimensiones biopsicosociales. Actualmente está validada en el idioma español, cuenta con una sensibilidad del 93% y especificidad del 84%. Las frecuencias de estas características fueron cuantificadas y la asociación entre variables fueron medidas mediante análisis de varianza.

**Resultados.** Para valorar el estado de sobrecarga de la población de cuidadores primarios se utilizó la escala de Zarit. Su puntaje cuenta con un rango del 0-88, dividida de la siguiente manera: 0-47 ausencia de la sobrecarga, 48-55 sobrecarga leve y 56-88 sobrecarga intensa. Los datos recolectados quedaron de la siguiente manera, ausencia de sobrecarga en un 34.1% de igual manera, se detectó una sobrecarga leve en 34.1% y por último sobrecarga intensa 31.9%.

**Conclusión.** Los niveles de sobrecarga en la población de cuidadores cansados se observó una distribución heterogénea, sin ningún tipo de sobrecarga predominante, entre los cuidadores. Sin embargo, se deberán desarrollar técnicas de tamizaje temprano para su detección para llegar a sobrecarga intensa.

**Palabras claves:** *síndrome del cuidador cansado, edad, escolaridad, nivel socioeconómico, población tabasqueña.*



## ABSTRACT

**Introduction.** Some authors have reported the relationship between sociodemographic factors such as age, education, and socioeconomic status with the Caregiver Burnout Syndrome.

**Objective.** General objective. To determine the association of Caregiver Burnout Syndrome (CBS) in primary caregivers of patients with chronic kidney disease in peritoneal dialysis attending the Family Medical Unit No. 39 of the IMSS.

**Materials and methods.** Apparently healthy individuals attending the outpatient service of the IMSS Family Medical Unit were interviewed. Their demographic characteristics. Additionally, the fatigue status as primary caregivers were assessed using the Zarit scale, which links biopsychosocial dimensions. It is currently validated in the Spanish language, with a sensitivity of 93% and specificity of 84%. The frequencies of these characteristics were quantified, and the relationships between variables were measured through analysis of variance.

**Results.** To assess the burden status of the primary caregiver population, the Zarit scale was used. Its score has a range of 0-88, divided as follows: 0-47 no burden, 48-55 mild burden, and 56-88 intense burden. The collected data were as follows: absence of burden in 34.1%, mild burden in 34.1%, and intense burden in 31.9%.

**Conclusion.** The levels of burden in the population of tired caregivers showed a heterogeneous distribution, with no predominant type of burden among caregivers. However, early screening techniques should be developed for detection, particularly for those at risk of intense burden.



## 1 INTRODUCCIÓN

El cuidado de pacientes en diálisis peritoneal representa un desafío significativo, y el rol del cuidador primario adquiere una relevancia crucial en este contexto. La Unidad Médica Familiar No. 39 se erige como un espacio donde estos cuidadores desempeñan un papel esencial en la atención de pacientes sometidos a este procedimiento médico. El compromiso y la dedicación de estos cuidadores primarios son innegables, pero se enfrentan a una carga emocional y física considerable que ha sido identificada y conceptualizada como el "Síndrome del Cuidador Cansado" (SCC).

El SCC abarca una serie de manifestaciones físicas, psicológicas y emocionales que resultan del estrés prolongado y la sobrecarga asociada con el cuidado constante de pacientes en situaciones de salud complejas, como la diálisis peritoneal. En el contexto específico de la Unidad Médica Familiar No. 39, es esencial profundizar en la comprensión de este síndrome, ya que su impacto puede influir directamente en la calidad del cuidado proporcionado y, por ende, en la salud global de los pacientes en diálisis peritoneal.

Se propone explorar la dinámica del SCC en los cuidadores primarios que atienden a pacientes en diálisis peritoneal en la Unidad Médica Familiar No. 39. Se abordarán aspectos demográficos, la naturaleza del cuidado brindado y la prevalencia del SCC en este contexto específico. Asimismo, se destacará la importancia de este estudio en la mejora de las intervenciones de apoyo y en la implementación de estrategias que mitiguen la carga del cuidador, promoviendo así una atención de calidad para los pacientes en diálisis peritoneal. Este análisis resultará fundamental para guiar futuras investigaciones y diseñar intervenciones efectivas que beneficien tanto a los cuidadores primarios como a los pacientes bajo seguimiento en la Unidad Médica Familiar No. 39.



## 2 MARCO TEÓRICO

### 2.1 Síndrome de Cuidador Cansado

En primer lugar, se define al término “burnout” (agotamiento en español) como el vacío total de algo o el cansancio extremo. Por lo tanto, se concluye al síndrome de burnout (SB) como un estado físico y emocional de agotamiento total. El síndrome del cuidador cansado (SCC) se comprende como un conjunto de condiciones de ansiedad y agotamiento mental en un individuo que cuenta con la responsabilidad de otra persona que presenta características de necesidades especiales. El cuidador cursara con una serie de características resultantes de un estado crónico de estresores que afectan múltiples aspectos de la vida<sup>1</sup>.

A partir de ello, autores, realizaron investigaciones para la determinación de las características propias de este estado de agotamiento extremo, de las cuales es de importancia mencionar tales como: angustia, tristeza, pérdida de interés en el trabajo, baja autoestima, actitudes negativas hacia compañeros, pérdida del deseo de alcanzar objetivos y pérdida progresiva de la energía<sup>1</sup>. Por otra parte, se incluye la despersonalización y agotamiento emocional como vía para que el cuidador/ trabajador desee salir de su situación actual (características propias del SB). Asimismo, las características mencionadas con anterioridad pueden variar conforme a mayor o menor grado de cumplimiento en el paciente lo cual tiene como consecuencia el sentimiento de infelicidad e insatisfacción<sup>2</sup>.

En primer lugar, se debe entender el concepto de cuidado que se construye desde una perspectiva sociocultural, teniendo dos propuestas, la primera que el cuidado, así como tareas de atención, son parte del bienestar cotidiano y reproducción social. Y la segunda, que es una característica primordial de los seres humanos con la finalidad de reparar, conservar y continuar nuestra especie como una sociedad.<sup>6</sup>

Asimismo, debemos comprender el concepto de carga, descrito igualmente por Freudenberguer, y es descrito como ansiedad y agotamiento mental frente al cuidado. A partir de ello, si el cuidador no cuenta con un control del medio que lo



rodea (estresores) tales como: dependencia total o parcial del paciente con su cuidador, alteraciones conductuales del paciente, costo económico elevado y restricción de actividades propias que producen satisfacción personal. El cuidador entrara en un estado de desgaste crónico que limitara sus capacidades físicas y mentales en todas las áreas.<sup>2</sup>

De igual manera, en el ámbito social el trabajo de cuidador se diferencia de otras actividades porque no se recibe un aporte económico, y administradamente no se considera en el mercado como un trabajo, a partir de ello, no es contabilizado y a consecuencia, invisibilizado. Como consecuencia, esta actividad se encuentra acompañada de una desvalorización y desprestigio<sup>4</sup>.

Por lo regular, el cuidador es un individuo que no cuenta con conocimientos en salud, no recibe remuneración económica, cumple sus tareas sin horario establecido, dedican gran parte del día para la convivencia con esta persona. Por ello, el cuidador tendrá consecuencias negativas que pueden ser clasificadas en cuatro estados diferentes (físicas y mentales, socioeconómicas, psicológicas, y por último relaciones familiares) las cuales parten desde un cansancio, pasando por aislamientos social, inestabilidad económica hasta conflictos familiares. A su vez, se define como un individuo que asume responsabilidad de otro individuo ya sea por dependencia o enfermedad, este individuo proporcionara alimento, medicamentos, acompañamiento e higiene personal. Por el grado de dependencia, el cuidador cumplirá las necesidades psicosociales del individuo a su cargo.<sup>5</sup>

En el estudio de las características sociodemográficas y riesgos de los cuidadores, comenta que el bajo nivel socioeconómico, niveles bajos de educación y edad avanzada son la triada del riesgo para el padecer SCC.<sup>2</sup>

Igualmente, el envejecimiento demográfico, propuesto por la OMS (2018) incrementa a la población en calidad de dependientes. Como consecuencia, un aumento en las patologías con asociación a la edad avanzada que tendrá como efecto secundario una mayor necesidad de cuidadores. Por otro lado, comenta la



“feminización” del cuidador al existir una gran proporción de cuidadores femeninos, mayores a 50 años, casadas<sup>1</sup>.

## **2.2 Tipo de cuidador**

A partir de las múltiples funciones y las características del cuidador, se clasifican de acuerdo a la relación con la persona cuidada: informal, formal, primario y secundario.

Formal. Son aquellos que cuentan con la formación adecuada teórica y/o práctica y no pertenecen a la familia del cuidado, realizan sus acciones de manera directa y reciben una remuneración económica por ello.

Informal. Determinado como un individuo que previamente pertenecía al entorno del paciente, que no tienen una formación para cumplir sus labores, no suelen recibir remuneración económica por las acciones realizadas, conllevan un grado de afecto en su labor y no cuentan con horario establecido<sup>4</sup>.

Primario. En primer lugar, son conocidos como principales por asumir la mayor parte o total responsabilidad en el cuidado del individuo a cargo, esto puede ser formal o informal, suelen ser capaces de brindar seguridad y bienestar.

Secundarios. No cuentan con un vínculo o relación con el cuidado, suelen ser aquellos prestadores de servicios institucionales.



Tabla 1. Características de los cuidadores primarios y secundarios

<b>Tipos de cuidadores</b>		
	<b>Primarios</b>	<b>Secundarios</b>
<b>Lugar de labores</b>	Hogar	Hospitales de segundo y tercer nivel, residencias geriátricas, hospicios y unidades de cuidados paliativos, centros de respiro y/o hospitales de día, brigadas de atención ambulatoria y atención domiciliar mediante remuneración económica.
<b>Tipo de remuneración</b>	Afectiva	Económica
<b>Tipo de experiencia</b>	Conocimientos básicos enfocados en el cuidado y aseo personal, experiencia adquirida mediante la práctica del cuidado a lo largo del tiempo, colaboración en la realización de actividades diarias.	Conocimientos y actitudes profesionales, destrezas adquiridas mediante la práctica y estudios superiores, experiencia en pacientes con padecimientos que requieren atención especializada.
<b>Aspectos afectivos</b>	Amor familiar, esperanza de mejora en la salud del paciente, esperanza de ayuda por el resto de la	Vocación de servicio, propósitos y metas en común, lazos afectivos a su familia.



	familia.	
<b>Detonantes</b>	Sentido de frustración personal por poca interacción social, falta de desarrollo económico, imposibilidad de preparación académica, falta de apoyo por el resto de la familia.	Sentido de frustración por poco tiempo con su familia, presión laboral, salarios no adecuados y turnos extensos.

Fuente: Mariscal Chacón, J. A., Barahona Vargas, B. S., Linares Reyes, R. M., Castañeda Argueta, L. A., Mejía Bethancourt, K. M. y Hernández Aldana, A. O. (2021). Repercusión mental de los cuidadores expuestos al trato con pacientes geriátricos. *Revista Académica CUNZAC*, 4(1) 65-733.

Existe una segunda clasificación por parte de la OIT, siendo la siguiente: Directos. Los cuales realizan actividades directamente asociadas con el paciente, tales como alimentación, higiene personal, etc. Indirectos. Aquellos que no entran en contacto directo con el paciente, pero trabajan en su entorno, con acciones tales como, limpieza del hogar, preparación de alimentos, lavado de ropa, etc<sup>6</sup>.

### 2.3 Dependencia

Por otra parte, debemos comprender al individuo en su totalidad, se debe entender el concepto de dependencia, definido como “la necesidad de asistencia o ayuda relevante para el cumplimiento de las actividades cotidianas”. A partir de ella hay dos personas, el dependiente y el cuidador. El primero lo es a consecuencia de una pérdida de su autonomía (física, intelectual, sensorial o mixta).

Se clasifica por el tipo de pérdida de autonomía.



- a) Física. A partir de la pérdida la capacidad de cumplir las funciones corporales o de interactuar con el entorno.
- b) Mental. Es un estado donde el individuo no puede satisfacer sus necesidades emocionales como la toma de decisiones o resolver problemáticas.
- c) Sensorial. Debido a las alteraciones en uno o más de los sentidos. Donde repercute en la capacidad para desenvolverse en la vida normal.
- d) Mixta. Cuando dos o más de las anteriormente descritas están presentes al mismo tiempo<sup>5</sup>.

Grados de dependencia

Están descritas dependiendo el nivel de exigencia del paciente.

1. Moderada. Primer grado de dependencia, caracterizada por la necesidad del paciente para la realización de las actividades diarias, tienen a ser en momentos en específicos, pero, presentes al menos una vez al día. Entiéndase, de manera intermitente.
2. Severa. El individuo necesita de ayuda para sus actividades de dos a tres veces al día, pero no permanentemente.
3. Gran dependencia. Es el grado más elevado, donde el dependiente requiere de constante ayuda a causa de una pérdida total de su autonomía, independientemente del tipo<sup>7</sup>.

## 2.4 Repercusiones del cuidador

De igual importancia, el cuidador es un ser humano que puede sufrir consecuencias originadas de la responsabilidad adquirida de ofrecer un servicio de cuidado. Una sobrecarga de labores afecta el ámbito psicosocial y económica del cuidador. Por ello, se realizan cambios en el estilo y calidad de vida de este. Entre las



consecuencias de la sobrecarga, se observan, deterioro cognitivo, social, estrés, deterioro de las enfermedades crónicas, ansiedad, estrés y depresión<sup>4</sup>.

A partir de ello, el conocer la prevalencia de la sobrecarga de los cuidadores permite el desarrollo de nuevas estrategias para una mejor atención.

## **2.5 Marco Político Internacional**

La OIT propone una serie de puntos que conforman el marco político para la regularización del trabajo de los cuidadores mediante cinco apartados diferentes.<sup>7</sup>

Políticas de cuidado. Son todas aquellas políticas públicas establecidas por el gobierno a cargo para la implementación de servicios de cuidado para el cuidador, tales como; servicios infantiles, infraestructura y demás.

Políticas macroeconómicas. Son medidas de tipo fiscal, para la protección económica del trabajador, y la creación de oportunidades de empleo.

Políticas de protección social. Estas son la clave para la regulación de los marcos institucionales, ante situaciones de no pago, pérdida de empleo, y falta de apoyo económico.

Políticas laborales. Permiten la regulación de la regulación del trabajo, y la relación que exista entre el cuidador y el cuidado.

Políticas de migración. Para aquellos países con alto flujo de migrantes, que permitan condiciones óptimas para el desarrollo de sus actividades<sup>7</sup>.

## **2.6 Herramientas de detección**

Una de las principales herramientas para la medición de sobrecarga en el cuidador es la escala de Zarit, la cual enlaza las dimensiones biopsicosociales. Actualmente está validada e el idioma español, cuenta con una sensibilidad del 93% y especificidad del 84%. Es tipo Likert con cinco puntos del 0 (nunca) al 4 (siempre). Su puntaje cuenta con un rango del 0-88, dividida de la siguiente manera: 0-47



ausencia de la sobrecarga, 48-55 sobrecarga leve y 56-88 sobrecarga intensa. El índice alfa de Cronbach es 0.84.<sup>28</sup>

## 2.7 Epidemiología

Debemos comprender la prevalencia del SCC a nivel mundial no se tienen datos precisos sobre el número de cuidadores, sin embargo, algunos países han realizado investigaciones sobre este individuo. Por ejemplo, en Estados Unidos se reportó para 2007 que existían aproximadamente 10 millones como cuidadores de pacientes con Alzheimer u otra demencia (Asociación de Alzheimer, 2007). Una característica de estas personas es el ser regularmente familiares o amigos los que proporcionan el tiempo y esfuerzo para cumplir las necesidades de los pacientes a su cargo.<sup>7</sup>

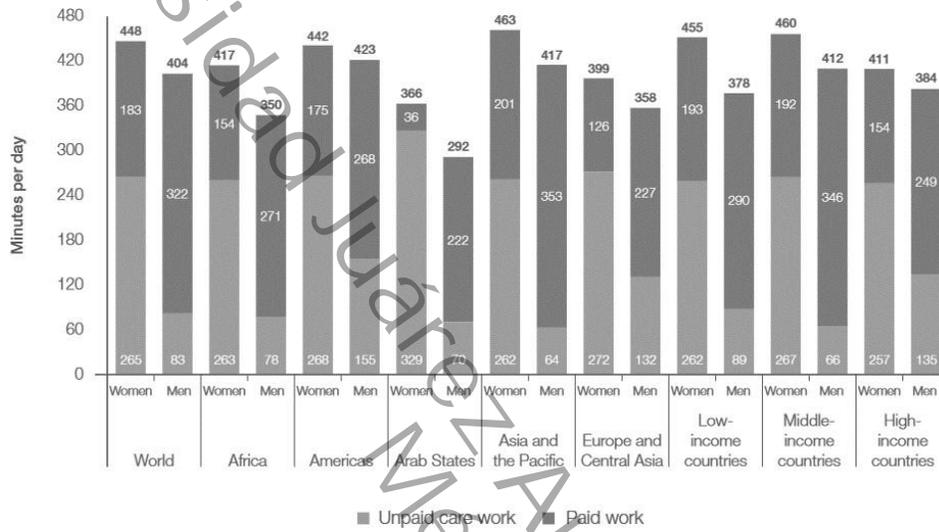
A partir de un panorama más amplio, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), organismo especializado que parte de la Organización de las Naciones Unidas, que reúne a gobiernos, empleadores y trabajadores, con la finalidad de establecer normas de trabajo, elaboración de programas de trabajo y formulación de políticas. Informa a partir de su último reporte en 2018, en 2015 existían 2000 millones de personas con necesidades de cuidado en el mundo. Por ello, la economía del cuidado que incluye a los remunerados como a los que no, calcula a 381 millones de personas en edad laborable, con predominio del género femenino (249 millones de mujeres y 132 millones de hombres), que se dedican a las acciones del cuidado. Eso representa un total de 11.5% de los trabajadores de todas las áreas a nivel mundial.<sup>7</sup>

En cuestiones de distribuciones laborales, en un estudio realizado por la OIT “Care work and care jobs for the future of decent work” refiere “Las mujeres realizan el 76,2 por ciento de todo el trabajo de cuidados no remunerados, dedicándole 3,2 más veces que los hombres”.

Asimismo, dentro de este estudio, nos presenta un panorama de desigualdad por género, donde al curso de un año, 201 días laborales (de una jornada de ocho

horas) corresponde a mujeres y el resto de 63 días es a hombres. Sin importar la región del mundo, existe una carga mayor ligada al género femenino, el cual se puede observar en la siguiente grafica<sup>6</sup>.

Figura 2. Tiempo gastado en trabajo de cuidador remunerado y no remunerado por sexo, región mundial e ingreso durante 2018.



Fuente: Care work and care jobs for the future of decent work. Organización Mundial del trabajo, 2018<sup>6</sup>

A través, de esa grafica podemos observar lo mencionado anteriormente, en el cual las mujeres son predominantes en tiempo gastado y trabajo no remunerado, y los hombres en menor tiempo gastado y trabajo remunerado.

## 2.8 Insuficiencia renal crónica

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) se define como un estado patológico en el cual, existe una disminución de la función renal, el cual se establece mediante el filtrado glomerular (FG) menor a 60 ml/min/1.73m<sup>2</sup>, de igual manera, a través de la existencia de un daño renal persistente por 3 meses de duración, sin importar la causa del mismo.



Por consiguiente, existe un estado patológico en la histología del tejido, alteración de los cocientes de albumina/creatinina, presencia de sedimento urinario anormal, cambios electrolíticos y alteraciones estructurales.<sup>9</sup>

### 2.8.1 Clasificación de la Insuficiencia Renal Crónica

Por otra parte, para un entendimiento básico de la IRC existe un sistema de clasificación estandarizado mediante las guías “Kidney Disease: Improving Global Outcomes” (KDIGO), presentada en 2021 se encuentra establecida como la clasificación actual.

- G1. Daño renal con FGe normal o alto: > 90 ml/min/1.7,3 m<sup>2</sup>.
- G2. Daño renal con FGe levemente disminuido: 60-89 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.
- G3a. Descenso leve-moderado: 45-59 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.
- G3b. Descenso moderado-grave: 30-44 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.
- G4. Descenso grave: 15-29 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.
- G5. Fallo renal: < 15 ml/min/1,73 m<sup>2</sup><sup>36</sup>

Parte de la misma clasificación habla sobre tres diferentes categorías de albuminuria.

- A1. Daño renal con albuminuria normal o aumento leve:< 30 mg/g o < 3 mg/mmol
- A2. Aumento moderado: 30-299 mg/g o 3-29 mg/mmol.
- A3. Aumento grave: ≥ 300 mg/g o ≥ 30 mg/mm

Por lo tanto, a partir de la unión del estado de daño renal más la albuminuria surgen tres diferentes estadios para la determinación de la gravedad de la patología.<sup>10</sup>

1. Estadio 1: G1 con A2 o A3
2. Estadio 2: G2 con A2 o A3
3. Estadio 3a: G3a con A1-A3
4. Estadio 3b: G3b con A1-A3
5. Estadio 4: G4 con A1-A3

6. Estadio 5: G5 con A1-A3

Imagen 1. Clasificación de la Insuficiencia Renal Crónica por Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO)

**CURRENT CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) NOMENCLATURE  
USED BY KDIGO**

*CKD is defined as abnormalities of kidney structure or function, present for > 3 months, with implications for health. CKD is classified based on Cause, GFR category (G1–G5), and Albuminuria category (A1–A3), abbreviated as CGA.*

Prognosis of CKD by GFR and albuminuria categories: KDIGO 2012				Persistent albuminuria categories		
				Description and range		
				A1	A2	A3
				Normal to mildly increased	Moderately increased	Severely increased
				< 30 mg/g < 3 mg/mmol	30–300 mg/g 3–30 mg/mmol	> 300 mg/g > 30 mg/mmol
GFR categories (ml/min/1.73 m <sup>2</sup> ) Description and range	G1	Normal or high	≥ 90			
	G2	Mildly decreased	60–89			
	G3a	Mildly to moderately decreased	45–59			
	G3b	Moderately to severely decreased	30–44			
	G4	Severely decreased	15–29			
	G5	Kidney failure	< 15			

Green, low risk (if no other markers of kidney disease, no CKD); yellow, moderately increased risk; orange, high risk; red, very high risk.  
 GFR, glomerular filtration rate.

Fuente: Clinical Practice Guideline for the management of blood pressure in chronic kidney disease. KDIGO 2022



## 2.9 Artículos relacionados

A continuación, se presentan estudios con la misma línea de investigación del protocolo presente. Con una el enfoque a la presencia de SCC en cuidadores en pacientes con IRC, desarrollados por diversos autores en el ámbito internacional.

En el año 2019, en Alicante, España estudiaron la prevalencia del déficit funcional para las actividades indispensables de la vida diaria (AIVD) en pacientes en hemodiálisis (HD), y su relación con el déficit funcional en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y su injerencia en la calidad de vida. Reportaron que un 80.3% de la muestra poseía algún grado de dependencia con un predominio del tipo moderado/severo en AIVD (57.5%), y un 40.8% son dependientes para las ABVD (con un 9% de dependía moderada-severa).<sup>11</sup>

Al análisis de los datos se observó correlación entre los tipos de dependencia (R: -0.583;  $p=0.000$ ). Las variables como edad y situación laboral cuentan con correlación para dependencia en ABVD y AIVD ( $p= 0.034$ ;  $p=0.000$ ). Donde se concluyó que los pacientes en HD cuentan con mayor grado de dependencia para las AIVD ( $p=0.000$ ) que a las ABVD ( $p=0.01$ ).

En el año 2018, en Cartagena, Colombia realizaron un protocolo para la determinación de la calidad de vida y sobrecarga percibida por parte del cuidador del paciente con insuficiencia renal crónica. Este estudio transversal reportó que un 35.6% de la muestra no percibía sobrecarga de labores, comparado con un 39.3% que percibe una sobrecarga ligera y por último un 25.2% una sobrecarga intensa.<sup>12</sup>

En el año 2019, en Colombia, se realizó una revisión de literatura con el objetivo de determinar las características del cuidador del paciente con ERC y sus condiciones de salud con relación al cuidado familiar. A partir de los resultados obtenidos, se obtuvo un panorama del perfil del cuidador, el cual es predominantemente mayor a 53 años (41.66%), femenino (92.3%), casado (66.6%), concluyo la primaria (26.08%) y se dedica al hogar (22.22%). Por otra parte, se determinaron cuatro dimensiones (física, social, espiritual y laboral) en la primera habla sobre un



predominio de sobrecarga física, en el segundo la presencia de conflictos sociales y económicos, en el tercero refieren que la compensación es personal y hay una relación de espiritualidad y, por último, hay una disminución en la progresión profesional con posibles pérdidas a nivel laboral.<sup>13</sup>

En 2018, se realizó un protocolo con la finalidad de determinar la dependencia funcional de los pacientes que acuden a sesiones de hemodiálisis. De los resultados obtenidos, los grados de dependencia mostraron los siguientes porcentajes; leve con 33%, moderada y grave con 17% e independientes con 32%. Se observó una relación entre los tiempos de sesión de hemodiálisis y los grados de dependencia ( $p=0.032$  IC 95%)<sup>13</sup>.

De igual manera, se realizó un análisis descriptivo para la evaluación de conocimiento de la enfermedad, estado emocional, familiar y demás. De lo cual se obtuvo información que los cuidadores tuvieron mayor información del estado de salud que el propio paciente (86% cuidadores, 59% pacientes). Mediante el uso de la escala de Beck, la cual evalúa el estado de depresión, se detectó que tanto paciente como cuidadores presentan depresión moderada casi en un porcentaje idéntico (53% pacientes y 47% cuidadores). Este estudio desde la perspectiva psicológica propone la creación de un protocolo de evaluación psicosocial al paciente y al cuidador al momento del diagnóstico para la aceptación de la reestructuración de la vida y la enfermedad. Esto, para una atención integral.<sup>14</sup>

En 2018, mediante un estudio con base en un modelo de solución de problemas con finalidad de disminución de niveles de sobrecarga y depresión en cuidadores de pacientes con ERC obtuvieron resultados significativos. En el grupo intervenido mostraron un  $d$  de Cohen de 1.09 y porcentaje de cambio para depresión de 37%<sup>15</sup>.



### 3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha evidenciado de manera consistente que el cuidado de un enfermo crónico degenerativo impone una "carga" significativa al individuo encargado de su atención, quien con frecuencia es un miembro de la familia. En muchos casos, esta designación como cuidador principal no es una decisión voluntaria y libre, sino más bien una imposición, dando lugar a un cambio significativo en el estilo de vida de dicho cuidador. Este cambio no solo abarca las tareas prácticas del cuidado, sino que también conlleva alteraciones emocionales diversas, tales como ansiedad, culpabilidad, ira y depresión, entre otras. Este fenómeno resalta la complejidad y la carga emocional que enfrentan los cuidadores primarios en el contexto de las enfermedades crónicas degenerativas <sup>28</sup>

En el contexto de una proyección a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) estima un incremento del 300% en la población adulta mayor para el año 2050. Este rápido cambio demográfico plantea desafíos sustanciales para las instituciones de salud, que deben adaptar sus servicios para satisfacer las necesidades de los grupos de edad predominantes en la población. Este fenómeno global es de particular relevancia al considerar que, en su mayoría, las personas de edad avanzada padecen enfermedades crónicas degenerativas y, por ende, requieren cuidadores primarios <sup>5</sup>.

Ante este panorama, es imperativo comprender a fondo las características de los cuidadores primarios cuando se enfrentan a un estado de desgaste crónico. La carga física y emocional asociada con el cuidado constante de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas puede tener consecuencias significativas para la salud y el bienestar de estos cuidadores. Por lo tanto, es esencial explorar de manera detallada las dimensiones de este desgaste crónico y diseñar estrategias de apoyo específicas que aborden sus necesidades particulares <sup>28</sup>.

En este contexto, se hace evidente la necesidad de políticas y programas de salud que reconozcan y aborden las complejidades del papel de los cuidadores primarios. Estas iniciativas deben ir más allá de la atención médica convencional y abordar de



manera integral los aspectos emocionales y sociales asociados con el cuidado de pacientes crónicos degenerativos. Asimismo, se destaca la importancia de establecer sistemas de apoyo y recursos que ayuden a aliviar la carga de los cuidadores y promover su bienestar a largo plazo.

En resumen, el papel del cuidador primario en el contexto de las enfermedades crónicas degenerativas es un aspecto crítico y complejo de la atención de la salud. Comprender las diversas dimensiones de esta responsabilidad y proporcionar apoyo adecuado son pasos fundamentales para abordar eficazmente las necesidades de los cuidadores y, en última instancia, mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes como de aquellos que los cuidan.<sup>9</sup>

Por lo tanto, la determinación de los factores asociados al SCC es motivo de estudio para la creación de estrategias de salud que permitan su prevención, detección y tratamiento. Asimismo, el médico de primer contacto debe poseer las habilidades para la identificación y detección oportuna del SCC. En el presente estudio la interrogante fue la prevalencia del Síndrome de Cuidador Cansado (SCC) en cuidadores directos de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas que acuden a la Unidad Médica Familiar del IMSS.

En el presente estudio la interrogante es:

¿Cuál es la asociación del síndrome del cuidador cansado y los cuidadores primarios de pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal?

## **4 JUSTIFICACIÓN**

### **4.1 MAGNITUD**

Las Unidades Médicas Familiares son el punto de primer contacto para la mayoría de personas en búsqueda de atención médica. Por ello, generar información sobre la utilización de los servicios de salud es de gran relevancia, tanto para la medición de los programas de salud, además, para la evaluación de las políticas públicas en relación con la salud poblacional.



De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en su versión 2018-2019, enlista las primeras 45 causas de consulta ambulatoria, resaltando en segundo lugar (por debajo de las enfermedades y síntomas respiratorios) a las enfermedades crónico degenerativas (diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, insuficiencia renal y obesidad)<sup>18</sup>.

En México, así como en el mundo, la insuficiencia renal crónica representa un grave problema de salud pública. Al ser de origen inespecífico y con asociación relevante a otras enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México (diabetes e hipertensión), así como, el gran impacto que provoca en los recursos económicos, humanitarios y de infraestructura. Por consecuencia, afecta los años de vida perdidos en la población<sup>14</sup>.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), es la institución que atiende acerca del 80% de la población mexicana con la patología de IRC en diálisis peritoneal y hemodiálisis, así como, en espera de trasplante. De las cuales 58.3% (del total de pacientes en terapia de sustitución) corresponden a diálisis peritoneal y 41.7% a hemodiálisis. Ante la gran necesidad de atención se maneja en dos modalidades diferentes: Unidades propias de atención (30%) y subrogación de servicios en unidades privadas (70%). Por ejemplo, visto desde la perspectiva económica el costo anual promedio de atención de un paciente en hemodiálisis es de \$211,780.17 pesos.<sup>15</sup>

Lo que corresponde entre el 1.47% y 1.73% del presupuesto anual. Un costo que varía por múltiples factores, sin embargo, el cuidado proporcionado por la persona responsable del paciente es de gran importancia en su aumento o disminución<sup>15</sup>.

#### **4.2 TRASCENDENCIA**

Por otro lado, el análisis de costos por sí solo, no evalúa la efectividad de atención ni de presupuestos, pero proporciona un marco de referencia para análisis más detallados.



De igual manera, se debe comprender las consecuencias de la enfermedad no solo en el paciente, sino, en el núcleo al que pertenece. El cuidado y el autocuidado, puede provocar múltiples respuestas en el individuo, una de ellas es la crisis; contando con múltiples definiciones, tales como Slaikau (1984) explicando como “un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares” o con un punto de vista humanista, como L.R. Brito “abismo entre el pasado que ya no es vigente y un futuro aun no constituido”. Por consecuencia, las personas entran en un estado de carga laboral y emocional diferente, el cual puede causar respuestas catastróficas para el estilo de vida del individuo.<sup>12</sup>

Algunos autores, han demostrado que la percepción de calidad de vida en los pacientes con IRC es baja, y que un acercamiento con perspectiva holística permite la comprensión de los diversos factores que rodean al paciente y permiten mejorar el autocuidado en su enfermedad<sup>13</sup>.

#### **4. 3 VULNERABILIDAD**

Uno de los principales aspectos de vulnerabilidad es la ausencia de programas de seguimiento de pacientes con IRC y sus cuidadores que evalúen su calidad de vida y salud mental. La institución cuenta con una cantidad considerable de pacientes y cuidadores mediante los cuales permiten el desarrollo de programas para el mejoramiento de la atención a la salud.<sup>27</sup>



## 5. HIPÓTESIS

**H0.** No hay asociación entre el Síndrome Del Cuidador Cansado Y Los Cuidadores Primarios De Pacientes Con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal De La UMF 39.

**H1.** Hay asociación entre el Síndrome Del Cuidador Cansado Y Los Cuidadores Primarios De Pacientes Con Insuficiencia Renal Crónica En Diálisis Peritoneal De La UMF 39.

## 6 OBJETIVOS

### 6.1 Objetivo General

Determinar la asociación del Síndrome de Cuidador Cansado (SCC) en cuidadores primarios de pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 39 del IMSS.

### 6.2 Objetivos Específicos

- Evaluar el nivel de sobrecarga de los cuidadores primarios de pacientes que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 39 del IMSS.
- Determinar las características sociodemográficas de los cuidadores primarios de pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal que acuden a la consulta de la Unidad de Medicina Familiar No. 39.
- Establecer la asociación entre la sobrecarga y las características sociodemográficas de los cuidadores primarios de pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 39.



## 7 MATERIALES Y MÉTODOS

### 7.1 Diseño del estudio

Correlacional, transversal

### 7.2 Universo de estudio

Sujetos cuidadores primarios de pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal que acuden al servicio de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 39 del IMSS. N= 119 cuidadores primarios.

### 7.3 Muestra

El cálculo de la muestra se realizó a través de la fórmula de población finita.

$$n = \frac{Z^2 * P * Q * N}{(N-1)E^2 + Z^2 * P * Q}$$

#### DESPEJE DE LA FORMULA

$$n = \frac{(1.96^2)(.5)(.5)(119)}{(119-1)(0.05^2) + (1.96^2)(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{(3.84)(.25)(119)}{(118)(0.0025) + (3.84)(.25)}$$

$$n = \frac{114.2876}{0.295 + 0.9604}$$

$$n = \frac{114.2876}{1.2554}$$

$$n = 91.03$$



91 sujetos cuidadores primarios de pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal que acudieron al servicio de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 39. Del IMSS del 04 al 30 de octubre del 2023.

#### **7.4 Criterios de inclusión**

Aceptar en participar en este estudio y firmar consentimiento informado previo a la entrevista.

#### **7.5 Criterios de exclusión**

Pacientes que no aceptaron participar en este estudio.

Consentimiento informado no firmado.

#### **7.6 Criterios de eliminación**

Entrevista incompleta.

#### **7.8 Instrumentos y medidas**

##### Datos sociodemográficos:

Los pacientes fueron entrevistados durante la consulta externa de la Unidad Médica Familiar del IMSS 39. Se aplicó un cuestionario para determinar las características demográficas (edad, género, ocupación, escolaridad, estado civil, año de inicio como cuidador).

- Datos clínicos:
- Se aplicó una encuesta para determinar el uso de alcohol y tabaco.

##### Escala de Zarit



- Es tipo Likert con cinco puntos del 0 (nunca) al 4 (siempre). Su puntaje cuenta con un rango del 0-88, dividida de la siguiente manera: 0-47 ausencia de la sobrecarga, 48-55 sobrecarga leve y 56-88 sobrecarga intensa. El índice alfa de Cronbach es 0.84<sup>25</sup>.

### Variables independientes.

**Tabla 1.** Variables independientes de los cuidadores primarios servicio de consulta externa de la Unidad Médica Familiar del IMSS 39.

Variable	Tipo de variable	Definición operativa
Escala de Zarit	Cuantitativa discreta	Puntuación Zarit que evalúa el nivel de carga del cuidador primario.

### Variables dependientes.

**Tabla 2.** Variables independientes de los pacientes de servicio de consulta externa de la Unidad Médica Familiar del IMSS 39.

Variable	Escala	Definición operativa
Edad	Cuantitativa discreta	Años cumplidos desde el nacimiento.
Nivel educativo	Cualitativa ordinal	Años escolares cursado completamente desde la primaria.
Sexo	Cualitativa dicotómica	Condición biológica determinada por los órganos sexuales del individuo.
Estado civil	Cualitativa nominal	Estado civil actual del paciente
Empleo	Cualitativa nominal	Tipo de actividad laboral ejercida.
Uso de tabaco	Cualitativa ordinal	Consumo de tabaco, ya sea pasado o presente.
Uso de alcohol	Cualitativa ordinal	Consumo de bebidas alcohólicas, ya sea pasado o presente.



## 7.9 Técnica y procedimiento de la investigación

Se llevó a cabo un estudio analítico, correlacional, transversal, en la Unidad de Medicina Familiar 39, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Ciudad de Villahermosa, Tabasco México, 04 al 30 de octubre del 2023, con un total de 119 pacientes, confirmados como cuidadores primarios de pacientes con IRC en diálisis peritoneal que acuden a consulta en UMF no. 39. Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula para estudios analíticos cuando se conoce el universo total del estudio, se aplicó la fórmula con el total de pacientes censados donde se obtuvo  $n=91$ , con un nivel de confianza del 95%, una desviación estándar de la población de 0.5 y un límite aceptable de error del 5%.

Previa autorización del comité de ética y de investigación clínica se solicitó la autorización a los directivos correspondiente y se procedió a incluir a los pacientes que cumplieron los criterios de selección, a través de un muestreo aleatorio simple, a conveniencia de los autores.

Durante la consulta de medicina familiar de atención a pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal en la UMF no. 39, se realizó un tamizaje a los familiares que se encuentren acompañando al paciente, que se identifiquen como cuidadores del paciente y no solo como acompañante eventual si cumple con estas características, más la mayoría de edad, se procedió a explicarle el objetivo del estudio de una manera clara y entendible para el derecho habiente, se preguntó si deseaba participar en el estudio contestando las preguntas de la encuesta, y en caso de recibir una respuesta positiva, se le explicó la hoja de consentimiento informado y se le pidió que la firmara confirmando su deseo de participar en el estudio, se le aplicó el instrumento de recolección de datos tipo entrevista, aclarando sus dudas en cuanto a la misma. Una vez completado el número necesario de encuestas para el estudio, Se tomó la población con Insuficiencia Renal crónica en diálisis peritoneal, posteriormente en base a los resultados de la



encuesta se dicotomizó en cuidadores que si presentaron síndrome de cuidador cansado y los que no, para poder contrastar las variables mediante el uso de Chi cuadrada, también se utilizó medidas de tendencia central, frecuencia y porcentaje para las demás variables.

Mediante el uso del programa International Business Machines Corporation (IBM) Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25.0, se analizó los datos, y se expusieron mediante tablas y cuadros para integrar los resultados.

### **7.10 Instrumento para la recolección de la información**

El instrumento de recolección de datos se hizo por medio de la entrevista con pacientes cuidadores primarios de pacientes que acuden al servicio de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 39, mediante una encuesta de recolección de datos la cual fue creada por los autores el cual consta de dos partes. La primera parte corresponde a las características sociodemográficas del derechohabiente, la cual consta de dos primeros ítems que corresponde a edad y género, posteriormente 9 reactivos de opción múltiple, cuyo objetivo es obtener las características sociodemográficas de interés para los autores. La segunda parte corresponde a una encuesta en español y estandarizada para su uso en población mexicana, con la finalidad de detección de SCC. Este instrumento valora diversas características de la vida del cuidador, desde actividades de higiene personal hasta percepción de carga de trabajo en relación al cuidado.



## 8 ASPECTOS ÉTICOS

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud, así mismo a la confidencialidad de sus datos y de la información recolectada ya sea de manera directa con el paciente o a través del documento médico legal que implica el expediente clínico, todo esto conforme al artículo 4to de la constitución política, vigente en nuestro país.

Mantener la confidencialidad de los encuestados es una de los factores primordiales en la investigación, sobre todo tomando en cuenta las directrices que está tomando la mismas, es por ello que no se incluyó algún tipo de información que de forma directa o indirecta pudiera ser factor para identificar a los participantes del estudio, esto protegiendo la confidencialidad del mismo, establecido en la norma oficial mexicana vigente, de atención en servicios de salud y protección de datos del mismo. Como investigadores nos hacemos responsables del anonimato y confidencialidad de cada uno de los integrantes de la población de estudio. Los datos aquí recogidos no van a ser utilizados con otros fines que no sean los propios inherentes al estudio en cuestión.

Todas las encuestas e instrumentos de recolección de datos están realizadas de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como los códigos y normas Internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica, así como a La Ley General de Salud y la Norma Oficial Mexicana.

Además de todos los aspectos arriba señalados, en cuanto al cuidado que se tiene con la seguridad y bienestar de los pacientes se hace hincapié que se respetaron cabalmente los principios contenidos en el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki y sus enmiendas.



## 9 RESULTADOS

En este estudio participaron 91 personas, de las cuales fueron 61 mujeres (67%) y 30 (33%) hombres. Entre la población existe una media de edad de 54 años, posteriormente fueron divididos en múltiples grupos en relación con sus rangos de edad, con un grupo de 70 años y más abarcaron 5.5%, de 60 a 69 años un 31.9%, 40 a 59 años 33% siendo el grupo con mayor prevalencia, 40 a 49 años con 18.7%, 30 a 39 años con 7.7%, en menor medida, 20 a 29 años y menores de 20 años con 2.2% y 1.1% respectivamente. (Tabla 1)

En relación a la escolaridad, el grupo con menor prevalencia se comparte entre analfabeta y carrera técnica con 4.4% en ambos, seguidos por secundaria completa con 8.8% y secundaria incompleta con 9.9%, continuando con primaria completa 15.4%, licenciatura 16.5%, primaria incompleta 19.8% y en mayor medida bachillerato con un 20.9%. (Tabla 1)

En lo que respecta a ocupación, el 52.7% son desempleados, seguidos de un 26.4% que corresponde a empleados, 11% son profesionistas, 6.6% y 3.3% corresponden a campesino y obrero respectivamente. Asimismo, sobre su estado civil, en mayor medida se encuentra casado con 30.8%, 26.4% son solteros, 22% unión libre y 17.6% son viudos. (Tabla 1)

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de los cuidadores primarios de pacientes en diálisis peritoneal de la UMF 39.

<b>Sexo</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<i>Masculino</i>	30	33.0
<i>Femenino</i>	61	67.0
<i>Total</i>	91	100.0



<b>Grupo de Edad</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
< 20 años	1	1.1
20 a 29 años	2	2.2
30 a 39 años	7	7.7
40 a 49 años	17	18.7
40 a 59 años	30	33.0
60 a 69 años	29	31.9
70 y más	5	5.5
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>100.0</b>
<b>Escolaridad</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Analfabeta	4	4.4
Primaria Incompleta	18	19.8
Primaria Completa	14	15.4
Secundaria Incompleta	9	9.9
Secundaria Completa	8	8.8
Bachillerato	19	20.9
Carrera técnica	4	4.4
Licenciatura o más	15	16.5
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>100.0</b>



<b>Ocupación</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<i>Desempleado</i>	48	52.7
<i>Campesino</i>	6	6.6
<i>Obrero</i>	3	3.3
<i>Empleado</i>	24	26.4
<i>Profesionista</i>	10	11.0
<i>Total</i>	91	100.0
<b>Estado Civil</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<i>Soltero</i>	24	26.4
<i>Casado</i>	28	30.8
<i>Unión libre</i>	20	22.0
<i>Divorciado</i>	16	17.6
<i>Viudo</i>	3	3.3
<i>Total</i>	91	100.0

Fuente: Instrumento de datos sociodemográficos.

### **Antecedentes de cuidadores primarios en la clínica UMF 39**

Para valorar integralmente a la muestra, se decidió tomar en cuenta otras variables en relación al estado actual y antecedentes de comorbilidades de la muestra. Por ello, se realizó la medición de IMC con resultados de un 61.5% de la muestra con sobrepeso, seguido de 22% con obesidad grado I, 12.1% con IMC normal y en menor medida obesidad grado II con un 4.4%. Al mismo tiempo, se interrogó a los



cuidadores primarios la presencia de antecedentes heredofamiliares de enfermedades crónico degenerativas, de los cuales un 62.6% afirmaron contar con antecedentes y solo un 37.4% no cuenta con ellos. (Tabla 2)

Específicamente, sobre los tipos de antecedentes, de mayor prevalencia se detectó a diabetes mellitus con un 24.2%, seguido de hipertensión arterial con 19.8% y por último un 18.7% del total de la muestra cuentan con ambas comorbilidades. Por último, se interrogó sobre antecedente específico de tabaquismo, en el cual un 22% cuenta con esta actividad. (Tabla 2)

**Tabla 2.** Antecedentes de cuidadores primarios en la clínica UMF 39.

<b>Clasificación IMC</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<i>Normal</i>	11	12.1
<i>Sobrepeso</i>	56	61.5
<i>Obesidad Grado I</i>	20	22.0
<i>Obesidad Grado II</i>	4	4.4
<i>Total</i>	91	100.0
<b>Antecedentes Heredofamiliares</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<i>Si</i>	57	62.6
<i>No</i>	34	37.4
<i>Total</i>	91	100.0
<b>¿Tipo de antecedente?</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<i>Hipertensión Arterial</i>	18	19.8
<i>Diabetes Mellitus</i>	22	24.2



HAS y DM	17	18.7
No aplica	34	37.4
Total	91	100.0
<b>Año de Inicio como cuidador</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
2015	3	3.3
2016	4	4.4
2017	11	12.1
2018	17	18.7
2019	15	16.5
2020	19	20.9
2021	16	17.6
2022	6	6.6
Total	91	100.0
<b>Comorbilidades del cuidador</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Si	44	48.4
No	47	51.6
Total	91	100.0
<b>¿Tipo de comorbilidades del cuidador?</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Hipertensión Arterial	14	15.4



<i>Diabetes Mellitus</i>	20	22.0
<i>HAS y DM</i>	10	11.0
<i>No aplica</i>	47	51.6
<i>Total</i>	91	100.0
<b>Tabaquismo</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<i>Si</i>	20	22.0
<i>No</i>	71	78.0
<i>Total</i>	91	100.0

Fuente: Instrumento de datos sociodemográficos.

### **Determinación de la sobrecarga en cuidadores primarios de la UMF 39**

Para valorar el estado de sobrecarga de la población de cuidadores primarios se utilizó la escala de Zarit. Su puntaje cuenta con un rango del 0-88, dividida de la siguiente manera: 0-47 ausencia de la sobrecarga, 48-55 sobrecarga leve y 56-88 sobrecarga intensa. Los datos recolectados quedaron de la siguiente manera, ausencia de sobrecarga en un 34.1% de igual manera, se detectó una sobrecarga leve en 34.1% y por último sobrecarga intensa 31.9%. (Tabla 3)

**Tabla 3.** Niveles de sobrecarga en cuidadores primarios de la UMF 39

<b>Grupo de Escala de Zarit</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<i>Ausencia de Sobrecarga</i>	31	34.1
<i>Sobrecarga Leve</i>	31	34.1
<i>Sobrecarga Intensa</i>	29	31.9



Total

91

100.0

Fuente: Escala de Zarit

### Valoración de los niveles de sobrecarga y relación con la edad

Se realizó un análisis de varianza para la comparación de los resultados obtenidos por nivel de sobrecarga (leve-intensa y ausencia de sobrecarga) en la escala de Zarit y las características sociodemográficas (grupo de edad, escolaridad, estado civil, ocupación). Se presentó una asociación significativa entre los grupos de edad y resultados de la escala ( $p=0.00$ ). (Tabla 4)

**Tabla 4.** Relación de edad y resultados obtenidos en la escala de Zarit de los cuidadores primarios de la UMF 39

Grupo de Edad	Escala de Zarit				Total		$\chi^2$	$p$
	Sobrecarga (Leve-Intensa)		Ausencia de Sobrecarga		f	%		
	f	%	f	%				
< 20 años	1	1.1	0	0.0	1	1.1	31.375	0.000
20 a 29 años	2	2.2	0	0.0	2	2.2		
30 a 39 años	7	7.7	0	0.0	7	7.7		
40 a 49 años	15	16.5	2	2.2	17	18.7		
40 a 59 años	24	26.4	6	6.6	30	33.0		



<b>60 a 69 años</b>	11	12.1	18	19.8	29	31.9		
<b>70 y más</b>	0	0.0	5	5.5	5	5.5		
<b>Total</b>	60	65.9	31	34.1	91	100.0		

Fuente: Instrumento de datos sociodemográficos y escala de Zarit.

### Valoración de los niveles de sobrecarga y relación con los niveles de escolaridad

Se obtuvo una relación significativa entre la escolaridad y los resultados obtenidos en la prueba, donde los valores de significancia se encontraron en  $p=0.000$ . (Tabla 5)

**Tabla 5.** Relación de los niveles de escolaridad y resultados obtenidos en la escala de Zarit de los cuidadores primarios de la UMF 39

Escolaridad	Escala de Zarit				Total		$\chi^2$	p
	Sobrecarga (Leve-Intensa)		Ausencia de Sobrecarga		f	%		
	f	%	f	%				
<b>Analfabeta</b>	0	0.0	4	4.4	4	4.4	29.095	0.000
<b>Primaria Incompleta</b>	7	7.7	11	12.1	18	19.8		
<b>Primaria Completa</b>	6	6.6	8	8.8	14	15.4		
<b>Secundaria Incompleta</b>	8	8.8	1	1.1	9	9.9		



<b>Secundaria Completa</b>	7	7.7	1	1.1	8	8.8		
<b>Bachillerato</b>	14	15.4	5	5.5	19	20.9		
<b>Carrera técnica</b>	3	3.3	1	1.1	4	4.4		
<b>Licenciatura o más</b>	15	16.5	0	0.0	15	16.5		
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>65.9</b>	<b>31</b>	<b>34.1</b>	<b>91</b>	<b>100.0</b>		

Fuente: Instrumento de datos sociodemográficos y escala de Zarit.

### Valoración de los niveles de sobrecarga con la ocupación de los cuidadores primarios de la UMF 39

Se encuentra una relación significativa entre la ocupación de los cuidadores primarios y los resultados obtenidos en la prueba  $p=0.006$ . (Tabla 6)

**Tabla 6.** Relación de ocupación y resultados obtenidos en la escala de Zarit de los cuidadores primarios de la UMF 39.

Ocupación	Escala de Zarit				Total		$\chi^2$	p
	Sobrecarga (Leve-Intensa)		Ausencia de Sobrecarga		f	%		
	f	%	f	%				
<b>Desempleado</b>	26	28.6	22	24.2	48	52.7	14.386	0.006
<b>Campeño</b>	2	2.2	4	4.4	6	6.6		
<b>Obrero</b>	3	3.3	0	0.0	3	3.3		



<b>Empleado</b>	19	20.9	5	5.5	24	26.4
<b>Profesionista</b>	10	11.0	0	0.0	10	11.0
<b>Total</b>	60	65.9	31	34.1	91	100.0

Fuente: Instrumento de datos sociodemográficos y escala de Zarit.

### Valoración de los niveles de sobrecarga con estado civil de los cuidadores primarios de la UMF 39

Con respecto al estado civil, de los resultados obtenidos en la escala de Zarit y analizado con el estado civil se obtuvieron valores de  $p=0.004$ , demostrando significancia estadística. (Tabla 7)

**Tabla 6.** Relación de estado civil y resultados obtenidos en la escala de Zarit de los cuidadores primarios de la UMF 39.

Estado Civil	Escala de Zarit				Total		$\chi^2$	$p$
	Sobrecarga (Leve-Intensa)		Ausencia de Sobrecarga		de			
	f	%	f	%	f	%		
<b>Soltero</b>	22	24.2	2	2.2	24	26.4	15.337	0.004
<b>Casado</b>	12	13.2	16	17.6	28	30.8		
<b>Unión libre</b>	14	15.4	6	6.6	20	22.0		
<b>Divorciado</b>	11	12.1	5	5.5	16	17.6		
<b>Viudo</b>	1	1.1	2	2.2	3	3.3		
<b>Total</b>	60	65.9	31	34.1	91	100.0		

Fuente: Instrumento de datos sociodemográficos y escala de Zarit.



### Valoración de los niveles de sobrecarga con los antecedentes heredofamiliares de los cuidadores primarios de la UMF 39.

Asimismo, derivado del análisis de los antecedentes heredofamiliares, los resultados proporcionaron valor de  $p=0.000$ . Específicamente, al análisis por tipo de antecedente se confirmaron los resultados con una  $p=0.000$ . (Tabla 7)

**Tabla 7.** Relación de antecedentes heredofamiliares y tipo de antecedente con los resultados obtenidos en la escala de Zarit de los cuidadores primarios de la UMF 39.

Antecedentes Heredofamiliares	Escala de Zarit				Total		$\chi^2$	p
	Sobrecarga (Leve-Intensa)		Ausencia de Sobrecarga		f	%		
	f	%	f	%				
Si	47	51.6	10	11.0	57	62.6	18.541	0.000
No	13	14.3	21	23.1	34	37.4		
Total	60	65.9	31	34.1	91	100.0		
¿Tipo de antecedente?	Escala de Zarit				Total		$\chi^2$	p
	Sobrecarga (Leve-Intensa)		Ausencia de Sobrecarga		f	%		
	f	%	f	%				
Hipertensión Arterial	14	15.4	4	4.4	18	19.8	18.973	0.000
Diabetes Mellitus	18	19.8	4	4.4	22	24.2		
HAS y DM	15	16.5	2	2.2	17	18.7		



<b>No aplica</b>	13	14.3	21	23.1	34	37.4		
<b>Total</b>	60	65.9	31	34.1	91	100.0		

Fuente: Instrumento de datos sociodemográficos y escala de Zarit.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.



## 10 DISCUSIÓN

Se ha puntualizado que la valoración efectiva de los niveles de sobrecarga en los cuidadores primarios permitirá mejorar la efectividad de los tratamientos en los pacientes. A decir de los autores, es de valiosa importancia para los profesionales de la salud contar con un sólido instrumento de tamizaje para la detección de sobrecarga, y evaluar rápidamente el bienestar del cuidador familiar, en paralelo a la evaluación del paciente. Este instrumento, a decir de múltiples autores, deberá ser conocido y aplicado por todos los médicos que se encuentren en posición de detectar situaciones de cuidado.<sup>30</sup>

### **Valoración de los antecedentes de los cuidadores primarios**

Para la valoración de los antecedentes de los cuidadores primarios, se utilizó un interrogatorio dirigido en búsqueda de tales como: presencia de antecedentes familiares, hipertensión arterial, diabetes mellitus, ambas, año de inicio como cuidador, tabaquismo. Múltiples estudios proporcionan información sobre los principales factores de riesgo para el desarrollo de sobrecarga, por ejemplo, se ha determinado al parentesco de hijo factor asociado a desarrollo de sobrecarga y como factor protector a la educación superior.<sup>31</sup>

La presencia de antecedentes crónicos degenerativos en los cuidadores primarios se revela como un componente crucial en la dinámica del cuidado en el contexto de la diálisis peritoneal. Nuestra investigación arrojó resultados de significancia estadística impactantes, con un p-valor de 0.000, subrayando la relación estadísticamente significativa entre la presencia de antecedentes crónicos degenerativos y los niveles de sobrecarga en los cuidadores primarios de la Unidad Médica Familiar No. 39.

Este descubrimiento subraya la necesidad de abordar la salud de los cuidadores primarios como un factor determinante en la experiencia del cuidado. Los antecedentes crónicos degenerativos no solo impactan la capacidad de los cuidadores para enfrentar las demandas físicas y emocionales del cuidado



constante, sino que también influyen en la calidad de la atención brindada a los pacientes en diálisis peritoneal<sup>22</sup>.

Asimismo, la valoración de tiempo de cuidador, se esperaría que, a mayor antigüedad del cuidador, presentaría mayor sobrecarga, sin embargo, otros estudios toman en cuenta esta variable, por lo tanto, no se encontró diferencia estadística. Del mismo modo, tiempo de traslado para la atención médica si fue identificado como factor predisponente al desarrollo de sobrecarga. Lo cual es consistente con lo reportado en otras literaturas.<sup>33</sup>

La relación entre el nivel educativo del cuidador primario y los niveles de sobrecarga constituye un aspecto fundamental en la dinámica del cuidado de pacientes en diálisis peritoneal en la Unidad Médica Familiar No. 39. Los resultados de nuestro análisis revelaron una significancia estadística notable, con un p-valor de 0.000, indicando una asociación significativa entre estas variables. Este hallazgo sugiere que el nivel educativo del cuidador primario desempeña un papel crucial en la percepción de la sobrecarga asociada con la atención constante a pacientes en situaciones médicas complejas.<sup>21</sup>

Los cuidadores con niveles educativos diversos pueden experimentar de manera distinta las demandas emocionales, físicas y cognitivas asociadas con el cuidado, lo cual puede influir directamente en sus niveles de sobrecarga. Este resultado resalta la importancia de considerar el nivel educativo al diseñar intervenciones de apoyo y estrategias destinadas a mitigar la sobrecarga del cuidador primario.

### **Niveles de sobrecarga y los cuidadores primarios**

Derivado del impacto directo al estilo de vida de los cuidadores primarios, se evaluaron los niveles de sobrecarga. De los resultados obtenidos, los niveles de sobrecarga se observaron en una proporción igual entre la ausencia de sobrecarga y sobrecarga leve, comparado con la sobrecarga intensa donde se detectó en un 3% menos de la muestra. Otros estudios reportaron resultados similares a los obtenidos, en el caso de la presente, un 66% de la muestra presentó algún nivel de



sobrecarga, comparado con otros estudios en los cuales los resultados han sido similares. Por ejemplo, en un estudio donde se evaluaron a cuidadores primarios de pacientes pediátricos con discapacidad intelectual un 48.1% presentó sobrecarga intensa y un 15% sobrecarga leve.<sup>34</sup>

Por otra parte, en cuidadores de pacientes geriátricos con deterioro cognitivo, se observó un 41.6% con algún grado de sobrecarga, sin embargo, comparado con el estudio anterior se deben tomar en cuenta la variable de dependencia, específicamente a las necesidades propias de los pacientes por su edad. Derivado de ello, sobresalió la presencia de más de un cuidador que colaboraban con la responsabilidad del cuidado. Dicho lo anterior, se propone que, al diluir la carga de responsabilidad, disminuyó la sobrecarga en este grupo de cuidadores<sup>19</sup>

Asimismo, con la tendencia de resultados similares, con una evidencia de 69.77% de sobrecarga en cuidadores, sin embargo, la muestra era conformada por un grupo de edad de 44 a 65 años. Cabe resaltar, que se realizó un énfasis en la relevancia de los roles de género socialmente adquiridos, donde las mujeres suelen ser en casi su totalidad, los cuidadores primarios. De estas mismas, suelen ser solteras.<sup>36</sup>

La investigación de la relación entre el estado civil de los cuidadores primarios y los niveles de sobrecarga en el contexto de la diálisis peritoneal en la Unidad Médica Familiar No. 39 reveló hallazgos significativos, con un p-valor de 0.000. Este resultado estadístico enfatiza la relevancia de la situación civil de los cuidadores primarios en la experiencia del cuidado, destacando la conexión sustancial entre el estado civil y la percepción de sobrecarga.

La variabilidad en los niveles de sobrecarga entre los cuidadores de diferentes estados civiles sugiere que la dinámica de las relaciones y el apoyo social pueden desempeñar un papel clave en la manera en que los cuidadores enfrentan las demandas asociadas con el cuidado constante.



### **Edad de los cuidadores primarios y la sobrecarga**

Se han puntualizado la relación entre la edad de los cuidadores y el desarrollo de sobrecarga, sin embargo, algunos autores han proporcionado información la cual relata que los grupos etarios de mediana edad (25-38 años) son la población con mayor tendencia a la sobrecarga. A partir de ello, se propone que esto es derivado de la generación de cambios en la interacción y la relación familiar, así como la modificación de la calidad en la dinámica familiar. Siendo estos grupos etarios, los que se encuentran en una posición económicamente activa, y la interacción a un ambiente de dependencia altera el estado emocional del cuidador, causando aspectos negativos a los estilos de vida. Así como, es presentado en los resultados obtenidos en este estudio, la edad cuenta con una significancia estadística, confirmado a lo propuesto por otros autores.<sup>23</sup>

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.



## 11 CONCLUSIÓN

En conclusión, este estudio ha arrojado luz sobre diversos factores que influyen en la percepción de sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes sometidos a diálisis peritoneal en la Unidad Médica Familiar No. 39. La relación significativa entre el nivel educativo de los cuidadores y los niveles de sobrecarga resalta la importancia de personalizar las intervenciones de apoyo, reconociendo las distintas experiencias y desafíos que enfrentan cuidadores con diversos niveles de educación. Asimismo, la conexión entre antecedentes crónicos degenerativos y la sobrecarga subraya la necesidad de abordar la salud general de los cuidadores para mejorar la calidad del cuidado proporcionado.

La revelación de la relación estadísticamente significativa entre el estado civil de los cuidadores primarios y los niveles de sobrecarga subraya la influencia de las dinámicas relacionales en el contexto del cuidado. Este hallazgo respalda la implementación de estrategias que consideren el estado civil como un factor clave al diseñar intervenciones de apoyo.

Estos resultados proporcionan una base sólida para el desarrollo de estrategias de intervención personalizadas, destinadas a mitigar la sobrecarga y mejorar la calidad del cuidado brindado en la Unidad Médica Familiar No. 39. Además, destacan la necesidad de considerar múltiples dimensiones en el diseño de intervenciones, reconociendo la diversidad de la población de cuidadores primarios y promoviendo un enfoque holístico en la atención de pacientes en diálisis peritoneal. Este estudio contribuye a la comprensión integral del síndrome del cuidador cansado en este contexto específico y sirve como base para futuras investigaciones y la mejora continua de las estrategias de apoyo a los cuidadores primarios.

En adición, es crucial destacar que, si bien este estudio ha proporcionado una visión significativa de la asociación entre el nivel educativo, antecedentes crónicos degenerativos, estado civil y los niveles de sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes en diálisis peritoneal en la Unidad Médica Familiar No. 39, aún existen áreas sin explorar. Para una comprensión más completa y detallada de la dinámica



del síndrome del cuidador cansado en este contexto, se deben considerar nuevas variables.

Entre las posibles variables a explorar se encuentran los aspectos psicosociales, las redes de apoyo social, las estrategias de afrontamiento y la percepción del propio estado de salud del cuidador. Además, podría ser relevante examinar la calidad de la relación entre el cuidador y el paciente, así como la duración del tiempo dedicado al cuidado, factores que también podrían influir en los niveles de sobrecarga.

La inclusión de estas nuevas variables en futuros estudios contribuirá a una comprensión más holística y precisa de los factores que impactan la experiencia del cuidador primario en este entorno específico. Al ampliar el espectro de variables, se logrará un panorama más completo que permitirá desarrollar intervenciones más específicas y efectivas para mejorar la calidad de vida tanto de los cuidadores como de los pacientes en diálisis peritoneal.



## 11.1 Propuesta

Propuesta Integral de Atención para Cuidadores Primarios en la Unidad Médica Familiar No. 39.

Considerando los resultados significativos obtenidos en nuestro estudio sobre la relación entre el nivel educativo, antecedentes crónicos degenerativos, estado civil y los niveles de sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes en diálisis peritoneal, se propone una estrategia de atención integral para abordar las necesidades específicas de este grupo de cuidadores en la Unidad Médica Familiar No. 39.

1. **Diseño de Intervenciones Personalizadas:** Se implementará un enfoque personalizado en las intervenciones de apoyo, teniendo en cuenta el nivel educativo de los cuidadores. Se ofrecerán recursos educativos adaptados a diferentes niveles para fortalecer las habilidades de afrontamiento y proporcionar información relevante para mejorar la calidad del cuidado.
2. **Evaluación de Antecedentes Crónicos Degenerativos:** Se establecerá un programa de evaluación de la salud general de los cuidadores primarios, identificando aquellos con antecedentes crónicos degenerativos. Se diseñarán intervenciones específicas para manejar estas condiciones y se promoverá la colaboración con profesionales de la salud para un cuidado integral.
3. **Apoyo Relacional y Psicosocial:** Reconociendo la influencia del estado civil en los niveles de sobrecarga, se implementarán servicios de apoyo relacional y psicosocial. Grupos de apoyo específicos para distintos estados civiles y sesiones de asesoramiento proporcionarán un espacio para compartir experiencias y estrategias de afrontamiento.
4. **Exploración de Nuevas Variables:** Se promoverá la inclusión de nuevas variables en futuros estudios, tales como aspectos psicosociales, redes de



apoyo, estrategias de afrontamiento y la calidad de la relación cuidador-paciente. Esta ampliación permitirá una comprensión más completa y detallada de los factores que influyen en la experiencia del cuidador.

5. **Capacitación Continua:** Se establecerán programas de capacitación continua para los profesionales de la salud en la UMF 39, con el objetivo de sensibilizar sobre las necesidades específicas de los cuidadores primarios. Esto facilitará una atención más centrada en el paciente y en su cuidador.

Esta propuesta busca abordar de manera integral las complejas dinámicas del síndrome del cuidador cansado, promoviendo la salud y el bienestar tanto de los cuidadores primarios como de los pacientes en diálisis peritoneal. La implementación de estas medidas no solo mejorará la calidad del cuidado, sino que también contribuirá al desarrollo de un entorno de atención más compasivo y orientado hacia la prevención y el apoyo continuo.



## 12 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Perguachi Ortiz MO. Prevalencia del “Síndrome del Cuidador” en cuidadores primarios de personas con discapacidad intelectual severa que reciben el bono Joaquín Gallegos Lara del cantón Azogues en el periodo 2019-2020 [Internet].
2. Cerdeño M. Síndrome de sobrecarga del cuidador informal de adultos mayores: caso comunidad Playa Prieta-Manabí. *Margen*. 2019 Nov 13;95(16):36–45.
3. de Arruda Campos Relaciones entre valores humanos y síndrome de burnout: una revisión sistemática. *Rev. Asoc. Esp. Espec. Med. Trab* ; 29(4): 357-373, dic. 2020.
4. Alberto J, Sarai B, María R, Andrea L, Bethancourt M, Ovidio A. Repercusión mental de los cuidadores expuestos al trato con pacientes geriátricos. *Revista académica CUNZAC*. 2021 Jan 20;4(1):65–73.
5. Espinoza-Herrera R, Alfaro-Vargas N. Cuidadoras informales de personas mayores con dependencia: problemáticas frente a su labor. *Revista Espiga*. 2021 Oct 13;20(42):119–46.
6. Fuentes N. LAS DESIGUALDADES DEL TRABAJO DE CUIDADO: SIGNIFICADOS Y PRÁCTICAS DE CUIDADORAS PRINCIPALES DE PERSONAS ADULTAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA. *Anales en Gerontología*. 2020 May 15;12(12):29–64.
7. International L. Care work and care jobs for the future of decent work. 2018.
8. Cerquera Córdoba AM, Uribe Rodríguez AF, Matajira Camacho YJ, Correa Gómez HV. Dependencia funcional y dolor crónico asociados a la calidad de vida del adulto mayor/ Functional dependence and chronic pain associated with the quality of life among the elderly. *PSICOGENTE*. 2017 Jun 5;20(38).
9. Arenas Jiménez MD, Navarro García M, Serrano Reina E, Álvarez-Ude F. Dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria en pacientes en hemodiálisis: influencia sobre la calidad de vida relacionada con la salud. *Nefrología*. 2019 Sep;39(5):531–8.



10. Romero Massa E, Bohórquez Moreno C, Castro Muñoz K. Calidad de vida y sobrecarga percibida por cuidadores familiares de pacientes con enfermedad renal crónica, Cartagena (Colombia). Archivos de Medicina (Manizales). 2018 Jun 20;18(1):105–13.
11. Laguado-Jaimes Elveny. Perfil del cuidador del paciente con Enfermedad Renal Crónica: una revisión de la literatura. Enferm Nefrol [Internet]. 2019 Dic [citado 2023 Nov 23]; 22( 4 ): 352-359.
12. Flores OME, López QBI, Rojas MJF, et al. Condiciones psicosociales de pacientes en tratamiento de hemodiálisis y cuidadores. Rev Elec Psic Izt. 2021;24(3):1024-1049.
13. Fernández Castillo KN, Sotelo Quiñonez TI, García Flores R, Campos Rivera NH, Mercado Ibarra SM. Intervención basada en el modelo de solución de problemas para cuidadores de enfermos renales crónicos. Psicología y Salud. 2018 Jun 4;28(2):251–9.
14. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet. 2018 Nov 10;392(10159):1789–858.
15. Villarreal-Ríos E, Palacios-Mateos AF, Galicia-Rodríguez L, Vargas-Daza ER, Baca-Moreno C, Lugo-Rodríguez A. Institutional cost of the patient with chronic kidney disease managed with hemodialysis. Revista Medica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social [Internet]. 2020 Nov 4 [cited 2022 Oct 25];58(6):698–708.
16. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012).
17. Macaya B. P, Aranda G. F. Cuidado y autocuidado en el personal de salud: enfrentando la pandemia COVID-19. Revista Chilena de Anestesia [Internet]. 2020 May 7 [cited 2021 Jan 8];49(3):356–62.
18. Rivera-Vázquez P, Rojas W. Autopercepción de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. Revista Enfermería Herediana [Internet]. 16jul.2018



19. Erika Lorena Vega-Silva, Barrón-Ortiz J, Virginia Verónica Aguilar-Mercado, Rosa Elena Salas-Partida, Moreno-Tamayo K. [Quality of life and caregiver burden in caregivers with patients with complications from type 2 diabetes mellitus]. Zenodo (CERN European Organization for Nuclear Research). 2023 Jul 31;61(4):440–8.
20. Marcela López Pacheco, Oliva López Sánchez. “Enfermó y toda la familia enfermamos, todos colapsamos”. Cuidados en la enfermedad y los impactos en la salud de las madres cuidadoras. Revista interdisciplinaria de estudios de género de el colegio de México. 2023 Aug 28;9:1–38.
21. Ramos-Cela MG, Flores-Hernández A. Malestares en cuidadoras de personas adultas mayores dependientes en un contexto rural de Tlaxcala, México. Revista CS. 2021 Dec 16;(35):67–97.
22. Pulido EAR, Jiménez CA, Morales AS, Puente AL, Ugalde SC, Palacios RO, et al. Necesidad de apoyo psicológico y calidad de vida en el cuidador primario de pacientes pediátricos con cáncer. Psicooncología [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2023 Jan 3];18(1):137–56.
23. Santos Vega MX, Ortega Andeane P, Galindo Vázquez Ó. Propiedades psicométricas de la Escala de Malestar Psicológico (K-10) en cuidadores primarios de pacientes con cáncer. Psicología y Salud. 2022 Oct 20;33(1):253–61.
24. Ángeles-Basilio MB, Hernández-De la Cruz JA, Jiménez-Palacios LS, Mendoza-Aguilera LE, Vidal-Velazco EA, Domínguez-Vieyra NA, et al. Ansiedad, depresión y sobrecarga en el cuidador primario informal del paciente de emergencias médicas: un estudio retrospectivo. Revista de Educación e Investigación en Emergencias. 2022 Mar 24;4(2).
25. Oviedo Miranda JD, Bonilla Ledesma DV, Valbuena Salazar GA. Método para el control de síndrome de Burnout en el personal de salud de la Provincia de Manabí. Publicación Científica del La Asociación Latinoamericana de Ciencias Neutrosóficas (ALCN) [Internet]. 1 de octubre de 2022
26. Kent EE, Mollica MA, Buckenmaier S, Wilder Smith A. The Characteristics of Informal Cancer Caregivers in the United States. Seminars in Oncology Nursing. 2019 Aug;35(4):328–32.



27. Mahecha, O. & Campos, S. Participación e incidencia de cuidadoras de personas con discapacidad múltiple en escenarios comunitarios.
28. Tartaglino MF, Feldberg C, Hermida PD, Heisecke SL, Dillon C, Ofman SD, et al. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit: análisis de sus propiedades psicométricas en cuidadores familiares residentes en Buenos Aires, Argentina. *Neurología Argentina*. 2020 Jan;12(1):27–35.
29. Soriano-Ursúa IG, Castrejón-Salgado R, Ávila-Jiménez L, et al. Sobrecarga del cuidador primario de pacientes con cáncer terminal. *Aten Fam*. 2022;29(2):85-90.
30. Gonzalez-Araujo A, Ruiz-Carlo JR. Funcionalidad familiar y sobrecarga en cuidadores de niños con epilepsia. *Revista Mexicana de Medicina Familiar*. 2021 Aug 12;8(2).
31. Irianda-Gómez R. I, Orizaga-de la Cruz C, Chacón-Valladares P, , Chávez-Valencia V. Impacto de la sobrecarga de los cuidadores de pacientes en diálisis peritoneal. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]*. 2020;58(2):131-136.
32. ARIAS REYES, Catalina; MUNOZ-QUEZADA, María Teresa. Calidad de vida y sobrecarga en cuidadores de escolares con discapacidad intelectual. *Interdisciplinaria, Ciudad Autónoma de Buenos Aires* , v. 36, n. 1, p. 257-272, jun. 2019 .
33. Niveles de sobrecarga en cuidadores del adulto mayor con y sin deterioro cognitivo. Estudio comparado. *REVISTA EUGENIO ESPEJO*. 2022 May 4;16(2):67–80.
34. Zepeda P. Sobrecarga en cuidadores principales de adultos mayores con dependencia severa en atención primaria de salud . *Gerokomos: Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*. 2019 Jun 18;30(1):2–5.
35. Ríos Martínez LHG, Votte Hernández LA, Peña López MM, Salazar Mendoza DJ, Cabrera Martínez DM, Alvarado Escobar ML. Sobrecarga en cuidadores primarios de familiares con trastorno del espectro autista. *Ciencia Latina [Internet]*. 7 de diciembre de 2022



## 13. ANEXOS

### 13.1 Anexo I: instrumento

# ENCUESTA DE RECOLECCION DE DATOS

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION ESTATAL EN TABASCO**

**COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD**

**RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR**

**“SÍNDROME DEL CUIDADOR CANSADO Y SU RELACIÓN CON CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN DIÁLISIS PERITONEAL”**

**Instrucciones:** siéntase cómodo en cuanto a la confidencialidad de la siguiente encuesta, los datos que aquí se pongan y las respuestas a cada uno de los reactivos permanecerán de manera anónima, respetando su integridad y sus datos personales. Conteste de manera clara cada una de las preguntas, se llega a tener dudas con toda confianza pregunte al encuestador.

NUMERO DE ENCUESTA:

FECHA:

#### CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

GENERO:	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	EDAD:	<input type="text"/>
ESCOLARIDAD:	<input type="checkbox"/> ANALFABETA <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> BACHILLERATO <input type="checkbox"/> TECNICO <input type="checkbox"/> LICENCIATURA <input type="checkbox"/> POSGRADO	OCUPACION:	<input type="checkbox"/> DESEMPLEADO <input type="checkbox"/> CAMPESINO <input type="checkbox"/> OBRERO <input type="checkbox"/> TECNICO <input type="checkbox"/> COMERCIANTE <input type="checkbox"/> EMPLEADO <input type="checkbox"/> PROFESIONISTA
ESTADO CIVIL:	<input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO	AÑO EN QUE INICIO COMO CUIDADOR:	<input type="text"/>
PADECE ALGUNA ENFERMEDAD:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CUAL:	<input type="text"/>
PESO:	<input type="text"/>		

CONTINUA EN LA PARTE DE ATRÁS.



## “SÍNDROME DEL CUIDADOR CANSADO Y SU RELACIÓN CON CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN DIÁLISIS PERITONEAL”

**Instrucciones:** siéntase cómodo en cuanto a la confidencialidad de la siguiente encuesta, los datos que aquí se pongan y las respuestas a cada uno de los reactivos permanecerán de manera anónima, respetando su integridad y sus datos personales. Conteste de manera clara cada una de las preguntas, de acuerdo a la escala que se presenta en la parte superior se llega a tener dudas con toda confianza pregunte al encuestador.

### ESCALA DE ZARIT PARA EVALUAR SOBRECARGA DEL CUIDADOR

	P R E G U N T A S	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	0	1	2	3	4
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo)	0	1	2	3	4
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	0	1	2	3	4
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente a la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	0	1	2	3	4
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0	1	2	3	4
8	¿Piensa que su familiar depende de usted?	0	1	2	3	4
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
11	¿Piensa que ni tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
12	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	0	1	2	3	4
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0	1	2	3	4



17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	0	1	2	3	4
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	0	1	2	3	4
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	0	1	2	3	4
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	0	1	2	3	4
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	0	1	2	3	4
22	Globalmente	0	1	2	3	4

**PUNTAJE:**

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.