

2021
"Calidad de vida y sobrecarga del cuidador en cuidadores de pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal intermitente en comparación con los cuidadores de pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal continua ambulatoria en una unidad de medicina familiar"

DRA. ARICELA GRACIA LÓPEZ



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

"Calidad de vida y sobrecarga del cuidador en cuidadores de pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal intermitente en comparación con los cuidadores de pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal continua ambulatoria en una unidad de medicina familiar"

Tesis

Que como parte de los requisitos para
obtener el Diploma de la

Especialidad en medicina familiar
Presenta:

Méd. General Aricela Gracia López

Dirigido por:
Med. Espec. Manuel Enrique Herrera Avalos

Co-Director
Med. Espec. Daniel Ávila Lozano

Querétaro, Qro. A Abril de 2021



Universidad Autónoma de Querétaro Facultad de Medicina

“Calidad de vida y sobrecarga del cuidador en cuidadores de pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal intermitente en comparación con los cuidadores de pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal continua ambulatoria en una unidad de medicina familiar”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Dra. Aricela Gracia López

Dirigido por:

Med. Espec. Manuel Enrique Herrera Ávalos

Co-dirigido por:

Med. Espec. Daniel Ávila Lozano

Med. Espec. Manuel Herrera Avalos

Presidente

Med. Espec. Daniel Ávila Lozano

Secretario

Med. Espec. Karla Gabriela Romero Zamora

Vocal

M.C.E. Martha Leticia Martínez Martínez

Suplente

MIE. Lilia Susana Gallardo Vidal

Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro. Fecha de aprobación por el Consejo Universitario ().México.

Resumen

Introducción:

La enfermedad renal crónica es de las primeras causas de mortalidad en el país. tiende a diagnosticarse en etapas terminales. Por lo que se requiere de un tratamiento sustitutivo de la función renal y a su vez requiere de un cuidador quien puede desarrollar colapso del cuidador, lo que generará mayores ingresos hospitalarios, peor apego al tratamiento y mayor morbi mortalidad en los pacientes.

Objetivo: Determinar la calidad de vida y sobrecarga del cuidador en cuidadores de pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal intermitente en comparación con los cuidadores de pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal continua ambulatoria en una unidad de medicina familiar

Material y métodos: Tipo de estudio: Transversal comparativo tipo analítico

Población estudiada: Cuidadores primarios de pacientes con enfermedad renal crónica terminal en diálisis peritoneal de una unidad de medicina familiar de Querétaro en 2020.

Población estudiada: 129 por grupo. Grupo 1: diálisis peritoneal continua automatizada, y grupo 2: Diálisis peritoneal intermitente.

Tipo de muestreo: Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Variables de estudio: Pacientes con colapso y sin colapso del cuidador y pacientes con Afectación a la calidad de vida y pacientes sin afectación a la calidad de vida. Se utilizó la aplicación del cuestionario de Zarit para detección de colapso del cuidador y el cuestionario de WHOQOL-BREF de la OMS para detección de afectación a la calidad de vida.

Análisis estadístico: Se utilizó Chi cuadrada, y T de student.

Resultados: Se encontró que el 83% no presentó colapso del cuidador contra un 17% con colapso de los cuáles, los pacientes en DPI 16% y 20 de afectación a la calidad de vida contra un DPCA un 18%, de los cuáles el 20% presentaron afectación a la calidad de vida,

Conclusiones: La importancia de este estudio radica en la importancia que tiene el cuidador en la salud del paciente, así como la afectación a la calidad, de vida, sin embargo, no existió asociación entre el colapso y la calidad de vida.

Palabras clave: Enfermedad renal crónica, diálisis peritoneal, cuidador, colapso, asociación, calidad de vida.

Summary

Introduction:

Chronic kidney disease is one of the leading causes of mortality in the country. It tends to be diagnosed in terminal stages. Therefore, a replacement treatment of renal function is required and in turn requires a caregiver who can develop caregiver collapse, which will generate higher hospital admissions, worse adherence to treatment and higher morbidity and mortality in patients.

Objective: To determine the quality of life and caregiver burden in caregivers of patients with chronic kidney disease on intermittent peritoneal dialysis compared to caregivers of patients with chronic kidney disease on continuous ambulatory peritoneal dialysis in a family medicine unit.

Material and methods: Type of study: Cross-sectional comparative analytical type

Study population: Primary caregivers of patients with end-stage chronic kidney disease on peritoneal dialysis of a family medicine unit in Querétaro in 2020.

Study population: 129 per group. Group 1: automated continuous peritoneal dialysis, and group 2: intermittent peritoneal dialysis.

Type of sampling: Non-probabilistic convenience sampling was used.

Study variables: Patients with collapse and without collapse of the caregiver and patients with impairment of quality of life and patients without impairment of quality of life.

The application of the Zarit questionnaire for the detection of caregiver collapse and the WHOQOL-BREF questionnaire for the detection of impact on quality of life were used.

Statistical analysis: Chi square and Student's T were used.

Results: It was found that 83% did not present collapse of the caregiver against 17% with collapse of which, the patients in IPD 16% and 20% of affectation to the quality of life against a CAPD 18%, of which 20% presented affectation to the quality of life.

Conclusions: The importance of this study lies in the importance that the caregiver has in the health of the patient, as well as the affectation to the quality of life, however, there was no association between the collapse and the quality of life.

Key words: Chronic kidney disease, peritoneal dialysis, caregiver, collapse, association, quality of life.

Dedicatorias

Dedicado a mi padre (EPD Ing. Hugo Gracia Lima), que siempre fue mi guía, mi ejemplo y mi mejor motivación para salir adelante, por ser la persona a la que más he admirado y admiraré toda la vida.

Dedicado a mi hermano Hiram Gracia López (EPD) por ser mi cómplice, y compañero.

Gracias a mi familia, por acompañarme en este camino, por creer en mí y siempre animarme a dar lo mejor de mí sin importar las adversidades del camino, (Mamá Aricela López Rosas) Por ser un ejemplo de fortaleza y lucha interminable, mi hermano Omar Gracia López por demostrarme que siempre puede salirse adelante, y por escucharme cuando lo he necesitado, sobre todo por regalarme a mis sobrinas que son una motivación para ser mejor para darles un ejemplo.

Agradecimientos

Agradezco al Dr. Manuel Enrique Herrera Ávalos por el apoyo para la realización de este trabajo de investigación, Al Dr. Daniel Ávila Lozano por la facilidad para acceder a sus pacientes, y la guía teórica sobre Enfermedad Renal, Agradezco a la Dra. Laura Cu por el apoyo para el procesamiento estadístico.

Agradezco a todos y cada uno de los pacientes que me permitieron conocerlos y aplicar en ellos los instrumentos para concretar este trabajo.

Dirección General de Bibliotecas

Índice

Contenido		Página
I.	Introducción	I
II.	Antecedentes	I
III.	Fundamentación teórica	IV
	III.1. Enfermedad renal crónica	IV
	III.1.2 Fisiopatología	V
	III.1.3 Epidemiología	V
	III.1.4 Definiciones	VII
	III.2 Perfil del Cuidador	IX
	III.2.1 Factores asociados al colapso del cuidador	XII
	III.2.2. Instrumento para medir sobrecarga de cuidador	XIII
	III.3 Calidad de vida del cuidador	XIV
	III.3.1 Instrumento utilizado para medir percepción de calidad de vida	XIV
	III.4 Relación entre Sobrecarga del cuidador y calidad de vida	XVI
IV.	Hipótesis	XVI
V.	Objetivos	XVI
	V.1 Objetivo general	XVII
	V.2 Objetivos Específicos	XVII
VI.	Material y métodos	XVII
	VI.1 Tipo de investigación	XVII
	VI. 2 Población o unidad de análisis	XVII
	VI.3 Muestra y tipo de muestra	XVIII
	VI.4 Criterios de selección	XIX

	VI.5 Variables	XIX
VII.	Técnica muestral	XX
	VII.1 Sobrecarga del cuidador	XX
	VII.2 Calidad de vida	XX
VIII.	Procedimientos	XXI
IX.	Análisis estadístico	XXII
X.	Consideraciones éticas	XXII
XI.	Resultados	XIV
XII.	Discusión	XXXI
XIII.	Conclusiones	Xxxi
XIV.	Propuestas	Xxxi
XV.	Bibliografía	XxxIII
XVI.	Anexos	XXXIV
XVII.	Instrumentos	XXXV

Contenido	Página
I. Cuadro I. estadios de daño renal por Tasa de Filtrado glomerular	Xv
II. Cuadro II. Clasificación de enfermedad renal crónica de acuerdo a TFG	Xvii
III. Cuadro III.1 Frecuencia de colapso del cuidador en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria y diálisis intermitente	XXIV
IV. Cuadro III.2. Frecuencia de afectación a la calidad de vida en cuidadores de pacientes en diálisis peritoneal intermitente y en diálisis peritoneal continua ambulatoria	XXV
V. Cuadro III.3: Frecuencia en afectación en los dominios de WHOWOL- Bref en cuidadores de pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria y diálisis peritoneal intermitente	XXVI
VI. Cuadro III.4: Relación entre el tiempo de permanencia en diálisis peritoneal continua ambulatoria y presentación del colapso del cuidador	XXVII
VII. Cuadro III.5: Relación entre el tiempo de permanencia en diálisis peritoneal continua ambulatoria y diálisis peritoneal intermitente y presentación del colapso del cuidador	XXVIII
VIII. Cuadro III.6: Asociación entre colapso del cuidador y afectación a la calidad de vida en cuidadores de pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria	XXIX
IX. Cuadro III.7: Cuadro Asociación entre colapso del cuidador y afectación a la calidad de vida en cuidadores de pacientes en diálisis peritoneal intermitente	XXX

ABREVIATURAS

I. Introducción

El envejecimiento de la población conlleva un incremento en la incidencia de enfermedades crónico degenerativas, lo cual presenta una serie de nuevos retos tales como una demanda creciente en los servicios médicos y un impacto económico significativo en los sistemas de salud. (López Cervantes, M., Rojas Russel, M. E., & Tirado Gómez, L. L.;2010). La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema de grandes dimensiones en México, cuyas proporciones e impacto apenas se ha empezado a entender. El problema en su mayor parte es consecuencia de enfermedades crónicas mal atendidas, que son el azote de las instituciones del sector, entre las que se distinguen el sobrepeso, la obesidad, la diabetes, la hipertensión arterial sistémica, las dislipidemias, por mencionar las más importantes. (Tamayo y Orozco, A., & Lastiri Quiroz, S.; Octubre 2016, Octubre).

La ERC se define como la presencia de alteraciones en la estructura o función renal durante al menos tres meses y con implicaciones para la salud. Los criterios diagnósticos de ERC serán los denominados marcadores de daño renal o la reducción del FG por debajo de 60 ml/min/1,73 m². La duración mayor de tres meses de alguna de estas alteraciones podrá constatarse de forma prospectiva o bien inferirse de registros previos. (GPC, IMSS 2009)

En México se reportó un incremento de la prevalencia de la Terapia renal de reemplazo de 119 pacientes por millón de población (pmp) en 1991 a 478.2pmp en 2005. El 57% de los pacientes están en hemodiálisis, 23% en diálisis peritoneal y 20% cuentan con un trasplante renal funcional. Dependiendo del estadio se puede iniciar el TRR, este trabajo se enfocó en la diálisis peritoneal, así como en el cuidador del paciente en este tratamiento. (Gorostidi, M., Santamaria, R., & Alcázar, R. ;2015).

Quien asume el rol de cuidador en la familia del anciano se enfrenta al riesgo de que su vida se trastorne originándole sensación de carga severa. La edad, género, estado civil, escolaridad y el parentesco son características importantes que pueden intervenir en ese riesgo, ya que en función de estas varía la experiencia, dedicación, madurez, estabilidad y la toma de decisiones adecuadas y oportunas para resolver las vicisitudes del cuidado del paciente. (Lemus Fajardo NM, Linares

Cánovas LB, Linares Cánovas LP.; 2018) El género es una variable determinante en el cuidado familiar, y opera con diferencias en las percepciones que se tienen sobre el cuidado y en la salud y la calidad de vida de las cuidadoras. (Martínez, M., & De la Cuesta, C. ;2016).

La calidad de vida es un constructo que incluye la salud, el estado funcional y socioeconómico, así como los aspectos psicológicos, emocionales y espirituales, la percepción de salud y los aspectos familiares, por lo que cualquier factor que impacte en cualquiera de estas dimensiones, impactará en la percepción de la calidad de vida (Velasco et al; 2016) La literatura reporta múltiples hallazgos sobre la valoración que hace el cuidador acerca de su calidad de vida. Los resultados muestran percepción media en la calidad de vida total, que coincide con la reportada en estudios de Vargas y Pinto y Ferrell et al. y contraria por la afectación negativa. (Galavís, C. R., Aponte, L. H., & Pinzón, M. L.; 2016). Dar atención a un paciente crónico por periodos largos genera en el proveedor de cuidados demandas superiores a sus capacidades de adaptación, lo que genera estrés crónico, sufrimiento, aislamiento, abandono, conflicto de roles, de pareja y problemas económicos. (Galavís, C. R., Aponte, L. H., & Pinzón, M. L.; 2016).

II. Antecedentes

El que el cuidador no disponga de tiempo libre disponible para realizar otras actividades vinculadas, por ejemplo, a la distracción, el trabajo o el autocuidado. A ello se suma la escasa o nula ayuda recibida por dichos cuidadores, la cual motiva la aparición de cambios en su vida como: sentirse cansados, no tener convivencia familiar, no poder realizar sus actividades diarias y muchas veces no poder salir a trabajar. Al respecto se indican que el apoyo social actúa como factor protector del impacto negativo del cuidado (Lemus Fajardo NM, Linares Cánovas LB, Linares Cánovas LP.; 2018) En principio, asumir el rol de cuidador genera sentimientos adversos, los cuales se relacionan con la percepción de vulnerabilidad y no por inconformismos o frustraciones asociadas al acto de cuidar. (Carreño, S. P.; 2015).

El cuidador no se siente preparado para asumir el nuevo rol, por ello se llena

de motivos y de fuerzas para asumirlo, aun cuando siente inseguridad y cansancio. Las labores de cuidado son complejas por la dependencia del receptor de cuidados, situación que, sumada a la falta de preparación, la inseguridad, la percepción de descontrol y la adversidad, afectan el bienestar físico del cuidador. (Carreño, S. P.; 2015) (Rodríguez, A. M., Rodríguez, E., Duarte, A., Díaz, E., Barbosa, A., & Clavera, A.; 2017). En un estudio realizado en 2017 en la ciudad de Medellín Colombia por Torres Avendaño y cols. se identificó una prevalencia de sobrecarga intensa de 19,4%, sobrecarga leve de 20,3% y el 60,3% no tenían sobrecarga. De los cuidadores con sobrecarga leve o intensa, el 93,3% eran mujeres, el 50,4% de los cuidadores con sobrecarga eran menores de 60 años y el 49,6% de 60 años o más. El 69,1% habitaban viviendas de estrato bajo, 57,8% se encontraban sin; el 51,1% tenían entre 1 y 3 hijos. En cuanto a la percepción de salud, se encontró que el 59,3% de los cuidadores con sobrecarga la consideraba regular, el 7,4% mala y el 33,3% .manifestaron percibir un buen estado de salud. (Torres-Avendaño et al 2017). (Cartas al editor 2016)

En cuanto a las características relacionadas con el cuidado, el 88,1% de los cuidadores con sobrecarga era único cuidador y el 11,9% tenía ayuda de otras personas, el 99,3% brindaba el cuidado los siete días de la semana y solo el 0,7% lo cuidaba entre cinco y seis días; el 99,3% asume el rol de cuidador las 24 horas del día y el 0,7% cuidaba entre 3 y 23 horas. El 91,9% de los cuidadores con sobrecarga manifestaron haber abandonado actividades para dedicarse al cuidado. El 98% manifestó no recibir ninguna retribución económica ni en especie. (Torres-Avendaño B, Agudelo-Cifuentes MC, Pulgarin-Torres M, Berbesi-Fernández DY.; 2017) De acuerdo a un estudio realizado por Velasco y colaboradores en 2016 sobre la percepción de la calidad de vida en cuidadores, se demostró que El 64.7% de los sujetos estudiados, tienen puntuaciones por arriba del 60% del total posible en el instrumento de calidad de vida y se consideró como una percepción de buena calidad de vida. Sin embargo, existe asociación estadísticamente significativa de la sobrecarga de trabajo con la calidad de vida, a mayor sobrecarga, la percepción de calidad de vida es menor, ya que no obstante que la correlación entre las puntuaciones del SF36 y de Zarit es más bien pobre, aunque significativa, las asociaciones bivariadas analizadas muestran que el cuidador que tiene sobrecarga

de trabajo tiene una percepción de baja calidad de vida tres veces más que quien no tiene sobrecarga. (Díaz, H., Lemus, N. M., González, W., Licort, L., & Gort, O.; 2015).

En un estudio realizado por Díaz y cols en 2015 dónde se buscó la relación entre la sobrecarga del cuidador y la calidad de vida. Se analizó una población predominio el sexo femenino, con edad inferior a los 60 años, con vínculos familiares, más de un año cumpliendo esta tarea y el 68.5% de ellos muestran signos de agotamiento. Los cuidadores agotados en su mayoría ya llevaban más de un año en esa labor, comportándose de manera igual en ambos sexos. Mientras aumenta en grado de agotamiento del cuidador, baja la calidad de vida del anciano. (Díaz, H., Lemus, N. M., González, W., Licort, L., & Gort, O.; 2015).

III. Fundamentación teórica

III.1 Enfermedad renal crónica

La causa de la ERC se establecerá según la presencia o ausencia de una enfermedad sistémica con potencial afectación renal o mediante las alteraciones anatomopatológicas observadas o presuntas. La estadificación de la ERC se puede valorar de acuerdo al filtrado glomerular y de acuerdo a los siguientes estadios. (GPC, IMSS 2009)

Cuadro I. Estadios de daño renal por filtrado glomerular (GPC, IMSS 2009)

KDIGO 2012		
Filtrado glomerular		
Categorías, descripción y rangos (ml/min/1,73 m ²)		
G1	Normal o elevado	≥ 90
G2	Ligeramente disminuido	60-89
G3a	Ligera a moderadamente disminuido	45-59
G3b	Moderada a gravemente disminuido	30-44
G4	Gravemente disminuido	15-29
G5	Fallo renal	< 15

El abordaje del paciente con enfermedad renal crónica es de manera inicial la evaluación de la cronicidad, de la causa, del filtrado glomerular y de la albuminuria. La cronicidad se verificará de forma retrospectiva, en cambio se busca de forma prospectiva cuando no existan determinaciones analíticas previas. La causa se determinará según la presencia o ausencia de una enfermedad sistémica con potencial afectación renal o mediante las alteraciones anatomopatológicas observadas o presuntas. Además, se evalúan la historia familiar de la enfermedad, la toma mantenida de fármacos nefrotóxicos, los factores medioambientales, como el contacto con metales como el plomo o el mercurio, y las pruebas de imagen (Gorostidi, M., Santamaria, R., & Alcázar, R.;2015).

III.1.2 fisiopatología

La ERC es una disminución de la reserva renal o una falla renal, que puede progresar a insuficiencia renal. Al principio, es poco probable que se observen cambios en la funcionalidad, debido a que el tejido remanente aumenta su funcionalidad. (Malkinna, A.; Octubre 2018).

La disminución de la función renal interfiere con la capacidad del riñón de mantener la homeostasis de líquidos y electrolitos. La capacidad de concentrar la orina disminuye en forma temprana, y es seguida por la declinación de la capacidad de excretar un exceso de fosfato, ácido y potasio. Cuando la insuficiencia renal es avanzada con tasas de filtración glomerular por debajo de 15 ml, se pierde la capacidad de diluir o concentrar la orina de manera eficaz; por

ello, la osmolaridad de la orina suele fijarse en cifras por arriba de 300, lo que es similar a la osmolaridad plasmática y el volumen urinario no responde fácilmente a las variaciones en la ingesta de agua. (Malkinna, A. ; Octubre, 2018).

Cuando la tasa de filtrado glomerular cae por debajo de 15 mL/min/1,73 m² (normal > 90 mL/min/1,73 m²), las concentraciones de creatinina y urea aumentan rápidamente y suelen asociarse con manifestaciones clínicas como la uremia; en relación al sodio y el agua, a pesar de la disminución de la tasa de filtrado glomerular, el equilibrio de sodio y agua está mantenido por el aumento de la fracción de excreción urinaria de sodio y la respuesta normal a la sed. Así, la concentración de sodio en el plasma es típicamente normal, y la hipervolemia es infrecuente a menos que la ingesta dietaria de sodio o agua sea muy restringida o excesiva. En sustancias como el Potasio, que dependen de la excreción y regulación mediante la orina mediante la adaptación renal suele mantener las concentraciones plasmáticas normales hasta que la insuficiencia renal está avanzada o la ingesta dietética de potasio es excesiva. Así mismo, existen alteraciones en el calcio, los fosfatos, la hormona paratiroidea (PTH), el metabolismo de la vitamina D, así como osteodistrofia renal. La disminución de la producción renal de calcitriol contribuye a la hipocalcemia. La reducción de la excreción renal de fosfatos produce hiperfosfatemia. Es común el hiperparatiroidismo secundario, y puede desarrollarse en la insuficiencia renal antes que se desarrollen anomalías en el calcio o los fosfatos. (Malkinna, A.; Octubre, 2018).

III.1.3 Epidemiología.

De acuerdo al Reporte de Salud Mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y al proyecto de carga global de la enfermedad, las enfermedades renales y del tracto urinario contribuyen con aproximadamente 850,000 muertes cada año y 15,010,167 años de vida saludable ajustados por discapacidad, estas enfermedades son la 10va

causa de muerte y la 17va causa de discapacidad en el mundo, y la 10ma causa de muerte en México, contribuyendo con el 28% de todas las muertes. La diabetes, la HAS y la ERC contribuyen con el 60% de la mortalidad y aproximadamente con el 47% de los gastos de salud a nivel global. En términos de incidencia se incrementó de 92 pacientes por millón de habitantes (ppmh) en 1999 a 372 ppmh en el año 2007, lo cual constituye la segunda cifra más alta del mundo. (GPC IMSS; 2009)

Aproximadamente el 47% de los 103 mil pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT) recibe tratamiento con diálisis o trasplante renal en el IMSS o ISSSTE, y el 3% lo recibe de otras instituciones, incluida la medicina privada. Ninguna institución perteneciente al Consejo de Salubridad General realiza sistemáticamente la detección oportuna de la enfermedad ni cuenta con programas de alto impacto para frenar sus repercusiones en el sistema de salud, en particular, los gastos asociados a diálisis. (López Cervantes, M., Rojas Russel, M. E., & Tirado Gómez, L. L.; 2010).

El 50% de la población mexicana está cubierta por tres instituciones de seguridad social: el IMSS, ISSSTE y las Fuerzas Armadas. En los últimos dos años el Seguro Popular, administrado por la Secretaría de Salud, ha asegurado a 10 millones de personas adicionales. No obstante, alrededor del 40% de la población continúa sin ningún tipo de seguridad social, por lo que no tiene acceso a una cobertura universal, incluyendo TRR. (López Cervantes, M., Rojas Russel, M. E., & Tirado Gómez, L. L.; 2010).

III.1.4. Definiciones

La ERC se define como la disminución de la función renal, expresada por una tasa de filtración glomerular $< 60 \text{ ml/min/1.73m}$ o como la presencia de daño renal (alteraciones histológicas, albuminuria-proteinuria, alteraciones del sedimento urinario o alteraciones de pruebas de imagen) de forma persistente, durante 3 meses. (GPC IMSS; 2009)

La TFG en la enfermedad renal crónica puede estimarse a partir de la ecuación de la Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI). Este cálculo no es muy preciso para los pacientes que son mayores y sedentarias, muy obesas o muy delgadas. Como alternativa, la tasa de filtración glomerular (TFG) puede estimarse utilizando la ecuación de Cockcroft-Gault para aproximarse a la depuración de creatinina; esta ecuación tiende a sobrestimar la TFG en un 10 a 40%.

La fórmula de la enfermedad renal crónica-EPI es más exacta que la modification of diet in renal disease (MDRD) y la de Cockcroft-Gault, en especial para los pacientes con una TFG cercana a los valores normales. La ecuación enfermedad renal crónica -EPI produce menos resultados falsos positivos que indican enfermedad renal crónica, y predice mejor la evolución que las otras fórmulas. (Malkinna, A.; Octubre, 2018).

La clasificación en etapas de la enfermedad renal crónica es una forma de cuantificar su gravedad. La enfermedad renal crónica se ha clasificado en 5 etapas. (Malkinna, A.; Octubre, 2018).

Cuadro ii. Clasificación de la enfermedad renal de acuerdo a la TFG (Malkinna, A. Octubre, 2018).

Tabla 2. Clasificación de la enfermedad renal de acuerdo a la TFG	
Etapas 1	TFG normal (≥ 90 mL/min/1,73 m ²), más albuminuria persistente o enfermedad renal conocida estructural o hereditaria
Etapas 2	TFG de 60 a 89 mL/min/1,73 m ²

Etapa 3:	TFG de 45 a 59 mL/min/1,73 m ²
Etapa 3b	30 a 44 mL/min/1,73 m ²
Etapa 4	TFG de 15 a 29 mL/min/1,73 m ²
Etapa 5:	TFG < 15 mL/min/1,73 m ²

La progresión de la enfermedad renal crónica se define por un descenso sostenido del FG > 5 ml/min/1,73 m² al año o por el cambio de categoría siempre que este se acompañe de una pérdida de filtrado glomerular ≥ 5 ml/min/1,73 m². Pequeñas fluctuaciones del filtrado glomerular no indican necesariamente progresión. Cuando se detecten los citados criterios de progresión, habrá que descartar factores potencialmente reversibles de agudización. En caso de progresión, se procurará identificar factores de progresión como etiología de la enfermedad renal crónica, edad, sexo, raza, tabaco, obesidad, hipertensión arterial crónica, hiperglucemia, dislipemia, enfermedad cardiovascular previa y exposición a agentes nefrotóxicos, y se tratarán aquellos modificables. (Gorostidi, M., Santamaria, R., & Alcázar, R.;2015).

Un gran número de pacientes con enfermedad renal crónica son referidos tardíamente al nefrólogo, lo cual se asocia con un incremento de la mortalidad y morbilidad. considerando referencia tardía aquellos casos en que el paciente tenía una tasa de filtrado glomerular <20 ml en su primera visita al nefrólogo. Se encuentra que aproximadamente el 98% de los pacientes inician la diálisis cuando su tasa de filtrado glomerular cae por debajo de 15ml/ min/1.73m². En México se reportó un incremento de la prevalencia de la terapia de sustitución renal de 119 pacientes por millón de población (pmp) en 1991 a 478.2pmp en 2005. El 57% de los pacientes

están en hemodiálisis, 23% en diálisis peritoneal y 20% cuentan con un trasplante renal funcional. Dependiendo del estadio se puede iniciar la terapia de sustitución renal, este trabajo se enfocó en la diálisis peritoneal, así como en el cuidador del paciente en este tratamiento. (Gorostidi, M., Santamaria, R., & Alcázar, R.;2015).

A continuación se nombran cuáles son los motivos por los cuáles la terapia con diálisis peritoneal es la ideal en los pacientes con insuficiencia renal terminal. Infecciones: el paciente en diálisis se va a beneficiar de un inicio de diálisis programado, reduciendo el uso de accesos vasculares transitorios y las tasas de septicemia, el riesgo de hospitalización son similares entre ambas técnicas, las infecciones en hemodiálisis son potencialmente más graves, la septicemia relacionada con el acceso vascular aumenta la mortalidad de forma considerable y, por otro lado, el riesgo de peritonitis en diálisis peritoneal es bajo. -Supervivencia: La supervivencia de los pacientes en diálisis peritoneal es igual o mejor que la de los pacientes en hemodiálisis en el grupo de pacientes no diabéticos. Si el análisis se realiza en función del tiempo de permanencia en la técnica de diálisis, los registros coinciden en afirmar que de nuevo la diálisis peritoneal se va a asociar con igual o mayor supervivencia que la hemodiálisis durante el primer o segundo año de diálisis en todos los pacientes. (Gorostidi, M., Santamaria, R., & Alcázar, R.;2015).

Un factor importante es el familiar del paciente del cual se recaban los siguientes datos: Un 56,5% son parejas, un 39% hijos y el resto padres o contratados. Un 26% tiene actividad doméstica, un 26% es jubilado y un 39% trabaja. Un 65% tiene otros familiares a su cargo. Un 69% pierde alguna actividad por acompañar. Un 4% tiene conflictos familiares por acompañar. Un 21% tiene trastornos emocionales por acompañar. Un 4% está «cansado» de acompañar. Un 30% pierde dinero por acompañar. Ningún acompañante cambiaría la técnica de su familiar. (Gorostidi, M., Santamaria, R., & Alcázar, R.;2015). El cuidador familiar además de realizar cuidados instrumentales, también tendrá el “papel amortiguador de todas las tensiones que se van generando en el proceso de la enfermedad”, lidiando así, con la carga emocional de la persona a quien cuida y del círculo familiar y social que lo rodea. El compromiso, tiempo y habilidades que los cuidadores

dedican a su labor, le generan un cambio radical en el estilo y calidad de vida que puede expresarse como en un estrés permanente, alteración en la ejecución habitual del rol, dificultades en interacciones sociales, falta de actividad y dispersión, entre otros. (López León, D., Rodríguez Calderon, L., Carreño Moreno, S., & Cuenca, I.;Septiembre, 2015). (Muñoz et al 2015).

III.2 Perfil del cuidador primario

Quien asume el rol de cuidador en la familia del anciano se enfrenta al riesgo de que su vida se trastorne originándole sensación de carga severa. La edad, género, estado civil, escolaridad y el parentesco son características importantes que pueden intervenir en ese riesgo, ya que en función de estas varía la experiencia, dedicación, madurez, estabilidad y la toma de decisiones adecuadas y oportunas para resolver las vicisitudes del cuidado del paciente. (Lemus Fajardo NM, Linares Cánovas LB, Linares Cánovas LP.; 2018). La habilidad de cuidado del cuidador está influenciada de forma positiva por la escolaridad de la persona con enfermedades crónicas no transmisibles, la edad del cuidador y el nivel socioeconómico de la díada y de forma negativa por el nivel de alteración cognitiva del paciente. (Torres Pinto X, Carreño Moreno S, Chaparro Díaz L.;2017) Algunos señalan que las mujeres son las principales protagonistas cuando de cuidar se trata, además las nociones culturales acerca de los roles masculino y femenino pueden influir en esta responsabilidad, siendo bien sabido que el rol de cuidadores lo asumen en la cultura latinoamericana mayoritariamente las mujeres; quienes tienden a ser más afectivas, más comprometidas con el detalle y más intencionadas a proporcionar un mejor estilo y calidad de vida a la persona cuidada. . (Lemus Fajardo NM, Linares Cánovas LB, Linares Cánovas LP.; 2018) El género es una variable determinante en el cuidado familiar, y opera con diferencias en las percepciones que se tienen sobre el cuidado y en la salud y la calidad de vida de las cuidadoras. (Martínez, M., & De la Cuesta, C.;2016).

Se tiene que entre los 36 y los 59 años, mismos que van a ver afectada su productividad, por la edad y la forma en que las personas se vuelven cuidadoras se han constituido en las mejores predictoras para vivir un sentimiento de carga

subjetiva, mientras el confinamiento parece ser el mejor predictor de la carga objetiva. (Lemus Fajardo NM, Linares Cánovas LB, Linares Cánovas LP.; 2018)

El que el cuidador no disponga de tiempo libre disponible para realizar otras actividades vinculadas, por ejemplo, a la distracción, el trabajo o el autocuidado. A ello se suma la escasa o nula ayuda recibida por dichos cuidadores, la cual motiva la aparición de cambios en su vida como: sentirse cansados, no tener convivencia familiar, no poder realizar sus actividades diarias y muchas veces no poder salir a trabajar. Al respecto se indican que el apoyo social actúa como factor protector del impacto negativo del cuidado (Lemus Fajardo NM, Linares Cánovas LB, Linares Cánovas LP.; 2018). En principio, asumir el rol de cuidador genera sentimientos adversos, los cuales se relacionan con la percepción de vulnerabilidad y no por inconformismos o frustraciones asociadas al acto de cuidar. (Carreño; 2015)

El cuidador no se siente preparado para asumir el nuevo rol, por ello se llena de motivos y de fuerzas para asumirlo, aun cuando siente inseguridad y cansancio. Las labores de cuidado son complejas por la dependencia del receptor de cuidados, situación que, sumada a la falta de preparación, la inseguridad, la percepción de descontrol y la adversidad, afectan el bienestar físico del cuidador. (Carreño; 2015) (Rodríguez et al; 2017)

III.2.1 factores asociados al colapso del cuidador primario

En un estudio realizado en 2017 en la ciudad de Medellín Colombia por Torres Avendaño y cols. se identificó una prevalencia de sobrecarga intensa de 19,4%, sobrecarga leve de 20,3% y el 60,3% no tenían sobrecarga. De los cuidadores con sobrecarga leve o intensa, el 93,3% eran mujeres, el 50,4% de los cuidadores con sobrecarga eran menores de 60 años y el 49,6% de 60 años o más. El 69,1% habitaban viviendas de estrato bajo, 57,8% se encontraban sin; el 51,1% tenían entre 1 y 3 hijos. En cuanto a la percepción de salud, se encontró que el 59,3% de los cuidadores con sobrecarga la consideraba regular, el 7,4% mala y el 33,3% manifestaron percibir un buen estado de salud. (Torres-Avendaño et al 2017). (Cartas al editor; 2016)

En cuanto a las características relacionadas con el cuidado, el 88,1% de los cuidadores con sobrecarga era único cuidador y el 11,9% tenía ayuda de otras personas, el 99,3% brindaba el cuidado los siete días de la semana y solo el 0,7% lo cuidaba entre cinco y seis días; el 99,3% asume el rol de cuidador las 24 horas del día y el 0,7% cuidaba entre 3 y 23 horas. El 91,9% de los cuidadores con sobrecarga manifestaron haber abandonado actividades para dedicarse al cuidado. El 98% manifestó no recibir ninguna retribución económica ni en especie. (Torres-Avenidaño B, Agudelo-Cifuentes MC, Pulgarin-Torres M, Berbesi-Fernández DY.; Medellín, 2017).

III.2.2 Instrumento para medir sobrecarga del cuidador primario

La carga es vista como la evaluación o percepción que el cuidador tiene de las demandas del medio relacionadas con su rol como cuidador, y los recursos con los que cuenta para satisfacer dichas demandas (Zarit, Reever y Bach-Peterson, 1980). Siguiendo este enfoque, Zarit diseñó la Entrevista de Carga del Cuidador (ECCZ), uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la carga subjetiva del cuidador. (Alpuche, V. J., Ramos, B., Rojas, M. E., & Figueroa, C. G.; 2015). El instrumento original de Zarit y cols. (1980) consistía en un cuestionario de 29 ítems. Evaluaba los siguientes aspectos: salud física y psicológica, área económica y laboral, relaciones sociales y relación con la persona mayor y receptor del cuidado. (Alpuche, V. J., Ramos, B., Rojas, M. E., & Figueroa, C. G.; 2015)

En una revisión del instrumento, Zarit, Orr y Zarit (1985) redujeron el número de reactivos a 22, los que han mostrado una consistencia interna con valores alfa de Cronbach de entre .79 y .92 (Alpuche, V. J., Ramos, B., Rojas, M. E., & Figueroa, C. G.; 2015).

III.3 Calidad de vida del cuidador

La calidad de vida es un constructo que incluye la salud, el estado funcional y socioeconómico, así como los aspectos psicológicos, emocionales y espirituales, la percepción de salud y los aspectos familiares, por lo que cualquier factor que

impacte en cualquiera de estas dimensiones, impactará en la percepción de la calidad de vida (Velasco et al; 2016) La literatura reporta múltiples hallazgos sobre la valoración que hace el cuidador acerca de su calidad de vida. Los resultados muestran percepción media en la calidad de vida total, que coincide con la reportada en estudios de Vargas y Pinto y Ferrell et al. y contraria por la afectación negativa. (Galvís, C. R., Aponte, L. H., & Pinzón, M. L.;2016).

Dar atención a un paciente crónico por periodos largos genera en el proveedor de cuidados demandas superiores a sus capacidades de adaptación, lo que genera estrés crónico, sufrimiento, aislamiento, abandono, conflicto de roles, de pareja y problemas económicos. (Galvís, C. R., Aponte, L. H., & Pinzón, M. L.;2016).

De acuerdo a un estudio realizado por Velasco y colaboradores en 2016 sobre la percepción de la calidad de vida en cuidadores, se demostró que El 64.7% de los sujetos estudiados, tienen puntuaciones por arriba del 60% del total posible en el instrumento de calidad de vida y se consideró como una percepción de buena calidad de vida. Sin embargo, existe asociación estadísticamente significativa de la sobrecarga de trabajo con la calidad de vida, a mayor sobrecarga, la percepción de calidad de vida es menor, ya que no obstante que la correlación entre las puntuaciones del SF36 y de Zarit es más bien pobre, aunque significativa, las asociaciones bivariadas analizadas muestran que el cuidador que tiene sobrecarga de trabajo tiene una percepción de baja calidad de vida tres veces más que quien no tiene sobrecarga. (Velasco et al; 2016)

III.3.1 Instrumento utilizado para medir percepción de la calidad de vida en el cuidador primario

El Medical Outcomes Study 36-item (sf-36) es un instrumento genérico para la evaluación de la Calidad de Vida. Fue creado en Estados Unidos y validado para el español, con una fiabilidad entre dos observadores de Alfa de Crombach de 0,70. Esta escala consta de 36 preguntas, agrupadas en las siguientes ocho dimensiones: Funcionamiento físico, desempeño físico, dolor corporal, desempeño emocional, salud mental, vitalidad, salud general,

funcionamiento social y una adicional denominada cambio de la salud en el tiempo. Para cada dimensión, la respuesta a cada pregunta se codifica y recodifica, y los resultados se trasladan a una escala de 0 a 100, los cuales son analizados separadamente. (Silva et al; 2016)

La OMS crea los instrumentos WHOQOL-100 (1991) y WHOQOL-BREF (1994), único instrumento internacional de la OMS de medición de la calidad de vida, logrado con la colaboración de diversos grupos culturales. Consiste en una encuesta personalizada en la que se debe contestar en una escala del 1 al 5 (siendo 1 «ninguno» y 5 «en una cantidad considerable») acerca de cómo el paciente vive su enfermedad y su percepción subjetiva de bienestar, debiendo responder de acuerdo con su experiencia de las dos últimas semanas. Debido a que algunos de los componentes de la calidad de vida no pueden ser observados directamente, se evalúan a través de cuestionarios que contienen grupos de preguntas. Cada una representa una variable que aporta un peso específico a una calificación global para un factor o dominio. A su vez, cada variable mide un concepto, y combinadas, conforman una escala estadísticamente cuantificable. (Robles, A., Rubio, B., De la Rosa, E. V., & Hernán, A.;2016).

WHOQOL-Bref, instrumento desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), consistente en la versión reducida del WHOQOL-100, que cuenta con validación transcultural y traducción a 20 idiomas con óptimas propiedades semánticas, esto lo hace uno de los cuestionarios de mayor uso y difusión. Adicionalmente puede ser aplicado en individuos con edades entre los 12 y los 97 años, lo que muestra adecuada capacidad para ofrecer resultados significativamente diferentes entre individuos sanos y enfermos. (Avila, J. H., & Vergara, M.;2015).

El instrumento está constituido por 26 ítems situando el marco temporal de análisis en las dos semanas anteriores a la evaluación en las cuales se miden las siguientes dimensiones: Salud física, salud psicológica, relaciones sociales, medioambiente. (Avila, J. H., & Vergara, M.;2015).

El alfa de Cronbach para la escala total fue de .89. Para las dimensiones que

constituyen la escala fueron de .71 para la dimensión salud física, .75 para la dimensión psicológica, .63 para la dimensión social y de .76 para la dimensión ambiental. (Urzúa y Caqueo 2016). De acuerdo a los datos anteriores, el instrumento utilizado para este trabajo fue WHOQOL-Bref, por la confiabilidad que tiene de acuerdo a alfa de Crombach, así como la capacidad de valorar a un gran número de personas de diferentes características socioculturales, y rango de edad amplio.

III.4 Relación entre sobrecarga del cuidador y calidad de vida

En un estudio realizado por Díaz y cols en 2015 dónde se buscó la relación entre la sobrecarga del cuidador y la calidad de vida. Se analizó una población predominio el sexo femenino, con edad inferior a los 60 años, con vínculos familiares, más de un año cumpliendo esta tarea y el 68.5% de ellos muestran signos de agotamiento. Los cuidadores agotados en su mayoría ya llevaban más de un año en esa labor, comportándose de manera igual en ambos sexos. Mientras aumenta en grado de agotamiento del cuidador, baja la calidad de vida del anciano. (Díaz, H., Lemus, N. M., González, W., Licort, L., & Gort, O.; 2015).

IV. Hipótesis

- Ha: Los cuidadores en diálisis peritoneal intermitente presentan un porcentaje mayor o igual al 40% colapso del cuidador y Los cuidadores en diálisis peritoneal continua ambulatoria con colapso presentan un porcentaje mayor o igual al 30%.

- H0: No existe diferencia entre los cuidadores en diálisis peritoneal intermitente con colapso y Los cuidadores en diálisis peritoneal continua ambulatoria con colapso

- Ha: Los cuidadores en diálisis peritoneal intermitente con colapso presentan un porcentaje mayor o igual al 30% de afectación a la calidad de vida y Los cuidadores en diálisis peritoneal continua ambulatoria con colapso presentan un porcentaje mayor o igual al 20%.

- H0: No existe diferencia en la afectación a la calidad de vida entre los cuidadores en diálisis peritoneal intermitente con colapso y Los cuidadores en

diálisis peritoneal continua ambulatoria con colapso

V. Objetivos

VI .1 Objetivo general

Determinar la calidad de vida y sobrecarga del cuidador en cuidadores de pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal intermitente en comparación con los cuidadores de pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal continua ambulatoria en una unidad de medicina familiar.

IV .2 Objetivos específicos

- Determinar la calidad de vida en cuidadores de pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal intermitente
- Determinar la calidad de vida en cuidadores de pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal continua ambulatoria
- Determinar el colapso del cuidador en cuidadores de pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal intermitente
- Determinar el colapso del cuidador en cuidadores de pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal continua ambulatoria
- Determinar la asociación entre la modalidad de diálisis peritoneal y presentación de colapso del cuidador.

VI. Material y métodos

VI .1 Tipo de investigación

Es un estudio transversal comparativo de tipo analítico.

VI.2 Población o unidad de análisis

Cuidadores Primarios del paciente con Enfermedad Renal Crónica Terminal en Diálisis Peritoneal de una Unidad de Medicina Familiar de Querétaro en el periodo comprendido de febrero de 2020 a junio de 2020.

Para el estudio la población se dividió en dos grupos de 129 participantes:

Grupo 1. Cuidadores de pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal intermitente (DPI).

Grupo 2. Cuidadores de pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal continua automatizada (DPCA).

XIII.3 muestra y tipo de muestra

El tamaño de la muestra es de 129 personas, por grupo para dos proporciones considerando un 95% de confianza.

Tamaño de muestra para dos proporciones

$$n: \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 (p_1 q_1 + p_2 q_2)}{(p_1 - p_2)^2}$$

$$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 (p_1 q_1 + p_2 q_2)}{(p_1 - p_2)^2}$$

$$n = \frac{[(2.57) + (0.84)]^2 [(0.47)(0.53) + (0.27)(0.73)]}{(0.47) - (0.27)^2}$$

$$(0.47) - (0.27)^2$$

$$n = \frac{(11.62)(0.2491) + (0.1971)}{(0.04)}$$

$$(0.04)$$

$$n = \frac{(11.62)(0.446)}{0.0196}$$

$$0.0196$$

$$n = \frac{5.182}{0.04}$$

$$0.04$$

$$\mathbf{n = 129}$$

Se consideró a cuidadores primarios de pacientes con enfermedad renal en diálisis peritoneal que acudan a consulta externa,

Se tomaron datos sociodemográficos y se corroboró que el cuidador cumpla con los criterios de inclusión al estudio, posteriormente se dividió en dos grupos de estudio, de acuerdo a las características del tratamiento sustitutivo de la función renal del paciente a cargo. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

VI.4 Criterios de selección

Criterios de inclusión:

-Cuidador primario de paciente en Diálisis peritoneal intermitente y Diálisis peritoneal Continua ambulatoria.

-Que desee participar en el estudio y firme el consentimiento informado

Criterios de exclusión

-Cuidador primario con diagnóstico de depresión o ansiedad antes de encargarse del cuidado del paciente.

Criterios de eliminación:

-Que una vez firmado el consentimiento el paciente decida no completar los cuestionarios

VI.5 Variables estudiadas

Las variables estudiadas fueron la presentación de colapso del cuidador y la afectación a la calidad de vida en ambos grupos cuidadores de pacientes en diálisis peritoneal intermitente y diálisis peritoneal continua ambulatoria

VII. Técnicas e instrumentos

VII.1 Sobrecarga del cuidador

Para evaluar las variables asociadas a la sobrecarga del cuidador se utilizó el cuestionario de Zarit, mismo que consta de 22 preguntas tipo Likert, de cinco opciones, (1-5 puntos, con una puntuación total de 22 a 110 puntos), clasificándose al cuidador en: ausencia de sobrecarga (≤ 46 puntos), sobrecarga leve (47-55 puntos) o sobrecarga intensa (≥ 56 puntos).

Zarit diseñó la Entrevista de Carga del Cuidador (ECCZ), uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la carga subjetiva del cuidador.

El instrumento original consistía de 29 preguntas, y más tarde se redujeron el número de reactivos a 22, los que han mostrado una consistencia interna con valores alfa de Cronbach de entre .79 y .92, prueba validada para población mexicana.

El tipo de muestreo empleado en éste trabajo de investigación fue no probabilístico por conveniencia.

VII.2 Calidad de vida

La evaluación de la calidad de vida se realizó mediante la WHOQOL-Bref, El instrumento está constituido por 26 ítems, Cuenta con escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos que van de 1 hasta 5, de modo que las puntuaciones más altas indican un mejor nivel de la calidad de vida. situando el marco temporal de análisis en las dos semanas anteriores a la evaluación en las cuales se miden las siguientes dimensiones: Salud, relaciones sociales, medio ambiente. Para realizar la calificación deben recodificar todos los ítems dándoles el valor de Q1-Q26 respectivamente. Se recodifican los ítems Q3, Q4, y Q26 de manera inversa (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1), se utilizan las tablas de conversión para darle valor de

acuerdo al resultado del cuestionario a cada dominio. Los valores pueden representarse de 0-20 o de 0-100 en cada dominio y de manera global.

El instrumento fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), consistente en la versión reducida del WHOQOL-100, que cuenta con validación transcultural y traducción a 20 idiomas con óptimas propiedades

semánticas. Adicionalmente puede ser aplicado en individuos con edades entre los 12 y los 97 años. Cuenta con un alfa de Cronbach para la escala total de .89.

VIII. Procedimientos

Posterior a la autorización por el comité local de investigación, se solicitó permiso mediante oficio firmado por la Directora de Tesis, a las autoridades correspondientes para realizar la investigación en la unidad especificada

Se acudió en horario matutino y vespertino a la sala de una Unidad de Medicina de la Delegación 23 de Querétaro, de acuerdo a los criterios de selección se aplicó el instrumento a los pacientes, se les invitó a participar en el protocolo de investigación, haciendo una reseña breve del objetivo y de los beneficios que adquirirán de decidir participar en el mismo.

Una vez que se tenía la autorización, se firmó el consentimiento informado y se procedió a la aplicación del instrumento, el cual se aplicó por el investigador principal con un tiempo promedio de aplicación de aproximadamente 7-10 minutos.

Cuando se obtuvo el número suficiente de encuestas requisadas se procedió a vaciar la información en una base de datos para posteriormente iniciar con el análisis; en donde la intención es dar a conocer los resultados al personal médico encargado y las autoridades con la finalidad que en caso de que presente alguna situación que requiera atención por otro especialista se pondrá a consideración del médico tratante.

Así mismo se tiene la intención de presentar este proyecto en foros, congresos y realizar la publicación.

IX. Análisis estadístico

Se analizó porcentajes, promedios chi cuadrada y razón de momios así como intervalos de confianza.

X. Consideraciones éticas

En el presente estudio se contempló la reglamentación ética vigente al someterse a un comité de investigación local de salud ante el cual se presentó para su revisión, evaluación y aceptación.

En congruencia con la declaración de la 64ª Asamblea General realizada en Fortaleza, Brasil, octubre 2013; en la cual se menciona que la investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes.

Es de suma importancia el tomar toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

Toda persona con capacidad de elegir, debe ser informado acerca del estudio, objetivos, probables riesgos, beneficios, fuentes de financiamiento y probables conflictos de interés del estudio, así como los riesgos a los que se expone, durante o después del estudio, y tiene el derecho de aceptar o no participar.

La Norma Oficial Mexicana NOM 012-SSA3-2012, que establece los criterios normativos de carácter administrativo, ético y metodológico, que en conjunto con la Ley General de Salud y el reglamento en materia de investigación para la salud, son de carácter obligatorio para solicitar autorización de proyectos o protocolos con fines de investigación.

De acuerdo al artículo 17, título segundo del Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de investigación para la salud, el estudio corresponde al tipo II, una investigación con riesgo mínimo, al realizar aplicación de pruebas psicológicas.

El paciente que acepto la entrevista se le explico en qué consistía su participación, y la importancia de la misma, el objetivo de la investigación cuantas veces fue necesario, el derecho que tenia de retirarse si así lo desea en cualquier momento de la entrevista, el derecho a no contestar algunas preguntas si así lo

decide, que sus datos eran confidenciales, que no afectaría su atención medica si decide retirarse y que el análisis de la información seria general y no particular. A los cuidadores en quienes se detectó sobrecarga del cuidador se le sugirió acudir a consulta con su médico familiar, así como a consulta de psicología para poder dar atención de dicho síndrome, así mismo, se les explicó ampliamente las características del síndrome y se les dieron recomendaciones para mejorar la sensación de sobrecarga del cuidador.

XI. Resultados

Se estudió a 258 cuidadores primarios de pacientes en diálisis peritoneal, de los cuales se dividieron en dos grupos (n:129) de acuerdo con la variable de estudio: en diálisis peritoneal intermitente (DPI) y diálisis peritoneal continúa Automatizada (DPCA).

Cuadro III.1 Frecuencia de colapso de cuidador en pacientes con DPI Y DPCA

COLAPSO	MODALIDAD					
	DPI		DPCA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
NO	108	84%	105	81%	213	83%
SI	21	16%	24	19%	45	17%
TOTAL	129	50%	129	50%	258	100

Chi cal 0,214

Chi tabla 3,841 No existe relación entre las variables

Fuente: encuesta a cuidadores de pacientes en diálisis peritoneal en una unidad de medicina familiar Querétaro 2020

En el cuadro III.1, se observa la baja prevalencia de colapso del cuidador en la población que se estudió con un porcentaje de 17 % que presentaron colapso contra 83% sin presencia de colapso, de los cuales en diálisis peritoneal intermitente el 16% presenta colapso del cuidador contra el 19% de los cuidadores en diálisis peritoneal continua ambulatoria , con lo cual se concluye que existe mayor presentación de colapso en diálisis peritoneal intermitente ,no existe relación entre las variables con un valor de p de 3.841.

Cuadro III.2 Frecuencia de afectación a la calidad de vida en cuidadores de pacientes con DPI Y DPCA

Afectación a la calidad de vida	MODALIDAD					
	DPI		DPCA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
NO	103	80%	108	84%	211	82%
SI	26	20%	21	16%	47	18%

TOTAL		129	50%	129	50%	258	100%
	<i>Chi cal 0,214</i>			Chi tabla 3,841	No existe relación entre las variables		

Fuente: encuesta a cuidadores de pacientes en diálisis peritoneal en una unidad de medicina familiar Querétaro 2020

En el cuadro III.2, se observa que el 82% del total de los cuidadores no presentan afectación a la calidad de vida, contra un 18% de los cuidadores que si presentan afectación a la calidad de vida, de los cuales no existe diferencia significativa entre una modalidad u otra, encontrándose una afectación en cuidadores de pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria del 16% contra un 20% de los que se encuentran en diálisis peritoneal intermitente, sin embargo, no existe relación entre las variables al encontrarse un valor de p de 3.841

Cuadro III.3 Frecuencia en afectación en los dominios de Whoqol. Bref en cuidadores de pacientes en DPI Y DPCA

<i>Dominios de Whoqol-Bref</i>		MODALIDAD					
		DPI		DPCA		Total	
		N	%	N	%	N	%
Afectación a Salud física	<i>si</i>	37	29%	73	57%	110	43%

	<i>no</i>	92	71%	56	43%	148	57%
	<i>Total</i>	129	50%	129	50%	258	100%
Afectación a Salud psicológica	<i>si</i>	37	29%	36	28%	73	28%
	<i>no</i>	92	71%	93	72%	185	72%
	<i>total</i>	129	50%	129	50%	258	100%
Afectación Relaciones sociales	<i>si</i>	59	46%	58	45%	117	45%
	<i>no</i>	70	54%	71	55%	141	55%
	<i>total</i>	129	50%	129	50%	258	100%
Afectación al Ambiente	<i>si</i>	16	12%	26	20%	42	16%
	<i>no</i>	113	88%	103	80%	216	84%
	<i>total</i>	129	50%	129	50%	258	100%
<i>chi cal -0.025</i>		chi tabla 5.991		no existe relación entre las variables			

Fuente: encuesta a cuidadores de pacientes en diálisis peritoneal en una unidad de medicina familiar Querétaro 2020

En el cuadro III.3 se encontró que el dominio mayormente afectado es el de la salud física con un 43% de los cuáles se ve mayormente afectados a los cuidadores de pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria con un 57%, seguido de la afectación a las relaciones sociales con un 45%, de los cuáles los cuidadores en diálisis peritoneal intermitente son mayormente afectados en este dominio con un 46%.

cuadro III.4 Relación entre el tiempo de permanencia en diálisis peritoneal continua ambulatoria y la presentación del colapso del cuidador

COLAPSO	< 1 AÑO	1 AÑO UN DIA A 3 DIAS	3 AÑOS UN DIA A 5 AÑOS	5 AÑOS UN DIA A 7 AÑOS	TOTAL

SI	19	29%	3	6%	0	0%	1	12%	23	18%
NO	47	71%	49	94%	3	100%	7	87%	106	82%
TOTAL	66	51%	52	40%	3	2%	8	7%	129	100%

$T(4);0.1676;p=2,4467$

No diferencias significativas

Fuente: encuesta a cuidadores de pacientes en diálisis peritoneal en una unidad de medicina familiar Querétaro 2020

En el cuadro III.4 se observa que los cuidadores de pacientes que presentan colapso predominantemente es en el periodo menor a un año con un porcentaje del 29%, y conforme avanza el tiempo la presentación de colapso disminuye, sin embargo presenta un repunte entre los 5-7 años con un 12%. Además se observa que la mayoría de los pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal continua ambulatoria estudiados se encontraban en el periodo menor a un año con un porcentaje del 51%, con tendencia a la reducción con un pequeño repunte entre los 5-7 años del 7%. Presenta un valor de $p=0.24467$, por lo cual no existen diferencias significativas entre los dos grupos.

cuadro III.5 Relación entre el tiempo de permanencia en diálisis peritoneal intermitente y la presentación del colapso del cuidador

COLAPSO	< 1 AÑO	1 AÑO UN DIA A 3 DIAS	3 AÑOS UN DIA A 5 AÑOS	5 AÑOS UN DIA A 7 AÑOS	TOTAL					
SI	13	19%	3	7%	3	20%	2	33%	21	16%
NO	54	81%	38	93%	12	80%	4	67%	108	84%

TOTAL	67	52%	41	32%	15	12%	6	5%	129	100%
$T(4);0,1160;p=2,44$	No hay diferencias significativas									
69										

Fuente: encuesta a cuidadores de pacientes en diálisis peritoneal en una unidad de medicina familiar Querétaro 2020

En el cuadro III.5 se observa que los cuidadores de pacientes en diálisis peritoneal se encuentran en su mayoría durante el periodo del primer año con un 52% y con tendencia a la disminución conforme avanza el tiempo, de los cuáles, del 16% que se encuentra con colapso del cuidador en total, el 13% se encuentra durante el primer año y con tendencia a la reducción, presenta un valor de $p=2.4469$, por lo cual no existen diferencias significativas entre los dos grupos.

Cuadro III.6 Asociación entre colapso del cuidador y afectación a la calidad de vida en cuidadores de pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria

Colapso del cuidador	Afectación a la calidad de vida					
	sí		no		total	
	n	%	n	%	n	%
sí	11	52%	12	11%	23	18%

<i>no</i>	10	48%	96	89%	106	82%
<i>total</i>	21	16%	108	84%	129	100%
<i>Valor de p 3.8414</i>	no existe relación entre las variables					

En el cuadro III.6 se observa que el 18% de los cuidadores de pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria tienen colapso del cuidador de los cuáles el 16% se encuentran con afectación a la calidad de vida, de los 23 con colapso del cuidador el 52% presentan también afectación a la calidad de vida, sin embargo, no existe relación entre las variables al encontrarse un valor de p de 3.84.14.

Cuadro III.7 Asociación entre colapso del cuidador y afectación a la calidad de vida en cuidadores de pacientes en diálisis peritoneal intermitente

<i>Colapso del cuidador</i>	<i>Afectación a la calidad de vida</i>					
	<i>si</i>		<i>no</i>		<i>total</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>si</i>	14	48%	7	7%	21	16%

<i>no</i>	12	41%	96	90%	108	84%
<i>total</i>	26	20%	103	80%	129	100%

valor de p: 12.5915

En el cuadro III.7 se observa que los cuidadores de pacientes en diálisis peritoneal intermitente se encuentran con el 16% de colapso del cuidador de los cuáles el 20% se encuentran con afectación a la calidad de vida, sin embargo, de los 21 cuidadores que presentan colapso del cuidador el 48% presentan afectación a la calidad de vida, pero, las variables no se relacionan al presentar un valor de p de 12.5915.

Sin embargo, se encuentra que hay mayor frecuencia de afectación a la calidad de vida en los cuidadores de pacientes en diálisis peritoneal intermitente con un 20% contra un 16% y existe una mayor frecuencia de colapso del cuidador en cuidadores de pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria con un 18% contra un 16%.

XII. Discusión

La importancia de este estudio radica en la tardanza del diagnóstico oportuno de las enfermedades crónicas y degenerativas, y con ello la mayoría de los pacientes se detectan cuando ya se encuentra en fases terminales que requieren de tratamientos más caros y sofisticados como lo es la diálisis. Sin embargo, dentro de la gama de alternativas de tratamientos sustitutivos de la función renal, uno de los más económicos y con más beneficios fisiológicos para los pacientes es justamente

la diálisis, pero no se toma en cuenta el papel prioritario que tiene el cuidador primario en el éxito del tratamiento.

Por lo anterior, puede que la persona a cargo del paciente logre que la diálisis peritoneal funcione de manera adecuada o que no sea así, por lo cual a la par que se evalúa de manera periódica al paciente con enfermedad renal crónica debe evaluarse al cuidador primario y al sistema familiar.

En este estudio se probó que la mayoría de cuidadoras son mujeres tal como se comenta en la bibliografía que menciona Lemus y colaboradores (2018) que el 77.2% de los cuidadores son mujeres y puede deberse al carácter servicial y más cariñoso que tienen de manera cultural las mismas. En el mismo estudio menciona que la mayoría de los cuidadores son solteros con un porcentaje del 39,2%, sin embargo, en este estudio se encontró que la mayoría son casados con un porcentaje del 56%.

De manera contraria, en este estudio hecho en población cubana por Lemus y colaboradores en 2018 se encontró que el 73.67% presentaba algún grado de sobrecarga del cuidador, y en el estudio aplicado en una unidad en el estado de Querétaro en cuidadores de pacientes en diálisis peritoneal se encontró que solo el 17.4% presenta algún grado de colapso del cuidador, puede ser por alguna diferencia en relación a características sociales.

XIII. Conclusiones

De acuerdo al estudio actual se concluye que el atender a los cuidadores de los pacientes en diálisis peritoneal en sus diferentes modalidades a la par que se atiende a los pacientes generará menores ingresos hospitalarios mayor apego a los tratamientos, y menor morbi mortalidad. A la vez que si existe relación entre el rol del cuidador y la patología psiquiátrica que engloba el colapso del cuidador y la afectación a la calidad de vida, estadísticamente no se pudo encontrar asociación entre las variables, sin embargo, por separado cada variable se relaciona con los grupos.

XIV. Propuestas

Hacer de su conocimiento al personal de salud el uso de las escalas Zarit y WHOL- Bref, con la finalidad de ser aplicada a todos los cuidadores primarios, principalmente a los que se integran a los programas de diálisis peritoneal y que sean aplicadas de manera periódica conforme avanzan en el proceso para poder detectar cualquier dato de sobrecarga del cuidador y poder ser canalizados de manera temprana con otros profesionales de la salud que puedan ayudar a tratar y dar recomendaciones sobre el uso del tiempo y el autocuidado.

Hacer uso adecuado de los servicios auxiliares en las UMF como lo es trabajo social, enfermería y psicología para brindar atención integral a los cuidadores, crear grupos de apoyo, y grupos de integración de cuidadores, apoyos psicológicos en casos de colapso del cuidador, ansiedad y otros trastornos psicológicos asociados.

Así mismo es importante el fortalecimiento de las redes familiares, la comunicación efectiva dentro de las familias el cuidador y el paciente.

XV. Bibliografía

Alpuche, V. J., Ramos, B., Rojas, M. E., & Figueroa, C. G. (2015). Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Red de Revistas Científicas de América Latina y El Caribe, España y Portugal*, 18(2), 237–245.

Avila, J. H., & Vergara, M. (2015). Calidad de vida en cuidadores informales de personas con

enfermedades crónicas. *Aquichan*, 14(3), 417–429.

Carreño, S. P. (2015). Reconstruyendo el significado de calidad de vida de los cuidadores en el cuidado: una metasíntesis. *Av. Enferm*, 33(1), 55–66.

Cartas al editor. (2016). Factores determinantes de la sobrecarga del cuidador, Estudio de las diferencias de género. Factores determinantes de la sobrecarga del cuidador, Estudio de las diferencias de género. *Atención Primaria*, 49(5), 308–313.

Díaz, H., Lemus, N. M., González, W., Licort, L., & Gort, O. (2015). Repercusión ética del cuidador agotado en la calidad de vida de los ancianos. *Rev. Ciencias Médicas*, 19(3), 478–490.

Doñate, T. (2015). Guías de diálisis peritoneal y la práctica diaria. *NEFROLOGÍA*, 25(2), 33–38.

Galvís, C. R., Aponte, L. H., & Pinzón, M. L. (2016). Percepción de la calidad de vida de cuidadores de pacientes asistentes a un programa de crónicos, Villavicencio, Colombia. *Aquichan*, 16(1), 104–115.

Gorostidi, M., Santamaría, R., & Alcázar, R. (2015). Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. *Revista Nefrología. Órgano Oficial de La Sociedad Española de Nefrología*, 34(3), 302–316.

Guerrero, A. M., Uscátegui, A. M., Avila, L. F., Sánchez, A. C., & Múnera, L. M. (2015). Manual del Cuidado del cuidador. Recuperado 24 de septiembre de 2020, de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Manual-cuidado-al-cuidador.pdf>

Guía de práctica clínica Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica

temprana. México, Secretaría de salud 2009.

Lemus Fajardo NM, Linares Cánovas LB, Linares Cánovas LP. (2018) Nivel de sobrecarga de cuidadores de adultos mayores frágiles. *Rev Ciencias Médicas*,22(5): 894-905.

López Cervantes, M., Rojas Russel, M. E., & Tirado Gómez, L. L. (2010). *Enfermedad renal crónica y su atención mediante tratamiento sustitutivo en México (1ra ed.)*. Ciudad de México, México: Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

López León, D., Rodríguez Calderon, L., Carreño Moreno, S., & Cuenca, I. (Septiembre, 2015). Cuidadores de pacientes en diálisis peritoneal: experiencia de participar en un programa de habilidad de cuidado. *Enferm Nefrol*, 18(3), 189–195.

Malkinna, A. (Octubre, 2018). Enfermedad Renal crónica. Revisado el 08 de septiembre de 2020, de, <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-urogenitales/enfermedad-renal-cr%C3%B3nica/enfermedad-renal>

Martínez, M., & De la Cuesta, C. (2016). La experiencia del cuidado de las mujeres cuidadoras con procesos crónicos de salud con familiares dependientes. *Aten Primaria*, 48(2), 77–84.

Montenegro, J. (2009). *Tratados de diálisis peritoneal* (32nd ed., Vol. 3). España, España: Elsevier. (637-645)

Muñoz, N. M., Lozano, J. J., Huerta, S., Escobedo, R., Torres, P., & Loaiza, J. C. (2015). asociación entre colapso del cuidador y pronóstico de pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de Medicina Interna. *Med Int Méx*, 31,528-535.

- Robles, A., Rubio, B., De la Rosa, E. V., & Hernán, A. (2016). Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *El Residente*, 11(3), 120–125.
- Rodríguez, A. M., Rodríguez, E., Duarte, A., Díaz, E., Barbosa, A., & Clavera, A. (2017). Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. *Atención Primaria*, 49(3), 156-165.
- Silva Fohn, J. R., González Tanampa, J. T., Mas Huaman, T., Marques, S., & Aparecida Partezina, R. (2016). Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. *Av Enferm*, 34(3), 251–258.
- Tamayo y Orozco, A., & Lastiri Quiroz, S. (2016, Octubre). La enfermedad renal crónica en México, Hacia una política nacional para enfrentarla. *Nacional de Medicina de México*, V, 3–6.
- Torres-Avendaño B, Agudelo-Cifuentes MC, Pulgarin-Torres M, Berbesi-Fernández DY. Factores asociados a la sobrecarga en el cuidador primario. (Medellín, 2017). *Univ. Salud*. 2018;20(3):261-269. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182003.130>
- Torres Pinto X, Carreño Moreno S, Chaparro Díaz L.(2017) Factores que influncian la habilidad y sobrecarga del cuidador familiar del enfermo crónico. *Rev Univ Ind*; 49(2): 330-338.
- Torres-Toledano, M. (2017). Carga de la enfermedad renal crónica. *Revista Medica Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 55.
- Urzúa, A., & Caqueo, A. (2016). Estructura Factorial y valores de referencia del WHOQoL-Bref en población adulta chilena. *Rev Med Chile*, 141, 1547–1554.
- Velasco Rodríguez VM, Estala Mena F, Suárez Alemán GG, Rodríguez Martínez C, Limones

Aguilar ML, Alvarado Cano PG (2016) . Percepción del estado de salud y calidad de vida del cuidador primario de adultos mayores relacionada con la sobrecarga de trabajo. Rev Paraninfo Digital, 2016; 25 <http://www.index-f.com/para/n25/023.php>

Dirección General de Bibliotecas UAQ

XVI. Anexos

X1.1 Hoja de recolección de datos

FOLIO: _____



HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

“Asociación entre calidad de vida y colapso del cuidador primario del paciente con Enfermedad Renal Crónica Terminal en Diálisis Peritoneal en una Unidad de Medicina Familiar”

Nombre: _____

EDAD: _____ 2. SEXO: M: _____	EDAD: _____ 2. SEXO: M: _____ H: _____
3. ESCOLARIDAD:	
PRIMARIA: _____ SECUNDARIA: _____ BACHILLERATO: _____ LICENCIATURA: _____	
4. ESTADO CIVIL: SOLTERO/A: _____ CASADO/A: _____ UNION LIBRE: _____ DIVORCIADO/A: _____ VIUDO/A: _____	PARENTEZCO CON EL PACIENTE: _____ 5. TIEMPO EN DIALISIS PERITONEAL: _____ 6. MODALIDAD DE DP: DPCA: _____ DPA _____ 7. COLAPSO DEL CUIDADOR (CON BASE EN EL CUESTIONARIO ZARIT) CON COLAPSO _____ SIN COLAPSO _____ 8. AFECRACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA (CON BASE EN LOS RESULTADOS DEL CUESTIONARIO WHOQOL-Bref) CON AFECTACIÓN _____ SIN AFECTACIÓN _____



XVII. Instrumentos

FOLIO

CUESTIONARIO WHUQOL-BREF

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
	Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas					
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta que punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta que punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5
	Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuan totalmente" usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.					
		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5
	Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuan satisfecho o bien" se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas					

		Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5
	La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. Ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas?	1	2	3	4	5
		Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

**CUESTIONARIO ZARIT PARA
SOBRECARGA DEL CUIDADOR**

0= Nunca	1=Rara vez	2= Alguna vez	3= Bastantes veces	4= 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 tiempo para usted?	0	1	2	3	4
3. ¿Se siente usted agobiado por compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades?	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 a su familiar afecta negativamente?	0	1	2	3	4
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0	1	2	3	4
8. ¿Siente 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 no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?	0	1	2	3	4
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente debido al cuidado de su familiar?	0	1	2	3	4
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado 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 su familiar además de sus otros gastos?	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 cargo de otra persona?	0	1	2	3	4
19. ¿Se siente indeciso sobre que hacer con su familiar?	0	1	2	3	4
20. ¿Piensa que debería 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, ¿Qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
SIN SOBRECARGA	SOBRECARGA LEVE			SOBRECARGA INTENSA	
<46	47-55 sobrecarga leve			≥ 56 implica una sobrecarga intensa	

a. Carta de consentimiento informado.

FOLIO



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Asociación entre calidad de vida y colapso del cuidador primario en cuidadoras del paciente con Enfermedad Renal Crónica Terminal en Diálisis Peritoneal en una Unidad de Medicina Familiar
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro,
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar cuidadoras primarias con colapso del cuidador así como afectación a la calidad de vida para disminuir posibles riesgos a la salud y calidad en los cuidados del paciente con IRC en diálisis peritoneal.
Procedimientos:	Aplicación de instrumentos de evaluación
Posibles riesgos y molestias:	Tiempo al contestar los instrumentos aplicados.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer si existe sobrecarga del cuidador y/o afectación a la calidad de vida
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se referirá al área de psicología en caso de detectar colapso del cuidador.
Participación o retiro:	El retiro no afectará la atención médica que recibe en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El uso de la información será anónimo y confidencial.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	No autoriza que se tome la muestra.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
Beneficios al término del estudio:	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	No aplica
	Informar sobre los resultados y referirlo a áreas especializadas

Med. Esp.. Manuel Enrique Herrera Avalos Especialista en Medicina Familiar Unidad de adscripción: UMF 16 Matrícula: 99175412 Director clínico de tesis Celular: 442 332 6428 Correo electrónico: manuel.herraav@imss.gob.mx d_avila99@hotmail.com	Med. Esp. Daniel Ávila Lozano Especialista en Nefrología Unidad de adscripción: HGR 1 Matrícula: 99087291 Co- asesor clínico de tesis Celular: 4422 4469106 Correo electrónico:
---	---

Colaboradores: Med. Gral. Aricela Gracia López
Residente de segundo año de Medicina Familiar
Unidad de adscripción: UMF 16
Matrícula: 99238264
Celular 442 263 15 85
Correo electrónico: dra.arytagracia@gmail.com

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 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma de quien autoriza	Nombre y firma de testigo
Nombre y firma del investigador	Testigo:

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

Dirección General de Bibliotecas UAQ