



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN REGIONAL EN BAJA CALIFORNIA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

Facultad de Medicina

Coordinación General de posgrado e investigación

Trabajo terminal

**EVALUACIÓN DE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE PACIENTES EN
DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA ANTES Y DESPUÉS
DE UNA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA**

Número de registro R-2018-201-023

Trabajo que para obtener el Diploma de especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Dra. Anette María García Salazar

Asesores

Dra. Angélica María Martínez Contreras

Dra. Guadalupe Ortega Vélez

Dr. Alberto Barreras Serrano

Mexicali, Baja California, Octubre 2019

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Investigador Responsable: Dra. Angélica María Martínez Contreras

Adscripción: HGZNo.30

Lugar de trabajo: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Matricula: 1187609

Teléfono: 686 118 7609

Correo electrónico: angelica.martinezc@imss.gob.mx

Investigador principal: Anette María García Salazar

Adscripción: UMF No. 28 Mexicali, B.C

Lugar de trabajo: IMSS

Matricula: 98025681

Teléfono: 686 1966675

Correo electrónico: anette_garcia@hotmail.com

Investigador(es) Asociado: Dra. Guadalupe Ortega Vélez

Adscripción: UMF No. 28 Mexicali, B.C

Lugar de trabajo: IMSS

Matricula: 99027009

Teléfono: 686 1915834

Correo electrónico: Guadalupe.ortegav@imss.gob.mx

Asesor metodológico: Dr. Alberto Barreras Serrano

Lugar de trabajo: Docente en Universidad Autónoma de Baja California (UABC), Facultad de veterinaria y zootecnia. Maestría y doctorado en ciencias en el área de genética estadística.

Teléfono: 686 2255342

Correo electrónico: abarreras@uabc.edu.mx

ÍNDICE

RESUMEN	4
MARCO TEÓRICO.....	6
ANTECEDENTES	13
JUSTIFICACIÓN	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
OBJETIVOS	18
HIPÓTESIS	18
MATERIAL Y MÉTODOS	19
Diseño de investigación:	19
Criterios de selección:.....	19
Determinación por medidas repetidas.....	19
Operacionalización de las variables.....	20
Procedimiento	22
Análisis estadístico.....	23
Aspectos éticos.....	23
RECURSOS, FINANCIAMIENTOS Y FACTIBILIDAD.....	24
RESULTADOS	25
DISCUSIÓN	31
CONCLUSIONES.....	33
RECOMENDACIONES	34
BIBLIOGRAFÍA	35
ANEXOS	40
Anexo 1. Hoja de Recolección de Datos.....	40
Anexo 2. Escala de Zarit para evaluar sobrecarga del cuidador	40
Anexo 3. Escala de Depresión de Beck	41
Anexo 4. Carta de Autorización del director de la unidad	44
Anexo 5. Carta de consentimiento informado	45
Anexo 6. Carta descriptiva sobre Intervención psicoeducativa	46
Anexo 7. Cronograma de actividades	47
Anexo 8. Proceso de selección de cuidadores.....	48

RESUMEN

"EVALUACIÓN DE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA"

García Salazar Anette María¹, Martínez Contreras Angélica María², Ortega Vélez Guadalupe³,
Barreras Serrano Alberto⁴

IMSS^{1,2,3}, UABC⁴

Introducción: El rol que juega la familia como cuidadores de un paciente con enfermedad renal crónica (ERC) que se encuentra en diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) es muy conocido, pero el impacto en la salud física, mental y social del cuidador es muy poco comprendido y muchas veces ignorado. El rol de cuidador informal es sumamente difícil, ya que tienen que asumir una gran cantidad de tareas que los pone en una situación de gran vulnerabilidad, estrés y carga, y que incrementa a su vez el riesgo de padecer problemas físicos, emocionales y socio-familiares.

Objetivo: Evaluar la sobrecarga del cuidador de pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria antes y después a una intervención psicoeducativa.

Metodología: Estudio de intervención cuasiexperimental, analítico, prospectivo, longitudinal, se evaluaron a los cuidadores principales de pacientes con diagnóstico de ERC en tratamiento sustitutivo con DPCA en el Servicio de Nefrología del IMSS Hospital General de Zona No. 30 Mexicali B. C. La intervención se llevó a cabo de Abril a Agosto del 2019, se aplicó la escala de Zarit para evaluar la sobrecarga del cuidador antes y después de la intervención psicoeducativa, la cual constó de 6 sesiones sobre temas relacionados al autocuidado. El protocolo se implementó posterior a la aceptación por el Comité Local de Investigación, del director del Hospital y de los participantes con firma de carta de consentimiento informado. El análisis de la información se realizó en el programa estadístico SAS 9.4, con estadística descriptiva e inferencial (t de student). Se consideró significativa cuando $p < 0.05$.

Resultados: Se incluyeron un total de 16 cuidadores principales que cumplieron con criterios de inclusión, de los cuales el 81.25% (n=13) son mujeres y el

18.75% (n=3) hombres. El grupo de edad predominante fue de los 51 a los 60 años con 43.75% (n=7). El mayor porcentaje de cuidadores se dedican al hogar con un 43.75% (n=7), con una relación de parentesco directa, siendo el hijo en primer lugar con 50% (n=8), seguido del cónyuge con 25% (4) y se reporta un nivel de escolaridad medio en un 37.5% (n=6). En cuanto al nivel de sobrecarga, después de la intervención psicoeducativa, se redujo 6.1875 puntos estadísticamente significativo ($p=0.0195$) respecto al nivel de sobrecarga inicial con una media de 38.4375 puntos. Por otro lado, no hubo cambios significativos en cuanto a síntomas de depresión ($p=0.6419$).

Conclusiones: La intervención psicoeducativa realizada a los cuidadores de pacientes en DPCA fue efectiva al lograr disminuir significativamente la percepción de sobrecarga del cuidador. Sin embargo, no demostró que tenga efecto positivo para disminuir síntomas de depresión.

Palabras clave: Cuidador, sobrecarga, intervención psicoeducativa, depresión, diálisis.

MARCO TEÓRICO

El cuidador y el dependiente dentro del núcleo familiar

El hombre, el ser más evolucionado de la escala biológica, es paradójicamente el más desvalido e incapaz de subsistir por sí mismo, ya que para lograrlo necesita depender de su relación con otros seres humanos que satisfagan sus necesidades básicas, tanto físicas como emocionales.¹

La importancia de la unidad familiar y la comunicación

La familia mexicana es una unidad relativamente sólida y dependiente de la estructura social global. De esta última recibe sus características propias, así como de valores fundamentales, de modo que la modificación y variedad macroestructural por lo general determinan el tipo y el cambio de la vida familiar. A partir de ese concepto, el estereotipo derivado hace referencia a una familia mexicana unida a través de lazos de parentesco que, por adscripción, representan la relación social básica del individuo.²

La familia determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y el exterior del sistema familiar, enfrentando continuas exigencias de cambios, las cuales deberá atender mediante la transformación o creación de nuevas pautas de interacción. Una vez que la familia es percibida como un sistema interaccional, puede ser constituida por un conjunto de seres humanos que se comunican entre sí, con objeto de definir la naturaleza de la relación a través de reglas. Estas definen quien participa con quien, además de como lo hacen, y son conocidos como límites o fronteras.³

Reestructuración de roles familiares ante un miembro dependiente

Cuando alguien enferma o presenta algún tipo de dependencia, dentro del sistema familiar del enfermo, provocan una serie de cambios que afectan de manera importante la vida del paciente y de todo el sistema familiar, donde se requiere de una reestructuración de los roles familiares ya que las tareas de cuidado se complejizan y demandan de más tiempo de dedicación, fundamentalmente por parte de la persona directamente encargada del cuidado del enfermo.⁴

El impacto en el cuidador ante un familiar con ERC y necesidad de DPCA

El rol que juega la familia como cuidadores de un paciente que se encuentra en diálisis peritoneal es muy conocido, pero el impacto en la salud física, mental y social del cuidador es muy poco comprendido y muchas veces ignorado. El aumento de enfermedades crónicas, particularmente de la Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT), hace que exista la posibilidad de un crecimiento de la dependencia, fragilidad y necesidad de cuidados de larga duración, donde la familia juega un papel determinante, ya que es la encargada por excelencia de preservar y mantener la salud y la estabilidad emocional y afectiva del enfermo, aunque ello implique sacrificios y esfuerzos innumerables.^{5,6}

Definición del cuidador

Se ha definido al cuidador como “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad, que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales”.⁷

Clasificación del cuidador

- I. El cuidador formal: es el profesional del ámbito socio sanitario (enfermeras, trabajadores sociales, médicos) que intervienen directa o indirectamente en el cuidado de la persona dependiente y recibe un salario por la prestación de cuidados.
- II. El cuidador informal: es aquel que proporciona la mayor parte de la asistencia y apoyo diario al enfermo, permitiéndole vivir en su entorno de manera confortable y segura, no cuenta con una formación y entrenamiento sobre cómo ejercer los cuidados que el paciente necesita para el mantenimiento de su salud y no es remunerado económicamente por su labor.⁸⁻¹⁰

Perfil del cuidador informal principal

El perfil típico del cuidador informal principal es ser mujer, ama de casa, con una relación de parentesco directa (madre, hija, esposa) y que convive con la persona que cuida. Las mujeres de menor nivel educativo, sin empleo y de clase social baja conforman el gran colectivo de cuidadoras.¹¹

Rol del cuidador informal

El rol de cuidador informal es sumamente difícil, ya que tienen que asumir una gran cantidad de tareas que los pone en una situación de gran vulnerabilidad, estrés y carga, y que incrementa a su vez el riesgo de padecer problemas físicos, emocionales, socio-familiares y otros.¹²

1. Las acciones directas: están dirigidas al auxilio en el baño diario, vigilancia de las evacuaciones, realizar diálisis manualmente y cuidados del catéter, administración de medicamentos, monitoreo de los signos vitales, traslado a consultorios, centros hospitalarios, información veraz al personal médico, entre otros.

2. Las acciones indirectas se refieren al manejo del área de servicio como cocinar, limpiar, manutención monetaria; es decir, cuidar pudiera entenderse como la ejecución de una serie de áreas que acarrearán gastos económicos, psíquicos y físicos.¹³

Definición de sobrecarga del cuidador

El concepto de carga al cuidar un paciente (tomado del inglés “burden”), originalmente lo describió Freudenberguer en 1974 e indica agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado. La sobrecarga es un conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan los cuidadores de enfermos crónicos y que percibe que el cuidado influye en diferentes aspectos de su salud, su vida social, personal y económica.¹⁴

Cuadro clínico de la sobrecarga del cuidador

Los principales síntomas de alarma que nos deben hacer sospechar la existencia de sobrecarga del cuidador son agotamiento físico y mental, labilidad emocional como cambios de humor repentinos, depresión y ansiedad, conductas de consumo abusivas como el tabaco y el alcohol, trastorno del sueño, alteraciones del apetito y del peso, aislamiento social, dificultades cognitivas como problemas de memoria y atención, y problemas laborales.¹⁵

Evaluación de sobrecarga del cuidador por medio de la Escala de Zarit

En la década de los 80's es cuando se inicia el estudio de este padecimiento, elaborándose por Zarit y colaboradores, una escala que se utiliza

frecuentemente para dimensionar los efectos adversos que manifiesta el cuidador; evalúa factores emocionales, físicos, las finanzas, la actitud del cuidador hacia el receptor de los cuidados, la relación entre ellos, los comportamientos y actitudes expresadas por el receptor de cuidados, por lo que esta escala mide el riesgo de deterioro de su vida social, laboral, familiar, los problemas económicos y el sentimiento de sobrecarga en el rol de cuidar.¹⁶

Escala de Zarit

La *escala* de Zarit consta de 22 preguntas, cada una de ellas con múltiple respuesta y la siguiente puntuación: nunca=0, rara vez=1, algunas veces=2, Bastantes veces=3, casi siempre=4. La puntuación total va de 0 a 88 puntos. Para categorizar la sobrecarga: No sobrecarga (≤ 46), sobrecarga leve (47-55), sobrecarga intensa (≥ 56).

Depresión, principal complicación en la sobrecarga del cuidador

El diagnóstico de una enfermedad crónica no transmisible tiene repercusiones, no sólo en el paciente, sino también en su grupo familiar. Los integrantes deben asumir tareas asombrosas como resultado del tratamiento sustitutivo renal al que el paciente debe ser sometido. Hacerse cargo del cuidado de un familiar enfermo implica, para quien lo realiza, descuidar de cierta manera su salud, aislarse o disminuir sus actividades sociales y aumentar la carga de trabajo, así como sufrir ciertas restricciones, consecuencias económicas negativas, cambios en la relación con el paciente, entre otros, si este tipo de situación se mantiene durante un periodo prolongado de tiempo las consecuencias suelen subir de nivel y presentarse síntomas depresivos.¹⁷

Definición de trastorno depresivo

Un trastorno depresivo, según el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-5), se define por la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) agrega síntomas específicos tales como pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.¹⁸

La escala de depresión de Beck

La escala de depresión de Beck, la cual se ha convertido en uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la existencia o severidad de síntomas de depresión, dada su probada validez y confiabilidad. La prueba, que consta de 21 ítems de respuesta múltiple con puntuación del 0-3 cada una, tiene como objetivo identificar síntomas típicos de la depresión y se puntúa de la siguiente manera: 1-13: sin depresión, 14-19: depresión leve, 20-28: depresión moderada, 29-63: depresión severa.¹⁹

Familiar dependiente con ERC

El enfermo portador de ERC experimenta alteraciones biológicas, psicológicas, sociales y familiares importantes; en el plano psicológico la enfermedad impacta sobre la imagen y estima del paciente, quien al verse obligado a depender del cuidado de familiares o personal especializado y hacer modificación de su estilo de vida, puede asumir una conducta pesimista y fatalista hasta una conducta agresiva, condición que tiene repercusión sobre las relaciones que establece con familiares, compañeros de trabajo y personal de salud.^{8,20}

Definición de Enfermedad Renal Crónica (ERC)

La ERC se define por anormalidades del riñón estructurales o funcionales, con o sin disminución de la filtración glomerular, demostrado por patología o marcadores de daño renal, incluyendo anormalidades en la composición de la sangre u orina o por estudio de imagen por 3 o más meses, tener una Velocidad de Filtración Glomerular (VFG) $<60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$, y/o la presencia de daño renal, independiente de la causa, por 3 meses o más. También se puede definir como filtrado glomerular $< 60 \text{ mL por minuto por } 1,73 \text{ m}^2$ durante tres meses o más, con o sin daño renal.²¹

Epidemiología de la ERC

En prácticamente todo el mundo se ha demostrado un incremento en la prevalencia e incidencia de la ERC. La prevalencia mundial es del 10% y la incidencia es de 6.8%. De acuerdo al reporte de salud mundial de la organización mundial de la salud (OMS), 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 incapacidad. Estas enfermedades son la 12^a causa de muerte y la 17^a causa de discapacidad en el mundo. Existe un estimado mundial que señala que el 60% de los adultos mayores son portadores de algún tipo de enfermedad renal crónica.²²

Factores de riesgo para el desarrollo de ERC

En México la Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) se ubican en los primeros sitios de morbilidad y mortalidad nacional (con tasa de prevalencia por cada 100 mil habitantes de 11.27 y 15.9 respectivamente). La ERC es una complicación común de estas patologías, reportes emitidos por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) señalan que el 62% de los pacientes que se dializan tienen como origen estas causas.²³

Clasificación de la ERC

La NKF-KDOQI (National Kidney Foundation-Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) ha propuesto una clasificación de la ERC, que se ha difundido rápidamente en la comunidad nefrológica internacional. Esta clasificación divide la ERC en 5 etapas de acuerdo a la tasa de filtrado glomerular (TFG), estimada con ecuaciones de predicción (Cockcroft-Gault ó MDRD). Entre las indicaciones para iniciar tratamiento sustitutivo incluye a todos los pacientes con ERC en etapa 5 (TFG < 15ml/min).^{21,24}

Terapia renal sustitutiva

La terapia sustitutiva renal se basa en diálisis, bajo cualquiera de sus modalidades, o en el trasplante renal. Diálisis se define como un tratamiento sustitutivo, que cumple como principal función la de la depuración a nivel renal. La inclusión de un paciente en un programa de diálisis se debe individualizar en función de las condiciones clínicas, físicas, mentales y sociales del mismo.²⁵

Un informe publicado por la U. S. Renal Data System del año 2017 informa que, en el año 2015, en Estados Unidos, se reportaron 124, 111 nuevos casos de ERCT, con un total aproximado de 500, 000 pacientes recibiendo tratamiento de diálisis.²⁶

Actualmente existen dos modalidades de diálisis: hemodiálisis y diálisis peritoneal. La elección de una u otra depende de las necesidades clínicas, de la experiencia del profesional que la prescribe, de los recursos disponibles y de los deseos del paciente. Ningún método ofrece ventajas en la tasa de supervivencia cuando se comparan factores de riesgo similares.

Terapia con diálisis peritoneal

La diálisis peritoneal consiste en la depuración a través de la membrana peritoneal natural. Se trata de un tratamiento domiciliario, realizado por el propio enfermo o su familiar tras un periodo de adiestramiento. Existen dos tipos, la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) que es una técnica manual, que utiliza solución dializante que se infunde en la cavidad peritoneal y transcurridas seis-ocho horas se drena impregnada de toxinas urémicas; y la diálisis peritoneal automatizada (DPA) que utiliza una cicladora para la infusión dializante y posterior drenaje.^{27,28}

Los tratamientos a los que son sometidos los pacientes con ERCT, son de carácter invasivo y altamente demandantes, estos requieren cuidados domiciliarios que precisan de un cuidador.²⁹

Intervenciones psicoeducativas a los cuidadores

Las intervenciones psicoeducativas tienen el propósito de ofrecer información acerca de la enfermedad y su manejo, así como brindar estrategias de afrontamiento y apoyo emocional a los cuidadores. Se ha evidenciado que los grupos psicoeducativos pueden evitar comportamientos, cogniciones y emociones desadaptativas en la relación cuidador-enfermo. Los programas psicoeducativos son el procedimiento de intervención más habitual y generalizado para dotar a los familiares de recursos para el cuidado. Algunos de los beneficios que se han encontrado con la aplicación de estos programas son que mejoran la calidad del cuidado, disminuyen los problemas conductuales del enfermo, mayor apego al tratamiento, mejora la adaptación del cuidador a la nueva situación y disminuyen los problemas emocionales del cuidador y del paciente.³⁰

ANTECEDENTES

La enfermedad renal crónica (ERC) se ha convertido en un problema de salud pública importante, pues es una de las enfermedades con alta prevalencia a nivel mundial, aumentando en un 6.8% anualmente. Los pacientes que se encuentran en programa de diálisis a menudo se vuelven más frágiles y funcionalmente más dependientes, precisando apoyo físico de la familia, ocasionando una sobrecarga para su cuidador.

En España en el año 2016, se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo; el objetivo fue analizar el perfil del cuidador de los pacientes dependientes en diálisis y comparar el grado de sobrecarga de los cuidadores, se incluyeron 26 pacientes dependientes de un programa de diálisis y sus cuidadores, se utilizó el cuestionario de Zarit para medir la sobrecarga del cuidador y el índice de Barthel para valorar el grado de dependencia. Los resultados fueron que el 73% de los cuidadores son mujeres con una edad media de 54 años; el aumento de sobrecarga y el nivel de dependencia están correlacionados entre sí de forma casi significativa ($p=0.051$) y positiva. El grado de sobrecarga se incrementa ligeramente al aumentar el grado de dependencia.³¹

Se realizó otro estudio en España en el 2007 cuasiexperimental en el que se valora la efectividad de una intervención educativa y la carga de los cuidadores dependientes en terapia renal sustitutiva en el complejo Hospitalario de Ourense. Se evalúan antes y después de la intervención, los conocimientos generales sobre la enfermedad del paciente, la dieta, sobre la diálisis y fármacos que utiliza el paciente; se elabora un tríptico sobre la información y se otorga al cuidador del paciente y se evalúa dos meses posteriores a recibir la información, resultando estadísticamente significativos los resultados en cuanto a conocimientos generales $p=0,018$; dieta $p=0,016$; y tratamiento sustitutivo $p=0,040$. De los 25 cuidadores evaluados, 20 no percibían sobrecarga, 2 sobrecarga leve y 3 sobrecarga intensa de acuerdo a la escala de Zarit solo evaluados de manera inicial. Valorando el tiempo como cuidador si hay diferencia

significativa, pues al aumentar el tiempo como cuidador por arriba de los 60 meses, disminuye la carga percibida ($p= 0.02$).³²

Un estudio realizado en Colombia que tuvo como objetivo identificar el grado de carga de 117 cuidadores de personas en diálisis y hemodiálisis, encontró que el 40% de los cuidadores presentan sobrecarga intensa, 35% sin sobrecarga y el 25% carga leve, según el test de Zarit.³³

Un estudio crea un programa educativo para cuidadores de personas ancianas en Colombia, incluyendo a 56 cuidadores. El programa constaba de 6 sesiones grupales con intervalo de 30 días cada una. Las sesiones fueron encaminadas al auto reconocimiento, autorreflexión y el compromiso desde los propios intereses y motivaciones. Se utilizó la escala de Zarit para evaluar la carga del cuidador mostrando pre prueba y post prueba una disminución de 53 puntos de sobrecarga leve a 45 no sobrecarga; en ambos grupos se reportó sin depresión (antes y después del programa) de acuerdo a la escala de depresión de Yesavage.³⁴

Se evaluó a los cuidadores informales de pacientes que se dializan en el servicio de nefrología en la Habana, Cuba mediante un estudio descriptivo y transversal. Los objetivos del estudio fueron describir las características demográficas, socioeconómicas y psicológicas, evaluación de la carga del cuidador, presencia de ansiedad y depresión. Se evaluaron a 24 cuidadores y se utilizaron como herramientas un cuestionario de caracterización del cuidador (creado por la investigadora), la escala de Zarit, el Inventario de Autovaloración de Depresión Estado y el Inventario de Ansiedad Estado. En los resultados obtenidos la depresión fue alta en la mayoría de los casos con el 79,1% y media en el 20,8% de los cuidadores. El 54,1% de los cuidadores no presentaba carga y el 45,8% la tenía.³⁵

En el Distrito Federal, México, se realizó un estudio, se incluyeron 170 cuidadores primarios de los pacientes registrados en el servicio de diálisis peritoneal continua ambulatoria del servicio de nefrología del HGZ 8 IMSS. En

relación al grado de sobrecarga se encontró que un 36.7% no hay sobrecarga, 41.1% con sobrecarga leve y 22.3% con sobrecarga intensa.¹³

En Tamaulipas, se realiza un estudio correlacional y transversal para detectar sobrecarga en 52 cuidadores informales de adultos mayores y se encuentra, en relación a la escala de Zarit, que 42% de los cuidadores no presentan sobrecarga, 25% presentan sobrecarga leve y 33% la padecen de manera intensa; 58% con sobrecarga ($p = 001$).³⁶

Un estudio descriptivo-transversal realizado en Guadalajara, Hospital Regional No. 46 IMSS en año 2015 por un periodo de 3 meses, incluyó a 170 cuidadores principales de pacientes geriátricos que ingresaron al servicio de medicina interna a hospitalización. Los resultados fueron que el 48% de los cuidadores presentaban algún grado de sobrecarga (31% sobrecarga intensa, 17% sobrecarga leve).³⁷

En la Unidad de Medicina Familiar No. 171 IMSS en el estado de Jalisco, se realizó en el año 2014 un estudio descriptivo y transversal, en donde se incluyeron a 76 cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física. Se utilizó la escala de Zarit y el cuestionario de Beck para evaluar sobrecarga del cuidador, depresión y ansiedad. Los resultados obtenidos 55.3% se encontraba sin depresión, 32.9% con depresión leve, 11.8% con depresión moderada. De acuerdo a la escala de Zarit 44.7% presentaba sobrecarga leve. Al relacionar la depresión con el grado de sobrecarga se encontró que la mayoría de los cuidadores que presentaban sobrecarga intensa tenían algún grado de depresión, siendo el más frecuente el grado moderado con 6.6%, contra el 5.3 de grado leve. Contrariamente en el grupo de cuidadores con ausencia de sobrecarga en el que solo el 10.5% presentaban depresión y en su mayoría (9.2%) de grado leve.³⁸

JUSTIFICACIÓN

La ERC es un problema de salud pública mundial con incidencia y prevalencia crecientes, pronóstico pobre y alto costo. Además de ser potencialmente mortal, es una enfermedad incapacitante que afecta la vida personal, familiar, laboral y social; no solo para el paciente sino para quienes lo rodean, principalmente el cuidador.²²

La incidencia real de la sobrecarga del cuidador no se conoce, ya que este síndrome se encuentra subdiagnosticado, en parte por desconocimiento de éste o por falta de utilización de instrumentos para su reconocimiento. Dado a la alta incidencia de pacientes con ERC en DPCA que requieren de terceros para su tratamiento me parece importante la evaluación de carga del cuidador.⁸

La presencia de sobrecarga del cuidador es un hecho frecuente, lo cual se asocia directamente con un incremento en síntomas depresivos en los cuidadores, que los hacen vulnerables a enfermedades psiquiátricas y físicas, adicional a malos hábitos alimenticios y de autocuidado; todo esto muchas veces ignorado por el equipo médico, obviando de esta manera los efectos negativos de la sobrecarga del cuidador en el tratamiento del paciente y en la estabilidad familiar.⁹⁻¹¹

Se cuenta con la escala de Zarit, que mide el grado de carga del cuidador y que es factible aplicar a los cuidadores de pacientes con ERC en DP, pudiendo con ello identificar quienes tienen algún grado de sobrecarga y prevenir éste síndrome en aquellos que no presentan mediante una intervención psicoeducativa grupal que les proporcionará herramientas de autocuidado. Además, se pretende identificar si existe depresión agregada en relación al cuidado mediante la escala de Beck para recibir tratamiento oportuno.

Se espera que este trabajo sea de utilidad práctica y aporte herramientas para la atención e intervención de manera oportuna en los cuidadores afectados.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las enfermedades crónicas no transmisibles, entre las primeras causas a nivel mundial se encuentra la enfermedad renal crónica. En su fase terminal, es indispensable la presencia de un cuidador para auxiliar en el tratamiento sustitutivo, más específico a la diálisis peritoneal continua ambulatoria.

El cuidador principal al ser el responsable total o parcialmente del cuidado del paciente puede tener repercusiones negativas, como ansiedad y depresión, aislamiento social, falta de tiempo libre, repercusión en la salud física, en la calidad de vida, en lo económico, falta de redes de apoyo, lo que lleva al abandono del cuidado, maltrato y abusos hacia el paciente, desarrollando el síndrome del cuidador.

Lamentablemente, la evaluación de la sobrecarga no suele ser habitual. El rol que juega la familia como cuidadores de un paciente que se encuentra en diálisis peritoneal es muy conocido, pero el impacto en la salud física, mental y social del cuidador es muy poco comprendido y muchas veces ignorado. Por este motivo es necesaria una intervención multidisciplinaria, dentro de esta ayuda se encuentra el médico familiar en el primer nivel de atención para encontrar estrategias preventivas y tratamiento oportuno y eficaz para el cuidador principal, con el fin prevenir la sobrecarga y mejorar su calidad de vida.

Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el grado de sobrecarga de cuidador principal de pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria antes y después una intervención psicoeducativa?

OBJETIVOS

- **OBJETIVO GENERAL:**
 - Evaluar la sobrecarga del cuidador de pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria antes y después a una intervención psicoeducativa.
- **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**
 - Describir las características sociodemográficas de los cuidadores principales (sexo, edad, parentesco, ocupación, estado civil, escolaridad y tiempo total dedicado al cuidado).
 - Estimar la edad promedio del cuidador principal con nivel de carga inicial.
 - Identificar síntomas de depresión en el cuidador principal antes y después de la intervención psicoeducativa mediante la escala de Beck.

HIPÓTESIS

Ha: La intervención psicoeducativa es eficaz, logrando reducir la percepción de sobrecarga del cuidador.

Ho: La intervención psicoeducativa no es eficaz y no logra reducir la percepción de sobrecarga del cuidador.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de investigación: De intervención cuasiexperimental, analítico, prospectivo, longitudinal.

Población de estudio: Los cuidadores principales de los 217 pacientes con diagnóstico de ERC en tratamiento sustitutivo con DPCA, Servicio de Nefrología turno matutino y vespertino del HGZ#30.

Período de estudio: De Abril a Agosto del 2019.

Lugar de realización de estudio: IMSS Hospital General de Zona No. 30. Mexicali B. C.

Instrumentos de recolección de datos.

- Anexo 1. Hoja de recolección de datos.
- Anexo 2. Escala de Zarit.
- Anexo 3. Escala de Depresión de Beck.
- Anexo 5. Formato de consentimiento informado.
- Anexo 6. Carta descriptiva sobre Intervención psicoeducativa.

Criterios de selección:

Inclusión:

- Cuidador principal de pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria afiliados al IMSS que acepten participar, previo consentimiento informado.
- Tener más de 3 meses de cuidador principal.
- Mayores de edad.

Exclusión:

- Pacientes que no cuenten con cuidador o que se dializan solos.
- Cuidadores que son remunerados por su función.

Eliminación:

- Faltar al 20% de las sesiones de la intervención psicoeducativa.
- Muerte de paciente en DPCA.

Determinación por número de repeticiones: se incluyeron 16 pacientes. (Ver anexo 8).

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador
Sexo	Condición anatómica que diferencia al hombre de la mujer	Se expresa en masculino o femenino de acuerdo al interrogatorio durante la aplicación del cuestionario	Cualitativa nominal	Masculino Femenino
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Expresada en años de acuerdo a la fecha de nacimiento obtenida en su tarjeta de afiliación al IMSS	Cualitativa Ordinal categórica	1. 21-30 2. 31-40 3. 41-50 4. 51-60 5. 61-70 6. >70
Ocupación	Oficio que alguien ejerce y por el que percibe una retribución	Situación laboral actual	Cualitativa nominal categórica	1. Ama de casa 2. Profesionista 3. Comerciante 4. Otras
Escolaridad	Período de tiempo que una persona asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria	Lo contestado en el cuestionario	Cualitativa Ordinal categórica	1 Ninguna 2 Primaria 3 Secundaria 4 Preparatoria 5 Licenciatura 6 Maestría o Doctorado
Estado civil	Condición particular de una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo	Lo contestado en el cuestionario	Cualitativa nominal categórica	1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo 5. Unión libre 6. Otras
Parentesco	Lazo establecido a raíz de consanguinidad, adopción, matrimonio, afinidad u otro vínculo estable basado en el afecto genuino	Lo contestado en el cuestionario	Cualitativa nominal categórica	1. Cónyuge 2. Hijo (a) 3. Nieto (a) 4. Hermano (a) 5. Padre o madre 6. Otro
Tiempo total de cuidador	Periodo comprendido desde que se inician los cuidados al enfermo hasta la realización del cuestionario	Lo contestado en el cuestionario	Cualitativa Ordinal categórica	1. De 3 a 6 meses 2. De 7 a 10 meses 3. Mas de 11 meses
Sobrecarga	Conjunto de problemas de orden físico, psíquico y emocional, social o económico que pueden experimentar los cuidadores	Resultado del cuestionario	Cuantitativa continua categorizada	1. ≤46 No sobrecarga 2. 47-55 Sobrecarga leve 3. ≥ 56 Sobrecarga intensa

Depresión	Trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.	Resultado de la escala	Cuantitativa continua categorizada	1. 1-13 Sin depresión 2. 14-19 Leve 3. 20-28 Moderada 4. 29-63 Severa
Intervención psico-educativa	Conjunto de estrategias psicoeducativas que tienen como fin ofrecer información y herramientas para afrontamiento y apoyo emocional	Resultados obtenidos en los cuestionarios después de realizada la intervención	Cualitativa	Tratamiento que consiste en 6 sesiones psico-educativas de una hora de duración 2 veces por semana

PROCEDIMIENTO

Una vez obtenida la autorización por parte del Comité Local de Investigación en Salud 201 con número de registro R-2018-201-023; consentimiento y autorización del director del HGZ #30 Dr. Eduardo Bermúdez Damián (Anexo 4), se procedió a recabar información, tomándose datos de pacientes que acuden a consulta de nefrología con diagnóstico de enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo de DPCA del HGZ# 30 del IMSS, Mexicali BC, se localizó al cuidador principal vía telefónica y a algunos durante la consulta; se les informó sobre la dinámica del estudio y una vez que aceptaron se les pidió firmar la carta de consentimiento informado (Anexo 5).

La intervención psicoeducativa:

La intervención consistió en 6 sesiones psicoeducativas, 2 sesiones por semana con una duración de una hora cada sesión. Se citó a los cuidadores principales a asistir a las instalaciones del HGZ#30 del IMSS en el mes de Abril 2019.

Los temas que se abordaron durante las sesiones fueron sobre autocuidado, otorgando herramientas para prevenir complicaciones de la sobrecarga del cuidador, para el control de emociones, administración de su tiempo, estrategias para mejorar la comunicación cuidador-paciente, técnicas de relajación, además de información acerca de la enfermedad de su paciente (carta descriptiva- Anexo 6). En la primera sesión se recabó información mediante una hoja de recolección de datos (Anexo 1), se aplicó la escala de Zarit (Anexo 2) que evalúa la sobrecarga del cuidador y la escala de depresión de Beck (Anexo 3). La duración de la intervención fue de 3 semanas.

Se citó en Agosto 2019 a los cuidadores principales, a los 3 meses de terminada la intervención, para aplicar nuevamente los cuestionarios.

Una vez obtenidos los datos antes y después de la intervención se procedió a realizar una base de recolección para su análisis.

La intervención estuvo a cargo de la investigadora principal, y de una psicóloga.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos fueron capturados en una hoja de cálculo en el programa Excel 2010. Como parte del análisis estadístico se obtuvieron frecuencias y porcentajes de aplicar el procedimiento FREQ. Además, la hipótesis de cambios igual a cero en las variables de sobrecarga y depresión por efecto de la intervención vs cambios diferentes de cero se evaluó con el estadístico t de Student para datos pareados utilizando el procedimiento UNIVARIATE. Se consideró significativa cuando $p < 0.05$. Para el análisis se utilizó el programa estadístico SAS 9.4.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio de investigación se realizó bajo las normas establecidas en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial 1975 sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos así como en lo estipulado en el artículo 98 de la Ley General de Salud.

Fue sometido a aprobación por el Comité Local de Investigación CLIEIS No. 201 del IMSS con número de registro R-2018-201-023. Autorizado por autoridades del HGZ#30.

Se entregó a cada paciente una carta de consentimiento informado (Anexo 5), en donde se explica la finalidad de dicho estudio y se especifica que sus resultados en relación a los cuestionarios contestados de sobrecarga del cuidador y depresión, serán solo para fines de investigación manteniendo la confiabilidad de la información. También se informó que en caso de que en sus resultados se detectara depresión, se canalizaría a servicio médico, psicológico y psiquiátrico para recibir atención y tratamiento oportuno. Los cuidadores que estuvieron de acuerdo en participar en la intervención psicoeducativa procedieron a firmar.

RECURSOS, FINANCIAMIENTOS Y FACTIBILIDAD

Recursos humanos

Asesor Responsable: Dra. Angélica María Martínez Contreras

Asesor Metodológico: Dr. Alberto Barreras Serrano

Asesor Temático: Dra. Guadalupe Ortega Vélez

Colaboradores: Psc. Abiana Sarahí Gutiérrez Valle, Enf. Dioselina Rivera Aguayo

Investigador: Residente de Medicina Familiar, Dra. Anette María García Salazar

Recursos materiales

Espacio disponible para realizar intervención

Formato en papel impreso: Hoja de recolección de datos, escala de Zarit, escala de depresión de Beck, consentimiento informado

Lápices

Computadora, proyector

Recursos financieros

Fueron provistos por el investigador principal

Factibilidad

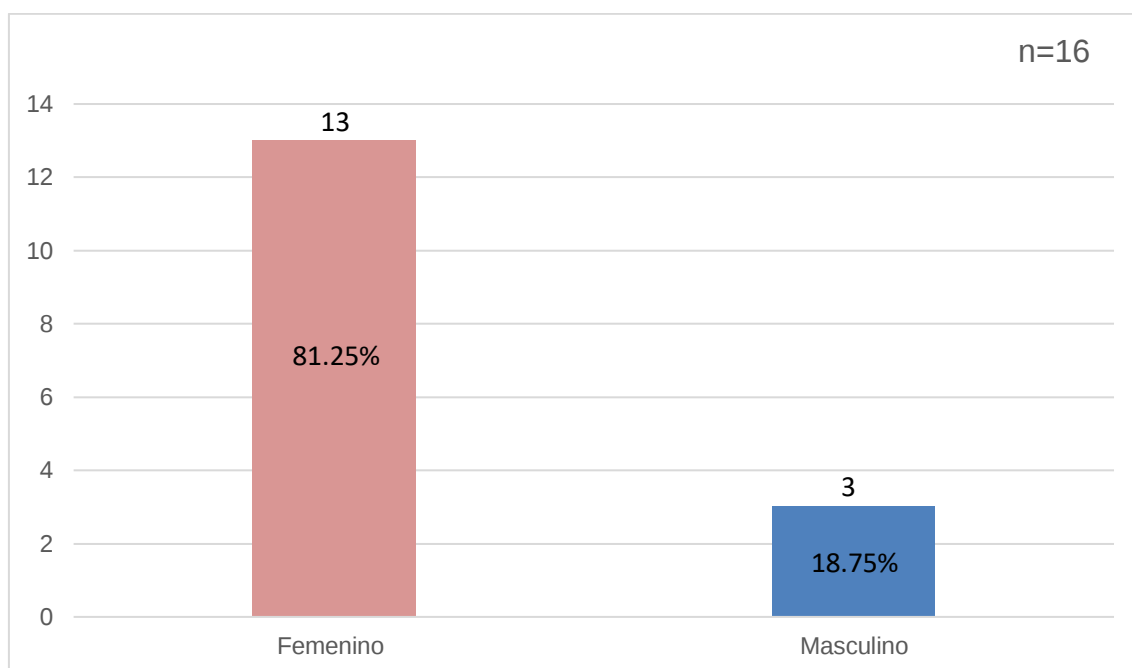
Fue factible realizar el estudio.

RESULTADOS

Se incluyeron a todos los cuidadores que cumplieron los criterios de inclusión (Anexo 8). Se trabajó con 16 cuidadores que cumplieron criterios de inclusión y que aceptaron participar en la intervención psicoeducativa la cual constó de 6 sesiones, 2 por semana con duración de una hora cada sesión. Se evaluó antes y después la carga percibida por medio de la escala de Zarit y síntomas de depresión por medio de la escala de Beck.

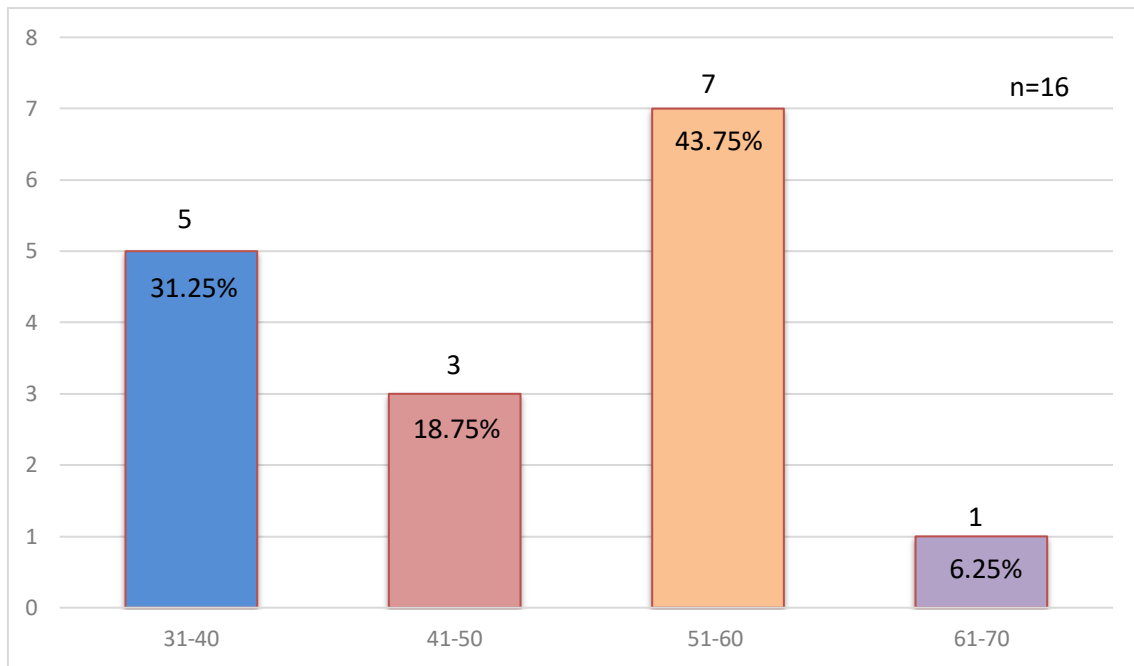
Características sociodemográficas de los cuidadores principales de pacientes en DPCA

La mayoría de los cuidadores principales son mujeres con el 81.25% (n=13) contra un 18.75% (n=3) del sexo masculino. Gráfica 1.



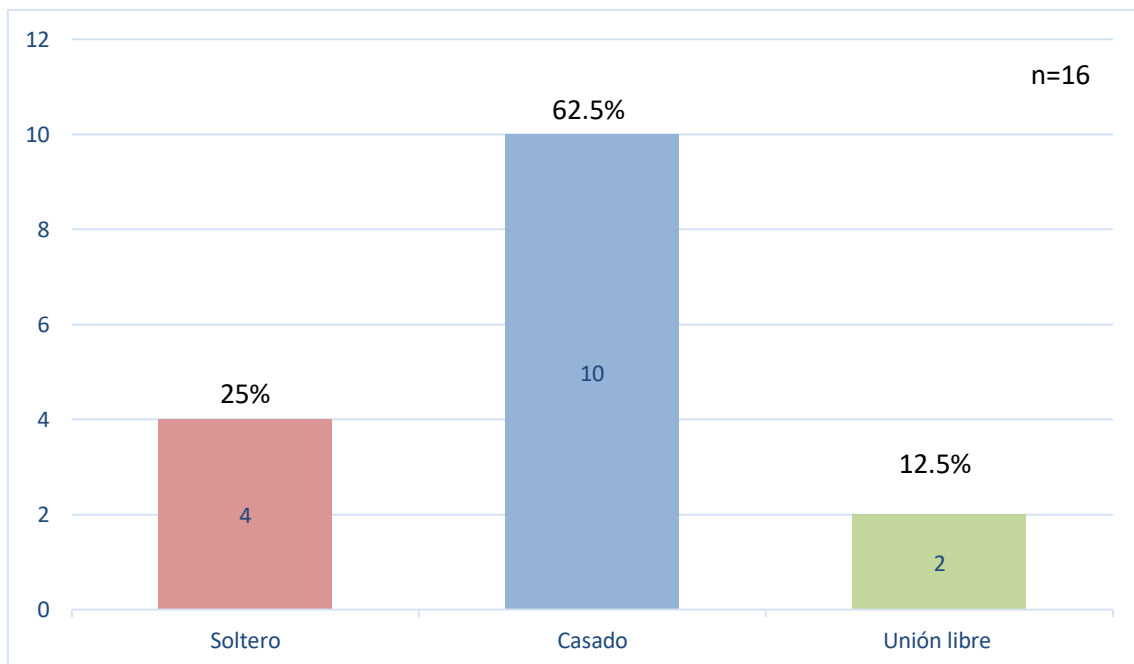
Gráfica 1. Distribución de la muestra por sexo.

La edad se determinó por grupos con intervalo de 10 años, la edad mínima fue 32 años y la máxima 62 años, el grupo de edad predominante fue de los 51-60 años con 7 cuidadores (43.75%). Gráfica 2.



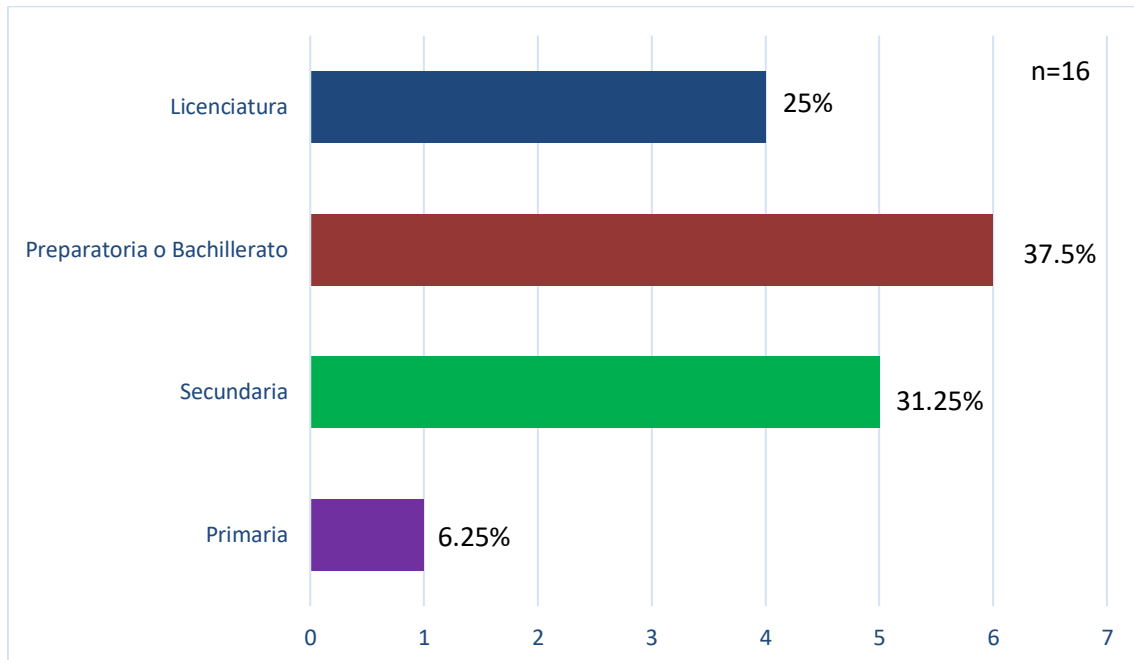
Gráfica 2. Distribución de la muestra por grupo de edad.

El estado civil de los cuidadores se determinó en categorías, los resultados fueron que la mayoría estaban casados en un 62.5% (n=10), el 25% (n=4) solteros y el 12.5% (n=2) en unión libre. Gráfica 3.



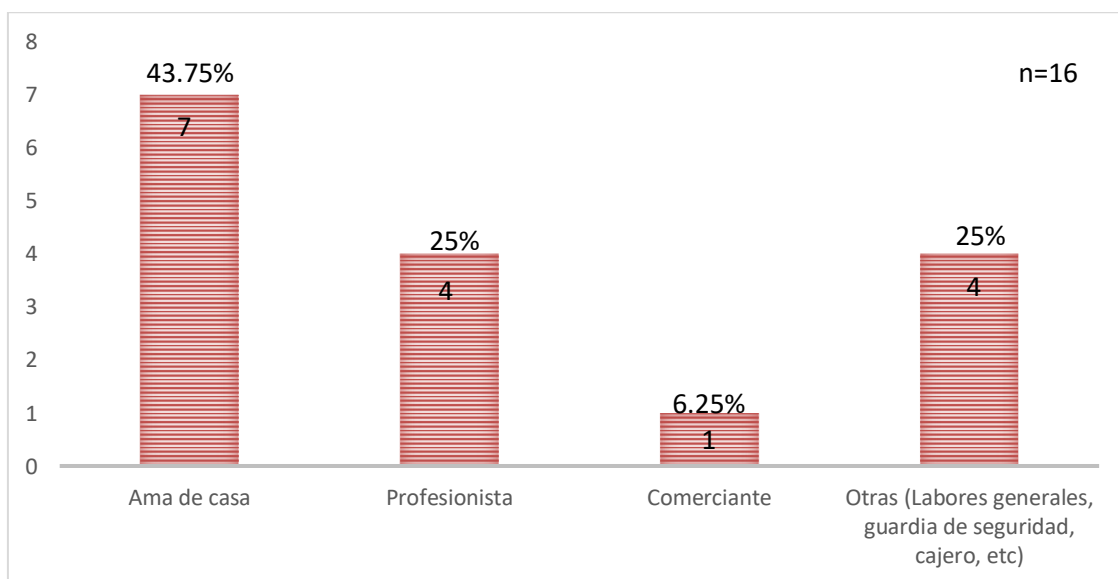
Grafica 3. Distribución de la muestra por estado civil.

En cuanto al nivel de estudios, el 25% (n=4) tenían estudios universitarios, el 37.5% (n=6) preparatoria, 5 cuidadores (31.25%) con secundaria y el 6.25% (n=1) con primaria completa. Gráfica 4.



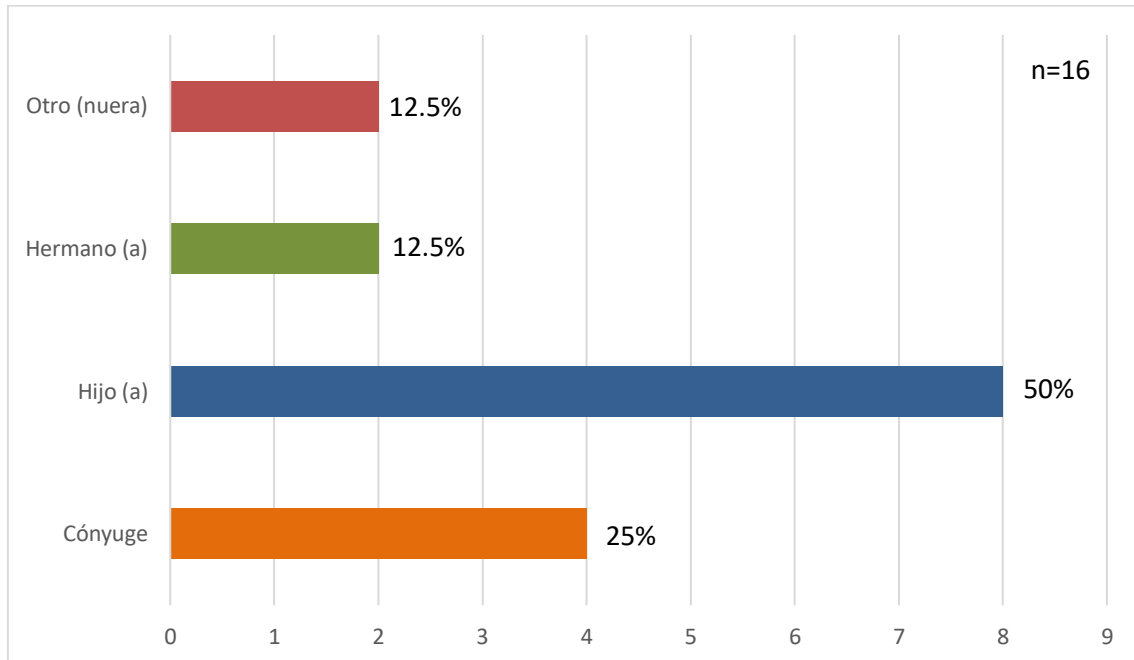
Gráfica 4. Distribución de la muestra por nivel de estudios.

La mayoría de los cuidadores se dedican al hogar con un 43.75% (n=7), profesionistas con un 25% (n=4), un cuidador cuenta con negocio propio (6.25%), y en la categoría de otros con un 25% (n=4), la mayoría son empleados (guardia de seguridad, cajero, labores generales, etc.). Gráfica 5.



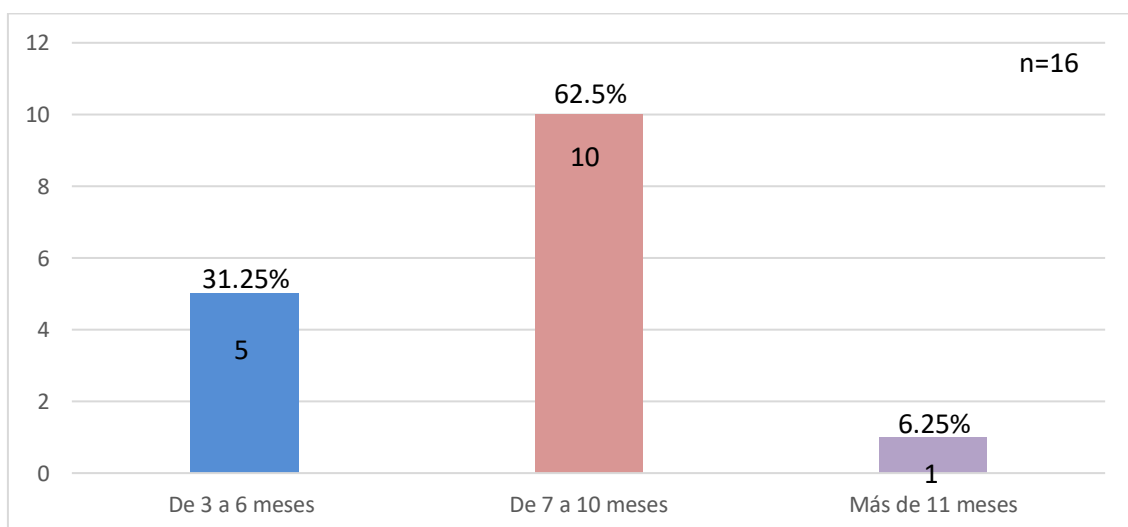
Gráfica 5. Distribución de la muestra por ocupación.

Se estableció la relación existente entre cuidador y paciente siendo más frecuente que el hijo (a) sea el cuidador con un 50% (n=8), seguido del cónyuge con un 25% (n=4), nuera con 12.5% (n=2) y hermano(a) con 12.5% (n=2). Gráfica 6.



Gráfica 6. Distribución de la muestra por parentesco con el paciente que cuida.

El tiempo de cuidador al inicio de la evaluación se distribuyó por grupos, el grupo que predominó fue el de 7 a 10 meses de cuidador con 62.5% (n=10), siguiendo el grupo de 3 a 6 meses con 31.25% (n=5) y el grupo de 11 meses o más con 6.25% (n=1). Gráfica 7.



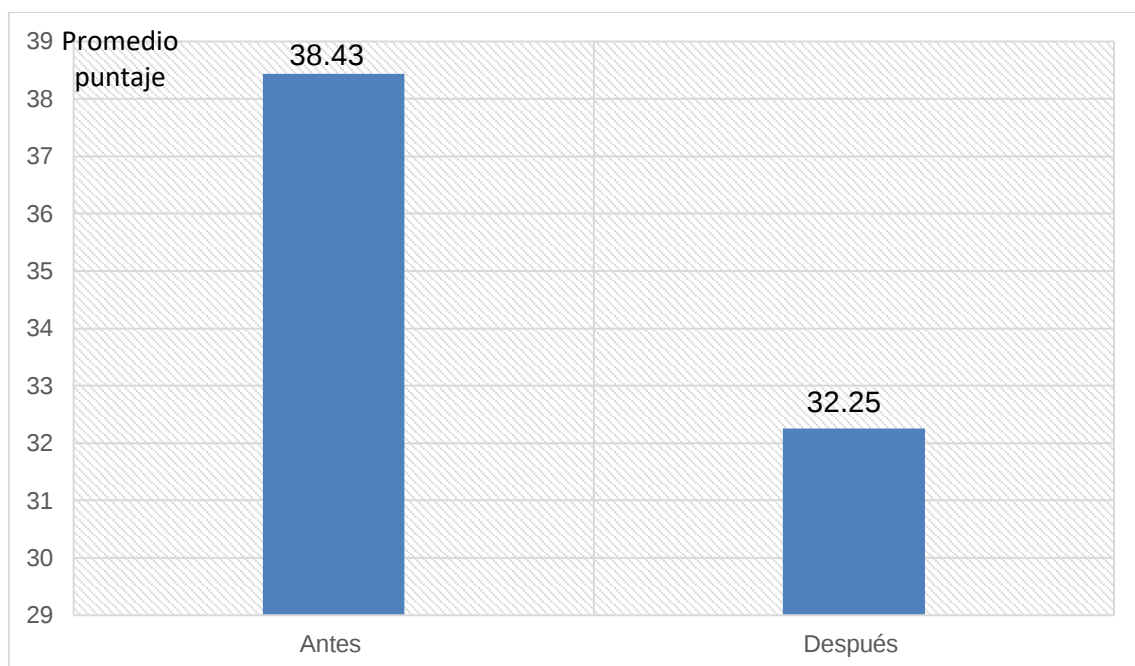
Gráfica 7. Distribución de la muestra por tiempo de cuidador.

Estimación de edad promedio del cuidador principal con el nivel de carga inicial.

En los cuidadores principales, la edad media de los que no percibían sobrecarga fue de 48 años, para los que presentaban sobrecarga leve fue de 45.12 años y para los que experimentaban sobrecarga intensa de 42 años.

Cambios en la carga de los cuidadores principales de pacientes en DPCA tras la intervención psicoeducativa.

De los cuidadores incluidos en el estudio, en la evaluación inicial aplicando el cuestionario de Zarit que mide la sobrecarga del cuidador, dentro de los resultados la media fue de 38.43 puntos, después de realizar la intervención psicoeducativa redujo a 32.25 puntos con una diferencia de 6.18 puntos; por lo que la sobrecarga se redujo significativamente ($p=0.0195$). Gráfica 8.



Gráfica 8. Evaluación de la sobrecarga del cuidador con cuestionario de Zarit antes y después de la intervención psicoeducativa.

Cambios en la variable depresión de los cuidadores principales de pacientes en DPCA tras la intervención psicoeducativa.

Aplicando la escala de Beck a los cuidadores principales para valorar síntomas de depresión, en la evaluación inicial encontramos una media en los resultados de 8.4375 puntos, posterior a la intervención psicoeducativa se obtiene una media de 8.00 puntos, con una diferencia de 0.4375 puntos y un valor de $p=0.6419$. Sin existir evidencia suficiente para admitir que el programa de intervención psicoeducativa tenga efecto positivo sobre el comportamiento de la escala de Beck. Tabla 1.

Tabla 1. Evaluación de la variable depresión por medio de la escala de Beck antes y después de la intervención psicoeducativa.

Variable	Media inicial	Media final	Diferencia	Pr>t
Depresión	8.4375	8.00	0.4375	0.6419

Prueba t de Student para muestras pareadas

DISCUSIÓN

En el presente estudio se evaluaron cambios en la sobrecarga del cuidador de pacientes en DPCA que fueron sometidos a una intervención psicoeducativa. El programa psicoeducativo fue efectivo para lograr reducir la sobrecarga en el cuidador, pero no efectivo para reducir síntomas de depresión en los cuidadores principales.

Con base en los objetivos planteados en este trabajo, respecto a los aspectos sociodemográficos del cuidador del paciente con ERC en DPCA, se evidenció que el perfil típico del cuidador principal informal sigue predominando el género femenino con un 81.25%, de edad media 75% (31 a 60 años), ama de casa con un 43.75%, con una relación de parentesco directa, siendo la hija en primer lugar con 50%, seguido de la esposa con 25% y se reporta un nivel de escolaridad medio-bajo; éstos hallazgos reportan semejanza con diversos estudios del ámbito nacional e internacional.^{11, 31-38}

La idea central de este trabajo fue evaluar la sobrecarga del cuidador de pacientes en DPCA con la escala de Zarit, antes y después de una intervención psicoeducativa, esperando lograr una reducción en el nivel de carga. El resultado fue que la sobrecarga en los cuidadores se redujo significativamente tras la intervención psicoeducativa respecto al nivel de sobrecarga inicial ($p=0.0195$). Velásquez y cols, realizaron un estudio similar a 56 cuidadores de pacientes ancianos, acepta que existe evidencia estadística suficiente para afirmar que el programa educativo incide positivamente en la reducción de la carga de los cuidadores ($p=0.036$), comprobando que acciones de educación en salud, abren la puerta a crear diversidad de terapéuticas derivadas del diálogo y la mediación entre los saberes populares y profesionales. También demostraron que, estadísticamente, no existe evidencia suficiente para admitir que el programa educativo tenga efecto positivo sobre el comportamiento de la escala de Yesavage ($p=0.951$), utilizada para identificar depresión.³⁴

Marante y cols, realizó un estudio cuasiexperimental basado en sesiones educativas dirigidas a cuidadores principales de pacientes ancianos dependientes y mostró efectividad de la intervención en la sobrecarga del

cuidador, en la que se evidencia una disminución estadísticamente significativa después de la intervención ($p=0.002$).³⁹

Fernández y cols, realizaron una intervención basada en el modelo de solución de problemas para disminuir niveles de depresión y sobrecarga en los cuidadores de pacientes con ERC y encontraron reducciones significativas en el grupo de intervención mostrando una d de Cohen de 1.09 y porcentaje de cambio 37% para depresión; una d de Cohen de 0.9 y un porcentaje de cambio 36% para sobrecarga.⁴⁰

En general, la literatura reporta diversas propuestas de intervención hacia los cuidadores y las propuestas educativas y psicoeducativas tienen una marcada predilección. Sin embargo, es escasa la evidencia de estudios que evalúe los efectos de un programa psicoeducativo sobre los cuidadores. Este tipo de intervenciones breves puede ser eficaz en el corto plazo para reducir la sobrecarga y las reacciones emocionales que son producto de los distintos estímulos estresores a los que se enfrenta el proveedor del cuidado.^{7, 30, 32, 34}

Este tipo de intervención psicoeducativa no había sido aplicado anteriormente en cuidadores de pacientes en DPCA específicamente, por lo que abre la posibilidad de seguir trabajando sistemáticamente con este grupo de pacientes.

CONCLUSIONES

Las características sociodemográficas del cuidador del paciente en DPCA obtenidas del presente estudio, cumplen con el perfil típico del cuidador principal informal, ser del sexo femenino, en una edad de entre 30 y 60 años, hija y esposa responsables del cuidado, con un nivel de escolaridad medio-bajo.

La intervención psicoeducativa realizada a los cuidadores de pacientes en DPCA fue efectiva al lograr disminuir significativamente la percepción de sobrecarga del cuidador. Sin embargo, no demostró que tenga efecto positivo para disminuir síntomas de depresión.

RECOMENDACIONES

Sensibilizar a los directivos y al personal de salud para la implementación y ejecución de un programa psicoeducativo dirigido a los cuidadores principales de pacientes con ERC en DPCA, con el fin de evitar sobrecarga; el cual puede realizarse al iniciar el curso para aprender a dializar a su paciente y darle seguimiento; dirigido por un médico en coordinación con psicólogo de la institución. Y establecerlo como programa institucional, con el fin de evitar deserción en el grupo.

Registrar al cuidador principal en base de datos al momento que inician con curso para aprender a dializar a su paciente, para localizarlos fácilmente.

Diseñar un programa multidisciplinario de detección temprana de sobrecarga del cuidador principal con la finalidad de intervenir oportunamente y evitar síntomas de depresión o algún otro problema de salud.

Realizar estudios en poblaciones similares para comprar con nuestros resultados, y determinar otras características relacionadas a la presencia del nivel de sobrecarga.

BIBLIOGRAFÍA

1. Huerta González J. Medicina Familiar La familia en el proceso salud enfermedad. 1st ed. México: Al. fil; 2005.
2. Azcarate-García E, Ocampo-Barrio P, Quiroz-Pérez JR. Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal: intermitente y ambulatoria. Arch Med Fam. 2006; 8(2):97-102.
3. Chinchilla Jiménez R. Trabajo con una familia, un aporte desde la orientación familiar. Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación". 2015; 15(1):1-27. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44733027039>
4. Pérez Jiménez D, Rodríguez Salvá A, Herrera Travieso DM, García Roche R, Echemendía Tocabens B, Chang de la Rosa M. Caracterización de la sobrecarga y de los estilos de afrontamiento en el cuidador informal de pacientes dependientes. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2013; 51 (2):174-183.
5. Velázquez Pérez Y, Espín Andrade M. Repercusión psicosocial y carga en el cuidador informal de personas con insuficiencia renal crónica terminal. Rev Cub Salud Pública. 2014; 40(1):3-17.
6. Cerquera Córdoba A, Pabón Poches D. Resiliencia y Variables Asociadas en Cuidadores Informales de Pacientes con Alzheimer. Revista Colomb Psicol. 2016; 25(1):33-46.
7. Espín Andrade A. Estrategia para la intervención psicoeducativa en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Ciudad de la Habana 2003-2009 (tesis). La Habana: Universidad de ciencias médicas de la Habana; 2011.
8. Blanco Martínez LL, Simón Álvarez AM, Sánchez Fernández A. Caracterización biopsicosocial de los cuidadores informales de pacientes con enfermedad crónica o terminal. Rev Cubana Enfermer. 2016; 32(3).
9. Roca Socarras AC, Blanco Torres K. Carga en familiares cuidadores de ancianos dementes. Correo Científico Médico Holguín. 2007; 11(4). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no114sp/ns114rev4.htm>

10. Silva Fhon J, Gonzales Janampa J, Mas Huaman T, Marques S, Partezani Rodriguez R. Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. *Av Enferm.* 2016; 34(3):251-258.
11. Rivera Mora H, Dávila Mendoza R, González Pedraza A. Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE. *Rev Esp Med Quir.* 2011; 16(1):27-32.
12. Aguilar Rivera T, González López A, Pérez Rosete A. Funcionalidad familiar y apego al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben terapia sustitutiva con diálisis peritoneal. *Aten Fam.* 2014; 21(2):50-54.
13. Carmona Moriel C, Nolasco Monterroso C, Navas Santos L, Caballero Romero J, Morales Medina P. Análisis de la sobrecarga del cuidador del paciente en diálisis peritoneal. *Enferm Nefrol.* 2015; 18(3):180-188.
14. Prieto Miranda SE, Arias Ponce N, Villanueva Muñoz EY, Jiménez Bernardino CA. Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel. *Med Int Méx* 2015; 31:660-668.
15. Villavicencio Aguilar C, Cueva Peñaloza J. Síndrome de Burnout en cuidadores de adultos mayores con enfermedades crónicas (trabajo de titulación). UTMACH, Unidad Académica de Ciencias Sociales, Machala, Ecuador. 2018.
16. Crespo M, Rivas MT. La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica y salud.* 2015; 26(1):9-15.
17. Arechabala MC, Catoni MI, Palma E, Barrios S. Depresión y autopercepción de la carga del cuidado en pacientes en hemodiálisis y sus cuidadores. *Rev Panam Salud Pública.* 2011; 30(1):74-79.
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition: *DSM-5*. American Psychiatric Publishing: Washington DC; 2013.
19. Sanz J, Gutiérrez S, Gesteira C, García Vera MP. Criterios y baremos para interpretar el "inventario de depresión de BECK-II. *Psicol Conduct.* 2014;(22(1):37-59.

20. Teixidó-Planas J, Tarrats Velasco L, Arias Suárez N, Cosculluela Mas A. Sobrecarga de los cuidadores de pacientes de diálisis peritoneal. Validación de cuestionario y baremos. *Nefrología*. 2018; 38(5):535-544.
21. Fundación Nacional del Riñón. National Kidney Foundation. 2017. Disponible en: <https://www.kidney.org>
22. Organización Mundial de la Salud. 2018. Disponible en: <http://www.who.int/es>
23. Méndez Durán A, Méndez Bueno J, Tapia Yáñez T, Montes A, Aguilar Sánchez L. Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *Diálisis y Trasplante*. 2010; 31(1):7-11.
24. Guía de práctica clínica "Tratamiento sustitutivo de la función renal. Diálisis y Hemodiálisis en la Insuficiencia renal crónica en el segundo y tercer nivel de atención", IMSS -727-14. Edición 2014.
25. Davies SJ. Peritoneal dialysis—current status and future challenges. *Nature Reviews Nephrology*, 2013 9(7), pp.399-408. Available at: <http://libcon.rec.uabc.mx:2170/articles/nrneph.2013.100>.
26. Saran R, Robinson B, Abbott KC, Agodoa L, Bhave N, Bragg-Gresham J et al. US Renal Data System 2017 Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in the United States. *Am J Kidney Dis*. 2018;71(3):A7.
27. Aguilera A. Análisis del perfil y la sobrecarga del cuidador de pacientes en diálisis peritoneal y hemodiálisis. *Nefrología. Unidad de diálisis. Complejo existencial universitario de León. España*. 2016 Octubre-Diciembre, 19 (4): 359-365.
28. Ozdemir A, Basturk T, Koc Y, Bayraktar F, Sakaci T, Ahbap E. Comparison of long term complications in hemodialysis and peritoneal dialysis for more than 10 or more years. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2015; disponible en: https://academic.oup.com/ndt/article/30/suppl_3/iii554/2513277?searchresult=1
29. López León D. Cuidadores de pacientes en diálisis peritoneal: experiencia de participar en un programa de habilidad de cuidado. *Enferm Nefrol*. 2015;(18):189-185.

30. Espín Andrade A. "Escuela de Cuidadores" como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Rev Cubana Salud Pública*. 2009; 35(2).
31. Aguilera Flores A, Castrillo Cineira E, Fano B, Carnero García R, Alonso Rojo A, Robles P et al. Análisis del perfil y la sobrecarga del cuidador de pacientes en diálisis peritoneal y hemodiálisis. *Enferm Nefrol*. 2016;(19):359-365.
32. Bañobre González A, Vázquez Rivera J, Outeiriño Novoa S, Rodríguez González M, González Pascual M, Graña Álvarez J et al. Efectividad de una intervención educativa en cuidadores de pacientes dependiente en diálisis y valoración de la carga. *Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*. 2005; 8(2):156-165.
33. Guascas Guerra M. Carga del cuidado de los cuidadores de personas con enfermedad renal crónica, sometidos a diálisis y hemodiálisis en una unidad renal del municipio de Pasto en el periodo marzo- julio de 2014. *Universidad de Nariño*. 2014; 267-275.
34. Velásquez V, López L, López H, Cataño N. Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural. *Rev Salud Públ*. 2011;(4):610-619.
35. Velázquez Pérez Y, Espín Andrade A. Repercusión psicosocial y carga en el cuidador informal de personas con insuficiencia renal crónica terminal. *Rev Cub Salud Pública*. 2014; 40(1):3-17.
36. De Valle Alonso M, Hernández López I, Zúñiga Vargas M, Martínez Aguilera P. Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*. 2015;(1):19-27.
37. Prieto Miranda S, Arias Ponce N, Villanueva Muñoz E, Jiménez-Bernardino C. Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel. *Med Int Méx*. 2015;(31):660-668.
38. Navarro Sandoval C, Uriostegui Espíritu L, Delgado Quiñones E, Sahagún Cuevas M. Depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física de la UMF 171. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2017; 55(1):25-31.

39. Marante Pozo E, Pozo Amador LM. Efectividad de intervención educativa en sobrecarga del cuidador de adultos mayores dependientes. Rev Cub de Enf. 2016; 34 (4)
40. 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; 28 (2): 251-259.

ANEXOS

Anexo 1. Hoja de Recolección de Datos

Nombre: _____

NSS: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Parentesco: _____ Tiempo de cuidador: _____

Anexo 2. Escala de Zarit para evaluar sobrecarga del cuidador

Nunca: 0, rara vez: 1, algunas veces: 2, bastantes veces: 3, casi siempre: 4

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, familia)?	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, 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 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, ¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4

Anexo 3. Escala de Depresión de Beck

1.
 - a. No me siento triste.
 - b. Me siento triste.
 - c. Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
 - d. Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.
2.
 - a. No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
 - b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
 - c. Siento que no puedo esperar nada del futuro.
 - d. Siento que el futuro es irremediabilmente y que las cosas no pueden mejorar.
3.
 - a. No me siento fracasado.
 - b. Siento que he fracasado más que la persona normal.
 - c. Cuando miro hacia el pasado, lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
 - d. Siento que como persona soy un fracaso completo.
4.
 - a. Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.
 - b. No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
 - c. Ya nada me satisface realmente.
 - d. Todo me aburre o me desagrada.
5.
 - a. No siento ninguna culpa particular.
 - b. Me siento culpable buena parte del tiempo.
 - c. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
 - d. Me siento culpable todo el tiempo.
6.
 - a. No siento que este siendo castigado.
 - b. Siento que puedo estar siendo castigado.
 - c. Espero ser castigado
 - d. Siento que estoy siendo castigado.
7.
 - a. No me siento decepcionado en mí mismo.
 - b. Estoy decepcionado conmigo.
 - c. Estoy harto de mí mismo.

- d. Me odio a mí mismo.
- 8.
 - a. No me siento peor que otros.
 - b. Me critico por mis debilidades o errores.
 - c. Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
 - d. Me culpo por todas cosas malas que suceden.
- 9.
 - a. No tengo ninguna idea de matarme.
 - b. Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
 - c. Me gustaría matarme.
 - d. Me mataría si tuviera la oportunidad.
- 10.
 - a. No lloro más de lo habitual.
 - b. Lloro más que antes.
 - c. Ahora lloro todo el tiempo.
 - d. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.
- 11.
 - a. No me irrito más ahora que antes.
 - b. Me enoja o irrito más fácilmente ahora que antes.
 - c. Me siento irritado todo el tiempo.
 - d. No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.
- 12.
 - a. No he perdido interés en otras personas.
 - b. Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
 - c. He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
 - d. He perdido todo el interés en los demás.
- 13.
 - a. Tomo decisiones como siempre.
 - b. Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
 - c. Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
 - d. Ya no puedo tomar ninguna decisión.
- 14.
 - a. No creo que me vea peor que antes.
 - b. Me preocupa que este pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).
 - c. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a)...
 - d. Creo que me veo horrible.
- 15.
 - a. Puedo trabajar tan bien como antes.
 - b. Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
 - c. Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
 - d. No puedo hacer ningún tipo de trabajo.
- 16.
 - a. Puedo dormir tan bien como antes.
 - b. No duermo tan bien como antes.
 - c. Me despierto 1 o 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
 - d. Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme.
- 17.
 - a. No me canso más de lo habitual.
 - b. Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
 - c. Me canso al hacer cualquier cosa.
 - d. Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.
- 18.
 - a. Mi apetito no ha variado.
 - b. Mi apetito no es tan bueno como antes.
 - c. Mi apetito es mucho peor que antes.

- d. Ya no tengo nada de apetito.
- 19.
- a. Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
 - b. He perdido más de 2 kilos.
 - c. He perdido más de 4 kilos.
 - d. He perdido más de 6 kilos.
- 20.
- a. No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
 - b. Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación.
 - c. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
 - d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.
- 21.
- a. No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
 - b. Estoy interesado por el sexo de lo que solía estar.
 - c. Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
 - d. He perdido por completo mi interés por el sexo.

Anexo 4. Carta de Autorización del director de la unidad

Mexicali, B. C. Marzo 2019

Dr. Eduardo Bermúdez Damián

Director del Hospital General Zona #30

Por medio de la presente.

Me permito solicitarle su consentimiento y autorización para colaborar con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Hospital General Zona #30, servicio de nefrología, en el Estudio de Investigación: “Evaluación de la sobrecarga del cuidador de pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria antes y después de una intervención psicoeducativa”

Dicho estudio consistirá en evaluar la sobrecarga del cuidador de pacientes con Enfermedad Renal crónica que se encuentran en diálisis peritoneal continua ambulatoria, aplicando el cuestionario de Zarit antes y después de realizar una intervención psicoeducativa que consistirá en sesiones de aprendizaje de autocuidado.

Anette María García Salazar
Residente de Medicina Familiar

Autorizó

Testigo

Testigo

Anexo 5. Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación clínica

Mexicali, Baja California. A _____ de _____ de 201_____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

Evaluación de la sobrecarga del cuidador de pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria antes y después de una intervención psicoeducativa.

Registrado ante el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud con el Número de registro: R-2018-201-023

Justificación y objetivo del estudio: La sobrecarga del cuidador es un hecho frecuente e incluye una amplia gama de síntomas, entre los más frecuentes la depresión, malos hábitos alimenticios y de autocuidado, muchas veces ignorado por el equipo médico, es por ello el interés de evaluar la sobrecarga del cuidador antes y después de una intervención psicoeducativa.

Procedimientos: Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Asistir a sesiones de la intervención psicoeducativa, contestar cuestionario de Zarit y de depresión de Beck.

Posibles riesgos y molestias: No se presentaran riesgos ya que solo se le pedirá que conteste ambos cuestionarios antes y después de acudir a las sesiones.

Posibles beneficios al participar en este estudio: Conocer un poco más acerca de la enfermedad de su paciente. Adquirir herramientas para la administración del tiempo, el manejo de emociones y mejorar hábitos de vida; mejorar la comunicación entre ambos.

Privacidad y confidencialidad: Se respetará su privacidad, los resultados e información personal no serán divulgados de manera que la puedan identificar.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Podrán ser enviadas a su médico familiar para brindar una mejor atención enfocada en su problemática personal.

Participación o retiro: Usted conserva el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento en que lo desee sin que esto afecte su atención médica en la unidad.

En caso de aclaraciones relacionadas con el estudio puedo dirigirme con: Dra. Anette María García Salazar, residente de Medicina Familiar en la UMF No.28, Teléfono: 6861966675, Correo: anette_garcia@hotmail.com; Dra. Guadalupe Ortega Vélez, Profesor titular del programa de especialización en medicina familiar UMF No.28 del IMSS, Teléfono: (555) 55-50, extensión 31409, correo: Guadalupe.ortegav@imss.gob.mx; Dra. Angélica María Martínez Contreras Coordinadora de educación en HGZ #30 IMSS, correo: angelica.martinez@imss.gob.mx, Dr. Alberto Barreras Serrano, docente en UABC Facultad de Veterinaria y Zootecnia, correo: abarreras@uabc.edu.mx.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética e Investigación de la CNIC del IMSS, ubicada en Av. Cuauhtémoc No. 330, 4º piso, Bloque B de la unidad de Congresos, Col. Dolores, México DF, CP 06720, teléfono (55) 56 27 6900 extensión 21230, correo electrónico comisión.etica@imss.gob.mx.

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo No. 1
Nombre, dirección, relación y firma

Testigo No. 2
Nombre, dirección, relación y firma.

Anexo 6. Carta descriptiva sobre Intervención psicoeducativa

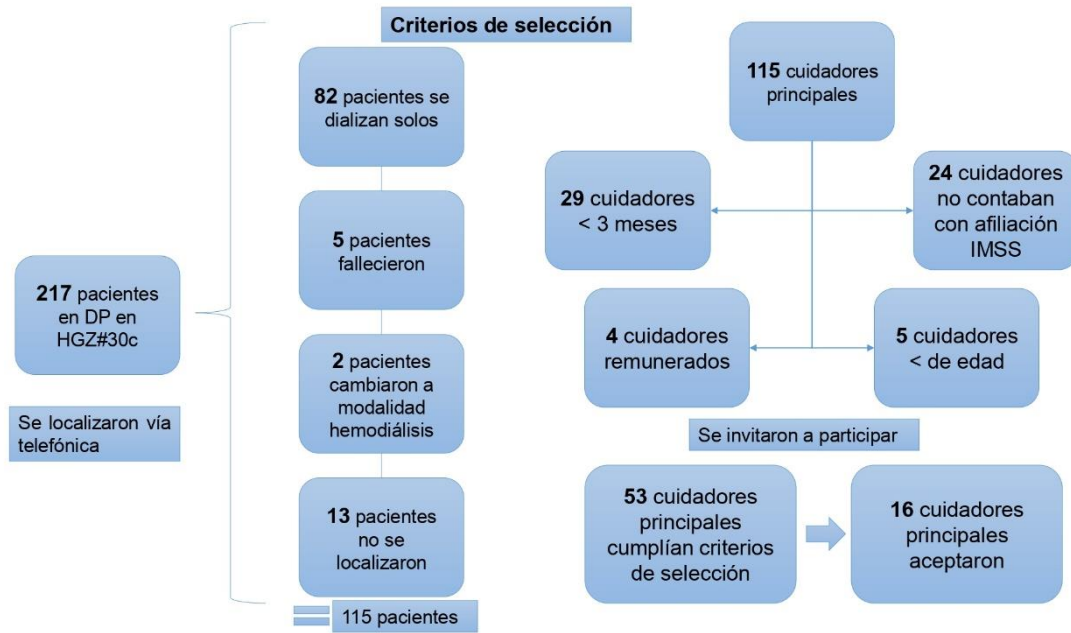
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL CARTA DESCRIPTIVA				
INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA			DIRIGIDO A: Cuidadores principales de pacientes con Enfermedad Renal Crónica en diálisis peritoneal continua ambulatoria.	
INVESTIGADOR PRINCIPAL: Dra. Anette María García Salazar Residente de Medicina familiar		MODALIDAD: Clases teóricas y taller	HORA: 16:00 horas FECHA: Abril 2019 (3 semanas) LUGAR: AULA "A" IMSS HGZ #30 SESIONES: 6 (2 sesiones por semana) DURACIÓN: 1 hora cada sesión	
OBJETIVO: Adquirir herramientas para el control de sus emociones, técnicas de relajación, como administrar su tiempo, mejorar la comunicación y que conozcan un poco más sobre la enfermedad de su paciente.				
FECHA Y HORA	CONTENIDO TEMÁTICO	OBJETIVOS ESPECIFICOS	INSTRUCTOR	AUXILIAR DIDÁCTICO
PRIMERA SEMANA ABRIL 2019				
Sesión #1 Martes 2 16:00-17:00	-Generalidades ERC y DPCA.	Establecer objetivos y reglas durante el programa de intervención. Aplicar escala de Zarit y escala de Beck. Conocer sobre generalidades de ERC y DPCA.	Dra. Anette María García Salazar	-Escala impresas -Proyector de imágenes
Sesión #2 Jueves 4 16:00-17:00	Manejo en los hábitos de vida	Reconocer beneficios de hábitos de vida saludables en cuanto a alimentación, higiene personal, actividad física y sueño.	Dra. Anette María García Salazar	-Proyector de imágenes
SEGUNDA SEMANA ABRIL 2019				
Sesión #3 Martes 9 16:00-17:00	Cuidando al cuidador	Reconocer medidas necesarias para autocuidado. Ofrecer herramientas para prevenir complicaciones de la sobrecarga del cuidador.	- Psic. Abiana Sarahí Gutiérrez Valle	-Proyector de imágenes -Actividad practica
Sesión #4 Jueves 11 16:00-17:00	Estrategias para mejorar la comunicación	Establecer límites por medio de una comunicación adecuada entre cuidador y paciente.	Psic. Abiana Sarahí Gutiérrez Valle	Proyector de imágenes
TERCERA SEMANA ABRIL 2019				
Sesión #5 Lunes 15 16:00-17:00	Manejo de emociones	Identificar emociones que generen inestabilidad emocional y adquirir herramientas para enfrentarlas.	Psic. Abiana Sarahí Gutiérrez Valle	-Proyector de imágenes
Sesión #6 Martes 16	Técnicas de relajación	Adquirir habilidades para enfrentar situaciones que le generen preocupación o desequilibrio emocional.	Psic. Abiana Sarahí Gutiérrez Valle	-Proyector de imágenes, audio

16:00-17:00				-Ejercicios respiratorios y de meditación -Estiramientos musculares -Automasajes
AGOSTO 2019, EVALUACION FINAL: APLICACIÓN DE ESCALA DE ZARIT Y ESCALA DE BECK.				

Anexo 7. Cronograma de actividades

Actividad	Enero-Julio 2018	Octubre 2018	Abril 2019	Agosto 2019	Septiembre 2019	Octubre 2019
Elaboración del proyecto	x					
Registro del comité		x				
Intervención psicoeducativa			x	x		
Captura de datos				x	x	
Análisis de resultados					x	
Elaboración de reporte final					x	
Presentación						x

Anexo 8. Proceso de selección de cuidadores



CARTA DE DICTAMEN DE LA EVALUACIÓN ESCRITA DEL EXAMEN DE GRADO

Mexicali, B.C., a 24 de octubre de 2019

Los abajo firmantes, miembros del Jurado Dictaminador, del documento escrito denominado:

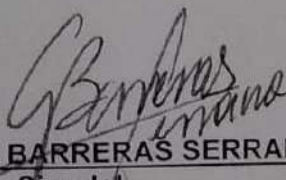
EVALUACIÓN DE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

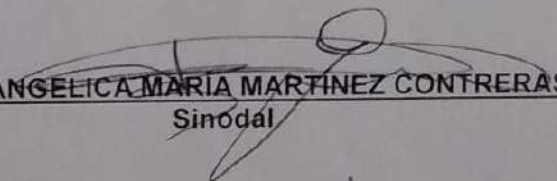
Que, para obtener el Diploma de Especialidad en Medicina Familiar, presenta:

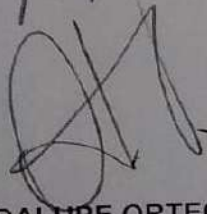
C. Anette María García Salazar

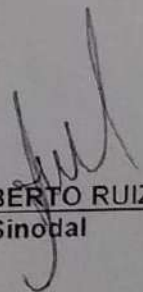
Realizada la evaluación resolvimos: Aprobado


DRA. CARMEN GORETY SORIA RODRÍGUEZ
Presidente


DR. ALBERTO BARRERAS SERRANO
Sinodal


D.C. ANGELICA MARIA MARTINEZ CONTRERAS
Sinodal


DRA. GUADALUPE ORTEGA VÉLEZ
Sinodal


DR. ADALBERTO RUIZ PÉREZ
Sinodal