



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1

**“RESILIENCIA EN EL CUIDADOR DE PERSONAS CON
DISCAPACIDAD EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NO.1 OOAD AGUASCALIENTES”**

TESIS PRESENTADA POR
ANDREA DÁVILA RIVERA

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

ASESOR:

DRA. EVELYN PATRICIA LARRAGA BENAVENTE

AGUASCALIENTES, AGUASCALIENTES, A SEPTIEMBRE DE 2024.

DICTAMEN APROBACIÓN ASESOR



Aguascalientes, Ags. A 1 de noviembre del 2024

DR. SERGIO RAMIREZ GONZALEZ

DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de MEDICINA FAMILIAR en Unidad de Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DRA. ANDREA DÁVILA RIVERA

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

“RESILIENCIA EN EL CUIDADOR DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.1 OOAD AGUASCALIENTES”

Número de Registro: **R-2024-101-082** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS**.

La **DRA. ANDREA DÁVILA RIVERA** asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que se proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad, Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Evelyn Patricia Larraga Benavente'.

ATENTAMENTE:
DRA. EVELYN PATRICIA LARRAGA BENAVENTE
DIRECTORA DE TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN CLIS



Aguascalientes, Ags. A 1 noviembre del 2024

DR. SERGIO RAMIREZ GONZALEZ

DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de MEDICINA FAMILIAR en Unidad de Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DRA. ANDREA DÁVILA RIVERA

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

“RESILIENCIA EN EL CUIDADOR DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.1 OOAD AGUASCALIENTES”

Número de Registro: **R-2024-101-082** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS.**

La **DRA. ANDREA DÁVILA RIVERA**, asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

Carlos Alberto Prado Aguilar
ATENTAMENTE:

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD

DICTAMEN UAA



DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS



Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 24/01/25

NOMBRE: DAVILA RIVERA BLANCA ANDREA **ID** 97259

ESPECIALIDAD: EN MEDICINA FAMILIAR **LGAC (del posgrado):** ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

TIPO DE TRABAJO: Tesis Trabajo práctico

TITULO: RESILIENCIA EN EL CUIDADOR DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.1 OOAD AGUASCALIENTES

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado): MEJORAR LA RESILIENCIA EN CUIDADORES, REDUCIENDO ESTRÉS Y PROMOVRIENDO SU BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA

INDICAR SI/NO SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

- NO El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
- SI La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
- SI Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
- SI Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
- SI Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
- SI El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
- SI Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
- NO Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
- SI Cumple con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)

El egresado cumple con lo siguiente:

- SI Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia
- SI Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias, estancia, etc)
- SI Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial, en caso de los posgrados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor
- SI Cuenta con la aprobación del (la) Jefe de Enseñanza y/o Hospital
- SI Coincide con el título y objetivo registrado
- SI Tiene el CVU del Conahcyt actualizado
- NA Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

Si

No

FIRMAS

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

MCB.E SILVIA PATRICIA GONZÁLEZ FLORES

Autorizó:

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

DR. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 105C del Reglamento General de Docencia que a la letra señala entre las funciones del Consejo Académico: Cuidar la eficiencia terminal del programa de posgrado y el Art. 105F las funciones del Secretario Técnico, llevar el seguimiento de los alumnos.

APROBACIÓN COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN



GOBIERNO DE
MÉXICO



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación e Investigación
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **101**.
H GRAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 01 001 038**

Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 01 CEI 001 2018082**

FECHA **Martes, 02 de julio de 2024**

Doctor (a) Evelyn Patricia Larraga Benavente

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Resiliencia en el cuidador de personas con discapacidad en la unidad de medicina familiar no.1 OOAD Aguascalientes** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2024-101-082

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Doctor (a) **CARLOS ARMANDO SANCHEZ NAVARRO**
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 101

Imprimir

EVIDENCIA DE ENVÍO A PUBLICACIÓN



Evelyn Patricia Larraga Benavente <evelynlabe@gmail.com>

RMF - Artículo registrado correctamente

Online submission manuscript <no-reply@permanyemail.com>
Para: evelynlabe@gmail.com

15 de noviembre de 2024, 1:14 p.m.



Estimado/a Dr/Dra Evelyn Patricia,

Gracias por su interés en nuestra publicación. Le confirmamos que el artículo '[Resiliencia en el cuidador de personas con discapacidad en la unidad de medicina familiar no.1 OOAD Aguascalientes](#)' (RMF/0181/24) se ha registrado correctamente en nuestro sistema.

El Comité Editorial de Revista Mexicana de Medicina Familiar con todo gusto revisará su manuscrito y en breve nos comunicaremos con Usted.

Muchas gracias y saludos cordiales,

El Editor
RMF

[Texto citado oculto]



JUSTIFICACIÓN CAMBIO DE LINEA DE INVESTIGACIÓN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



16 DE DICIEMBRE DEL 2024 Aguascalientes, Ags.

MCB E. SILVIA PATRICIA GONZALEZ FLORES
SECRETARIA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES
PRESENTE.

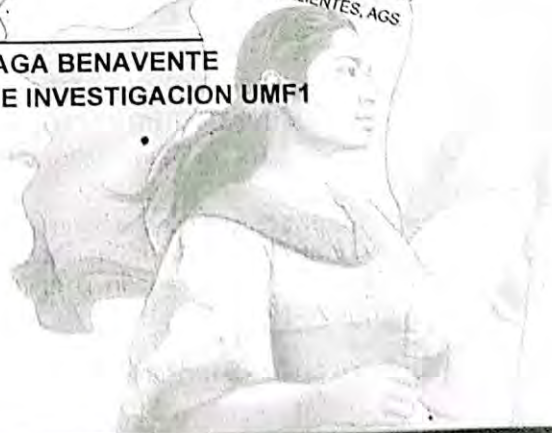
Por medio de la presente hago constar que el **C. DRA EVELYN PATRICIA LARRAGA BENAVENTE**, médico adscrito y asesor de la tesis de la **C. ANDREA DÁVILA RIVERA** de la especialidad de medicina familiar del Hospital General de Zona No. 1 Aguascalientes.

Se asignó como asesor de tesis siendo integrante del núcleo académico básico, quien actualmente pertenece a esta línea generación del conocimiento **LGAC ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES** sin embargo realizo tema debido a necesidad de la unidad de medicina familiar No. 1

Lo anterior para su conocimiento, sin otro particular por el momento, me despido de usted, agradeciendo su atención.

ATENTAMENTE

DRA. EVELYN PATRICIA LARRAGA BENAVENTE
COORDINADOR CLINICO EDUCACION E INVESTIGACION UMF1



AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

Agradezco a todos aquellos que contribuyeron a la realización de este proyecto en mayor o menor medida, gracias por el tiempo y esfuerzo invertido en esta investigación.

Quiero expresar mi gratitud a todas las personas que me apoyaron en este trabajo, a mi familia por ser siempre mi apoyo incondicional en todos los proyectos de mi vida, a mis amigos por comprenderme y estar conmigo durante tantos años y acompañarme en mi etapa de residencia, a mis compañeras de especialidad con las que formé un gran equipo gracias por estar siempre presentes desde las guardias hasta las crisis existenciales, gracias por hacer estos tres años más llevaderos y divertidos.

Agradezco especialmente a mi asesora de tesis la Dra. Evelyn Patricia Larraga Benavente por su guía y orientación constante, por estar al pendiente de los avances y recordarme constantemente que tenía que avanzar con mi protocolo.

Así mismo quiero agradecer también a la Universidad Autónoma de Aguascalientes por proporcionarme los recursos necesarios para realizar esta investigación, fuentes bibliográficas y apoyo en investigación, por ser mi alma mater y por todos los años que he pasado en su campus estoy siempre orgullosa de ser gallo!

Por último quiero agradecer al Instituto Mexicano del seguro social y al personal del hospital General de zona #1, así como al personal de la Unidad de Medicina Familiar #1, enseñanza, enfermería, médicos y jefes de clínica por el apoyo durante estos tres años, las palabras de aliento y los consejos recibidos a lo largo de esta travesía.

Este trabajo no hubiera sido posible sin la contribución de todas estas personas e instituciones. Agradezco sinceramente su ayuda y apoyo y espero encontrarnos y volver a trabajar de la mano en un futuro.

INDICE GENERAL

1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. MARCO TEORICO:	8
2.1. Búsqueda de información.....	8
2.2. Antecedentes científicos.....	9
2.3. Antecedentes generales.....	13
2.3.1. Generalidades sobre la discapacidad	13
2.3.2. Cuidador	14
2.3.3. Teoría de la resiliencia	16
2.3.4. Influencia de la Resiliencia en Personas Cuidadoras.....	17
2.3.5. Marco conceptual	19
3. JUSTIFICACION.....	20
3.1. Magnitud	20
3.2. Trascendencia	20
3.3. Vulnerabilidad.....	20
3.4. Factibilidad y viabilidad.....	21
3.5. Información que se espera obtener	21
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
4.1. Pregunta de investigación	23
5. OBJETIVOS	24
5.1. Objetivo General	24
5.2. Objetivos Específicos	24
6. HIPÓTESIS	24
7. MATERIAL Y METODOS	25
7.1. Tipo y diseño del estudio	25
7.2. Lugar donde se realizará el estudio.....	25
7.3. Universo del estudio.....	25

7.4.	Unidad de análisis	25
7.5.	Unidad de observación.....	25
7.6.	Selección y tamaño de la muestra.....	25
7.7.	Criterios de selección	25
7.7.1.	Criterios de inclusión	25
7.7.2.	Criterios de exclusión	26
7.7.3.	Criterios de eliminación.....	26
7.8.	Variables	26
7.9.	logística para la recolección de la información.....	27
7.10.	Descripción del instrumento	28
7.11.	Métodos de control de calidad	29
7.12.	Plan de análisis de los resultados.....	30
7.13.	Aspectos éticos	30
7.14.	Recursos, financiamiento y factibilidad	32
7.14.1.	Recursos humanos.....	32
7.14.2.	Recursos físicos	32
7.14.3.	Financiamiento	33
7.14.4.	Factibilidad	33
7.15.	Cronograma	34
8.	RESULTADOS.....	35
9.	DISCUSIÓN.....	52
10.	CONCLUSIONES	55
11.	GLOSARIO	58
12.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
13.	ANEXOS.....	63
ANEXO A.	CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	63
ANEXO B.	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	65

ANEXO C. MANUAL OPERACIONAL 70

ANEXO D. CARTA NO INCONVENIENTE..... 78

ANEXO E. OPERACIONALIZACIÓN..... 79

ANEXO F. TABLA DE OBSERVACIONES..... 82

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad..... 35

Tabla 2. Género del cuidador 36

Tabla 3. Estado civil 37

Tabla 4. ¿Cuántas horas de su día dedica al trabajo?..... 38

Tabla 5. Cuantas horas dedica al día a cuidar a su paciente..... 39

Tabla 6. Tipo de discapacidad del paciente..... 40

Tabla 7. Respuestas de la escala de resiliencia del cuidador..... 41

Tabla 8. Nivel de resiliencia..... 43

Tabla 9. Grado de resiliencia por dimensión..... 44

Tabla 10. Nivel de resiliencia por edad..... 45

Tabla 11. Nivel de resiliencia por genero..... 46

Tabla 12. Estado civil por nivel de resiliencia 47

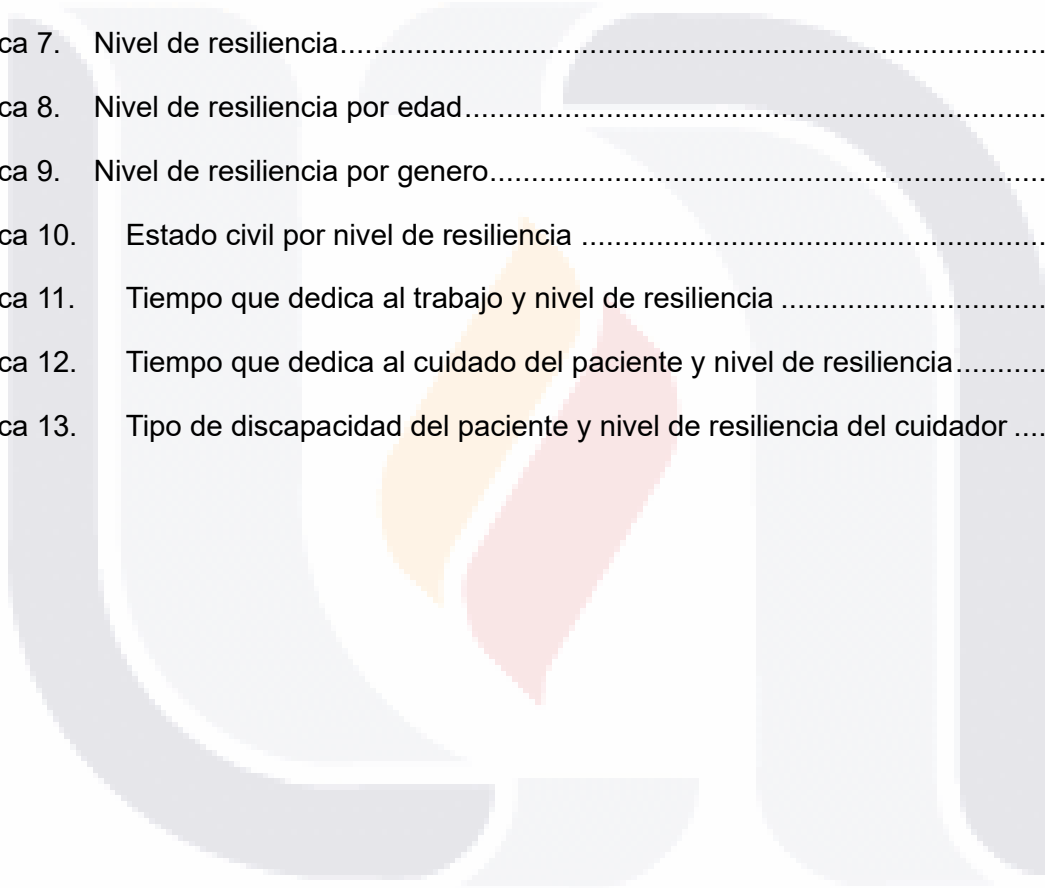
Tabla 13. Tiempo que dedica al trabajo y nivel de resiliencia 48

Tabla 14. Tiempo que dedica al cuidado del paciente y nivel de resiliencia..... 49

Tabla 15. Tipo de discapacidad del paciente y nivel de resiliencia del cuidador 51

INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1.	Edad.....	35
Gráfica 2.	Género del cuidador.....	36
Gráfica 3.	Estado civil.....	37
Gráfica 4.	¿Cuántas horas de su día dedica al trabajo?.....	38
Gráfica 5.	Cuántas horas dedica al día a cuidar a su paciente.....	39
Gráfica 6.	Tipo de discapacidad del paciente.....	40
Gráfica 7.	Nivel de resiliencia.....	43
Gráfica 8.	Nivel de resiliencia por edad.....	45
Gráfica 9.	Nivel de resiliencia por genero.....	46
Gráfica 10.	Estado civil por nivel de resiliencia.....	47
Gráfica 11.	Tiempo que dedica al trabajo y nivel de resiliencia.....	48
Gráfica 12.	Tiempo que dedica al cuidado del paciente y nivel de resiliencia.....	49
Gráfica 13.	Tipo de discapacidad del paciente y nivel de resiliencia del cuidador.....	50



RESUMEN

Antecedentes: La resiliencia en cuidadores de personas con discapacidad es un factor crucial para su bienestar y capacidad de afrontamiento frente al estrés y las demandas del cuidado. Estudios previos han identificado que la resiliencia está influenciada por factores sociodemográficos y el apoyo social y familiar disponible para los cuidadores. Este estudio se centró en evaluar los niveles de resiliencia en cuidadores adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No.1 OOAD Aguascalientes, considerando variables como la edad, el género, el estado civil y el tipo de discapacidad del paciente. **Objetivo:** Valorar el nivel de resiliencia de los cuidadores de personas con discapacidad en la unidad de medicina familiar no. 1. **Material y métodos:** Estudio cuantitativo, observacional y descriptivo. Se incluyeron a 89 cuidadores de pacientes con discapacidad registrados en la unidad. Se utilizaron entrevistas estructuradas y la Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) para evaluar la resiliencia, así como un cuestionario sociodemográfico. Los datos fueron analizados con estadística descriptiva e inferencial utilizando STATA v25 y Microsoft Excel®. **Resultados:** La mayoría de los cuidadores se encontraban en el rango de 41 a 60 años (49.4%), predominando el género femenino (70.8%). En cuanto al estado civil, el 44.9% estaban casados. El 37.1% de los cuidadores dedicaba más de 12 horas diarias al cuidado, y el 51.7% de los pacientes atendidos presentaban discapacidad física. En términos de resiliencia, el 50.6% mostró un nivel medio, el 25% un nivel bajo y el 24.7% un nivel alto. Las dimensiones mejor puntuadas fueron apoyo familiar, apoyo social y fortaleza y confianza en sí mismos (85% cada una), mientras que la dimensión de estructura fue la más baja (74%). **Conclusiones:** Los resultados subrayan la importancia del apoyo familiar y social en el bienestar de los cuidadores, así como la necesidad de fortalecer la estructura y la organización personal para mejorar su capacidad de afrontamiento. Se recomienda implementar intervenciones que promuevan el desarrollo de habilidades de resiliencia en esta población, especialmente en aquellos con mayores cargas de cuidado.

Palabras clave: Discapacidad, Cuidador primario, Resiliencia

ABSTRACT

Background: Resilience in caregivers of people with disabilities is a crucial factor for their well-being and ability to cope with stress and caregiving demands. Previous studies have identified that resilience is influenced by sociodemographic factors and the social and family support available to caregivers. This study focused on assessing resilience levels in caregivers assigned to the Family Medicine Unit No. 1 OOAD Aguascalientes, considering variables such as age, gender, marital status, and type of disability of the patient. **Objective:** To assess the level of resilience of caregivers of people with disabilities in the family medicine unit no. 1. **Material and methods:** Quantitative, observational, and descriptive study. 89 caregivers of patients with disabilities registered in the unit were included. Structured interviews and the Mexican Resilience Scale (RESI-M) were used to assess resilience, as well as a sociodemographic questionnaire. Data were analyzed with descriptive and inferential statistics using STATA v25 and Microsoft Excel®. **Results:** Most caregivers were between 41 and 60 years old (49.4%), with a predominance of females (70.8%). Regarding marital status, 44.9% were married. 37.1% of caregivers devoted more than 12 hours a day to caregiving, and 51.7% of the patients treated had physical disabilities. In terms of resilience, 50.6% showed a medium level, 25% a low level, and 24.7% a high level. The highest-scoring dimensions were family support, social support, and strength and self-confidence (85% each), while the structure dimension was the lowest (74%). **Conclusions:** The results underline the importance of family and social support in the well-being of caregivers, as well as the need to strengthen personal structure and organization to improve their coping capacity. It is recommended to implement interventions that promote the development of resilience skills in this population, especially in those with greater care burdens.

Keywords: Disability, Primary caregiver, Resilience

1. INTRODUCCIÓN

La atención y el cuidado de personas con discapacidad representan un desafío significativo para los cuidadores, quienes enfrentan una carga emocional, física y social considerable. En México, la responsabilidad de cuidado recae predominantemente en familiares cercanos, quienes asumen este rol con frecuencia sin contar con el apoyo adecuado ni la preparación necesaria para enfrentar las exigencias diarias que el cuidado implica. En este contexto, la resiliencia se convierte en un factor crucial, ya que permite a los cuidadores adaptarse y sobrellevar las dificultades inherentes a su labor, manteniendo su bienestar y capacidad de respuesta ante las adversidades. Sin embargo, la investigación sobre la resiliencia en cuidadores de personas con discapacidad es aún escasa, especialmente en contextos específicos como el de la Unidad de Medicina Familiar No.1 OOAD Aguascalientes.

A pesar de que la literatura internacional ha documentado la importancia del apoyo social y emocional para el desarrollo de la resiliencia en cuidadores, pocos estudios se han centrado en identificar las características y factores que influyen en la capacidad de afrontamiento de estos cuidadores en el ámbito local. Conocer el nivel de resiliencia y sus determinantes no solo es relevante para comprender mejor el estado emocional y la calidad de vida de los cuidadores, sino también para diseñar intervenciones efectivas que promuevan su bienestar y el del paciente a su cargo. La falta de información específica en esta área limita la capacidad de las instituciones de salud para brindar un apoyo integral a los cuidadores, quienes, en muchos casos, enfrentan una situación de desgaste emocional y físico que afecta su calidad de vida y, por ende, la calidad del cuidado proporcionado.

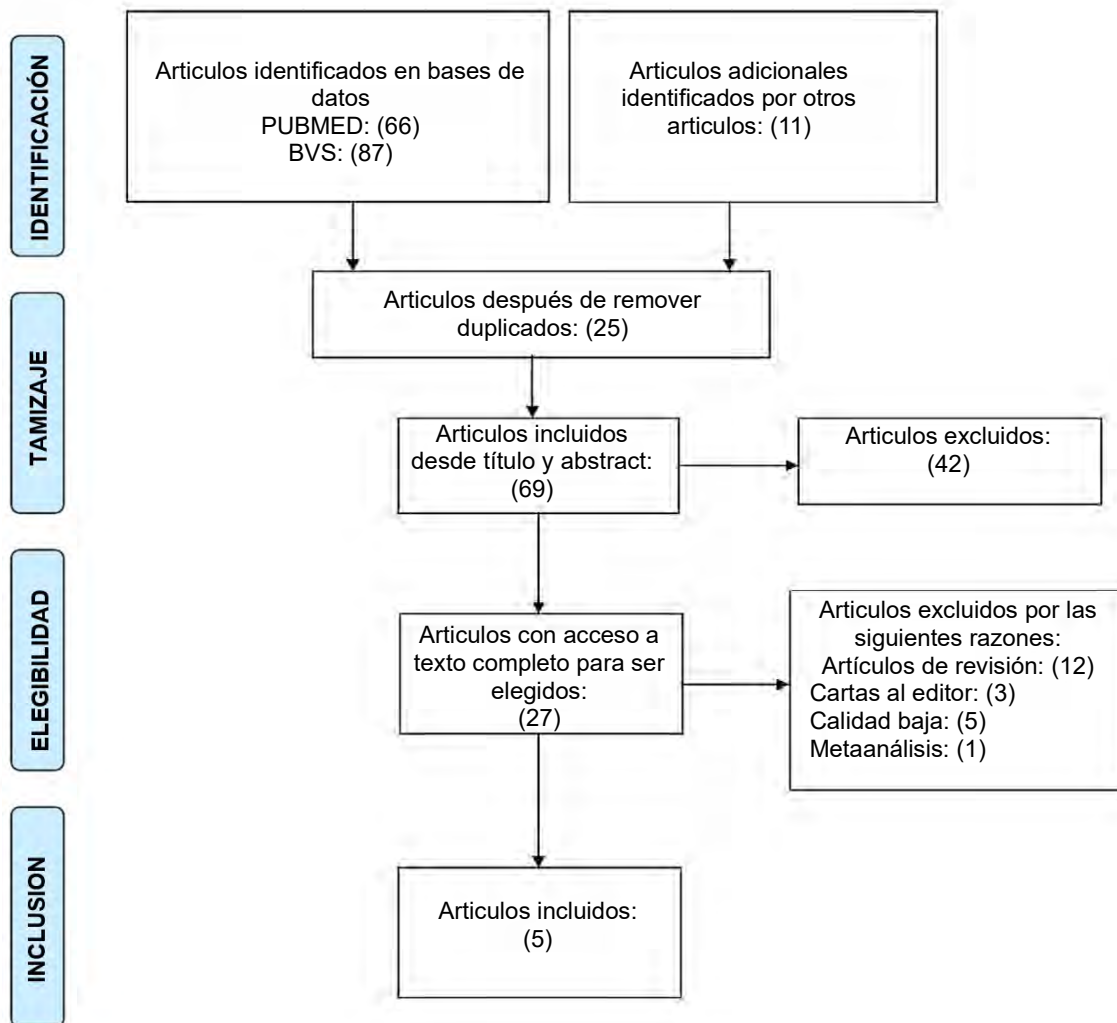
Este proyecto busca llenar ese vacío de conocimiento, proporcionando datos relevantes sobre la resiliencia en esta población y cómo las características sociodemográficas, el tiempo dedicado al cuidado y el tipo de discapacidad del paciente pueden influir en la capacidad de los cuidadores para enfrentar el estrés asociado a su rol. Identificar estas variables permitirá no solo un mejor entendimiento de las necesidades de los cuidadores, sino también la implementación de políticas y programas específicos que fortalezcan su resiliencia y reduzcan la carga emocional que experimentan. La generación de esta información es fundamental para mejorar el bienestar de los cuidadores y, consecuentemente, la calidad de vida de las personas con discapacidad que dependen de ellos, subrayando la necesidad urgente de atender esta problemática de manera integral y contextualizada.

2. MARCO TEORICO:

2.1. Búsqueda de información

Para la búsqueda de información se utilizó la siguiente estrategia de búsqueda en las bases de datos BVS y PUBMED. Se seleccionaron los descriptores en inglés “resilience”, “disability” y “caregiver”. Para maximizar la eficacia de la búsqueda, se emplearon operadores booleanos para elaborar una sintaxis adecuada. En la base de datos BVS, la búsqueda se realizó utilizando la siguiente sintaxis: (“resilience” AND “disability” AND “caregiver”). En la base de datos PUBMED, se utilizó la misma sintaxis, pero se añadieron los filtros correspondientes para limitar los resultados a los artículos en inglés y a los publicados en los últimos cinco años.

Diagrama de búsqueda de artículos



2.2. Antecedentes científicos

García et al. (2016) se propusieron caracterizar los modos de afrontamiento y la resiliencia en cuidadores primarios de pacientes oncogeriátricos en el área de salud del Policlínico Universitario Boyeros. Se realizó un estudio descriptivo, transversal y correlacional, empleando una metodología cuanti-cualitativa, entre diciembre de 2014 y marzo de 2015. La muestra estuvo compuesta por 33 cuidadores primarios seleccionados bajo criterios específicos. Los instrumentos utilizados incluyeron la Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus y la Escala de Resiliencia de Wagnild & Young, adaptada al contexto cubano. En este estudio, los resultados descriptivos sobre los niveles de resiliencia mostraron que un 42,4% de los cuidadores primarios presentaban un grado elevado de resiliencia. Un 33,3% de los cuidadores tenían un nivel medio de resiliencia, mientras que un 24,3% mostraba un nivel bajo de resiliencia. En cuanto a las dimensiones de resiliencia evaluadas, se encontró que aquellos cuidadores con niveles elevados de resiliencia demostraban una mayor capacidad de adaptación positiva frente a la adversidad. Estos cuidadores tendían a ser más optimistas, confiados en su capacidad para manejar situaciones difíciles, y mostraban una mayor perseverancia e independencia. Los autores concluyeron que la mayoría de los cuidadores primarios estudiados alcanzaron un grado elevado de resiliencia. Aquellos con un mayor nivel educacional presentaron grados elevados de resiliencia y emplearon con mayor frecuencia modos de afrontamiento como la confrontación y el autocontrol, utilizando en menor medida la huida-avoidancia y el distanciamiento. Este estudio resalta la importancia de la resiliencia como un factor crucial para la adaptación positiva de los cuidadores ante la adversidad y los desafíos asociados al cuidado de pacientes con enfermedades oncológicas (1).

Navarro-Abal et al. (2019) se propusieron analizar las diferencias en la sobrecarga percibida entre cuidadores familiares de personas dependientes que son usuarios de asociaciones y aquellos que no lo son, además de evaluar la relación entre sobrecarga, capacidad de resiliencia y nivel de empatía. El estudio fue ex post facto retrospectivo y contó con dos grupos: uno formado por cuidadores informales usuarios de asociaciones y otro de cuidadores no usuarios. La muestra incluyó 155 cuidadores, con 28 hombres y 127 mujeres, y se realizaron análisis descriptivos y comparativos. Los resultados descriptivos mostraron que los cuidadores que pertenecían a asociaciones presentaban un menor nivel de sobrecarga en comparación con aquellos que no eran miembros. En cuanto a la resiliencia, se observó que a mayor nivel de sobrecarga percibida por el cuidador, menor era su

capacidad de resiliencia. Entre los cuidadores con alta resiliencia, no se encontró sobrecarga intensa, mientras que un 34,8% de aquellos con baja resiliencia presentaban una sobrecarga intensa. Los cuidadores miembros de asociaciones también mostraron una mejor capacidad para manejar las demandas del cuidado debido al apoyo material, instrumental y emocional recibido. El estudio concluye que la pertenencia a asociaciones de cuidadores de personas dependientes está asociada con una menor sobrecarga percibida y un menor riesgo de desarrollar síndrome de desgaste por empatía. Además, se resalta que una mayor resiliencia es indicativa de una mayor eficacia en los cuidados y un afrontamiento positivo, lo que contribuye a la mejora de la calidad de vida tanto del cuidador como del cuidado (2).

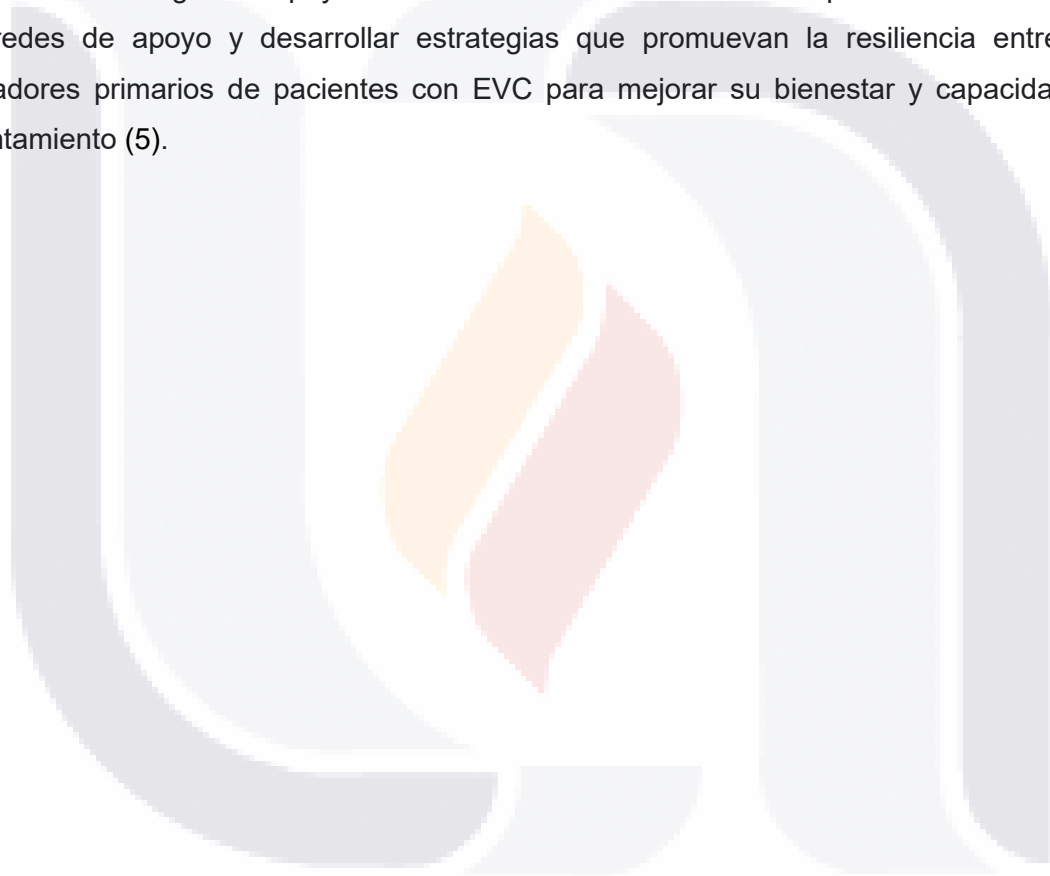
Ornelas Tavares (2016) llevó a cabo un estudio para identificar las estrategias de afrontamiento empleadas por cuidadores principales con duelo normal y complicado, y su relación con los niveles de resiliencia. En este estudio participaron 26 cuidadores, de los cuales 13 presentaron duelo normal y 13 duelo complicado. Los resultados mostraron que los cuidadores con duelo normal exhibieron niveles más elevados de resiliencia en comparación con aquellos con duelo complicado. Los niveles de resiliencia se midieron utilizando la Escala de Resiliencia para Mexicanos, revelando que los cuidadores con duelo normal presentaron una media de resiliencia significativamente mayor que los cuidadores con duelo complicado. En términos de dimensiones de resiliencia, los cuidadores con duelo normal destacaron en fortaleza y confianza en sí mismos, competencia social, apoyo familiar y social, y estructura. El análisis descriptivo indicó que el grupo con duelo normal mostró un mayor promedio de resiliencia (133.76) en comparación con el grupo con duelo complicado (120.23). Además, se encontró que las estrategias de afrontamiento como la reevaluación positiva y la religión fueron predominantes en aquellos con duelo normal, mientras que la solución de problemas fue más común en los cuidadores con duelo complicado. En términos porcentuales, se observó que una mayor proporción de cuidadores con duelo normal alcanzaron altos niveles de resiliencia, mostrando una capacidad notable para adaptarse positivamente a las adversidades. En contraste, los cuidadores con duelo complicado presentaron menores niveles de resiliencia, indicando una mayor dificultad para afrontar y recuperarse de la pérdida. Estos resultados subrayan la importancia de fomentar estrategias de afrontamiento positivas y resilientes en intervenciones psicoterapéuticas, especialmente en aquellos cuidadores que enfrentan duelos complicados, para promover un mejor ajuste y adaptación ante la pérdida (3).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Espinosa Pineda (2018) se propuso describir el nivel de resiliencia en los cuidadores primarios de niños y niñas con discapacidades de origen neurológico que asisten a un proceso de rehabilitación en un hospital de tercer nivel en el Valle del Cauca. El estudio fue de diseño observacional descriptivo transversal, con la participación de 25 cuidadores primarios, principalmente mujeres (88%), con edades entre 25 y 66 años, de las cuales la mayoría eran madres de los niños con discapacidad. Los resultados mostraron que las cuidadoras, en su mayoría jóvenes y pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos, enfrentan una considerable carga emocional y física. En términos de resiliencia, se halló que la mediana de la puntuación total fue de 161 puntos sobre un máximo de 175, indicando que el 92% de los participantes alcanzaron elevados niveles de resiliencia, mientras que el 8% restante mostró un nivel moderado. Las dimensiones de la resiliencia evaluadas incluyeron la competencia personal y la aceptación de uno mismo, donde la mediana de los puntajes fue alta, con 113 de 119 puntos posibles para competencia personal y 50 de 56 para aceptación de uno mismo. Otras características destacadas de la resiliencia fueron sentirse bien solo, con puntajes entre 19 y 21 de un máximo de 21, ecuanimidad con puntajes entre 23 y 28 de un máximo de 28, y confianza en sí mismo, con puntajes por encima de 47 de un máximo de 49. En conclusión, aunque las cuidadoras demostraron altos niveles de resiliencia, la sobrecarga emocional y física sigue siendo un desafío significativo. La investigación subraya la necesidad de políticas públicas que apoyen a estas cuidadoras, ya que, a pesar de su resiliencia, la sobrecarga puede llevar a problemas de salud crónicos y aumentar su vulnerabilidad socioeconómica (4).

Morales-López et al. (2023) llevaron a cabo un estudio en la Unidad de Medicina Familiar No. 92 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para asociar el nivel de sobrecarga con la resiliencia del cuidador primario de derechohabientes con evento vascular cerebral. Este estudio observacional, transversal incluyó a cuidadores con un periodo mayor a seis meses cuidando a pacientes con evento vascular cerebral (EVC). Se utilizaron dos instrumentos de medición: la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young. En los resultados, se evaluaron a 151 cuidadores primarios. Del total, el 80% no presentaba sobrecarga, el 9.9% tenía sobrecarga leve y el 9.3% presentaba sobrecarga intensa. En cuanto al nivel de resiliencia, el 32.5% de los cuidadores mostró escasa resiliencia, el 29.8% resiliencia moderada y el 37.7% resiliencia alta. Estos resultados indican que, aunque una mayoría significativa de cuidadores no experimentaba sobrecarga, una porción considerable enfrentaba desafíos que afectaban su resiliencia.

Respecto a las variables sociodemográficas, el 49% de los cuidadores eran hombres y el 51% mujeres. La edad de los participantes se distribuyó mayoritariamente en el rango de 31 a 50 años. En términos de escolaridad, el 33.8% tenía educación secundaria, el 31.8% preparatoria o bachillerato, y el 15.2% nivel licenciatura. Además, el 49.7% de los cuidadores estaban casados, y el 27.8% se dedicaban al hogar, con solo el 8.6% desempleados. En conclusión, el estudio mostró que la mayoría de los cuidadores no presentaban sobrecarga significativa y mantenían altos niveles de resiliencia. Sin embargo, se identificaron cuidadores con sobrecarga y baja resiliencia, indicando la necesidad de intervenciones dirigidas a apoyar a estos individuos. Se destaca la importancia de fortalecer las redes de apoyo y desarrollar estrategias que promuevan la resiliencia entre los cuidadores primarios de pacientes con EVC para mejorar su bienestar y capacidad de afrontamiento (5).



2.3. Antecedentes generales

2.3.1. Generalidades sobre la discapacidad

La discapacidad es una realidad que afecta a una parte significativa de la población mundial. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las personas con discapacidad son aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, en interacción con diversas barreras, pueden obstaculizar su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás(6).

En este sentido, la discapacidad no solo designa la limitación de una facultad fisiológica, sino que las personas que la presentan también están limitadas por la sociedad(7). A nivel más clínico, la discapacidad puede entenderse como la falta, alteración o deterioro funcional de una o más partes del cuerpo que provoca la disminución de las habilidades físicas y/o mentales de un individuo. Según el Informe Mundial sobre la Discapacidad, alrededor del 15% de la población vive con algún tipo de discapacidad(6). Las mujeres tienen más probabilidades de sufrir discapacidad que los hombres y las personas mayores más que los jóvenes(6). En total, se estima que casi el 12% de la población de América Latina y el Caribe vive con al menos una discapacidad, lo que representa alrededor de 66 millones de personas(8). En los últimos años, la comprensión de la discapacidad ha pasado de una perspectiva física o médica a otra que tiene en cuenta el contexto físico, social y político de una persona(9). Hoy en día, se entiende que la discapacidad surge de la interacción entre el estado de salud o la deficiencia de una persona y la multitud de factores que influyen en su entorno(9).

Los principales tipos de discapacidad se clasifican en física, sensorial, intelectual, psicosocial, visceral y múltiple(7). Cada una de estas categorías tiene sus propias características y subtipos, y cada individuo puede experimentar su discapacidad de manera única.

- La discapacidad física o motora es el primero de los grupos de discapacidad que analizaremos. Esta discapacidad afecta al funcionamiento del aparato locomotor, dificultando el desarrollo normal de una actividad específica(7).
- La discapacidad sensorial es aquella que afecta al funcionamiento de alguno de los sentidos del cuerpo. Esto puede incluir discapacidades visuales, auditivas y otras

relacionadas con los sentidos(10).

- La discapacidad intelectual se refiere a limitaciones en las habilidades mentales, como el aprendizaje, la resolución de problemas y la adaptación al entorno social y personal(11).
- La discapacidad psicosocial se refiere a las limitaciones que experimentan las personas debido a trastornos de salud mental. Estos pueden incluir trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos(12).
- La discapacidad visceral se refiere a las limitaciones que resultan de enfermedades o disfunciones de los órganos internos(7).
- Finalmente, la discapacidad múltiple se refiere a la presencia de dos o más tipos de discapacidades en un individuo(7).

2.3.2. Cuidador

Zarit ha destacado desde 1969 que la responsabilidad del cuidado de una persona dependiente en el hogar suele recaer en un familiar(13). Esta situación de dependencia implica una reestructuración familiar para el cuidado de este miembro, aunque dicha reorganización está en cierta medida condicionada por el nivel socioeconómico y la disponibilidad del cuidador cuando surge la necesidad(14).

El cuidado de personas dependientes por parte de familiares se considera un recurso valioso para la sociedad, generando ahorros significativos en las finanzas gubernamentales. Este servicio no remunerado, asumido por los familiares, sería económicamente costoso si fuera proporcionado por el estado. Sin embargo, es un recurso limitado y cada vez más escaso debido a la disminución en el número de hijos en la actualidad, lo que reduce la disponibilidad de futuros cuidadores informales(15).

La situación de los cuidadores de personas con discapacidad es un tema de gran relevancia en la actualidad. Los cuidadores desempeñan un papel crucial en la vida de las personas con discapacidad, proporcionando apoyo físico, emocional y social¹. Sin embargo, esta

labor puede ser agobiante y estresante, lo que puede llevar a los cuidadores a un estado de morbilidad(16). El cuidado de personas con discapacidad representa una actividad que requiere de una gran dedicación y compromiso. Los cuidadores a menudo deben adaptar su vida cotidiana para satisfacer las necesidades de la persona a su cargo, lo que puede tener un impacto significativo en su calidad de vida (17). Además, los cuidadores pueden enfrentar dificultades económicas y laborales, como la necesidad de dejar de trabajar o reducir su horario de trabajo. Esto puede generar un estrés adicional y afectar su bienestar emocional (17).

Por otro lado, los cuidadores también pueden experimentar conflictos familiares y de pareja debido a las demandas del cuidado. Estos conflictos pueden exacerbar el estrés y la ansiedad, lo que puede tener un impacto negativo en la salud mental y física del cuidador. Es importante destacar que el cuidado de personas con discapacidad no solo implica desafíos, sino también oportunidades para el crecimiento personal y el desarrollo de habilidades de resiliencia. Los cuidadores a menudo desarrollan una gran empatía y comprensión hacia las personas con discapacidad, lo que puede enriquecer sus relaciones personales y su visión del mundo(16). En este sentido, es fundamental que se brinde apoyo a los cuidadores de personas con discapacidad. Esto puede incluir la provisión de servicios de respiro, programas de capacitación y apoyo emocional. Además, es importante que se reconozca y valore el papel de los cuidadores en la sociedad (17).

2.3.3. Teoría de la resiliencia

La resiliencia, un término que surge de la física en relación con la resistencia de los materiales y su capacidad de recuperación al ser sometidos a diferentes presiones y fuerzas, ha encontrado un lugar relevante en la ciencia psicológica y social(18). En este contexto, la resiliencia se define como la capacidad de un individuo, comunidad o sistema para enfrentar, superar, recuperarse de o adaptarse con éxito a la adversidad o el cambio(19). En el ámbito de la psicología, la resiliencia se ve a menudo como un proceso dinámico que implica una interacción entre factores de riesgo y factores protectores, en lugar de un rasgo estático que una persona posee o no(20). Las investigaciones han destacado la importancia de los rasgos personales, como el optimismo y la autoeficacia, así como del apoyo social como promotores de la resiliencia. Es importante entender que la resiliencia no es una respuesta universal a la adversidad. No todos se recuperan de la misma manera ni al mismo ritmo. Algunos pueden evidenciarla de inmediato tras un evento traumático, mientras que otros pueden necesitar un tiempo considerable para recuperarse(21). Por otro lado, en el contexto de las ciencias sociales, la resiliencia es vista en términos de la capacidad de las comunidades y sociedades para resistir y recuperarse de las adversidades(20). Los factores clave en la resiliencia comunitaria incluyen la red de apoyo social, la capacidad de organización, la disponibilidad de recursos y el acceso a los servicios esenciales. En la actualidad, consideramos que el concepto de resiliencia sigue siendo un constructo ambiguo, que necesita una mayor clarificación, sobre todo, en cuestiones referidas a su configuración teórica. Para poder llevarlo a la práctica en condiciones óptimas, necesitamos contar con un modelo que permita mejorar los resultados de las poblaciones vulnerables y de la población general en relación con la salud(22).

2.3.4. Influencia de la Resiliencia en Personas Cuidadoras

La resiliencia es un fenómeno crucial en el ámbito de la psicología y la salud, especialmente relevante para las personas que desempeñan el rol de cuidadores. En términos generales, la resiliencia se define como la capacidad de un individuo para adaptarse positivamente y superar situaciones adversas. Este concepto ha sido ampliamente estudiado en diversos contextos, pero su impacto en los cuidadores de personas con discapacidad es particularmente significativo debido a las exigencias emocionales y físicas inherentes a este rol. La labor de cuidar a una persona con discapacidad implica enfrentarse a una serie de desafíos continuos que pueden incluir la gestión de enfermedades crónicas, el apoyo emocional y la realización de tareas cotidianas que pueden ser físicamente demandantes. Estos desafíos pueden generar altos niveles de estrés y llevar a un agotamiento físico y emocional conocido como burnout del cuidador. En este contexto, la resiliencia actúa como un factor protector que permite a los cuidadores manejar mejor estas demandas y mantener su bienestar (23). La resiliencia en los cuidadores se manifiesta a través de varias dimensiones. Primero, la fortaleza y la confianza en uno mismo son esenciales. Los cuidadores resilientes suelen tener una percepción positiva de sus propias capacidades y confían en su habilidad para enfrentar los problemas que surgen en su vida cotidiana. Esta autoconfianza les permite tomar decisiones efectivas y buscar soluciones innovadoras cuando enfrentan desafíos(24).

Otro aspecto crítico es la competencia social. Los cuidadores resilientes suelen tener habilidades sociales bien desarrolladas que les permiten establecer y mantener redes de apoyo sólidas. Estas redes pueden incluir familiares, amigos, profesionales de la salud y grupos de apoyo. La habilidad para comunicarse efectivamente y buscar ayuda cuando es necesario es fundamental para mantener el equilibrio emocional y evitar el aislamiento, que es un factor de riesgo significativo para el estrés y el burnout(24). El apoyo familiar y social es otro pilar de la resiliencia. Los cuidadores que perciben un fuerte apoyo por parte de su familia y su comunidad tienden a experimentar menos estrés y tienen una mayor capacidad para manejar las dificultades. Este apoyo no solo proporciona ayuda práctica, como el relevo en las tareas de cuidado, sino también un respaldo emocional que es crucial para la salud mental del cuidador(24). La estructura y organización también juegan un papel importante en la resiliencia de los cuidadores. Mantener una rutina estable y tener estrategias claras para manejar las tareas diarias puede reducir la sensación de caos y

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

umentar la sensación de control sobre la situación. La planificación y la organización permiten a los cuidadores anticipar problemas y prepararse para ellos, lo que puede reducir la ansiedad y el estrés.

La plausibilidad biológica del fenómeno de la resiliencia en cuidadores se puede entender a través de varias teorías y modelos psicológicos. Por ejemplo, la teoría del afrontamiento sugiere que las personas resilientes son más efectivas en el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas, como la resolución de problemas y la reevaluación positiva, en lugar de estrategias desadaptativas como la evitación o la negación. Estas estrategias adaptativas están asociadas con mejores resultados de salud mental y física, lo que subraya la importancia de la resiliencia en el manejo del estrés crónico asociado con el cuidado. Además, desde una perspectiva neurobiológica, se ha encontrado que las personas resilientes tienen una mejor regulación del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA), lo que les permite manejar mejor el estrés. La regulación efectiva del cortisol, una hormona del estrés es un marcador biológico de resiliencia que puede proteger contra los efectos negativos del estrés crónico. La neuroplasticidad, la capacidad del cerebro para adaptarse y cambiar en respuesta a las experiencias también juega un papel en la resiliencia, permitiendo a los individuos desarrollar nuevas habilidades y estrategias para enfrentar desafíos(23).

2.3.5. Marco conceptual

Resiliencia: La resiliencia se refiere a la capacidad de un individuo para superar momentos críticos y adaptarse luego de experimentar alguna situación inusual e inesperada. Es una aptitud que adoptan algunos individuos que se caracterizan por su postura ante la superación de una adversidad y de mucho estrés, con el fin de pensar en un mejor futuro. En psicología, se entiende como la capacidad que posee la persona para hacer frente a sus propios problemas, superar los obstáculos y no ceder a la presión, independientemente de la situación.(25)

Cuidador: Un cuidador es aquella persona, ya sea un familiar, amigo o vecino, que brinda apoyo físico, emocional o financiero, con o sin remuneración económica, a alguien que, debido a su condición de salud o edad, requiere ayuda para llevar a cabo actividades básicas como alimentarse, vestirse, mantener la higiene, desplazarse, cuidados de salud (curaciones o administración de medicamentos), transporte, entre otras(16).

Persona con discapacidad: Las personas con discapacidad son aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, en interacción con diversas barreras, pueden obstaculizar su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás(6).

3. JUSTIFICACION

3.1. Magnitud

A nivel mundial, se estima que alrededor de 1300 millones de personas, es decir, el 16% de la población mundial, sufren actualmente una discapacidad importante(6). Esta cifra está aumentando debido al crecimiento de las enfermedades no transmisibles y a la mayor duración de la vida de las personas(6). En México, de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2020, se registró que el 5.7% de la población total del país, es decir, 7,168,178 personas, tienen discapacidad y/o algún problema o condición mental(26).

En cuanto a la resiliencia en personas que cuidan a personas con discapacidad, un estudio descriptivo realizado en familiares de personas con discapacidad mostró que los hermanos son los que muestran un mayor índice de casos con un alto nivel de resiliencia, seguido de las madres y luego, de los padres(27). La resiliencia es mayor en los familiares más jóvenes y menor en los familiares de más edad(28). Aunque aún no existe un consenso sobre los niveles por las diferentes escalas utilizadas para medir la resiliencia.

3.2. Trascendencia

La falta de resiliencia puede llevar a un mayor estrés y agotamiento en los cuidadores, lo que puede resultar en un deterioro de su salud física y mental(29). Esto puede manifestarse en síntomas de ansiedad y depresión, bajos niveles de bienestar y problemas físicos asociados al estrés. Además, puede derivar en el síndrome del cuidador quemado, caracterizado por agotamiento emocional y físico, sentimientos y actitudes negativas hacia la persona cuidada, y sentimientos de insatisfacción(24). En el aspecto económico, los cuidadores pueden enfrentar desafíos significativos. Pueden tener que dejar su trabajo, lo que resulta en una pérdida de ingresos y posibles dificultades financieras. Además, la atención continua a una persona con discapacidad puede implicar costos adicionales, como medicamentos, equipos de asistencia y adaptaciones en el hogar. A nivel macroeconómico, la exclusión de las personas con discapacidad puede representar una pérdida de entre 3 y 7% en el PIB de un país(30). Por lo tanto, es crucial identificar y apoyar la resiliencia en los cuidadores de personas con discapacidad para mitigar estos impactos negativos.

3.3. Vulnerabilidad

La resiliencia es un fenómeno multifacético que puede ser influenciado por una variedad de

factores, tanto internos como externos al individuo. Sin embargo, este estudio tiene el potencial de aportar elementos valiosos para entender mejor este fenómeno y desarrollar estrategias efectivas para fortalecer la resiliencia de los cuidadores.

3.4. Factibilidad y viabilidad

En cuanto a la factibilidad, este estudio requiere de recursos humanos, materiales y financieros. Los recursos humanos incluyen a los investigadores y a los participantes del estudio, que serán los cuidadores de personas con discapacidad. Los recursos materiales y financieros se necesitarán para llevar a cabo las actividades de recolección y análisis de datos. Aunque estos recursos pueden ser limitados, la importancia del problema que se pretende resolver justifica la inversión necesaria. Con respecto a la viabilidad de este estudio, depende de que esté en línea con las políticas y objetivos de la institución. En este caso, la Unidad de Medicina Familiar No.1 OOAD Aguascalientes tiene un interés directo en mejorar la salud y el bienestar de los cuidadores de personas con discapacidad, por lo que este estudio está alineado con sus objetivos. Además, la institución cuenta con los recursos humanos y la infraestructura necesarios para llevar a cabo el estudio, así como la voluntad política para apoyarlo.

3.5. Información que se espera obtener

El objetivo principal de este estudio es determinar el nivel de resiliencia en cuidadores de personas con discapacidad. Para ello, se empleará la escala RESI-M, una herramienta validada que cuantifica la adaptabilidad ante adversidades. La aplicación de la escala será llevada a cabo por médicos residentes de medicina familiar, asegurando así la precisión en la recolección de datos. Los resultados esperados del estudio se centrarán en proporcionar un análisis descriptivo de la resiliencia de los cuidadores, por lo que se espera que la información recabada contribuya al conocimiento existente sobre la resiliencia en este grupo específico y que ayude a comprender su contexto en términos de esta herramienta emocional.

La divulgación de los hallazgos se realizará mediante publicaciones en revistas científicas y presentaciones en eventos académicos, con el fin de compartir el conocimiento adquirido con la comunidad médica y los cuidadores interesados.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cuidado de personas con discapacidad es una tarea que requiere una gran cantidad de recursos emocionales y físicos. A pesar de las demandas inherentes a este rol, se ha observado que los cuidadores muestran un rango muy amplio de resiliencia, lo que sugiere que algunos cuidadores pueden manejar estas demandas de manera más efectiva que otros. Sin embargo, la medición de la resiliencia en los cuidadores ha sido inconsistente, con diferentes estudios utilizando diferentes escalas y obteniendo una amplia gama de puntajes. Esta inconsistencia en la medición de la resiliencia dificulta la comparación entre los estudios y limita nuestra comprensión de los factores que contribuyen a la resiliencia en los cuidadores.

Por ejemplo, el estudio de Márquez García et al. encontró que el 42.4% de los cuidadores presentaban un nivel elevado de resiliencia, el 33.3% un nivel medio, y el 24.3% un nivel bajo, utilizando la Escala de Resiliencia de Wagnild & Young, con un alfa de Cronbach de 0.91 (1). Sin embargo, este estudio tuvo una muestra pequeña y estuvo limitado a un solo centro de salud. Navarro-Abal et al. también utilizaron la Escala de Resiliencia de Wagnild & Young y encontraron que el 34.8% de los cuidadores presentaban baja resiliencia, mientras que el 65.2% presentaban alta resiliencia. Aunque la validez y confiabilidad del instrumento fue buena (alfa de Cronbach de 0.88), el tamaño de la muestra no probabilístico limitó la generalización de los resultados (2). Por otro lado, Ornelas Tavares utilizó la Escala de Resiliencia para Mexicanos (RESI-M) y encontró que los cuidadores eran moderadamente resilientes, con una media de 127 y una desviación estándar de 19.79. La RESI-M mostró una alta confiabilidad (alfa de Cronbach de 0.93) y una varianza explicada de 43.60% (3). Sin embargo, el tamaño de muestra fue pequeño y el estudio se enfocó en un solo contexto específico. Espinosa Pineda encontró que el 50% de los cuidadores tenían una buena resiliencia, con puntajes superiores a 161 en la escala de Wagnild & Young. Este instrumento tuvo una alta confiabilidad (alfa de Cronbach de 0.94), pero el tamaño de la muestra fue pequeño y el estudio se enfocó en un solo contexto (4). Morales-López et al. encontraron que el 32.5% de los cuidadores presentaban escasa resiliencia, el 29.8% resiliencia moderada, y el 37.7% alta resiliencia, utilizando la Escala de Resiliencia de Wagnild & Young, aunque no especificaron el alfa de Cronbach y hubo posibles sesgos debido a la presencia del familiar durante la entrevista (5).

Estos estudios muestran que, aunque todos miden la resiliencia, utilizan diferentes escalas

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

y, por lo tanto, obtienen diferentes puntajes de resiliencia. Esto plantea la pregunta de si estas diferencias en los puntajes de resiliencia se deben a diferencias reales en la resiliencia de los cuidadores o si son simplemente el resultado de la utilización de diferentes escalas de medición. Por lo tanto, se hace necesario realizar una investigación que utilice una medida consistente de resiliencia y que examine en profundidad los factores que pueden influir en la resiliencia de los cuidadores.

En este contexto, hemos seleccionado la Escala de Resiliencia para Mexicanos (RESI-M) para nuestro estudio, debido a sus características idóneas para evitar sesgos de información por mala clasificación ya que, a pesar de que no está específicamente dirigido a los cuidadores primarios, la RESI-M tiene una alta confiabilidad, con un alfa de Cronbach total de 0.93 y una validez muy adecuada para medir el constructo teórico, ya que cuenta con una varianza explicada total de 58.71% en estudios actuales (31). Además, los valores de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de 0.942 y la esfericidad de Bartlett con una significancia de 0.000 (χ^2 : 7711.939, gl: 903) refuerzan su adecuación.

Además, la Unidad de Medicina Familiar No.1 (UMF 1) enfrenta un problema particular derivado de la estructura de su población derechohabiente, ya que atiende a un número significativo de adultos mayores comparado con otras clínicas, y presenta una prevalencia significativa de personas con discapacidad. Este contexto específico resalta la importancia de estudiar la resiliencia en los cuidadores de esta unidad, pues el alto número de personas con discapacidad y adultos mayores representa una carga considerable para los cuidadores, quienes necesitan niveles elevados de resiliencia para manejar adecuadamente las demandas emocionales y físicas asociadas a su rol.

Por lo tanto, la pregunta de investigación que pretende responder este estudio es la siguiente:

4.1. Pregunta de investigación

¿Cuál es la de resiliencia en cuidadores de personas con discapacidad en la unidad de medicina familiar no^o1 OOAD Aguascalientes?

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General

Describir la resiliencia de los cuidadores de personas con discapacidad en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 OOAD Aguascalientes.

5.2. Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas de los cuidadores, cuidadores de personas con discapacidad en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 OOAD Aguascalientes.
- Caracterizar el tipo y grado de discapacidad de los pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 OOAD Aguascalientes.
- Describir la fortaleza y confianza en sí mismo de los cuidadores de personas con discapacidad atendidas en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 OOAD Aguascalientes.
- Caracterizar la competencia social de los cuidadores de personas con discapacidad atendidas en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 OOAD Aguascalientes.
- Describir el nivel de apoyo familiar recibido por los cuidadores de personas con discapacidad atendidas en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 OOAD Aguascalientes.
- Identificar los tipos de apoyo social que reciben de los cuidadores de personas con discapacidad atendidas en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 OOAD Aguascalientes.
- Explorar la estructura y organización diaria de los cuidadores de personas con discapacidad atendidas en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 OOAD Aguascalientes.

6. HIPÓTESIS

Al ser un estudio descriptivo, que pretendió sólo describir fenómenos, no requiere de hipótesis.

7. MATERIAL Y METODOS

7.1. Tipo y diseño del estudio

Transversal simple, Descriptivo.

7.2. Lugar donde se realizará el estudio

Unidad de Medicina Familiar No. 1, OOAD Aguascalientes

7.3. Universo del estudio

El universo del estudio comprendió a todos los cuidadores de pacientes con discapacidad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 OOAD Aguascalientes. Esto incluyó a quienes estaban registrados en el censo de pacientes con discapacidad de la unidad en el momento de la investigación.

7.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis de este estudio fueron los resultados obtenidos de la escala RESI-M aplicada a los cuidadores de personas con discapacidad. A través de esta herramienta, se evaluaron y analizaron las distintas dimensiones que componen la resiliencia, tales como la adaptabilidad y la capacidad de afrontamiento.

7.5. Unidad de observación

Las unidades de observación fueron los cuidadores que fueron evaluados y entrevistados. Cada cuidador proporcionó datos a través de respuestas a la escala RESI-M y entrevistas estructuradas para obtener información sociodemográfica y de resiliencia.

7.6. Selección y tamaño de la muestra

Dado que se trató de un estudio descriptivo observacional, se optó por incluir a todos los cuidadores del censo de pacientes con discapacidad que cumplieron con los criterios de inclusión. Se contó con un censo de la unidad de medicina familiar que registraba 90 pacientes con discapacidad. Esto proporcionó una representación completa y precisa del universo de estudio y maximizó la validez de los hallazgos.

7.7. Criterios de selección

7.7.1. Criterios de inclusión

- Ser cuidador principal de un paciente con discapacidad registrado en la Unidad de

Medicina Familiar No. 1.

- Haber estado cuidando al paciente durante al menos los últimos 6 meses.
- Consentir participar en el estudio y completar el instrumento RESI-M.

7.7.2. Criterios de exclusión

- Cuidadores que no tengan a su cargo pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 1.
- Cuidadores con condiciones médicas o psicológicas que les impidan completar el instrumento RESI-M o participar en el estudio de manera efectiva. Para identificar esta condición, se evaluaron posibles signos evidentes de impedimento durante la explicación del consentimiento informado y la aplicación de preguntas preliminares. Este enfoque permitió garantizar que los cuidadores seleccionados tuvieran la capacidad de responder con precisión y consistencia a las preguntas del instrumento RESI-M, minimizando el riesgo de sesgos en los datos recopilados.
- Cuidadores que presenten problemas de audición, visión o cognitivos que dificulten la comprensión y el llenado del cuestionario.
- Cuidadores que no puedan comunicarse de manera efectiva en español.

7.7.3. Criterios de eliminación

- Datos incompletos en la escala RESI-M que impidan la evaluación efectiva de la resiliencia.
- Retiro voluntario del estudio por parte del cuidador después de haber iniciado la participación.

7.8. Variables

Variables sociodemográficas:

Número de seguro social: Número único asignado a cada individuo por el IMSS.

Edad: Número de años que una persona ha vivido.

Género: Características fenotípicas que diferencian a un hombre de una mujer.

Variables Independientes:

Comorbilidades: Enfermedades crónicas que un individuo puede tener además de la pancreatitis aguda.

Síntomas presentados: Manifestaciones clínicas de la pancreatitis aguda.

Criterios por estudios paraclínicos: Resultados de pruebas de laboratorio (LACTATO) utilizados para diagnosticar pancreatitis aguda.

Criterios diagnósticos por estudios de gabinete: Resultados de pruebas de imagen utilizados para diagnosticar pancreatitis aguda.

Variables Dependientes

Mortalidad a las 72 hrs, 7 días, 14 días: Muerte del paciente dentro de un cierto período de tiempo después del diagnóstico de pancreatitis aguda.

7.9. Logística para la recolección de la información

1. Notificación y Aprobación Inicial

El médico residente presentó el proyecto al director de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS en Aguascalientes, incluyendo el registro SIRELCIS, el objetivo general del estudio, las encuestas a realizar y los criterios de inclusión y exclusión. Se solicitó la asignación de un consultorio privado que fue utilizado exclusivamente para la realización de las encuestas durante el periodo acordado.

2. Convocatoria y Programación

Cada miércoles, durante dos meses, el médico residente convocó a los pacientes con discapacidad y a sus cuidadores principales para informarles sobre el estudio. Se programaron citas individuales de 20 minutos para cada participante. Durante estas sesiones, se presentó el estudio y se solicitó su participación voluntaria.

3. Consentimiento Informado y Aplicación de la Encuesta

Antes de iniciar la encuesta, el médico residente explicó detalladamente el contenido del consentimiento informado a los participantes, asegurando su comprensión completa sobre los procedimientos, beneficios y riesgos involucrados. Una vez otorgado el consentimiento, se procedió con la aplicación de la "Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M)" de Palomar Lever y Gómez Valdez. Esta etapa se llevó a cabo de manera privada y confidencial en el consultorio designado, garantizando la privacidad y el confort de los participantes.

4. Estrategias para Superar Obstáculos

Para abordar posibles desafíos en la localización de los cuidadores:

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
1. Antes de iniciar el proceso de contacto, se verificó y actualizó la información de contacto de los cuidadores con los registros más recientes disponibles en la Unidad de Medicina Familiar No. 1.
 2. Se llevó un registro detallado de los intentos de contacto y las respuestas obtenidas para asegurar que se explorara cada posible vía de comunicación.
 3. Se estableció una red de apoyo con los trabajadores sociales y el personal de la unidad para facilitar la localización de los cuidadores y actualizar los datos de contacto cuando fue necesario.
 4. Se ofrecieron múltiples opciones de horarios y días para las entrevistas, facilitando la participación de los cuidadores según su disponibilidad.

5. Recolección y Análisis de Datos

Los datos recabados fueron ingresados y procesados en un equipo de cómputo dedicado a este fin. Se llevó a cabo la tabulación y el análisis estadístico de la información obtenida mediante el uso del paquete estadístico STATA® v25 y Microsoft Excel®.

6. Análisis de Resultados y Elaboración de Reporte

Una vez completada la recolección de datos, el médico residente analizó los resultados, desarrolló la discusión y formuló las conclusiones del estudio. Este proceso incluyó la evaluación de cómo las distintas dimensiones de la resiliencia se manifestaron en los cuidadores y la descripción de estos datos en relación con las características sociodemográficas de la muestra.

7.10. Descripción del instrumento

La Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) es un instrumento desarrollado por Palomar Lever y Gómez Valdez, diseñado específicamente para medir la resiliencia en la población mexicana. Este instrumento se basa en dos escalas ampliamente utilizadas que miden la resiliencia en adultos: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) de Connor y Davidson, y The Resilience Scale for Adults (RSA) de Friborg, Hjemdal, Rosenvinge y Martinussen. La RESI-M consta de 43 ítems que se agrupan en cinco factores o dimensiones: Fortaleza y confianza en sí mismo, Competencia social, Apoyo familiar, Apoyo social y Estructura.

Una de las principales razones para elegir la RESI-M para este estudio es su alta confiabilidad. La escala tiene un alfa de Cronbach total de 0.937, lo que indica una excelente consistencia interna. En cuanto a la varianza explicada, la RESI-M explica el 56.34% de la varianza total. Aunque esto podría considerarse moderado, es importante tener en cuenta que la resiliencia es un constructo complejo y multifacético que no siempre puede ser capturado en su totalidad por una sola medida. Además, la estructura teórica del instrumento ha sido confirmada con índices de validez confirmatoria adecuados: CFI=0.889, RMSEA=0.064, TLI=0.977. Estos valores confirman que la escala mide constructos coherentes y válidos de resiliencia en la población mexicana. La elección de la RESI-M se justifica por su alta confiabilidad, su adecuación cultural y su sólida validez confirmatoria, lo que garantiza que las respuestas de los participantes reflejen con precisión sus niveles de resiliencia en el contexto mexicano.(31).

Descripción de los puntos de corte

Bajo Nivel de Resiliencia: Puntajes que caen en el rango más bajo de la escala, típicamente aquellos que están por debajo del percentil 25.

Nivel Moderado de Resiliencia: Puntajes que se encuentran en el rango intermedio de la escala, típicamente entre el percentil 25 y el percentil 75.

Alto Nivel de Resiliencia: Puntajes que están en el rango superior de la escala, típicamente por encima del percentil 75.

7.11. Métodos de control de calidad

Uno de los principales mecanismos implementados fue la elaboración de un manual operacional. Este documento sistematizó la manera en que el médico residente debía realizar las preguntas durante las entrevistas, estableciendo un protocolo estandarizado que minimizó las variaciones en la administración de la "Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M)" y otras herramientas de recolección de datos utilizadas en el estudio. Este manual garantizó que cada participante recibiera el mismo trato y que las preguntas fueran formuladas de manera consistente, reduciendo el riesgo de sesgos introducidos por diferencias en la interacción entre el entrevistador y el entrevistado.

Adicionalmente, se aplicó el método de captura-recaptura, que consistió en volver a capturar y verificar la información de una muestra aleatoria de participantes para corroborar o rectificar los datos inicialmente ingresados en la base de datos. Este paso fue crucial para

detectar posibles errores o inconsistencias en la primera ronda de recopilación de datos y para estimar la tasa de error en la entrada de datos, permitiendo ajustes precisos y mejorando la confiabilidad general del estudio.

Por último, la supervisión del asesor del proyecto jugó un rol vital en el proceso de control de calidad. El asesor revisó periódicamente los procedimientos de recopilación de datos y analizó las entradas de la base de datos para asegurar que se adherían a los estándares metodológicos establecidos. Esta supervisión incluyó revisiones regulares de los procedimientos y la base de datos, ofreciendo orientación continua al médico residente y al equipo de investigación para prevenir errores y garantizar que el estudio cumpliera con los más altos estándares de rigor científico y ético.

7.12. Plan de análisis de los resultados

Para el análisis de las variables cuantitativas, como las puntuaciones de las diferentes dimensiones de la escala de resiliencia (RESI-M), se utilizaron estadísticos de tendencia central y de dispersión. Concretamente, se calcularon la media y la mediana para ofrecer una medida central de los datos, mientras que la desviación estándar y el rango intercuartil se emplearon para evaluar la dispersión y la variabilidad de los datos. Estas medidas proporcionaron una visión clara de la distribución de la resiliencia y otras características cuantitativas dentro de la muestra estudiada.

En cuanto a las variables categóricas, como el tipo de discapacidad de los pacientes y las características sociodemográficas básicas de los cuidadores (sexo, relación con el paciente, etc.), se calcularon y presentaron las frecuencias absolutas y relativas. Estas frecuencias ayudaron a identificar los patrones más comunes y las tendencias predominantes dentro de la población de estudio, facilitando la interpretación de cómo estas variables categóricas se relacionaron con los niveles de resiliencia observados. El análisis estadístico se realizó utilizando el software estadístico STATA versión 25.

7.13. Aspectos éticos

El estudio titulado "Resiliencia en el Cuidador de Personas con Discapacidad en la Unidad de Medicina Familiar No.1 OOAD Aguascalientes" se adhirió estrictamente a las normativas éticas estipuladas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (32) y la Declaración de Helsinki (33) y sus enmiendas. Durante el desarrollo

de la investigación, se prestó especial atención a los aspectos éticos involucrados, considerando la naturaleza de los temas explorados y la población involucrada.

Consentimiento Informado

Antes de iniciar cualquier actividad relacionada con el estudio, se obtuvo el consentimiento informado de los participantes, documentando claramente su voluntad de participar tras haber sido informados de todos los aspectos relevantes del estudio, incluyendo el objetivo, los procedimientos, los posibles riesgos y beneficios, y la voluntariedad de su participación. Este consentimiento fue solicitado por el médico residente, quien no tenía una relación de dependencia o subordinación con los sujetos del estudio, garantizando así la imparcialidad y el respeto por la autonomía de los participantes.

Riesgos y Manejo de Situaciones de Crisis

Aunque la investigación se clasificó como de riesgo mínimo, se consideró la posibilidad de que los temas abordados en la Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) pudieran provocar un ataque de ansiedad en algunos participantes. Para mitigar este riesgo, se estableció un protocolo mediante el cual cualquier participante afectado fue referido inmediatamente para recibir atención psicológica adecuada. Además, estas situaciones se comunicaron de manera formal al Comité de Ética y al responsable de la unidad a través de un oficio, asegurando un seguimiento ético y profesional.

Confidencialidad y Privacidad

Se garantizó la confidencialidad de la información recabada de los participantes mediante el uso de códigos identificativos que disociaron los datos personales de los resultados del estudio. Todas las entrevistas con sus consentimientos firmados fueron resguardadas durante un periodo de 5 años por el médico residente, y en cuanto a los datos electrónicos, fueron igualmente resguardados en sistemas seguros durante el mismo periodo de tiempo con acceso restringido únicamente a los investigadores directamente involucrados.

Beneficios del Estudio

El estudio fue diseñado para beneficiar tanto a los participantes como a la sociedad, proporcionando una comprensión más profunda de la resiliencia de los cuidadores, lo que podría derivar en el desarrollo de políticas y programas de apoyo más efectivos. Los participantes tuvieron la oportunidad de recibir una evaluación personalizada de su nivel de

resiliencia, lo que facilitó su acceso a recursos de apoyo emocional y psicológico.

Balance Riesgo/Beneficio

Los beneficios obtenidos de este estudio, considerando el desarrollo de intervenciones basadas en la evidencia para apoyar a los cuidadores, superaron los riesgos mínimos asociados con la participación, que se limitaron principalmente a la carga emocional potencial durante la evaluación.

Selección de Participantes

La selección de los participantes se realizó a partir del censo de pacientes con discapacidad adscritos a la unidad, identificando a sus cuidadores principales, quienes fueron abordados de manera imparcial y sin ningún tipo de coerción.

Proceso para la Obtención del Consentimiento Informado

El proceso de consentimiento se llevó a cabo detalladamente, documentando la fecha y el nombre del médico residente que lo solicitó, con la supervisión del asesor para asegurar la adecuada comprensión y voluntariedad de los participantes.

7.14. Recursos, financiamiento y factibilidad

7.14.1. Recursos humanos

Investigador principal: Médico especialista en medicina familiar, coordinador clínico de educación e investigación en salud

Tesista: Residente de la especialidad de medicina familiar

7.14.2. Recursos físicos

Lugar:

Unidad de Medicina Familiar No. 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social
(auditorio, sala de espera, aula de Coordinación Clínica)

Materiales:

- Impresiones en hoja tamaño carta
- Fotocopias
- Bolígrafos

- Engrapadora
- Grapas
- Tablas de apoyo
- Memoria USB
- Computadora portátil con paquete estadístico SPSS y Microsoft Office
- Impresora
- Tinta para impresora
- Red inalámbrica Wi-Fi

7.14.3. Financiamiento

Todos los recursos necesarios para la realización de esta investigación fueron financiados por el tesista.

Tabla de costos

Categoría	Costo Unitario (\$)	Cantidad	Costo Total (\$)
Computadora	5,000	1	7,000
Tabla de apoyo	60	10	600
Lápices	5	20	100
Sacapuntas	5	10	50
Hojas	100	3	300
Memoria USB	200	2	400
Fotocopias	0.5	330	165
Engrapadora	100	1	100
Grapas	30	2 (caja)	60
Cartucho de Tinta	500	2	1,000
Total (\$)			9,900

7.14.4. Factibilidad

Esta investigación fue factible, ya que se utilizaron los recursos humanos, físicos y financieros necesarios, y que ya se disponían para poder lograr los objetivos.

7.15. Cronograma

Actividad	2023				2024								
	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep
Elaboración de manuscrito	R	R											
Acopio de la literatura		R	R	R									
Revisión de la literatura			R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	
Diseño del protocolo				R	R								
Planteamiento del problema				R	R								
Antecedentes					R	R							
Justificación					R	R							
Introducción						R	R						
Hipótesis							R						
Material y métodos							R	R					
Envío de protocolo a SIRELCIS								R					
Registro y aprobación ante comité de ética								R	R				
Registro y aprobación ante comité de investigación									R				
Acopio de la información									R	R			
Captura y tabulación de la información										R	R	R	R
Análisis de la información											R	R	R
Elaboración del informe de tesis final													R
Discusión de resultados													R
Presentación de resultados													P

8. RESULTADOS

La **Tabla 1** y la **Gráfica 1** muestran la distribución de la edad de los cuidadores de personas con discapacidad incluidos en el estudio. Se observa que la mayoría de los cuidadores se encuentra en el rango de edad de 41 a 60 años, con un total de 44 participantes, lo que representa el 49.4% de la muestra. En segundo lugar, se encuentran los cuidadores mayores de 60 años, con 24 participantes, que constituyen el 27% de la población estudiada. Finalmente, el grupo menos representado es el de los cuidadores de 25 a 40 años, con 21 personas, equivalente al 23.6% del total. Estos datos reflejan que casi la mitad de los cuidadores pertenece al grupo de 41 a 60 años, sugiriendo que esta franja etaria es la más común entre quienes asumen el rol de cuidado en esta unidad de salud.

Gráfica 1. Edad

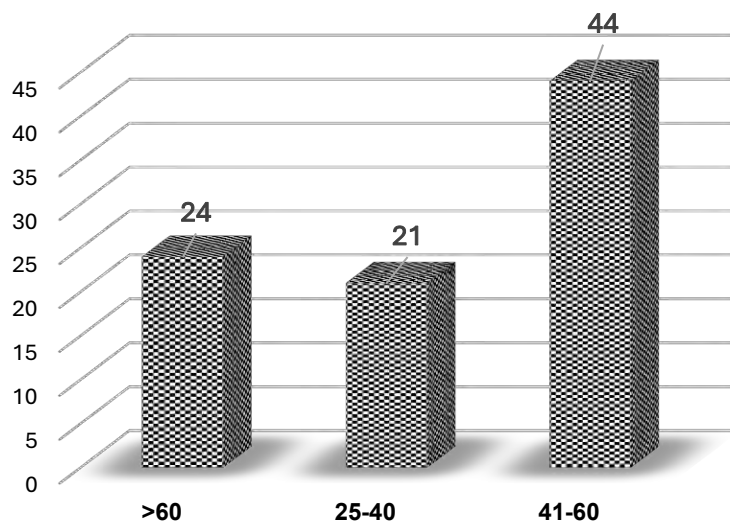


Tabla 1. Edad

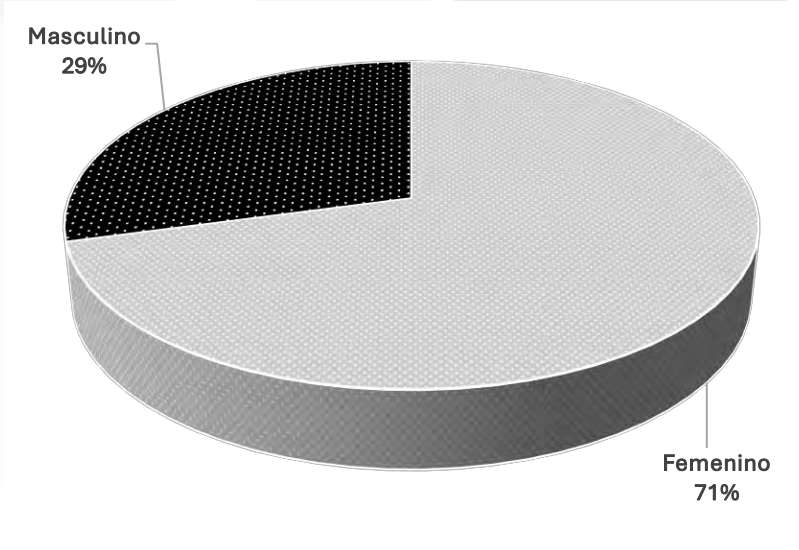
	Frecuencias	Porcentajes
>60	24	27.0%
25-40	21	23.6%
41-60	44	49.4%
Total	89	100.0%

Fuente: Escala aplicada

La **Tabla 2** y la **Gráfica 2** ilustran la distribución de género de los cuidadores que participaron en el estudio. Se puede apreciar que una gran mayoría de los cuidadores corresponde al género femenino, representando el 70.8% del total, con 63 participantes. En

contraste, solo el 29.2%, es decir, 26 cuidadores, pertenece al género masculino. Estos resultados sugieren que las mujeres son predominantemente quienes asumen el rol de cuidadoras en esta población, lo cual podría estar relacionado con factores culturales y sociales que tradicionalmente asocian a la mujer con las responsabilidades de cuidado. Esta notable diferencia en la distribución por género resalta la necesidad de considerar el contexto y las cargas que estas cuidadoras enfrentan, lo cual es fundamental para la interpretación de su nivel de resiliencia y bienestar en el contexto del cuidado de personas con discapacidad.

Tabla 2. Género del cuidador



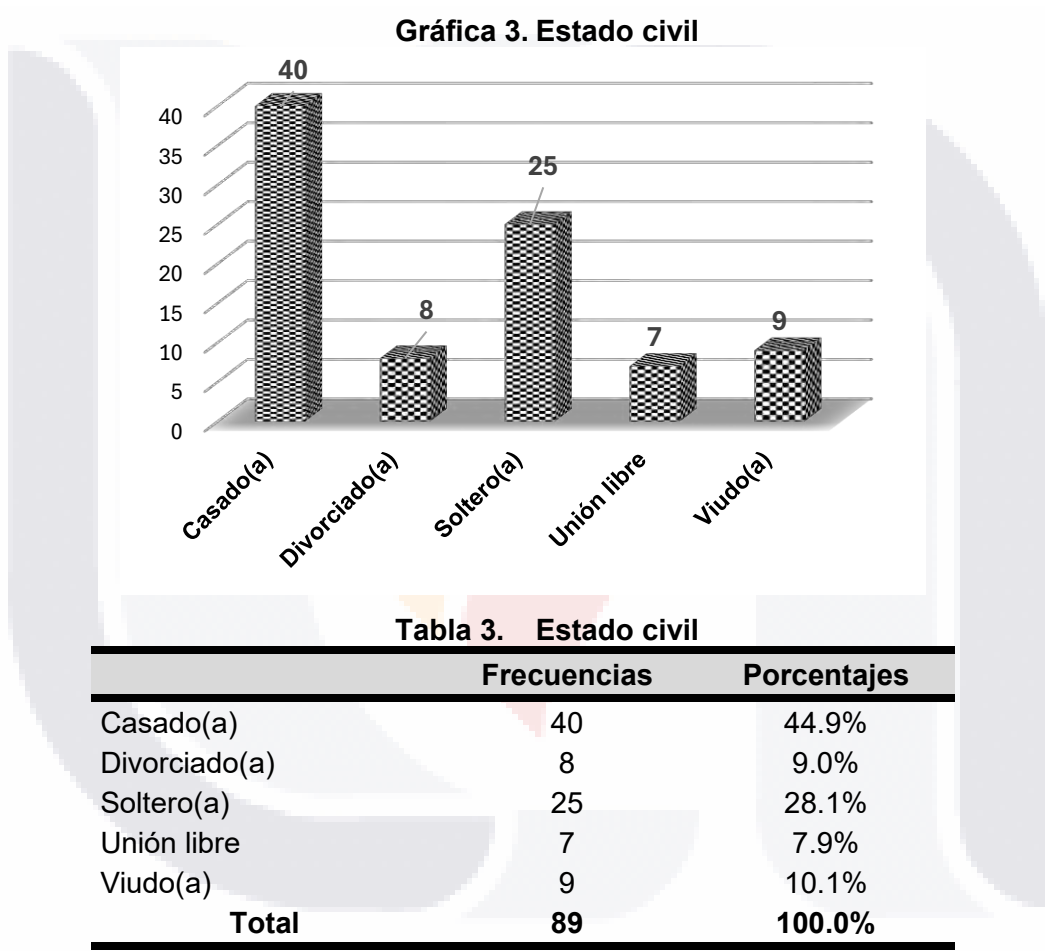
Gráfica 2. Género del cuidador

	Frecuencias	Porcentajes
Femenino	63	70.8%
Masculino	26	29.2%
Total	89	100.0%

Fuente: Escala aplicada

La **Tabla 3** y la **Gráfica 3** presentan la distribución del estado civil de los cuidadores participantes en el estudio. Se observa que la mayoría de los cuidadores están casados, con un total de 40 personas, lo que representa el 44.9% de la muestra. El siguiente grupo en tamaño es el de los cuidadores solteros, con 25 participantes, que corresponden al 28.1%. Los cuidadores viudos constituyen el 10.1% de la población, con 9 personas, mientras que aquellos que se encuentran en unión libre representan el 7.9%, con 7 participantes. Finalmente, los cuidadores divorciados conforman el 9.0% del total, con 8

personas. Estos datos indican que una gran proporción de los cuidadores tiene algún tipo de compromiso formal o estable, ya sea como casados o en unión libre, lo que podría influir en la dinámica de cuidado y el apoyo disponible dentro del entorno familiar. Por otro lado, la notable presencia de cuidadores solteros y viudos sugiere la necesidad de prestar especial atención a sus redes de apoyo, ya que podrían enfrentar el rol de cuidado sin el respaldo de una pareja, lo cual podría impactar en su nivel de resiliencia y bienestar emocional.



La **Tabla 4** y la **Gráfica 4** muestran la distribución de los cuidadores según las horas que dedican al trabajo diario. Se observa que la mayoría de los cuidadores dedica entre 0 y 4 horas a actividades laborales, representando el 41.6% de la muestra, con 37 personas en este grupo. Le sigue el grupo que trabaja entre 5 y 8 horas al día, con 34 cuidadores, que constituyen el 38.2% del total. Un menor porcentaje de cuidadores, el 16.9%, es decir, 15 personas, dedica entre 9 y 12 horas diarias al trabajo. Finalmente, solo 3 cuidadores, que

representan el 3.4% de la muestra, indicaron trabajar más de 12 horas al día. Estos resultados sugieren que la mayoría de los cuidadores tiene una carga laboral moderada o reducida, lo que podría estar relacionado con la necesidad de disponer de más tiempo para el cuidado de sus familiares con discapacidad. La menor proporción de cuidadores que trabajan jornadas extensas podría reflejar la dificultad de combinar las responsabilidades laborales con las tareas de cuidado, subrayando la importancia de contar con políticas de apoyo que faciliten el balance entre el trabajo remunerado y las exigencias del cuidado.

Gráfica 4. ¿Cuántas horas de su día dedica al trabajo?

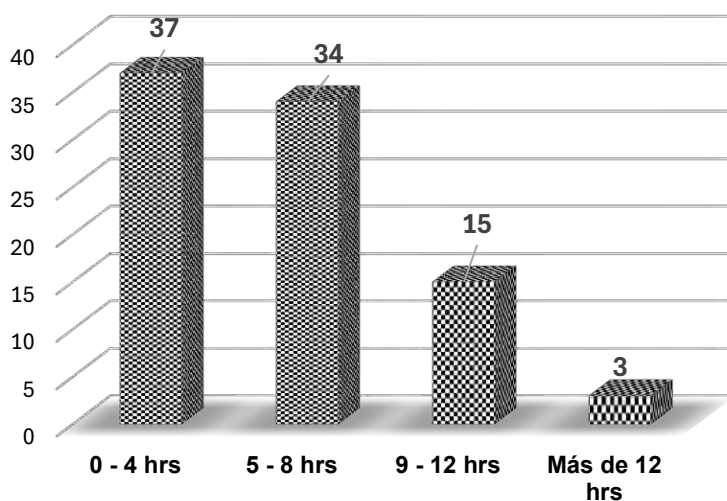


Tabla 4. ¿Cuántas horas de su día dedica al trabajo?

	Frecuencias	Porcentajes
0 - 4 horas	37	41.6%
5 - 8 horas	34	38.2%
9 - 12 horas	15	16.9%
Más de 12 horas	3	3.4%
Total	89	100.0%

Fuente: Escala aplicada

La **Tabla 5** y la **Gráfica 5** muestran la distribución de las horas diarias que los cuidadores dedican al cuidado de sus pacientes. Se destaca que la mayor proporción de cuidadores, un 37.1% equivalente a 33 personas, dedica más de 12 horas al día a esta labor, lo que refleja una dedicación casi total al cuidado, sugiriendo una alta demanda y responsabilidad en esta tarea. Le siguen los cuidadores que invierten entre 5 y 8 horas diarias, representando el 23.6% de la muestra, con 21 personas. Un número similar de cuidadores,

20 en total, dedica entre 9 y 12 horas al día, lo que corresponde al 22.5% de los participantes. Por último, el grupo que destina entre 0 y 4 horas diarias al cuidado es el menos representado, con 15 personas, lo que equivale al 16.9% de la muestra. Estos resultados indican que la mayoría de los cuidadores dedica una cantidad significativa de tiempo al cuidado, muchas veces en detrimento de otras actividades personales o laborales, lo cual podría influir en su bienestar y niveles de estrés. La considerable cantidad de cuidadores que reportan dedicar más de 12 horas diarias al cuidado subraya la necesidad de implementar estrategias de apoyo para aliviar la carga de estos cuidadores, promoviendo su bienestar y resiliencia frente a las exigencias de su rol.

Gráfica 5. Cuantas horas dedica al día a cuidar a su paciente

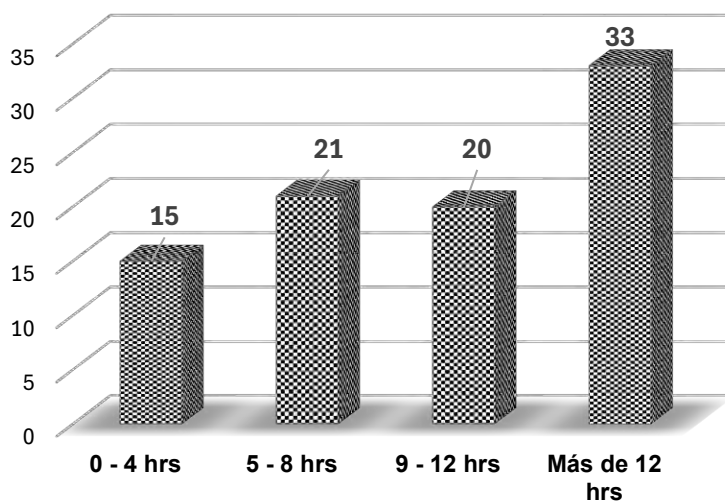


Tabla 5. Cuantas horas dedica al día a cuidar a su paciente

	Frecuencias	Porcentajes
0 - 4 horas	15	16.9%
5 - 8 horas	21	23.6%
9 - 12 horas	20	22.5%
Más de 12 horas	33	37.1%
Total	89	100.0%

Fuente: Escala aplicada

La **Tabla 6** y la **Gráfica 6** presentan la distribución del tipo de discapacidad de los pacientes atendidos por los cuidadores participantes en el estudio. Se observa que la discapacidad más prevalente es la física, la cual afecta a 46 pacientes, representando el 51.7% de la muestra. Esto indica que más de la mitad de los cuidadores brindan apoyo a personas con limitaciones físicas. En segundo lugar, se encuentra la discapacidad sensorial, que afecta

a 15 pacientes, equivalente al 16.9% del total. La discapacidad intelectual también tiene una presencia significativa, con 14 casos que corresponden al 15.7%. Las discapacidades psicosociales afectan a 11 pacientes, representando el 12.4% de la muestra, mientras que la discapacidad visceral es la menos común, con solo 3 pacientes afectados, lo que equivale al 3.4% del total. Estos datos sugieren que la mayoría de los cuidadores enfrenta desafíos asociados principalmente con la movilidad y la funcionalidad física de sus pacientes, lo que podría influir en sus necesidades de apoyo y en la carga emocional que experimentan.

Gráfica 6. Tipo de discapacidad del paciente

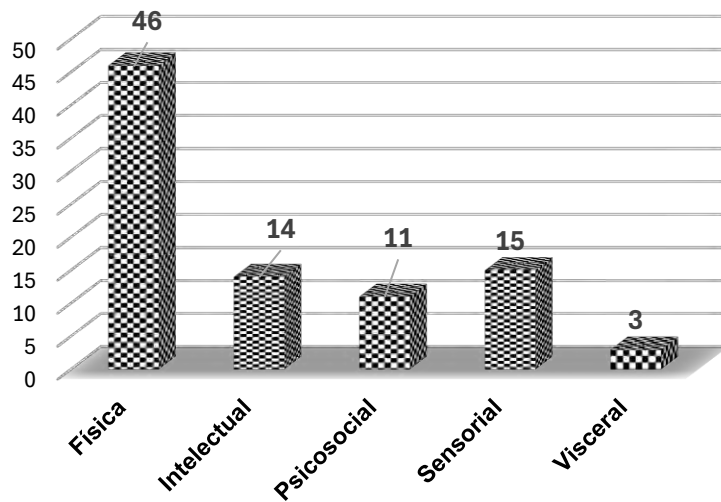


Tabla 6. Tipo de discapacidad del paciente

	Frecuencias	Porcentajes
Física	46	51.7%
Intelectual	14	15.7%
Psicosocial	11	12.4%
Sensorial	15	16.9%
Visceral	3	3.4%
Total	89	100.0%

Fuente: Escala aplicada

La **Tabla 7** muestra las respuestas de los cuidadores a la escala de resiliencia, detallando su nivel de acuerdo con diferentes afirmaciones relacionadas con su capacidad de adaptación y afrontamiento. Se observa que la mayoría de los cuidadores reporta un alto grado de resiliencia en aspectos como estar orgullosos de sus logros, saber que tienen habilidades y esforzarse por alcanzar sus metas, con un 88% de acuerdo en cada uno de estos ítems. Asimismo, el 87% de los participantes manifestó tener amigos o familiares que

los apoyan y saber muy bien lo que quieren, lo cual sugiere una sólida red de apoyo y claridad en sus objetivos personales. En general, los cuidadores expresan confianza en sí mismos y en sus decisiones, con un 86% afirmando que saben dónde buscar ayuda y que creen en su capacidad para superar momentos difíciles. Sin embargo, hay áreas en las que los niveles de acuerdo disminuyen notablemente. Por ejemplo, solo el 67% prefiere planear sus actividades, y un 69% manifiesta dificultades para mantener su rutina en momentos de adversidad, así como para hacer nuevos amigos, lo que podría indicar cierta vulnerabilidad en situaciones de cambio o cuando se enfrentan a nuevas circunstancias. Estos resultados reflejan que, aunque los cuidadores presentan una resiliencia alta en aspectos relacionados con su autoeficacia, apoyo social y manejo de objetivos personales, existen desafíos en áreas como la adaptación a nuevas situaciones y el establecimiento de relaciones nuevas.

Tabla 7. Respuestas de la escala de resiliencia del cuidador

Ítems	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Grado de acuerdo
Estoy orgulloso de mis logros	0	7	27	55	88%
Se que tengo habilidades	0	6	32	51	88%
Me esfuerzo por alcanzar mis metas	0	5	36	48	87%
Pase lo que pase siempre encontrare una solución	0	6	34	49	87%
Tengo amigos/familiares que me apoyan	3	4	29	53	87%
Sé muy bien lo que quiero	1	7	30	51	87%
En nuestra familia somos leales entre nosotros	0	11	25	53	87%
Disfruto de estar con mi familia	0	7	34	48	87%
Sé cómo lograr mis objetivos	0	7	35	47	86%
En nuestra familia coincidimos en relación con lo que consideramos importante en la vida	1	6	34	48	86%
Sé dónde buscar ayuda	1	6	35	47	86%
Creer en mí mismo me ayuda a superar los momentos difíciles	0	10	30	49	86%
Confío en mis decisiones	0	4	42	43	86%
Tengo planes realistas para el futuro	1	9	30	49	86%
Aún en momentos difíciles nuestra familia tiene una actitud optimista hacia el futuro	2	9	27	51	86%
Tengo amigos/familiares que me alientan	1	7	34	47	86%
Tengo amigos/familiares que realmente se preocupan por mi	2	6	35	46	85%
Lo que me ha ocurrido en el pasado me hace sentir confianza para afrontar nuevos retos	4	3	36	46	85%

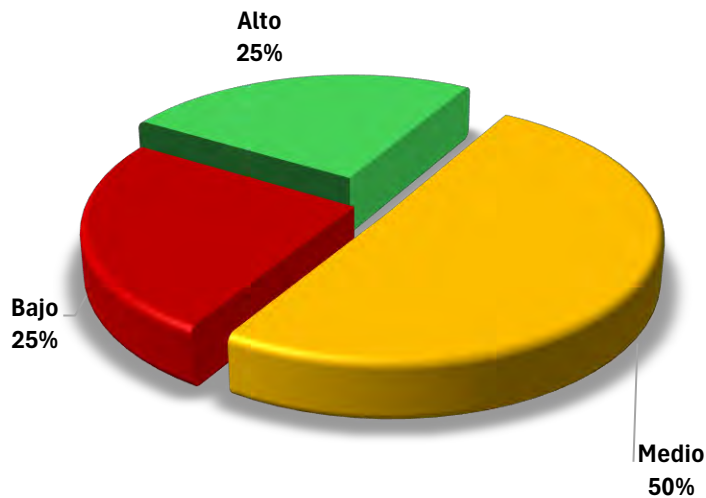
Creo que voy a tener éxito	1	7	38	43	85%
Sé que puedo resolver mis problemas personales	0	7	42	40	84%
Siempre tengo alguien que puede ayudarme cuando lo necesito	2	11	28	48	84%
Soy una persona fuerte	0	13	31	45	84%
Tengo el control de mi vida	1	10	34	44	84%
Cuando no estoy bien, sé que vendrán tiempos mejores	1	7	40	41	84%
Tengo una buena relación con mi familia	0	9	40	40	84%
En nuestra familia disfrutamos de hacer actividades juntos	3	7	37	42	83%
Tengo amigos/familiares que valoran mis actividades	3	10	33	43	83%
Estoy satisfecho conmigo mismo	0	13	38	38	82%
Me siento cómodo con otras personas	3	10	36	40	82%
Disfruto de estar con otras personas	3	9	39	38	81%
Soy bueno para organizar mi tiempo	4	5	47	33	81%
Mi futuro pinta bien	3	13	37	36	80%
Me gustan los retos	4	11	42	32	79%
Es fácil para mi tener un buen tema de conversación	6	11	41	31	77%
Trabajo mejor cuando tengo metas	3	15	46	25	76%
Se cómo comenzar una conversación	5	14	44	26	76%
Las reglas y la rutina hacen mi vida más fácil	4	19	38	28	75%
Fácilmente me adapto a situaciones nuevas	9	16	35	29	74%
Me es fácil establecer contactos con nuevas personas	10	18	29	32	73%
Es fácil para mi hacer reír a otras personas	10	19	34	26	71%
Mantengo mi rutina aún en momentos difíciles	7	28	32	22	69%
Me es fácil hacer nuevos amigos	12	22	30	25	69%
Prefiero planear mis actividades	10	29	28	22	67%

Fuente: Escala aplicada

La **Gráfica 7** y la **Tabla 8** presentan la distribución de los niveles de resiliencia entre los cuidadores participantes del estudio. Se observa que la mayoría de los cuidadores, representando el 50.6% del total, posee un nivel de resiliencia medio, con 45 personas en esta categoría. Esto sugiere que, aunque enfrentan desafíos significativos en su rol de cuidado, logran manejar las dificultades de manera moderadamente efectiva. Por otro lado, el 25% de los cuidadores, equivalente a 22 participantes, presenta un nivel de resiliencia bajo, lo que indica una mayor vulnerabilidad al estrés y posiblemente menores recursos para enfrentar las adversidades asociadas al cuidado. Del mismo modo, un 24.7% de los

cuidadores, también con 22 personas, mostró un nivel de resiliencia alto, lo cual sugiere una capacidad destacada para adaptarse y superar situaciones difíciles, apoyándose en habilidades de afrontamiento más desarrolladas.

Gráfica 7. Nivel de resiliencia



Fuente: Instrumento aplicado

Tabla 8. Nivel de resiliencia

	Frecuencias	Porcentajes
Medio	45	50.6%
Bajo	22	24.7%
Alto	22	24.7%
Total	89	100.0%

Fuente: Escala aplicada

La **Tabla 9** presenta el grado de resiliencia de los cuidadores en cada una de las dimensiones evaluadas, mostrando que las dimensiones de Apoyo familiar, Apoyo social y Fortaleza y confianza en sí mismo alcanzaron el nivel más alto, con un 85%. Estos resultados indican que los cuidadores perciben un sólido soporte tanto a nivel familiar como social, y se sienten seguros de sus propias capacidades para enfrentar los desafíos del cuidado, lo cual es fundamental para su bienestar emocional y su capacidad de afrontamiento. Por otro lado, la dimensión de Competencia social presenta un nivel de resiliencia del 75%, ligeramente inferior, lo que sugiere que, aunque los cuidadores logran

establecer relaciones interpersonales y manejar situaciones sociales de manera adecuada, aún existen áreas de oportunidad para fortalecer estas habilidades, posiblemente en contextos sociales más amplios o fuera de su entorno familiar y de cuidado. La dimensión de Estructura obtuvo el porcentaje más bajo, con un 74%, lo cual indica que los cuidadores podrían experimentar dificultades para mantener rutinas y estructuras estables en su vida diaria, especialmente en situaciones de estrés o cambio. Esto podría deberse a la carga de cuidado y a la falta de tiempo para planificar o mantener una organización personal efectiva.

Tabla 9. Grado de resiliencia por dimensión

Dimensión	Porcentaje
Apoyo familiar	85%
Apoyo social	85%
Competencia social	75%
Estructura	74%
Fortaleza y confianza en sí mismo	85%

Fuente: Escala aplicada

La **Gráfica 8** y la **Tabla 10** muestran la distribución del nivel de resiliencia según la edad de los cuidadores participantes. Se observa que el grupo de edad de 41 a 60 años concentra el mayor número de cuidadores con resiliencia baja, con 12 personas en esta categoría, lo que representa la mitad de los cuidadores con este nivel. Este grupo etario también cuenta con la mayor cantidad de cuidadores con resiliencia media, con 21 participantes, y 11 con resiliencia alta. Esto sugiere que, aunque este grupo es el más numeroso, presenta una notable diversidad en cuanto a su capacidad de afrontamiento y adaptación, con una proporción significativa en cada nivel de resiliencia. Por otro lado, en el grupo de cuidadores mayores de 60 años, se encuentran 6 personas con resiliencia baja, 14 con nivel medio y solo 4 con un nivel alto. Esto indica que, aunque una gran parte de estos cuidadores logra mantener un nivel medio de resiliencia, una proporción menor cuenta con recursos elevados para enfrentar las dificultades. Es posible que factores asociados a la edad, como la salud física y emocional, influyan en esta distribución. El grupo de 25 a 40 años muestra una tendencia más favorable, con solo 4 cuidadores en el nivel de resiliencia baja, 10 en el nivel medio y 7 con resiliencia alta. Este perfil sugiere una mayor capacidad para manejar el estrés y adaptarse a las exigencias del cuidado en comparación con los grupos de mayor edad.

Gráfica 8. Nivel de resiliencia por edad

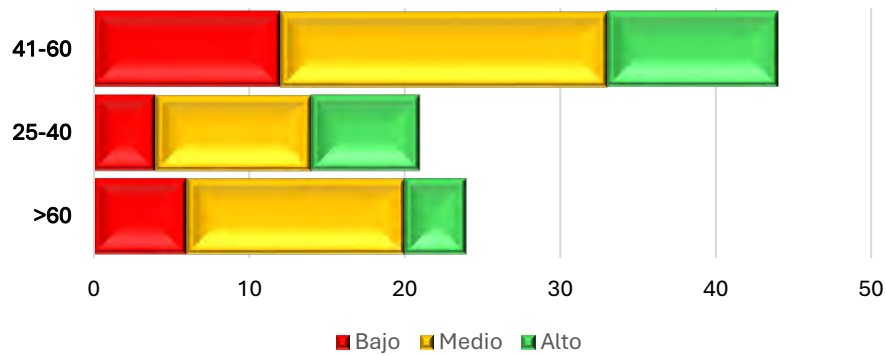


Tabla 10. Nivel de resiliencia por edad

	Bajo	Medio	Alto	Total
>60	6	14	4	24
25-40	4	10	7	21
41-60	12	21	11	44
Total	22	45	22	89

Fuente: Escala aplicada

La **Gráfica 9** y la **Tabla 11** presentan el nivel de resiliencia de los cuidadores según su género. Se observa que, en el grupo femenino, la mayoría de las cuidadoras se encuentra en un nivel de resiliencia medio, con 34 participantes, lo que representa el 54% del total de mujeres. Además, 15 mujeres muestran un nivel de resiliencia alto, lo que corresponde al 23.8%, mientras que 14 cuidadoras se ubican en el nivel de resiliencia bajo, representando el 22.2%. Esto indica que, aunque una gran parte de las mujeres tiene una capacidad moderada de afrontamiento, una proporción significativa enfrenta desafíos para desarrollar estrategias efectivas de resiliencia, lo cual podría estar influido por las responsabilidades adicionales de cuidado y las expectativas sociales asociadas al género. En cuanto al grupo masculino, la mayoría también se ubica en el nivel medio de resiliencia, con 11 participantes, equivalente al 42.3%. En comparación con el grupo femenino, se observa un menor número de hombres con resiliencia baja, con 8 participantes, que representan el 30.8%, y 7 hombres en el nivel alto, equivalente al 26.9%. Aunque los hombres muestran una distribución similar a las mujeres en términos de niveles de resiliencia, su proporción es menor en cada categoría, posiblemente debido a que la mayoría de los cuidadores son mujeres. Estos resultados sugieren que, a pesar de las diferencias en la proporción de cuidadores por género, tanto hombres como mujeres presentan una tendencia predominante hacia un nivel de resiliencia medio, con desafíos particulares en aquellos con

resiliencia baja.

Gráfica 9. Nivel de resiliencia por genero

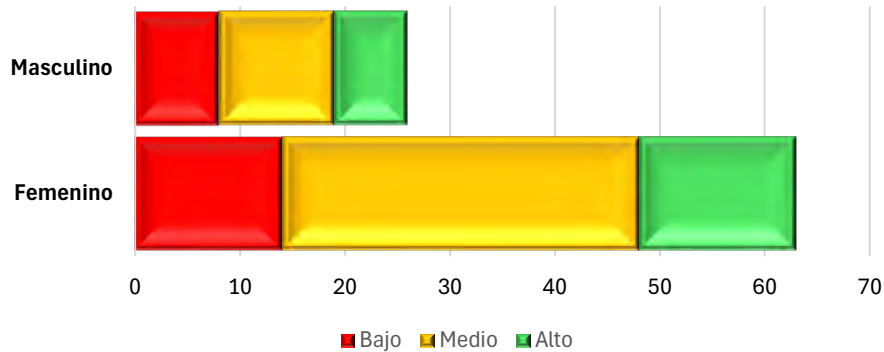


Tabla 11. Nivel de resiliencia por genero

	Bajo	Medio	Alto	Total
Femenino	14	34	15	63
Masculino	8	11	7	26
Total	22	45	22	89

Fuente: Escala aplicada

La **Gráfica 10** y la **Tabla 12** muestran la distribución del nivel de resiliencia de los cuidadores según su estado civil. Se observa que la mayoría de los cuidadores casados presenta un nivel de resiliencia medio, con 19 personas en esta categoría, lo que representa casi la mitad del total de cuidadores casados. Además, 12 de ellos tienen un nivel de resiliencia alto, mientras que 9 muestran resiliencia baja. Estos datos sugieren que, aunque la mayoría de los cuidadores casados tiene una capacidad moderada para afrontar las dificultades, existe una proporción considerable que enfrenta desafíos significativos en su adaptación y manejo del estrés. En el caso de los cuidadores solteros, se observa una distribución equilibrada entre los tres niveles de resiliencia, con 15 en el nivel medio y 5 en cada uno de los niveles bajo y alto. Esto indica que los cuidadores solteros tienen una variabilidad considerable en su capacidad de resiliencia, lo que podría estar influido por la falta de una red de apoyo inmediata como la que podría ofrecer una pareja. Por otro lado, los cuidadores viudos y en unión libre presentan una menor cantidad de participantes, pero muestran una tendencia similar, con una mayor proporción en el nivel medio de resiliencia. En el grupo de cuidadores divorciados, la mayoría se encuentra en los niveles bajo y medio, con solo una persona mostrando un nivel alto de resiliencia. Este patrón sugiere que los cuidadores divorciados podrían estar más afectados por la falta de apoyo emocional o económico, lo

que impacta en su capacidad de adaptación.

Gráfica 10. Estado civil por nivel de resiliencia

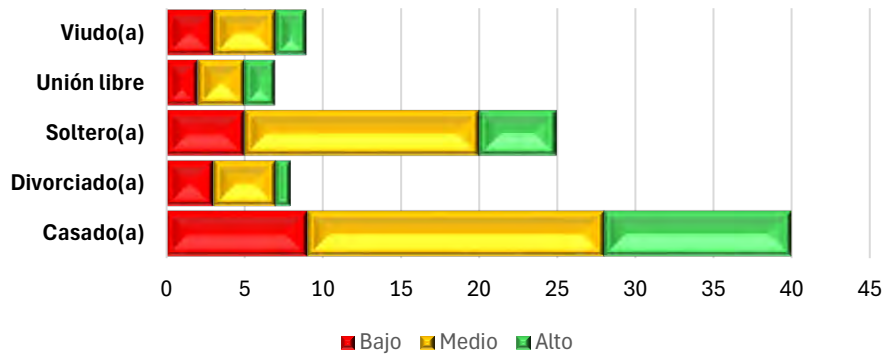


Tabla 12. Estado civil por nivel de resiliencia

	Bajo	Medio	Alto	Total
Casado(a)	9	19	12	40
Divorciado(a)	3	4	1	8
Soltero(a)	5	15	5	25
Unión libre	2	3	2	7
Viudo(a)	3	4	2	9
Total	22	45	22	89

Fuente: Escala aplicada

La **Gráfica 11** y la **Tabla 13** muestran la relación entre el tiempo que los cuidadores dedican al trabajo y su nivel de resiliencia. Se observa que los cuidadores que dedican entre 0 y 4 horas al trabajo diario presentan la mayor variabilidad en sus niveles de resiliencia, con 7 personas en el nivel bajo, 23 en el medio y 7 en el nivel alto. Esto sugiere que, aunque este grupo tiene más tiempo disponible para el cuidado, sus niveles de resiliencia no necesariamente son los más altos, lo que podría indicar que otros factores, como la carga emocional o el apoyo social, influyen en su capacidad de afrontamiento. El grupo que trabaja entre 5 y 8 horas diarias muestra una tendencia similar, con 10 personas en el nivel bajo, 14 en el medio y 10 en el alto. Este equilibrio en la distribución de los niveles de resiliencia refleja que, a pesar de tener una carga laboral más significativa, muchos cuidadores logran mantener un nivel de resiliencia adecuado, posiblemente al combinar el trabajo con el cuidado de manera efectiva. Por otro lado, los cuidadores que dedican entre 9 y 12 horas al trabajo presentan una mayor concentración en el nivel bajo y medio de resiliencia, con 5 y 6 personas respectivamente, mientras que solo 4 cuidadores muestran un nivel alto. Esto indica que la extensa carga laboral podría afectar negativamente su

capacidad de enfrentar las exigencias del cuidado, reduciendo sus recursos de afrontamiento. Finalmente, los cuidadores que trabajan más de 12 horas diarias, aunque son pocos, muestran una distribución preocupante: ninguno presenta un nivel alto de resiliencia, y 2 de los 3 se encuentran en el nivel medio. Esto sugiere que jornadas laborales excesivas podrían limitar severamente la capacidad de estos cuidadores para manejar el estrés y las responsabilidades asociadas al cuidado.

Gráfica 11. Tiempo que dedica al trabajo y nivel de resiliencia

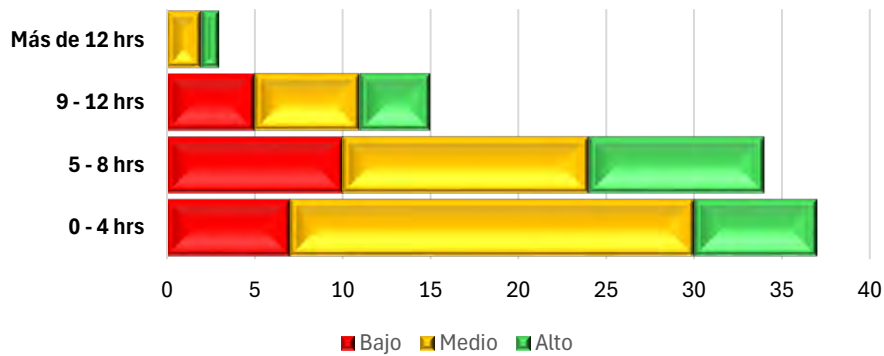


Tabla 13. Tiempo que dedica al trabajo y nivel de resiliencia

	Bajo	Medio	Alto	Total
0 - 4 horas	7	23	7	37
5 - 8 horas	10	14	10	34
9 - 12 horas	5	6	4	15
Más de 12 horas	0	2	1	3
Total	22	45	22	89

Fuente: Escala aplicada

La **Gráfica 12** y la **Tabla 14** muestran la relación entre el tiempo que los cuidadores dedican al cuidado del paciente y su nivel de resiliencia. Se observa que el grupo de cuidadores que dedica más de 12 horas diarias al cuidado es el más numeroso, con 33 personas, de las cuales 14 se encuentran en el nivel medio de resiliencia y 10 en el nivel alto, mientras que 9 presentan resiliencia baja. Esto sugiere que, aunque la dedicación intensiva al cuidado no necesariamente implica una baja resiliencia, un tercio de este grupo sí muestra dificultades para manejar el estrés y las exigencias asociadas a su rol, lo que podría estar relacionado con la carga emocional y física que supone una dedicación tan extensa. El grupo que dedica entre 5 y 8 horas al cuidado del paciente también es significativo, con 21 cuidadores, de los cuales 14 se ubican en el nivel medio de resiliencia, 3 en el alto y 4 en el bajo. Esto indica que la mayoría de estos cuidadores logra mantener un nivel moderado

de afrontamiento, posiblemente al encontrar un equilibrio entre sus responsabilidades de cuidado y otras actividades. Para los cuidadores que dedican entre 9 y 12 horas diarias al cuidado, la distribución se equilibra entre los niveles bajo y medio, con 5 y 12 cuidadores respectivamente, y solo 3 en el nivel alto. Esta distribución sugiere que la carga de trabajo asociada a este rango de horas puede estar limitando su capacidad de resiliencia, manteniéndolos mayormente en un estado de afrontamiento moderado. Por otro lado, el grupo que dedica entre 0 y 4 horas diarias al cuidado, el menos numeroso con 15 cuidadores, muestra una distribución más equilibrada, con 6 en el nivel alto, 5 en el medio y 4 en el bajo. Esto sugiere que, en estos casos, el menor tiempo dedicado al cuidado podría permitir a los cuidadores mantener su bienestar y desarrollar estrategias más efectivas de afrontamiento.

Gráfica 12. Tiempo que dedica al cuidado del paciente y nivel de resiliencia

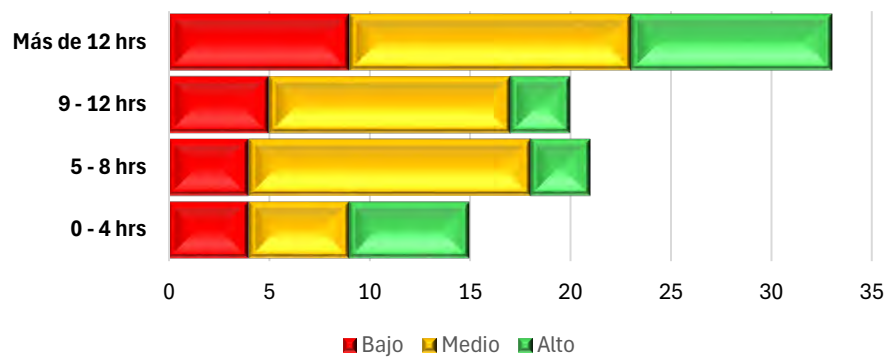


Tabla 14. Tiempo que dedica al cuidado del paciente y nivel de resiliencia

	Bajo	Medio	Alto	Total
0 - 4 horas	4	5	6	15
5 - 8 horas	4	14	3	21
9 - 12 horas	5	12	3	20
Más de 12 horas	9	14	10	33
Total	22	45	22	89

Fuente: Escala aplicada

La **Gráfica 13** y la **Tabla 15** muestran la relación entre el tipo de discapacidad del paciente y el nivel de resiliencia del cuidador. Se observa que la mayoría de los cuidadores de pacientes con discapacidad física presentan un nivel de resiliencia bajo o medio, con 17 y 20 personas respectivamente. Solo 9 cuidadores de este grupo muestran un nivel alto de resiliencia. Este dato sugiere que cuidar a pacientes con discapacidades físicas podría implicar mayores desafíos, tanto físicos como emocionales, que impactan en la capacidad

de afrontamiento de los cuidadores. En el caso de los cuidadores de pacientes con discapacidad intelectual, se observa una distribución más equilibrada: 8 cuidadores tienen resiliencia media, mientras que 3 presentan resiliencia baja y 3 resiliencia alta. Esto indica que, a pesar de las dificultades inherentes al cuidado de personas con discapacidades intelectuales, algunos cuidadores logran desarrollar estrategias efectivas para manejar el estrés y las demandas de su rol. Por otro lado, los cuidadores de pacientes con discapacidad psicosocial no se encuentran en el nivel de resiliencia baja. Cinco de ellos muestran un nivel medio y 6 alcanzan un nivel alto, lo que sugiere que este grupo de cuidadores ha desarrollado habilidades de afrontamiento y resiliencia ante las exigencias particulares de su situación, posiblemente gracias a un apoyo social o profesional más constante. En cuanto a los cuidadores de pacientes con discapacidad sensorial, 12 se encuentran en el nivel medio, 2 en el nivel bajo y solo 1 en el nivel alto. Esto indica que, aunque la mayoría de los cuidadores logra mantenerse en un nivel moderado de resiliencia, pocos logran desarrollar un nivel alto, lo que podría estar relacionado con las particularidades del cuidado a personas con discapacidades auditivas o visuales. Finalmente, el grupo más reducido corresponde a los cuidadores de pacientes con discapacidad visceral, de los cuales solo uno presenta resiliencia alta y dos se encuentran en el nivel medio. A pesar de ser una muestra pequeña, estos resultados sugieren que el tipo de discapacidad puede influir en el nivel de resiliencia del cuidador, posiblemente debido a la naturaleza y la complejidad de las tareas de cuidado involucradas.

Gráfica 13. Tipo de discapacidad del paciente y nivel de resiliencia del cuidador

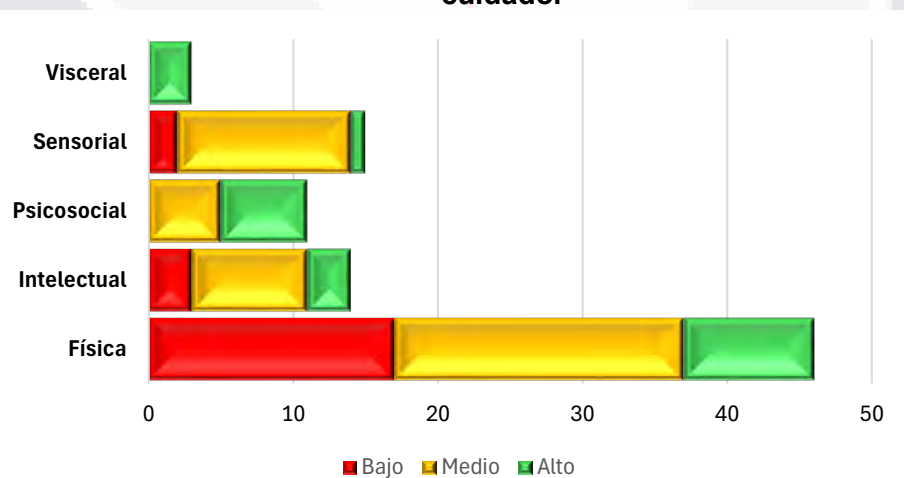


Tabla 15. Tipo de discapacidad del paciente y nivel de resiliencia del cuidador

	Bajo	Medio	Alto	Total
Física	17	20	9	46
Intelectual	3	8	3	14
Psicosocial	0	5	6	11
Sensorial	2	12	1	15
Visceral	0	0	3	3
Total	22	45	22	89

Fuente: Escala aplicada



9. DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio revelan un panorama complejo y multifacético sobre la resiliencia en cuidadores de personas con discapacidad en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 OOAD Aguascalientes. Al analizar las características sociodemográficas y los niveles de resiliencia de estos cuidadores, se observa que la mayoría se concentra en el rango de edad de 41 a 60 años, seguido por los mayores de 60 años y, en menor proporción, los cuidadores de 25 a 40 años. Este hallazgo sugiere que la etapa de vida en la que se asumen mayores responsabilidades familiares es también aquella en la que más comúnmente se asume el rol de cuidador. Además, el predominio del género femenino entre los cuidadores, con el 70.8% de la muestra, coincide con otros estudios que destacan que las mujeres son las principales responsables del cuidado en contextos familiares, posiblemente debido a normas culturales y sociales que les asignan este rol (1,2).

La distribución del estado civil muestra que el 44.9% de los cuidadores están casados, lo cual podría indicar que el apoyo emocional y estructural proporcionado por una pareja es un factor importante para asumir y mantener el rol de cuidado. Este hallazgo es relevante si se considera que los cuidadores solteros y viudos, quienes no cuentan con una red de apoyo inmediata, podrían enfrentar mayores dificultades emocionales y prácticas, como se observó en el presente estudio y también en investigaciones previas como la de García et al., donde el nivel de educación y el soporte familiar demostraron ser factores protectores para la resiliencia en cuidadores de pacientes oncológicos (1). Asimismo, los cuidadores viudos, que representan el 10.1% de la muestra, pueden estar particularmente vulnerables debido a la posible falta de apoyo emocional, lo que coincide con los hallazgos de Espinosa Pineda, quien destaca la necesidad de intervenciones dirigidas a fortalecer las redes de apoyo para reducir la carga emocional y física (4). En relación con la carga laboral, la mayoría de los cuidadores trabaja menos de 4 horas al día, lo que podría reflejar la dificultad para equilibrar responsabilidades laborales y de cuidado. Aquellos que trabajan entre 5 y 8 horas al día también presentan un número considerable, pero se observó que los cuidadores con jornadas laborales más extensas, superiores a 12 horas diarias, son pocos y tienden a presentar mayores dificultades para mantener niveles adecuados de resiliencia. Esto se alinea con lo reportado por Navarro-Abal et al., quienes encontraron que los cuidadores con alta sobrecarga percibida tienden a mostrar menor resiliencia, sugiriendo que el apoyo social y la pertenencia a asociaciones puede mitigar este efecto al proporcionar recursos emocionales y prácticos para enfrentar el estrés asociado al cuidado

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

(2). El tiempo dedicado al cuidado del paciente es otro factor determinante. En este estudio, se encontró que el 37.1% de los cuidadores dedica más de 12 horas diarias al cuidado, lo cual sugiere una alta demanda física y emocional. Esta carga significativa puede comprometer el bienestar de los cuidadores, limitando su tiempo para el autocuidado y otras actividades personales, lo cual coincide con la necesidad de apoyo adicional identificada por Morales-López et al. en cuidadores de pacientes con eventos vasculares cerebrales (5). Aunque en este estudio no se evaluó directamente la sobrecarga, los hallazgos indican que la dedicación casi exclusiva al cuidado puede llevar a un deterioro del bienestar emocional y reducir la capacidad de estos cuidadores para desarrollar estrategias efectivas de afrontamiento.

Respecto a las características de los pacientes, se encontró que la discapacidad física es la más prevalente, afectando a más de la mitad de los pacientes atendidos. Esto podría indicar que los cuidadores enfrentan retos significativos relacionados con la movilidad y la asistencia física, lo que podría incrementar su nivel de estrés y la percepción de sobrecarga. En comparación, estudios como el de Ornelas Tavares, que se centraron en cuidadores de pacientes con condiciones psicológicas complicadas, encontraron que estos cuidadores también presentan altos niveles de estrés, pero con un perfil de resiliencia diferente, enfocado en el manejo emocional más que en la asistencia física (3). Este contraste sugiere que la naturaleza de la discapacidad del paciente influye significativamente en el tipo de apoyo y estrategias de afrontamiento necesarias. En términos generales, la resiliencia global de los cuidadores en este estudio se clasifica principalmente en un nivel medio, con un 50.6% de la muestra en esta categoría. Este nivel de resiliencia moderado indica que, aunque los cuidadores logran manejar las dificultades de manera relativamente efectiva, aún enfrentan desafíos importantes. El 25% de los cuidadores presenta un nivel bajo de resiliencia, lo que los hace particularmente vulnerables a desarrollar problemas de salud física y mental asociados al estrés crónico, mientras que el 24.7% restante muestra una alta capacidad de adaptación y afrontamiento, reflejando un manejo efectivo de las demandas del cuidado. Estos hallazgos son consistentes con los resultados de Espinosa Pineda, quien encontró que, aunque las cuidadoras de niños con discapacidades neurológicas mostraron niveles altos de resiliencia, la sobrecarga emocional y física seguía siendo un desafío significativo (4). Al evaluar las dimensiones específicas de la resiliencia, se observó que el apoyo familiar y social, así como la fortaleza y confianza en sí mismos, fueron las áreas mejor puntuadas, con un 85% en cada una. Esto resalta la importancia de

contar con redes de apoyo sólido para el bienestar emocional y la capacidad de afrontamiento de los cuidadores. En contraste, la dimensión de estructura, que implica la capacidad de mantener rutinas estables y organizar el tiempo de manera efectiva, fue la más baja con un 74%, lo que podría indicar que los cuidadores tienen dificultades para mantener un equilibrio en su vida diaria, especialmente en situaciones de cambio o estrés. Esta necesidad de mejorar la estructura y la organización personal se alinea con los hallazgos de Morales-López et al., quienes destacaron que los cuidadores con mejor organización y estrategias de manejo del tiempo mostraban mayores niveles de resiliencia (5).

Este estudio resalta la importancia de la resiliencia en la adaptación y el bienestar de los cuidadores de personas con discapacidad. Los hallazgos sugieren que, si bien muchos cuidadores tienen redes de apoyo sólidas y muestran confianza en sus capacidades, hay áreas, como la competencia social y la estructura, que requieren mayor atención. Es fundamental implementar intervenciones dirigidas a fortalecer estas áreas, especialmente en aquellos cuidadores con alta carga de cuidado y limitada capacidad de organización personal. Además, se sugiere fomentar políticas públicas y programas de apoyo que faciliten el acceso a recursos de apoyo formal e informal, así como el desarrollo de habilidades de afrontamiento y resiliencia para mejorar la calidad de vida de los cuidadores y, en última instancia, de los pacientes que atienden. Estos resultados proporcionan una base sólida para futuras investigaciones y acciones orientadas a apoyar de manera integral a los cuidadores en contextos similares.

10. CONCLUSIONES

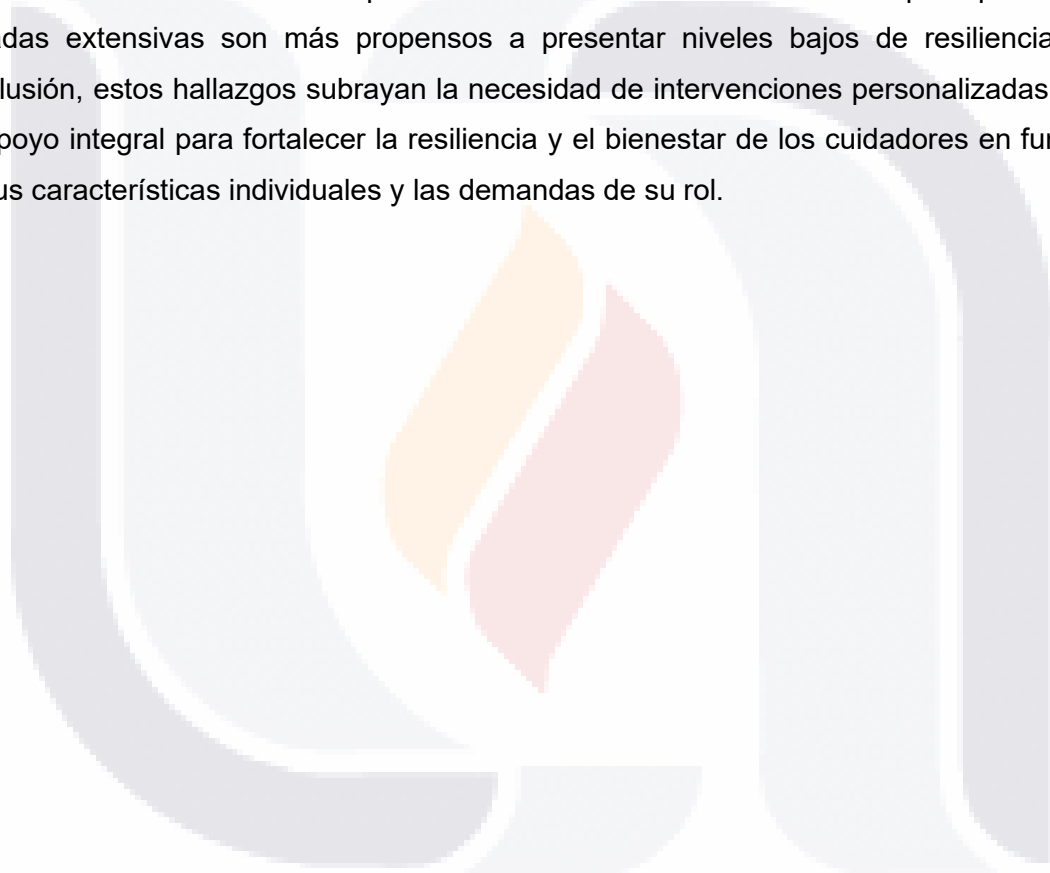
En este estudio, se identificaron diversas características sociodemográficas y niveles de resiliencia en una muestra de 89 cuidadores de personas con discapacidad en la Unidad de Medicina Familiar No.1 OOAD Aguascalientes. Al analizar la distribución por edad, se encontró que la mayoría de los cuidadores se concentra en el rango de 41 a 60 años, con 44 participantes (49.4%), seguido por los mayores de 60 años con 24 cuidadores (27%), y, finalmente, el grupo menos representado corresponde a aquellos entre 25 y 40 años, con 21 participantes (23.6%). Este predominio del grupo de 41 a 60 años sugiere que los cuidadores suelen estar en una etapa de la vida en la que asumen mayores responsabilidades familiares, lo cual podría influir en su capacidad de afrontamiento y en la carga emocional asociada al cuidado. En términos de género, la distribución muestra una predominancia clara del sexo femenino, con 63 mujeres (70.8%) frente a 26 hombres (29.2%). Esto refuerza la idea de que el cuidado sigue siendo una responsabilidad socialmente asignada en mayor medida a las mujeres, quienes, además de sus responsabilidades laborales, asumen el rol de cuidadoras principales, lo cual se refleja en sus niveles de resiliencia. En cuanto al estado civil, se encontró que 40 cuidadores (44.9%) están casados, lo que sugiere la importancia del apoyo emocional y estructural que puede proporcionar una pareja. Los cuidadores solteros representan el 28.1% (25 personas), mientras que los viudos y aquellos en unión libre son grupos más reducidos, con 9 (10.1%) y 7 (7.9%) participantes respectivamente. Estos últimos podrían enfrentar mayores desafíos debido a la ausencia de una red de apoyo inmediata, especialmente los viudos, quienes podrían experimentar mayores niveles de estrés y agotamiento emocional. En relación con la carga laboral, el estudio revela que 37 cuidadores (41.6%) dedican entre 0 y 4 horas diarias al trabajo remunerado, lo que sugiere que sus responsabilidades de cuidado limitan su capacidad para integrarse plenamente en el mercado laboral. El grupo que trabaja entre 5 y 8 horas al día incluye a 34 cuidadores (38.2%), quienes, a pesar de tener una carga laboral considerable, logran equilibrar su tiempo entre el trabajo y el cuidado. Sin embargo, 15 cuidadores (16.9%) dedican entre 9 y 12 horas al trabajo, y solo 3 (3.4%) superan las 12 horas diarias, lo cual indica que jornadas laborales más extensas podrían estar relacionadas con menores niveles de resiliencia debido a la falta de tiempo para el autocuidado y el descanso adecuado.

En cuanto al tiempo dedicado al cuidado del paciente, se observa que 33 cuidadores (37.1%) dedican más de 12 horas diarias a esta labor, lo que refleja una dedicación casi

total al cuidado y sugiere una alta demanda y responsabilidad en esta tarea. El siguiente grupo en tamaño incluye a aquellos que invierten entre 5 y 8 horas diarias, con 21 cuidadores (23.6%), seguidos de 20 cuidadores (22.5%) que dedican entre 9 y 12 horas al día. Por último, el grupo que destina entre 0 y 4 horas diarias al cuidado es el menos representado, con 15 personas (16.9%). Estos datos indican que la mayoría de los cuidadores dedica una cantidad significativa de tiempo al cuidado, muchas veces en detrimento de otras actividades personales o laborales, lo cual podría influir en su bienestar y niveles de estrés. La considerable cantidad de cuidadores que reportan dedicar más de 12 horas diarias al cuidado subraya la necesidad de implementar estrategias de apoyo para aliviar la carga de estos cuidadores, promoviendo su bienestar y resiliencia frente a las exigencias de su rol. El análisis del tipo de discapacidad de los pacientes mostró que la discapacidad física es la más prevalente, afectando a 46 pacientes (51.7%), lo cual implica que más de la mitad de los cuidadores están encargados de personas con limitaciones de movilidad. En segundo lugar, la discapacidad sensorial afecta a 15 pacientes (16.9%), seguida de la discapacidad intelectual, que se presenta en 14 pacientes (15.7%). La discapacidad psicosocial afecta a 11 pacientes (12.4%), mientras que la discapacidad visceral es la menos común, con solo 3 pacientes (3.4%). Estos resultados reflejan que la mayoría de los cuidadores enfrenta desafíos asociados principalmente con la movilidad y la funcionalidad física de sus pacientes, lo cual podría influir en sus necesidades de apoyo y en la carga emocional que experimentan. En cuanto a la resiliencia general, se encontró que 45 cuidadores (50.6%) tienen un nivel medio de resiliencia, lo que sugiere que logran manejar las dificultades de manera moderadamente efectiva. Un 25% de los cuidadores (22 personas) presenta un nivel de resiliencia bajo, lo cual indica una mayor vulnerabilidad al estrés y menores recursos para enfrentar las adversidades asociadas al cuidado. Finalmente, otros 22 cuidadores (24.7%) muestran un nivel alto de resiliencia, indicando una capacidad destacada para adaptarse y superar situaciones difíciles, apoyándose en habilidades de afrontamiento más desarrolladas.

La evaluación por dimensiones muestra que las más altas fueron Apoyo familiar, Apoyo social y Fortaleza y confianza en sí mismos, cada una con un 85% de acuerdo entre los cuidadores. Esto indica que los cuidadores perciben un sólido soporte tanto a nivel familiar como social y se sienten seguros de sus propias capacidades para enfrentar los desafíos del cuidado. La dimensión de Competencia social, con un 75%, revela que, aunque logran establecer relaciones interpersonales y manejar situaciones sociales de manera adecuada,

aún existen áreas de oportunidad para fortalecer estas habilidades. La dimensión de Estructura fue la más baja, con un 74%, lo cual sugiere que los cuidadores podrían experimentar dificultades para mantener rutinas y estructuras estables en su vida diaria, especialmente en situaciones de estrés o cambio. Finalmente, los resultados demuestran que la edad, el género, el estado civil y el tipo de discapacidad del paciente influyen en el nivel de resiliencia de los cuidadores. Por ejemplo, el grupo de edad de 41 a 60 años, con 12 cuidadores en resiliencia baja, es el más vulnerable. En cuanto al género, el 54% de las mujeres se encuentra en el nivel medio, mientras que el estado civil casado se asocia a un mayor nivel de resiliencia. El tiempo dedicado al cuidado también muestra que aquellos con jornadas extensivas son más propensos a presentar niveles bajos de resiliencia. En conclusión, estos hallazgos subrayan la necesidad de intervenciones personalizadas y de un apoyo integral para fortalecer la resiliencia y el bienestar de los cuidadores en función de sus características individuales y las demandas de su rol.



11. GLOSARIO

Resiliencia: Capacidad de las personas para adaptarse y recuperarse frente a situaciones adversas, estrés y dificultades, desarrollando estrategias que les permitan mantener su bienestar emocional y funcional.

Cuidadores primarios: Personas responsables del cuidado principal y continuo de un paciente con discapacidad. Su rol implica tanto el apoyo físico como emocional, a menudo con una carga significativa de responsabilidad y estrés.

Discapacidad: Condición que afecta el funcionamiento físico, sensorial, intelectual o psicosocial de una persona, limitando sus actividades y participación en la vida diaria. En este estudio, se incluyen discapacidades físicas, intelectuales, sensoriales, psicosociales y viscerales.

Fortaleza y confianza en sí mismo: Dimensión de la resiliencia que se refiere a la percepción personal de eficacia, autoestima y capacidad para enfrentar problemas, demostrando confianza en las propias habilidades para superar desafíos.

Competencia social: Habilidad para interactuar efectivamente con otras personas, mantener relaciones saludables y adaptarse a diferentes contextos sociales. Incluye la capacidad para comunicarse, resolver conflictos y establecer redes de apoyo.

Apoyo familiar: Presencia y percepción de ayuda, comprensión y acompañamiento brindados por la familia, lo que contribuye al bienestar emocional del cuidador y a su capacidad para enfrentar el estrés asociado al cuidado.

Apoyo social: Redes de relaciones fuera del núcleo familiar, que ofrecen recursos emocionales, materiales y de información. Incluye la ayuda de amigos, vecinos, grupos de apoyo y asociaciones comunitarias.

Estructura: Capacidad para mantener una organización y rutina diaria estable, que facilite la planificación de actividades y el manejo del tiempo, especialmente en situaciones de estrés o cambio.

Carga de cuidado: Esfuerzo físico, emocional y temporal que implica el cuidado de una persona con discapacidad. Incluye tareas como la asistencia en actividades diarias, manejo de medicamentos, movilización del paciente y apoyo emocional.

Sobrecarga del cuidador: Percepción de estrés y agotamiento físico y emocional debido a las exigencias del rol de cuidado. Puede llevar a problemas de salud física y mental, afectando la capacidad del cuidador para desempeñar sus funciones de manera efectiva.



12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García IFM, Rojas YD, Pedraza VF, Hernández IO. Modos de afrontamiento y resiliencia en cuidadores primarios de pacientes oncogeriátricos. *Revista del Hospital Psiquiatrico de la Habana*. 2016;13(2).
2. Navarro-Abal Y, López-López MJ, Climent-Rodríguez JA, Gómez-Salgado J. Sobrecarga, empatía y resiliencia en cuidadores de personas dependientes. *Gaceta Sanitaria*. 2019;33(3): 268–271. <https://doi.org/10.1016/J.GACETA.2017.11.009>.
3. Eugenia P, Tavares O. Estrategias de afrontamiento y resiliencia en cuidadores primarios con duelo. *Psicología y Salud*. 2016;26(2): 177–184. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2193>
4. Martha Lucia Espinosa Pineda. *Resiliencia en cuidadores primarios, de niños con discapacidad de origen neurológico asistentes a rehabilitación en un hospital nivel III del Valle del Cauca*. [Santiago de Cali]: Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD; 2018. <https://core.ac.uk/download/pdf/344718346.pdf>
5. Enrique Morales-López S, Reyes-Jiménez O, Estrada-Hernández B. Volumen 15- Número 4 Octubre-Diciembre 2023 Nivel de sobrecarga y resiliencia del cuidador primario con Evento Vascular Cerebral.
6. Organización Mundial de la Salud. *Discapacidad OPS/OMS*. OPS.
7. Egea García C, Sánchez Sarabia A. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Murcia*. 2001;
8. Vasquez A, Neira C. Concepto de discapacidad. *Movimiento Científico*. 2020;14(1). <https://doi.org/10.33881/2011-7191.mct.14104>.
9. Padilla-Muñoz A. Discapacidad : contexto , concepto y modelos. *International Law, Revista Colombiana de Derecho*. 2010;
10. Abad D, Méndez I, Mendoza F. Discapacidad Sensorial. *Protocolo de Atención a Personas con Discapacidad en la Universidad*. 2010;2015.
11. Martínez de la Eranueva R, Díaz Pérez O, Larrieta Pascual Í. Discapacidad intelectual. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 2012;19(4). [https://doi.org/10.1016/s1134-2072\(12\)70363-8](https://doi.org/10.1016/s1134-2072(12)70363-8).
12. Arenas A del P, Melo Trujillo DE. Una mirada a la discapacidad psicosocial desde las ciencias humanas, sociales y de la salud. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2021;26(1). <https://doi.org/10.17151/hpsal.2021.26.1.7>.
13. Bédard M, Molloy DW, Squire L, Dubois S, Lever JA, O'Donnell M. The Zarit Burden Interview. *The Gerontologist*. 2001;41(5). <https://doi.org/10.1093/geront/41.5.652>.


14. Zomar BO, Bryant DM, Marsh JD, Lanting BA. Assessment of Informal Caregiver Assistance and Strain With Total Hip and Knee Arthroplasty. *Journal of Arthroplasty*. 2021;36(7). <https://doi.org/10.1016/j.arth.2021.02.024>.
15. Gibson MJ, Houser A. Valuing the invaluable: a new look at the economic value of family caregiving. *Issue Brief (Public Policy Institute (American Association of Retired Persons))*. 2007;(IB82).
16. Sara Tapia Saavedra. *Manual para cuidadoras y cuidadores de personas con discapacidad en situación de alta dependencia*. 2nd ed. Santiago, Chile: CETRAM; 2015.
17. Irene de Miranda Reynés. *Las consecuencias para el cuidador de una persona en situación de discapacidad o dependencia*. Psicología del Cuidador.
18. Huerta Ramírez Y, Rivera Heredia ME. Resiliencia, recursos familiares y espirituales en cuidadores de niños con discapacidad. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*. 2017;9(2): 70–81. <https://doi.org/10.1016/J.JBHSI.2018.01.005>.
19. Hernández-Brussolo R, Nevárez-Mendoza BP. ESTRÉS, RESILIENCIA Y AUTOESTIMA: *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*. 2023;12(29). <https://doi.org/10.36677/rpsicologia.v12i29.20625>.
20. García del Castillo JA, García del Castillo-López Á, López-Sánchez C, Dias PC. Conceptualización teórica de la resiliencia psicosocial y su relación con la salud. *Health and Addictions/Salud y Drogas*. 2016;16(1). <https://doi.org/10.21134/haaj.v16i1.263>.
21. Navarro-Abal Y, López-López MJ, Climent-Rodríguez JA, Gómez-Salgado J. Sobrecarga, empatía y resiliencia en cuidadores de personas dependientes. *Gaceta Sanitaria*. 2019;33(3): 268–271. <https://doi.org/10.1016/J.GACETA.2017.11.009>.
22. Turnbull M, Sterrett CL, Hilleboe A. *Hacia la Resiliencia*. Hacia la Resiliencia. 2013. <https://doi.org/10.3362/9781780447889>.
23. Navarro-Abal Y, López-López MJ, Climent-Rodríguez JA, Gómez-Salgado J. Sobrecarga, empatía y resiliencia en cuidadores de personas dependientes. *Gaceta Sanitaria*. 2019;33(3). <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.009>.
24. Crespo M, Fernández-Lansac V. Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Anales de Psicología*. 2015;31(1). <https://doi.org/10.6018/analesps.31.1.158241>.
25. García Silgo M, Bardera Mora M del P. Introducción a La Resiliencia. *Revista do Ejército*. 2013;5(863).

26. INEGI. *INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020*. Censo de Población y Vivienda 2020.
27. Ponce Espino JE, Torrecillas Martín AM. ESTUDIO DE FACTORES RESILIENTES EN FAMILIARES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología*. 2017;7(1). <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v7.810>.
28. Atenas Arianna Añorga Sanchez, Diana Abigail Cubas Puga. *NIVEL DE RESILIENCIA DE CUIDADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD, EN UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESPECIALIZADA DE LIMA - PERÚ 2021*. [Lima, Perú]: Universidad Privada del Norte; 2023.
29. Mariezcurrena-Fernández A, Lorea-González I, Ramirez-de Ganuza A, Ijalba-Pérez P, Barea-Ullate V, Jiménez-Acosta A, et al. Resiliencia y sobrecarga en cuidadores familiares de enfermos con demencias en Navarra. *Gerokomos*. 2022;33(2).
30. Banco mundial. *La inclusión de las personas con discapacidad, clave para el desarrollo sostenible de América Latina y el Caribe*. Comunicado de prensa. <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2021/12/02/la-inclusion-de-las-personas-con-discapacidad-clave-para-el-desarrollo-sostenible-de-america-latina-y-el-caribe>
31. Blanco JR, Jurado PJ, Aguirre SI, Aguirre JF. Factor Structure of the Mexican Resilience Scale in mexican university students. *Formacion Universitaria*. 2018;11(6). <https://doi.org/10.4067/S0718-50062018000600099>.
32. Decreto PEF. *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Diario Oficial de la Federación. 2007.
33. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 2013;310(20): 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/JAMA.2013.281053>.

13. ANEXOS

ANEXO A. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO





**Carta de consentimiento informado para participación en
protocolos de investigación en salud
(adultos)**

Lugar y fecha _____

No. de registro institucional _____

Título del protocolo: NIVEL DE RESILENCIA EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.1 DELEGACIÓN AGUASCALIENTES. _____

Justificación y objetivo de la investigación: Se me ha explicado que es necesaria la realización del estudio en cuestión ya que ciertas condiciones psicosociales influyen de manera positiva a la calidad de vida de los cuidadores de pacientes con discapacidad y por consiguiente al mismo paciente, la importancia de realizar este estudio es identificar cual es el nivel de Resiliencia en cuidadores de personas con discapacidad adscritos a la UMF 1, IMSS Delegación Aguascalientes, con el fin de incidir de forma preventiva para mejorar las condiciones en su entorno emocional.

Procedimientos y duración de la investigación: Declaro que se me ha informado ampliamente en que consiste esta investigación, así como los inconvenientes, molestias y beneficios derivados en mi participación en el proyecto de investigación, aplicándose el instrumento a utilizar. El primero para obtener datos sociodemográficos y el instrumento Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) de Palomar Lever y Gómez Valdez, para valorar nivel de resiliencia. y la forma adecuada de llenado. Se me solicita la firma aval en el consentimiento informado. Se me explican riesgos y beneficios de mi aportación.

Riesgos y molestias: No existen riesgos potenciales de la aplicación de la encuesta, solo la molestia de proveer unos minutos para contestar las preguntas que se me solicitan

Beneficios que recibirá al participar en la investigación: Recibiré beneficio personal en este estudio de evaluación del nivel de resiliencia presente en cuidadores de pacientes con discapacidad adscritos a la UMF 1 IMSS, Delegación Aguascalientes.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: El investigador se compromete a proporcionar información precisa y oportuna para abordar cualquier duda y considerará procedimientos alternativos para mejorar la atención a los pacientes. Está disponible para responder a cualquier pregunta o comentario relacionado con la investigación. El resultado será evaluar el nivel de resiliencia en cuidadores de pacientes con discapacidad adscritos a la UMF NO.1 DELEGACIÓN AGUASCALIENTES.

Participación o retiro: La participación es de manera voluntaria, explicándose riesgos y beneficios.. Se puede retirar cuando usted lo considere necesario. entiendo que mi participación es voluntaria y conservo el derecho de retirarme del proyecto en el momento que yo lo considere pertinente

Clave 2810-009-013



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Privacidad y confidencialidad: Los datos otorgados durante la investigación serán confidenciales y no se identificarán públicamente ya que será manejado de manera anónima. No se dará a conocer mi identidad, la cual siempre será protegida

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con la investigación podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Dra. Evelyn Patricia Larraga Benavente Especialista en Medicina Familiar Matricula: 99013010. Adscrita a la Unidad de Adscripción: Medicina Familiar Núm. 1, OOAD Aguascalientes. Domicilio de trabajo: BLVD. José María Chávez No. 1202 Fraccionamiento Lindavista C.P. 20270, Aguascalientes, Ags. Teléfono:4492693749Correo electrónico: wenche83@hotmail.com

Colaborador: Dra. Andrea Dávila Rivera residente de la especialidad en medicina familiar matricula : 98012948 Unidad de Adscripción: Hospital General de Zona No.1 1, OOAD Aguascalientes, Lugar de trabajo Unidad de Medicina Familiar No.1 Domicilio de trabajo: BLVD. José María Chávez No. 1202 Fraccionamiento Lindavista C.P. 20270, Aguascalientes, Ags. Teléfono: 4492030771Correo: anddary1991@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:

Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° 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: comité_eticainv@imss.gob.mx

Declaración de consentimiento:

<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras sólo para este estudio
<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras para este estudio y/o estudios futuros

Se conservarán los datos o muestras hasta por 10 años tras lo cual se destruirán.

Nombre y firma del participante

Evelyn Patricia Larraga Benavente
Dra Evelyn Patricia Larraga Benavente
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación en salud, sin omitir información relevante del estudio.

ANEXO B. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Datos sociodemográficos

I. Datos Generales		TACHE SU RESPUESTA
1. Edad	a) 25-40	
	b) 41-60	
	c) > 60 años	
2. Sexo	a) Masculino	
	b) Femenino	
3. ¿Cuál es su estado civil?	a) Soltero (a).	
	b) Unión libre	
	c) Casado (a).	
	d) Viudo (a).	
	e) Divorciado (a).	
4. ¿Cuántas horas dedica al día a su trabajo?	a) 0-4 hrs.	
	b) 5-8 hrs.	
	c) 9-12 hrs.	
	d) Más de 12 hrs.	
5. ¿Cuántas horas dedica al día a cuidar a su paciente?	a) 0-4 hrs.	
	b) 5-8 hrs.	
	c) 9-12 hrs.	
	d) Más de 12 hrs.	
6. Tipo de discapacidad de su	a) Física	

familiar	b) Sensorial	
	c) Intelectual	
	d) Visceral	
	e) Psicosocial	

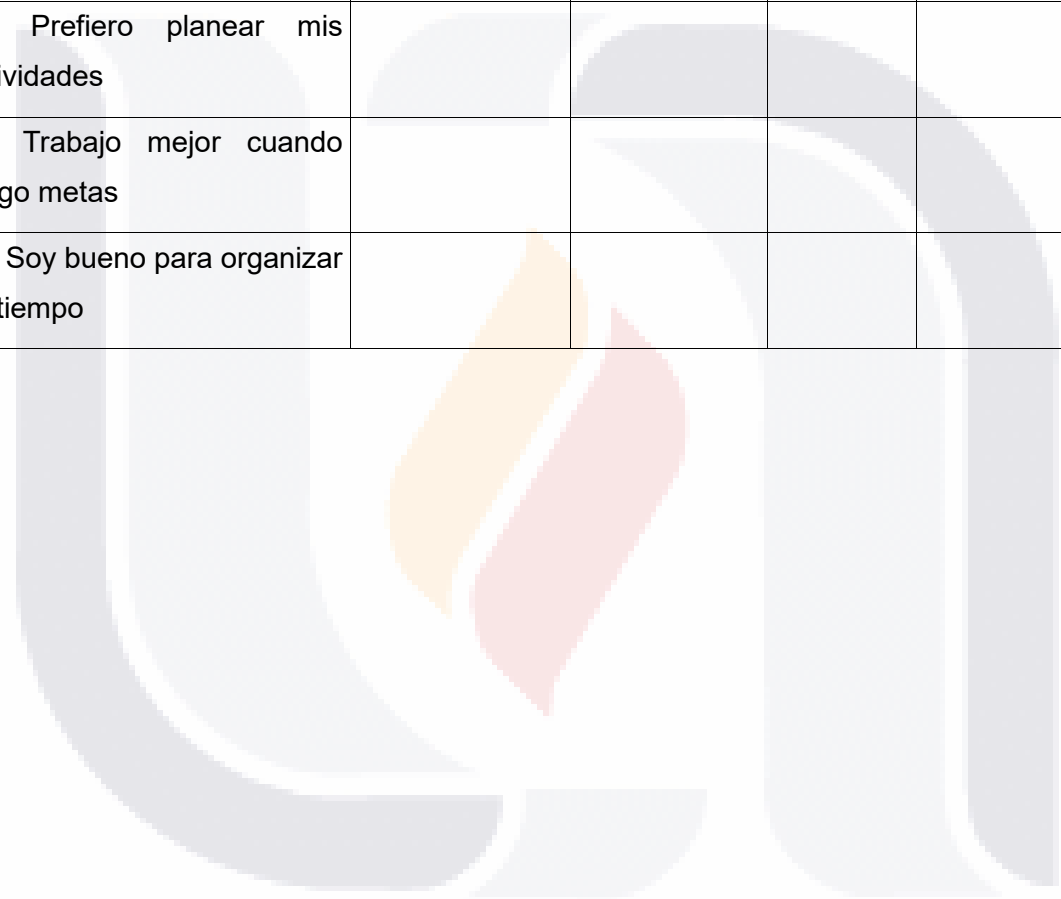
Escala de resiliencia en población mexicana

Ítem	Totalmente en desacuerdo (1)	En Desacuerdo (2)	De Acuerdo (3)	Totalmente de Acuerdo (4)
1. Lo que me ha ocurrido en el pasado me hace sentir confianza para afrontar nuevos retos				
2. Sé dónde buscar ayuda				
3. Soy una persona fuerte				
4. Sé muy bien lo que quiero				
5. Tengo el control de mi vida				
6. Me gustan los retos				
7. Me esfuerzo por alcanzar mis metas				
8. Estoy orgulloso de mis logros				
9. Se que tengo habilidades				
10. Creer en mí mismo me ayuda a superar los				

momentos difíciles				
11. Creo que voy a tener éxito				
12. Sé cómo lograr mis objetivos				
13. Pase lo que pase siempre encontrare una solución				
14. Mi futuro pinta bien				
15. Sé que puedo resolver mis problemas personales				
16. Estoy satisfecho conmigo mismo				
17. Tengo planes realistas para el futuro				
18. Confío en mis decisiones				
19. Cuando no estoy bien, sé que vendrán tiempos mejores				
20. Me siento cómodo con otras personas				
21. Me es fácil establecer contactos con nuevas personas				
22. Me es fácil hacer nuevos amigos				
23. Es fácil para mi tener un buen tema de conversación				
24. fácilmente me adapto a situaciones nuevas				
25. Es fácil para mi hacer reír a otras personas				

26. Disfruto de estar con otras personas				
27. Se cómo comenzar una conversación				
28. Tengo una buena relación con mi familia				
29. Disfruto de estar con mi familia				
30. En nuestra familia somos leales entre nosotros				
31. En nuestra familia disfrutamos de hacer actividades juntos				
32. Aún en momentos difíciles nuestra familia tiene una actitud optimista hacia el futuro				
33. En nuestra familia coincidimos en relación a lo que consideramos importante en la vida				
34. Tengo amigos/familiares que realmente se preocupan por mi				
35. Tengo amigos/familiares que me apoyan				
36. Siempre tengo alguien que puede ayudarme cuando lo necesito				
37. Tengo amigos/familiares				

que me alientan				
38. Tengo amigos/familiares que valoran mis actividades				
39. Las reglas y la rutina hacen mi vida más fácil				
40. Mantengo mi rutina aún en momentos difíciles				
41. Prefiero planear mis actividades				
42. Trabajo mejor cuando tengo metas				
43. Soy bueno para organizar mi tiempo				



ANEXO C. MANUAL OPERACIONAL

Para asegurar la calidad y consistencia en la recopilación de datos usando el instrumento proporcionado, es imperativo contar con un manual de instrucciones detallado. A continuación, se presenta una guía que servirá para orientar al médico residente en el proceso de entrevista con los cuidadores de pacientes con discapacidad:

Introducción al Instrumento:

- Iniciar la sesión explicando el propósito del cuestionario y cómo se utilizarán los datos recopilados.
- Asegurar al entrevistado que todas las respuestas son confidenciales y que se manejarán con el mayor cuidado.
- Informar al entrevistado que no hay respuestas "correctas" o "incorrectas" y que deben responder con sinceridad según su situación personal.

Instrucciones Generales de Aplicación:

- Leer cada pregunta claramente y en voz alta, asegurándose de que el cuidador haya entendido antes de proceder a las opciones de respuesta.
- Mostrar al entrevistado la sección del instrumento en la que se está trabajando para que siga visualmente.
- Marcar la casilla correspondiente en la columna "TACHE SU RESPUESTA" una vez que el entrevistado haya dado su respuesta.

En caso de incompreensión de la pregunta:

- Reformular la pregunta usando palabras más simples o dando ejemplos, sin alterar el sentido de la pregunta original.
- Preguntar si hay alguna palabra o término que no entienden y proporcionar definiciones claras si es necesario.
- Nunca influir en la respuesta del entrevistado ni proporcionar sugerencias que puedan sesgar sus respuestas.

Datos sociodemográficos

Edad:

Pregunte: "¿En qué rango de edad se encuentra?" Si hay duda, explique que se refiere a

la edad actual del cuidador.

Sexo:

Pregunte: "¿Con cuál género se identifica usted?" Asegúrese de respetar la identidad de género del entrevistado.

Estado Civil:

Pregunte: "¿Cuál es su estado civil actual?" En caso de duda, explique brevemente cada opción.

Horas Dedicadas al Trabajo:

Pregunte: "En promedio, ¿cuántas horas al día dedica a su trabajo remunerado?" Si es necesario, aclare que se refiere a trabajo fuera del cuidado.

Tipo de Discapacidad del Familiar:

Pregunte: "¿Qué tipo de discapacidad tiene la persona a la que cuida?" Si no entienden alguna categoría, ofrezca una breve explicación de cada una.

Escala de resiliencia en población mexicana

El objetivo de estas preguntas es entender cómo se siente en relación con su capacidad de resiliencia y enfrentar situaciones. Responda tan honestamente como sea posible.

Para cada ítem, indique en qué medida está de acuerdo con la afirmación.

Utilice la siguiente escala para dar su respuesta:

- "Totalmente en desacuerdo" si piensa que la afirmación no se aplica para usted en absoluto.
- "En desacuerdo" si piensa que la afirmación generalmente no se aplica a usted.
- "De acuerdo" si piensa que la afirmación se aplica a usted en general.
- "Totalmente de acuerdo" si piensa que la afirmación se aplica a usted completamente.

Marque claramente su respuesta en la casilla correspondiente a su nivel de acuerdo para cada ítem.

Si no está seguro/a de cómo responder, tómese un momento para pensar o pida más explicaciones.

Para garantizar la comprensión y obtener respuestas consistentes de todos los participantes, aquí se presenta una guía sobre cómo formular cada ítem de la escala de manera comprensible, junto con instrucciones claras para responder a cada pregunta:

- **Ítem 1: "Lo que me ha ocurrido en el pasado me hace sentir confianza para afrontar nuevos retos"**

Pregunta: "Pensando en sus experiencias pasadas, ¿siente que estas le dan confianza para enfrentar situaciones nuevas o desafiantes?"

- **Ítem 2: "Sé dónde buscar ayuda"**

Pregunta: "Si necesita apoyo o asistencia, ¿sabe a quién acudir o dónde encontrar la ayuda que necesita?"

- **Ítem 3: "Soy una persona fuerte"**

Pregunta: "¿Considera que es capaz de afrontar y manejar las situaciones difíciles por sí mismo/a?"

- **Ítem 4: "Sé muy bien lo que quiero"**

Pregunta: "¿Tiene claridad sobre sus metas y deseos personales?"

- **Ítem 5: "Tengo el control de mi vida"**

Pregunta: "¿Se siente en control de las decisiones y direcciones que toma su vida?"

- **Ítem 6: "Me gustan los retos"**

Pregunta: "¿Se siente motivado/a y positivo/a cuando se enfrenta a desafíos o problemas complicados?"

- **Ítem 7: "Me esfuerzo por alcanzar mis metas"**

Pregunta: "Cuando tiene un objetivo, ¿se compromete activamente y trabaja duro para lograrlo?"

- **Ítem 8: "Estoy orgulloso de mis logros"**

Pregunta: "Cuando piensa en las cosas que ha conseguido, ¿se siente satisfecho/a y

orgullosa/a de ellas?"

- **Ítem 9: "Sé que tengo habilidades"**

Pregunta: "¿Está consciente y seguro/a de las capacidades y habilidades que posee?"

- **Ítem 10: "Crear en mí mismo me ayuda a superar los momentos difíciles"**

Pregunta: "Cuando se encuentra en momentos complicados, ¿el tener confianza en usted mismo/a le ayuda a superarlos?"

- **Ítem 11: "Creo que voy a tener éxito"**

Pregunta: "Mirando hacia el futuro, ¿siente que logrará lo que se propone y será exitoso/a?"

- **Ítem 12: "Sé cómo lograr mis objetivos"**

Pregunta: "¿Tiene un plan o estrategia clara sobre cómo alcanzar los objetivos que se ha fijado?"

- **Ítem 13: "Pase lo que pase siempre encontraré una solución"**

Pregunta: "Independientemente de los problemas que surjan, ¿está convencido/a de que encontrará una manera de resolverlos?"

- **Ítem 14: "Mi futuro pinta bien"**

Pregunta: "¿Tiene una perspectiva positiva de lo que le espera en el futuro?"

- **Ítem 15: "Sé que puedo resolver mis problemas personales"**

Pregunta: "¿Confía en su habilidad para solucionar los problemas que se le presenten en su vida personal?"

- **Ítem 16: "Estoy satisfecho conmigo mismo"**

Pregunta: "¿Se siente contento con quién es usted como persona?"

- **Ítem 17: "Tengo planes realistas para el futuro"**

Pregunta: "¿Sus planes para el futuro le parecen alcanzables y bien fundamentados?"

- **Ítem 18: "Confío en mis decisiones"**

Pregunta: "Cuando toma una decisión, ¿siente que usualmente es la correcta?"

- **Ítem 19: "Cuando no estoy bien, sé que vendrán tiempos mejores"**

Pregunta: "En momentos difíciles, ¿mantiene la esperanza de que las cosas mejorarán?"

- **Ítem 20: "Me siento cómodo con otras personas"**

Pregunta: "¿Se siente relajado y en su elemento cuando está en compañía de otras personas?"

- **Ítem 21: "Me es fácil establecer contactos con nuevas personas"**

Pregunta: "¿Le resulta fácil conocer gente nueva y establecer una conexión inicial?"

- **Ítem 22: "Me es fácil hacer nuevos amigos"**

Pregunta: "¿Le resulta sencillo formar nuevas amistades?"

- **Ítem 23: "Es fácil para mí tener un buen tema de conversación"**

Pregunta: "¿Suele encontrar temas interesantes sobre los cuales hablar cuando está en una conversación?"

- **Ítem 24: "Fácilmente me adapto a situaciones nuevas"**

Pregunta: "¿Cómo de fácil le resulta ajustarse a cambios o situaciones que no había experimentado antes?"

- **Ítem 25: "Es fácil para mí hacer reír a otras personas"**

Pregunta: "¿Considera que tiene la habilidad de hacer sonreír o reír a la gente?"

- **Ítem 26: "Disfruto de estar con otras personas"**

Pregunta: "¿Le gusta pasar tiempo en la compañía de otros?"

- **Ítem 27: "Sé cómo comenzar una conversación"**

Pregunta: "Cuando se encuentra en un entorno social, ¿se siente seguro de cómo iniciar un diálogo con otras personas?"

- **Ítem 29: "Disfruto de estar con mi familia"**

Pregunta: "¿Le agrada pasar tiempo en compañía de su familia?"

- **Ítem 30: "En nuestra familia somos leales entre nosotros"**

Pregunta: "¿Cree que en su familia se apoyan y son fieles unos a otros?"

- **Ítem 31: "En nuestra familia disfrutamos de hacer actividades juntos"**

Pregunta: "¿Suele realizar actividades y pasar buenos momentos con su familia?"

- **Ítem 32: "Aún en momentos difíciles nuestra familia tiene una actitud optimista hacia el futuro"**

Pregunta: "Cuando enfrentan situaciones complicadas, ¿su familia mantiene una visión positiva de lo que está por venir?"

- **Ítem 33: "En nuestra familia coincidimos en relación a lo que consideramos importante en la vida"**

Pregunta: "¿Hay acuerdo en su familia sobre las cosas que valoran como importantes en la vida?"

- **Ítem 34: "Tengo amigos/familiares que realmente se preocupan por mí"**

Pregunta: "¿Siente que tiene amigos o familiares que se interesan genuinamente por su bienestar?"

- **Ítem 35: "Tengo amigos/familiares que me apoyan"**

Pregunta: "¿Cuenta con amigos o familiares que le ofrecen su ayuda y soporte cuando lo necesita?"

- **Ítem 36: "Siempre tengo alguien que puede ayudarme cuando lo necesito"**

Pregunta: "¿Tiene siempre a alguien a quien acudir en busca de ayuda cuando se enfrenta a un problema?"

- **Ítem 37: "Tengo amigos/familiares que me alientan"**

Pregunta: "¿Existen personas en su círculo cercano que le animan y le dan fuerzas para seguir adelante?"

- **Ítem 38: "Tengo amigos/familiares que valoran mis actividades"**

Pregunta: "¿Se siente valorado por sus amigos o familiares en cuanto a las actividades que realiza?"

- **Ítem 39: "Las reglas y la rutina hacen mi vida más fácil"**

Pregunta: "¿Considera que seguir una rutina diaria y ciertas reglas le ayuda a organizar mejor su vida y hace que sus días transcurran con más tranquilidad?"

- **Ítem 40: "Mantengo mi rutina aún en momentos difíciles"**

Pregunta: "Cuando se enfrenta a situaciones complicadas, ¿logra adherirse a su rutina diaria?"

- **Ítem 41: "Prefiero planear mis actividades"**

Pregunta: "¿Le gusta tener un plan establecido para las actividades que va a realizar durante el día o la semana?"

- **Ítem 42: "Trabajo mejor cuando tengo metas"**

Pregunta: "¿Siente que es más eficiente y productivo/a cuando tiene objetivos claros que

alcanzar?"

- **Ítem 43: "Soy bueno para organizar mi tiempo"**

Pregunta: "¿Cree que administra su tiempo de manera eficaz, organizando sus actividades y compromisos adecuadamente?"



ANEXO D. CARTA NO INCONVENIENTE



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



Unidad de Medicina Familiar 1
OOAD Aguascalientes, Ags

Aguascalientes Ags a 22 de Abril del 2024

Dr Carlos Armando Sánchez Navarro
Presidente de CLIES 101
Delegación Aguascalientes
Presente

Asunto: Carta de no inconveniente

Por este medio manifiesto que **no tengo inconveniente** para que la **Dra. Evelyn Patricia Larraga Benavente con matrícula 99013190** investigadora principal adscrita en la Unidad de Medicina Familiar N°1 OOAD Aguascalientes realice el proyecto **“RESILIENCIA EN EL CUIDADOR DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.1 OOAD AGUASCALIENTES”**. El cual es un protocolo de la médico residente **Andrea Dávila Rivera con matrícula 98012048** con sede en el Hospital General de Zona N°1.

En espera del valioso apoyo que usted siempre brinda. Le reitero la seguridad de mi atenta consideración.

Dr. Javier Bernal Alarcón
Director de la Unidad de Medicina Familiar N°1
OAAD Aguascalientes, Ags



2024
Felipe Carrillo
PUERTO

ANEXO E. OPERACIONALIZACIÓN

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Valor o Medida
Número de seguro social	Número único asignado a cada individuo por el IMSS	Número de seguro social registrado en la base de datos del PHEDS IMSS	Cuantitativa	Discreta	Número de seguro social
Edad	Número de años que una persona ha vivido	Edad registrada en la base de datos del PHEDS IMSS	Cuantitativa	Continua	Edad en años
Género	Características fenotípicas que diferencian a un hombre de una mujer	Género registrado en la base de datos del PHEDS IMSS	Cualitativa	Nominal	1. Masculino, 2. Femenino
Hipertensión arterial	Presión arterial crónicamente elevada.	Diagnóstico médico de hipertensión arterial registrado en el expediente clínico.	Cualitativa	Nominal	1. Sí, 2. No
Dislipidemia	Alteración de los niveles de lípidos en la sangre.	Diagnóstico médico de dislipidemia registrado en el expediente clínico.	Cualitativa	Nominal	1. Sí, 2. No
Diabetes mellitus	Enfermedad metabólica caracterizada por niveles altos de glucosa.	Diagnóstico médico de diabetes mellitus registrado en el expediente clínico.	Cualitativa	Nominal	1. Sí, 2. No
Obesidad	Exceso de grasa corporal que puede afectar la salud.	Índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 registrado en el expediente clínico.	Cualitativa	Nominal	1. Sí, 2. No
Insuficiencia orgánica	Fallo de uno o más órganos del cuerpo.	Presencia de insuficiencia orgánica documentada en los registros clínicos.	Cualitativa	Nominal	1. Sí, 2. No
Enfermedad cardiovascular	Afección que involucra el corazón o los vasos sanguíneos.	Diagnóstico médico de enfermedad cardiovascular registrado en el expediente clínico.	Cualitativa	Nominal	1. Sí, 2. No
Dolor	Sensación incómoda o desagradable que puede variar en intensidad.	Presencia de dolor reportado por el paciente y registrado en el expediente clínico.	Cualitativa	Nominal	1. Sí, 2. No

Náuseas	Sensación de malestar en el estómago con ganas de vomitar.	Presencia de náuseas reportada por el paciente y registrada en el expediente clínico.	Cualitativa	Nominal	1. Sí, 2. No
Vómitos	Expulsión forzada del contenido del estómago a través de la boca.	Presencia de vómitos reportada por el paciente y registrada en el expediente clínico.	Cualitativa	Nominal	1. Sí, 2. No
Ictericia	Coloración amarillenta de la piel y mucosas debido a un aumento de bilirrubina en la sangre.	Presencia de ictericia observada por el médico y registrada en el expediente clínico.	Cualitativa	Nominal	1. Sí, 2. No
Fiebre	Elevación de la temperatura corporal por encima del rango normal.	Presencia de fiebre registrada en el expediente clínico con una temperatura corporal $\geq 38^{\circ}\text{C}$.	Cualitativa	Nominal	1. Sí, 2. No
Disnea	Sensación de falta de aire o dificultad para respirar.	Presencia de disnea reportada por el paciente y registrada en el expediente clínico.	Cualitativa	Nominal	1. Sí, 2. No
Hemoconcentración	Aumento de la concentración de células sanguíneas debido a la pérdida de plasma.	Medición de hematocrito en análisis de sangre.	Cuantitativa	Continua	Porcentaje de hematocrito
Proteína C reactiva (PCR)	Proteína producida por el hígado en respuesta a la inflamación.	Medición de PCR en mg/L en análisis de sangre.	Cuantitativa	Continua	mg/L
Nitrógeno ureico en sangre (BUN)	Medida de la cantidad de nitrógeno en la sangre que proviene de la urea.	Medición de BUN en mg/dL en análisis de sangre.	Cuantitativa	Continua	mg/dL
Creatinina sérica	Producto de desecho del metabolismo muscular que se mide en la sangre.	Medición de creatinina en mg/dL en análisis de sangre.	Cuantitativa	Continua	mg/dL
Valores de lactato	Concentración de lactato en la sangre, un indicador de	Medición de lactato sérico en mmol/L obtenida de una gasometría arterial.	Cuantitativa	Continua	Rango de valores medidos en mmol/L

	metabolismo anaeróbico y estrés metabólico.				
Triglicéridos	Tipo de grasa (lípidos) que se encuentra en la sangre.	Medición de triglicéridos séricos en mg/dL a partir de un análisis de sangre.	Cuantitativa	Continua	Rango de valores medidos en mg/dL
Amilasa	Enzima que ayuda a digerir los carbohidratos.	Medición de amilasa sérica en U/L a partir de un análisis de sangre.	Cuantitativa	Continua	Rango de valores medidos en U/L
Lipasa	Enzima que ayuda a digerir las grasas.	Medición de lipasa sérica en U/L a partir de un análisis de sangre.	Cuantitativa	Continua	Rango de valores medidos en U/L
Bilirrubina directa	Forma conjugada de bilirrubina que se excreta en la bilis.	Medición de bilirrubina directa en mg/dL a partir de un análisis de sangre.	Cuantitativa	Continua	Rango de valores medidos en mg/dL
Bilirrubina indirecta	Forma no conjugada de bilirrubina que circula en el plasma.	Medición de bilirrubina indirecta en mg/dL a partir de un análisis de sangre.	Cuantitativa	Continua	Rango de valores medidos en mg/dL
Criterios diagnósticos por estudios de gabinete	Resultados de pruebas de imagen utilizados para diagnosticar pancreatitis aguda	Resultados de pruebas de imagen registrados en la base de datos del PHEDS IMSS	Cualitativa	Nominal	1. Ultrasonido de hígado y vías biliares (Litos, Sin litos), 2. Tomografía axial computada Baltazar (A, B, C, D, E)
Mortalidad a las 72 hrs, 7 días, 14 días	Muerte del paciente dentro de un cierto período de tiempo después del diagnóstico de pancreatitis aguda	Mortalidad registrada en la base de datos del PHEDS IMSS	Cualitativa	Dicotómica	1. Vivo, 2. Muerto

ANEXO F. TABLA DE OBSERVACIONES

Apartado	Revisor	Recomendación	Acción Realizada	Pag
Cronograma	1	Incluir actividades previas al año 2024 y la elaboración y envío del manuscrito.	Se incluyeron las actividades realizadas antes del año 2024, así como la elaboración y envío del manuscrito, en el cronograma.	31
Antecedentes Científicos	1	Resumir y sintetizar la información, presentando solo lo más pertinente. Revalorar el uso de estudios de alto nivel.	Se resumieron y sintetizaron los antecedentes científicos, enfocándose solo en la información pertinente. Se eliminaron los estudios de alto nivel que anulaban el trabajo y se revisaron los instrumentos utilizados para medir la resiliencia.	.5-8
Marco Teórico	1	Explicar cómo influye o cómo se comporta la resiliencia en personas cuidadoras, enfocándose en la plausibilidad biológica.	Se amplió la explicación del fenómeno de la resiliencia en personas cuidadoras, incluyendo la plausibilidad biológica y cómo afecta a los cuidadores.	13-14
Justificación	1	Limitar la justificación a encontrar el nivel de resiliencia y no incluir intervenciones. Resumir el apartado.	Se modificó la justificación para enfocarse solo en encontrar el nivel de resiliencia en los cuidadores y se resumió el apartado según las recomendaciones.	17
Planteamiento del Problema	1, 2	Replantear el problema para evitar mencionar solo la diferencia en puntajes de resiliencia. Incluir contexto específico de la UMF1 y justificar el instrumento.	Se replanteó el problema considerando la variabilidad en las escalas utilizadas, se incluyó información específica sobre la UMF1 y se justificó el uso del instrumento RESI-M.	18-19
Metodología	1	Cambiar el diseño del estudio a transversal comparativo. Justificar el uso de la RESI-M y presentar puntos de corte.	Se mantuvo el diseño del estudio como transversal simple, se justificó el uso del RESI-M destacando su adecuación cultural y confiabilidad, y se presentaron los puntos de corte para la escala.	21, 24
Logística	1	Especificar cómo se superarán los obstáculos para encontrar a los 90 cuidadores.	Se detallaron estrategias de contacto múltiple (teléfono, visitas domiciliarias, cartas) para asegurar la participación de los cuidadores y se incluyó un plan de seguimiento y verificación de datos de contacto.	23
Pregunta de Investigación	2	Asegurar congruencia metodológica entre título, pregunta y objetivo.	Se revisó y corrigió la pregunta de investigación para que fuera congruente con el título y el objetivo general, asegurando la coherencia en la terminología utilizada.	19, 20
Objetivos	2	Asegurar congruencia metodológica entre título, pregunta y objetivos. Corregir verbos para adecuarse al nivel de estudio.	Se revisaron y corrigieron los objetivos para asegurar la congruencia metodológica y se ajustaron los verbos utilizados para que fueran apropiados para el nivel de investigación cuantitativa.	20

Unidad de Análisis	2	Corregir la unidad de análisis para que sea apropiada.	Se corrigió la unidad de análisis para que reflejara adecuadamente el foco del estudio, que son los cuidadores de pacientes con discapacidad.	21
Criterios de Exclusión	1, 2	Asegurar que los criterios de exclusión no sean los inversos de los de inclusión.	Se revisaron y ajustaron los criterios de exclusión para que no fueran simplemente los inversos de los de inclusión, especificando condiciones que impedirían la participación efectiva en el estudio.	22
Instrumento y Variables	2	Especificar claramente a qué se refieren las horas de trabajo al día en el instrumento. Incluir definición en la operacionalización de variables.	Se especificó en el instrumento que las horas de trabajo al día se refieren tanto a las horas dedicadas al cuidado del paciente como a las horas dedicadas a actividades laborales. Se incluyó esta definición en la tabla de operacionalización de variables.	37, 52

