



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN NORTE CIUDAD DE MEXICO  
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E  
INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"**



**TESIS**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO EN PACIENTES  
ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS DE LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR No.33, EL ROSARIO**

PRESENTA

**DRA. KENIA KAREN RAMÍREZ NÚÑEZ**

MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR.

ASESORA DE TESIS

**DRA. MÓNICA SÁNCHEZ CORONA**

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESOR MEDICO DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA Y  
FORMACIÓN DOCENTE DELEGACION NORTE DEL DISTRITO FEDERAL

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX.

FEBRERO 2017



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AUTORIZACIONES

---

**DR. ANDRES ROCHA AGUADO**

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33, "EL ROSARIO".

---

**DRA.HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL**

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33, "EL ROSARIO".

---

**DRA.MÓNICA CATALINA OSORIO GRANJENO**

PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
MEDICINA FAMILIAR.  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.33, "EL ROSARIO".

---

**DRA. MÓNICA SÁNCHEZ CORONA**  
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.  
PROFESOR MÉDICO DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA Y  
FORMACIÓN DOCENTE DELEGACIÓN NORTE CIUDAD DE MEXICO

ASESORA DE TESIS.

AUTOR DE TESIS

---

**DRA. KENIA KAREN RAMÍREZ NÚÑEZ**  
MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR.  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO".

## AGRADECIMIENTOS

Gracias a **Dios** por darme la vida, la fuerza y la voluntad para seguir adelante.

Gracias a mis padres, **Elena y Miguel** a quienes amo y admiro, responsables del gran porcentaje de mis logros académicos, profesionales y personales. Anhele que la presente tesis signifique para ellos un éxito compartido.

Gracias a mi hermana, **Yesleni** a quien amo, por estar conmigo en todo momento, apoyarme y ayudarme en el logro de mis proyectos.

Gracias a la **Dra. Mónica Sánchez**, quien sin duda alguna se merece todo mi reconocimiento y agradecimiento, quien me brindó su apoyo, disponibilidad y enseñanzas desde el primer día en que inicié con la elaboración de lo que hoy es este trabajo de grado. Es un gran ejemplo a seguir.

## ÍNDICE

<b>1. RESÚMEN</b>	<b>6</b>
<b>2. INTRODUCCIÓN</b>	<b>7</b>
<b>3. MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES CIENTÍFICOS</b>	<b>8</b>
<b>4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>21</b>
<b>5. OBJETIVOS</b>	<b>22</b>
<b>6. MATERIAL Y MÉTODOS</b>	<b>23</b>
<b>7. RESULTADOS</b>	<b>25</b>
<b>8. TABLAS Y GRÁFICAS</b>	<b>26</b>
<b>9. DISCUSIÓN</b>	<b>33</b>
<b>10. CONCLUSIÓN</b>	<b>35</b>
<b>11. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>36</b>
<b>12. ANEXOS</b>	<b>41</b>

## RESÚMEN

**Nivel de sobrecarga del cuidador primario en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus de la unidad de Medicina Familiar No.33, El Rosario.**

**Ramírez Núñez Kenia Karen<sup>1</sup>, Sánchez Corona Mónica<sup>2</sup>**

**Introducción:** La población de adultos mayores con diabetes mellitus con cierto grado de dependencia va en aumento, por lo que requieren mayor apoyo por parte del cuidador primario ocasionando que esté llegando a la sobrecarga. **Objetivo:** Determinar el nivel de sobrecarga del cuidador primario en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus de la Unidad de Medicina Familiar No.33, El Rosario. **Material y métodos:** es un estudio observacional, descriptivo, prolectivo, transversal y abierto. Tamaño de muestra de 369 cuidadores primarios (nivel de confianza 95%), mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, aplicando un cuestionario ex profeso para identificar los factores sociodemográficos (edad, género, escolaridad, estado civil, ocupación y parentesco); así como el nivel de sobrecarga del cuidador primario, el cual se evaluará a través de la escala de Zarit que permite determinar la ausencia o presencia de sobrecarga (ligera o intensa). El análisis de resultados se realizará mediante estadística descriptiva para estudios no paramétricos, utilizando porcentajes y frecuencias. **Resultados.** Las principales características de los participantes fueron: edad de 50 a 59 años (45%), género femenino (68%), escolaridad primaria (28%), estado civil casado (48%), parentesco hija (47%). El 62 % de los participantes presento ausencia de sobrecarga. **Conclusiones.** Se deben fomentar estrategias con enfoque preventivo relacionadas con la identificación oportuna de sobrecarga del cuidador.

**Palabras clave:** Adultos mayores, dependencia, sobrecarga del cuidador primario.

<sup>1</sup>Médico Residente de tercer año del Curso de especialización en Medicina Familiar.

<sup>2</sup>Profesor Médico, CIEFD, Delegación Norte Cd.Mex.

## INTRODUCCIÓN

Dentro de los principales retos de envejecimiento se encuentra el incremento de la población que desarrollará discapacidad y dependencia. Actualmente el 47.8% de los adultos mayores mexicanos padecen algún tipo de discapacidad y sufren las consecuencias de las enfermedades crónicas acumuladas, además, el avance en la transición demográfica y la carencia de apoyo formal, provocará que eventualmente se requiera más del apoyo de cuidadores informales. En este sentido, sin el entrenamiento y las técnicas adecuadas, estas personas, por lo regular familiares, llegarán al agotamiento, cansancio, o sobrecarga del cuidador. Dentro de las principales consecuencias de la sobrecarga del cuidador se encuentra el deterioro de su propia salud y a su vez de la salud del paciente cuidado.

Se define sobrecarga del cuidador a la respuesta multidimensional de la apreciación negativa y estrés percibido resultado del cuidado de un individuo, usualmente familiar, que padece una condición médica. También se describe como el grado en el que los cuidadores perciben que el cuidado que otorgan tiene un efecto adverso en su funcionamiento físico, emocional, social, espiritual o financiero.

Ante esta situación, surge la necesidad de anticiparse a la expectativa de crecimiento de la población dependiente y darle la importancia necesaria a este padecimiento poco reconocido, llegando más allá del discurso y obligando a implementar estrategias de detección e intervención que reduzca la carga de los cuidados, motivo por el cual se decidió realizar el presente estudio el cual tiene como propósito identificar los factores sociodemográficos así como el nivel de sobrecarga del cuidador primario de adultos mayores con diabetes mellitus derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33, "El Rosario".

La finalidad de la realización del presente trabajo es recabar información que pueda aportar mayor conocimiento para investigaciones futuras relacionadas con sobrecarga del cuidador primario y que se puedan plantear nuevas estrategias que impacten en la prevención y detección oportuna de esta entidad. Es posible solucionar esta problemática dado que la Unidad de Medicina Familiar No. 33 cuenta con servicios que proporcionan una atención transdisciplinar centrada en la prevención.



## MARCO TEÓRICO

México ha experimentado una profunda transformación demográfica, económica, social, política, urbana y epidemiológica, la estructura por edades de la población ha cambiado, pasando de una población predominantemente de menores de 15 años a una de jóvenes. Paulatinamente se ha acumulado una mayor cantidad de personas de 60 y más años, debido a la mayor esperanza de vida, y esto se ha acompañado de un aumento de la prevalencia de ciertas patologías como son las enfermedades crónicas y discapacidades físicas y/o psíquicas, que condicionan cierto grado de dependencia requiriendo ayuda para sus cuidados personales de modo permanente, con el consiguiente incremento de la demanda médica, social y familiar. (1)

El envejecimiento es un proceso que convierte a los adultos jóvenes en adultos mayores, la mayoría de ellos son sanos y no tienen necesidad de asistencia médica, sin embargo conforme avanza la edad presentan un deterioro fisiológico que aumenta progresivamente el riesgo de enfermedad y muerte. En las últimas décadas, se ha demostrado que el envejecimiento es un proceso que puede ser retardado o modificado, mediante la prevención e identificación oportuna de los padecimientos que impactan negativamente en la salud del adulto mayor. (1,2)

El franco descenso de la mortalidad, resultado de la expansión y cobertura de los servicios de salud, así como de la importación de medicamentos a bajo costo producidos por naciones desarrolladas y la política pronatalista, que intentó satisfacer la demanda de mano de obra para la industria creciente y para habitar el territorio nacional, propició un alto crecimiento demográfico en México a lo largo del Siglo XX, sobre todo de 1954 a 1974, cuando las tasas de natalidad superiores a 3% anual se encuentran entre las más altas observadas en la historia de la humanidad. (2)

Mundialmente se han registrado alrededor de 700 millones de personas de 60 años a más y, según la ONU para el año 2050 dicho total ascenderá al doble con 2,000 millones de adultos mayores, la mayoría, ubicados en países menos desarrollados<sup>4</sup>. América Latina y el Caribe tienen un aumento porcentual de personas mayores y disminución de menores de 15 años y de personas en edades productivas (15-59). En esta región, hoy la clase que corresponde a las personas de 60 años a más, es mayor, se modificó de 5.6% en 1950 a 9.9% en el año 2010; por lo que se concibe que en el 2100 este grupo sobrepasará el 35% de la población. Se pronostica que la tasa de crecimiento demográfico en América Latina seguirá siendo positiva del 2080-2085 y que continuará aumentando este tipo de población más apresuradamente que la restante. (3, 4)

En México, a partir del Siglo XX se presentaron cambios poblacionales significativos en cuanto a edad y sexo, por ejemplo, se percibió una reducción de los grupos de menor edad y un aumento de los grupos mayores, aspecto que expresa un gradual proceso de envejecimiento poblacional. En la actualidad las personas mayores de 60 años constituyen 10.9 millones de ciudadanos, equivalente al 9.3% del total de la población. (4)

Cabe señalar que al interior de este grupo de edad, se visualizan diversas etapas de desarrollo que marcan estilos de vida diferenciados, toda vez que se hace evidente la pérdida gradual de capacidades motrices y cognitivas conforme avanza la edad. De las personas de 60 años y más que se estimaron para 2014, 31.5% están en una etapa de prevejez (60 a 64 años); 41.1% se encuentran en una vejez funcional (65 a 74 años); 12.3% está en una vejez plena (75 a 79 años) y 15.1% transita por una vejez avanzada (80 años y más). En cuanto a la estructura por sexo, se hace más evidente un mayor monto de mujeres, consecuencia de la alta mortalidad masculina que se agudiza en esta etapa de vida: en la población de 60 a 64 años, hay 112 mujeres por cada 100 hombres y aumenta a 130 en los que tienen 80 años y más. (3,4, 5)

Lo que conlleva a comprender a este grupo etario por lo que se debe, tener clara la definición de "adulto mayor" misma que varía dependiendo de los estudios, algunos definen la población de edad avanzada como aquellos con  $\geq 60$  años de edad. Con frecuencia, se clasifican a las personas  $>65$  años de edad como personas de edad avanzada. Aunque no existe un consenso sobre la definición de adultos mayores, en general se acepta que un adulto mayor es aquel individuo que tiene 60 años o más y que presenta un deterioro lento y progresivo de la función que continúa hasta el final de la vida. (6)

La población mayor de 65 años no es una población homogénea; es evidente que no todos los ancianos son iguales y que las personas mayores pueden ser radicalmente diferentes unas de otras, aunque tengan una edad similar. Así, en la práctica clínica, se diferencian distintos perfiles de adultos mayores: (6,7)

1. *Adultos mayor sano*: se trata de una persona de edad avanzada con ausencia de enfermedad objetivable.
2. *Adulto mayor enfermo*: es aquel anciano sano con una enfermedad aguda; se comportaría de forma parecida a un paciente enfermo adulto.
3. *Adultos mayor frágil*: es aquel anciano que conserva su independencia de manera precaria y que se encuentra en situación de alto riesgo de volverse dependiente. Se trata de una persona con una o varias enfermedades de base, que cuando están compensadas permiten al anciano mantener su independencia básica, gracias a un delicado equilibrio con su entorno socio-familiar.

4. *Adultos mayor geriátrico*: es aquel paciente de edad avanzada con una o varias enfermedades de base crónicas y evolucionadas, en el que ya existe discapacidad de forma evidente; estos pacientes son dependientes para las actividades básicas de la vida diaria.

Los adultos mayores debido a aspectos propios del organismo envejecido presentan cambios inherentes relacionados con condiciones biológicas, psicológicas, sociales, cambios en la vida diaria y funcionalidad, por lo que requieren atención integral. (6,7)

En la ciudad de México, según la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe (SABE) se identificaron 426 (34.1 %) adultos mayores con dos o más enfermedades crónicas y el resto con una o ninguna enfermedad crónica, estos resultados son similares a los de otros países de Latinoamérica y el Caribe. En diferentes estudios se ha demostrado que una mayor comorbilidad en los adultos mayores trae consigo un impacto negativo en la mortalidad, función física y calidad de vida. (8, 9)

La OMS, en su informe Estadísticas sanitarias mundiales 2012, afirma que las enfermedades del corazón, los derrames cerebrales, la diabetes y el cáncer provocan en la actualidad dos tercios de muertes de adultos mayores a nivel mundial. También se menciona que las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, algunos tipos de cáncer, y las enfermedades respiratorias crónicas, aumentan de forma constante y afectan tanto al mundo desarrollado como a los países en desarrollo y, a personas de todas las edades. Las causas de las principales epidemias de enfermedades crónicas son estilos de alimentación poco saludable y el excesivo aporte calórico, el sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad, el consumo nocivo de tabaco y alcohol. (10)

En México, estadísticas de la Secretaría de Salud, revelan que las enfermedades crónico-degenerativas en el adulto mayor más frecuentes se encuentran la diabetes mellitus, hipertensión arterial crónica, artritis, enfermedad pulmonar, enfermedades cardíacas, desórdenes mentales y del comportamiento, cáncer, insuficiencia renal crónica y desórdenes neurológicos. (11)

La prevalencia de la diabetes mellitus (DM), en general, está creciendo en todo el mundo, y se está convirtiendo en una epidemia y un problema con una gran carga social y económica. Sin embargo, su prevalencia, comorbilidades y la tasa de mortalidad son más altas en ancianos que en los jóvenes. La DM diagnosticada y/o no diagnosticada afecta en México a 10.9 millones de adultos mayores de 65 años, y este número se espera que alcance 26.7 millones en 2050, lo que representará el 55% de todos los casos de diabetes. Casi 8 de cada 10 personas mayores tienen alguna forma de alteración glucémica de acuerdo a diferentes pruebas diagnósticas, lo que ha motivado a los epidemiólogos a clasificar a la DM con sus complicaciones como el problema de salud más alarmante de este siglo para las personas de mediana edad y de edad avanzada. (12,13)

La Federación Internacional de la Diabetes (IDF) define a la Diabetes Mellitus o diabetes, como una enfermedad crónica degenerativa que se presenta cuando el páncreas no produce insulina, o bien, la que se produce no es utilizada de manera eficiente por el organismo; ésta es la hormona responsable de que la glucosa de los alimentos sea absorbida por las células y dotar de energía al organismo. (14)

De acuerdo a la OMS se estima que aproximadamente 422 millones de personas en todo el mundo tienen diabetes, una cifra que probablemente se duplicará en los próximos 20 años. Se calcula que en 2012 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencia directa de la diabetes, principalmente en países de ingresos bajos y medios. La diabetes de tipo 2 representa el 90% de los casos mundiales, así mismo el 5% no tienen diagnóstico. México ocupa el 6to. Lugar mundial en número de personas con diabetes. Según las previsiones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de defunción para 2030. (15)

De acuerdo al Consenso Latinoamericano del 2010, reportan que México presenta una prevalencia de hasta 14.4% de diabetes mellitus. En la NOM-015-SSA2-2010 se hace referencia que la diabetes mellitus ocupa en México el primer lugar como causa de defunción. Cada año se presentan 400 000 casos y ocurren más de 60 mil muertes, las tendencias de morbilidad y mortalidad va en aumento. En la UMF 33 el Rosario existen 8800 paciente diagnosticados con diabetes mellitus mayores de 65 años de edad. (16)

Los adultos mayores con diabetes mellitus tienen un riesgo similar de complicaciones macro y micro vasculares que sus contrapartes más jóvenes, pero tienen un riesgo absoluto mucho más alto de enfermedades cardiovasculares y una mayor tasa de morbilidad y mortalidad que las personas de su misma edad sin diabetes mellitus, debido a la aterosclerosis acelerada que se presenta en estos pacientes. Las complicaciones más frecuentes son: la neuropatía de los pies que combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementan el riesgo de úlceras de los pies y, en última instancia, amputación; la retinopatía diabética es una causa importante de ceguera, al cabo de 15 años con diabetes, aproximadamente un 2% de los pacientes pierden por completo la vista y un 10% sufren un deterioro grave de la visión; la diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal, 10 a 20% de los pacientes con diabetes mueren por esta causa. (17,18)

También están en alto riesgo de discapacidades físicas y funcionales, comorbilidades, y dolores articulares que dificultan la realización de actividades de la vida diaria. Además, los síndromes geriátricos como deterioro cognitivo, depresión y la enfermedad de Alzheimer son más frecuentes en personas mayores. La resistencia a la insulina y el déficit en algunas vitaminas parecen relacionarse con enfermedades cerebrales en los adultos mayores. De hecho, la suplementación de vitamina D y un buen control de la DM parecen mejorar la actividad mental, sin embargo, nunca se ha demostrado que la vitamina D y otros

micronutrientes curen el Alzheimer u otra patología cerebral. La incontinencia urinaria y fecal son entidades más comunes en los diabéticos de edad avanzada en comparación con los no diabéticos. (19, 20)

Las condiciones del adulto mayor con diabetes mellitus, comorbilidades y complicaciones modifican la eficacia de los tratamientos, aumenta el riesgo de iatrogenias y eventos adversos, incrementa el riesgo de hospitalizaciones, prolongada estancia hospitalaria, empeora la calidad de vida de las personas, aumenta el riesgo de discapacidad y dependencia e incrementa el riesgo de muerte. (18, 21)

La definición de dependencia que más se impone en el contexto sanitario y social, es la del Consejo de Europa de 1998, que define la dependencia como “la consecuencia de una disminución de la capacidad funcional que origina al individuo dificultades para realizar alguna o algunas tareas (básicas o instrumentales), con necesidad de la ayuda de una persona para su realización”. (21,22)

La dependencia, es la principal preocupación, causa de sufrimiento y de baja calidad de vida en las personas adultas mayores. Su prevalencia aumenta con la edad y se relaciona con la presencia de enfermedad previa y estado de fragilidad del individuo, así el número de ancianos que necesitan ayuda para las actividades básicas de la vida diaria se duplica con cada década hasta la edad de 84 años y se triplica entre los 85 y 95 años. Lo anterior se correlaciona con un aumento de la morbilidad, mortalidad e institucionalización así como con el consumo de recursos tanto sanitarios como sociales, todo lo cual conlleva un aumento de los costos sanitarios. (21,23)

Las enfermedades la principal causa de dependencia, independientemente de la edad. Existe una relación evidente entre dependencia y enfermedad. La mayor parte de las personas con dependencia tienen enfermedades crónicas asociadas. La dependencia es el resultado de la combinación de cambios fisiológicos relacionados con la edad, las enfermedades crónicas y los procesos agudos o intercurrentes. Todo ello, además, influido por el entorno psicosocial, ambiental y sanitario. (22,24)

La baja natalidad y mortalidad, la elevada expectativa de vida y el consecuente predominio de las enfermedades crónicas, con el incremento en el número de personas de edad avanzada, son las principales características actuales y futuras de la sociedad; estos factores conllevan al incremento de personas que requieren cuidados durante largos períodos de tiempo, con mayor demanda de asistencia de manera informal. Frente a esta realidad, los adultos mayores con diabetes mellitus principalmente los dependientes usualmente, requieren de un cuidador o persona que atienda sus necesidades diarias y les suministre apoyo físico y emocional; la familia es la principal proveedora de cuidados y son generalmente las mujeres quienes asumen este rol. (24).

El cuidador primario se define como “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales”. Se diferencian los cuidadores directos de los indirectos por la necesidad de tener en cuenta diferentes grados de responsabilidad en el cuidado de los adultos mayores. A partir de esta definición general de cuidadores, se impone la diferenciación de los cuidadores directos o primarios, en cuidadores informales y formales. (25)

Los cuidadores “informales” no disponen de capacitación, no son remunerados por su tarea y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios. El apoyo informal es brindado principalmente por familiares (generalmente el cónyuge o familiar femenino más próximo), participando también amigos y vecinos. Los cuidadores informales, a su vez, se dividen en primarios y secundarios, la diferencia entre estos es el grado de responsabilidades que asumen hacia el paciente y el tiempo que dedican a cuidar al mismo; en este contexto, el cuidador primario es el encargado de tomar tanto la mayoría de las decisiones como invertir su tiempo acompañando al enfermo, mientras el secundario sólo es el relevo. Así mismo, organizan su vida en función del enfermo, y los cuidados proporcionados tienen que hacerse compatibles con las actividades de la vida cotidiana. (26)

Se define como cuidadores formales a “aquellas personas capacitadas a través de cursos teóricos-prácticos de formación dictados por equipos multi e interdisciplinarios de docencia para brindar atención preventiva asistencial y educativa al anciano y a su núcleo familiar”. Su campo de acción cubre el hogar, hospital de día, clubes y centros de jubilados, residencias geriátricas y servicios sanatoriales. El cuidador apoya al personal de enfermería y a equipos gerontológicos de trabajo”, también se considera que debe denominarse “cuidador formal” a toda aquella persona que cuida en forma directa a ancianos en diversos ámbitos, esté o no capacitado, recibiendo una paga o beneficio por su trabajo. (25,26)

Con el término “cuidar” se engloba una amplia lista de tareas, como son informar al médico sobre los síntomas del paciente, administrar el tratamiento, proveer los cuidados necesarios y participar en actividades básicas, como el aseo y alimentación, organizar el entorno familiar y tomar decisiones tan importantes como la ubicación del enfermo, la administración de los bienes o la incapacitación legal. (26)

En países como España, la figura del cuidador principal corresponde a una mujer de entre 50 y 60 años, ama de casa, con estudios básicos, que dedica varias horas al día a cuidar a su familiar. Otras veces, el cuidador principal es el cónyuge, con edad entre 70 y 80 años, con problemas de salud en ocasiones importantes lo

que a menudo se traduce en un «cuidador frágil», más vulnerable a las repercusiones que tiene el cuidado de la otra persona. (27)

El cuidador familiar no tiene formación en salud, no recibe remuneración económica y cumple con este papel sin someterse a normas de horario ni de procedimiento; pasan gran parte del día con la persona que cuidan y en muchas ocasiones conviven con ella. Conforme progresa la incapacidad, el papel del cuidador también va evolucionando involucrándose cada vez más en determinadas tareas, la ayuda que suministran es constante e intensa, y algunas veces esta atención sobrepasa la propia capacidad física y mental del cuidador, conformando un evento estresante crónico, que les genera un síndrome o sobrecarga del cuidador. (28)

En 1963, Grad y Sainsbury mencionaron por primera vez el concepto de carga en la bibliografía científica, al describir la carga percibida por los familiares al cuidado de sus semejantes afectados por alguna enfermedad mental en el domicilio, realizaron una investigación para conocer qué efectos tenía sobre la vida cotidiana de las familias el hecho de tener a un miembro con una enfermedad psiquiátrica. Para ello evaluaron la carga económica y emocional ocasionada por tener este tipo de enfermos. En los años 80 se realizaron estudios acerca de las consecuencias del cuidado de ancianos con síndromes demenciales, permitiendo establecer las repercusiones negativas que el rol tenía para los cuidadores. Lo anterior, se trasladó al estudio de cuidadores de adultos con diversos tipos de enfermedades crónicas. La definición que se le dio al concepto de carga en ese momento, ha sido la de asumirlo como un término global para describir la consecuencia física, emocional y económica de proporcionar el cuidado.(29)

Actualmente se define, sobrecarga del cuidador como la respuesta multidimensional de la apreciación negativa y estrés percibido resultado del cuidador de un individuo, usualmente familiar, que padece una condición médica. También se describe como el grado en que los cuidadores llevar sus roles y tareas que perciben que el cuidado que otorgan tiene un efecto adverso en su funcionamiento físico, emocional, social, espiritual o financiero. Los síntomas pueden ir desde frustración e irritabilidad por la dificultad para llevar a cabo sus roles y tareas que previamente se tenían, hasta ansiedad, depresión, empeoramiento de patologías pre-existentes y fatiga. (29)

Los aspectos que habitualmente contribuyen a la sobrecarga son:

1. Dependencia afectiva: es directamente proporcional a la progresión de la enfermedad, y tarde o temprano aparecen sentimientos como «nadie puede cuidarle mejor que yo» o «depende de mí para todo». Finalmente se hace tan intensa que resulta difícil distinguir quién necesita más a quién, si el enfermo al cuidador o el cuidador al enfermo, pudiendo prolongarse incluso después del fallecimiento.

2. Aislamiento social: progresivamente el enfermo se niega a salir y poco a poco el cuidador se encierra con él, lo que se traduce en una pérdida de aficiones, amistades e incluso de su propia vida laboral, apareciendo sentimientos de soledad, abandono y falta de ayuda.

3. Problemas familiares: existe una sensación de incompreensión de todas las personas que le rodean que favorece la tensión y discusiones familiares.

4. En caso de pacientes con demencia, en la fase avanzada aparecen alteraciones de la conducta, como agitación, delirios, alucinaciones y agresividad que se traducen en menor descanso del cuidador permaneciendo prácticamente las 24 horas del día al pendiente del enfermo, produciendo mayor sobrecarga. (30)

Como consecuencia, llega un momento en que el cuidador no puede más, apareciendo el estrés, la ansiedad y otras alteraciones psicológicas. (30)

Los cuidadores que viven con personas con enfermedades crónicas pueden experimentar consecuencias en 4 áreas que son: su vida personal, aislamiento social, afectación financiera y de la recompensa. Los impedimentos físicos y la carga financiera están asociados con una mayor tensión en la vida personal, mientras que el deterioro social tiene un alto impacto en los 4 factores. (31)

Existen varios factores asociados con la carga del cuidador que se pueden clasificar en 2 grupos; las características del cuidador y las características del paciente (tiempo de evolución de la enfermedad, complicaciones micro y macrovasculares así como comorbilidades asociadas). Una alta dificultad se asocia con el cuidado de una persona que requiere una mayor ayuda con las tareas diarias, similar a la relación con el paciente a hijo y la necesidad de una mayor comunicación con el médico del paciente. Otros factores asociados a mayor dificultad que dependen del cuidador son: el sexo femenino, los ingresos, la educación, la calidad de la relación, el estado de salud, la experiencia de los efectos adversos de la vida, la neurosis, la confianza del cuidador, la autoeficacia, las estrategias de afrontamiento, el funcionamiento familiar y el apoyo social. (32)

Maslach en 1996 identificó tres componentes principales para identificar el Síndrome del cuidador: Impacto del cuidador, Carga interpersonal y Expectativas de autoeficacia, con los que Zarit, Reever y Bach en 1983 consideraron la carga de los cuidadores como la clave para estudiar el desgaste ocasionado por el cuidado de personas con demencia y las investigaciones relacionadas con carga han dado origen a diversos instrumentos de medición que tomaron en cuenta dimensiones como la carga objetiva, subjetiva y evaluaciones globales de la misma, siendo hasta el momento, el más utilizado la escala de carga del cuidador de Zarit. Dicho instrumento contaba, originalmente, con 29 ítems diseñados para evaluar la carga subjetiva asociada al cuidado de ancianos, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: salud física y psicológica, área económica y laboral, relaciones sociales y relación con la persona receptora de cuidados. (29, 32)



En 1985 Zarit y Orr redujeron el número de 29 a 22 reactivos, dicha revisión fue validado por Martín y Salvado en 1996 en el Hospital Virgen del Camino de California, Estados Unidos, Montori y Col en 1998 residentes en zona urbana de Madrid. Distintos trabajos que han utilizado este instrumento informan de una consistencia interna entre .79 y .92 (Neary, 1993). Respecto a la validez de constructo, existen datos en relación a tres dimensiones: funcionamiento social, estado de ánimo y salud física. Las puntuaciones de carga correlacionan significativamente con la calidad de la relación entre el cuidador y el receptor de cuidados (Scharlach, 1987), síntomas psiquiátricos (Zarit *et al.*, 1987), estado de ánimo (Winogradet al, 1987) y salud física (Pratt et al, 1987). La entrevista de carga del cuidador de Zarit ha sido traducida y validada en diferentes países con adultos mayores dependientes, adultos con enfermedades crónicas degenerativas y/o enfermedades mentales. El número de factores que se han encontrado oscila entre tres y cinco, aunque es importante señalar que no hay un acuerdo respecto a cómo se deben llamar esos factores, por ejemplo: impacto del cuidado vs sobrecarga, relación interpersonal vs de dependencia, competencia vs autoeficacia. (33)

Actualmente existen una serie de herramientas que se pueden utilizar para evaluar la carga del cuidador, la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (ZBI) es una de las escalas comúnmente utilizadas en investigación y en la práctica clínica, ya que es una herramienta fácil de usar, tiene una validación extendida y es la escala más utilizada internacionalmente. El proceso de evaluación para este estudio analiza 4 tipos distintos de variables, sociodemográficas, características del cuidado, variables referidas al cuidador y variables referidas a la persona receptora de cuidados. Este instrumento es una prueba psicométrica de calificación objetiva, evaluando la presencia o ausencia sobrecarga medida en grados. Consta de 22 afirmaciones que describen como se sienten los cuidadores de personas dependientes, utilizando una escala de 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) y 4 (casi siempre). La puntuación final representa el grado de sobrecarga del cuidador: Menor o igual a 46: ausencia de sobrecarga, 47-55: sobrecarga ligera, mayor o igual a 56: sobrecarga intensa. Esta herramienta representa gran confiabilidad inter-observador (coeficiente de correlación intra-clase (CCI) 0,71 en su estudio original, y 0,71-0,85 en validaciones internacionales), consistencia interna (alfa de Cronbach 0,91 en estudio original, y 0,85-0,93 en varios países). Ha demostrado también gran validez de apariencia, contenido y constructo en diferentes adaptaciones lingüísticas. En validez de criterio, EZ muestra alta correlación con instrumentos afines ( $r = 0,71$  con índice Global de Carga;  $r = 0,41$  con Inventario Breve de Síntomas). Se estima 20,7% de trastornos mentales en cuidadores, siendo EZ capaz de discriminar distrés psíquico con una sensibilidad de 93%. (34)

Aunque la Escala de Zarit proporciona información útil acerca de cómo se encuentra el cuidador, no informa sobre los factores que inciden en la carga, por lo que se hace necesario utilizar además otros métodos e instrumentos para el estudio de las variables mediadoras. Otras escalas para evaluar la carga del cuidador son la Escala de Desempeño Psicosocial y la Escala autoaplicada de Carga Familiar, que constituyen adaptaciones españolas de la Social Behavior Assessment Schedules (SBAS). Debido a las deficiencias señaladas, se hace necesario estudios para crear instrumentos que midan la carga de los cuidadores cubanos, siendo la Escala Psicosocial del Cuidador, un ejemplo de prueba elaborada en Cuba, que se encuentra en proceso de validación. (34,35)

## **ANTECEDENTES CIENTÍFICOS**

Debido a que hasta ahora se ha prestado poca atención al impacto de la diabetes mellitus sobre la carga del cuidador, se busca confirmar la influencia de la diabetes mellitus sobre la percepción de la carga del cuidador entre los cuidadores.

En el 2008, en Nagoya, Japón se llevó a cabo el estudio “Influencia de la diabetes mellitus en la carga del cuidador en el cuidado domiciliario: un informe basado en el Estudio longitudinal de Nagoya de ancianos frágiles.” Es un gran estudio prospectivo de 1875 ancianos de la comunidad. Un total de 1592 pares de dependientes y cuidadores fueron incluidos en el análisis. Los datos que usamos en este estudio incluyeron la versión japonesa de la Entrevista de Carga de Cuidador de Zarit (J-ZBI), características de cuidadores y dependientes, y situación de cuidado. Los pares fueron clasificados en un control y tres grupos de DM: (i) no DM; (ii) DM que no toma ningún medicamento; (iii) DM que toma sólo medicamentos orales; Y (iv) DM que toma insulina. Se evaluaron las diferencias en las características de dependientes y cuidadores entre los grupos. Doscientos veintiocho dependientes del estudio NLS-FE tenían DM. De éstos, el 25% no tomó ningún medicamento para tratarlo, el 55% tomó medicamentos orales solamente y el 20% usó insulina. No se encontraron diferencias estadísticas en edad, género o parentesco entre los cuidadores. No se encontraron diferencias entre las categorías de DM en los niveles de carga del cuidador según el J-ZBI, antes y después del ajuste para estas variables de línea de base. Entre los ancianos frágiles que viven en la comunidad, la diabetes mellitus no es un predictor independiente de la carga del cuidador. (36)

Una investigación realizada en el Hospital Universitario Erasmo, Meoz de Cúcuta, Colombia, por Claro y colaboradores, tuvo como objetivo determinar la asociación de las características sociodemográficas con el grado de sobrecarga en los cuidadores de pacientes diabéticos del Hospital Universitario Erasmo Meoz

durante el año del 2010 y primer semestre del 2011, el tipo de estudio fue de abordaje cuantitativo descriptivo correlacional. Se midió el nivel de sobrecarga a través de la encuesta de Zarit y se utilizaron instrumentos de caracterización sociodemográfica, se aplicó a 252 cuidadores primarios. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre las variables género, edad, estado civil, ocupación, y horas de cuidado con el nivel de sobrecarga; en contraste, el nivel de escolaridad, el tipo de vivienda y el parentesco no se relacionaron con la percepción de sobrecarga. . Se concluyó que algunas variables del perfil sociodemográfico del cuidador y de la provisión del cuidado aparecen fuertemente relacionadas con la percepción de sobrecarga de éste. (37)

Bajo la premisa de que las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales, tienen impacto en la vida de los enfermos y los cuidadores, Chindaprasirt y colaboradores propusieron como objetivo identificar las características de los cuidadores, la severidad de la sobrecarga y ofrecer estrategias de apoyo. Estos cuidadores ayudaban a una población de adultos mayores con enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes. Se recopiló información sobre las características de referencia y la carga del cuidador utilizando el inventario de carga de Zarit (ZBI). Ciento cincuenta cuidadores fueron entrevistados entre febrero y marzo de 2012. La ZBI media fue 20,8 + 11,3 [IC del 95%: 19,0, 22,7]. La mayoría de la carga del cuidador fue clasificada como sin carga (52%). La edad de los cuidadores, el estado de salud autodeclarado y la duración de la atención tuvieron una relación positiva con las puntuaciones de la ZBI, mientras que los ingresos autoinformados tuvieron un resultado negativo. La carga del cuidador entre las personas mayores de la comunidad tailandesa era pequeña, ya que la mayoría de las personas atendidas tenían una enfermedad sin complicaciones, pero esto podría subestimarse. Los factores dependientes de los cuidadores estaban más fuertemente asociados con una carga elevada que las características del paciente. Los proveedores de atención médica deben considerar estos factores para las intervenciones para aliviar la carga. (38)

La sobrecarga de los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer se asocia con el estado funcional del paciente y también puede estar influenciada por condiciones médicas comórbidas crónicas, como la diabetes. Esta investigación realizada en el 2016 evaluó si la diabetes comórbida en pacientes con enfermedad de Alzheimer afecta la carga del cuidador y si los cuidadores con diabetes experimentan una carga mayor que los cuidadores sin diabetes. También se evaluó el uso de los recursos de cuidado de los cuidadores y del paciente. Se analizaron datos basales del estudio observacional de GERAS de pacientes con Enfermedad de Alzheimer y sus cuidadores (ambos n = 1495) en Francia, Alemania y el Reino Unido. La carga del cuidador fue evaluada usando la entrevista de la carga de Zarit (ZBI). Se evaluó el tiempo de los cuidadores en las actividades de la vida diaria (ADL: ADL básica, ADL instrumental, iADL) y supervisión (horas / mes), y el cuidador y paciente HCRU (consultas ambulatorias,

Instrumento para el mes anterior a la visita de referencia. El tiempo de supervisión y la ADL básica se analizó mediante regresión binomial negativa inflada a cero. Los resultados obtenidos indican que los cuidadores de pacientes con diabetes (n = 188) eran más jóvenes y tenían más probabilidades de ser mujeres ( $p < 0,05$ ), en comparación con cuidadores de pacientes sin diabetes (n = 1307). Los análisis demostraron que los cuidadores de pacientes con diabetes pasaron significativamente más tiempo en iADL (+16%,  $p = 0,03$ ). Los pacientes con diabetes tuvieron un aumento del 63% en las probabilidades de requerir supervisión versus aquellos sin diabetes ( $p = 0,01$ ). Cuidador y paciente HCRU no difieren según la diabetes del paciente. Los cuidadores con diabetes (n = 127) no difirieron de los que no tenían diabetes (n = 1367) con respecto a la carga / tiempo, pero los cuidadores con diabetes tuvieron un aumento del 91% en las probabilidades de tener visitas ambulatorias ( $p = 0,01$ ). Este análisis transversal encontró que el tiempo del cuidador en iADL y supervisión fue mayor para cuidadores de pacientes con EA y diabetes versus sin diabetes, mientras que la HCRU no fue afectada por la diabetes del paciente. Los análisis longitudinales que evalúan el cambio en la carga del cuidador a lo largo del tiempo por el estado de la diabetes del paciente pueden ayudar a aclarar el impacto acumulativo de la diabetes y la demencia sobre la carga del cuidador. (39)

En la investigación llevada a cabo por Bello-Pineda se determinó el grado de sobrecarga que presentan los cuidadores primarios de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas en la UMF No. 66 de Xalapa, Veracruz, en el periodo de marzo a diciembre de 2012. Se realizó una encuesta de forma prospectiva en la consulta externa de la UMF No. 66 a 281 los cuidadores primarios, a través de la cual se evaluaron las características sociodemográficas, el grado de dependencia del paciente mediante la escala de Barthel y el grado de sobrecarga del cuidador través de la escala de Zarit. El 79% de los cuidadores eran mujeres, con una edad promedio de 48 años de edad, 57% eran casadas, 58% hijas del paciente cuidado, el 47% además fungían como empleados y el 79% presentaba alguna patología (siendo las principales obesidad, hipertensión arterial y diabetes). El 59% tenía de 1 a 3 años ejerciendo la función de cuidador. En cuanto a los pacientes, estos eran el 69% mujeres y 31% hombres, el 43% contaba con 3 o más patologías, siendo las principales hipertensión, diabetes y osteoartritis. El 52% de los cuidadores presentaron algún grado de sobrecarga de acuerdo a la escala de Zarit y el 88% de los pacientes cuidados presentó algún grado de dependencia de moderada a severa. Se relacionó el grado de sobrecarga del cuidador con el grado de dependencia ( $p=0.000$ ), la sobrecarga con el tiempo de ejercer como cuidador ( $p= 0.019$ ) y con los antecedentes personales patológicos del cuidador ( $p= 0.010$ ). Por lo que, los autores identificaron una prevalencia de sobrecargar en más de la mitad de la población de cuidadores de pacientes crónico-degenerativos, la cual está estrechamente relacionado con el tiempo de ejercer esta función, con las patologías con las que cuenta el cuidador y con el grado de dependencia de los

pacientes cuidados. De esta forma es prioritario poder realizar programas para evaluar y dar seguimiento al estado de salud para evitar el desarrollo de complicaciones y la presencia de otras enfermedades en el cuidador. (40)

En otra investigación llevada a cabo por Palomé-Vega en el año 2014, se estudió el nivel de sobrecarga del cuidador principal de pacientes enfermos crónicos hospitalizados dentro del Hospital General de Querétaro. Se realizó un estudio cuantitativo de tipo transversal descriptivo, con un muestreo de tipo no probabilístico. Se aplicó la escala de Zarit a un total de 48 cuidadores dentro de las áreas de medicina interna, infectología, cirugía y traumatología. Los datos se procesaron en el programa SPSS v.19, para presentación estadística descriptiva y correlaciones. De las patologías de los pacientes hospitalizados, el 51.2% tenían complicaciones de la DM. La edad mínima de los cuidadores era 18 años con una máxima de 70, las mujeres cuidadoras representaron el 43.75% de los cuidadores primarios encuestados. El 43.75% de los cuidadores presentaban sobrecarga leve, el 10.4% sobrecarga moderada y el 2.1% sobrecarga severa. A pesar de los niveles de sobrecarga identificados los cuidadores no desean dejar el cuidado de su familia a otra persona. (41)

En la ciudad de México la Lic. Hilda Rivera Mora y Cols., en el 2011, llevo a cabo un estudio en la clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE con el fin de identificar el perfil del cuidador primario del paciente geriátrico y relacionar la sobrecarga del cuidador con su calidad de vida. Se realizó un estudio transversal analítico de los cuidadores primarios de pacientes atendidos en la clínica. Se utilizó la escala de Zarit para calcular la sobrecarga de cuidador y el perfil de salud de Nottingham para valorar la calidad de vida. Para vincular las variables sociodemográficas y de salud, y las características de la actividad con la carga del cuidador, se utilizaron las pruebas de U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis; en tanto que para relacionar la carga del cuidador con la calidad de vida se utilizó sólo Kruskal-Wallis. En todos los casos se obtuvo un nivel de significancia de 0.05, mediante el programa estadístico SPSS versión 15. De los 100 cuidadores incluidos en el estudio, 11% eran hombres, con edad promedio de 52.9 años; 26% tenía estudios profesionales. En cuanto a la salud, 27% sufría hipertensión arterial y 18%, diabetes mellitus. Según la escala de Zarit, 14% de los cuidadores experimentaba sobrecarga leve y 11%, sobrecarga intensa. Se obtuvo la relación con significado estadístico entre la carga de cuidador y el nivel de escolaridad, la hipertensión arterial y el parentesco, así como con todas las dimensiones de la calidad de vida. Se obtuvo la relación con significado estadístico entre la carga de cuidador y el nivel de escolaridad, la hipertensión arterial y el parentesco. El aumento en el desgaste del cuidador afecta su calidad de vida. (42)

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México, se ha presentado un aumento considerable de adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, los cuales probablemente ya presentan algún tipo de complicación, con cierto grado de dependencia, lo que demanda apoyo físico, emocional y financiero por parte de los cuidadores que, por lo general, es algún miembro de la familia, lo cual puede significar una fuente de apoyo y cariño, o, en su defecto, ejercer una influencia destructora y opresora para la salud del adulto mayor. También el cuidador primario puede llegar a presentar cierto tipo de sobrecarga ocasionando graves consecuencias sobre su salud, así como en su ámbito familiar, económico y social.

El perfil del cuidador en la mayoría de las familias es una única persona que asume la mayor parte de la responsabilidad de los cuidados, necesidades básicas y psicosociales del enfermo o lo supervisa en su vida diaria, se han asociado factores que caracterizan este papel como son: el parentesco, edad, nivel de escolaridad y sexo. Estas personas suelen interrumpir su ritmo habitual y limitar su vida social, lo que trae con el tiempo una repercusión negativa en su salud, que puede presentar un conjunto de problemas físicos, mentales, sociales y económicos, a los que generalmente se les denomina "sobrecarga", caracterizado por un cuadro plurisintomático que afecta de manera insidiosa, con repercusiones médicas, sociales, económicas, y otras que pueden llevar al "cuidador primario" a tal grado de frustración que finalmente colapse, evidenciando la enfermedad.

Existen escalas que se encargan de medir este grado de sobrecarga, entre ellas la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit es un instrumento que, evalúa los efectos negativos del rol de cuidador en las áreas de salud física y psíquica, actividades sociales y recursos económicos.

La diabetes mellitus tipo 2 en población de adultos mayores es un problema de salud pública, por lo que se debe trabajar en equipo con la finalidad de disminuir las complicaciones que esta patología conlleva; y así minimizar el grado de dependencia de estos pacientes lo cual favorecerá el disminuir la sobrecarga que presentan sus cuidadores primarios, por lo que el médico familiar deberá tener presente este problema de salud y así desarrollar estrategias preventivas y detecciones tempranas; concientizando al cuidador primario de que existe la sobrecarga del cuidador y que repercusiones en salud y entorno familiar y social representa.

La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades cronicodegenerativas con mayor impacto en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 El Rosario, siendo el grupo etario de los Adultos Mayores en quienes prevalece. Se ha observado durante la consulta externa de medicina familiar que debido a las complicaciones de la enfermedad cada vez requieren mayor número de cuidados personales de forma

permanente estos pacientes, los cuales por lo regular acuden a su control mensual acompañados mes con mes del mismo cuidador primario, es importante conocer las características de los cuidadores como son: edad, sexo, estado civil, escolaridad y ocupación, y si presenta algún tipo de sobrecarga, que puede ir de un nivel leve a uno severo con importantes repercusiones en su salud, de la misma forma, por lo que es importante tomar acciones de tipo preventivo enfocadas al sobrecarga del cuidador primario y otorgar una atención integral de calidad.

Por lo anterior, se plantea la siguiente pregunta:

*¿Cuál es el nivel de sobrecarga del cuidador primario en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus, de la Unidad de Medicina Familiar No. 33, El Rosario?*

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar el nivel de sobrecarga del cuidador primario en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus de la Unidad de Medicina Familiar No.33, El Rosario.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Conocer la frecuencia de ausencia de sobrecarga del cuidador primario en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus de la Unidad de medicina familiar No.33, El Rosario.
- Conocer la frecuencia de sobrecarga leve del cuidador primario en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus de la Unidad de medicina familiar No.33, El Rosario.
- Conocer la frecuencia de sobrecarga intensa del cuidador primario en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus de la Unidad de medicina familiar No.33, El Rosario.
- Conocer los factores sociodemográficos (edad del paciente, genero, ocupación, escolaridad, parentesco y estado civil) de los cuidadores primarios de adultos mayores con diabetes mellitus de la Unidad de medicina familiar No.33, El Rosario.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 33, “El Rosario”, perteneciente a la delegación Norte de la Ciudad de México, del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en la Avenida Renacimiento y Avenida de la Culturas S/N, en la colonia “El Rosario”, de la Delegación Azcapotzalco en la Ciudad de México. Este estudio se realizó en el servicio de consulta externa, con el objetivo de identificar los factores sociodemográficos, y nivel de sobrecarga del cuidador primario de adultos mayores con diabetes mellitus derechohabientes de dicha unidad.

El estudio fue observacional, descriptivo, transversal, prospectivo. Incluyó una muestra de 369 cuidadores de ambos turnos, que acudieron a consulta externa del servicio de Medicina Familiar, los cuales fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión: Que aceptaran participar en el estudio cuidadores de derechohabientes de 65 años y más con Diabetes mellitus tipo 2 de más de 5 años de diagnóstico, de la Unidad de Medicina Familiar No. 33, “El Rosario”, del turno matutino y vespertino, y que acudieran a consulta mensual en el último año. Los criterios de exclusión fueron: Familiar de paciente adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 que tuviera comorbilidades que conllevaran a mayor dependencia del adulto mayor como son: enfermedad renal crónica en fase terminal, ceguera, secuelas de evento vascular cerebral y demencia, que tuvieran menos de 18 años de edad y más de 60 años de edad. Los criterios de eliminación fueron: cuidadores primarios de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que no llenaran correctamente o en su totalidad el cuestionario y cuidadores primarios que decidieran retirarse del estudio antes de concluirlo.

El tamaño de la muestra se calculó tomando en cuenta un error de estimación del 5% (0.05), con un intervalo de confianza del 95%, con un grupo de estudio de 8800 derechohabientes adultos mayores de 65 años de edad, con diabetes mellitus tipo 2.

Previo consentimiento informado (Anexo No. 1), se aplicó un cuestionario diseñado ex profeso (Anexo No. 2) a los participantes que cumplían con los criterios de inclusión. Dicho cuestionario consta de 6 ítems, los cuales permiten identificar los factores sociodemográficos de cuidadores primarios de adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33, “El Rosario”.

En relación a los factores sociodemográficos se incluyó; edad, género, escolaridad, estado civil, ocupación y parentesco, correspondiendo los ítems del 1 al 6 del cuestionario.



Por último, el nivel de sobrecarga del cuidador primario, fue evaluado a través de la escala de Zarit, la cual consta de 22 afirmaciones que describen como se sienten los cuidadores de personas dependientes, la puntuación final permite identificar tres rubros que son ausencia de sobrecarga, sobrecarga ligera o sobrecarga intensa (anexo 3).

Para el análisis de resultados, se utilizó estadística descriptiva, utilizando medidas de tendencia central, con cálculo de porcentajes y frecuencias. Se diseñó una base de datos en programa Excel, con la que se realizaron tablas y gráficos.

Se hizo hincapié a los participantes, que no se expondrá sus datos personales en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio, respetando de esta forma, su confidencialidad.

Este estudio se realizó bajo los lineamientos éticos y normativos de investigación en salud en seres humanos

## RESULTADOS

Se realizó un estudio con la finalidad de identificar los factores sociodemográficos, y el nivel de sobrecarga del cuidador primario de adultos mayores con diabetes mellitus derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33, "El Rosario", encuestando un total de 369 pacientes, equivalente al 100% de la muestra.

En lo referente a las características **sociodemográficas**:

De acuerdo a la distribución por grupo de edad, se obtuvo: 18 a 29 años, 50 (13%); 30 a 39 años, 48 (13%); 40 a 49 años, 102 (27%); 50 a 59 años, 169 (45%). (Tabla y Gráfica No.1).

Referente a la distribución por género, se encontró que: 253 (68%) son género femenino y 116 (31%) son género masculino. (Tabla y Gráfica N° 2).

Con respecto a la distribución por escolaridad se encontró, que los cuidadores primarios de pacientes adultos mayores con diabetes mellitus: analfabeta 8 (2%), primaria 106 (28%), secundaria 102 (27%), preparatoria 101 (27%), licenciatura 52 (14%) y posgrado 3 (0.8%). (Tabla y Gráfica No.3)

Lo referente al estado civil, se obtuvo: casados 178 (48%), unión libre 53 (14%), separado 14 (3%), divorciado 10 (2%), viudo 22 (5%) y soltero 92 (24%). (Tabla y Gráfica N° 4).

En cuanto a la ocupación de los derechohabientes en estudio, se obtuvo: Ama de casa 132 (35%), empleados 124 (33%), obreros 37 (10%), profesionista 29 (7%), desempleado 19 (5%), jubilado 15 (4%) y estudiante 13 (3%). (Tabla y Gráfica No.5).

En relación al parentesco del cuidador primario con el derechohabiente, se obtuvo que: esposo 62 (16%), hijo (176 (47%), hermano 26 (7%), nieta 28 (7%), otro 60 (16%) y sin parentesco 17 (4%). (Tabla y Gráfica No.6).

En cuanto al nivel de sobrecarga del cuidador, se obtuvo: Ausencia de sobrecarga 232 (62%), sobrecarga leve 95 (25%), sobrecarga intensa 42 (11%). (Tabla y Gráfica N°7).

Al analizar las variables sociodemográficas de los 95 participantes con sobrecarga de cuidador leve, predominaron los siguientes resultados: 54 (56%) tenían de 50 a 59 años, género femenino 67 (70%), escolaridad secundaria 31 (32%), estado civil casado 40 (42%), ocupación ama de casa 40 (42%), parentesco hija 51 (53%). Al analizar las variables sociodemográficas de los 42 participantes con nivel de sobrecarga del cuidador severa, predominaron los siguientes resultados: 23 (54%) tenían de 50 a 59 años de edad, género femenino 31 (73%), escolaridad primaria 12 (28%), estado civil casado 22 (52%), ocupación ama de casa 15 (35%), parentesco hija 21 (50%). Tabla 8.

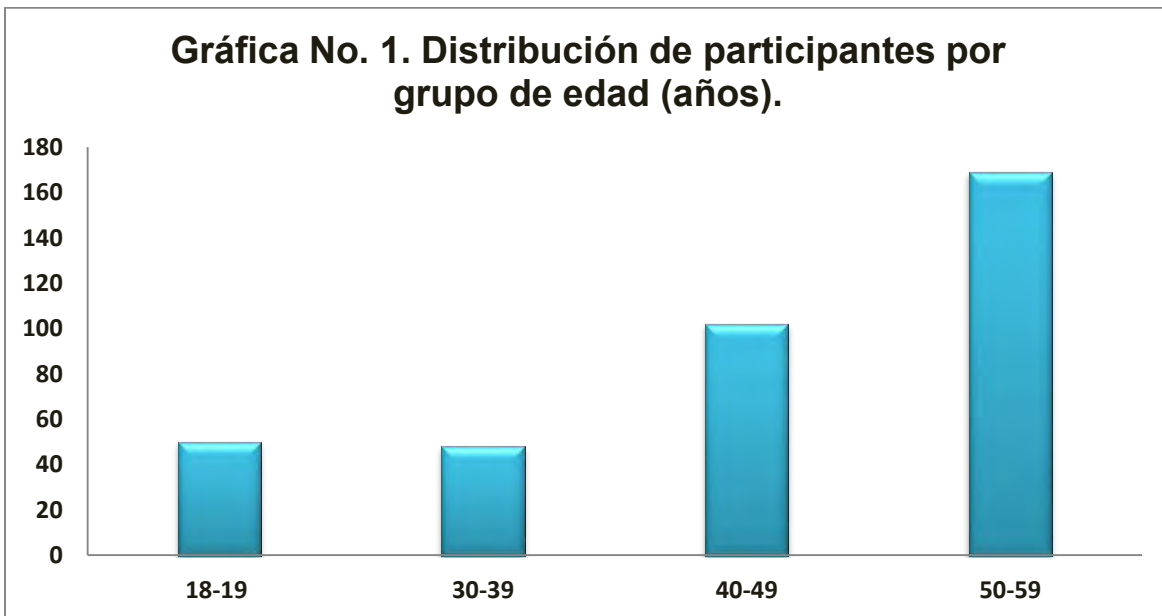
## TABLAS Y GRÁFICAS

**Tabla No. 1. Distribución de participantes por grupo de edad (años)**

Edad (años)	18-19	30-39	40-49	50-59
No.	50	48	102	169

Fuente: Nivel de sobrecarga del cuidador primario en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus de la Unidad de Medicina Familia No. 33 El Rosario.

**Gráfica No. 1. Distribución de participantes por grupo de edad (años).**



Fuente: Nivel de sobrecarga del cuidador primario en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus de la Unidad de Medicina Familia No. 33 El Rosario.

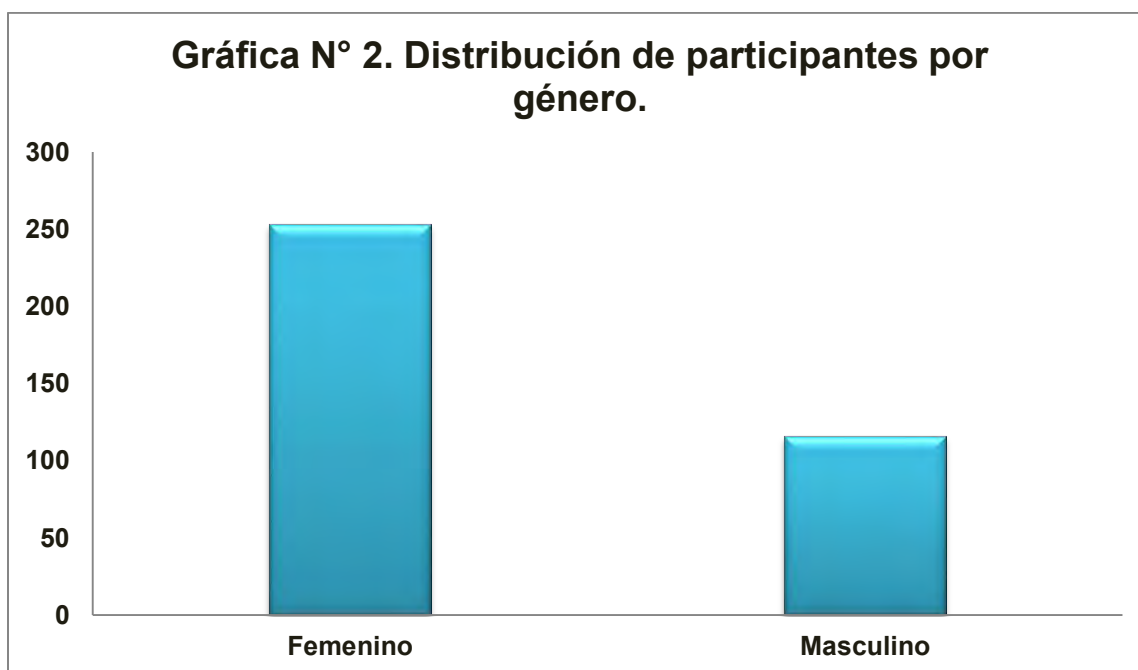
---

**Tabla No. 2. Distribución de participantes por género.**

<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>
<b>253</b>	<b>116</b>

**Fuente:** Nivel de sobrecarga del cuidador primario en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus de la Unidad de Medicina Familia No. 33 El Rosario.

---

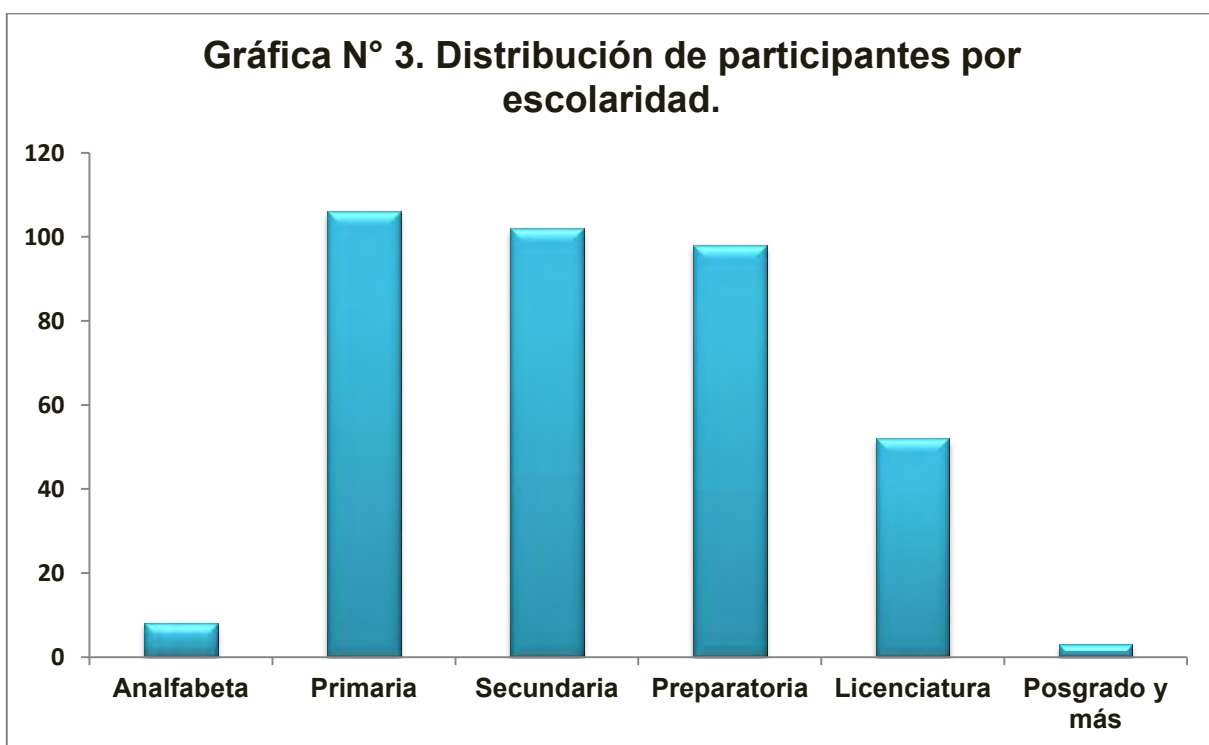


**Fuente:** Nivel de sobrecarga del cuidador primario en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus de la Unidad de Medicina Familia No. 33 El Rosario.

**Tabla N° 3. Distribución de participantes por escolaridad.**

Analfabeta	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Licenciatura	Posgrado
8	106	102	98	52	3

**Fuente:** Nivel de sobrecarga del cuidador primario en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus de la Unidad de Medicina Familia No. 33 El Rosario.

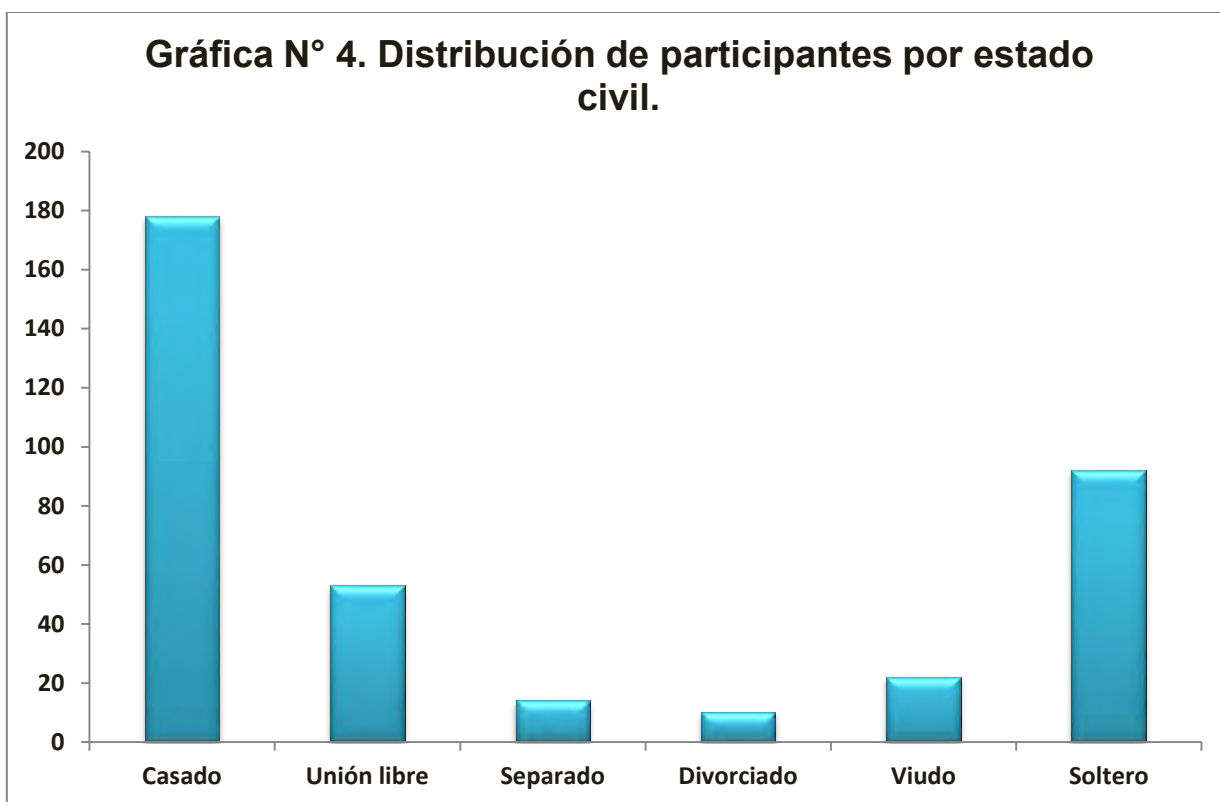


**Fuente:** Nivel de sobrecarga del cuidador primario en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus de la Unidad de Medicina Familia No. 33 El Rosario.

**Tabla N° 4. Distribución de participantes por estado civil.**

Casado	Unión libre	Separado	Divorciado	Viudo	Soltero
178	53	14	10	22	92

Fuente: Nivel de sobrecarga del cuidador primario en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus de la Unidad de Medicina Familia No. 33 El Rosario.

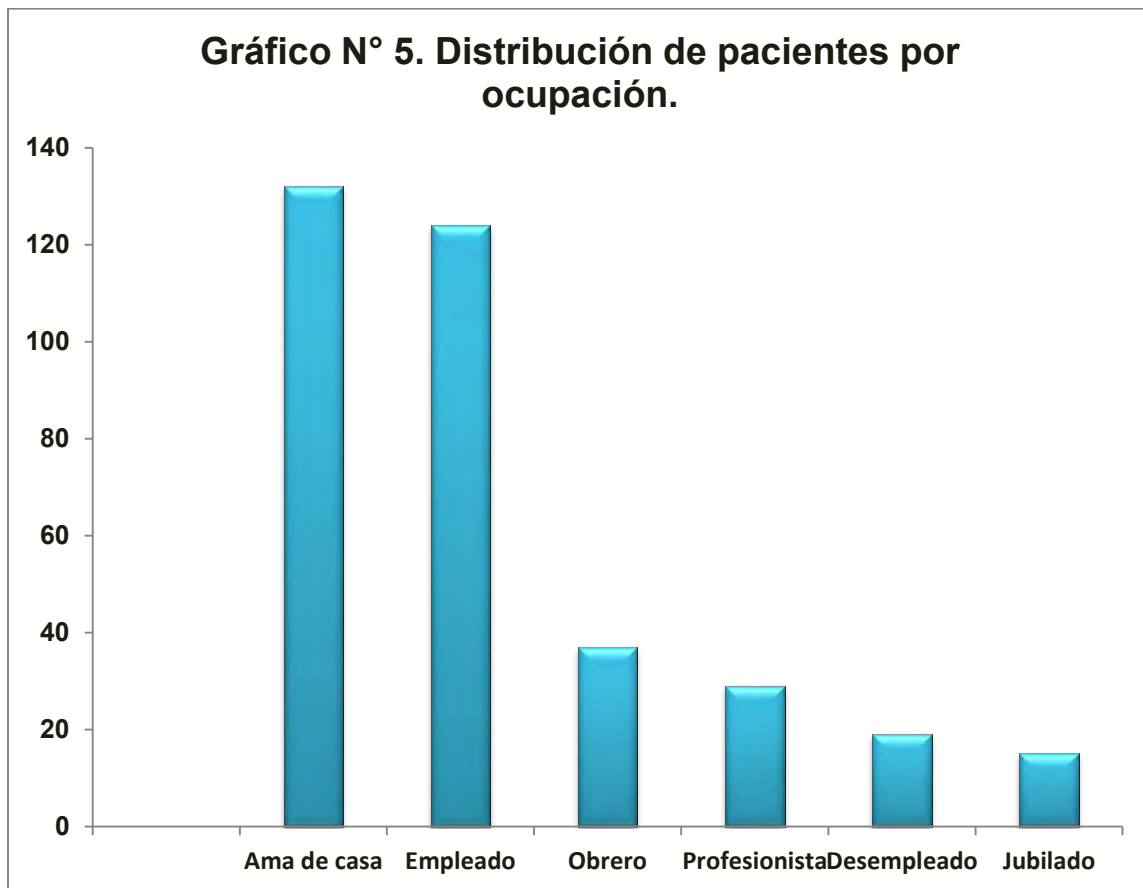


Fuente: Nivel de sobrecarga del cuidador primario en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus de la Unidad de Medicina Familia No. 33 El Rosario.

Tabla N° 5. Distribución de participantes por ocupación.

Ama de casa	Empleado	Obrero	Profesionista	Desempleado	Jubilado	Estudiante
132	124	37	29	19	15	13

Fuente: Nivel de sobrecarga del cuidador primario en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus de la Unidad de Medicina Familia No. 33 El Rosario.

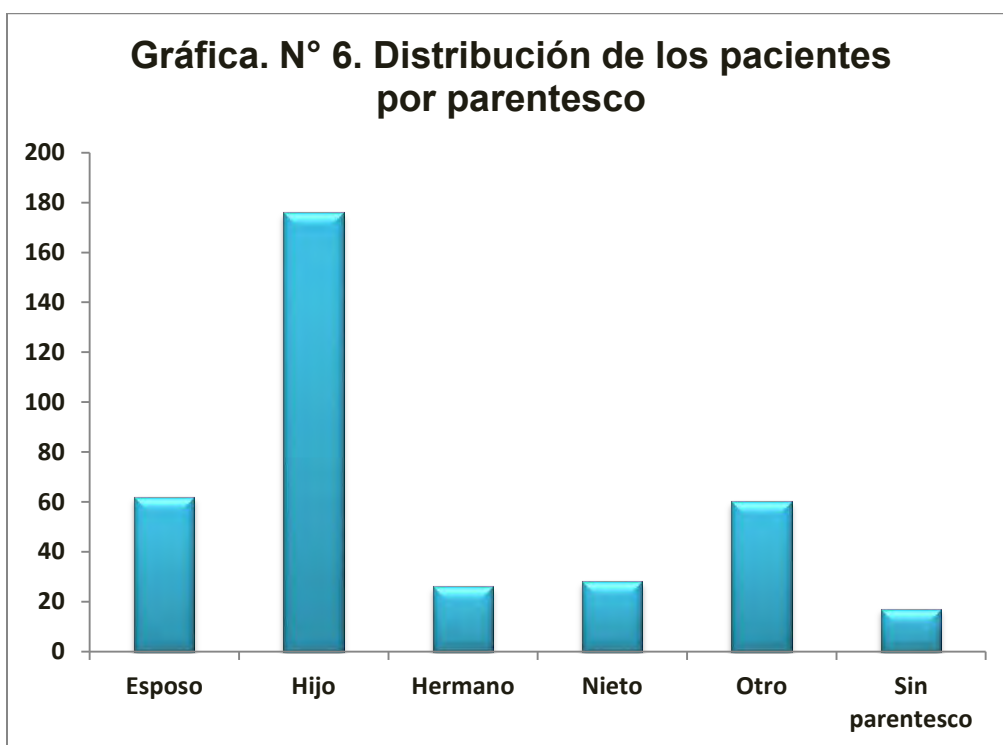


Fuente: Nivel de sobrecarga del cuidador primario en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus de la Unidad de Medicina Familia No. 33 El Rosario.

**Tabla N° 6. Distribución de participantes por parentesco.**

Esposo	Hijo	Hermano	Nieto	Otro	Sin parentesco
62	176	26	28	60	17

**Fuente:** Nivel de sobrecarga del cuidador primario en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus de la Unidad de Medicina Familia No. 33 El Rosario.



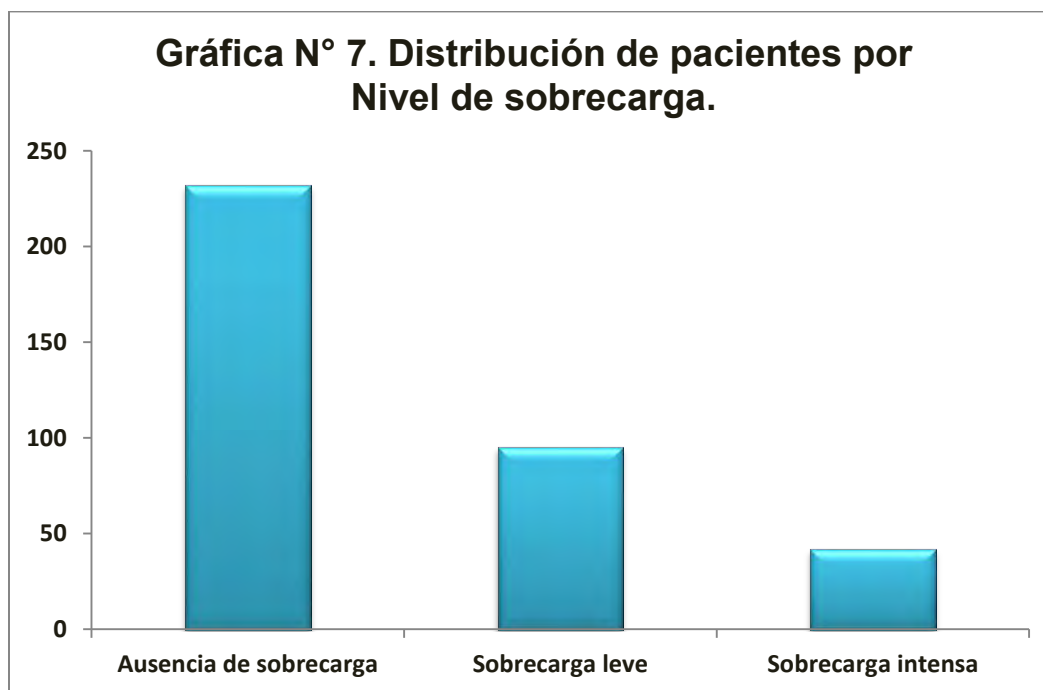
**Fuente:** Nivel de sobrecarga del cuidador primario en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus de la Unidad de Medicina Familia No. 33 El Rosario.



**Tabla N° 7. Distribución de participantes por Nivel de sobrecarga.**

<b>Ausencia de sobrecarga</b>	<b>Sobrecarga leve</b>	<b>Sobrecarga intensa</b>
<b>232</b>	<b>95</b>	<b>42</b>

**Fuente:** Nivel de sobrecarga del cuidador primario en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus de la Unidad de Medicina Familia No. 33 El Rosario.



**Fuente:** Nivel de sobrecarga del cuidador primario en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus de la Unidad de Medicina Familia No. 33 El Rosario.

**TABLA N° 8**

	<b>SOBRECARGA LEVE</b>	<b>SOBRECARGA INTENSA</b>
<b>EDAD (AÑOS)</b>		
<b>18-29</b>	<b>5</b>	<b>3</b>
<b>30-39</b>	<b>11</b>	<b>3</b>
<b>49-49</b>	<b>25</b>	<b>13</b>
<b>50-59</b>	<b>54</b>	<b>23</b>
<b>GENERO</b>		
<b>Femenino</b>	<b>28</b>	<b>11</b>
<b>Masculino</b>	<b>67</b>	<b>31</b>
<b>ESCOLARIDAD</b>		
<b>Analfabeta</b>	<b>6</b>	<b>1</b>
<b>Primaria</b>	<b>19</b>	<b>12</b>
<b>Secundaria</b>	<b>31</b>	<b>10</b>
<b>Preparatoria</b>	<b>26</b>	<b>15</b>
<b>Licenciatura</b>	<b>12</b>	<b>4</b>
<b>Posgrado/Maestría</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>ESTADO CIVIL</b>		
<b>Casado</b>	<b>40</b>	<b>22</b>
<b>Unión Libre</b>	<b>20</b>	<b>4</b>
<b>Separado</b>	<b>4</b>	<b>3</b>
<b>Divorciado</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>Viudo</b>	<b>6</b>	<b>3</b>
<b>Soltero</b>	<b>23</b>	<b>9</b>
<b>OCUPACIÓN</b>		
<b>Ama de casa</b>	<b>40</b>	<b>15</b>
<b>Empleado</b>	<b>31</b>	<b>13</b>
<b>Obrero</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>Profesionista</b>	<b>6</b>	<b>1</b>
<b>Desempleado</b>	<b>9</b>	<b>1</b>
<b>Jubilado</b>	<b>2</b>	<b>4</b>
<b>Estudiante</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>PARENTESCO</b>		
<b>Esposo</b>	<b>19</b>	<b>8</b>
<b>Hijo</b>	<b>51</b>	<b>21</b>
<b>Hermano</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
<b>Nieto</b>	<b>12</b>	<b>9</b>
<b>Otro parentesco</b>	<b>10</b>	<b>0</b>
<b>Sin parentesco</b>	<b>0</b>	<b>1</b>

**Fuente:** Nivel de sobrecarga del cuidador primario en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus de la Unidad de Medicina Familia No. 33 El Rosario.

## DISCUSIÓN

El presente estudio fue de tipo observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, en un grupo 369 cuidadores primarios de adultos mayores de 65 años y más de edad, con diabetes mellitus de más de 5 años de diagnóstico derechohabientes pertenecientes a la UMF No. 33, “El Rosario”, del turno matutino y vespertino, tuvo como objetivo identificar los factores sociodemográficos y el nivel de sobrecarga del cuidador primario de adultos mayores con diabetes mellitus. Dentro de los factores sociodemográficos, encontramos: edad, género, escolaridad, estado civil, ocupación y parentesco. Respecto al nivel de sobrecarga de cuidador, se evaluó a través de la escala de Zarit, la cual consta de 22 afirmaciones que describen como se sienten los cuidadores de personas dependientes, la puntuación final permite identificar tres rubros que son ausencia de sobrecarga, sobrecarga ligera o sobrecarga intensa.

Por lo anterior, la presente investigación permitió conocer un perfil del cuidador primario de adultos mayores con diabetes mellitus, lo que permite identificar el nivel de sobrecarga que presenta, con la finalidad de aplicar estrategias que permitan reducir la carga de cuidados y mejorar la calidad de vida del paciente y cuidadores. Al mismo tiempo será guía para otras investigaciones que deseen implementar nuevas estrategias o rediseñar las actuales para promocionar más este método de planificación familiar.

En relación a las *características sociodemográficas*, el rango de edad que predominó en este estudio es de 50 a 59 años. Resultados similares se obtuvieron del estudio de Claro y cols., encontró que la edad promedio fue de 36-59. Por lo que se debe poner mayor énfasis en este grupo de edad, con el objetivo de disminuir la sobrecarga de cuidador primario.

Respecto al género, el que predominó fue femenino con un porcentaje de 68%, comparado con el género masculino 31%. Resultados semejantes se obtuvieron del estudio de Claro y cols., encontró que el género predominante es el femenino con un 87%. En otro estudio realizado por Cordoba y cols., presenta resultados semejantes predominando el género femenino en un 82%.

Referente a la escolaridad, aquellos cuidadores primarios de adultos mayores con diabetes mellitus, predomina la escolaridad a nivel primaria con un 28 %. Mismos resultados reportó Claro y cols., primaria o primaria incompleta en un 51%. Respecto al estudio realizado por Cordoba y cols., la escolaridad predominante es la secundaria. Estos estudios concluyeron que, la mayoría de los cuidadores primarios tienen un nivel educativo bajo.

Los resultados obtenidos en torno al estado civil, la mayor incidencia lo obtuvo el sujeto casado con un 48%. Resultados semejantes se obtuvieron del estudio

realizado por Claro y cols., concluye, que los sujetos casados predominaron en un 57%.

Respecto a la ocupación, en este estudio, las amas de casa predominan con un 35%. Semejantes resultados se obtuvieron del estudio de Claro y Cols predominando la ocupación amas de casa con un 76%. En un estudio realizado por Bello pineda y cols., se obtienen resultados diferentes predominando la ocupación empleada en un 47%.

En relación al parentesco del cuidador primario con el derechohabiente adulto mayor con diabetes mellitus predominaron hijo(a) con un 47%. Resultados diferentes se obtuvieron del estudio de Claro y cols donde el parentesco predominante es esposo(a). En un estudio realizado por Bello pineda y cols., se obtuvo que el 58% fungían como hijas del cuidado.

Referente al nivel de sobrecarga del cuidador primario se obtiene que la mayoría de los sujetos presento ausencia de sobrecarga con un 62%, sobrecarga leve 25% y sobrecarga intensa 11%. Semejantes resultados se obtuvieron del estudio realizado por Chindaprasirt y cols., donde el 52% de los sujetos presentaron ausencia de sobrecarga.

Respecto a las características sociodemográficas de los cuidadores primarios con sobrecarga leve predominan edad de 50 a 59 años con un 56%, femenino en un 70%, escolaridad secundaria en un 32%, estado civil casado en un 42%, ocupación ama de casa en un 42%, parentesco hija en un 54%. Resultados semejantes se obtuvieron del estudio de Claro y Cols., de acuerdo al nivel de sobrecarga del cuidador leve predominan cuidadores de 36-59 años de edad en un 5.6%, género femenino en un 20%, ocupación hogar en un 13%, estado civil casado en un 7%, escolaridad primaria incompleta en un 10%, siendo diferente en el rubro de parentesco ya que predomina esposo con un 11%.

Referente a las características sociodemográficas de los cuidadores primarios con sobrecarga intensa predominaron los siguientes resultados: edad de 50 a 59 años 54%, género femenino 73%, escolaridad primaria 28%, estado civil casado 52%, ocupación ama de casa 35%, parentesco hija 50%. Resultados semejantes se obtuvieron del estudio de Claro y Cols., de acuerdo al nivel de sobrecarga de cuidador intensa predominaron cuidadores de 36-59 años de edad en un 63%, género femenino en un 77%, ocupación hogar en un 69%, estado civil casado en un 57%, escolaridad primaria incompleta en un 44%, siendo diferente en el rubro de parentesco esposo en un 47%.

## CONCLUSIÓN

A través de la revisión bibliográfica, se observó que existen múltiples factores que influyen en la sobrecarga del cuidador primario de adultos mayores con diabetes mellitus. Dentro de los factores sociodemográficos se encuentran la edad, género, escolaridad, estado civil, ocupación y parentesco. Dentro del nivel de sobrecarga del cuidador primario se encuentra ausencia de sobrecarga, sobrecarga leve y sobrecarga intensa.

Con base a esto, se determinó que los factores que más predominaron en la sobrecarga del cuidador, son la escolaridad, género, ocupación y parentesco, es decir, el perfil del cuidador primario es mujer, ama de casa, nivel académico bajo, y de parentesco hija.

Un punto a favor de esta situación es que el perfil del cuidador primario es accesible en cuanto a su disponibilidad por lo que todo el personal de salud involucrado, tiene acceso a este grupo etario, por ello hay que priorizar acciones de promoción, difusión y estrategias de impacto. Para lograrlo, se debe capacitar a un mayor número de personal de salud respecto a estrategias para favorecer el cuidado de personas dependientes para disminuir la sobrecarga, a fin de alcanzar una cobertura global.

A todo el personal de salud involucrado, se debe continuar incitando a que ejecuten su noble labor de forma responsable, logrando identificar la sobrecarga del cuidador antes de que implique repercusiones en la vida del cuidador y del cuidado, mejorando así su calidad de vida.

Por ello, es importante diseñar nuevas estrategias educativas y/o rediseñar las existentes, para el logro de este objetivo, es importante continuar investigando en este ámbito, una vez que se conoce el perfil del cuidador primario de adultos mayores y el nivel de sobrecarga que presentan, se podrían desglosar otras investigaciones donde se asocien las variables sociodemográficas con el nivel de sobrecarga de cuidador y poder ofrecer mayores beneficios a los derechohabientes,

Es fundamental que el médico familiar trabaje coordinadamente con el equipo multidisciplinario asignado en la unidad de medicina familiar, como es el área de trabajo social, psicología y enfermería, así como centros de apoyo social, para que aprovechen oportunamente los beneficios que otorga el IMSS, con el fin de brindar una atención integral y mejorar la calidad de vida de las familias de los derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 33, "El Rosario".

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Secretaría de Salud. Perfil epidemiológico del adulto mayor en México. Secretaría de Salud, Subsecretaría de prevención y promoción de la salud dirección general de epidemiología, 11 de junio del 2011. p. 15-17.
- 2.- Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S. Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology, 6 ed. New York, NY: The McGraw-Hill Companies; 2010.p. 2-4.
- 3.- Organización Mundial de la Salud. Día Internacional de las personas de edad. Ginebra: OMS; 2015 2016 [citado el 30 de septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/older-persons-day/es/>
- 4.- Fuente JR. Problemas globales de salud de impacto local. Academia Nacional de Medicina;Gac Med Méx, Vol 145 N°4, 2009. p. 289.
- 5.-González-Montalbo J. Geriatria y asistencia geriátrica: para quién y cómo. Med Clin (Barc). 1991;96:183–8.
- 6.- Cruz-Jentoft A. Características específicas del enfermo mayor. An Med Interna. 2000; 17:3
- 7.- Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y Salud. Nota descriptiva N° 404. [citado septiembre 2013]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
- 8.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). Perfil sociodemográfico de adultos mayores. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México: INEGI, 2014 [citado 2014]; [224 pantallas] Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/>
- 9.- Cecilia A.; Lebrão ML; León DE; Ham-Chandel R; Anselm J. Hennis V. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. Rev Panam Salud Publica vol.17 n.5-6 Washington May./Jun. 2005. p. 318-319.
- 10.- Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Mundiales Sanitarias 2014. [citado 15 de mayo]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/es/>
- 11.- Secretaria de Salud. Adultos mayores y la Salud. México. [citado 30 de abril del 2012]; Disponible en: [http://www.profeco.gob.mx/encuesta/brujula/bruj\\_2012/bol214\\_amayor\\_salud.asp](http://www.profeco.gob.mx/encuesta/brujula/bruj_2012/bol214_amayor_salud.asp)

- 12.- Instituto Nacional de Geografía y Estadística (México). Estadísticas a propósito del día mundial de la Diabetes. México: INEGI, 2011. [citado 14 Noviembre 2011]; [224 pantallas] Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/>
- 13.- Lam DW, LeRoith D. The worldwide diabetes epidemic. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2012;19(2):93–6.
- 14.- Federación Internacional de la Diabetes (IDF). Sobre diabetes. Atlas, séptima edición, 2015. Disponible en: <http://www.idf.org/about-diabetes>
- 15.- Organización Mundial de la Salud. Día mundial de la Salud 2016: Vence a la diabetes. [citado 17 de marzo 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2016/es>.
- 16.- Consejo Nacional de Población (CONAPO). Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030. Primera edición abril 2014. México.
- 17.- Altabas V. Diabetes, Endothelial Dysfunction, and Vascular Repair: What Should a Diabetologist Keep His Eye on? *Int J Endocrinol.* 2015;2015. p.2-3
- 18.- TaheriTanjani P, Moradinazar M, Esmail Mottlagh M, Najafi F. The prevalence of diabetes mellitus (DM) type II among Iranian elderly population and its association with other age-related diseases, 2012. *Arch Gerontol Geriatr.* junio de 2015;60(3):373–9.
- 19.- Chen ST, Siddarth P, Ercoli LM, Merrill DA, Torres-Gil F, Small GW. Modifiable risk factors for Alzheimer disease and subjective memory impairment across age groups. Ginsberg SD, ed. *PloS One* 2014;9(6).p. 1-2.
- 20.- Bani-Issa W, Almomani F, Eldeirawi K. Urinary incontinence among adult women with diabetes in Jordan: epidemiology, correlates and perceived impact on emotional and social well-being. *J Clin Nurs.* 2014;23(17-18):2451–60.
- 21.- Gómez PI, Lesende IM, Baztán CJ, Pajares PR, Pérez FF, Segura BA, et al. Prevención de la dependencia en las personas mayores. *Rev Clínica Esp.* 2008;208(7):361.e1–361.e39.
- 22.- Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus en el Adulto Mayor Vulnerable. México: Secretaría de Salud; 2013.
- 23.- García AA, González MDP. La discapacidad en la población española: Estudio monográfico. En: *Las personas mayores en España: informe 2004 : datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas + CD-ROM, Vol 1, 2005 (Tomo I), ISBN 84-8446-082-7, págs 777-809*. 2005
- 24.- Marante PE; Casanova MM; Nuñez LE; Pozo AL; Trasancos DM; Ochoa OM. Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. *Rev. archivo medico de Camaguey.* 2014; 18,(3).

- 25.- Horiguchi K, Iwata N, Matsuda N. Classification of caregiving families according to the Family Caregivers' Appraisal Checklist. *Kobe J Med Sci.* 2012;58(5):E145–59.
- 26.- Ruiz RA, Nava GM. Cuidadores: Responsabilidades-obligaciones. *Rev. EnfNeurol (Méx).* 2012; 11(3): 163-169.
- 27.- Bermejo F, Rivera J, Trincado R, Olazarán J, Fernández C, Gabriel, R. Aspectos del cuidado sociofamiliar al paciente con demencia. Datos de un estudio poblacional en dos zonas de Madrid. *Rev Gerontol.* 2007; 7:92–9.
- 28.- Carretero GS, Garces FJ, Rodenas RF. La sobrecarga de las cuidadoras de personas Dependientes: análisis y propuestas de Intervención psicosocial. 242-311.
- 29.-Mena MR, Bermúdez GC, Calderón MA, Cubero I, Espinoza A, González VA. Rol de la persona cuidadora y su experiencia en el cuidado de personas con discapacidad muy grave y severa. *Rev. Electrónica de portales médicos.* 2016; 11(22).
- 30.-Baanders AN, Heijmans MJWM. The impact of chronic diseases: the partner's perspective. *Fam Community Health.* 2007;30(4):305–17.
- 31.-Garlo K, O'Leary JR, Van Ness PH, Fried TR. Burden in caregivers of older adults with advanced illness. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58(12):2315–22.
- 32.-Muangpaisan W, Praditsuwan R, Assanasen J, Srinonprasert V, Assantachai P, Intalapaporn S, et al. Caregiver burden and needs of dementia caregivers in Thailand: a cross-sectional study. *J Med AssocThailChotmaihetThangphaet.* 2010;93(5):601–7.
- 33.- Xolyanetzin MP, Jurado C, Valencia CA, Méndez VJ, Mora MI. Escala de carga del cuidador de Zarit: evidencia de validez en México. *Rev. Psicooncología.* 2014. 11(1): pp. 71-85
- 34.-Reinares M, Vieta E, Colom F, Martínez A, Torrent C, Comes M. Evaluación de la carga familiar: una propuesta de escala autoaplicada derivada de la escala de desempeño psicosocial. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna.* 31(1): 2-13, 2004.
- 35.- Espín AM. Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *RevCubana de SaludPública.* 34 (3), 2008.
36. Hirakawa Y, Kuzuya M, Masuda Y, Enoki H, Iguchi A. Influence of diabetes mellitus on caregiver burden in home care: a report based on the Nagoya Longitudinal Study of the Frail Elderly (NLS-FE). *GeriatrGerontolInt.* 2008;8(1):41–7.



37. Claro YGO, Clavijo AAL, Sepúlveda MAJ, Angarita OMV. Características sociodemográficas asociadas a la sobrecarga de los cuidadores de pacientes diabéticos en Cúcuta. *Rev Cuid*, 2013.
- 38.- Limpawattana P, Theeranut A, Chindaprasirt J, Sawanyawisuth K, Pimporm J. Caregivers Burden of Older Adults with Chronic Illnesses in the Community: A Cross-Sectional Study. *J Community Health*. 2012;38(1):40–5.
- 39.- Lebec J, Ascher-Svanum H, Chen YF, Reed C, Hake AM, Raskin J. Effect of diabetes on caregiver burden in an observational study of individuals with Alzheimer's disease. *BMC Geriatr*. 2016; 16: 93.
- 40.- Bello, P. (2014). Sobrecarga del cuidador primario de pacientes con enfermedades crónico degenerativas. Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz.
- 41.- Palomé-Vega G, Gallegos-Torres RM, Xequé-Morales AS, Juárez-Lira A, Perea-Ortíz MG. Nivel de Sobrecarga en el cuidador principal del paciente crónico hospitalizado. *Ciencia@uaq*. 2014;7(1):1–10.
- 42.- Rivera Mora H; Dávila Mendoza R; González Pedraza AA. Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, vol. 16, núm. 1, enero-marzo, 2011. p. 27-32
43. RAE: Diccionario de la lengua española. Edad [Internet]. España: RAE; 2016. [citado el 7 septiembre 2015]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=HLafKWLkRDXX2hFUevue>
- 44.- Depósito de documentos de la FAO. Vocabulario referido a género. [citado 5 de marzo 2014]; [32 pantallas]. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/x0220s/x0220s01.htm>.
- 45.- El Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Cuéntame. Glosario. Escolaridad. <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/escolaridad.aspx?tema=P>. (Último acceso 02 septiembre 2015).
46. RAE: Diccionario de la lengua española. Escolaridad [Internet]. España: RAE; 2016. [citado el 9 septiembre 2015]. Disponible en: <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?id=Ly8rkwkiMDXX2nz74wWk>
- 47.- Biblioteca jurídica virtual del instituto de investigaciones jurídicas de la UNAM. El registro del estado civil de las personas. Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/> (último acceso 5 septiembre 2015).
- 48.- RAE: Diccionario de la lengua española. Ocupación [Internet]. España: RAE; 2016. [citado el 5 septiembre 2015]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=Qu0oRKT&o=h>

49.- RAE: Diccionario de la lengua española. Parentesco[Internet]. España: RAE; 2016. [citado el 12 de febrero del 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=RvR2zKy>

50.- Detección y manejo del colapso del cuidador primario. México. Secretaria de Salud; 2 de diciembre de 2015.

# ANEXOS

## Anexo No. 1.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMAD (ADULTOS)**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.33, EL ROSARIO
Lugar y fecha:	AZCAPOTZALCO, D.F. UMF No. 33 "EL ROSARIO"
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	El objetivo de esta investigación es conocer el nivel de sobrecarga de cuidadores primarios de pacientes adultos mayores con diabetes mellitus de la Unidad de Medicina Familiar No.33, El Rosario y con ello incidir en mejora de su salud.
Procedimientos:	Se les otorgará un cuestionario en donde tendrán que contestar a las siguientes preguntas: edad, género, ocupación, escolaridad, estado civil y parentesco. Así mismo, dicho cuestionario incluye una escala llamada "Zarit", la cual consta de 22 preguntas que describen cómo se sienten los cuidadores de personas dependientes y con lo cual se conocerá el nivel de sobrecarga con el que cuentan
Posibles riesgos y molestias:	No se tienen riesgos, inconvenientes, ni molestias.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	El estudio permitirá identificar el nivel de sobrecarga de cuidadores primarios de adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, y con ello establecer estrategias de prevención que fomenten la salud de los cuidadores.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	A cada participante se le dirá el nivel de sobrecarga con el que cuenta, y, de ser necesario, será canalizado a trabajo social o médico familiar para que le sea otorgada atención médica.
Participación o retiro:	El investigador principal se compromete a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación; garantizando al paciente conservar el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe en el Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos personales obtenidos en los cuestionarios serán utilizados de manera confidencial, tanto para su difusión como publicación
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Mónica Sánchez Corona, Matricula: 99352132. Médico Familiar y Profesor Médico del Centro de Investigación educativa y formación docente. Delegación Norte, Ciudad de México. Tels.: 5752 80 59.
Colaboradores:	Dra. Kenia Karen Ramírez Núñez, Matricula: 98351812. Médico Residente de tercer año del curso de especialidad en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No 33 "El Rosario". Tel. 53 82 51 10, ext. 21407.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Dra. Mónica Sánchez Corona  
Matricula: 99352132  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

**Clave: 2810-009-013**

## Anexo No. 2.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION NORTE CIUDAD DE MEXICO  
COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"

### CUESTIONARIO

#### NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.33, EL ROSARIO

Le solicito atentamente su participación para contestar el siguiente cuestionario.

El objetivo del mismo es obtener información acerca de las personas que cuidan de manera cotidiana a personas adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, así como el nivel de sobrecarga que presentan.

La información que se obtenga del presente será utilizada de manera **CONFIDENCIAL**. Agradezco la atención y el tiempo que usted preste para la realización de este cuestionario.

**Instrucciones:** Marque con una **X** la opción que usted considere se asemeje más a su situación en los últimos 12 meses.

1. ¿Cuál es su edad?
  - a. De 18 a 29 años.
  - b. De 30 a 39 años.
  - c. De 40 a 49 años.
  - d. De 50 a 59 años.
2. ¿Cuál es su género?
  - a. Masculino
  - b. Femenino
3. ¿Qué escolaridad tiene?
  - a. Analfabeta
  - b. Primaria
  - c. Secundaria
  - d. Preparatoria /Bachillerato
  - e. Licenciatura
  - f. Posgrado, maestría o Doctorado
4. ¿Cuál es su estado civil?
  - a. Casado
  - b. Unión libre
  - c. Separado
  - d. Divorciado
  - e. Viudo
  - f. Soltero
5. ¿Cuál es su ocupación?
  - a. Ama de casa
  - b. Empleado
  - c. Obrero
  - d. Profesionista
  - e. Desempleado
  - f. Jubilado
  - g. Estudiante
6. ¿Qué parentesco tiene con él paciente?
  - a. Esposa (o)
  - b. Hija (o)
  - c. Hermana (o)
  - d. Nieta (o)
  - e. Otro parentesco
  - f. Sin parentesco

**Anexo 3.****ESCALA DE ZARIT**

**Instrucciones:** A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan solo su experiencia.

<b>PUNTUACIÓN:</b>	
<b>0= Nunca    1=Rara vez    2= Algunas veces    3= Bastantes veces    4= Casi siempre</b>	
	<b>PUNTUACIÓN</b>
1A. ¿Cree que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
2A. ¿Cree que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	
3A. ¿Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades en su trabajo o su familia?	
4B. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5B. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6B. ¿Piensa que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia?	
7A. ¿Tiene miedo de lo que el futuro depara a su familiar?	
8A. ¿Cree que su familiar depende de usted?	
9B. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
10A. ¿Cree que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11A. ¿Cree que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar?	
12A. ¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?	
13A. ¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades debido a su familiar?	
14A. ¿Cree que su familiar parece esperar que usted sea la persona que le cuide, como si fuera la única persona de quien depende?	
15C. ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familia además de sus otros gastos?	
16C. ¿Cree que será incapaz de cuidarle/a por mucho tiempo?	
17B. ¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar?	
18B. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familia a otros?	
19B. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
20C. ¿Cree que debería hacer más por su familiar?	
21C. ¿Cree que podría cuidar mejor de su familiar?	
22 A. Globalmente, ¿Qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	
<b>TOTAL</b>	

