



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional

Programa de Profundización en Psicología de la Salud.

*ESTILO DE VIDA DE CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES
DIAGNOSTICADOS CON DM2*

Reporte de Investigación Descriptivo-Cuantitativa

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.

P R E S E N T A N:

Adlih Monserrath Olarte Nieto

Yesenia Tlapale Mendieta

Presidente: Mtra. Olga Rivas García.

Vocal: Mtra. Julia Patricia Sanches Perez

Secretario: Dr. Luis Fernando Gonzalez Beltran (Dir.)

Suplente 1: Lic. Héctor Rocha Leyva

Suplente 2: Dr. Jose Manuel Meza Cano



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 27 y 29 de
noviembre de 2023.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Dedicatorias Adlih Monserrath Olarte Nieto:

Para mi mamá *Hilda Nieto Carrillo*, por darme la mejor de las infancias, por creer en mí y por enseñarme que puedo lograr todo lo que me proponga si me esfuerzo y soy constante, para mi papá *Héctor Olarte del Castillo* por trabajar tan duro todos estos años para que solo tuviera que preocuparme por estudiar y para mi hermano *Héctor Jesús Olarte Nieto*, simplemente por haberme dado la oportunidad de no crecer sola en esta vida y mirarme con orgullo. Nunca encontraré las palabras necesarias para agradecer su amor y los sacrificios que hicieron todos los días por mí.

Para mi prima *María Dayana Nieto Sanchez* que siempre creyó en mí y me animaba cuando perdía perspectiva.

Para *Milly*, para *Heishy* y para *Marley* porque le prometí que lo lograría.

Agradecimientos Adlih Monserrath Olarte Nieto:

Agradezco a *Dios* por mostrarse siempre a mi lado.

Agradezco a nuestro director el *Dr. Luis Fernando Gonzalez Beltran*, gracias por aceptar amablemente guiarnos en este proceso, por brindarnos su tutoría de forma paciente, por las correcciones que hacía llegar a nuestro correo, por su flexibilidad y compromiso. Gracias por siempre.

Agradezco a mi amiga y compañera de Manuscrito *Yesenia Tlapale Mendieta*, quien desde que se cruzó en mi camino me demostró su lealtad y gran amistad.

Agradezco a los maestros de la carrera que no solo se esforzaron para que tuviéramos aprendizajes significativos, sino que también dejaron huella en nuestras vidas.

Agradezco a nuestros sinodales por acompañarnos y formar parte de este proyecto.

Dedicatorias Yesenia Tlapale Mendieta:

Para mis tres hijos, *Jose Juan, Angel Sinai y Valeria Anayari* que fueron el principal motor para lograr este sueño. Para *Edgar Sánchez Vargas* que sin duda se convirtió en la pieza que me faltaba para poder seguir luchando cada vez que sentía ya no poder más, porque confió y creyó en mí. Y para todos los que directa o indirectamente tuvieron que ver para que esta meta se logrará.

Agradecimientos Yesenia Tlapale Mendieta:

Agradezco infinitamente a *Dios* por darme salud y vida para llegar hasta aquí.

Agradezco al *Dr. Luis Fernando González Beltrán* por ser nuestro director de manuscrito, guiarnos y llevarnos hasta el final de esto.

Agradezco muy especialmente a mi compañera y amiga de carrera *Adlih Monserrath Olarte Nieto*, porque siempre me mostro su gran amistad confío y creyó en mí. Para que juntas logramos esta meta de vida.

Agradezco a todos los profesores de la facultad de Psicología Suayed, ya que estudiar en línea se dice fácil, pero requiere de un gran esfuerzo tanto para alumnos, como para maestros.

En tu vida, inevitablemente vas a decir algo mal, confiar en las personas incorrectas, dejar de reaccionar, reaccionar demasiado, lastimar a personas que no lo merecían, pensar demasiado, no pensar en absoluto, autosabotearte, crear una realidad donde solo tu experiencia existe, arruinar momentos perfectos para ti y otras personas, negar haber hecho algo mal, dejar de tomar pasos para remediar la situación, sentirte muy culpable, dejar que la culpa te carcoma, tocar fondo, finalmente abordar el daño que causaste, tratar de hacerlo mejor, y repetir todo otra vez. La noticia que da miedo es: estás por tu cuenta ahora, la noticia cool es: estás por tu cuenta ahora.

-Taylor Swift.

ÍNDICE

Resumen	5
Abstract	5
INTRODUCCIÓN.	7
Capítulo 1. Marco teórico	8
1.1 DEFINICIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2.	8
1.2 Estadísticas	9
1.3 Determinantes de la salud	10
1.3.1 La biología humana	12
1.3.2 El medio ambiente	12
1.3.3 Estilo de vida	13
1.3.4 Sistema de asistencia sanitaria	16
1. 4 Hábitos de salud y estilo de vida en cuidadores primarios	17
1.4.1 Estilo de vida	17
1.4.2 Cuidador primario	17
1.4.2.1 Nutrición de los cuidadores primarios	19
1.4.2.2 Actividad física de los cuidadores primarios	20
1.4.2.3 Calidad de vida del cuidador primario	20
1.4.2.4 Salud mental y emocional del cuidador primario	21
1.4.2.5 ¿Quién cuida al cuidador?	22
Capítulo 2. Planteamiento del problema	23
2.1 Justificación de la investigación	23
2.2 Pregunta de investigación	24
2.3 Objetivo de la investigación	24
Capítulo 3. Método y Resultados	25
3.1 Método	25
3.1.1 Población	25
3.1.2 Procedimiento de selección de la muestra	25
3.1.3 Escenario	26
3.1.4 Tipo de investigación	26
3.1.6 Diseño de investigación	26
3.1.7 Variables	26
3.1.9 Contraste con otras investigaciones	27
3.1.11 Análisis de datos	28
Capítulo 4. Discusión	45
4.1 Conclusiones	47
REFERENCIAS.	49

Resumen

La diabetes mellitus actualmente es un problema de salud pública considerado dentro del grado epidemiológico debido al creciente aumento de casos y al impacto negativo en el bienestar de las personas que la padecen y sus cuidadores, la presente investigación tuvo como finalidad presentar qué tipo de estilo de vida, desarrollan los cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2 DM2 de desde la perspectiva del 3er determinante social de la salud establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre los hábitos de salud o estilo de vida por medio del método descriptivo-cuantitativo y con la adaptación e interpretación del IMEVID un un instrumento de autoaplicación diseñado para medir los estilos de vida de las personas que cuentan con DM2, dicho instrumento fue compartido de manera virtual utilizando los cuestionarios de la plataforma Google Forms, adaptando el instrumento a la herramienta digital. De acuerdo con los resultados cuantitativos de la intervención se demostró que la mayoría de los participantes cuentan con un estilo de vida saludable y qué aspectos de este mismo estilo son adquiridos al adquirir este rol.

Palabras clave: Diabetes, cuidadores, estilo de vida, hábitos de salud, alimentación, actividad física, emociones.

Abstract

Diabetes mellitus is currently a public health problem considered within the epidemiological level due to the growing increase in cases and the negative impact on the well-being of people who suffer from it and their caregivers. The purpose of this research was to present what type of lifestyle life, the primary caregivers of patients with a diagnosis of Diabetes mellitus type 2 DM2 develop from the perspective of the 3rd social determinant of health

established by the WHO (health habits or lifestyle) through the descriptive-qualitative method and with the adaptation and interpretation of the IMEVID, a self-administered instrument designed to measure the lifestyles of people with DM2, said instrument was shared virtually using the questionnaires on the Google Forms platform, adapting the instrument to the digital tool. According to the qualitative results of the intervention, it was demonstrated that the majority of participants have a healthy lifestyle and what aspects of this same style are acquired when acquiring this role.

Keywords: Diabetes, caregivers, lifestyle, health habits, diet, exercise, emotions.

INTRODUCCIÓN.

Los cuidadores primarios de los pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas degenerativas son los agentes que asumen la responsabilidad de llevar a cabo el cuidado y asistencia cotidiana de las personas diagnosticadas. Dicha labor expone a los cuidadores primarios a situaciones estresantes y de riesgo que pueden traer consigo problemas en su salud física y mental.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) define a la diabetes como una enfermedad crónica caracterizada por la producción insuficiente de insulina por parte del páncreas o por la utilización ineficaz de la misma por parte del organismo.

En México de acuerdo con datos estadísticos nacionales, la mortalidad por complicaciones asociadas a diabetes mellitus ocupa el primer lugar en casos de defunciones en los últimos 3 años, trabajar con este problema es de suma importancia debido a que actualmente la DM2 es considerada un problema de salud pública mundial, dicha patología ha sido únicamente abordada desde la perspectiva de quien la padece por lo que se consideró innovador trabajar con el panorama de los cuidadores primarios de quienes padecen DM2 colaborando con el tercer determinante social de la salud definido por la OMS, que constituye a los hábitos de salud enfocados y a los estilos de vida con la intención de averiguar si esta situación de responsabilidad lleva a los cuidadores a optar por estilos de vida que pongan en riesgo su salud o que la favorezcan.

Capítulo 1. Marco teórico

1.1 DEFINICIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2.

La diabetes es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre (o azúcar en sangre), que con el tiempo conduce a daños graves en el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios. La más común es la diabetes tipo 2, generalmente en adultos, que ocurre cuando el cuerpo se vuelve resistente a la insulina o no produce suficiente insulina. En las últimas tres décadas, la prevalencia de la diabetes tipo 2 ha aumentado drásticamente en países de todos los niveles de ingresos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) define a la diabetes como una enfermedad crónica caracterizada por la producción insuficiente de insulina por parte del páncreas o por la utilización ineficaz de la misma por parte del organismo.

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) constituye una de las principales causas de morbimortalidad en México, su prevalencia aumentó de forma significativa en las últimas décadas por los cambios tecnológicos relacionados con la disminución de la actividad física, ver televisión por periodos prolongados, facilidad de transporte del personal a sus centros de trabajo, acceso a automóviles entre otros.

La diabetes es una de las principales causas de ceguera, insuficiencia renal, ataques cardíacos, derrames cerebrales y amputación de miembros inferiores. La diabetes mal controlada aumenta las posibilidades de estas complicaciones y la mortalidad prematura. Además, las personas con diabetes tienen mayor riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares y tuberculosis, especialmente aquellas con mal control glucémico.

El sobrepeso / obesidad y la inactividad física son los principales factores de riesgo de diabetes tipo 2. La prevalencia del sobrepeso en el continente Americano fue casi el doble de la observada en todo el mundo. Entre los adolescentes de América, el 80,7% son insuficientemente activos.

Una dieta saludable, actividad física regular, mantener un peso corporal normal y evitar el consumo de tabaco son formas de prevenir o retrasar la aparición de la diabetes tipo 2. La diabetes se puede tratar y sus consecuencias se pueden evitar o retrasar con dieta, actividad física, medicación y exámenes y tratamientos regulares para las complicaciones.

1.2 Estadísticas

- Se estima que 62 millones de personas en El continente Americano viven con Diabetes Mellitus (DM) tipo 2. Este número se ha triplicado en la Región desde 1980 y se estima que alcanzará la marca de 109 millones para el 2040, según el Diabetes Atlas (novena edición). La prevalencia ha aumentado más rápidamente en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos.
- A nivel mundial, entre 2000 y 2016, hubo un aumento del 5% en la mortalidad prematura por diabetes.
- En América, en 2019, la diabetes fue la sexta causa principal de muerte, con un estimado de 244,084 muertes causadas directamente por la diabetes. Es la segunda causa principal de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), lo que refleja las complicaciones limitantes que sufren las personas con diabetes a lo largo de su vida.

1.3 Determinantes de la salud

La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana".

Desde la antigüedad han preocupado las causas, condiciones o circunstancias que determinan la salud, lo que se conoce desde los años 70's como el modelo holístico de Laframbroise (1973). Desarrollado por Marc Lalonde en 1974. Según Lalonde, el nivel de salud de una comunidad estaría influido por 4 grandes grupos de determinantes. La biología humana, el medio ambiente, los hábitos o estilos de vida y la organización de los servicios de salud. En este modelo de determinantes, **la biología humana** engloba todos los aspectos que influyen en la salud, que tienen su origen en el propio individuo y dependen de la estructura biológica y de la constitución orgánica del individuo. Para Laframbroise, este determinante incluía la dotación genética de los individuos, el crecimiento y desarrollo y el envejecimiento. Aunque cuando Laframbroise (1973) propuso su modelo, no se conocía la secuencia del genoma humano, Laframbroise expresaba que la influencia de la biología humana en distintos procesos es innumerable, siendo causa de todo tipo de morbilidad y mortalidad. **El medio ambiente** incluye todos aquellos factores externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control (contaminación química de las aguas y del aire, ruido, campos electromagnéticos, contaminantes biológicos, etc., así como también factores psicosociales y socioculturales nocivos).

El tercer determinante lo constituyen los **hábitos de salud o estilo de vida**.

Representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce un cierto grado de control. Según diversos autores, éste sería el determinante con una mayor influencia sobre la salud, y comprendería: la alimentación, el ejercicio físico, el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, etc.

El cuarto determinante es **la organización de la asistencia sanitaria**, que consiste en la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de salud. Incluye la práctica de la medicina, la enfermería, los hospitales, los medicamentos, los servicios públicos comunitarios de atención de la salud y otros servicios sanitarios. Estilos de vida y conductas de salud (drogas, sedentarismo, alimentación, estrés, conducción peligrosa, mala utilización de los servicios sanitarios).

1.3.1 La biología humana

Este determinante incluye todos aquellos aspectos de la salud, tanto física y mental, que se desarrollan dentro del cuerpo humano como una consecuencia de la biología básica del ser humano. Este elemento incluye la herencia genética del individuo, los procesos de maduración y envejecimiento, y los muchos sistemas internos complejos en el cuerpo, como el esquelético, el sistema nervioso, muscular, cardiovascular, endocrino, digestivo y más. El cuerpo humano es un organismo tan complicado, que las implicaciones para la salud de la biología humana son numerosas, variadas y graves. Este determinante contribuye a todo tipo de enfermedades crónicas por ejemplo: artritis, diabetes, aterosclerosis, cáncer y otros trastornos genéticos, malformaciones congénitas, incluso retraso mental. Los problemas de salud originados de la biología humana están causando sufrimientos indescriptibles y además, se estiman en un costo extremadamente alto en términos económicos para los servicios de tratamiento.

1.3.2 El medio ambiente

La categoría de medio ambiente incluye todos los asuntos relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre las que el individuo tiene poco o ningún control, los individuos no pueden por sí solos garantizar que los alimentos, medicamentos, cosméticos, dispositivos o suministros de agua, etc, sean seguros y no contaminados. Los riesgos para la salud como la contaminación del aire, el agua y el ruido necesitan ser controlados, de igual forma la difusión de las enfermedades transmisibles necesita ser prevenidas, que la eliminación efectiva de la basura y el alcantarillado se lleven a cabo, y que el entorno social no tenga efectos nocivos para la salud.

1.3.3 Estilo de vida

Este determinante, relacionado al campo de la salud consiste en la toma de decisiones por los individuos, las cuales afectan su estado de salud sobre el cual más o menos tienen el control. Las decisiones personales y los malos hábitos, desde el punto de vista de la salud, crean riesgos autoimpuestos y estos riesgos pueden originar enfermedad y muerte, podemos decir que el estilo de vida de la víctima ha contribuido o causado su propia enfermedad o muerte.

El Dr. Thomas McKeown, profesor de Medicina Social en la Universidad de Birmingham, expresa claramente el enfoque histórico y traza el nivel de salud en Inglaterra y Gales en el siglo XVIII, y evalúa el efecto de varias influencias sobre el nivel de salud. Hay dos enfoques que pueden ser adoptados para evaluar la influencia de diversos factores sobre el nivel general de una enfermedad. Una de ellas es mediante el análisis del pasado y determinar el grado en que diversas influencias han contribuido durante años a los cambios en la naturaleza y la incidencia de la enfermedad y muerte. Un segundo enfoque consiste en adoptar las estadísticas actuales sobre la enfermedad y la muerte y conocer las causas subyacentes.

Las principales contribuciones a la mejora en materia de salud en Inglaterra y Gales se refieren a los límites, al tamaño de la familia, (el cambio de comportamiento), el aumento de los suministros de alimentos y un más saludable medio ambiente (factores ambientales), de prevención específica y las medidas terapéuticas.

El segundo enfoque consiste en examinar la naturaleza y las causas subyacentes de la mortalidad actual y la morbilidad hospitalaria. Los riesgos autoimpuestos en este tipo de enfermedades así como en las cifras de mortalidad, se reflejan en la relación de los hábitos más destructivos y sus consecuencias.

En las drogas, la adicción al alcohol, lleva a la cirrosis hepática, encefalopatía y la desnutrición, el exceso de alcohol, conduce a accidentes de vehículo de motor y la obesidad. El tabaquismo causa bronquitis crónica, enfisema pulmonar y cáncer de pulmón y enfermedades agravantes de la arteria coronaria. El abuso de productos farmacéuticos lleva a la dependencia de drogas y reacciones a fármacos. La adicción a las drogas lleva al suicidio, el homicidio, la desnutrición y los accidentes. El uso social de las drogas psicotrópicas, conduce a aislamiento social y ataques de ansiedad aguda.

En la dieta y el ejercicio, comer en exceso conduce a la obesidad y sus consecuencias. El alto consumo de grasas contribuye a la aterosclerosis y enfermedades de las arterias coronarias. La ingesta alta de carbohidratos, contribuye a la caries dental. Las dietas de moda que conducen a la malnutrición.

La falta de ejercicio, es agravante de la enfermedad de las arterias coronarias, lo que lleva a la obesidad y provoca la falta de actividad física. La desnutrición conduce a numerosos problemas de salud. La falta de actividades recreativas y la falta de alivio del trabajo y otras presiones asociadas con enfermedades de estrés como la hipertensión arterial, las arterias coronarias y úlceras pépticas.

Otras como conducir de manera negligente y no usar los cinturones de seguridad conduce a accidentes y muertes resultantes y lesiones. La promiscuidad y la falta de cuidado conducen a enfermedades de transmisión sexual como sífilis y gonorrea.

Riesgos ambientales, en cuanto al entorno físico y social, sobre el cual el individuo puede hacer poco o nada porque generalmente se asume que todas las medidas de salud pública conocidas se han puesto en práctica en todo nuestro territorio y que están protegiendo a través de la acción gubernamental contra los riesgos de salud pública. El efecto total de la contaminación atmosférica sobre la salud no ha sido determinado con precisión pero se han establecido vínculos entre el aire, la contaminación y la enfermedad. La urbanización y todos sus efectos en la salud física y mental, no han sido evaluados de ninguna manera integral. El hacinamiento, la vida de gran altura y la falta de uso intensivo de áreas recreativas en las ciudades, contribuyen a la enfermedad. Las condiciones de trabajo, incluyendo el efecto amortiguador de la repetición de las tareas en la línea de producción sobre el espíritu humano, cobran su precio en términos físicos y de enfermedad mental.

Uno de los problemas ambientales más importantes y menos comprendidos o tomados en cuenta es el efecto del rápido cambio social en la salud física y mental. Algunos cambios sociales se deben a la innovación tecnológica como la introducción de la televisión con esto ocurrió una significativa desorientación y el desmoronamiento de los anteriores valores sociales y su sustitución por otros cuyo efecto a largo plazo es aún desconocido. Cuando una sociedad cada vez más persigue el placer privado, mediante el sacrificio de sus obligaciones para con el bien común, invita las tensiones cuyo efecto sobre la salud pueden ser desastrosos.

Todas las condiciones ambientales anteriores crean riesgos que son una mayor amenaza para la salud que cualquier insuficiencia actual del sistema de salud. Cuando el impacto del medio ambiente y estilo de vida han sido evaluados con una declaración parcial de su efecto es indudable que la visión tradicional de equiparar el nivel de salud con la disponibilidad de médicos y hospitales es insuficiente.

1.3.4 Sistema de asistencia sanitaria

Esta categoría consiste en la cantidad, calidad, disposición, naturaleza y las relaciones de personas y recursos en la prestación de servicios de salud, incluye la práctica médica, enfermería, hospitales, hogares de ancianos, medicamentos, servicios de salud pública y comunitaria, ambulancias, tratamiento dental y otros servicios. Como la optometría, la quiropráctica y la pediatría. Este cuarto determinante es lo que se define como el sistema de salud.

Hasta ahora la mayoría de los esfuerzos de la sociedad para mejorar los sistemas de salud se han centrado en la organización y el cuidado de la salud. Sin embargo, cuando se identifican las causas principales de la enfermedad y la muerte nos encontramos con que estas, están arraigadas en los otros tres determinantes el concepto biología humana, medio ambiente y estilo de vida. Por eso hay grandes sumas de dinero que se están gastando en el tratamiento de enfermedades que bien podrían ser evitadas si se pusiera mayor atención a los tres elementos anteriores y si queremos seguir reduciendo los índices de discapacidad y la muerte prematura.

La asistencia sanitaria de la Seguridad Social tiene por objeto la prestación de los servicios médicos y farmacéuticos necesarios para conservar o restablecer la salud de sus beneficiarios, así como su aptitud para el trabajo.

1. 4 Hábitos de salud y estilo de vida en cuidadores primarios

1.4.1 Estilo de vida

La OMS considera al estilo de vida como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y por las características personales de los individuos. Se ha propuesto que los estilos de vida son patrones de conducta que se eligen de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo a su capacidad para decidir y a sus circunstancias socioeconómicas.

1.4.2 Cuidador primario

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1999) definió al cuidador primario como “La persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones para el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo ya sea de manera directa o indirecta. Se ha confirmado que ser un cuidador primario tiene un impacto en su vida y en su salud. Algunos factores identificados en los cuidadores primarios y que han sido susceptibles de evaluación son patrones rígidos de funcionamiento, alteraciones del ciclo de vida familiar, síndrome del cuidador, negación, cólera, miedo, ambivalencia afectiva, aislamiento social, duelo patológico, depresión, ansiedad y estrés, tipo de cuidado y sobrecarga.

En América Latina el comportamiento epidemiológico muestra que en la mayoría de los países las enfermedades crónicas se han convertido en las primeras causas de mortalidad y morbilidad, este aspecto genera necesariamente crecimiento en el volumen de personas que ofrecen cuidado ya sea de tipo formal o informal, situación que lleva a pensar en generar mayor conocimiento sobre cuidados, que se siente cuidando a otra persona, que genera el cuidar y de qué forma se apoya este proceso o tarea del cuidador por parte del personal de salud.

El cuidar a un familiar que es dependiente cambia la dinámica y estilos de vida de los seres humanos. Porque los enfrenta a la imposición de nuevas metas y formas de vivir que además son inesperadas y afectan las satisfacciones personales tanto en lo psicosocial como en lo económico. El cuidador en cumplimiento de sus roles experimenta diferentes sentimientos como la soledad, la tristeza, el sentirse abandonado, nerviosismo, falta de ocio y descanso. Problemas para dormir que va generando en el cuidador una situación problemática que le impide estar feliz y lograr su mínimo bienestar personal.

Los estudios sobre la salud del cuidador principal han encontrado menos efecto en la salud física, sobre la salud psicológica, así mismo los problemas de salud del cuidador están más relacionados con los comportamientos del enfermo que con el nivel de dependencia y la intensidad de los cuidados. El cuidador puede desarrollar desde una depresión o cambios conductuales como reacción de duelo, estrés, dependencia, alteraciones afectivas, irritabilidad, ansiedad soledad y sobrecarga del trabajo todos estos factores hacen que el cuidador primario desarrolle un estilo de vida diferente al que tenía antes. Cuando el cuidador primario es de edad avanzada las cargas de trabajo son de gran intensidad, aunque se cuide con cariño, esto significa una responsabilidad que afecta para el desarrollo de su vida personal.

1.4.2.1 Nutrición de los cuidadores primarios

Cuando hablamos de la situación nutricional de los cuidadores primarios sabemos que hablamos de un aspecto que impacta rápidamente en el estado de la salud de los mismos y por ende en la calidad de la atención que brindan a los pacientes, de acuerdo a lo establecido en el blog del gobierno de México uno de los hábitos saludables recomendados para las personas cuidadoras es comer en horarios definidos e ingerir una alimentación saludable pues la práctica correcta de la nutrición de los cuidadores es un sinónimo de la reducción de riesgos para mantener un buen estado de salud y enfrentar de manera óptima y con un mejor rendimiento el agotamiento físico y emocional que trae consigo esta labor (Torres, B; et al, 2018).

1.4.2.2 Actividad física de los cuidadores primarios

Algunos síntomas físicos que pueden presentar los cuidadores primarios, pueden ser dolores de espalda, cansancio, disminución de las actividades de ocio, alteraciones del sueño. y repercusiones no médicas, como aspectos económicos, sociales y laborales. Los cuidadores primarios tendrán el riesgo de que su salud se deteriore más, y esto aumentará conforme aumente el nivel de dependencia de la persona cuidada.

1.4.2.3 del cuidador primario

La calidad de vida del cuidador depende de su propia salud, y de la ayuda que reciba de la propia familia (apoyo emocional y reconocimiento de sus familiares), de la capacidad de las instituciones para ajustarse a sus necesidades y de la información que tiene sobre la enfermedad de la persona a quien cuida, de la propia tarea de cuidar, de la manera en que enfrenta esta responsabilidad, en la atención y cuidado del paciente, en su habilidad personal para resolver sus problemas y de su capacidad para sobreponerse a los momentos difíciles y complicados que ocurran durante la atención del enfermo, entendiendo esto como las crisis, recaídas y hasta la muerte del paciente.

1.4.2.4 Salud mental y emocional del cuidador primario

Como sabemos los cuidadores primarios son las personas que atienden en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de las personas que no pueden hacerlo por sí mismas, en varias situaciones estos cuidados cotidianos implican asumir riesgos para la salud de los mismos cuidadores. Uno de los aspectos que suelen ponerse es riesgo durante el cuidado de los pacientes es la salud mental de los cuidadores debido a que el afrontamiento de esta situación repercute en ellos por medio de desgaste (físico, psíquico y socio-familiar) que resulta en la pérdida de energía, irritabilidad, desánimo para desarrollar sus actividades y situaciones de desesperación o niveles altos de ansiedad. Por lo que es importante que el cuidador desarrolle estrategias oportunas para enfrentar la situación como la organización de sus horarios, la realización de actividades que le distraigan de la rutina, hacer actividad física y acudir con un profesional de la salud mental.

1.4.2.5 ¿Quién cuida al cuidador?

El cuidador, regularmente es alguien que siente un compromiso moral o emocional con el enfermo, o puede actuar bajo la premisa de que hay que ser caritativo con el prójimo, no obstante a eso el desgaste del cuidador ocurre como resultado de la atención que presta al enfermo sin atender su propia salud, retirándose de toda actividad recreativa, o de descanso, alejándose de los amigos y de su cotidianidad y asumiendo como propias las limitaciones del paciente. Muy pronto no habrá uno sino dos enfermos en la familia. Por ello es necesario que el cuidador primario reciba apoyo social, el cual debe ser proporcionado por la familia, o las instituciones de salud entre otros. El cuidador debe planificar su asistencia y cuidados al enfermo dejando funciones en otros miembros de la familia o en amigos dejando el papel de persona indispensable y cediendo responsabilidades sin pensar que nadie más puede hacer las cosas mejor que ella o él, y recordando que eso no quiere decir que por eso ame menos al paciente o enfermo. El cuidador debe tener un tiempo de descanso y relajación para recuperar sus energías, alimentarse adecuadamente tanto en términos físicos como espirituales, buscar ocasiones de esparcimiento y la diversión mejorando su estado de ánimo y evitando estados de depresión o ansiedad.

Es muy importante que el cuidador obtenga la correcta y precisa información sobre el padecimiento del paciente, así como los alcances de su intervención en el cuidado del enfermo, involucrando a otros miembros de la familia o amigos en la atención del mismo, para lograr mejores resultados.

Capítulo 2. Planteamiento del problema

Como es bien sabido la diabetes mellitus tipo 2 actualmente es una patología considerada dentro del grado epidemiológico, los altos índices de la manifestación de esta enfermedad en México nos llevaron a considerar que la convivencia entre los cuidadores primarios con pacientes diagnosticados con DM2 genera cambios que repercuten en sus hábitos de salud. Por esta misma razón planteamos que la cuestión precisa de esta investigación es conocer los estilos de vida que los cuidadores primarios de pacientes diagnosticados con DM2 llevan en su día a día, con la finalidad de encontrar si estos han sido modificados de manera positiva o negativa desde que inició el cuidado y cómo es que los cuidadores los han recibido desde el punto de vista el tercer determinante social de la salud establecido por la OMS que comprende a los hábitos de salud enfocado en los estilos de vida.

2.1 Justificación de la investigación

La presente investigación trata sobre los estilos de vida generados por los cuidadores de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2. Debemos decir que la motivación principal para abordarlo radicó en que los efectos o cambios en los estilos de vida al enfrentar situaciones relacionadas con la diabetes son tradicionalmente investigados desde la perspectiva de quien la padece, mientras que nuestra propuesta se interesó por averiguar si es que los mismos factores se presentan en la población que convive de manera cercana con esta patología pero que no la padecen.

A raíz de dicha necesidad esta investigación se justificó desde los aspectos que si bien pueden llevar a los cuidadores a mejorar o descuidar su estilo de vida en términos de salud al estar en convivencia con pacientes diabéticos. La propuesta de este tema se realizó debido a

que fue percibida la oportunidad de atención a este sector para conocer si la convivencia de los intervenidos impacta de manera positiva o negativa en el padecimiento de esta patología. Así mismo esta propuesta de la mano de los instrumentos empleados en los participantes nos demostraron si la población investigada implementa un estado de mejoramiento continuo de sus hábitos saludables o uno contraproducente ante el enfrentamiento indirecto de esta enfermedad.

2.2 Pregunta de investigación

¿Qué tipo de estilo de vida, desarrollan los cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de DM2?

2.3 Objetivo de la investigación

De acuerdo a la revisión de la literatura para llevar a cabo esta investigación nos percatamos de que los hallazgos demostrados en las mismas denotan un impacto negativo en la salud de los cuidadores de las personas diagnosticadas con enfermedades crónico degenerativas como la Diabetes. Es por esto que resultó de gran interés para nosotras indagar un poco más sobre los estilos de vida generados por los cuidadores de los pacientes con DM2 desde la perspectiva del 3er determinante social de la salud establecido por la OMS generados por los cuidadores primarios de los participantes.

Capítulo 3. Método y Resultados

3.1 Método

La presente investigación se desarrolló con un método descriptivo-cuantitativo por medio de la adaptación e interpretación de un instrumento de autoaplicación diseñado para medir los estilos de vida.

3.1.1 Población

La selección de la muestra se realizó únicamente a cuidadores primarios de familiares diagnosticados con Diabetes mellitus tipo II que acepten participar.

3.1.2 Procedimiento de selección de la muestra

- *Criterios de inclusión para nuestra investigación*

- Cuidadores primarios mayores de edad de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II.

- *Criterios de exclusión para nuestra investigación*

- Personas que no cumplan con el rango de edad.
- Personas que tengan convivencia con familiares con diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus tipo II que no sean sus cuidadores.

- *Criterios de eliminación para nuestra investigación*

- Pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo II.
- Cuidadores menores de edad de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II y que no cuenten con el consentimiento de participación de sus tutores.

3.1.3 Escenario

La investigación fue llevada a cabo de manera virtual utilizando los cuestionarios de Google Forms, adaptando el instrumento a la herramienta digital, ya que dicha plataforma nos permitió recolectar información y representarla a través de encuestas personalizadas, de igual forma dicha información pudo ser visualizada en una hoja de cálculo que registra de forma automática las respuestas.

3.1.4 Tipo de investigación

Investigación de carácter descriptivo, con metodología cuantitativa

3.1.6 Diseño de investigación

El diseño del estudio fue de abordaje descriptivo transversal pues se obtuvo la información de una única vez de una muestra dada de elementos de la población.

3.1.7 Variables

Se buscó asociar la variable dependiente años ejerciendo el rol del cuidador primario y relación con el paciente con las demás variables independientes que correspondían a los aspectos abarcados en el IMEVID.

3.1.8 Instrumentos

El instrumento seleccionado para la investigación fue el IMEVID, un instrumento de autoaplicación diseñado para medir estilo de vida de los pacientes diabéticos, con fines para esta investigación fue adecuado para poder evaluar el estilo de vida de los cuidadores

primarios de los pacientes con DM2 comprendiendo dimensiones como la nutrición, la actividad física, el consumo de tabaco, alcohol, las emociones, etc.

3.1.9 Contraste con otras investigaciones

Una vez planteado lo anterior y el objetivo de determinar la existencia de los estilos de vida generados por los cuidadores de los pacientes con DM2 consideramos viable llevar a cabo en la discusión la comparación de nuestros resultados con los de investigaciones como; Continuidad del cuidado: adulto mayor con diabetes tipo 2 y su cuidador (Ramirez Girón et al.,2016), Calidad de vida en cuidadores de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el centro de Salud-Benito Juárez Hidalgo (Chávez-Rubio, K. et al., 2019) y Estilo de Vida en Cuidadores de Pacientes con Diabetes Mellitus (Pinzón-Rocha, M. L. et al. 2013). En las que ha sido denotado el impacto negativo en la salud y los aprendizajes obtenidos de los cuidadores a través del cuidado de las personas diagnosticadas con enfermedades crónico degenerativas como la Diabetes.

3.1.10 Procedimiento

Se envió el enlace del instrumento adaptado a un cuestionario de google forms por medio de la plataforma whatsapp a los participantes para que pudiera ser respondido por los mismos.

Categorías de análisis.

Al tratarse de una investigación descriptiva, con metodología cuantitativa y por la selección del instrumento IMEVID se desarrolló el análisis de los niveles comprendidos dentro del 3er determinante social de la salud que conforman dicha conducta. Algunas de las

categorías del análisis fueron; Alimentación, actividad física, calidad de vida, salud emocional y estilo de vida.

Este manuscrito respondió al planteamiento del problema mediante la recolección de la información y un análisis de corte descriptivo cuantitativo de las respuestas obtenidas en los formularios sobre los estilos de vida que generan los cuidadores primarios de los pacientes con DM2.

Consideraciones éticas.

Únicamente pudieron participar aquellos cuidadores que hayan firmado estar de acuerdo con lo estipulado en el consentimiento informado.

Los participantes tuvieron derecho a retirar su consentimiento y suspender su participación si lo consideran necesario.

Se estipulo como un aspecto esencial contar con las participaciones agendadas de manera constante, para poder concluir satisfactoriamente la investigación, ya que, en caso contrario, tendríamos que dar de baja a los participantes que no cumplan con este aspecto.

Toda la información divulgada dentro de los registros generados se clasificó de manera confidencial y por lo que los datos recopilados no podrán ser proporcionados para otro fin, sin la autorización por escrito de los participantes.

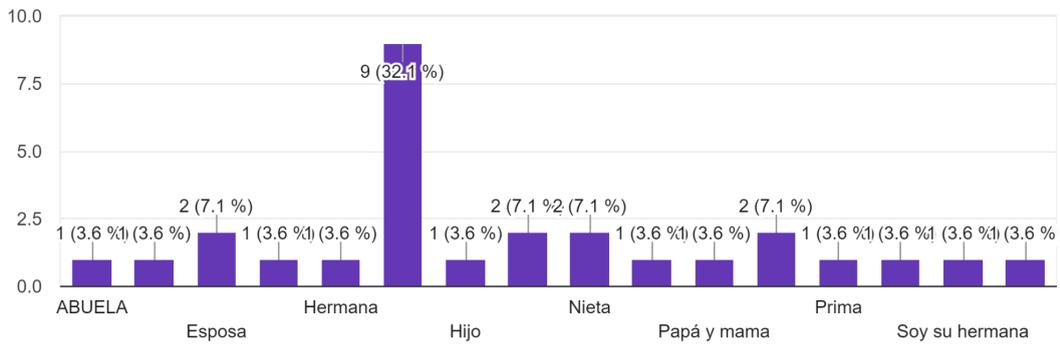
3.1.11 Análisis de datos

Resultados de la escala IMEVID (Instrumento modificado para medir estilo de vida en diabéticos. Adaptado para cuidadores primarios).

En la **gráfica 1** pudimos observar que la mayoría de cuidadores primarios en la encuesta realizada son las hijas de los pacientes con DM2.

PARENTESCO CON EL PACIENTE

28 respuestas



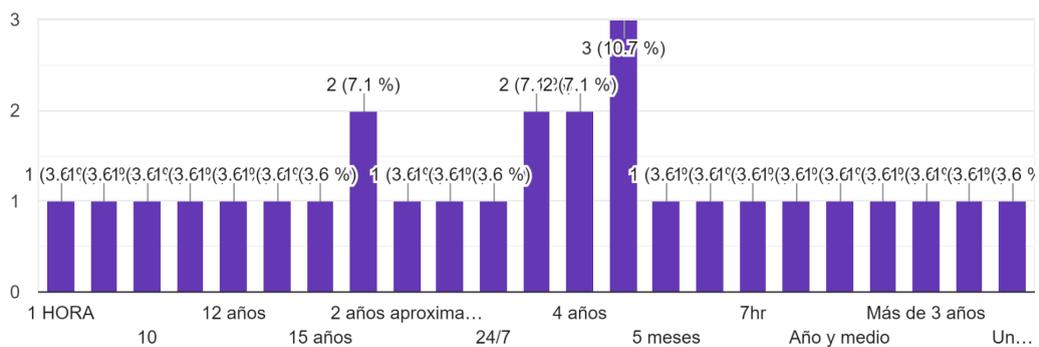
Gráfica 1. Parentesco con el paciente

Fuente: Elaboración propia.

En la **gráfica 2** se observa el tiempo de cuidados que llevan los pacientes con DM2 la mayoría quedando en un rango de entre 2 y 5 años a partir del diagnóstico del paciente.

TEMPO DE CUIDAR AL PACIENTE

28 respuestas

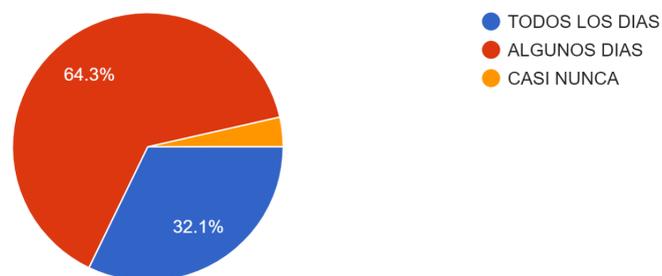


Gráfica 2. Tiempo de cuidar al paciente

Fuente: Elaboración propia.

Dentro del apartado Alimentación podemos ver que en la **gráfica 3** se denotan resultados donde la mayoría de los cuidadores primarios responden a la frase “algunos días” en la ingesta de verduras en su dieta diaria. Reflejando un 64.3% la poca ingesta de estos alimentos. En la **gráfica 4** se observa que la mayoría de los cuidadores primarios de pacientes con DM2, si, integra en su dieta diaria la ingesta de frutas, quedando sólo un 7.1 % de personas que respondieron a la frase “casi nunca” a la frecuencia de comer frutas. Por otro lado, en la **gráfica 5** se refleja un 82.1% de los cuidadores primarios que no integran el pan en su dieta diaria. Y con un 14.3% de participantes que contestaron a esta pregunta con 2 piezas de pan al día. En cuanto a la **gráfica 6** se observa la poca o nula ingesta de tortillas en la dieta diaria de los cuidadores primarios de los pacientes con DM2. Quedando en un 32.1% de cuidadores que sí integran este alimento en su comida diaria.

¿CON QUE FRECUENCIA COME VERDURAS?
28 respuestas



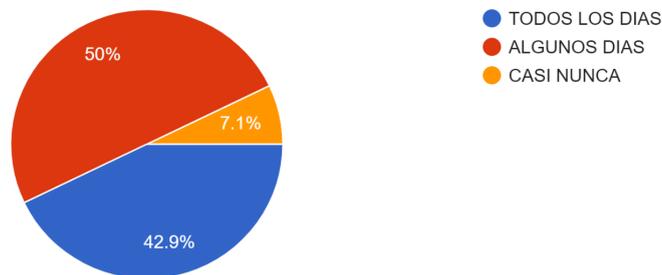
Gráfica 3. Frecuencia de la ingesta de verduras

Fuente: Elaboración propia.

Descripción de la gráfica: La mayoría de los cuidadores primarios consumen verduras, únicamente el 3.6% casi nunca lo hace.

¿CON QUE FRECUENCIA COME FRUTAS?

28 respuestas



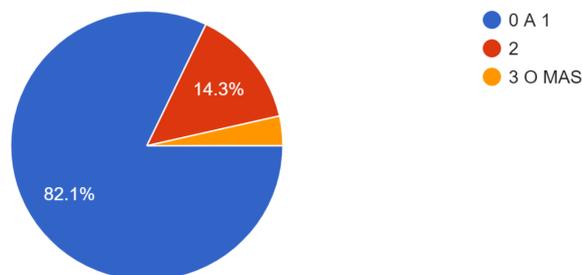
Gráfica 4. Frecuencia de la ingesta de frutas

Fuente: Elaboración propia.

Descripción de la gráfica: La mayoría integra en su dieta diaria la ingesta de frutas, quedando sólo un 7.1 % de personas que respondieron a la frase “casi nunca” a la frecuencia de comer frutas.

¿CUANTAS PIEZAS DE PAN COME AL DÍA

28 respuestas



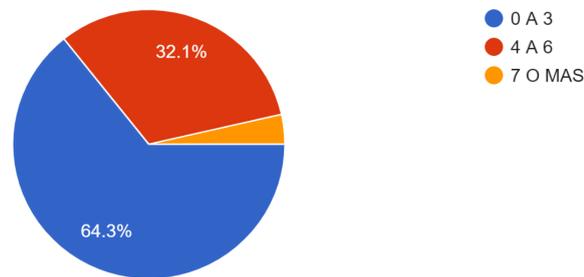
Gráfica 5. Ingesta cotidiana de pan

Fuente: Elaboración propia.

Descripción de la gráfica: El **82.1%** de los cuidadores primarios que **no integra el pan** en su dieta diaria. Mientras que el 14.3% de participantes consume hasta 2 piezas de pan al día.

¿CUANTAS TORTILLAS COME AL DÍA?

28 respuestas



Gráfica 6. Ingesta cotidiana de tortillas

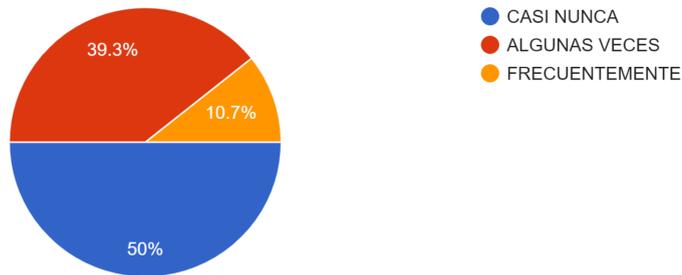
Fuente: Elaboración propia.

Descripción de la gráfica: Solamente el 32.1% de cuidadores integran tortillas en su comida diaria.

Dentro del aspecto ALIMENTACIÓN con variación en “aditamentos” se muestra en la **gráfica 7** un alto porcentaje en personas cuidadoras que no integran el azúcar en sus alimentos y bebidas diarias quedando con un 50% contra un 39.3 % de cuidadores que respondieron con la frase “algunas veces” a agregar azúcar a sus alimentos y bebidas. Y solo 10.7% frecuentemente utiliza este complemento para sus bebidas, mientras que dentro de la **gráfica 8** se observa un 46.4% de cuidadores que mencionaron “algunas veces” agrega sal a sus alimentos y con un 39.3% de cuidadores primarios que respondieron con “casi nunca” a agregar sal en sus comidas diarias y con un 14.3% respondieron a “casi siempre” agregan este condimento a sus alimentos diarios.

¿AGREGA AZÚCAR A SUS ALIMENTOS O BEBIDAS?

28 respuestas



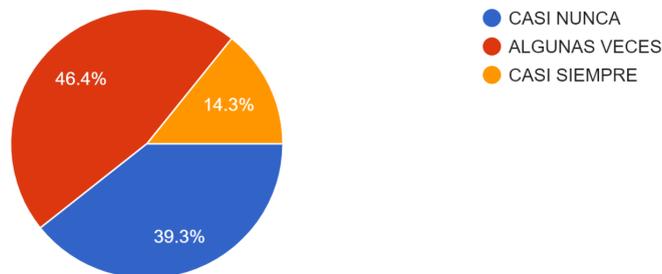
Gráfica 7. Azúcares agregados

Fuente: Elaboración propia.

Descripción de la gráfica: Un alto porcentaje no integran el azúcar de manera frecuente en sus alimentos y bebidas diarias, solo un 10.7% lo hace de este modo.

¿AGREGA SAL A LOS ALIMENTOS CUANDO LOS ESTA COMIENDO?

28 respuestas



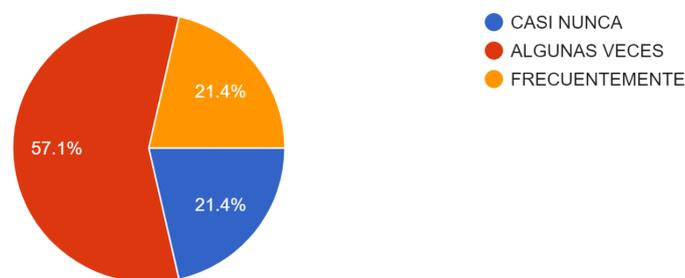
Gráfica 8. Sal añadida.

Fuente: Elaboración propia.

Descripción de la gráfica: El 14.3% agregan sal extra a sus alimentos “casi siempre”.

En el aspecto “frecuencia y situaciones de la ALIMENTACIÓN” se pudo ver en la **gráfica 9** el impacto de los 2 extremos de las personas cuidadoras primarias de pacientes diagnosticados con DM2, los cuales con un 21.4% refleja el “casi nunca” y él 21.5% “frecuentemente” de ingerir alimentos entre sus comidas diarias. y con un 57.1% de cuidadores primarios que respondieron con “algunas veces” sobre comer alimentos entre sus comidas que realizan al día. En la **gráfica 10** se muestra un 17.9% en cuidadores primarios que si ingieren alimentos fuera de casa. Mientras que con un 32.1% de cuidadores primarios respondió a la frase “ casi nunca” come alimentos fuera de casa. Concluyendo el apartado con la **gráfica 11** que nos muestra que la mayoría de los cuidadores primarios “casi nunca” piden que se les sirva más alimentos, después de comer lo servido. Solo un 35.7% respondió con la frase “algunas veces” a que pidieran más alimentos, después de lo servido.

¿COME ALIMENTOS ENTRE COMIDAS?
28 respuestas



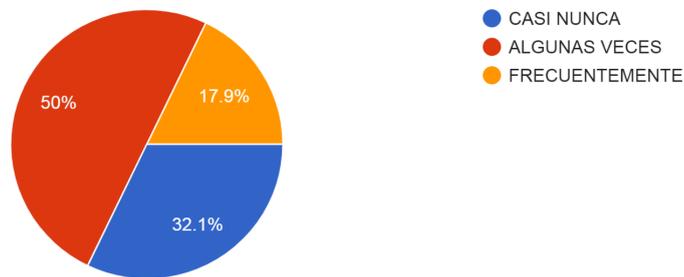
Gráfica 9. Ingesta de alimentos entre comidas

Fuente: Elaboración propia.

Descripción de la gráfica: El 21.4% de los cuidadores refleja el “casi nunca” y él 21.5% “frecuentemente” de ingerir alimentos entre sus comidas diarias.

¿COME ALIMENTOS FUERA DE CASA?

28 respuestas



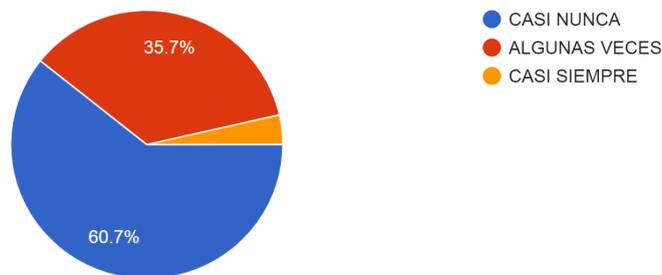
Gráfica 10. Ingesta de alimentos fuera de casa

Fuente: Elaboración propia.

Descripción de la gráfica: Únicamente el 17.9% en cuidadores primarios que si ingieren alimentos fuera de casa.

¿CUANDO TERMINAS DE COMER, LA CANTIDAD SERVIDA INICIALMENTE, PIDE QUE LE SIRVAN MAS?

28 respuestas



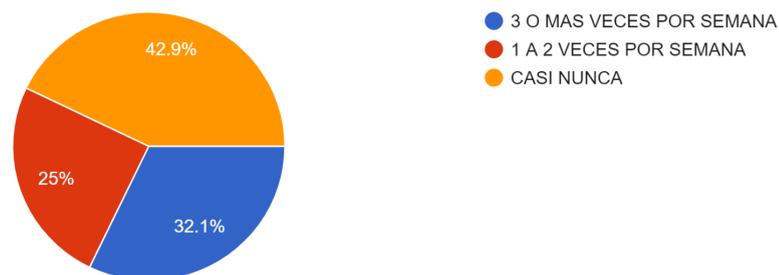
Gráfica 11. Ingesta de alimentos adicionales

Fuente: Elaboración propia.

Descripción de la gráfica: La mayoría de los cuidadores primarios 60.7% “casi nunca” piden que se les sirva más alimentos.

Para el apartado ACTIVIDADES DEL CUIDADOR encontramos en la **gráfica 12** la frecuencia de actividad física que los cuidadores primarios realizan a la semana obteniendo un 42.9% de personas con casi nula actividad física, un 25% con actividad física de 1 a 2 veces por semana y un 32.1% de cuidadores primarios que realizan más de 3 veces por semana actividad física lo cual es muy benéfico para su salud. En la **gráfica 13** se vuelve a mostrar los polos opuestos respecto a las actividades de los cuidadores primarios de los pacientes con DM2 en su tiempo libre fuera de su trabajo habitual. Quedando con un 46.4% la frase solo “algunas veces” los cuidadores se mantienen ocupados fuera de sus actividades habituales diarias. Dentro de la **gráfica 14** se muestran resultados iguales en dos puntos sobre las actividades de los cuidadores primarios en su tiempo libre, los dos aspectos son polos opuestos para mantener una buena salud física, emocional y fisiológica en la vida diaria de los cuidadores primarios pues una representa sedentarismo a personas que son propensas por herencia genética a padecer el mismo problema de sus familiares diagnosticados con DM2.

¿CON QUE FRECUENCIA HACE AL MENOS 15 MINUTOS DE EJERCICIO? (CAMINAR RÁPIDO, CORRER O ALGÚN OTRO?)
28 respuestas



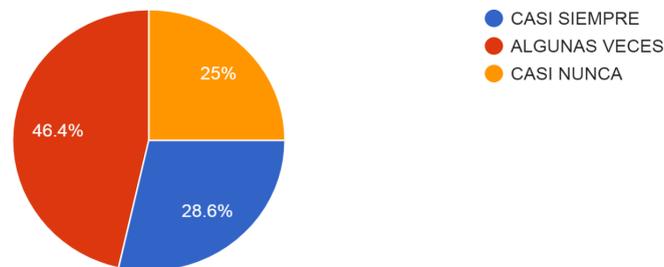
Gráfica 12. Frecuencia de actividad física

Fuente: Elaboración propia.

Descripción de la gráfica: Solo el 32.1% de los cuidadores realiza más de 3 veces por semana actividad física.

¿SE MANTIENE OCUPADO FUERA DE SUS ACTIVIDADES HABITUALES DE TRABAJO?

28 respuestas

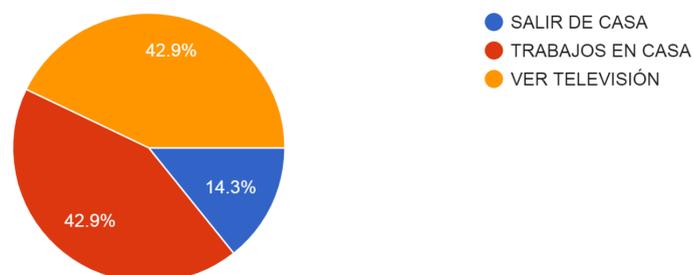


Gráfica 13. Actividad extra al trabajo

Fuente: Elaboración propia.

¿QUE HACE CON MAYOR FRECUENCIA EN SU TIEMPO LIBRE?

28 respuestas



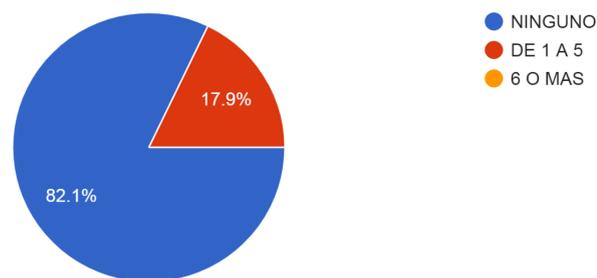
Gráfica 14. Ocupación del tiempo libre

Fuente: Elaboración propia.

Descripción de la gráfica: Únicamente el 14.3% sale de casa en su tiempo libre, lo cual es contraproducente para mantener una buena salud física y emocional.

Para los resultados del apartado INGESTA DE ALCOHOL Y TABACO obtuvimos en la **gráfica 15** la casi nula dependencia de tabaco de los cuidadores primarios de pacientes con DM2 incidiendo con un 82.1%. La **gráfica 16** señala que un 60.7% de cuidadores primarios que no beben alcohol, un 25% rara vez consumen ese tipo de bebidas y sólo un 14.3% respondieron beber una vez o más por semana. Profundizando en el mismo tema la **gráfica 17** nos muestra que el alcohol si está presente en la alimentación de los cuidadores primarios de pacientes con DM2. En un 10.7% indicó que ingiere 3 o más bebidas alcohólicas en cada ocasión, un 25% indica que de 1 a 2 bebidas alcohólicas por ocasión y un 64.3% respondió a ninguna bebida alcohólica por ocasión.

¿CUANTOS CIGARRILLOS FUMA AL DÍA?
28 respuestas

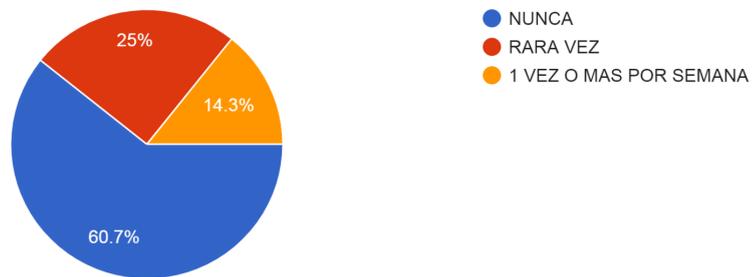


Gráfica 15. Consumo de cigarrillos

Fuente: Elaboración propia.

¿BEBE ALCOHOL?

28 respuestas

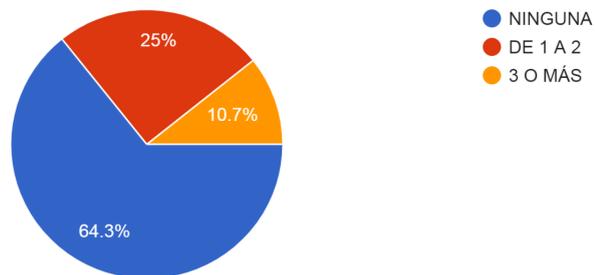


Gráfica 16. Consumo de alcohol

Fuente: Elaboración propia.

¿CUANTAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS TOMA EN CADA OCASIÓN?

28 respuestas



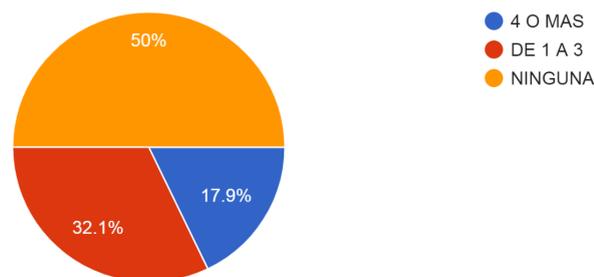
Gráfica 17. Consumo de alcohol por ocasión

Fuente: Elaboración propia.

En el apartado INFORMACIÓN DEL CUIDADOR la **gráfica 18** refleja la casi nula información que tienen los cuidadores primarios sobre la enfermedad que padece su familiar y solo un 17.9% considera importante informarse sobre el padecimiento de su paciente.

Mientras que en la **gráfica 19** se observa que los cuidadores primarios tratan de obtener información sobre la enfermedad de sus pacientes con un 46.4% los cuidadores primarios se muestran interesados por el padecimiento de su familiar, con un 39.3% solo algunas veces trata de obtener información y un 14.3% respondió a un casi nunca obtiene información sobre la enfermedad de su paciente.

¿A CUANTAS PLATICAS PARA PERSONAS CON DIABETES A ASISTIDO?
28 respuestas

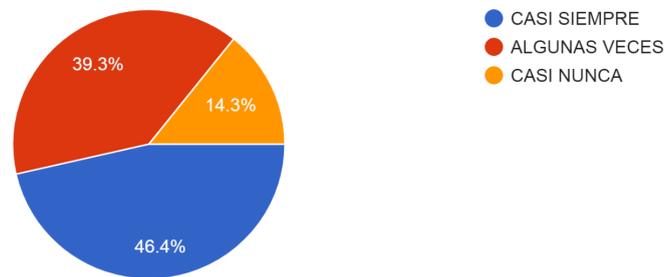


Gráfica 18. Asistencia a pláticas sobre la patología

Fuente: Elaboración propia.

Descripción de la gráfica: El 50 % de los cuidadores no ha asistido a ninguna plática sobre la enfermedad de su paciente.

¿TRATA DE OBTENER INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD DE SU PACIENTE?
28 respuestas



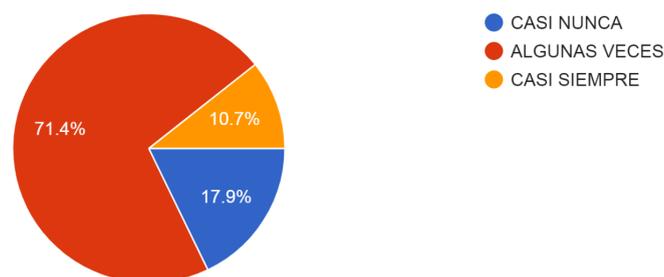
Gráfica 19. Búsqueda de información sobre la patología

Fuente: Elaboración propia.

Descripción de la gráfica: Un 14.3% respondió que casi nunca obtiene información sobre la enfermedad de su paciente.

En el apartado SALUD EMOCIONAL DEL CUIDADOR encontramos en la **gráfica 20** que en la frecuencia de la manifestación del enojo los cuidadores primarios respondieron a la pregunta con la frase “algunas veces” ya que el ser cuidador primario es muy difícil y a veces no se puede controlar el estado de ánimo. Sin embargo solo un 10.7% respondió a la frase “casi siempre”. En la **gráfica 21** se observa con un 60.7% que “algunas veces” los cuidadores primarios se sienten tristes debido a que ser cuidador no es tarea fácil, sin embargo solo un 10.7% respondió a la pregunta con un “casi siempre”. Lo cual nos indicaría que con aquellos cuidadores primarios podría existir algún tipo de problemática emocional. En la **gráfica 22** se demostró que los cuidadores primarios casi nunca tienen pensamientos pesimistas sobre el futuro de su paciente con un 50% sin embargo un 35.7% muestra que los cuidadores primarios algunas veces llegan a presentar ese tipo de pensamientos, pues en la **gráfica 23** se muestra con un 67.9% que la mayoría de los cuidadores primarios hacen su máximo esfuerzo para controlar la enfermedad de su paciente y con un 25% algunas veces y sólo un 7.1% respondió que casi nunca.

¿SE ENOJA CON FACILIDAD?
28 respuestas

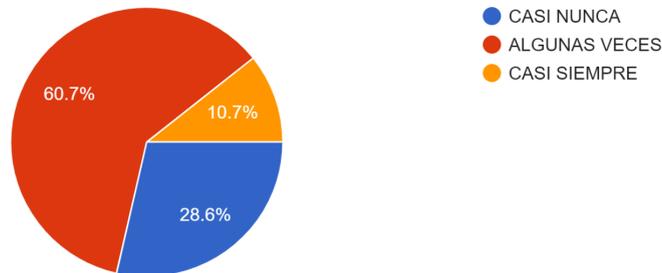


Gráfica 20. Frecuencia de enojo

Fuente: Elaboración propia.

Descripción de la gráfica: Sólo el 17.9% casi nunca enfrenta situaciones de enojo.

¿SE SIENTE TRISTE?
28 respuestas

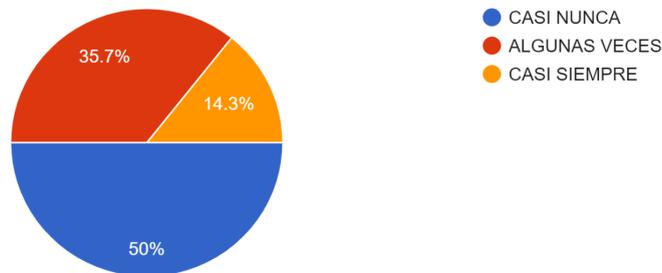


Gráfica 21. Salud emocional (tristeza)

Fuente: Elaboración propia.

Descripción de la gráfica: El 71.4% de los cuidadores se sienten tristes debido a su labor.

¿TIENE PENSAMIENTOS PESIMISTAS SOBRE EL FUTURO DE SU PACIENTE?
28 respuestas



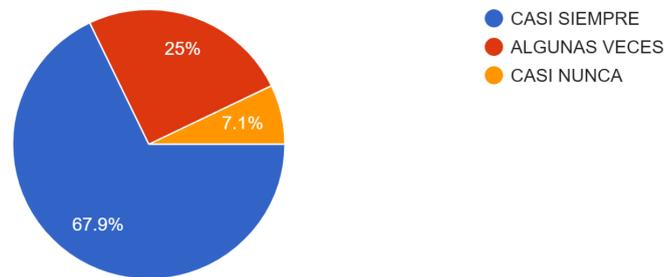
Gráfica 22. Pensamientos sobre el futuro del paciente

Fuente: Elaboración propia.

Descripción de la gráfica: El 50% de los cuidadores casi nunca tienen pensamientos pesimistas sobre el futuro de su paciente.

¿HACE SU MÁXIMO ESFUERZO PARA CONTROLAR LA ENFERMEDAD DE SU PACIENTE?

28 respuestas



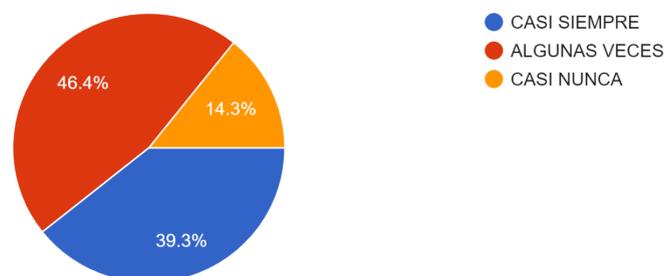
Gráfica 23. Esfuerzo realizado por cuidar del paciente

Fuente: Elaboración propia.

Para el apartado final APRENDIZAJES DEL CUIDADOR encontramos en la **gráfica 24** que un 46.4% que los cuidadores primarios han modificado solo algunas veces su alimentación de acuerdo a la dieta de su paciente y un 14.3% respondió que casi nunca ha modificado su alimentación. Mientras que la **gráfica 25** muestra que casi siempre y la mayoría de los cuidadores primarios sigue las instrucciones médicas que se le indican para el cuidado de su paciente con un 82.1% y solo algunas veces los cuidadores primarios de los pacientes muestra poco interés en seguir dichas instrucciones esto con un 17.9%

¿HA MODIFICADO SU ALIMENTACIÓN DE ACUERDO A LA DIETA DE SU PACIENTE?

28 respuestas

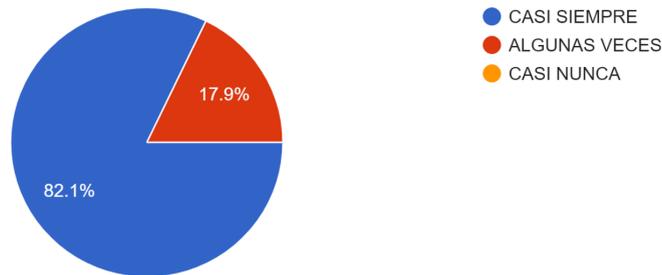


Gráfica 24. Modificación de la dieta propia de acuerdo con la del paciente

Fuente: Elaboración propia.

Descripción de la gráfica: Sólo el 14.3% de los cuidadores respondió que casi no ha modificado su alimentación de acuerdo a la dieta de su paciente.

¿SIGUE LAS INSTRUCCIONES MEDICAS QUE SE LE INDICAN PARA EL CUIDADO DE SU PACIENTE?
28 respuestas



Gráfica 25. Seguimiento de las instrucciones médicas del paciente

Fuente: Elaboración propia.

Descripción de la gráfica: El 82.1% de los cuidadores sigue las instrucciones médicas que se le indican para el cuidado de su paciente.

Capítulo 4. Discusión

En América Latina el comportamiento epidemiológico muestra que en la mayoría de los países las enfermedades crónicas se han convertido en las primeras causas de mortalidad y morbilidad, este aspecto genera necesariamente crecimiento en el volumen de personas que ofrecen cuidado de manera formal o informal.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) define a la diabetes como una enfermedad crónica caracterizada por la producción insuficiente de insulina por parte del páncreas o por la utilización ineficaz de la misma por parte del organismo.

Los cuidadores primarios de los pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas degenerativas son los agentes que asumen la responsabilidad de llevar a cabo el cuidado y asistencia cotidiana de las personas diagnosticadas.

Enfocándonos en el determinante hábitos de salud o estilo de vida se reporta que el alcance de los efectos colaterales de la DM2 no solo afecta a quienes la padecen, sino que se ha confirmado que los cuidadores primarios de los mismos reciben impactos en su salud derivados de la convivencia entre los cuidadores primarios con pacientes diagnosticados con DM2 que repercuten en sus hábitos de salud.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la presente investigación se evidenció que por lo menos el 78% de los cuidadores primarios mantienen un estilo de vida saludable con respecto a la ingesta de frutas y verduras realizándolo de algunos días a todos los días, consumiendo en su mayoría 1 pieza de pan al día, 6 tortillas como máximo, agregando de manera nula y regular azúcar y sal extra a los alimentos y bebidas y que algunas veces consumen alimentos entre comidas. Hablando de la actividad física el 57.1% de los cuidadores primarios realiza ejercicio de 1 a 6 veces por semana y el 74.9% algunas veces y

casi siempre se mantienen ocupados en su tiempo libre fuera de su trabajo con trabajos dentro y fuera de su hogar. Dentro del apartado consumo de alcohol y tabaco únicamente el 17.8% de los cuidadores primarios fuma de 1 a 5 cigarrillos por día y solo con un 14.3% respondieron beber una vez o más por semana.

Estos resultados contrastan con lo encontrado en las investigaciones revisadas, pues en ellos se discute que los estilos de vida de los cuidadores primarios no son saludables a causa de que estos cuidados cotidianos implican asumir riesgos para la salud de los mismos cuidadores, situación que puede ser refutada si el cuidador desarrolla estrategias oportunas para cumplir con sus necesidades, enfrentando la organización de sus horarios, la realización de actividades que le distraigan de la rutina, la actividad física y acudir con un profesional de la salud mental.

Comparando nuestros resultados con los de la investigación “Continuidad del cuidado: adulto mayor con diabetes tipo 2 y su cuidador” realizada por (Ramirez Girón et al.,2016) también encontramos que el aumento de conocimientos sobre la enfermedad no solo mejora el estilo de vida de la persona diagnosticada con DM2, sino que también la de su cuidador.

A diferencia de la anterior en la investigación ”Calidad de vida en cuidadores de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el centro de Salud-Benito Juárez Hidalgo” (Chávez-Rubio, K. et al., 2019) se observó en una muestra de 12 personas que la calidad de vida del cuidador primario de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus se ve afectada por distintos factores relacionados con su calidad de vida y que generan repercusiones que la enfermedad, y los tratamientos de sus pacientes traen consigo, en el aspecto físico, psicológico y socioeconómico.

Referente a la investigación sobre el Estilo de Vida en Cuidadores de Pacientes con Diabetes Mellitus (Pinzón-Rocha, M. L. et al. 2013) encontramos que se realizó una Chi cuadrada de Pearson, que contemplaba los parámetros del cuestionario del estilo de vida FANTÁSTICO, encontrando una relación entre un estilo de vida poco saludable con las complicaciones que presenta el paciente resultando una Chi cuadrada de Pearson con valor de 63.470, y una p de 0.003, concluyendo que los cuidadores de pacientes con complicaciones presentan un estilo de vida poco saludable. Al igual que en esta investigación nos gustaría resaltar estos puntos como nuevas líneas de estudio identificando y explicando que el significado de nuestros hallazgos busca enaltecer que es de suma importancia que los cuidadores de los pacientes con diabetes reciban orientación sobre su autocuidado con estrategias educativas, psicoterapéuticas, acuerdos saludables en el cuidado y entrenamientos para los receptores de esta atención.

4.1 Conclusiones

El objetivo principal de esta investigación fue conocer qué tipo de estilo de vida desarrollan los cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de DM2 aplicando el instrumento IMEVID adaptado para cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de DM2, dicho instrumento demostró que la mayoría de los participantes cuentan con un estilo de vida saludable y qué aspectos de este mismo estilo son adquiridos al adquirir este rol. Dicha razón hace posible que se acepte la hipótesis que señala que los cuidadores primarios de pacientes con DM2 desarrollan un estilo de vida saludable al asumir este rol.

De acuerdo con los resultados obtenidos consideramos un área de oportunidad para los servicios de salud el refuerzo de la educación sobre prevención y promoción de estilos de vida saludables con la intención de combatir las causas de la DM2.

Al finalizar esta investigación podemos concluir que el óptimo desarrollo y capacitación de los cuidadores primarios de los pacientes con DM2 debe manejarse desde los 4 determinantes de la salud (biología humana, medio ambiente, hábitos de salud o estilo de vida y la organización de la asistencia sanitaria) enalteciendo al tercero de estos determinantes de manera preventiva tanto para los diagnosticados con DM2, como para sus cuidadores primarios.

REFERENCIAS.

Chávez-Rubio, K., López-Escudero, A. B., Arias-Rico, J., Jiménez-Sánchez, R. C.,
Ramírez-Gutiérrez, V., Ledezma, R. L. M., ... Lazcano-Ortiz, M. (2019). Calidad de vida en cuidadores de pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial en Centro de Salud-Benito Juárez, Hidalgo. *Educación y Salud Boletín Científico*

Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo,
8(15), 165-168.

Devies K, (1998) federation helps kids to Uve with diabetes, articulo publicado en Bolivian Times el 04 de febrero de 1998.

Determinantes sociales de la salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud 2005-2008 - ¿Qué es, por qué, y cómo? Organización Mundial de la salud Internet. Aproximadamente 3p; [citado 2012 Abr 4] Disponible en:http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/about_csdh/es/index.html

Rev. Esp. Salud Pública 2007. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php>

Federación Internacional de Diabetes 2003. Diabetes Atlas Extracto 2a Edición Bélgica.

Gil, A. Cuidados de la Familia. El Cuidador Principal. Manual de Enfermería. Prevención y Rehabilitación Cardíaca. Disponible en <http://www.enfermeriaencardiologia.com>

Instituto de Salud del Estado de México (2012) Registros Hospitalarios HGCH.

Lalonde, M. 1973. Una Nueva Perspectiva de Salud de los Canadienses:

<http://www.phac-aspc.gc.ca>

Laframboise HL. Health policy: breaking the problem down into more manageable segments.

Can Med Assoc J 1973, Feb 3; 108(3): 388-91. citado 2012 Abr 10; Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1941185/>

Lerman, G. Atención Integral al paciente diabético 2a Edición McGraw-Hill Interamericana México D.F 2000

Loo, M. Educación y autocuidado de la persona diabética. México D.F FES Zaragoza UNAM 2007.

López OA; Escudero JC; Carmona LD. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES*. 2007.

(OMS 2005) WHO, 2005 Hacia un Marco Conceptual para el Análisis y la Acción sobre los determinantes Sociales de la Salud, 2005. Documento de debate para la Comisión sobre determinantes Sociales de la Salud citado 2012 Abr 4; Disponible en:

http://www.determinants.fiocruz.br/pdf/texto/In_texto2.pdf

Organización Mundial de la Salud (2012). Datos fundamentales sobre Diabetes Mellitus:

<http://www.who.int>

Pérez-Marín, M., Gómez-Rico, I., & Montoya-Castilla, I. (2015). Diabetes mellitus tipo 1: factores psicosociales y adaptación del paciente pediátrico y su familia. Revisión. *Archivos argentinos de pediatría*, 113(2), 158-162.

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752015000200014&script=sci_arttext

Pérez Sánchez, A. S. (2012). *Influencia del entorno familiar en el control de diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la Ciudad de Guaranda* (Bachelor's thesis). <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/106>

Pinzón-Rocha, M. L., Aponte-Garzón, L. H., & Hernández-Páez, R. F. (2013). Experiencia de los cuidadores informales en el manejo de la diabetes mellitus tipo II. *Orinoquia*, 17(2), 241-251.

Ramírez-Girón, N., Cortés-Barragán, B., & Galicia-Aguilar, R. M. (2016). Continuidad del cuidado: adulto mayor con diabetes tipo 2 y su cuidador. *Enfermería universitaria*, 13(1), 61-68.

Sancanuto, C., Tébar, F. J., Jiménez-Rodríguez, D., & Hernández-Morante, J. J. (2014).

Factores psicosociales en la diabetes mellitus tipo 1 y su relación con el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios en la infancia y la adolescencia. *Avances en Diabetología*, 30(5), 156-162.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134323014000866>

Torres-Avenidaño, B., Agudelo-Cifuentes, M. C., Pulgarin-Torres, Á. M., Berbesi-Fernández,

D. Y. (2018). Factores asociados a la sobrecarga en el cuidador primario. Medellín, 2017. *Universidad y Salud*, 20(3), 261-269.

Venegas, B. Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada. Red de Revistas

Científicas de América Latina y el Caribe. España y Portugal. Universidad Autónoma del Estado de México. Vol.6 Núm. 001 Octubre 2006. Universidad de la Sabana Chía,

Colombia pp. 137-147. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx>