



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA N°1 ZACATECAS, ZAC.

TÍTULO:

**“ SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL DE
PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 CON COMPLICACIONES EN UNA
UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”**

TÉSIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. MARIO ALBERTO VÁZQUEZ MARTÍNEZ

MÉDICO FAMILIAR ADSCRITO A LA UMF 46

ALUMNO DEL TERCER AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MÉDICOS GENERALES DEL IMSS

Zacatecas, ZAC., México

Noviembre 2011



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.

**“SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2
CON COMPLICACIONES EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN ”**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. MARIO ALBERTO VÁZQUEZ MARTÍNEZ

AUTORIZACIONES:

**DR(A). Ma DEL CARMEN FRAIRE GALINDO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MÉDICOS GENERALES EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA N°1, ZACATECAS, ZAC.**

**DR(A). MARÍA DEL CARMEN FRAIRE GALINDO
ASESOR METODOLÓGICA DE TESIS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN PARA MÉDICOS GENERALES DEL
IMSS**

**DR. ILDEFONSO APARICIO TREJO
ASESOR DISCIPLINARIO DE TESIS
PROFESOR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS**

DRA. ALICIA VILLA CISNEROS

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

ZACATECAS, ZAC., MÉXICO.

NOVIEMBRE DEL 2011

TÍTULO:

**“SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL DE PACIENTES DIABETICOS TIPO 2
CON COMPLICACIONES EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ALUMNO: MARIO ALBERTO VÁZQUEZ MARTÍNEZ

AUTORIZACIONES

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE
MEDICINA U.N.A.M.**

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

INDICE

| CONTENIDO | N° DE PÁGINA |
|--|--------------|
| 1. Título | 1 |
| 2. Marco Teórico | 2 |
| Cuidador Primario | 2 |
| Diabetes Mellitus | 10 |
| Generalidades de Diabetes Mellitus | 10 |
| Criterios Diagnósticos | 13 |
| Epidemiología | 13 |
| 3. Planteamiento del Problema | 18 |
| 4. Justificación | 20 |
| 5. Objetivos | 22 |
| Objetivos Generales | 22 |
| Objetivos Específicos | 22 |
| 6. Material y Métodos | 23 |
| Diseño de Estudio | 23 |
| Población de Estudio | 23 |
| Población | 23 |
| Lugar | 23 |
| Tiempo | 23 |
| Criterios de Selección | 23 |
| Criterios de Inclusión | 23 |
| Criterios de Exclusión | 24 |
| Criterios de Eliminación | 24 |
| Muestra | 24 |
| Tipo de Muestra | 24 |
| Cálculo de Muestra | 24 |
| Variables de Estudio | 25 |
| Variables dependientes | 25 |
| Variables Independientes | 25 |
| Variables Universales | 25 |
| Variables Intervinientes | 25 |
| Operacionalización de Variables | 26 |
| Procedimientos para captar la información | 30 |
| Análisis Estadístico | 31 |
| 7. Consideraciones Éticas | 32 |
| 8. Resultados | 33 |
| 9. Discusión | 41 |
| 10. Conclusiones | 43 |
| 11. Conflicto de Intereses | 44 |
| 12. Límites de Estudio | 44 |
| 13. Sugerencias | 44 |
| 14. Bibliografía | 45 |
| 15. Anexos | 49 |

**1. "SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL EN
PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 CON COMPLICACIONES EN UNA
UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN"**

2. MARCO TEÓRICO.

CUIDADOR PRIMARIO.

La diabetes mellitus (DM) tipo 2 y sus complicaciones representan a nivel mundial un asunto de preocupación en salud pública; la nefropatía diabética origina un gasto elevado en su tratamiento y control derivado del manejo funcional sustitutivo con diálisis peritoneal continua ambulatoria o hemodiálisis. Ambas enfermedades tienen un impacto tanto físico como emocional a lo largo del proceso de cronicidad, que deteriora la calidad de vida de las personas que la padecen y de sus familiares. Este tipo de padecimientos requieren especial atención puesto que en su desarrollo y evolución se destaca la contribución de factores psicológicos y biomédicos. Tanto la cronicidad como el amplio carácter invasivo, conllevan a un deterioro notorio y a veces extremo del bienestar y la calidad de vida de quienes la padecen así como de sus familiares. Su forma de afrontamiento al inicio de la enfermedad y su habilidad para enfrentarse a situaciones tensas son factores muy importantes en el proceso de ajuste al inicio del tratamiento, además de la posibilidad de desarrollar problemas emocionales a medida que la enfermedad avanza a un estado de cronicidad.⁽¹⁾ A medida que aumenta la carga de trabajo de la persona cuidadora, también se incrementa el riesgo de deterioro de su salud y su calidad de vida.⁽²⁾

A partir de la década de los ochenta, comenzaron a publicarse en países anglosajones y europeos estudios y reflexiones acerca de la atención informal de la salud. Así, en los últimos años, debido al envejecimiento progresivo de la población y la mayor supervivencia de personas con enfermedades crónicas, entre ellas la (DM 2) ha surgido un gran número de personas que necesitan ser asistidas o cuidadas por otra, llamadas Cuidador Primario Informal (CPI), quien asume la responsabilidad principal o total del paciente ayudándole a realizar las actividades que este no puede llevar a cabo. Los recursos formales comprenden las prestaciones y servicios sociales que proporcionan los organismos públicos y privados.⁽³⁾

Con el progresivo envejecimiento de la población y el incremento en las tasas de supervivencia a enfermedades crónicas y discapacidades físicas o psíquicas, se ha elevado el número de sujetos dedicados al cuidado de familiares enfermos.⁽⁴⁾

Cuidar de una persona envejecida dependiente es una tarea difícil, cansada y de gran responsabilidad, que demanda realizar actividades para las que no se está preparado y que no siempre son agradables. La mayor parte de las veces convertirse en cuidador es algo fortuito y despierta sentimientos conflictivos. Los propios intereses y dolencias pasan a segundo plano para enfrentar el reto de atender a otra persona. Los roles se alteran; ser cuidador implica perder actividades y oportunidades. Se debe enfrentar un reto mayor y echar mano de todos los recursos interiores y exteriores a fin de sobrellevar el cambio y mantener un equilibrio entre la atención a la persona dependiente y la conservación de la vida y salud propias.⁽²⁾

En diversos estudios se muestra que el hecho de cuidar a una persona enferma o discapacitada supone cambios que afectan la vida no sólo en el ámbito personal, sino también familiar, laboral y social, con repercusiones negativas en la salud física y psicológica. Algunos autores hablan del “síndrome del cuidador” como una sobrecarga física y emocional que conlleva el riesgo de que el cuidador se convierta en paciente y se produzca la claudicación familiar.⁽⁵⁾

El enfermo encuentra a alguien quien de forma devota y abnegada se dedica a su cuidado y desarrolla una relación estrecha, y la familia puede seguir funcionando en forma más o menos en los mismos términos, habiendo asegurado el lugar del enfermo, y con un mínimo gasto de energía por su parte. Al parecer el esquema funciona bien, siempre y cuando el CPI, se identifique con su rol, que tenga ciertos momentos de respiro y que la enfermedad no sea de tal naturaleza, o suponga una carga que física o psicológicamente haga inviable el cuidado propiciando que el cuidador primario se olvide de sus propias

necesidades, aumentando el cansancio dedicando menos tiempo para las relaciones sociales⁽⁶⁾ convirtiéndose en muchas ocasiones en el centro de su vida y la principal y única actividad cotidiana durante muchos años ocasionando una elevada incidencia de deterioro físico, mental, y notable aumento en la morbimortalidad entre ellos, situación que ha su vez repercute en el mismo enfermo al cual están cuidando.⁽⁷⁾

Al momento de brindar atención a enfermos neurológicos, se conoce de antemano que estos requerirán cuidados por las secuelas de este tipo de padecimientos. Generalmente no se prevé el efecto de esta sobrecarga de trabajo en la dinámica familiar, donde el “cuidador” primario, designado como la persona que llevará a cabo la mayor parte de este trabajo (mujeres, más que hombres) se convierte en una pieza insustituible en la atención socio-sanitaria y de apoyo al paciente.⁽⁸⁾

Los cuidadores primarios ocupan un lugar esencial en la atención de estos enfermos, absorbiendo la carga principal de los cuidados. Sin embargo y paradójicamente a las repercusiones negativas que se tienen tanto en la atención de los enfermos de cáncer como en las del deterioro de las redes sociales primarias, las publicaciones centradas en esta figura son pocas. En la literatura se describe el “*síndrome del cuidador primario*”, fenómeno relacionado directamente con la sobrecarga que, a nivel físico como emocional, pueden padecer quienes ocupan este desgastante papel. Se insiste en los textos especializados en la necesidad de atender el cuidado que el cuidador requiere para que este pueda soportar el sobreesfuerzo que tiene que realizar durante un tiempo prolongado en el cuidado diario y constante del enfermo, ya que existe el riesgo de que este personaje se convierta en un enfermo secundario.⁽⁹⁾

La educación para la salud no puede explicarse aislada de un contexto histórico y social donde se produce. La educación de la salud, en la mayoría de ellas aborda el proceso desde la perspectiva informativa-prescriptiva o la conductual, sin hacer partícipe al individuo de la responsabilidad⁽⁹⁾ motivo por el cual se ha observado que en la mayoría de las ocasiones, la familia y el CPI, comparte los mismos estilos de vida del paciente crónico.

En el quehacer cotidiano y con mucha frecuencia los médicos familiares nos enfrentamos a la necesidad de proporcionar orientación sobre la atención a nuestros pacientes, la cual se prolonga tanto a parientes como a los cuidadores.⁽¹⁰⁾

La presencia de un miembro que precisa de cuidados, genera una nueva situación familiar que puede provocar importantes cambios dentro de la estructura familiar y en los roles y patrones de conducta de sus integrantes. Estos cambios pueden precipitar crisis que ponen en peligro la estabilidad de la familia, pudiendo afectar a todos sus componentes, especialmente al cuidador principal, que es el miembro de la familia que soporta la mayor parte de la sobrecarga física y emocional de los cuidados⁽¹¹⁾.

Desde fines de los ochenta emergió, en el campo de la salud pública el tema de la atención informal a la salud,⁽¹²⁾ es decir, aquella que se realiza por sujetos externos al tratamiento médico y en contextos distintos a éste. Nos referimos, desde luego, a la atención que en la esfera extra hospitalaria brindan familiares o voluntarios a los enfermos.

Diversos autores explican este fenómeno como efecto de una crisis económica que llevó a los gobiernos a promover mayores cuidados en el hogar que de alguna manera supliesen el déficit de atención en instituciones de salud. Sin embargo, los factores del crecimiento de la atención informal no son únicamente económicos, pues a éstos se suman, desde luego, el crecimiento demográfico, la ampliación de la esperanza de vida en múltiples enfermedades, etc.

El elevado nivel de crecimiento que ha tenido la atención informal a la salud, puede apreciarse si se considera que en países como España, el sistema informal atiende más del 80% de la demanda de servicios. En este sentido, la sobrecarga de trabajo del sector sanitario se ha venido reduciendo sustancialmente desde hace dos décadas pues muchos de los cuidados que antes se otorgaban en las unidades de salud, hoy son cubiertos en el hogar.⁽¹³⁾

En este proceso de “delegación” de la atención a la salud, los llamados cuidadores primarios juegan un papel nodal, pues son ellos quienes directamente asumen la atención del enfermo y sirven, además, de puentes entre el tratamiento médico y la esfera extra hospitalaria en que se desenvuelve el enfermo.

En términos generales, para que exista un cuidador primario debe existir una incapacidad, parcial o total del enfermo para asumir su autocuidado. Es por ello que muchas definiciones del cuidador primario se refieren a éste como el que suple, en alguna medida, la discapacidad del enfermo; sin embargo, para que exista un cuidador primario no es imprescindible este elemento discapacitante, sino que el paciente requiera, por lo menos del apoyo de alguien para realizar ciertas tareas dirigidas a mejorar su salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 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 por el paciente, decisiones para el paciente, y a cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta...”⁽¹⁴⁾

El cuidador primario es aquella persona que de una manera voluntaria y decidida, toma la opción de convertirse en cuidador de ese otro que se encuentra limitado en sus recursos para enfrentar las demandas del mundo. El CPI voluntariamente asume dicho rol, toma decisiones por el paciente, cubre sus necesidades básicas, bien de forma directa realizando tareas de ayuda, o de forma indirecta determinando cuándo, cómo y dónde se tienen que dar o tomar dichas acciones o decisiones en bien del paciente.^(15, 16) Un aspecto importante de la figura del cuidador primario es el tipo de relación que establece con los cuidadores formales, es decir, el cuerpo médico tratante del paciente. Al respecto, Twigg establece que el cuidador puede ser considerado en tres ópticas diversas: a) Como recurso (cuando se trate de un apoyo voluntario externo, por ejemplo, una institución de asistencia; b) Como trabajador (que en realidad sería un apoyo formal al enfermo); y, c) Como co-cliente, donde el cuidador se consideraría, una especie de “prolongación” del paciente con el que se deben tratar ciertos asuntos en relación de la salud del paciente. En países como España y Estados Unidos, la existencia de cuidadores primarios provenientes de instituciones sociales, en centro y Sudamérica, los estudios realizados sobre el cuidado informal, están centrados en cuidadores particulares, como son los parientes o amigos cercanos del paciente, que asumen las tareas y funciones ya referidas.

Uribe (2006) refiere: el cuidado diario y a largo plazo de un familiar enfermo, así se asuma de manera voluntaria y con cariño, conlleva a riesgos para la salud de las personas que lo

realizan, principalmente si toda la responsabilidad recae sobre una sola persona. Por tanto, la gran función que desempeña el cuidador principal en estos pacientes puede ocasionarles problemas de salud no solo de tipo físico sino también de tipo mental. ⁽¹⁷⁾

En 2006, Islas y colaboradores estudiaron el perfil psicosocial de cuidadores primarios de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, a fin de determinar tanto su perfil como el nivel de estrés experimentado en el ejercicio de sus tareas y funciones. El 76.1% de la muestra resultó estar conformada por mujeres con edad promedio de 50 años; asimismo, el 66.7% resultaron ser casadas y el 32.6% esposas de los enfermos. Una parte mayoritaria de la muestra (63%) reportó sufrir síntomas de estrés como tristeza y depresión.⁽¹²⁾

Montoya (2006), publicó, bajo el auspicio de la organización Club Alzheimer de Medellín, Colombia, el Manual para el cuidador primario de pacientes con dicha enfermedad; el vasto documento incluye mucha información sobre la enfermedad, y una guía para el afrontamiento de la enfermedad por parte del paciente y la familia. Se incluye también una serie de orientaciones prácticas para vivir la cotidianidad de dicha enfermedad en el ámbito extra hospitalario.⁽¹⁸⁾

El mismo año, Pérez y Navarro publicaron un estudio referente a las características principales de los cuidadores primarios en España. De acuerdo con dicho trabajo, la mayor parte de cuidadores primarios se conforma por mujeres (83.6%). El promedio de edad fue de 53 años; el 76.2% de la muestra resultó casado. Otro dato relevante es que el 73% de los cuidadores no reciben ingresos económicos por no laborar en actividades remunerativas, situación que se vincula, indudablemente, con su edad. Los datos aportados por este trabajo no varían mucho respecto de los reportados en nuestro contexto.⁽¹³⁾

Tejada y colaboradores, por su parte, realizaron una investigación etnográfica en un grupo de 5 pacientes diagnosticados con diabetes, a fin de conocer su percepción sobre la enfermedad y aproximarse a la dinámica requerida de apoyo y cuidado informal. Se encontró, entre los resultados más relevantes que el apoyo familiar ayuda considerablemente al afrontamiento de la enfermedad y sus consecuencias, que los

familiares consideran a los pacientes como altamente demandantes de atención y que frecuentemente no saben cómo actuar para ayudar a su familiar enfermo.⁽¹⁹⁾

De la Huerta y colaboradores (2006) realizaron una investigación en torno a los estilos de enfrentamiento de los cuidadores primarios de pacientes infantiles diagnosticados con cáncer. Para tal efecto se utilizó la Escala de Afrontamiento del Cuestionario de Salud y Vida Cotidiana, que se aplicó a una muestra de 50 cuidadores. El resultado más importante fue la identificación de que el estilo de afrontamiento más frecuente fue el cognitivo-activo, y que la mayoría usan estrategias de afrontamiento basados en la búsqueda y análisis de información y en la resolución de problemas.⁽²⁰⁾

González Tablas y colaboradores, en 2007 realizaron un trabajo monográfico en el que tratan de identificarse los puntos que pueden mejorar la relación entre cuidadores primarios y pacientes diagnosticados con esclerosis múltiple. La identificación se hace a través de modelos teóricos de tipo interaccional. Se llegó a la conclusión de que las mejores estrategias para mejorar dicha relación son el ejercicio físico, favorecer la independencia del paciente y mantenerle adecuadamente informado sobre el desarrollo de su enfermedad.⁽¹⁶⁾

Alfaro et al (2007) analizaron la sobrecarga, la ansiedad y la depresión en una muestra de 65 cuidadores de pacientes con dolor crónico y terminales en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos (México, D.F.). Como en otros estudios, la sobrecarga resultó alta para la mayoría de los pacientes. Se encontró una correlación positiva entre síntomas depresivos y sobrecarga especialmente en cuidadores de enfermos terminales. El estudio concluye que es necesario promover intervenciones para atender los problemas socio afectivos que con frecuencia afectan a los cuidadores primarios, especialmente en el segmento más afectado (cuidadores de pacientes terminales).⁽¹⁴⁾

Del Álamo, en 2007 publicó un trabajo monográfico en torno a los factores de riesgo de sobrecarga de cuidadores primarios de pacientes Alzheimer. Señaló la frecuencia de problemas emocionales de dichos cuidadores sobre todo a mediano y largo plazo, identificando particularmente: estrés, ansiedad, culpabilidad, ideación paranoide, insomnio, anorexia y taquicardia, entre otros. El principal factor de riesgo referido en dicho trabajo es

el aislamiento del cuidador respecto al mundo externo. Es necesario en este sentido contar con redes y grupos de apoyo de personas en situación similar, así como el contacto constante con un médico especialista.⁽²¹⁾

Seguí y colaboradores (2008) evaluaron distintos factores asociados al estrés de cuidadores de niños con autismo, para lo cual tomaron una muestra de 40 sujetos a quienes aplicaron la escala de carga del cuidador primario de Zarit. Los resultados más importantes fueron que los cuidadores enfrentan una sobrecarga grave y además que su estado de salud mental y física es peor que el de la población en general. El trabajo apoya la idea de crear mecanismos de apoyo psicológico para estas poblaciones.⁽²²⁾

También en 2008, Compeán y colaboradores estudiaron el perfil y la sobrecarga de cuidadores primarios de pacientes adultos mayores con afecciones neurológicas. Los resultados reflejaron que el perfil predominante fue de mujeres de entre 41 y 60 años y que la mayoría de cuidadores entrevistados sí presentaban alta sobrecarga.⁽²³⁾

Lara y colaboradores, por su parte, indagaron el perfil y la sobrecarga de cuidadores primarios registrados en la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE. Para tal efecto se utilizó una ficha de identificación y se aplicó la escala de Zarit, a una muestra de 60 cuidadores. Se encontró que el perfil del cuidador primario predominante fue el de mujeres en edad adulta (mayores de 50 años). La mayor parte de cuidadoras resultaron ser esposas de los pacientes aunque también participa un porcentaje significativo de hijas. La sobrecarga, como sucedió en otros estudios, es alta. Los autores sugieren un mayor monitoreo de síntomas asociados al estrés en el cuidador primario a fin de ampliar los medios de apoyo institucional para dicha población.⁽²⁴⁾

Palacios y Jiménez (2008), analizaron en una muestra de cuidadores primarios de pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar, en Bogotá, Colombia, la prevalencia de estrés y depresión a través de la aplicación de la Escala de Depresión de Beck, teniendo como resultado más relevante que en los cuidadores hay mayor nivel de depresión que de estrés diario.⁽²⁵⁾

En Estados Unidos, en el 2008, la National Family Caregivers Association, dio a conocer una serie de medidas preventivas del estrés y la depresión para cuidadores primarios familiares. Entre estas medidas destacan aquellas tendientes a la búsqueda de redes y grupos de apoyo y la de mantenerse atentos e informados frente a los síntomas de la depresión.⁽²⁶⁾

Martínez y colaboradores, el mismo año (2008), midieron la carga de los cuidadores primarios informales familiares (CPIF) de pacientes infantiles con parálisis cerebral severa del Centro de Rehabilitación Teletón, sede Estado de México. Los resultados reportaron variaciones significativas respecto a otros trabajos puesto que el 12% de la muestra no presentó sobrecarga, el 24% presentó sobrecarga leve; el 47% sobrecarga moderada y el 17% sobrecarga severa. Los autores se pronuncian también por implementar intervenciones de apoyo psicológico a los cuidadores especialmente a los más afectados por sobrecarga.⁽¹⁵⁾

DIABETES MELLITUS GENERALIDADES DE DIABETES MELLITUS.

Aunque la historia de la Medicina registra la presencia de la enfermedad que hoy conocemos como diabetes mellitus incluso desde el siglo II de nuestra era, los primeros hallazgos que abrieron el camino hacia su tratamiento científico datan de principios del siglo XX. Destacan, en este sentido, los trabajos del médico rumano Nicolás Paulesco quien, en la primera década de ése siglo, preparó un extracto pancreático capaz de revertir la hiperglucemia. En 1921, Sir Frederick Grant Banting, quien había previamente realizado acuciosos estudios sobre la diabetes, descubrió la insulina, hallazgo que le permitió ganar el premio Nobel de Medicina en 1923,⁽²⁷⁾ pero sobre todo, posibilitó nuevos cauces hacia el tratamiento de esta enfermedad, considerada entre las de mayor morbimortalidad en el contexto actual.

La diabetes, en la fase pre científica de su estudio fue considerada como una enfermedad cuyas principales manifestaciones eran, “...gran volumen de orina de olor dulce (poliuria), sed intensa (polidipsia) y pérdida de peso a pesar de un mayor apetito (polifagia)...”⁽²⁸⁾

A raíz del estudio científico de la diabetes, sus definiciones han cambiado sustantivamente pues éstas pretenden lograr una aproximación a las causas de la afección. Técnicamente se sostiene que la diabetes es un trastorno o estado en el que se presenta una elevación en la concentración sanguínea de glucosa, fenómeno conocido como hiperglucemia. Sin embargo, la explicación de sus causas primarias ha variado: incluso hasta la década de los setenta, se había considerado que dicha condición asociada a la diabetes mellitus (la hiperglucemia) respondía, exclusivamente, a déficit de insulina en el organismo.

La DM no-insulino-dependiente DM tipo 2, representa el 90 a 95% de todos los pacientes con DM que la etiología específica no es conocida. Sin embargo, hallazgos de autopsia y experiencias neuroquirúrgicas sugieren que zonas isquémicas en el páncreas, en la médula oblongada lateral derecha y en el hipotálamo anterior pueden estar relacionados con la etiología de esta enfermedad.⁽²⁹⁾

Por lo que toca a la clasificación de la diabetes mellitus, existen, en la actualidad dos criterios predominantes, ambos con utilidad práctica para los fines de diagnóstico y tratamiento. El primero se refiere a los diversos estadios de la enfermedad y el segundo – con mayor trascendencia- es el etiológico.

Atendiendo al primer criterio, se admiten cuatro estadios: la prediabetes, la diabetes latente, la diabetes química o subclínica y la diabetes florida o clínica.⁽³⁰⁾

Prediabetes: En términos generales, la prediabetes podría definirse como un estado metabólico entre la homeostasia de la glucosa y la diabetes. Autores como Herrera atribuyen a este estadio el carácter de *predisposición genética* hacia la enfermedad ⁽³⁰⁾, misma que sólo sería atribuible al hijo de padre y madre diabéticos, al gemelo univitelino de un diabético o a la madre de un feto con hiperplasia de los islotes pancreáticos; sin embargo, otros autores desdeñan la hipótesis de la predisposición genética limitándose a considerar a la prediabetes como un estado metabólico particular identificable a través de pruebas clínicas. Holmes y Robinson, en este sentido, afirman que los prediabéticos presentan Alteración de Tolerancia a la Glucosa (ATG), Alteración de la Glucemia en ayunas (AGA) o ambas.

La ATG se diagnostica cuando el paciente presenta índices de glucemia de entre 140 y 199 mg/dl, tras una prueba de sobrecarga oral de glucosa de 2 horas. Por otra parte, se dice que hay AGA cuando la glucemia, después de una noche de ayuno es mayor de 100 miligramos por decilitro mg/dl, pero menor a 126 mg/dl. En ambos casos los valores son superiores al normal, pero no llegan a ser tan altos como para tratarse de diabetes. Es importante señalar que durante la prediabetes, los pacientes no presentan ninguno de los síntomas más frecuentes de la diabetes.

Diabetes latente: En el caso de la diabetes latente, los valores de tolerancia a la glucosa suelen ser normales y el paciente permanece asintomático. Sin embargo, los niveles de glucemia se incrementan bajo ciertas situaciones especiales, como estrés, infecciones, el embarazo o aumento de peso. Otra situación que puede afectar la curva de glucemia en estos pacientes es la sobrecarga de esteroides.

Diabetes química o subclínica: Las pruebas de tolerancia a la glucosa son anormales, aun cuando el sujeto permanece asintomático. También hay diabetes subclínica cuando, en una exploración casual, se detectan ligeras hiperglucemias y glucosurias.

Diabetes clínica: Es la diabetes propiamente dicha: cuando el paciente presenta los síntomas correspondientes a la afección y en los análisis presenta hiperglucemia y glucosuria. Los valores de tolerancia a la glucosa y de alteración de la glucemia en ayunas coinciden con los correspondientes al diagnóstico clínico de la enfermedad.

Atendiendo al segundo de los criterios mencionados (etiológico), los rubros de clasificación de la diabetes han variado durante las últimas décadas. En 1980, la OMS estableció un criterio de clasificación dual cuyas categorías eran, la Diabetes Insulino-Dependiente (Tipo 1), y la Diabetes No Insulino Dependiente (Tipo 2). Los estudios posteriores demostraron que tal clasificación era demasiado arbitraria, pues se identificaron ciertos tipos de la enfermedad diabética (como la causada por endocrinopatías), que no podría enmarcarse en ninguna de tales categorías.

Por tal motivo, en 1985, la OMS dio a conocer una nueva clasificación que sumaba, a las diabetes tipo 1 y 2, la tipo 3 (de la malnutrición) y la tipo IV (secundaria a trastornos

conocidos como las endocrinopatías, las lesiones pancreáticas, etc.). La clasificación vigente de la OMS, es tan sólo una pormenorización de la de 1985.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

Actualmente, organismos especializados e internacionales como la National Diabetes Data Group (Estados Unidos) y la OMS, coinciden en que los elementos centrales del diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2 son, por una parte, los síntomas previamente determinados y por otra, las concentraciones de glucosa en la sangre del paciente.⁽³³⁾ Tales criterios son los siguientes:

- Síntomas de diabetes más concentración de glucosa sanguínea al azar mayor o igual a 200 mg/dl, o bien;
- Glucosa plasmática en ayunas, mayor o igual a 126 mg/dl, o.
- Glucosa plasmática a las 2 horas, mayor o igual a 200 mg/dl en una prueba de tolerancia a la glucosa.

En caso de no presentarse hiperglicemia inequívoca o descompensación metabólica aguda, lo indicado es repetir la prueba otro día.

EPIDEMIOLOGÍA.

A partir de 2000, la diabetes es la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres (después de la cardiopatía isquémica, enfermedad resultante muchas veces de la diabetes). Contrario a lo observado con otras afecciones (como la cirrosis hepática), la tasa de mortalidad por DM aumentó desde el año 2000 al 2003. Por ejemplo, en las mujeres, la tasa se incrementó 17.1% (de 51.2 a 61.8 por 100 000 habitantes) y en los hombres el ascenso fue de 22.2% (de 42.2 a 51.6 por 100 000 habitantes). En 2003, la diabetes representó 12.6% de todas las muertes ocurridas en el país y la edad promedio al morir fue de 66 años.⁽³¹⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha afirmado que la diabetes va a ser una de las principales «epidemias» del siglo XXI. Según sus previsiones, el número de diabéticos se duplicará en el periodo comprendido entre 2000 y 2030, estimándose que para esta última fecha la enfermedad afectará a 370 millones de personas en todo el mundo. Se

calcula que actualmente hay 220 millones de diabéticos y que el 90% de ellos tienen diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

La OMS y la Federación Internacional de Diabetes (IDF) sitúan ese incremento de la enfermedad fundamentalmente en los países en vías de desarrollo del sudeste Asiático y América Central y del Sur, debido a la progresiva occidentalización de sus estilos de vida; en cambio, prevén que en los países occidentales ese aumento será inferior. ⁽³⁴⁾

En los Estados Unidos de América, de acuerdo con los Centers for Disease Control and Prevention (CDC), entre 1997 y el 2003 el número de casos nuevos de diabetes aumentó en más del 50%; para ese último año se estimaba que el 7% de la población estadounidense padecía diabetes; entre éstos casos, entre el 5 y el 10% tenían diabetes tipo 1 y entre el 90-95%, presentaban diabetes tipo 2. ⁽²⁸⁾

De acuerdo con la OMS, los diez países con mayor frecuencia de casos de diabetes son, en orden descendente: India, China, EUA, Rusia, Japón, Brasil, Indonesia, Paquistán, México y Ucrania. Se estima, que para el 2025, México pasaría a ocupar el séptimo lugar mundial en casos de diabetes tipo 2.

Por otra parte, la DM 2 constituye una de las causas principales de morbi-mortalidad en el mundo entero. Se estima, que a nivel mundial, el 1.5% de las muertes que se registran cada año se deben a esta enfermedad; en América Latina y el Caribe, la tasa de mortalidad relacionada a este padecimiento ² supera el 5%. Existen además hallazgos de que los registros de muertes por diabetes no son exactos, por lo que la cifra podría aumentar sustantivamente.

La incidencia de la enfermedad muestra bastante homogeneidad en cuanto a grupos de género; en países como Argentina y Chile los porcentajes de casos se distribuyen de forma igual entre hombres y mujeres. En América Latina, en su conjunto, los casos de DM 2 en mujeres son ligeramente más cuantiosos que en los hombres. No obstante, el grupo de género y edad más afectado es el de hombres mayores de 60 años.

El incremento exponencial de casos se asocia, de acuerdo con los trabajos más recientes, al aumento de la longevidad, el incremento acelerado de los casos de obesidad y

la extensión, a nivel mundial de un estilo de vida sedentario y por ende, con cada vez menor actividad física.

EDUCACIÓN

La educación sobre la DM 2 puede entenderse básicamente como un proceso mediante el cual el personal médico induce el desarrollo de habilidades y destrezas para mejorar el estado de salud de los pacientes. Este proceso, que no es una simple transferencia de conocimientos sino una transformación sustantiva de hábitos, compete principalmente al paciente, pero también a sus familiares, cuidadores y a los educadores, formados ex profeso para el trabajo con pacientes individuales o con grupos de éstos. Es decir, en el centro de la educación para la diabetes, se encuentra un cambio sustancial de hábitos y comportamiento. Tal y como señala Pérez: "...el aprendizaje es un cambio en el comportamiento que incluye los procesos de transformar nuevos conocimientos y habilidades en un nuevo comportamiento..."⁽¹³⁾.

Si bien la educación sobre diabetes remite necesariamente a la prevención, interesan a este trabajo, principalmente, aquellos aspectos de la educación relacionados con el cuidado diario del paciente que ya ha sido diagnosticado con diabetes mellitus tipo 2.

El primer aspecto que debe resaltarse es la importancia de las actividades educativas en relación a la enfermedad que nos ocupa. En este sentido es importante hacer notar que educar al paciente y a sus familiares en relación al cuidado diario, es una práctica que reduce de manera importante los costos económicos de la atención al enfermo diabético. Este tema ha ya inquietado a varios países, entre ellos Estados Unidos de América.

Los altos costos asociados al tratamiento y complicaciones de DMT2 representan una grave carga para los servicios de salud; sin embargo, debido a las características del sistema de salud mexicano, también los pacientes así como sus familias enfrentan una carga económica, ya que en México más de la mitad del gasto en salud procede directamente del bolsillo de las personas (pacientes y familiares) quienes deben pagar por la atención en el momento de utilizar los servicios de salud (Plan Nacional de Salud, 2001). Aunado a lo anterior, en nuestro país tradicionalmente el cuidado del enfermo recae en los integrantes de

la misma familia, principalmente del sexo femenino (esposas e hijas), quienes asumen el rol de cuidador principal; esto demanda que deben cambiar aspectos de su vida, abandonan el trabajo o el estudio, duplican sus deberes o asumen las funciones del enfermo, situación que impacta en los costos económicos relacionados con la enfermedad, un caso típico es el de la esposa que, ante la repentina discapacidad de su cónyuge, debe hacerse cargo no sólo del cuidado del enfermo, sino también de la economía familiar (Harris y col., 2000).⁽³⁵⁾

En nuestro país, la educación de la diabetes es una estrategia contemplada en los principales programas de salud y se han llegado a instrumentar estrategias preventivas de la diabetes tipo 2 al público en general, sin que se llegue, hasta la fecha, a sectores específicos como los mismos pacientes, los cuidadores primarios y los familiares en general.

En relación a los contenidos de la educación sobre diabetes, Holmes y Robinson apuntan que deben considerarse tanto medidas preventivas como prácticas de cuidado diario. Las primeras se asocian al control de peso y el ejercicio así como al tratamiento de factores de riesgo cardiovascular, como el tabaquismo. Dentro de los cuidados diarios, se menciona el conocimiento sobre la enfermedad en sus aspectos más importantes, el autocontrol de la glucemia, control de la cetonuria, cuidado de los pies, prevención y tratamiento de las infecciones y desde luego, la alimentación.⁽²⁸⁾

La Estrategia Nacional de Promoción y Prevención por una Mejor Salud hace uso de la evidencia disponible. Incluye acciones universales, focalizadas y específicas para lograr abatir el efecto de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). Todas las acciones sólo pueden llevarse a cabo con el consenso de la sociedad y en conjunción con las instancias gubernamentales. Dicho de otro modo, suponen la creación de un estilo de vida saludable para los mexicanos. En especial, se concede atención a las escuelas mediante programas enfocados en la educación primaria y secundaria, la capacitación de los maestros y los padres de familia, además de la regulación de los alimentos vendidos en los planteles y sus alrededores. Las mismas acciones pueden aplicarse en instituciones que reparten los alimentos a sus empleados. Dichas medidas se complementan con estímulos para el desarrollo o adaptación de instalaciones que permitan la actividad física. Son necesarios convenios con la industria alimentaria y con cualquiera relacionada con la distribución de

alimentos, de tal manera que permitan el acceso de alimentos saludables a la población. La información sobre el estilo de vida saludable debe distribuirse por los medios de comunicación mediante mensajes útiles para desarrollar la práctica regular de ejercicio y la selección correcta de los alimentos; la información sobre los riesgos de la obesidad y la diabetes no es suficiente para modificar los hábitos.⁽³⁶⁾

Existen lineamientos internacionales para el control del paciente diabético, en particular los criterios de la Asociación de Diabetes Americana; en el ámbito nacional, la norma oficial mexicana para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2; en el IMSS, la guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, que hace énfasis en la importancia del tratamiento no farmacológico. Dada la relevancia de los padecimientos crónico-degenerativos y en particular de la diabetes mellitus tipo 2, se ha implementado en el IMSS una estrategia de Programas Integrados de Salud, PREVENIMSS, con acciones preventivas y para identificar en sus derechohabientes los factores de riesgo para los problemas de salud prevalentes prevenibles y no prevenibles a través de la educación para las salud.⁽³⁷⁾

Aunque no existe un consenso general en torno a la metodología que debe emplearse para la educación del diabético, la mayor parte de los autores se pronuncia por los métodos participativos en oposición a los tradicionales. Asimismo, se percibe una valoración creciente del papel que juega el cuidador primario en el tratamiento integral de la diabetes tipo 2, por lo que se considera a éste, uno de los principales sujetos a educar en el tema que nos ocupa.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes ocupa, desde 1997, el tercer lugar en mortalidad general a nivel nacional; se estima, por otra parte que el 10.9% de la población mayor de 20 años la padece y el 23% de los sujetos afectados no sabe que la tiene. A nivel estatal, la diabetes es, desde 2007, la principal causa de muerte entre derechohabientes del IMSS y durante 2008 se registraron 10,200 pacientes con dicha enfermedad, superándose la media nacional; y en el municipio de Villa García, Zacatecas en la UMF 46 se tiene un registro a la fecha de 160 pacientes con este padecimiento. Este incremento sustantivo en los casos de diabetes (de los cuales estimativamente el 92.1% son de diabetes tipo 2, corresponde con 147 pacientes y mismo número de cuidadores primarios con los que se realizó el presente estudio) repercute no sólo en la morbimortalidad, sino que implica serios predicamentos para los servicios de salud, especialmente en lo que se refiere a cobertura y atención.

Desde la década de los noventa, ante la crisis financiera y operativa de las instituciones de salud pública y frente al aumento exponencial en la epidemiología de ciertas enfermedades como la diabetes tipo 2, fue conformándose una tendencia, a nivel mundial, a transferir ciertas actividades y fases del tratamiento médico a cuidadores informales en el ámbito doméstico, cuya importancia ha crecido significativamente durante la última década, al grado de que en países como España, la atención informal de la salud supera, en proporción 80/20 a la atención formal o institucional. Aunque en México dicha proporción no se ha cuantificado, sí se registra una mayor participación general de los cuidadores informales en los tratamientos, especialmente en enfermedades crónico-degenerativas.

Esto determina la necesidad de conocer más de cerca las características de este grupo así como su problemática, pues estudios previos demuestran que los cuidadores primarios, en el cumplimiento de sus tareas ven frecuentemente afectada su salud física y mental así como su carga de actividades. El contar con un conocimiento de tales características y problemática es el paso inicial hacia la implementación de soluciones que beneficien el tratamiento de los pacientes sin descuidar la particular posición de los cuidadores informales, cuya importancia crece actualmente a ritmo acelerado.

Es por eso que formule la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la sobrecarga percibida por el cuidador primario informal, en pacientes con complicaciones de Diabetes Mellitus tipo 2 en una Unidad de Atención Primaria?

4. JUSTIFICACIÓN

La Diabetes Mellitus es un problema de gran salud pública a nivel mundial, ya que en los últimos 20 años, por lo menos en México, la mortalidad por esta causa incrementó de 20 a casi 50 defunciones por 100 mil personas y se estima que para el año 2025 podría llegar a triplicarse el número de casos.

En México, el conocimiento en torno a los cuidadores primarios de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 es, a la fecha meramente intuitivo y se vincula, sobre todo, con la práctica médica cotidiana. Es decir, no existen trabajos que permitan un conocimiento más cercano ni del perfil de los cuidadores informales ni de los niveles de sobrecarga, que a su vez suelen asociarse con otros factores como el estrés, la depresión, la desmotivación, etc. El conocimiento de estos aspectos permitirá, en su momento, dimensionar objetivamente el papel que juegan los cuidadores en el tratamiento de la diabetes tipo 2 y, en su caso, intervenir para orientar sus actividades e integrarlos a la atención médica de forma eficaz y segura.

La trascendencia de este problema radica en los cambios en el estilo de vida de quienes la padecen, así como de los cuidadores primarios por la pérdida de años de vida productiva y de vida potencial secundario a la incapacidad de quien padece la DM tipo 2 con complicaciones.

Desde el abordaje como Médico Familiar se debe ver a los pacientes y sus cuidadores primarios como una cohesión, ya que los pacientes y su bienestar depende de que el cuidador principal se encuentre en un estado de salud físico y mental adecuado u óptimo para poder brindar apoyo y ser capaz de solucionar sus problemas cotidianos y de salud, así como los problemas que representa cuidar a un paciente con diabetes tipo 2 y sus complicaciones. Por tal motivo este estudio se centró en conocer cuál es la sobrecarga que los cuidadores principales manejan y poder brindarles un apoyo asistencial integral que mejore su calidad de vida y condiciones particulares que al mismo tiempo mejore la calidad de vida de las pacientes diabéticas tipo 2.

El presente estudio se realizó porque se cree que los pacientes de mayor *vulnerabilidad* a complicaciones, en muchas de las ocasiones son pacientes que viven en un ambiente familiar disfuncional; de tal forma que, la *factibilidad* para una mejor calidad de vida es mayor a medida que se pueda mejorar el ambiente familiar y el estado emocional del cuidador principal.

5. OBJETIVOS

GENERAL

Identificar la sobrecarga del cuidador primario informal de pacientes con complicaciones de diabetes mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 46, del IMSS, en Villa García, Zacatecas.

ESPECÍFICOS

- 1.- Identificar las características sociodemográficas del cuidador primario informal.
- 2.- Identificar las complicaciones crónicas más comunes del paciente con diabetes mellitus tipo 2.
- 3.- Identificar la evolución y tiempo diarios destinados por el cuidador primario informal al paciente con DM 2.

6. MATERIAL Y MÉTODOS.

DISEÑO DE ESTUDIO:

- Transversal
- Prospectivo
- Observacional
- Descriptivo

POBLACIÓN DE ESTUDIO

POBLACIÓN.

Cuidador primario informal de sexo y edad indistinta de pacientes con complicaciones de diabetes mellitus tipo 2, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 46, del IMSS, en Villa García, Zacatecas .

LUGAR.

Unidad de Medicina Familiar No. 46, del IMSS, en Villa García, Zacatecas .

TIEMPO.

De Agosto de 2010 a Octubre de 2011.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Se incluyeron al cuidador primario informal de aquellos pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, de acuerdo a los criterios establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, "para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria" y que tuvieran cualquier tipo de complicación crónica relacionada con su patología de fondo, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 46, del IMSS, en Villa García, Zacatecas, en control médico regular por su médico familiar y que mediante carta de consentimiento informado, el CPI aceptará participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- ❖ No existen criterios de exclusión.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- ❖ En el presente estudio de investigación no existen criterios de eliminación ya que el investigador principal aplicó el instrumento de recolección de la información.

MUESTRA.

TIPO DE MUESTRA.

Muestreo probabilístico simple aleatorizado.

CÁLCULO DE LA MUESTRA.

En la Unidad de Medicina Familiar No. 46, del IMSS, en Villa García, Zacatecas se tiene un censo de 147 pacientes con DM tipo 2 con complicaciones crónicas, por lo que se optó por estudiar al 100% de la población de estudio por tal motivo no se aplicó la fórmula de estimación de proporciones para población infinita en el presente estudio, por lo que se incluyó a la totalidad de los cuidadores primarios informales de estos pacientes.

VARIABLES DE ESTUDIO.

VARIABLE DEPENDIENTE.

- ✓ Sobrecarga del cuidador primario informal

VARIABLES INDEPENDIENTES.

- ✓ Diabetes mellitus tipo 2

VARIABLES UNIVERSALES.

- ✓ Edad
- ✓ Sexo
- ✓ Estado civil
- ✓ Escolaridad
- ✓ Ocupación
- ✓ Nivel socioeconómico
- ✓ Parentesco

VARIABLES INTERVINIENTES.

- ✓ Complicaciones crónicas de la Diabetes mellitus tipo 2
- ✓ Tiempo destinado al cuidado del paciente en horas diarias
- ✓ Tiempo que lleva como cuidador primario informal del paciente con DM 2

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

TABLA N°1 VARIABLES DEPENDIENTES.

| TIPO DE VARIABLE | NOMBRE DE LA VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | MEDICIÓN DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICIÓN |
|----------------------|----------------------------------|--|--|--|---------------------|
| Variable Dependiente | Sobrecarga del cuidador primario | Cualquier factor o influencia que someta al organismo a una tensión superior a sus límites naturales y debilita su salud. Diccionario de Medicina Océano Mosby 4a. Edición en Español | Diagnóstico de sobrecarga del cuidador primario informal identificado mediante la aplicación del instrumento Zarit (ANEXO 3): a).-Sin sobrecarga: de 0 a 46 puntos b).-Sobrecarga leve: de 47 a 56 puntos c).- Sobrecarga intensa: 57 puntos. | a).-Sin sobrecarga: de 0 a 46 puntos b).- Sobrecarga leve: de 47 a 56 puntos c).- Sobrecarga intensa: 57 puntos. | Cualitativa ordinal |

TABLA N°2 VARIABLES INDEPENDIENTES.

| TIPO DE VARIABLE | NOMBRE DE LA VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | MEDICIÓN DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICIÓN |
|-------------------------|------------------------------|---|---|-------------------------------------|--------------------------------|
| Variable interviniente | Diabetes mellitus tipo 2 | Trastorno complejo del metabolismo de los carbohidratos grasas, y proteínas debido fundamentalmente a una falta relativa o absoluta de secreción de insulina por parte de las células beta del páncreas | Diagnóstico de DM2, de acuerdo a los criterios establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, "para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria" | Diagnóstico de DM 2 1 Si 2 No | Cualitativa nominal dicotómica |

TABLA N° 3 VARIABLES UNIVERSALES.

| TIPO DE VARIABLE | NOMBRE DE LA VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | MEDICIÓN DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICIÓN |
|------------------------|-----------------------|--|---|--|----------------------------------|
| Variable independiente | Edad | Tiempo que lleva existiendo una persona o ser vivo desde su nacimiento. ** Diccionario Santillana de la Lengua Española. | Años cumplidos del entrevistado al momento de levantar encuesta | Edad en años | Cuantitativa discontinua |
| Variable independiente | Sexo | ** Conjunto de los individuos de una especie que tienen una de esas dos constituciones orgánicas | Lo aceptado de acuerdo a sus características fenotípicas Hombres y mujeres | Hombre Mujer | Cualitativa nominal dicotómica |
| Variable independiente | Estado civil | ** Estado en que se encuentra el individuo de acuerdo a normas de la sociedad | Estado civil de acuerdo al estado en el momento de la encuesta | Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre | Cualitativa Nominal Policotómica |
| Variable independiente | Escolaridad | Grado más alto completado y que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país. | Nivel de escolaridad en que se encuentra al momento de la encuesta | Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria Profesional | Cualitativa Ordinal |
| Variable independiente | Ocupación | ** Acción y efecto de ocupar. Actividad en que alguien debe emplear su tiempo. | Empleo del CPI que se refiere al momento de la encuesta | Ama de casa Obrero Empleado Profesionista Jubilado Desempleado | Cualitativa Nominal Policotómica |
| Variable independiente | Nivel socioeconómico | Nivel de ingreso con el que cuenta una familia y persona para satisfacer sus necesidades básicas. | Nivel socioeconómico obtenido de la aplicación del Método de Graffar | Método de Graffar (ANEXO 4): Estrato alto: 04-06 Estrato medio 07-09 2 Medio bajo 10-12 3 Obrero 13-16 4 Marginal 17-20 | Cualitativa Ordinal |
| Variable independiente | Parentesco | Es el vínculo por consanguinidad, adopción, matrimonio, afinidad u otra relación estable de afectividad. Se trata, por lo tanto, de vínculos que pueden ser biológicos o no y que se organizan de acuerdo a líneas que permiten medir diversos | Parentesco del cuidador primario informal en relación al paciente con DM 2 complicado: Padre, Madre, hijo, hermano, tíos, otros. | Esposo (a) Hijo (a) Hermano (a) Otro | Cualitativa nominal policotómica |

grados de parentesco.

TABLA N° 3 VARIABLES INTERVINIENTES.

| TIPO DE VARIABLE | NOMBRE DE LA VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | MEDICIÓN DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICIÓN |
|-------------------------|---|--|--|---|--------------------------------|
| Variable interviniente | Complicaciones crónicas (de la DM 2) | Evento no esperado pero relacionado con alguna actividad o patología | Complicación crónica establecida por la DM 2 (Enfermedad Vascular Periférica Pie Diabético Retinopatía Diabética Neuropatía Diabética Insuficiencia Renal Crónica Mixta) | Diagnóstico de complicaciones de la DM 2 1 Si 2 No | Cualitativa nominal dicotómica |
| Variable interviniente | Horas dedicadas al día al cuidado del paciente | Horas dedicadas al día al cuidado del paciente | Horas dedicadas al día al cuidado del paciente | 0 a 1 horas 2 a 5 horas 6 a 10 horas 11 a 15 horas 16 o más horas | Cuantitativa de intervalo |
| Variable interviniente | Tiempo que lleva como cuidador primario informal del paciente | Evolución en tiempo al cuidado del paciente | Evolución en tiempo al cuidado del paciente | 0 a 11 meses 1 a 5 años 6 a 10 años 11 a 15 años 16 años o mas | Cuantitativa de intervalo |

PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.

El anteproyecto se registró ante el Comité Local de Ética de Investigación (CLIS 33-01) del Hospital General de Zona No 1 del IMSS en Zacatecas, Zacatecas. Fue revisado y aprobado con el No. De registro **R-2011-3301-4**.

Se acudió con el Director de micro zona, para darle a conocer los objetivos del presente trabajo realizarse en la Unidad de Medicina Familiar No 46 del IMSS en Villa García Zacatecas. Se solicitó al archivo de la unidad, el censo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con algún tipo de complicación como retinopatía, nefropatía, neuropatía, entre otras. Se identificaron a los cuidadores primarios informales de estos pacientes, a quienes se les invito a participar en estudio mediante carta de consentimiento informado (ANEXO 1) y firmado su participación en este proyecto. Se realizó una prueba piloto al 10% de la población blanco a fin de validar la idoneidad del instrumento de recolección de la información. Posteriormente, con el consentimiento informado firmado por los participantes, se aplicó el instrumento de evaluación y recolección de los datos (ANEXO 2), aplicado por el investigador principal y dos encuestadores previamente capacitados en el llenado del instrumento. Además de que se proporcionó información sobre dicha investigación de forma general, así como los aspectos éticos del mismo. Los criterios de inclusión fueron al cuidador primario informal de aquellos pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, de acuerdo a los criterios establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, "para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria" y que tuvieran cualquier tipo de complicación crónica relacionada con su patología de fondo, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 46, del IMSS, en Villa García, Zacatecas, en control regular por su médico familiar y que mediante carta de consentimiento informado, el CPI aceptará participar en el estudio.

Para capturar la información se aplicaron varios instrumentos; un cuestionario estructurado (ANEXO 2), dirigido, con un total de 43 preguntas para identificar las características sociodemográficas entre otras la edad, sexo, ocupación, escolaridad y nivel socioeconómico. Para identificar el grado de sobrecarga del cuidador primario informal

del paciente complicado por diabetes mellitus tipo 2 se consideró como útil emplear la escala de carga de Zarit (ANEXO 3) el cual es un instrumento ampliamente conocido y validado en múltiples estudios y que consta de un total de 22 ítems de tipo Likert que da la opción de 5 posibles respuestas que van de nunca a casi siempre con valores de 0 a 4, respectivamente, permitiéndonos identificar esta variable cualitativa en una escala de tipo ordinal con diagnósticos finales de Sin sobrecarga (de 0 a 46 puntos), sobrecarga leve (47 a 56 puntos) y sobrecarga intensa (57 puntos). El nivel socioeconómico fue identificado mediante el Método de Graffar (ANEXO 4) la cual es una variable completa que indaga la profesión del jefe de familia, instrucción escolar de la cónyuge, fuente de ingresos de la familia y características de la vivienda identificando el grado de nivel socioeconómico en una escala de tipo ordinal cualitativa.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se elaboró una base de datos y se capturaron los datos obtenidos en el programa estadístico SPSS versión 15 en español. Se realizó análisis bivariado con estadística descriptiva para variables cuantitativas se utilizó las medidas de tendencia central (media, mediana y moda) , y medidas de dispersión (desviación estándar y/o rango); y para variables cualitativas, frecuencias y porcentajes. Los resultados se presentan en tablas y gráficas.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

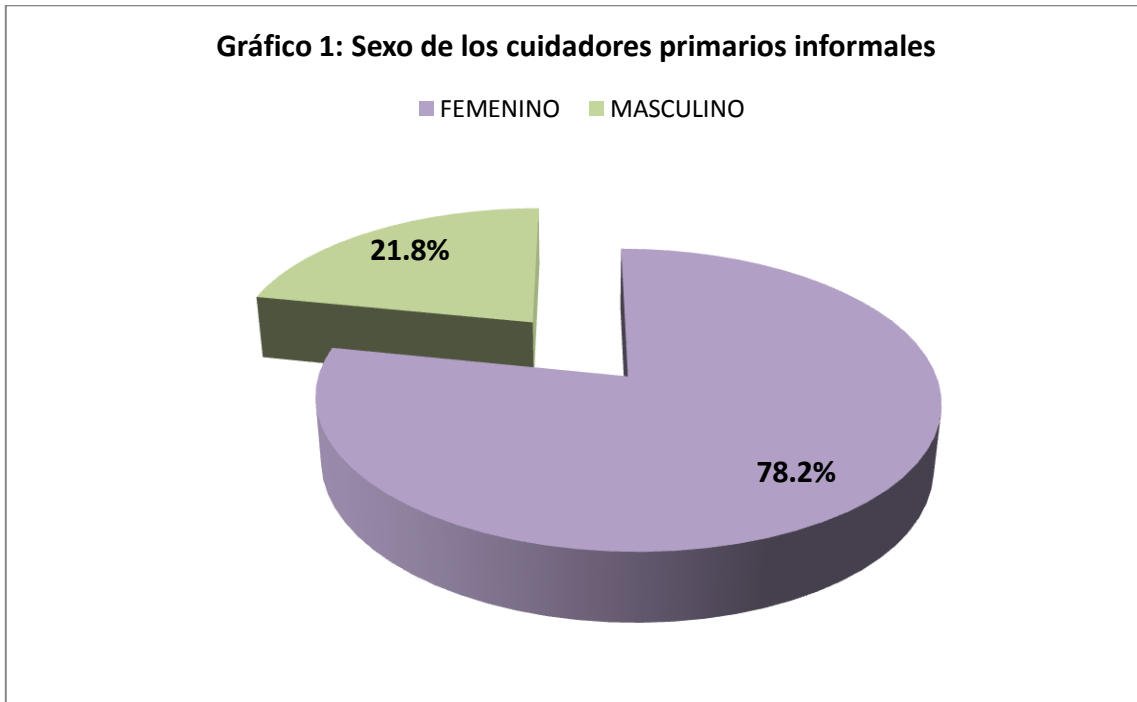
El presente estudio no contraviene los aspectos éticos considerados en la Ley General de Salud, en materia de investigación de los Estados Unidos Mexicanos ni los contemplados en la Declaración de Helsinki y su modificación de Edimburgo en el año 2003.

En este sentido, el protocolo fue enviado al Comité Local de Investigación en Salud del IMSS del H.G.Z. No. 1 de Zacatecas, Zacatecas, (CLIS 33-01) habiéndose dictaminado como autorizado con Registro **R- 2011-3301-4**.

Este estudio se considera sin riesgo. Se solicitó consentimiento informado a todos los participantes. Se guardó la confidencialidad en los datos obtenidos. Los datos reportados son verídicos. Se implementará una estrategia de intervención educativa e informática a los integrantes de la familia del paciente complicado con diabetes mellitus tipo 2, a fin de favorecer el apoyo de los demás integrantes de la familiar en el cuidado compartido de su familiar enfermo.

8. RESULTADOS:

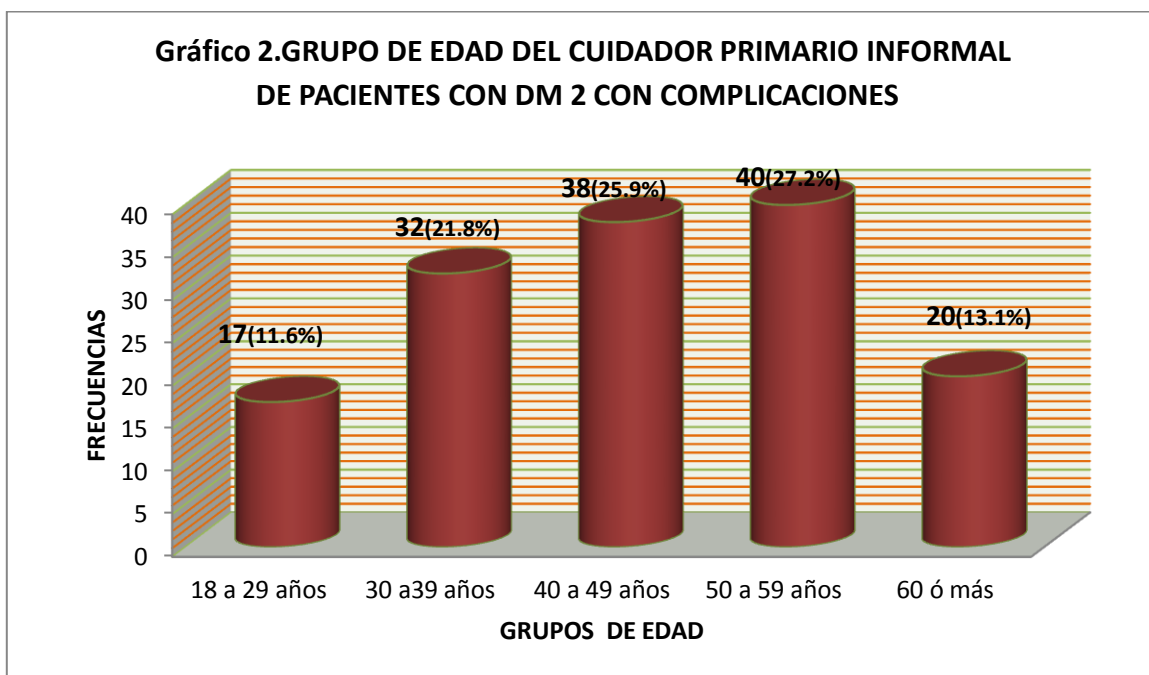
Se estudiaron a 147 cuidadores primarios informales de pacientes con alguna o más complicaciones de diabetes mellitus tipo 2. De estos 115 (78.2%) de los CPI fueron del sexo femenino (Gráfico 1)



Fuente: Encuesta directa.

n=147

El promedio de edad fue de 45.22 ± 12.17 años, con edad mínima de 19 años y máxima de 75 años, predominando los grupos de edad de 40 a 49 y de 50 a 59 años, con el 25.9 y 27.2%, respectivamente (Gráfico 2). La media fue de 45.2, la mediana de 46 y la moda de 48. Con una desviación estándar de 12.08 y un rango de 56.



Fuente encuesta directa

N=147

De los CPI 105 (71.4%) su estado civil es casados, precedidos del estado civil solteros con el 21% (cuadro 1).

Cuadro 1 : Estado civil del cuidador primario informal de pacientes Con Complicaciones De Diabetes Tipo 2 En La UMF N°46 Villa García Zacatecas, IMSS 2011.

| | f | % |
|-------------|-----|-------|
| Soltero | 31 | 21.1 |
| Casado | 105 | 71.4 |
| Unión Libre | 4 | 2.7 |
| Viudo | 7 | 4.8 |
| Total | 147 | 100.0 |

Fuente. Encuesta directa.

f: Frecuencia

% = Porcentaje

De la muestra 49 (33.3%) de los CPI con escolaridad primaria, 47 (32%) con secundaria. Se observa que 18 (12.2%) no tienen ningún año de estudios escolarizados. (Cuadro 2).

| Cuadro 2: Escolaridad del cuidador primario informal de pacientes con complicaciones de diabetes tipo 2 en la UMF N°46 de Villa García Zacatecas, IMSS 2011 | | | |
|--|--------------|-----|-------|
| Escolaridad | | f | % |
| | Analfabeta | 18 | 12.2 |
| | Primaria | 49 | 33.3 |
| | Secundaria | 47 | 32.0 |
| | Preparatoria | 22 | 15.0 |
| | Universidad | 11 | 7.5 |
| | Total | 147 | 100.0 |

Fuente. Encuesta directa.

f: Frecuencia

% = Porcentaje

Se encontró a 90 (61.2%) CPI con actividades propias del hogar. 27 (18.4%) obreros. Y 7 (4.8%) refirieron estar desempleados (cuadro 3).

| Cuadro No. 3. Ocupación del cuidador primario informal de pacientes con complicaciones de diabetes tipo 2 en la UMF N°46, Villa García Zacatecas IMSS 2011 | | | |
|---|------------------|-----|-------|
| Ocupación | | f | % |
| | Hogar | 90 | 61.2 |
| | Obrero | 27 | 18.4 |
| | Empleado técnico | 13 | 8.8 |
| | Profesionista | 5 | 3.4 |
| | Jubilado | 3 | 2.0 |
| | Desempleado | 7 | 4.8 |
| | Otro | 2 | 1.4 |
| | Total | 147 | 100.0 |

Fuente. Encuesta directa.

f: Frecuencia

% = Porcentaje

De los CPI 81 (55.1%) con nivel socioeconómico obrero, precedido del estrato socioeconómico medio bajo 40 (27.2%). (cuadro 4).

| Cuadro 4.- Nivel socioeconómico del cuidador primario informal de paciente con complicaciones de diabetes tipo 2 en la UMF N° 46, Villa García Zacatecas, IMSS | | | |
|---|------------------|-----|-------|
| Nivel socioeconómico | | f | % |
| | 07-09 MEDIO ALTO | 6 | 4.1 |
| | 10-12 MEDIO BAJO | 40 | 27.2 |
| | 13-16 OBRERO | 81 | 55.1 |
| | 17-20 MARGINAL | 20 | 13.6 |
| | Total | 147 | 100.0 |

Fuente. Encuesta directa.

f: Frecuencia

%= Porcentaje

72CPI (49%) el parentesco con el paciente son hijos. Precedido por esposo (o la esposa) 59 (40.1%) (cuadro 5).

| Cuadro 5. Parentesco del cuidador primario informal del pacientes con complicaciones de diabetes tipo 2 en la UMF N°46 Villa García Zacatecas, IMSS 2011 | | | |
|---|---------|-----|-------|
| Parentesco | | f | % |
| | Hijo | 72 | 49.0 |
| | Esposo | 59 | 40.1 |
| | Hermano | 7 | 4.8 |
| | Otro | 7 | 4.8 |
| | Ninguno | 2 | 1.4 |
| | Total | 147 | 100.0 |

Fuente. Encuesta directa.

f: Frecuencia

%= Porcentaje

La complicación más encontrada fue la enfermedad vascular periférica en 59 (40.1%) de los pacientes (Cuadro 6).

Cuadro 6 Complicaciones de la diabetes que tiene el paciente, UMF N°46 Villa García Zacatecas, IMSS 2011

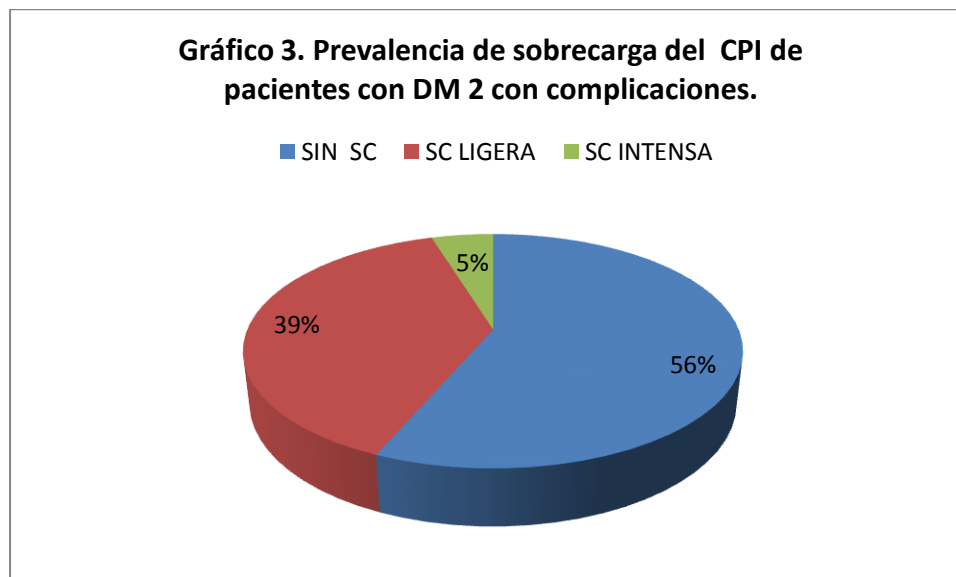
| COMPLICACIONES | f | % |
|--------------------------|------------|--------------|
| ENF. VASCULAR PERIFÉRICA | 59 | 40.1 |
| PIE DIABÉTICO | 13 | 8.8 |
| RETINOPATÍA DIABÉTICA | 27 | 18.4 |
| NEUROPATÍA DIABÉTICA | 20 | 13.6 |
| INSUF. RENAL CRÓNICA | 8 | 5.4 |
| MIXTA | 20 | 13.6 |
| TOTAL | 147 | 100.0 |

Fuente. Encuesta directa.

f: Frecuencia

%= Porcentaje

La prevalencia de Sobrecarga del cuidador primario informal fue de 64 (44%) de CPI, de los cuales, el 39% se clasificó como ligera. (Gráfico 3)

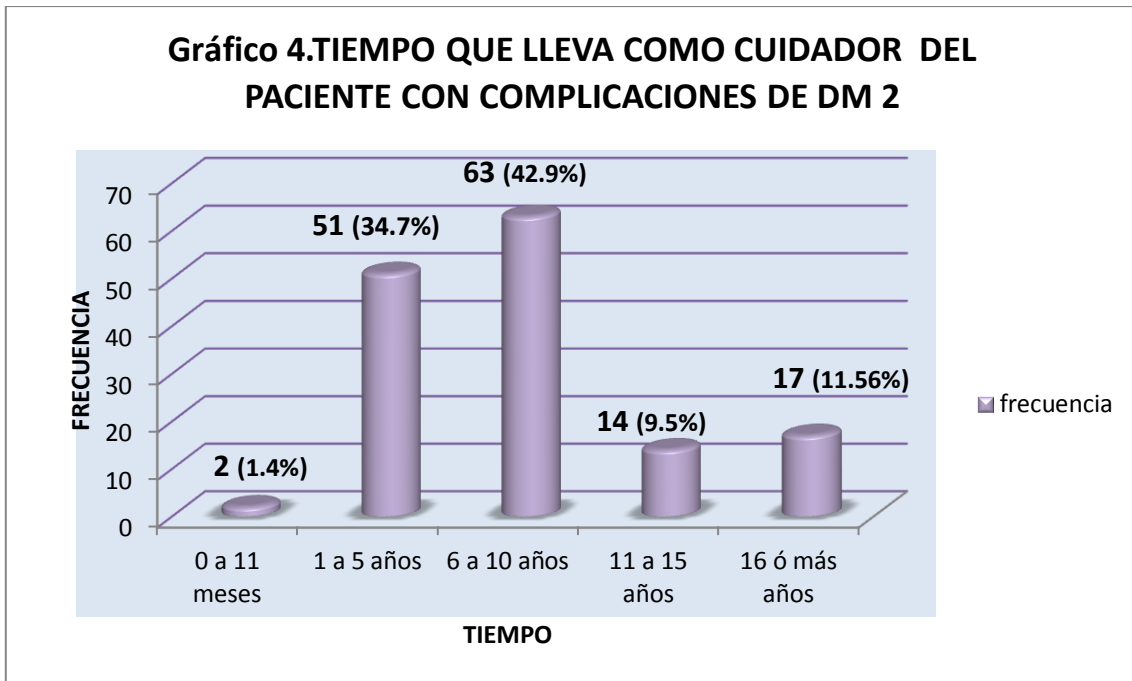


Fuente. Encuesta directa.

f: Frecuencia

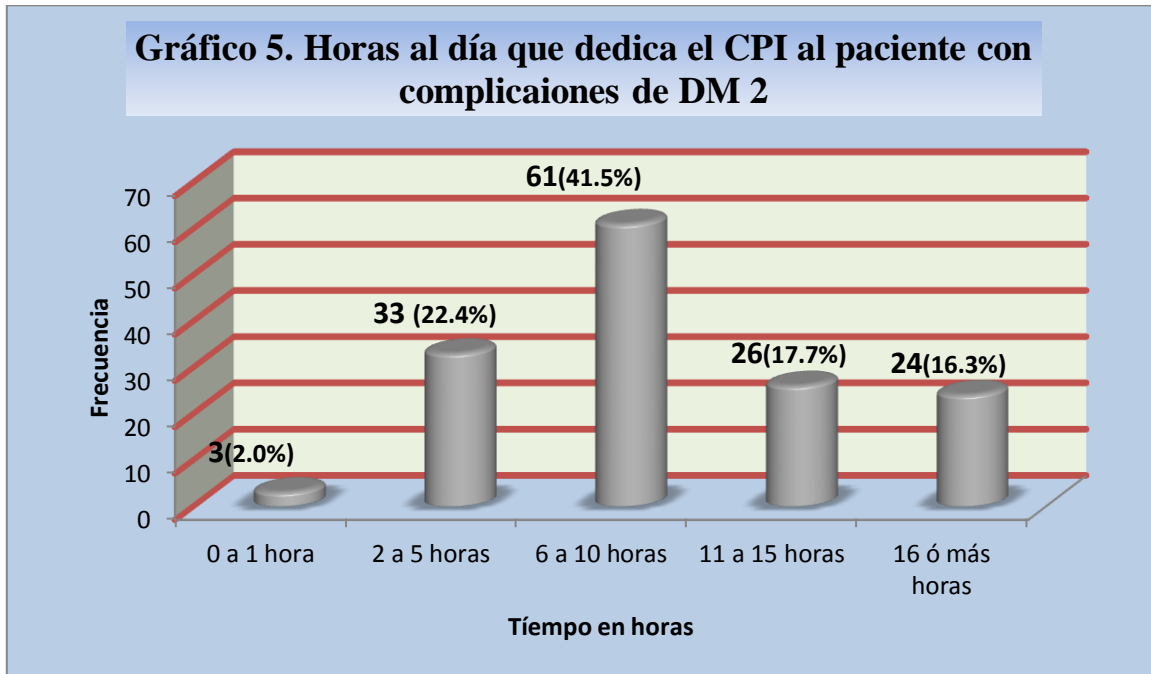
%= Porcentaje

Por otra parte, 63 (42.9%) CPI refirieron tener un tiempo de evolución al cuidado del paciente con diabetes mellitus tipo 2 entre 6 a 10 y de 1 a 5 años y 51 (34.7%). Con una media de 29.4, mediana de 17, y moda de 63. Rango de 61. (Gráfico 4).



Fuente. Encuesta directa.
n=147

Dedicándole en horas diarias de 6 a 10 horas 61 (41.5%) y de 2 a 5 horas 33 (22.4%). Con una media de 29.4, mediana de 26 y moda de 61. Rango de 58. (Gráfico 5).



Fuente. Encuesta directa.
n=147

Cuadro 7. Relación de factores sociodemográficos de cuidadores primarios informales de la UMF N° 46, Villa García, Zacatecas

| SEXO | SOBRECARGA | | SIN SOBRECARGA | | POBREZA | | SIN POBREZA | |
|--------------------------|------------|------|----------------|------|---------|------|-------------|------|
| | f | % | F | % | f | % | f | % |
| FEMENINO | 51 | 34.6 | 65 | 44.2 | 85 | 57.8 | 30 | 20.4 |
| MASCULINO | 12 | 8.1 | 19 | 12.9 | 18 | 12.2 | 14 | 9.5 |
| EDAD | | | | | | | | |
| 18 A 29 A | 8 | 5.4 | 9 | 6.1 | 11 | 7.4 | 6 | 4.0 |
| 30 A 39 A | 15 | 10.2 | 18 | 12.2 | 21 | 14.2 | 12 | 8.1 |
| 40 A 49 A | 18 | 12.2 | 20 | 13.6 | 25 | 17.0 | 13 | 8.8 |
| 50 A 59 A | 16 | 10.8 | 24 | 16.3 | 32 | 21.7 | 8 | 5.4 |
| 60 Ó MÁS | 6 | 4.0 | 13 | 8.8 | 14 | 9.5 | 5 | 3.4 |
| ESTADO CIVIL | | | | | | | | |
| SOLTERO | 16 | 10.8 | 15 | 10.2 | 20 | 13.6 | 11 | 7.4 |
| CASADO | 43 | 29.2 | 62 | 42.1 | 74 | 50.3 | 31 | 21.0 |
| UNIÓN LIBRE | 3 | 2.0 | 1 | 0.6 | 4 | 2.7 | 0 | 0 |
| VIUDO | 1 | 0.6 | 6 | 4.0 | 5 | 3.4 | 2 | 1.3 |
| DIVORCIADO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESCOLARIDAD | | | | | | | | |
| ANALFABETA | 5 | 3.4 | 13 | 8.8 | 16 | 10.8 | 2 | 1.3 |
| PRIMARIA | 20 | 13.6 | 29 | 19.7 | 43 | 29.2 | 6 | 4.0 |
| SECUNDARIA | 19 | 12.9 | 28 | 19.0 | 29 | 19.7 | 18 | 12.2 |
| PREPARATORIA | 15 | 10.2 | 7 | 4.7 | 12 | 8.1 | 10 | 6.8 |
| UNIVERSIDAD | 4 | 2.7 | 7 | 4.7 | 3 | 2.0 | 8 | 5.4 |
| OCUPACIÓN | | | | | | | | |
| HOGAR | 37 | 25.1 | 53 | 36.0 | 72 | 48.9 | 18 | 12.2 |
| OBRERO | 11 | 7.4 | 16 | 10.8 | 16 | 10.8 | 11 | 7.4 |
| EMPLEADO TÉCNICO | 7 | 4.7 | 6 | 4.0 | 9 | 6.1 | 4 | 2.7 |
| PROFESIONISTA | 2 | 1.3 | 3 | 2.0 | 1 | 0.6 | 4 | 2.7 |
| JUBILADO | 2 | 1.3 | 1 | 0.6 | 0 | 0 | 3 | 2.0 |
| DESEMPLEADO | 5 | 3.4 | 2 | 1.3 | 5 | 3.4 | 2 | 1.3 |
| OTRO | 0 | 0 | 2 | 1.3 | 0 | 0 | 2 | 1.3 |
| PARENTESCO | | | | | | | | |
| HIJO (A) | 27 | 18.3 | 45 | 30.6 | 46 | 31.2 | 26 | 17.6 |
| ESPOSO (A) | 28 | 19.0 | 31 | 21.0 | 44 | 29.9 | 15 | 10.2 |
| HERMANO (A) | 4 | 2.7 | 3 | 2.0 | 5 | 3.4 | 2 | 1.3 |
| OTROS | 3 | 2.0 | 4 | 2.7 | 6 | 4.0 | 1 | 0.6 |
| NINGUNO | 1 | 0.6 | 1 | 0.6 | 2 | 1.3 | 0 | 0 |
| COMPLICACIONES | | | | | | | | |
| ENF. VASCULAR PERIFE. | 21 | 14.2 | 38 | 25.8 | 36 | 24.4 | 23 | 15.6 |
| PIE DIABÉTICO | 8 | 5.4 | 5 | 3.4 | 10 | 6.8 | 3 | 2.0 |
| RETINOPATÍA | 10 | 6.8 | 17 | 11.5 | 20 | 13.6 | 7 | 4.7 |
| NEUROPATÍA | 6 | 4.0 | 14 | 9.5 | 12 | 8.1 | 8 | 5.4 |
| NEFROPATÍA | 6 | 4.0 | 2 | 1.3 | 8 | 5.4 | 0 | 0 |
| MIXTA | 12 | 8.1 | 8 | 5.4 | 17 | 11.5 | 3 | 2.0 |
| TIEMPO AL CUIDADO | | | | | | | | |
| 0 a 11 MESES | 1 | 0.6 | 1 | 0.6 | 1 | 0.6 | 1 | 0.6 |
| 1 a 5 AÑOS | 21 | 14.2 | 30 | 20.4 | 38 | 25.8 | 13 | 8.8 |
| 6 a 10 AÑOS | 29 | 19.7 | 34 | 23.1 | 40 | 27.2 | 23 | 15.6 |
| 11 a 15 AÑOS | 8 | 5.4 | 6 | 4.0 | 13 | 8.8 | 1 | 0.6 |
| 16 AÑOS Ó MÁS | 4 | 2.7 | 13 | 8.8 | 11 | 7.4 | 6 | 4.0 |
| CUIDADO EN HORAS | | | | | | | | |
| 0 a 1 HORA | 1 | 0.6 | 2 | 1.3 | 2 | 1.3 | 1 | 0.6 |
| 2 a 5 HORAS | 11 | 7.4 | 22 | 14.9 | 19 | 12.9 | 14 | 9.5 |
| 6 a 10 HORAS | 24 | 16.3 | 37 | 25.1 | 44 | 29.9 | 17 | 11.5 |
| 11 a 15 HORAS | 14 | 9.5 | 12 | 8.1 | 22 | 14.9 | 4 | 2.7 |
| 16 Ó MÁS | 13 | 8.8 | 11 | 7.4 | 16 | 10.8 | 8 | 5.4 |

FUENTE. Encuesta directa; f: frecuencia; %: porcentaje.

9. DISCUSIÓN.

Con el pasar del tiempo, la esperanza de vida ha aumentado y con ello las tasas de supervivencia de enfermedades crónico-degenerativas y discapacidades físicas así como psíquicas⁽⁴⁾; dentro de las cuales podemos encontrar a la diabetes mellitus tipo 2, que refleja un incremento de pacientes con complicaciones, limitando su actuar diario, implicando la necesidad de recurrir a otros, para que les brinden apoyo o los suplan en sus actividades cotidianas. Es aquí donde inicia la labor del cuidador primario informal, que como se ve en muchos estudios, es principalmente un familiar quien provee los cuidados de salud.^(4,12,19)

En el presente estudio el 78.2% de los (CPI) fueron del sexo femenino porcentaje similar al reportado de 76.1% por Islas y Cols.⁽¹²⁾

Otros investigadores, como Pérez⁽¹³⁾ obtuvieron un 79% y Larrañaga y col⁽²⁾ reportan un 61%. Lo que concuerda con la mayoría de los autores quienes refieren que en su mayoría el (CPI) es del sexo femenino.

La edad promedio del (CPI) fue de 45.22±12.17 años predominando el grupo de edad de 50 a 59 años (27.2%) similar a lo reportado en 2006 por Islas y Cols.⁽¹²⁾ con edad promedio de 50 años. Pérez⁽¹³⁾ reporta edad promedio de 53 años, mientras que Compeán y cols.⁽²³⁾ reportan un promedio entre 41 y 60 años. Lara y cols.⁽²⁴⁾ refieren que el CPI es mayor de 50 años.

El estado civil del (CPI) son casadas en un 71.4%, similar a lo reportado por Islas y cols.⁽¹²⁾ de 66.7% mientras que Pérez⁽¹³⁾ reporta un 76.2% cifras muy cercanas a la del presente estudio.

En cuanto a la escolaridad, encontramos que la mayoría de los CPI cuenta con estudios de primaria en un 33.3%, llama la atención que 12.2% son analfabetas; dato que no podemos comparar con otros estudios aquí mencionados pues no fue tomado en cuenta.

Dentro de la ocupación del cuidador gran parte está dedicada a las labores propias del hogar 61.2%, dato relacionado con el sexo predominante que es el femenino. De igual forma mencionado por Pérez⁽¹³⁾ quien reporta en su estudio que un 73% de los CPI no perciben ingresos económicos por no laborar en actividades remunerativas.

En este estudio el nivel socioeconómico que resalta es la clase obrera en un 55.1%; existiendo una gran diferencia con el reportado por Pérez⁽¹³⁾ de 73% que no percibe ningún ingreso económico.

El parentesco del CPI con el paciente lo ocupa en un 49% la hija (o) y la esposa (o); mientras que Islas y col.⁽¹²⁾ refiere que un 32.6% son esposas de los enfermos y Lara y

col.⁽²⁴⁾ menciona que en su mayoría son esposas de los pacientes y un porcentaje significativo son hijas.

El 56% de los CPI resultaron sin sobrecarga, mientras que el 39% con sobrecarga ligera y 5% sobrecarga intensa; en varios de los estudios aquí referidos^(14,15,22,23) registraron resultados con sobrecarga intensa o grave en gran porcentaje; así como Palomino y col.⁽²⁴⁾ encontraron que 20% presenta sobrecarga leve y 11.7% sobrecarga intensa. Comparado con nuestro estudio muestra similitud en cuanto a un bajo porcentaje de la sobrecarga intensa, sin embargo López Gil y col.⁽¹¹⁾ observaron que el 23.7% presenta sobrecarga leve y el 32.7% sobrecarga intensa, comparativamente este estudio muestra un mayor porcentaje en cuanto a la sobrecarga intensa.

Después del análisis de los resultados obtenidos del presente estudio, estamos de acuerdo con lo referido por Larrañaga y col.⁽²⁾ al mencionar que: Cuando se asumen cargas elevadas de cuidado, el riesgo de deterioro de la calidad de vida aumenta, lo que evidencia una relación dosis-respuesta entre cantidad y calidad de cuidados y riesgo de deterioro de la salud.

10. CONCLUSIONES.

De acuerdo con los resultados obtenidos de este estudio, es claro que existe un gran porcentaje de cuidadores con sobrecarga, lo que se traduce en un desgaste físico y emocional del mismo; lo cual conlleva a convertir al cuidador en un enfermo al cuidado de otro enfermo, limitando el desarrollo de sus actividades y no permitiendo que estas se realicen en forma adecuada.

Remarcando la importancia de trabajar de forma integral y conjunta con estos sujetos, y tratar así de mejorar su entorno y calidad de vida, lo que nos permitiría verlo reflejado en un mejor cuidado de los pacientes a quienes dedican gran parte de su tiempo y horas del día, en función de mejorar su salud.

La mayoría de los cuidadores son familiares en línea directa del paciente diabético con complicaciones; lo que confirma que no son ajenos, sino por el contrario forman parte de un mismo núcleo familiar, entonces no deberían estar excluidos de la consulta; al contrario formar parte de la misma y trabajar todos dentro de un fin común que es el mejorar la salud del paciente diabético.

Muchos de los CPI son quienes se encargan de llevar a cabo las recomendaciones y tratamientos indicados en la consulta; de tal forma que no podemos dejarlos de lado en la consulta de Medicina Familiar, puesto que son nuestro apoyo fuera del consultorio y quienes de alguna forma directa o indirecta tienen en sus manos el cumplimiento del tratamiento, y así obtener mejores resultados en el manejo y cuidado de nuestros pacientes.

Es fundamental generar estudios que reflejen la realidad de este grupo de sujetos que permitan conocer y analizar su calidad de vida y así crear programas de apoyo y educación de los CPI, para mejorar sus funciones y a la vez impacten de forma directa en la salud del paciente y el cuidador.

11. CONFLICTO DE INTERÉSES.

Ninguno.

12. LÍMITES DE ESTUDIO.

En el presente estudio se realizó de forma oportuna sin la presencia de limitaciones para el desarrollo y ejecución del trabajo de investigación.

13. SUGERENCIAS.

Metodológicas: Se sugiere la realización de un estudio de casos y controles variados a fin de identificar causalidad y realizar una intervención educativa de familia.

Clínicas: Abordaje integral de los pacientes crónico-degenerativos involucrando a todos los integrantes de la familia, a fin de favorecer una mejor calidad de vida, no solo al paciente sino también al CPI.

14. BIBLIOGRAFÍA.

1. De los Ríos Castillo JL, Barrios Santiago P, Ávila Rojas TL. Valoración sistemática de la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y nefropatía diabética. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2005; 68 (3): 82-94.
2. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, Begiristain J, et al. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gac Sanit* 2008;22(5):443-450.
3. Landeros-Olvera E, Salazar-Gómez TJ. Reflexiones sobre el cuidado. *Rev Enfer IMSS* 2006; 14 (3):121-122.
4. Alpuche-Ramírez VJ, Ramos del Río B, Rojas-Russell ME, Figueroa-López CG. Validez de la entrevista de carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y Salud* 2008;18:237-245.
5. Bermejo CC, Martínez MM. Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar. *Nure Investigación*, diciembre 04-enero 05; 11:1-7. Disponible en : http://www.fuden.es/FICHEROS_USUARIO/Proyectos_Imagenes/PROYECTO_11.PDF
6. De la Huerta HR, Corona MJ, Méndez VJ. Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer. *Neurol Neurocir Osiquiat* 2006; 39 (1):64-51.
7. Bayés R. cuidando al cuidador. Evaluación del cuidador y apoyo social. Análisis de los recursos psicológicos y soporte emocional del cuidador..[cited 2009 Octubre 15];Available from: URL//<http://www.fehad.org//volhal/pn022.htm>.
8. Paz-Rodríguez F. Predictores de Ansiedad y Depresión en Cuidadores Primarios de Pacientes Neurológicos. *Rev Ecuatoriana de Neurología* 2010; 19(1-2).
9. Romero ME. La familia del paciente paliativo. “hablan las cuidadoras”. Disponible en: www.humanizar.es/formacion/img_documentos/jornadas_humanizacion_2008/01_com_eromero.pdf. Consulta Noviembre 2010.

10. Gil-Alfaro I, Bustos-Valdés M. Sobre las Pan-American Family Medicine Clinics 2006/1: El Médico Familiar y el cuidado del anciano. Arch Med Fam 2006; 8 (3):200-201.
11. López- Gil M J, Orueta-Sánchez R, Gómez-Caro S, Carmona de la Morena J, et al. El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. Rev Clin Med Fam 2009; 2(7); 332-339.
12. Islas Salas NL, Ramos del Río B, Aguilar Estrada MG, García Guillen ML. Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 2006; 20(4): 266-271.
13. Pérez PA. El cuidador primario de familiares con dependencia: calidad de vida, apoyo social y salud mental [tesis]. Universidad de Salamanca. Facultad de Medicina, 2006.
14. Alfaro-Ramírez del Castillo OI, Morales-Vigil T, Vázquez-Pineda F, Sánchez-Román S, Ramos-del Río B, Guevara-López U. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 2008; 46 (5): 485-494.
15. Martínez González LD, Robles Rendón MT, Ramos del Río B, Santiesteban Macario F, García Valdez ME, Morales Enríquez MG, García Leños L. Carga percibida del cuidador primario del paciente con parálisis cerebral severa en el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación* 2008; 20(1); 23-29.
16. González-Tablas, M. et. al. (2007) “Importancia del cuidador primario en el discapacitado físico”, en línea, URL: <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada2/poster/p3.html>
17. Barrón Ramírez BS, Alvarado Aguilar S. Desgaste Físico y Emocional del Cuidador Primario en Cáncer. *Cancerología* 4 2009;39-46.
18. Montoya Carrasquilla J. Manual del cuidador primario, Bogotá. Colombia: Club Alzheimer. 2006. pp 1-200.

19. Tejada Tayabas LM, Grimaldo Moreno BE, Maldonado Rodríguez O. 2006. Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento. *Revista de Salud Pública y Nutrición* 2006; 7(1): 1-9.
20. De la Huerta Rocío, J. Corona M, José Méndez V.. 2006. Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría* 2006; 39 (1): 46-51.
21. Del Álamo Alfredo R. La sobrecarga del cuidador: factores de riesgo de sobrecarga de familiares cuidadores de Alzheimer. *Redes, revista de psicología social* 2007; .I (32).
22. Seguí JD, Ortiz Tallo M, de Diego Y. Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo: sobrecarga, psicopatología y estado de salud”, en *Anales de Psicología* 2008; 24(1): 100-105.
23. Compeán González JM, Silerio Vázquez J, Castillo Díaz R, Martha Lilia Parra Domínguez ML. Perfil y sobrecarga del cuidador primario del paciente adulto mayor con afecciones neurológicas. *Revista CONAMED* 2008; Vol. 13 Suplemento 1:17-21.
24. Lara Palomino G, González Pedroza Avilés A, Blanco Loyola LA. Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2008; 13 (4): 159-166.
25. Palacios Espinosa X, Jiménez Solanilla KO. Estrés y depresión en cuidadores informales de pacientes con trastorno afectivo bipolar. *Avances en Psicología Latinoamericana* 2008; 26(2); 195-210.
26. Anónimo. “Los cuidadores deben cuidar de sí mismos”, en *Reflejos, TU SALUD| YOUR HEALTH* 2 de noviembre de 2008.p 15 .
27. Anónimo. “Historia de la diabetes”, disponible en , sitio web de *Mediclopedia* en la URL: http://www.iqb.es/D_Mellitus/Historia/historia03.htm
28. Holmes, H. Robinson, J. Tscheschlog, B. 2007. *Diabetes nellitus: guía para el manejo del paciente*, Barcelona, España; Ed: Williams and Wilkins; 01/07/2007; N°Vol 1: 1-278.

29. Hernando Rafael. Etiología y fisiopatología de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Mexicana de Cardiología*. Vol 22, Num 1, Enero-Marzo 2011:39-43.
30. Herrera, J. 2007. *Diabetes mellitus. Bases patogénicas, clínicas y terapéuticas*, Ed. El Manual Moderno, México.
31. Olaiz Fernández, Gustavo et al. Diabetes mellitus en adultos mexicanos: resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. *Salud pública México* [online].2007, vol 49, sup 3, pp 331-337.
32. Ruiz. M. *Diabetes mellitus: una mirada desde la clínica*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Akadia, 2004. 3a ed. p.826.
33. Power AC (2005). Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, et al. Ed Harrison's *Principles of Internal Medicine*. New York, NY: McGraw-Hill. pp 2152-2180.
34. J. Martínez Candela. Epidemiología de la diabetes mellitus tipo 2 y sus complicaciones en España. *Siete Días Médicos*, revista de atención primaria. Viernes 2 Diciembre 2011. <http://www.sietediasmedicos.com/tema-de-la-semana/weblink/30/759/1.html>.
35. Quintana Zavala María Olga et al. Costos directos e indirectos de hospitalización en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. *Biotecnia*, Vol XI, N2, Mayo-Agosto 2009. pp 43-50.
36. Córdova-Villalobos José Ángel, Barriguete-Meléndez Jorge Armando, Lara-Esqueda Agustín, Barquera Simón, Rosas-Peralta Martín, Hernández-Ávila Mauricio et al. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2008 Oct [citado 2012 Feb 23] ; 50(5): 419-427. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-6342008000500015&lng=es.
37. Flores López Myrna E., Velázquez Tlapanco Jorge, Camacho Calderón Nicolás. Control metabólico, estado nutricional y presión arterial de diabéticos tipo 2. Eficacia de una estrategia educativa. *Rev Med Inst Mex Seguro Social* 2008;46(3): 301-310.



15. ANEXOS.

ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado : “sobrecarga del cuidador primario informal de pacientes con Diabetes Mellitus tipo2 con complicaciones , en una unidad de primer nivel de atención”.

Registrado ante el comité local de investigación médica con el número de folio F-2011-3301-18.

El objetivo fue determinar la sobrecarga percibida por el cuidador primario de pacientes con complicaciones de Diabetes Mellitus tipo 2 en una unidad de atención primaria, evaluando la sobrecarga percibida por el cuidador primario y los aspectos sociodemográficos.

Declaro que se me ha informado que dicho estudio se realizó con toda discreción, seriedad, responsabilidad y confidencialidad por el personal que lo realizó.

El investigador principal, se comprometió a darme información oportuna sobre los procedimientos que se llevan a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier asunto relacionado con la investigación.

Entendí que conservo el derecho de no participar en el estudio sin que afecte mi atención médica que recibo en la unidad.

El investigador principal me dio la seguridad de que no se identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Villa García, Zacatecas a _____ de _____ del 2010

Firma del entrevistado

Firma del testigo

Firma del testigo

Dr. Mario A. Vázquez Martínez
Matrícula 99341324
TEL:0444921046498
(investigador)

ANEXO 2

CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL DE PACIENTES CON DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 CON COMPLICACIONES EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

INSTRUCCIONES

El presente cuestionario consta de 13 preguntas indicadas con números arábigos. Dicho instrumento será aplicado por personal previamente capacitado en forma directa al paciente seleccionado.

Lea cuidadosamente cada pregunta y conteste cada una de ellas **ANOTANDO EL NUMERO QUE CORRESPONDA** en el paréntesis (), de acuerdo a la respuesta dada por el paciente o bien en caso de una respuesta abierta, anotar en la línea, lo referido por el entrevistado.

FECHA: _____

Día Mes Año

i. I DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Por Favor, escriba las iniciales del paciente _____

¿Cuál es su número de Afiliación? (_____)

¿A que consultorio pertenece? () ()

¿A que Turno acude a atención médica? 1 matutino 2 Vespertino ()

1.- Numero de participante: () ()

II. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS:

- 2.- Sexo:** 1) Femenino 2) Masculino ()
- 3.- ¿Cuál es su edad de acuerdo al grupo y en años actualmente ?** ()
1) 18 a 29 años 2)30 a 39 años 3)40 a 49 años 4)50 a 59 años 5)60 ó más
- 4.- ¿Cuál es su escolaridad?** ()
1) Analfabeta 2)Primaria 3)Secundaria 4)Preparatoria 5)Universidad
- 5.-¿Cuál es su ocupación?** ()
1) Hogar 2)Obrero 3) Empleado técnico 4) Profesionista 5) Jubilado 6) Desempleado 7) Otro
- 6.- Lugar de residencia:** ()
1) Rural 2) Urbana
- 7.- ¿Cuál es su estado civil?** ()
1 Soltero(a) 2 Casado(a) 3 Unión libre 4 Viudo(a) 5 Divorciado(a)
- 8.- Vive con:** ()
1)Padres 2)Esposo (a) 3)Hijos 4)Solo 5)Con el paciente
- 9.-Parentesco con el paciente que cuida** ()
1) Hijo(a) 2) Esposo(a) 3)Hermano(a) 4)otro 5)Ninguno
- 10.- ¿ Cuánto tiempo lleva cuidando al paciente?** ()
1) 0 a 11 meses 2) 1 a 5 años 3) 6 a 10 años 4) 11 a 15 años 5) 16 años o más
- 11.-¿ Cuántas horas al día dedica a cuidar al paciente?** ()
1) 0 a 1 horas 2) 2 a 5 horas 3) 6 a 10 horas 4) 11 a 15 horas 5) 16 o más horas
- 12.- ¿Qué complicación de la Diabetes Mellitus tipo 2 tiene el paciente?** ()
1) Enfermedad vascular periférica 2)Pie diabético 3)Retinopatía diabética
4)Neuropatía diabética 5)Nefropatía diabética (Insuficiencia Renal Crónica)
6)Coma diabético 7)Tiene más de una complicación
- 13.- ¿Considera ha dejado de realizar alguna de sus necesidades personales por cuidar al paciente?**
1)Si 2) No ()

ANEXO 3
ESCALA DE CARGA DE ZARIT
ENTREVISTA SOBRE LA CARGA DEL CUIDADOR

Nombre _____

Fecha _____

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

0 Nunca 1 Rara Vez 2 Algunas veces 3 Bastantes veces 4 Casi siempre

| | | |
|------------|--|--|
| 1A | ¿cree que su familia le pide más de lo que realmente necesita? | |
| 2A | ¿Cree que debido al tiempo que dedica a su familia no tiene suficiente Tiempo para usted? | |
| 3A | ¿Se siente agobiado entre cuidar a su familia y tratar de cumplir otras Responsabilidades en su trabajo o familia? | |
| 4B | ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar? | |
| 5B | ¿Se siente enfadado cuando esta 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 esta 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 incomodo 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 usted fuera la única persona de quien depende? | |
| 15C | ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de Sus otros gastos? | |
| 16C | ¿Cree que será incapaz de cuidarle por mucho más tiempo? | |
| 17B | ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su Familiar? | |
| 18B | ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar 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 a su familiar? | |
| 22A | globalmente ¿qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su Familiar? | |

ESCALA DE EVALUACIÓN

- A. Consecuencias del cuidado en el cuidador (0-44)
- B. Creencias y expectativas sobre capacidad para cuidar (0-28)
- C. Relación cuidador con P.M. cuidado (0-16)

ANEXO 4
MÉTODO DE GRAFFAR

| | |
|---|--|
| Profesión del jefe de familia | 1 universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc |
| | 2 profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc |
| | 3 empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa |
| | 4 obrero especializado: tractorista, taxistas, etc |
| | 5 obrero no especializado, servicio doméstico, etc |
| Nivel de instrucción de la madre | 1 universitaria o su equivalente |
| | 2 enseñanza técnica superior y/o secundaria completa |
| | 3 secundaria incompleta ó técnico inferior (cursos cortos) |
| | 4 educación primaria completa |
| | 5 primaria incompleta, analfabeta |
| Principal fuente de ingresos | 1 fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar) |
| | 2 ingresos provenientes de una empresa privada, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc), deportistas profesionales |
| | 3 sueldo quincenal o mensual |
| | 4 salario diario o semanal |
| | 5 ingresos de origen público o privado (subsidios) |
| Condiciones de la vivienda | 1 amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias |
| | 2 amplia, sin lujos, pero con excelentes condiciones sanitarias |
| | 3 espacios reducidos, pero confortable, y buenas condiciones sanitarias |
| | 4 espacios amplios o reducidos, pero deficientes condiciones sanitarias |
| | 5 improvisada, construida con materiales de desecho o de construcción, relativamente sólida, pero con deficientes condiciones sanitarias |
| | A B C D |
| 1 | 04-06 ALTO |
| 2 | 07-09 MEDIO ALTO |
| 3 | 10-12 MEDIO BAJO |
| 4 | 13-16 OBRERO |
| 5 | 17-20 MARGINAL |