



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
OOAD CDMX NORTE**



**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 23 "ARAGON"
COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

"IMPACTO QUE TIENE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES GERIÁTRICOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, CON BASE A LA ESCALA DE ZARIT Y ESCALA DE WHOQOL-BREF, ESTUDIO TRANSVERSAL."

**TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

DRA. NANCY ARACELI OLVERA AREVALO
MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR

ASESORES DE TESIS:

DRA. KARINA JUÁREZ GONZÁLEZ
MÉDICO FAMILIAR. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28 "GABRIEL MANCERA"
DRA. MIRIAM RAMÍREZ CORTEZ.
PROFESORA TITULAR MEDICINA FAMILIAR. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 23
"UNIDAD MORELOS"



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.

Dra. Karina Juárez González
Matricula: 98370169
Médico Familiar
Adscrito a Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”
Correo: Karyemi.03@gmail.com
Calle Gabriel Mancera 800 esq. San Borja, Colonia del Valle Centro, C.P. 03100, Cd Mx
Teléfono: 55 59 67 74

Dr. Andrés Rocha Aguado
Matricula: 98150508
Coordinador clínico de educación e investigación en salud
Correo: andres.rocha@imss.gob.mx
Unidad de Medicina Familiar No. 23 “Unidad Morelos”
Calle San Juan de Aragón No 314 Colonia San Pedro el Chico.
Teléfono: 55 77 16 00

Dra. Miriam Ramírez Cortez.
Matricula: 99227019
Profesora Titular Medicina Familiar
Correo: miriamrc12@gmail.com
Adscrito a Unidad de Medicina Familiar No. 23 “Unidad Morelos”
Calle San Juan de Aragón No 314 Colonia San Pedro el Chico.
Teléfono: 55 77 16 00

**División de Estudios de Posgrado
Facultad De Medicina U.N.A.M.**

**Dr. Javier Santacruz Varela
Jefe de la subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina U.N.A.M.**

**Dr. Isaías Hernández Torres
Coordinador de docencia de la subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina U.N.A.M.**

**Dr. Geovani López Ortiz
Coordinador de investigación de la subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad De Medicina U.N.A.M**

Agradecimientos

A todas las personas que me apoyaron e hicieron posible que este trabajo se realice con éxito. A mi tutor por compartirme sus conocimientos. A toda mi familia y amigos quienes estuvieron siempre a mi lado durante mis horas de estudio y mis desvelos. Hoy concluyo mis estudios, como una meta más conquistada. Orgullosa de haberlos elegido como mis padres, pareja y amigos y que estén a mi lado en este momento tan importante. Gracias por ser quienes son y por creer en mí.

Índice

Introducción.....	8
Marco teórico.....	10
Definiciones.....	10
Paciente geriátrico.....	10
Diabetes mellitus.....	11
• Criterios Diagnósticos DM.....	11
• Diabetes mellitus en adultos mayores.....	12
Calidad de vida.....	13
Cuidador primario.....	14
Sobrecarga en el cuidador primario.....	16
• Evaluación de la sobrecarga en el cuidador primario.....	16
• Evaluación de la calidad de vida.....	18
Antecedentes.....	19
Justificación.....	21
Pregunta De Investigación.....	22
Objetivo.....	22
General.....	22
Específico.....	22
Metodología.....	23
Tipo y diseño de estudio.....	23
<i>Tipo de estudio</i>	23
<i>Universo de trabajo</i>	23
<i>Tiempo de Estudio</i>	24
<i>Procedimiento para recolectar la información.</i>	24
<i>Cálculo de tamaño de muestra</i>	24
Materiales y métodos.....	25
Variables.....	26
Factibilidad y aspectos éticos.....	28
Criterios de selección.....	32

Criterios de inclusión	32
Criterios de exclusión	32
Criterios de eliminación.	32
Resultados	33
Discusión	46
Conclusión	47
Anexos	49
Consentimiento Informado al cuidador primario	49
Consentimiento Informado paciente con Diabetes Mellitus tipo 2	53
Ficha de identificación y tipo de familia.	57
Escala de Zarit ³⁹	59
Escala WHOQOL-BREF ⁴¹	60
Cronograma.	64
Bibliografía	65

RESUMEN

IMPACTO QUE TIENE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES GERIÁTRICOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, CON BASE A LA ESCALA DE ZARIT Y ESCALA DE WHOQOL-BREF. ESTUDIO TRANSVERSAL.

Olvera Arévalo N. ¹, Juárez González K. ², Ramírez Cortez M. ³

Objetivo: determinar la sobrecarga del cuidador primario en la calidad de vida de pacientes geriátricos con diabetes mellitus tipo 2.

Metodología: Se realizó un estudio transversal, descriptivo, observacional y prospectivo, en un periodo del 01 de Julio del 2019 a 01 de Julio del 2020. Se aplicarán los instrumentos Escala de Zarit de 22 ítems y Escala WHOQOL-BREF de 26 ítems, en pacientes mayores de 60 años, para evaluar la sobrecarga del cuidador primario y calidad de vida del paciente diabético tipo 2, se integrarán variables sociodemográficas, como edad, género, nivel económico, nivel académico, tipo de familia, estado civil, entre otras. Para el análisis estadístico se usará X², para variables cualitativas y determinar la dependencia entre variables, con una p 0.05, para la significancia estadística.

Resultados: Se entrevistaron a 100 cuidadores de los cuales el 56% eran mujeres, con una edad promedio de 68.5 años de edad, 62% eran casadas, 27% hijas del paciente cuidado, el tiempo promedio de ejercer la función de cuidador fue de 20 años. En cuanto al paciente Diabético, estas eran 59% mujeres, casadas en un 62%.

Conclusión: El 58% de cuidadores no presentaron sobrecarga de acuerdo a la escala de Zarit y el 90% de los pacientes diabéticos cuidados presentó una buena calidad de vida. Se relacionó el grado de sobrecarga del cuidador con el grado de calidad de vida, encontrándose que la sobrecarga leve de los cuidadores tiene un impacto del 96.2% para mantener una calidad de vida buena en el paciente diabético.

PALABRAS CLAVES: Cuidador primario, Sobrecarga, Calidad de vida, Adulto Mayor, Diabetes Mellitus tipo 2, Escala de Zarit, Escala WHOQOL-BREF.

Introducción.

En México, de acuerdo con la Información del Censo de Población y Vivienda (INEGI) 2010, la población de 60 años y más era de 10 millones 055 mil 379 personas y, la Ciudad de México, era la entidad con mayor proporción de personas adultas mayores (11.3%), seguida de Oaxaca (10.7%) y Veracruz (10.4%).¹

La Encuesta Intercensal del INEGI del 2015, indica que la población de 60 años y más representó el 10.4% (12 millones 436 mil 321 personas) de la población en México y, según proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), para el año 2030 este grupo poblacional representará el 14.6% (20 millones 14 mil 853 personas) del total de la población del país.²

La Ciudad de México sería la entidad con el mayor porcentaje de personas adultas mayores con respecto al total de la población (20.4%) en 2030; de éstas personas, 57 de cada cien serán mujeres y los restantes 43, hombres. La edad promedio de este grupo poblacional en la Ciudad de México será de 70.70 años, aunque se espera sea mayor para las mujeres (70.92 años) que para los hombres (70.40 años).

Asimismo, la prevalencia de enfermedades crónicas (cardiovasculares, metabólicas, cánceres, traumatismos, trastornos neurológicos y psicológicos), ha incrementado en todo el mundo y representan cargas importantes que afectan por igual a poblaciones ricas y pobres.³ Dentro de este grupo de patologías crónicas, destaca la diabetes mellitus (DM), cuya prevalencia ha crecido considerablemente en todo el mundo. En el año 2014, se reportaban 422 millones de adultos con la enfermedad y desde entonces la cifra se ha duplicado.⁴

En México, de acuerdo con la encuesta nacional de salud y nutrición de medio camino (ENSANUT MC 2016), la proporción de adultos mayores de 20 años con diagnóstico de diabetes fue de 9.4%. Sin embargo, en adultos entre 60 a 69 años y entre 70 a 79 años, la proporción fue mayor (30.3% y 24.9% respectivamente).⁵

Las complicaciones de la DM a largo plazo incluyen la ceguera, la insuficiencia renal crónica y la presencia de amputaciones no traumáticas, así como un incremento en la posibilidad de

presentar enfermedades cardiovasculares. Por lo que, la DM en adultos mayores de 60 años, condiciona un envejecimiento acelerado y vulnerabilidad para presentar síndromes geriátricos, cuyo desenlace es la pérdida de la autonomía, y la independencia, condiciones que generan la necesidad de apoyo y cuidados por parte de terceras personas denominadas cuidadores primarios.

La práctica de la medicina tiene por objetivo principal el preservar la calidad de vida de los pacientes por medio de la prevención y el tratamiento de enfermedad, por lo que la medición de este parámetro en los pacientes con DM y la identificación de los factores que le influyen, permiten orientar acciones que promuevan la mejora del estado funcional de los enfermos.

Marco teórico.

Definiciones

Paciente geriátrico

La vejez es una etapa de la vida, para la que existen definiciones científicas, biológicas, médicas, gerátricas, psicológicas, entre otras. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) define anciano a toda persona mayor de 65 años en los países desarrollados y de 60 años en los países en desarrollo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llama de forma indistinta persona de la tercera edad.⁶

En el ámbito de la salud, se le denomina paciente geriátrico a aquel que reúne 3 o más de los siguientes criterios:⁷

1. Edad superior a los 60 años de edad (algunos consideran más de 75 años debido a las expectativas de vida de cada país).
2. Presencia de múltiples patologías relevantes.
3. Presencia de alguna enfermedad que genere características incapacitantes.
4. Existencia de enfermedad o proceso patológico de tipo mental.
5. Problemática social relacionada con su condición de salud.

Un paciente geriátrico es aquel sujeto de edad avanzada con pluripatología y polifarmacia y que además presente cierto grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria. Por lo general también se presentan problemas cognitivos o afectivos y la necesidad de recursos socio-sanitarios. Con base en lo anterior, podemos observar que la definición de paciente geriátrico engloba una serie de aspectos médicos, psicológicos, funcionales y sociales.⁸

Diabetes mellitus

La diabetes mellitus corresponde a un grupo heterogéneo de enfermedades o síndromes metabólicos caracterizados por hiperglucemias constantes en la sangre, como resultado de los defectos en la secreción de insulina, de su acción o ambas, que constituyen una enfermedad crónica, degenerativa e incurable que se puede controlar.⁹

La Federación Internacional de la Diabetes (FID) clasifica a la DM en tres tipos principales:¹⁰

- a. Diabetes tipo 1: es resultado de una reacción autoinmune, en la cual el sistema de defensa del cuerpo ataca a las células beta β del páncreas, mismas que producen la insulina, dando como resultado una nula producción de insulina. Dicho padecimiento suele desarrollarse repentinamente y afecta a personas de cualquier edad, principalmente se manifiesta en niños o adultos jóvenes.
- b. Diabetes tipo 2: se presenta habitualmente en adultos, aunque, en la actualidad, su presencia se ha hecho latente en niños y adolescentes. Es caracterizada por la producción de insulina insuficiente o la resistencia a la acción de la misma en los tejidos, llevando a cabo una acumulación de glucosa en la sangre.
- c. Diabetes Gestacional: esta condición se da por un bloqueo en la acción de la insulina durante el periodo de gestación, probablemente por la producción de hormonas de la placenta, provocando una resistencia a la insulina (o insensibilidad a la insulina), por lo tanto, se mantiene una alta glucosa en la sangre; se hace presente por primera vez en el embarazo aproximadamente en la semana 24 de gestación y una vez dado el nacimiento normalmente desaparece.

- **Criterios Diagnósticos DM**

La diabetes mellitus puede ser diagnosticada por diversos métodos: prueba de hemoglobina glucosilada (HbA1c), glucosa plasmática en ayunas (FPG), glucosa en plasma en 2 h (PG 2-h) después de una prueba de tolerancia a la glucosa oral (OGTT) y la prueba aleatoria de glucosa plasmática.¹¹

Dentro de los criterios diagnósticos tenemos:

1. Glucemia plasmática en ayunas ≥ 126 mg/dl
2. HbA1c $\geq 6.5\%$
3. Glucemia plasmática a las 2 hrs. de test de sobrecarga oral a la glucosa (75 gr) ≥ 200 mg/dl
4. Glucemia plasmática ≥ 200 mg/dl en pacientes con síntomas clásicos de hiperglicemia o crisis de hiperglucemia

- **Diabetes mellitus en adultos mayores**

En 2016 la prevalencia de DM incrementó exclusivamente en los adultos de 60 años y más (13.2%) y las mayores proporciones se observaron entre los hombres de 60 a 69 años (27.7%), y las mujeres de este mismo rango de edad (32.7%), seguida de las mujeres de 70 a 79 años (29.8%).¹²

La DM en el adulto mayor se ha reconocido que existen alteraciones en la glucoregulación que promueve el envejecimiento acelerado, constituyendo la tercera causa de muerte en aquellos entre 65 y 74 años.⁵ Con base en lo anterior, es necesario reconocer que los ancianos diabéticos representan una fracción importante y creciente entre los diabéticos en México.

Según las recomendaciones de la Asociación Americana de Diabetes (ADA por sus siglas en inglés), la DM en los ancianos se diagnostica igual que en los pacientes jóvenes, sin embargo debe considerarse que las características de la enfermedad en los adultos mayores pueden ser distintas, por ejemplo, los signos y síntomas de la DM en el anciano se han relacionado a incontinencia urinaria, déficit visual, caídas, deterioro funcional y fragilidad, todos ellos síndromes geriátricos que predisponen a la pérdida de la autonomía y dependencia de terceros.¹³

El tratamiento de la DM en el anciano debe ser individualizado, recientemente la ADA recomienda controlar los síntomas de la hiperglucemia y evitar la hipoglucemia sin pretender alcanzar las metas recomendadas para la población más joven, como son determinados niveles de glucosa o de hemoglobina glucosilada.¹⁴

La pérdida de capacidad asociada a DM incluye la presencia de alteraciones en la capacidad de realizar tareas de autocuidado, movilidad y ejecución de tareas de la vida cotidiana. La prevalencia de discapacidad es del 66% en diabéticos ancianos, mientras que en los controles es del 29%.¹⁵

La deficiencia y el grado de discapacidad de un paciente geriátrico con DM definen la dependencia hacia terceras personas, esta dependencia se manifiesta en actividades cotidianas de alimentación, higiene, comunicación y traslado, lo que, en conjunto, puede empeorar el pronóstico, la funcionalidad, la dinámica familiar, y la calidad de vida del paciente geriátrico.

Calidad de vida

Se puede considerar que la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede experimentar un individuo y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien”.¹⁶ En términos generales, el concepto de calidad de vida se refiere al conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida.¹⁷

La OMS define la calidad de vida como la manera en que un individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales.¹⁸

Sin embargo, existen múltiples definiciones de calidad de vida, cada una de estas concepciones involucra aspectos socioeconómicos, culturales y psicológicos, y se ajustan a diversas áreas de interés. El estudio de la calidad de vida puede abordarse a partir de cinco principales campos:

Físico: incluye aspectos de salud y seguridad física.

Material: contar con vivienda digna y propia, con acceso a los servicios básicos, alimentos, medios de transporte.

Educativos: existencia y cercanía a educación donde se permita ampliar los conocimientos de forma individual y colectiva.

Emocional: mediante el cual permite que su estado emocional vaya creciendo e interrelacionarse eficazmente.

Social: donde el ser humano cuenta con opciones interpersonales con los núcleos básicos como la familiar y el círculo de amistades que permitan el desarrollo de sí mismo.

En medicina, el enfoque de calidad de vida se limita a la relacionada con la salud, lo que permite distinguirla de otros factores y está principalmente relacionado con la propia enfermedad o con los efectos del tratamiento. En el paciente con diabetes mellitus y dependencia, la calidad de vida también se relaciona con la asistencia que recibe por parte de un cuidador primario.

Cuidador primario

En 1999 la OMS conceptualizó a el cuidador primario como la persona del entorno de un enfermo que asume voluntariamente el papel de responsable, en un sentido amplio y está dispuesto a tomar decisiones por el paciente y para el paciente cubriendo sus necesidades básicas de manera directa o indirecta.¹⁹

En un sentido más amplio, el cuidador primario es la persona que asiste o cuida a otra persona afectada de cualquier tipo de discapacidad minusvalía o incapacidad, que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales. Es la persona que facilita la vida y complementa la falta de autonomía de una persona dependiente, ayudándola en sus tareas diarias como aseo, alimentación, desplazamiento, entre otras.²⁰

El cuidador primario, provee de atención y cuidados emocionales como amor, empatía, confianza, cuidados instrumentales en especie, asistencia o servicios y apoyo o sustento económico.

Jack Roberto y cols. (2016) lo define al cuidador primario como “la persona que tiene la total o mayor responsabilidad de los cuidados prestados al adulto mayor dependiente en el domicilio

en el cual presta cuidado en las diferentes actividades cotidianas, como vestirse, alimentarse, bañarse, entre otras”.²¹

Con base en el rol que desempeña el cuidador, se puede clasificar como:

- a. Cuidador principal. Es la persona que asiste en la mayor parte del cuidado del enfermo. Es común que viva en el mismo domicilio del enfermo o muy cerca, y en general mantiene una relación familiar próxima.

Rivas Herrera y col. Refiere como cuidador principal familiar a aquel agente que da asistencia básica a los pacientes en su condición de enfermedad crónica. Es el apoyo continuo que lo asiste en lo cotidiano y quien asume las principales decisiones sobre su cuidado.²²

- b. Cuidador formal. Islas Salas y cols., refieren a este cuidador como aquella persona que, a diferencia de los informales, son integrantes del equipo de salud, capacitados para dar un servicio profesional, remunerado, por tiempo limitado (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etc); la mayoría se centra en la atención del enfermo sin sospechar ni tener en cuenta los problemas del enfermo ni del entorno familiar.²³

- c. Cuidador informal. López García (2016) denomina al cuidador informal, como la personas que realizan la tarea de cuidado de personas enfermas, discapacitadas o ancianas que no pueden valerse por sí mismas para la realización de sus actividades de la vida diaria: aseo, alimentación, movilidad, vestirse, administración de tratamientos o acudir a los servicios de salud, entre otras. Así mismo, otorgan ayuda en las necesidades básicas instrumentales de la vida diaria del paciente, durante la mayor parte del día, sin recibir retribución económica por ello, contribuyendo a que la persona dependiente se mantenga en su entorno social.²⁴

Montero y cols. (2014) nos define al cuidador informal con dos características: 1) “no es remunerado” lo cual le hace parecer con demasiada frecuencia como un tipo de cuidado “no válido” y 2) se desarrolla en el ámbito de las relaciones familiares.²⁵

El género, la convivencia y el parentesco son las variables más importantes para predecir qué persona del núcleo familiar o de su entorno asumirá el papel de cuidador primario. Otros factores que son la edad, el tiempo de dedicación y la existencia de otras cargas familiares.²⁶

Sobrecarga en el cuidador primario

El bienestar del cuidador está directamente relacionado con los siguientes aspectos:

- ✓ Su propia salud.
- ✓ Ayuda percibida por sus familiares (apoyo emocional y reconocimiento).
- ✓ Capacidad de las instituciones para responder a sus necesidades.
- ✓ Conocimiento acerca de la enfermedad.
- ✓ El tipo de relación entre el cuidador y la persona cuidada.
- ✓ Cómo se desenvuelve en la propia tarea de cuidar y la capacidad de resolución frente a situaciones adversas.

La carga se expresa con sentimientos negativos; como frustración, ansiedad, enojo, impotencia, desesperanza, preocupación por las actividades de cuidado directo, incertidumbre por el futuro de su receptor de cuidados, percepción de pérdida de vida disminuida; aunada su lucha constante y limitación en las relaciones sociales y familiares.²⁷

Las principales alteraciones psíquicas que presenta el cuidador son la depresión, la ansiedad y el insomnio, como manifestación de su estrés emocional. De ellas, la más frecuente es la depresión, con una prevalencia del 32%.

- **Evaluación de la sobrecarga en el cuidador primario.**

Con base al modelo de Wilson & Cleary para evaluar la calidad de vida se consideran aspectos tales como: síntomas, factores psicológicos y biológicos, estado funcional actual, percepción de salud del propio paciente. Todo esto tomando en cuenta los siguientes «soportes» o características del entorno: emocional, socioeconómico, psicosocial.²⁸

Según Domínguez y col. (2008), la escala de Zarit permite evaluar la presencia e intensidad del síndrome de sobrecarga del cuidador, la cual consta de 22 ítems y las preguntas se responden en un rango de valores que varían desde “Nunca” hasta “Casi siempre”, dependiendo de cómo uno se sienta acerca de su situación actual.²⁹

En 1985 Zarit y Orr redujeron el número de 29 a 22 reactivos, dicha revisión fue validado por Martín y Salvado en 1996 en el Hospital Virgen del Camino de California, Estados Unidos, Montori y Col en 1998 residentes en zona urbana de Madrid.³⁰

La escala de Zarit puntúa en una escala de cero a cuatro, para un máximo de 88 puntos. Una puntuación alta correlaciona con un nivel de sobrecarga elevado; una puntuación entre 0-20 puntos significa no sobrecarga o sobrecarga leve; puntuaciones entre 21 y 40 puntos significan sobrecarga leve a moderada; puntuaciones entre 41 y 60 puntos sobrecarga de moderada a severa, y entre 60 a 88 puntos significan un nivel severo de sobrecarga.²⁶

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

En el año 2007 Antonio Ángel Regueiro Martínez, y Cols. realizaron un estudio con el fin de validar la prueba de Zarit dentro de la atención primaria, los resultados de este reportaron que dicha prueba tiene una sensibilidad del 100%, una especificidad del 90.5%, un VPP del 95.45% y un VPN del 100% para determinar la sobrecarga del cuidador.³¹

En el 2008, la psicóloga Virginia Janeth Ramírez y Col. con el objetivo de validar el test de Zarit en nuestro medio, realizaron un estudio en el que concluyeron que este tiene buena consistencia interna y validez, considerándolo confiable para evaluar la carga del cuidador de pacientes con enfermedades crónico degenerativas.

Se denomina carga o sobrecarga del cuidador, a la tensión que soporta el cuidador por el cuidado de un familiar dependiente. La cual es una respuesta multidimensional al estrés físico, psicológico, social y económico que suponen la actividad de cuidar.²²

- **Evaluación de la calidad de vida.**

La OMS ha tomado la iniciativa para desarrollar un instrumento que mida la calidad de vida dado que se ha ampliado el enfoque de medir la salud más allá de indicadores como mortalidad y morbilidad, incluyendo otras variables que impactan la vida del enfermo y cómo sufre un deterioro en sus actividades rutinarias de la vida diaria.

Con base en lo anterior se creó el WHOQOL-100 (1991) y WHOQOL-BRIEF (1994), único instrumento internacional de la OMS de medición de la calidad de vida, logrado con la colaboración de diversos grupos culturales.

El WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality-of-Life es un instrumento genérico derivado del WHOQOL-100. Contiene 26 preguntas, 2 de ellas, son globales acerca de la calidad de vida y la salud general y 24 de ellas generan un perfil de calidad de vida en 4 dimensiones:³²

- Salud física
- Salud psicológica
- Relaciones Sociales
- Ambiente.

Consiste en una encuesta personalizada en la que se debe contestar en una escala del 1 al 5, siendo 1 «ninguno» y 5 «en una cantidad considerable» (Escala Likert) acerca de cómo el paciente vive su enfermedad y su percepción subjetiva de bienestar, debiendo responder de acuerdo con su experiencia de las dos últimas semanas.²⁹

Los puntajes de los dominios luego son convertidos según una tabla de corrección de puntajes debido a la desigualdad en el número de ítems, teniendo la posibilidad de convertirse en un rango de 0 a 100. Se considera que a mayor puntuación mejor CV.³³

Antecedentes.

Yontes Fabiola y cols (2010) realizaron un estudio a 50 dependientes de los cuales 40 eran mujeres (80%) y 10 hombres (20%) El 86% de los cuidadores, eran mujeres, de edad media, hija/o del dependiente, casados, con estudios primarios, sin trabajo fuera del hogar, con una dedicación media al cuidado de 16,96 horas al día y con 2,1 horas libres al día. El 64% contó con ayudas familiares y desearían recibir ayuda económica el 68%. El 38% de los cuidadores no percibieron sobrecarga, el 34% sobrecarga leve y el 28% sobrecarga intensa.³⁴

El perfil del dependiente, era fundamentalmente mujer, viuda, con estudios primarios, duración media de la dependencia de 2,81 años, existiendo deterioro mental en el 56% de los casos. No se apreciaron diferencias significativas en el cruce de la escala de Zarit, con el tiempo de evolución de la dependencia, con el Barthel y con el deterioro mental del dependiente, resultando una $P > 0.05$.

Retamal Matus Héctor y cols. (2015) estudió a 31 cuidadores formales de dos instituciones de Punta Arenas. Respecto a la escala de Zarit, el 64.5% no presentó sobrecarga; el 29%, sobrecarga leve, y un 6.5%, sobrecarga intensa.³⁵

Regueiro Martínez y cols. (2007) realizaron el cuestionario a 63 cuidadores primarios, de los cuales concluyeron que eran mujeres en un 92.1%, hija del paciente dependiente 52.4%, sin estudios o con estudios primarios incompletos (52.4%), ama de casa (54%), que recibe ayuda de otros familiares (54%), con experiencia como cuidador previamente (54%), que lleva 3 años de cuidados y con sobrecarga ligera ($EZ = 53,79$; intervalo de confianza [IC] del 95%, 50,55-57,04). El número de cuidadores primarios sin sobrecarga fue de 21 (33.3%), con sobrecarga ligera de 14 (22.2%) y con sobrecarga intensa de 28 (44.4%).

Ávila Toscano José H. y col. (2014) usaron a 127 cuidadores informales de pacientes crónicos degenerativos, para valorar la calidad de vida, la muestra se dividió en 28 hombres (22%) y 99 mujeres (78%), casi todos residentes en comunidades de baja estratificación social ($n = 126$; 99,2%). Respecto a sus edades, 5.5% ($n = 7$) fueron individuos menores de 18 años, 22% ($n = 28$) tenía edades entre 18 y 35 años, 44.9% ($n = 57$) estaba en el rango de 36 a 59 años y

27.6% (n = 35) superaba los 60 años. En donde se observaron bajos niveles de salud física y psicológica, deterioro de los procesos de participación social y niveles moderados de interacción con el medioambiente. En relación con la salud física, 81.1% de los participantes la juzgó de forma negativa frente a un 18.9% que la asumió con una valoración favorable; una situación similar ocurrió con la salud psicológica puesto que 94.5% la valoró negativamente con calificativos que van de regular a deficiente, mientras que solo 5.5% asumió una percepción positiva de su salud mental.

Palome Vega y cols. (2014), llevaron a cabo un estudio en 48 cuidadores primarios de pacientes hospitalizados. La sobrecarga sentida de los cuidadores de este estudio fue leve en el 29.1%, el 27 % refirió experimentar carga moderada y finalmente el 8.3% sobrecarga severa. La prevalencia del nivel de sobrecarga en los cuidadores principales de los pacientes crónicos hospitalizados, dentro del Hospital General de Querétaro durante los meses de febrero y marzo de 2013 fue clasificada en no sobrecarga y sobrecarga leve, ambas con un 43.75 %, moderada con un 10.42 % pero también con un 2.08 % con sobrecarga intensa. Ante dicha problemática se pudo observar que el tiempo que el cuidador dedica al cuidado de su paciente determina la intensidad de sobrecarga que éste experimenta al identificar que mientras más tiempo dedica mayor es el nivel de sobrecarga.

Carreño Morenol Sonia y cols. (2016). La muestra quedó constituida por 2040 cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Los cuidadores fueron en su mayoría del género femenino (90.88 %), con edades entre los 18 a 35 años (47.69 %), con niveles de escolaridad media a baja. Con formación de primaria incompleta hubo 20.19 % y bachillerato incompleto 22.35 %. El 82 % con procedencia urbana, el 65.03 % se encontraba en una relación de pareja estable ya fuera casado o en unión libre. El 42.79 % tenía como ocupación el hogar, el 98.71 % eran de estrato 1, 2 y 3, el 65.53 % llevaba más de 37 meses en el cuidado y el 66.75 % dedicaba entre 7 y 24 horas diarias al cuidado. Se observó que la sobrecarga del cuidador tiene relación con el nivel de funcionamiento familiar, el estado de salud, la satisfacción con el apoyo social, el género femenino, el tiempo de dedicación al cuidado, los síntomas depresivos, la funcionalidad del paciente y la cantidad de horas semanales dedicadas a cuidar al paciente.

Justificación.

Los cuidadores suelen pasar largas horas al cuidado del paciente, alimentándolos, bañándolos, encargándose de sus actividades básicas, dejando de lado sus actividades laborales. En muchas ocasiones, las actividades sociales de los cuidadores se van reduciendo de manera gradual, acudiendo pocas veces a realizar actividades físicas y ejercicio; lo que afecta en gran medida sus relaciones con el entorno y su comunidad, esto conlleva a un deterioro en sus funciones cognitivas que interfiere en la asistencia y cuidado del adulto mayor, sufriendo limitaciones físicas, psicológicas y sociales que impiden la realización de su labor y empeorando su calidad de vida.²⁶

En México, la información sobre calidad de vida y cuidadores primarios es escasa, lo que no permite se establezca un panorama claro de las necesidades de atención que requieren los cuidadores ni los dominios más afectados en la calidad de vida de los cuidadores de pacientes con Diabetes Mellitus.

Actualmente ha incrementado el número de pacientes Diabéticos y a su vez el mal manejo en su tratamiento, lo que conlleva a complicaciones que condicionan dependencia, por lo que depender de alguien que se hará cargo de su cuidado, representa un reto doblemente mayor para el cuidador.

En cuanto a los cuidadores familiares, la carga se expresa con sentimientos negativos como frustración, ansiedad, enojo, impotencia, desesperanza, preocupación por las actividades de cuidado directo, incertidumbre por el futuro de su receptor de cuidados, percepción de pérdida, de vida disminuida y de lucha constante y limitación en las relaciones sociales y familiares.²⁸

Las manifestaciones psicosociales de sobrecarga en los cuidadores se asocian con condiciones propias del cuidador y las del paciente o receptor del cuidado. En las condiciones propias, el ser mujer, el no haber tenido la opción de decidir cuidar o no a su receptor, el convivir con este, el tener baja salud mental y el dedicar mucho tiempo y esfuerzo al cuidado predisponen la presencia de carga.³³

Pregunta De Investigación

¿Qué impacto tiene la sobrecarga del cuidador primario en la calidad de vida de pacientes geriátricos con Diabetes Mellitus tipo 2?

Objetivo.

General.

Determinar el impacto que tiene la sobrecarga del cuidador primario en la calidad de vida de pacientes geriátricos con Diabetes Mellitus tipo 2 en la UMF No. 20 del IMSS. CDMX

Específico.

Determinar la sobrecarga del cuidador primario de pacientes geriátricos con diagnóstico de DM2.

Medir el impacto que tiene la sobrecarga del cuidador primario y cómo afecta en la calidad de vida del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2.

Identificar factores de riesgo que conlleven al mal control metabólico del paciente geriátrico con diabetes mellitus tipo 2 por una sobrecarga del cuidador primario.

Metodología.

Se les invitará a participar en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 a cuidadores primarios de pacientes adultos mayores de 60 años, con Diabetes Mellitus tipo 2, y se evaluará el grado de sobrecarga del cuidador primario, previa autorización por medio de consentimiento informado y al paciente con Diabetes Mellitus para evaluar su calidad de vida por medio de un instrumento. Informándoles de manera clara sobre el estudio que se llevara a cabo: La autorización la recabara el Medico de consultorio mediante un formato de consentimiento informado institucional. Posteriormente se le aplicara como instrumentos la Escala de carga del cuidador de Zarit al cuidador primario y Escala WHOQOL-BREF para medir la calidad de vida al paciente Diabético; tomando en cuenta los siguientes aspectos: salud física y psicológica, área económica y laboral, relaciones sociales y relación con la persona receptora de cuidados, en caso de que el cuidador y el paciente Diabético resulten con alteración en la sobrecarga o en su calidad de vida, se dará seguimiento mediante pláticas con apoyo de Trabajo Social, DiabetIMSS,

Tipo y diseño de estudio

Tipo de estudio. Observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.

Universo de trabajo. Los participantes en el estudio serán un total de 164 pacientes en base al cálculo de población infinita, muestra no probabilística y por conveniencia. Los sujetos de estudio para el presente trabajo serán los cuidadores primarios de pacientes mayores de 60 años con diagnóstico de DM2. Los participantes serán de ambos sexos, y de cualquier edad, que tengan menos de 5 años de ser el cuidador responsable del paciente. Los participantes deben cumplir con los criterios de inclusión, y contestar el instrumento (cuestionario) en forma completa. Se les invitará a participar informándoles de manera clara sobre el estudio que se llevará a cabo: recabándolo su consentimiento mediante un formato de consentimiento informado institucional. Posteriormente se le aplicaran los instrumentos validados a nivel internacional, para evaluar la sobrecarga del cuidador primario denominada Escala de Zarit de 22 ítems, así como para evaluar la calidad de vida en base a la Escala WHOQOL-BREF de 26 ítems.

Tiempo de Estudio. Del 01 de julio del 2019 a 31 de julio del 2020.

Procedimiento para recolectar la información.

Se realizará a partir de una hoja de recolección de datos, en la cual incluye la encuesta de características generales de una muestra de pacientes de 60 años o más con Diabetes Mellitus tipo 2 y la aplicación de los instrumentos Escala de carga del cuidador de Zarit de 22 ítems y Escala WHOQOL-BREF de 26 ítems para medir la calidad de vida.

Cálculo de tamaño de muestra

Si la población que deseamos estudiar es **INFINITA**, y deseamos saber cuántos individuos del total tendremos que estudiar, la respuesta sería:

Seguridad:	95%
Precisión:	5%
Proporción esperada al 9,4%:	0.094

Si no tuviéramos ninguna idea de dicha proporción utilizaríamos el valor de $p=0.5$ (50%), que maximiza el tamaño muestral.

Formula:
$$\frac{Z \alpha^2 * p * q}{d^2}$$

Donde:

Z α^2 =	1.96 ²	(Ya que la seguridad es del 95%)	
p =	0.094	Proporción esperada, en este caso será:	0.094
q=	0.906	En este caso sería 1-p	
d=	0.05	Precisión (en este caso deseamos un)	5%

$$n = \frac{1.96^2 * 0.094 * 0.906}{0.05^2} = ?$$

$$n = \frac{3.8416 * 0.094 * 0.906}{0.0025} = ?$$

$$n = \frac{0.327166022}{0.0025} = 130.87$$

Calculo ajustado a perdidas fue de **163.58**

Materiales y métodos.

Para evaluar la sobrecarga del cuidador primario se utilizará el instrumento validado con la Escala de Zarit compuesto por 22 ítems. Puntuación en una escala de cero a cuatro, para un máximo de 88 puntos. Una puntuación entre 0-20 puntos significa no sobrecarga o sobrecarga leve; puntuaciones entre 21 y 40 puntos significan sobrecarga leve a moderada; puntuaciones entre 41 y 60 puntos sobrecarga de moderada a severa, y entre 60 a 88 puntos significan un nivel severo de sobrecarga. (Anexos)

Para evaluar la calidad de vida se utiliza el instrumento validado con la Escala WHOQOL-BREF compuesto de 26 ítems. Una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100 y dos preguntas globales: calidad de vida global y salud general. Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta ordinales y todos ellos producen un perfil de cuatro áreas: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. Cada encuestado debe responder a cada faceta en categorías cuyo puntaje oscila entre 1 y 5 puntos (Escala Likert). Los puntajes de los dominios luego son convertidos según una tabla de corrección de puntajes debido a la desigualdad en el número de ítems, teniendo la posibilidad de convertirse en un rango de 0 a 100. Se considera que a mayor puntuación mejor Calidad de Vida. (Anexos)

Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable ^{36,37,38}	Escala de medición
Edad ³⁹	Tiempo cronológico de vida cumplido desde el nacimiento.	Edad en años cumplidos de los pacientes.	Cuantitativa discreta.	Años más de 60
Sexo	Cualidad biológica con la que nace un individuo.	Se recolecta por ficha de identificación.	Cualitativa nominal dicotómica.	1. Femenino 2. Masculino
Estado civil	Conjunto de cualidades o condiciones de una persona que producen consecuencias jurídicas y que se refieren a su posición dentro de una comunidad. ³⁹	Se recolecta de la ficha de identificación.	Cualitativa nominal politómica	1. Casado 2. Divorciado 3. Unión libre 4. Soltero 5. Viudo
Calidad de vida ⁴⁰	Manera como una persona percibe su salud física y mental a través del tiempo. ⁴¹	Se recolecta de encuesta	Cualitativa Ordinal, dependiente.	Escala WHOQOL-BREF A mayor puntuación, mejor calidad de vida. 1. Muy mala 2. Mala 3. Regular 4. Buena 5. Muy buena
Cuidador primario	Persona encargada de satisfacer las necesidades del paciente.	Se recolecta de ficha de identificación	Cualitativa nominal politómica	1- Madre 2- Padre 3- Hija/o 4- Hermana/o 5- Cónyuge
Sobrecarga del cuidador	Nivel de afectación en las dimensiones impacto del cuidado, relación	Se recolecta de encuesta	Cualitativa ordinal, dependiente.	Escala de Zarit. 0 - 20 puntos= no sobrecarga o sobrecarga leve. 21 - 40 puntos= sobrecarga leve a

	interpersonal y expectativas de autoeficacia que experimentan los familiares cuidadores de los pacientes.			moderada 41 - 60 puntos= sobrecarga de moderada a severa, 60 - 88 puntos= sobrecarga severa
Diabetes Mellitus tipo 2	Enfermedad crónica degenerativa caracterizada por el desarrollo de una hiperglucemia mantenida debido a un déficit absoluto de insulina mediado por la destrucción autoinmune de las células beta pancreáticas	Se recolecta de ficha de identificación	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Con control metabólico 2. Sin control metabólico

Factibilidad y aspectos éticos^{42, 43}

El presente trabajo de investigación se realizará en población adulta, la cual se apega a los lineamientos de la declaración de Helsinki, modificada en el Congreso *59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008* y a la ley general de salud vigente acerca de investigación en seres humanos.

Respecto a la ley general de salud y la normatividad del Instituto Mexicano de Seguro Social De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos:

ARTICULO 3o.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;
- III. A la prevención y control de los problemas de salud;
- IV. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
- V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y
- VI. A la producción de insumos para la salud

ARTICULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTICULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;
- IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;

V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;

VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;

ARTICULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

De acuerdo al consentimiento informado nos basaremos en el:

ARTICULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Estudio en población vulnerable: En el presente estudio participaron pacientes cuidadores de pacientes con Diabetes Mellitus, así como pacientes mayores de 60 años con el diagnóstico de Diabetes Mellitus, con el previo consentimiento de estas con apego a la normatividad antes mencionada, para la aplicación de las encuestas que abarcaran aspectos sobre la calidad de vida y sobrecarga del cuidador primario.

Riesgo de investigación: De acuerdo con el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y conforme a los aspectos éticos de la investigación de seres humanos, Título II, Capítulo I, ARTICULO 17, se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, en base a este estudio se tomará como Investigación sin riesgo: ya que solo se recabará información con preguntas dirigidas a pacientes cuidadores primarios y Diabéticos mediante una entrevista estructurada (instrumento validado) y no se realiza ninguna intervención fisiológica, psicológica o social.

Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en conjunto: Los pacientes no recibirán ningún beneficio directo para su participación en el estudio. Se espera que los resultados contribuyan a aumentar el conocimiento, acerca de la calidad de vida y las relaciones intrafamiliares, así como encontrar redes de apoyo para el cuidado de los pacientes geriátricos con Diabetes Mellitus, con el fin de disminuir la sobrecarga y mejorar la calidad de vida del paciente con diagnóstico de Diabetes Mellitus y su cuidador.

Posibles inconvenientes: No existen inconvenientes, ya que solo se aplicará en un solo momento el instrumento a cada uno de los pacientes, con previa firma del consentimiento informado.

Balance riesgo – beneficio: No existe beneficio directo para los participantes, sin embargo, generara conocimiento sobre el problema en específico y al ser un estudio sin riesgo, se considera que el balance riesgo beneficio es favorable.

Confidencialidad: Los datos tanto personales como clínicos que se usarán en este estudio, se mantendrán como confidenciales. Para identificar a cada paciente se hará mediante número de seguridad social, los datos personales serán resguardados por el investigador y los resultados solo serán difundidos de manera global al personal de salud.

Consentimiento informado: Se utilizarán dos cartas de consentimiento Informado, una al cuidador primario y la otra al paciente Diabético, con el fin de dar a conocer los beneficios y riesgos a los que conlleva este estudio y de esta manera consentir su participación.

Proceso para solicitar el consentimiento informado: Se les explicará al cuidador y paciente con qué fin se realizará dicho estudio, así como cuáles serán las herramientas que usaremos (escala de Zarit y escala de calidad de vida), y los beneficios que podrá obtener al término del presente estudio. En caso de que no deseara participar no habrá ninguna repercusión, y su atención dentro del instituto continuara sin modificaciones, conservando sus derechos.

Forma de selección de los pacientes: Se entrevistarán a cuidadores primarios de pacientes Diabéticos y a paciente geriátrico con Diabetes Mellitus, que sea derechohabiente, y que cuente con los criterios de inclusión.

Este estudio es factible ya que la Unidad de medicina familiar Número 20 cuenta con la población necesaria para la realización de este estudio, así mismo contamos con las instalaciones necesarias para la aplicación de los instrumentos.

Se resguardará la intimidad de las personas que participen en la investigación, así como su confidencialidad de la información personal que se obtenga, protegiendo su integridad física, mental y social.

La presente investigación se envía para ser avalada por el Comité de Bioética e Investigación a la que pertenece la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- ✓ Pacientes derechohabientes de 60 años o más, de ambos sexos, con el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 20.
- ✓ Cuidador primario del paciente geriátrico con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 ya sea derechohabiente o no.
- ✓ Pacientes que firmen la carta de consentimiento informado y que deseen participar en el estudio.
- ✓ Pacientes que sepan leer y escribir.

Criterios de exclusión

- ✓ Pacientes menores de 60 años con el diagnóstico de Diabetes Mellitus.
- ✓ Pacientes que estén iniciando su protocolo de diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.
- ✓ Cuidador primario que no quiera participar.
- ✓ Pacientes Diabéticos geriátricos que no acepten llenar la encuesta.
- ✓ Pacientes que no acepten firmar la carta de consentimiento informado.

Criterios de eliminación.

- ✓ Pacientes que no concluya la encuesta.
- ✓ Cuidador primario que no contesten completo el instrumento.
- ✓ Paciente que no llene la ficha de identificación completa.

Resultados

Datos generales

El presente estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar Número 20 del IMSS en la Ciudad de México, donde los participantes cumplieron los criterios de inclusión de los cuales se obtuvo un tamaño de muestra con $n= 100$ sin embargo, como se realizaron 2 tipos de encuestas, obteniendo un total de 200 muestras.

Derivado de lo anterior obtuvimos los siguientes resultados.

Con respecto a la **sobrecarga del cuidador primario**, encontramos que el género femenino fue el de mayor participación con 56 (56%) donde la media de edad fue de 55.1 años y una mediana de 59.5, el tiempo de ejercer como cuidador primario con una mediana de 15 años y una media de 16.28. **(Ver tabla 1).**

Tabla 1. Frecuencia por género en los participantes del estudio

GÉNERO		
	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	56	56.0
Masculino	44	44.0
Total	100	100.0

Con respecto a la **calidad de vida del paciente diabético**, encontramos que el género femenino fue el de mayor participación con 59 (59%). **(Ver tabla 2).**

Tabla 2. Frecuencia por género

Género		
	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	59	59.0
Masculino	41	41.0
Total	100	100.0

Respecto a la edad del **cuidador primario**, se encontró que 60 años ocupa el primer lugar con 10% (n=10), donde la media de edad fue de 68.05 años y una mediana de 67. **(Ver tabla 3)**

TABLA 3. Frecuencia por edad

Edad			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	23	1	1.0
	25	1	1.0
	27	2	2.0
	28	1	1.0
	30	4	4.0
	31	1	1.0
	32	2	2.0
	33	2	2.0
	36	1	1.0
	37	1	1.0
	38	2	2.0
	39	2	2.0
	40	1	1.0

41	1	1.0
42	4	4.0
45	5	5.0
46	1	1.0
47	3	3.0
50	1	1.0
51	1	1.0
52	2	2.0
54	1	1.0
56	1	1.0
58	6	6.0
59	3	3.0
60	10	10.0
61	3	3.0
62	3	3.0
63	2	2.0
64	1	1.0
65	1	1.0
66	1	1.0
67	3	3.0
68	5	5.0
69	4	4.0
70	3	3.0
71	2	2.0
72	1	1.0
73	1	1.0
74	2	2.0
75	2	2.0
76	1	1.0
77	2	2.0
78	1	1.0
82	1	1.0
83	1	1.0
Total	100	100.0

De acuerdo con el estado civil encontrado en los cuidadores primarios el ítem “casados” obtuvo la mayor frecuencia con 62% (n=62) en comparación con divorciado con 2% (n=2). **(Ver tabla 4)**

Tabla 4. Frecuencia por estado civil en los cuidadores primarios

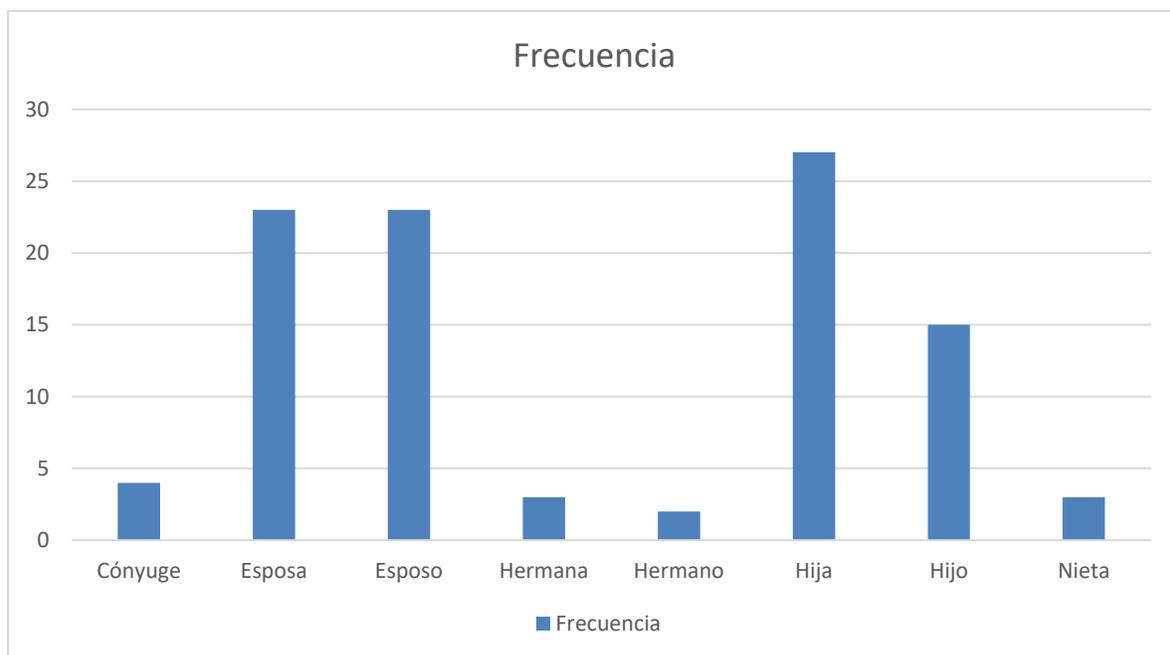
Estado civil		
	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	21	21.0
Unión libre	10	10.0
Casado	62	62.0
Separado	2	2.0
Divorciado	2	2.0
Viudo	3	3.0
Total	100	100.0

Respecto al parentesco que tienen los cuidadores primarios del paciente diabético encontramos que el ítem “hija” ocupa el 27% (n=27), mientras hermano 2% (n=2) es el que ocupó el último lugar. **(Ver tabla 5)**

Tabla 5. Frecuencia de parentesco del cuidador primario con el paciente diabético

Parentesco		
	Frecuencia	Porcentaje
Cónyuge	4	4.0
Esposa	23	23.0
Esposo	23	23.0
Hermana	3	3.0
Hermano	2	2.0
Hija	27	27.0
Hijo	15	15.0
Nieta	3	3.0
Total	100	100.0

Grafico 1. Parentesco del cuidador primario con el paciente diabético



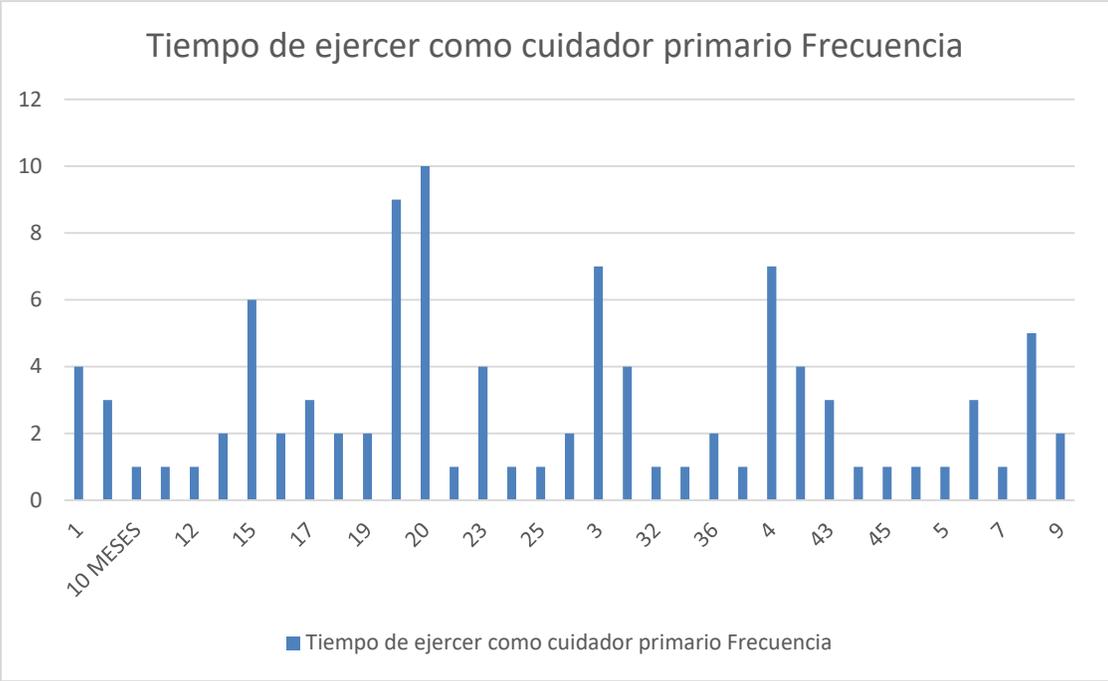
Respecto al tiempo de ejercer como cuidador primario, encontramos que fue muy variable desde los 10 meses hasta los 48 años, siendo el tiempo máximo de 20 años con un 10% (n=10) **(Ver tabla 6)**

Tabla 6. Tiempo de ejercer como cuidador primario.

Tiempo de ejercer como cuidador primario			
	Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
Válido	10 MESES	1	1.0
	1	4	4.0
	2	9	9.0
	3	7	7.0
	4	7	7.0
	5	1	1.0
	6	3	3.0

M	1	1.0
8	5	5.0
9	2	2.0
10	3	3.0
11	1	1.0
12	1	1.0
13	2	2.0
15	6	6.0
16	2	2.0
17	3	3.0
18	2	2.0
19	2	2.0
20	10	10.0
22	1	1.0
23	4	4.0
24	1	1.0
25	1	1.0
28	2	2.0
30	4	4.0
32	1	1.0
35	1	1.0
36	2	2.0
38	1	1.0
40	4	4.0
43	3	3.0
44	1	1.0
45	1	1.0
48	1	1.0
Total	100	100.0

Gráfico 2. Tiempo de ejercer como cuidador primario



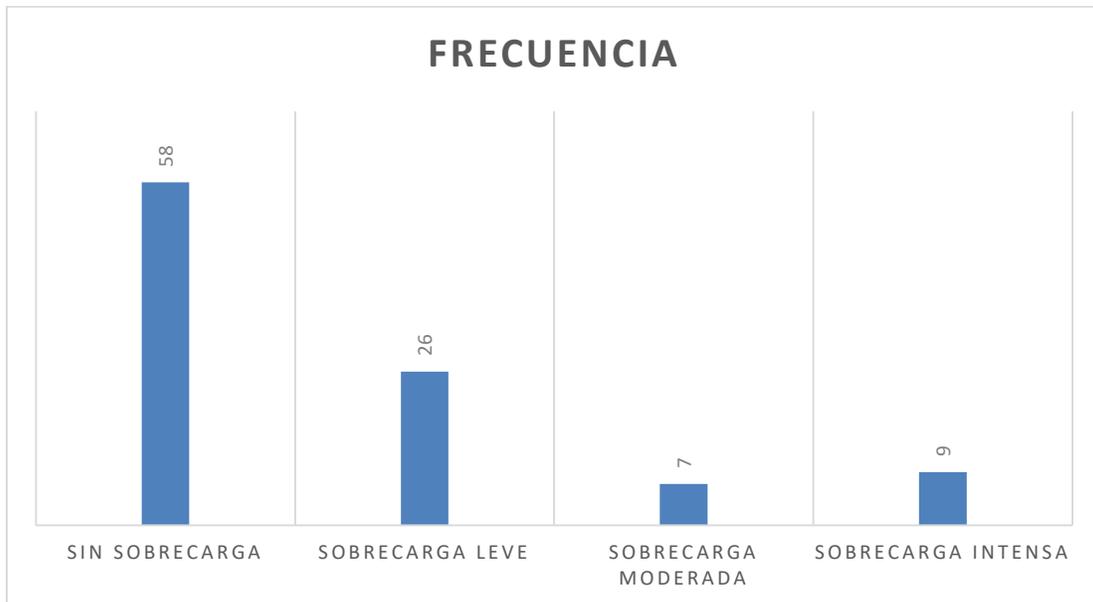
Sobrecarga del cuidador primario

En la Escala de Zarit, los cuidadores primarios se encuentran sin sobrecarga al 58% (n=58), con sobrecarga leve al 26% (n=26), sobrecarga moderada 7% (n=7), sobrecarga intensa 9% (n=9). (Ver tabla 7)

Tabla 7. Porcentaje de sobrecarga en el cuidador primario

ESCALA DE ZARIT		
	Frecuencia	Porcentaje
Sin sobrecarga	58	58.0
Sobrecarga leve	26	26.0
Sobrecarga moderada	7	7.0
Sobrecarga intensa	9	9.0
Total	100	100.0

Gráfico 3. Frecuencia de sobrecarga del cuidador primario



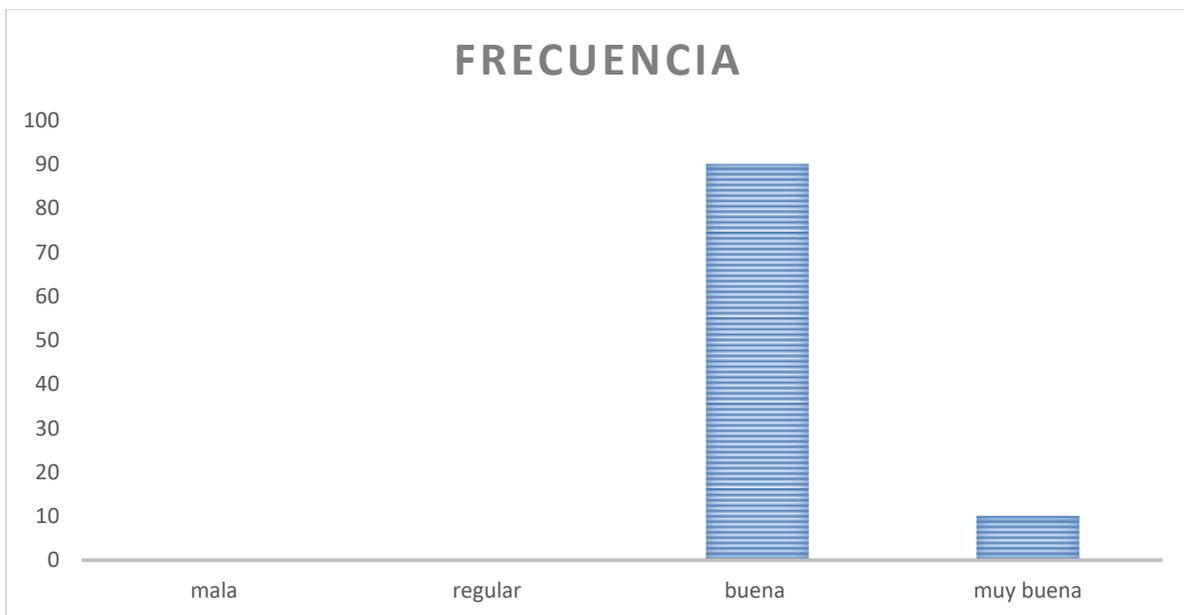
Calidad de vida del paciente diabético

En la Escala de calidad de vida de WHOQOL-BREF aplicada al paciente diabético globalmente se encontró una buena calidad de vida al 90% (n=90), muy buena calidad de vida al 10% (n=10). **(Ver tabla 8)**

Tabla 8. Calidad de vida del paciente diabético

Calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje
Mala	0	0%
Moderada	0	0%
Buena	90	90%
Muy buena	10	10%
Total	100	100%

Gráfico 4. Calidad de vida del paciente diabético.

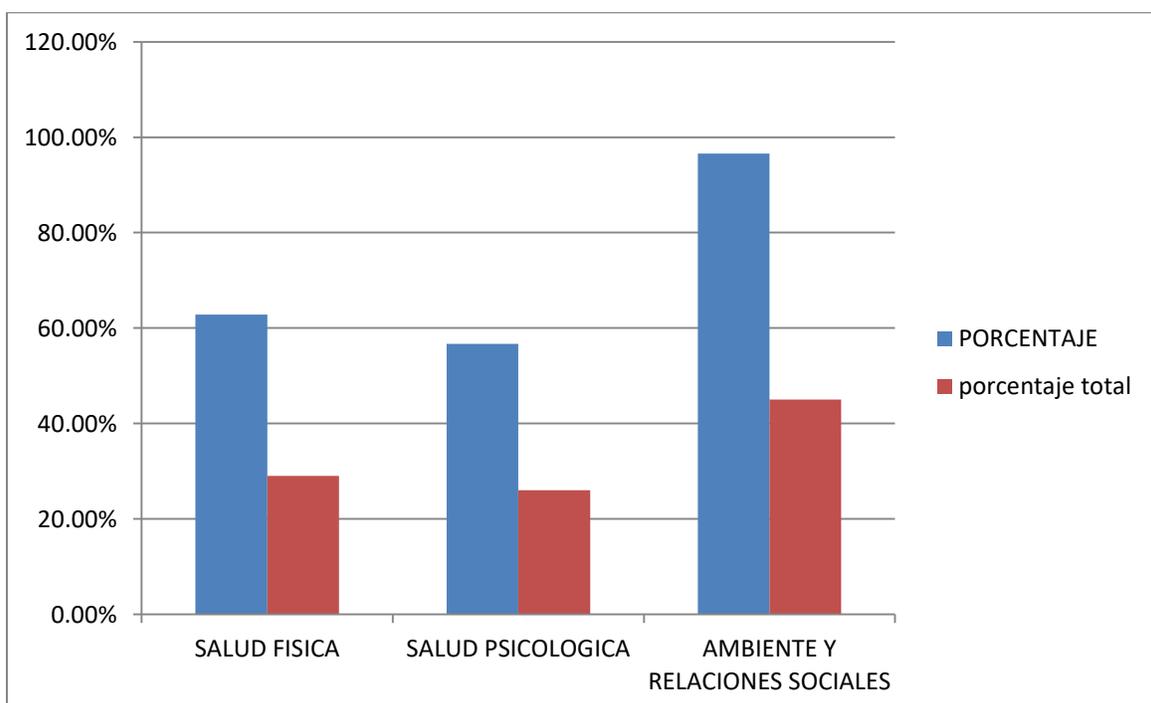


Con respecto al área en la salud de que se ve más afectada en la calidad de vida, encontramos que ambiente y relaciones sociales se presenta en un 96 (45%), salud física ocupa el segundo lugar con 62.8 (29%) y por último la salud psicológica con 56.68 (26%). **(Ver tabla 9).**

Tabla 9. Porcentaje de área afectada en la calidad de vida

CALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE TOTAL
SALUD FISICA	62.80	29.00%
SALUD PSICOLOGICA	56.68	26.00%
AMBIENTE Y RELACIONES SOCIALES	96.60	45.00%

Grafico 5. Porcentaje de área afectada en la calidad de vida.



Relación sobrecarga del cuidador primario/calidad de vida paciente diabético

Respecto a la importancia que tiene la sobrecarga del cuidador primario en la calidad de vida del paciente diabético basados en la R de Pearson en donde se observa que el nivel de asociación es de 0.63, basándonos en los porcentajes obtenidos los cuales se ven reflejados en la tabla 10.

Tabla 10. Prueba de Chi – Cuadrado

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.176 ^a	3	0.243
Razón de verosimilitud	3.31	3	0.346
N de casos válidos	100		

^a 3 casillas (37.5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .63

Así mismo encontramos que en el cuidador primario **sin sobrecarga**, la calidad de vida es buena en el 91.4%(n=53), y muy buena en el 8.6%(n=5), con **sobrecarga leve**, la calidad de vida es buena en 96.2%(n=25) y muy buena en el 3.8%(n=1), con **sobrecarga moderada**, la calidad de vida es buena en el 71.4%(n=5) y muy buena en el 28.6%(n=2), con **sobrecarga intensa** la calidad de vida es buena en el 88.9%(n=8) y muy buena en el 11.1%(n=1) (**Ver tabla 11**)

Tabla 11. Relación que tiene la sobrecarga del cuidador primario en la calidad de vida del paciente diabético

OBSERVADA	MALA	MODERADA	BUENA	MUY BUENA	TOTAL
SIN SOBRECARGA	0	0	53	5	58
LEVE	0	0	25	1	26
MODERADA	0	0	5	2	7
INTENSA	0	0	8	1	9
TOTAL	0	0	91	9	100

Con respecto a la tabla cruzada encontramos que el impacto que tiene la sobrecarga leve en el cuidador primario y que conlleva a que el paciente adulto mayor diabético tenga una calidad de vida buena se presenta en un 96.20%, en contraste con una calidad de vida muy buena en el diabético impacta a una sobrecarga moderada del cuidador primario en un 28.6%. **(Ver tabla 12)**

Tabla 12. Tabla cruzada sobrecarga / calidad de vida.

Tabla cruzada CALIDAD DE VIDA*SOBRECARGA CUIDADOR PRIMARIO							
CALIDAD DE VIDA			SOBRECARGA CUIDADOR PRIMARIO				Total
			Sin sobrecarga	Sobrecarga leve	Sobrecarga moderada	Sobrecarga intensa	
Buena	Recuento		53	25	5	8	91
	% dentro de SOBRECARGA CUIDADOR PRIMARIO		91.40%	96.20%	71.40%	88.90%	91.00%
Muy buena	Recuento		5	1	2	1	9
	% dentro de SOBRECARGA CUIDADOR PRIMARIO		8.60%	3.80%	28.60%	11.10%	9.00%
Total	Recuento		58	26	7	9	100
	% dentro de SOBRECARGA CUIDADOR PRIMARIO		100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Grafico 6. Relación sobrecarga del cuidador con la calidad de vida

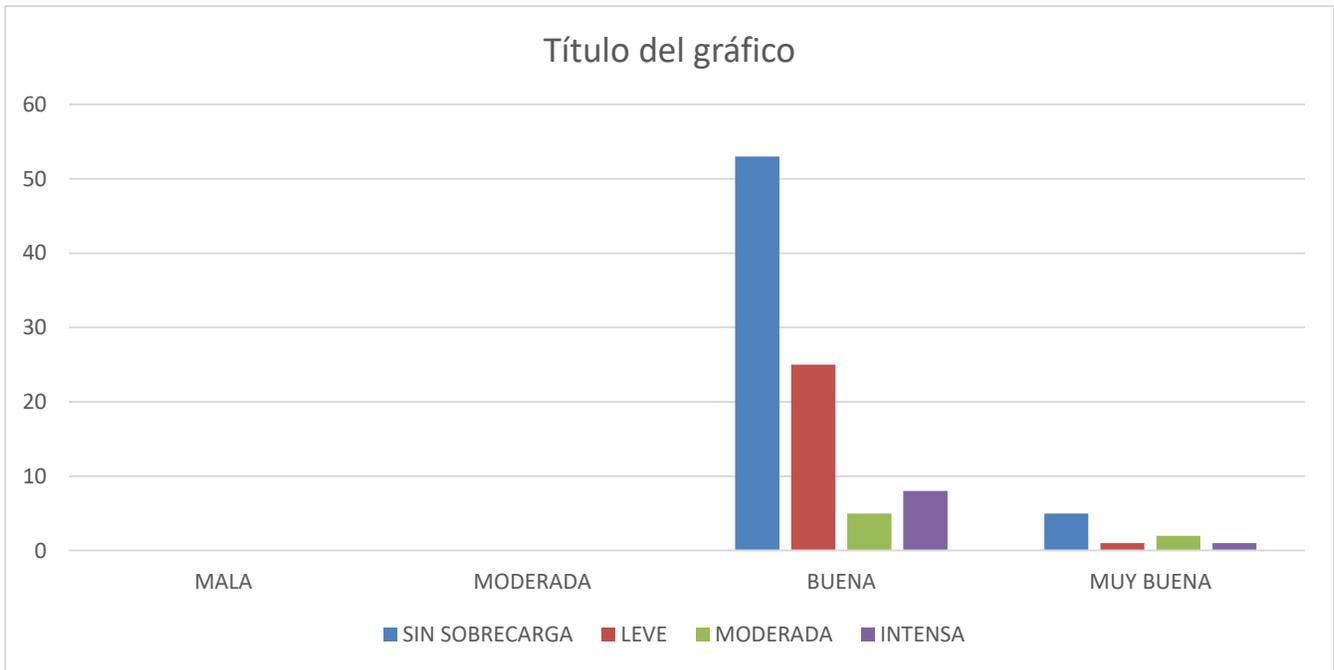
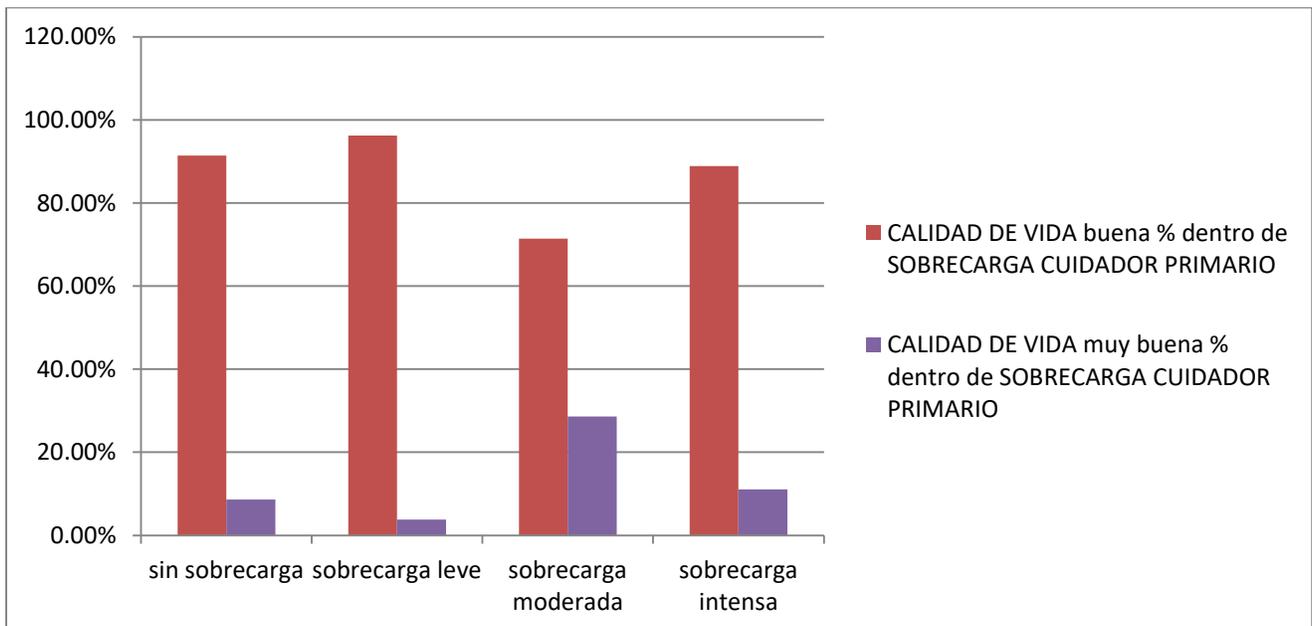


Grafico 7. Tabla cruzada sobrecarga / calidad de vida



Discusión

De acuerdo con el presente estudio encontramos que el 90% de los pacientes diabéticos se encuentran cursando con una buena calidad de vida y 10% con una muy buena calidad de vida, sin importar la sobrecarga del cuidador primario, ya que observamos que no se presenta una mala o regular calidad de vida.

Para Yontes Fabiola y cols (2010) se encontro que el genero que ejerce mayormente como cuidador primario eran mujeres, de edad media, hija/o del dependiente, casados. De acuerdo a lo anterior, nosotros concordamos que el sexo femenino es principal que ejerce como cuidador primario en un 56%, casada en un 62%, hija en un 27%, sin embargo en edad media de 68.5 años.

Retamal Matus Héctor y cols. (2015) estudió a 31 cuidadores formales en donde encontró, respecto a la escala de Zarit, el 64.5% no presentó sobrecarga; el 29%, sobrecarga leve, y un 6.5%, sobrecarga intensa. Mientras que Regueiro Martínez y cols. (2007) encontraron que el cuidador primario se encuentra sin sobrecarga al 33.3%, con sobrecarga ligera al 22.2% y con sobrecarga intensa al 44.4%, lo que contrasta con nuestro estudio, ya que observamos sin sobrecarga al 58%, con sobrecarga leve al 26%, sobrecarga moderada 7%, sobrecarga intensa 9%, por lo tanto estos cuidadores en su mayoría no presentan sobrecarga.

Ávila Toscano José H. y col. (2014) usaron a 127 cuidadores informales de pacientes crónicos degenerativos, para valorar la calidad de vida, encontraron predominio en el sexo femenino (78%). De acuerdo a esto de igual manera encontramos predominio en mujeres en un 59%.

En donde se observaron bajos niveles de salud física y psicológica, deterioro de los procesos de participación social y niveles moderados de interacción con el medioambiente. En relación con la salud física, 81.1% de los participantes la juzgó de forma negativa; una situación similar ocurrió con la salud psicológica puesto que 94.5% la valoró negativamente con calificativos que van de regular a deficiente. En esta cuestión, no coincidimos ya que encontramos en relación que ambiente y relaciones sociales se juzgó como negativa en un 45%, salud física ocupa el segundo lugar con 29% y por último la salud psicológica con 26%.

Conclusión

Relacionado con el impacto que tiene la sobrecarga del cuidador primario sobre la calidad de vida del paciente diabético, acorde a los resultados obtenidos en el instrumento aplicado en la unidad de medicina familiar 20 del instituto mexicano del seguro social donde observamos que de 100 participantes el 56% de los cuidadores primarios no presentaron sobrecarga, mientras que el 26% presento sobrecarga leve, 7% presento sobrecarga moderada y el 9% sobrecarga intensa. Asimismo el tiempo promedio que llevan como cuidador primario es de 20 años, predomina en el género femenino en un 56%, casados, edad media de 68.5 años, y parentesco hija en un 27%, lo que nos indica que esta sobrecarga no está directamente relacionada con el tiempo de dedicación al cuidado del paciente diabético.

Respecto a los participantes adultos mayores con diabetes mellitus encontramos que participo con mayor frecuencia el género femenino en un 59%. De los cuales el 90% tienen una calidad de vida buena, mientras el 10% una calidad de vida muy buena, por lo que no se encontró ningún participante con mala o regular calidad de vida. Además se encontró que el área de la salud que mayormente se encuentra afectada es la de relaciones sociales y el medio ambiente en un 45%, seguida de la salud física en un 29% y por último la salud psicológica en un 26%

Mediante la evaluación de la chi cuadrada de Pearson, nos dio un valor de 0.63, en donde se observa que los cuidadores sin sobrecarga tienen pacientes diabéticos con una calidad de vida buena en un 53% y muy buena en un 5%, a diferencia de un cuidador primario con sobrecarga intensa el cual su paciente presenta un 8% calidad de vida buena, y 2 % calidad de vida muy buena.

De acuerdo con el análisis estadístico de sobrecarga del cuidador primario en la calidad de vida del paciente adulto mayor diabético, encontramos que para que la calidad del vida del paciente sea buena, el impacto que tiene la sobrecarga de los cuidadores primarios es leve en un 96.2%, mientras que para que sea muy buena la calidad de vida del paciente, la sobrecarga del cuidador es moderada en un 28.6%.

Por lo que concluimos que en la unidad de medicina familiar no. 20, **NO** hay un gran impacto de la sobrecarga del cuidador primario en la calidad de vida de pacientes geriátricos con diabetes mellitus tipo 2.

Anexos:

Consentimiento Informado al cuidador primario



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN
SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

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

Nombre del estudio:	Impacto que tiene la sobrecarga del cuidador primario en la calidad de vida de pacientes geriátricos con Diabetes Mellitus tipo 2, con base a la Escala de Zarit y escala de calidad de vida de WHOQOL-BREF estudio transversal.
Patrocinador externo (si aplica):	Sin patrocinador
Propósito del estudio	La(o) estamos invitando a participar en un estudio de investigación que se llevara a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 20. Usted ha sido invitado a participar en este estudio por ser paciente de la UMF No. 20. Su participación en este proyecto es completamente voluntaria. Por favor lea la información que le proporcionamos y haga las preguntas que desee antes de participar
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 20 “Vallejo” Calzada Vallejo 675, Magdalena de las Salinas, Gustavo A. Madero, 07760, CDMX. Enero – diciembre 2020.
Número de registro:	R- 2019-3509-018
Justificación y objetivo del estudio:	El objetivo de este estudio es conocer la sobrecarga que tiene el cuidador primario en pacientes geriátricos con Diabetes Mellitus tipo 2.

Procedimientos:	Se realizará una encuesta en base a la escala ya validada de sobrecarga de Zarit al cuidador primario de pacientes geriátricos mayores de 60 años de edad, la cual consta de 22 items.
Posibles riesgos y molestias:	Este estudio no presenta ningún tipo de riesgo para la salud o la integridad del participante asociado al mismo estudio el cual consta de una encuesta y no se realiza exploración invasiva en los pacientes.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Con este estudio se conocerá de manera clara si usted presenta sobrecarga como cuidador primario y sí esto podría estar afectando su salud, así como de la persona a su cargo. Este estudio permitirá que en un futuro otros pacientes puedan beneficiarse del conocimiento obtenido. Este estudio no implica gasto alguno para usted. Por participar en este estudio no recibirá pago alguno.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	La publicación de los resultados se realizará respetando el anonimato de los participantes y se les entregara a los participantes los resultados de manera confidencial en caso de solicitarlos.
Participación o retiro:	Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar el cuestionario sobre sobrecarga del cuidador de Zarit, la cual no pone en riesgo mi integridad como persona. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención que recibo en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	La información proporcionada que pudiera ser utilizada para identificarla /o será guardada de manera confidencial, al igual que las respuestas de los cuestionarios, así como los resultados de las mismas para salvaguardar su información y garantizar su privacidad. El equipo de investigadores será el único que tendrá acceso a la información que usted nos proporcione durante la participación en este estudio. Solo se proporcionará información a externos, si fuese necesario proteger sus derechos, su integridad, su bienestar o si la ley lo requiere. No se dará información que revele su identidad. Esta será protegida y resguardada. Para proteger su identidad se asignará un número de folio en lugar de su nombre en nuestra base de datos. Apegado a los códigos éticos de investigación en humanos como lo marca la Ley general de Salud.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en
derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

Desarrollar habilidades para planificar y utilizar
adecuadamente el tiempo. Desarrollar habilidades para
expresar y manejar adecuadamente las emociones
negativas.
Estimulación de emociones positivas en el cuidador.
Buscar otras redes de apoyo social

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dra. Olvera Arévalo Nancy Araceli.

Médico Residente de Medicina Familiar de Primer Año. Matricula 99357069.
Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 20 "Vallejo". Calzada Vallejo
675. Col. Nueva Vallejo, CP 07750, Delegación Gustavo A. Madero, Ciudad
de México, México. Tel. 55 87 44 22, Ext. 15320 y 15368. Correo
electrónico:

Colaboradores:

Dra. Juárez González Karina

Médico Familiar, Matricula: 98370169, Adscrito a Unidad de Medicina
Familiar No. 28 "Gabriel Mancera" Calle Gabriel Mancera 800 esq. San
Borja, Colonia del Valle Centro, C.P. 03100, Cd Mx, Teléfono: 55 59 67 74.
Correo electrónico: Karyemi.03@gmail.com

Dra. Ramírez Cortez Miriam

Profesora Titular Medicina Familiar, Matricula: 99227019, Adscrito a Unidad
de Medicina Familiar No. 23 "Unidad Morelos", Calle San Juan de Aragón
No 314 Colonia San Pedro el Chico. Teléfono: 55 77 16 00
Correo electrónico: miriamrc12@gmail.com

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

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

Consentimiento Informado paciente con Diabetes Mellitus tipo 2



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN
SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

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

Nombre del estudio:	Impacto que tiene la sobrecarga del cuidador primario en la calidad de vida de pacientes geriátricos con Diabetes Mellitus tipo 2, con base a la Escala de Zarit y escala de calidad de vida de WHOQOL-BREF estudio transversal.
Patrocinador externo (si aplica):	Sin patrocinador
Propósito del estudio	La(o) estamos invitando a participar en un estudio de investigación que se llevara a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 20. Usted ha sido invitado a participar en este estudio por ser paciente de la UMF No. 20. Su participación en este proyecto es completamente voluntaria. Por favor lea la información que le proporcionamos y haga las preguntas que desee antes de participar.
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 20 "Vallejo" Calzada Vallejo 675, Magdalena de las Salinas, Gustavo A. Madero, 07760, CDMX. Enero – diciembre 2010
Número de registro:	R- 2019-3509-018
Justificación y objetivo del estudio:	Este estudio nos ayudara a conocer el impacto que tiene la sobrecarga del cuidador primario en la calidad de vida de pacientes geriátricos con Diabetes Mellitus tipo 2.
Procedimientos:	Se realizará una encuesta en base a la escala ya validada de calidad de vida de WHOQOL-BREF en pacientes geriátricos mayores de 60 años de edad, con Diabetes Mellitus tipo 2, la cual consta de 28 items.

Posibles riesgos y molestias:	Este estudio no presenta ningún tipo de riesgo para la salud o la integridad del participante asociado al mismo estudio el cual consta solo de una encuesta.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<p>Con este estudio conocerá de manera clara si usted presenta sobrecarga del cuidador y como esto podría estar afectando su salud y la de la persona a su cargo.</p> <p>Este estudio permitirá que en un futuro otros pacientes puedan beneficiarse del conocimiento obtenido.</p> <p>Este estudio no implica gasto alguno para usted.</p> <p>Por participar en este estudio no recibirá pago alguno.</p>
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	La publicación de los resultados se realizará respetando el anonimato de los participantes y se les entregará a los participantes los resultados de manera confidencial en caso de solicitarlos.
Participación o retiro:	Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar el cuestionario sobre calidad de vida de WHOQOL-BREF, la cual no pone en riesgo mi integridad como persona. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención que recibo en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	<p>La información proporcionada que pudiera ser utilizada para identificarla /o será guardada de manera confidencial, al igual que las respuestas de los cuestionarios, así como los resultados de las mismas para salvaguardar su información y garantizar su privacidad.</p> <p>El equipo de investigadores será el único que tendrá acceso a la información que usted nos proporcione durante la participación en este estudio. Solo se proporcionará información a externos, si fuese necesario proteger sus derechos, su integridad, su bienestar o si la ley lo requiere.</p> <p>No se dará información que revele su identidad. Esta será protegida y resguardada. Para proteger su identidad se asignará un número de folio en lugar de su nombre en nuestra base de datos.</p> <p>Apegado a los códigos éticos de investigación en humanos como lo marca la Ley general de Salud.</p>
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<p>No autoriza que se tome la muestra.</p> <p>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</p> <p>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</p>

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

Desarrollar habilidades para expresar y manejar adecuadamente las emociones negativas.
Estimular una adecuada comunicación entre el cuidador y paciente, para llevar un adecuado control metabólico del paciente y que eso no conlleve a una sobrecarga en el cuidador y como consecuencia un mal control metabólico.
Buscar otras redes de apoyo social para mejorar su calidad de vida.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dra. Olvera Arévalo Nancy Araceli.

Médico Residente de Medicina Familiar de Primer Año. Matrícula 99357069.
Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 20 "Vallejo". Calzada Vallejo 675. Col. Nueva Vallejo, CP 07750, Delegación Gustavo A. Madero, Ciudad de México, México. Tel. 55 87 44 22, Ext. 15320 y 15368. Correo electrónico: dra.nancyolv@gmail.com

Colaboradores:

Dra. Juárez González Karina

Médico Familiar, Matrícula: 98370169, Adscrito a Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera" Calle Gabriel Mancera 800 esq. San Borja, Colonia del Valle Centro, C.P. 03100, Cd Mx, Teléfono: 55 59 67 74, Correo electrónico: Karyemi.03@gmail.com

Dra. Ramírez Cortez Miriam

Profesora Titular Medicina Familiar, Matrícula: 99227019, Adscrito a Unidad de Medicina Familiar No. 23 "Unidad Morelos", Calle San Juan de Aragón No 314 Colonia San Pedro el Chico. Teléfono: 55 77 16 00, Correo: miriamrc12@gmail.com

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

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

Ficha de identificación y tipo de familia.

FOLIO: _____

FECHA: ___/___/___

NUMERO DE AFILIACION: _____

Nombre del cuidador: _____

Edad: _____

Género: _____

Estado civil: _____

Ocupación: _____

Escolaridad: _____

Parentesco del cuidador: _____

Tiempo de ejercer la función del cuidador: Años _____ Meses _____

Percibe remuneración por cuidar al paciente: 1 Si 2 No

Antecedentes personales Patológicos:

Diabetes Mellitus _____ Hipertension Arterial _____ Osteoatrosis _____ Depresión _____

Lumbagia/Dorsalgia _____ Dislipidemias _____ Obesidad _____ Otra _____

TIPOLOGIA FAMILIAR DE ACUERDO AL CONSENSO DE FAMILIAS:

Parentesco

1 Nuclear 2 Nuclear Simple 3 Nuclear Numerosa 4 Reconstruida

5 Monoparental 6 Monoparental Extendida 7 Monoparental Extendida Completa

8 Extensa 9 Extensa compuesta 10 No parental

Presencia Física en el Hogar

- 1 Núcleo Integrado 2 Núcleo no integrado 3 Nuclear numerosa
4 Extensa Ascendente 5 Extensa Desendente 6 Extensa Colateral

En base a su Demografía

- 1 Urbana 2 Rural 3 Suburbana

En base a su Desarrollo

- 1 Primitiva 2 Tradicional 3 Moderna

Ingreso Económico Familiar: _____

Número de hijos dependientes: _____

Escolaridad materna: _____

Hacimiento (número de personas por dormitorio): _____

APP del paciente dependiente:

Diabetes Mellitus _____ Hipertension Arterial _____ Enfermedad Pulmonar
Obstructiva Cronica _____ Cáncer _____ Insuficiencia Renal Cronica _____
Hepatopatía _____ Osteoatrosis _____ Cardiopatía Isquemica _____
EVC _____ Fracturas/Accidentes _____ Otra _____

Escolaridad: _____

Nombre del paciente diabetico al que cuida: _____

Edad: _____

No Afiliación: _____

Consultorio: _____

Turno: _____

Escala de Zarit³⁹

Nombre _____	Fecha _____	Expediente _____
<p>Instrucciones: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted, así, nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.</p> <p>0 = Nunca 1 = Rara vez 2 = Algunas veces 3 = Bastantes veces 4 = Casi siempre</p>		
1A.	¿Cree que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	<input type="checkbox"/>
2A.	¿Cree que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	<input type="checkbox"/>
3A.	¿Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades en su trabajo o su familia?	<input type="checkbox"/>
4B.	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	<input type="checkbox"/>
5B.	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	<input type="checkbox"/>
6B.	¿Piensa que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia?	<input type="checkbox"/>
7A.	¿Tiene miedo de lo que el futuro depara a su familiar?	<input type="checkbox"/>
8A.	¿Cree que su familiar depende de usted?	<input type="checkbox"/>
9B.	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	<input type="checkbox"/>
10A.	¿Cree que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	<input type="checkbox"/>
11A.	¿Cree que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar?	<input type="checkbox"/>
12A.	¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?	<input type="checkbox"/>
3A.	¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades debido a su familiar?	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>
15C.	¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	<input type="checkbox"/>
16C.	¿Cree que será incapaz de cuidarle/a por mucho más tiempo?	<input type="checkbox"/>
17B.	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar?	<input type="checkbox"/>
18B.	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otros?	<input type="checkbox"/>
19B.	¿Se siente indeciso sobre que hacer con su familiar?	<input type="checkbox"/>
20C.	¿Cree que debería hacer más por su familiar?	<input type="checkbox"/>
21C.	¿Cree que podría cuidar mejor de su familiar?	<input type="checkbox"/>
22A.	Globalmente, ¿qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	<input type="checkbox"/>

Escala WHOQOL-BREF⁴¹

- Piense en su forma de vivir, sus expectativas de vida, placeres y preocupaciones.
- Conteste cada pregunta formulada pensando en las dos últimas semanas.

		Muy mal	Mal	Lo normal	bien	Muy bien
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Insatisfecho	Poco	Lo normal	Satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor físico le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5

13	¿Qué disponible tienen la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuan satisfecho se ha sentido en varios aspectos de su vida.

		Insatisfecho	Poco	Lo normal	Satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Cuán satisfecho está con lo que duerme?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está con su capacidad para realizar actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones interpersonales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que tiene de sus amigos?	1	2	3	4	5

23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con la que usted ha sentido o experimentado ciertos hechos.

		Nunca	Raramente	Normalmente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

Si desea hacer algún tipo de comentario en relación al cuestionario, escríbalo en las siguientes líneas.

Cronograma.

AVANCES	MARZO A JULIO 2019	AGOSTO A OCTUBRE 2019	ENERO A JULIO 2020	AGOSTO A OCTUBRE 2020	NOVIE MBRE 2020	NOVIE MBRE 2020	DICIE MBRE 2020	ENERO 2021	FEBRE RO 2021	MARZ O 2021
ELABORACIÓN DE PROTOCOLO	P R									
PRESENTACIÓN ANTE EL SIRELSIS		P R								
RECOPIACIÓN DE DATOS			P R							
ANÁLISIS ESTADÍSTICO				P R						
INTERPRETACIÓ N DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES					P R					
REDACCIÓN DE LA TESIS						P R				
ENVÍO DE LA TESIS A LA CES							P R			
ENVÍO DE LA TESIS A LA UNAM								P		
REALIZACIÓN DE MODIFICACION ES									P	
ACEPTACIÓN POR LA UNAM										P

 Programado

 Realizado

Bibliografía

- ¹ Estadísticas sobre Adultos Mayores en México [Internet]. gob.mx. 2019. Available from: <https://www.gob.mx/inapam/galerias/estadisticas-sobre-adultos-mayores-en-mexico>
- ² SEDESOL. Secretaria de desarrollo social. Análisis prospectivo de la población de 60 años de edad en adelante [Internet]. Gob.mx. 2017 [cited 23 September 2019]. Available from: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/201801/An_lisis_prospectivo_de_la_poblaci_n_de_60_a_os_en_adelante.pdf
- ³ OMS | Informe sobre la salud en el mundo 2013 - Investigaciones para una cobertura sanitaria universal [Internet]. Who.int. 2019. Available from: <https://www.who.int/whr/es/>
- ⁴ Informe mundial sobre la diabetes [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2019. Available from: <https://www.who.int/diabetes/global-report/es/>
- ⁵ Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT MC 2016) [Internet]. Fmdiabetes.org. 2016 [cited 23 September 2019]. Available from: <http://fmdiabetes.org/wp-content/uploads/2017/04/ENSANUT2016-mc.pdf>
- ⁶ International Classification of Functioning, Disability and Health [Internet]. 2001. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf>
- ⁷ Guía de práctica clínica para la Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica. [Internet]. 2010. Available from: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/190_GPC_EvaGeriatrica/I_MSS-190-10-GER_Evaluacion_geriatrica_integral.pdf
- ⁸ Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype., J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001; 56: M146-156.
- ⁹ Hidalgo U. Diabetes Tipo 2: Epidemiología, criterios diagnósticos y tratamiento [Internet]. Uaeh.edu.mx. 2019 [cited 23 September 2019]. Available from: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/icsa/n10/p2.html>

¹⁰ American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes. Diabetes Care 2017;40 (Suppl 1):S11-S24.

¹¹ 1.- Diagnóstico y clasificación de diabetes [Internet]. Redgdps.org. 2019. Available from: <http://www.redgdps.org/guia-de-diabetes-tipo-2-para-clinicos/diagnostico-y-clasificacion-de-diabetes-20180907>

¹² Consejo Nacional de Población. “La Situación Demográfica de México, 2006”. México: CONAPO, SEGOB, 2006. 262 pp. No. de clasificación: 312.S5D46 2006.

¹³ Diabetes mellitus in older men. Kim MJ, Rolland Y, Cepeda, O et al. Aging Male 2006; 9: 139-47.

¹⁴ American Diabetes Association. Executive Summary: Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care 2019; 33: S4-S10.

¹⁵ Moley J, Xiao H. En: Lavin N. Consideraciones especiales de la diabetes mellitus en la población anciana. Endocrinología y Metabolismo. Madrid: Editorial Marbán; 2003.p.709-19.

¹⁶ Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública Méx. 2002; 44 (4): 349-361.

¹⁷ Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. Disponible en: <http://www.rae.buscon.es/drael>

¹⁸ Rivera Mora H., Dávila Mendoza R., González Pedraza Ávila A., Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la clínica de medicina familiar Dr. Ignacio Chávez. Revista de especialidades Médico Quirúrgica 2011;16(1)27-32.

¹⁹ WHO Ageing and Health Programme & Milbank Memorial Fund. (2000). Hacia un consenso internacional sobre la política de atención de salud a largo plazo en el envejecimiento. Ginebra : Organización Mundial de la Salud. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66542>

-
- ²⁰ Ruiz-Ríos AE., Nava-Galán MG. Cuidadores: responsabilidades – obligaciones. *Enf Neurol (Mex)*. 2012; 11 (3): 163 – 169.
- ²¹ Silva Fhon J., Gonzales Janampa J., Mas Huaman T., Marques Sueli, Partezani Rodrigues R., Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor, *Av Enferm*. 2016;34(3):251-258
- ²² Rivas Herrera J., Ostiguín Meléndez R., Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico?, *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM* • Vol. 8. • Año. 8 • No. 1 • Enero-Marzo 2011.
- ²³ Islas Salas N., Ramos Del Río B., Aguilar Estrada M., García Guillén M., Perfil Psicosocial Del Cuidador Primario Informal Del Paciente Con EPOC, *Rev. Inst Nal Enf Resp Mex Volumen 19 - Número 4 Octubre-Diciembre 2006 Páginas: 266-271*
- ²⁴ López García E., Puesta al día: cuidador informal, *Rev. enferm. CyL Vol 8 - N° 1 (2016)*
- ²⁵ Montero Pardo, X., Jurado Cárdenas, S., Valencia Cruz, A., Méndez Venega, J., & Mora Magaña, I. Escala De Carga Del Cuidador De Zarit: Evidencia De Validez En México, *Psicooncología*, Vol. 11, Núm. 1, 2014, pp. 71-85
- ²⁶ Saiz Ladera G M, Bordallo Huidobro J R, García Pascual J N. El cuidador como paciente, *FMC*. 2008;15(7):418-26
- ²⁷ Carreño SP, Sánchez-Herrera B, Carrillo GM, Chaparro-Díaz L, Gómez OJ. Carga de la enfermedad crónica para los sujetos implicados en el cuidado. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2016; 34(3): 342-349. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n3a08
- ²⁸ Robles-Espinoza A., Rubio-Jurado B., De la Rosa-Galván E., Nava-Zavala A., Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud, *El Residente*. 2016; 11 (3): 120-125

-
- ²⁹ Palomé Vega G., Gallegos Torres R., Xequé Morales A., Juárez Lira A., Perea Ortíz M., Nivel De Sobrecarga En El Cuidador Principal Del Paciente Crónico Hospitalizado, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Querétaro, 2,014:1-10
- ³⁰ Martin M, Salvado I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P et al. Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (caregiver burden interview) de Zarit.,Rev Gerontol. 1996; 6 338-346.
- ³¹ Regueiro Martínez A A, Pérez-Vázquez A, Gómara Villabona S M, Ferreiro Cruz M C. Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria Aten Primaria, 2007;39(4)185-8
- ³² Sanabria Hernández M., Calidad de vida e instrumentos de medición, Facultad de ciencia políticas, sociales y de la comunicación, universidad de la laguna, Junio de 2016, pp 1-88
- ³³ Ávila-Toscano JH, Vergara-Mercado M. Aquichan. Calidad de vida en cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas, 2014;14(3): 417-429. DOI:10.5294/aqui.2014.14.3.11
- ³⁴ Yonte Huete F., Urién Pérez Z., Martín Gutiérrez M., Montero Herrero R., Sobrecarga del cuidador principal, Rev. enferm. CyL Vol 2 - Nº 1 (2010), pp 59-69, <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/download/40/32>
- ³⁵ Retamal-Matus H, Aguilar L, Aguilar M, González R, Valenzano S. Factores que influyen en la sobrecarga de los cuidadores de adultos mayores en dos instituciones de la ciudad de Punta Arenas, Chile [Internet]. Viguera.com. 2015 [cited 24 September 2019]. Available from: https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0503/503_0119_0124.pdf
- ³⁶ Variables [Internet]. Metodologiaeninvestigacion.blogspot.com. 2019 [cited 23 September 2019]. Available from: <http://metodologiaeninvestigacion.blogspot.com/2010/07/variables.html>

-
- ³⁷ Del Carpio Rivera A. Las Variables en la Investigación [Internet]. Urp.edu.pe. 2019 [cited 24 September 2019]. Available from: http://www.urp.edu.pe/pdf/clase_variabladesdeinvestigacion.pdf
- ³⁸ Tipos de Variables - Estadística para la Investigación, Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=sQ08tqf-rXU>
- ³⁹ Estrella. Zarit carga.cuidador [Internet]. Slideshare.net. 2019 [cited 24 September 2019]. Available from: <https://www.slideshare.net/josef1000/zarit-cargacuidador>
- ⁴⁰ [Internet]. Tesis.uson.mx. 2019 [cited 24 September 2019]. Available from: <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/20407/Anexo.pdf>
- ⁴¹ Tesis Alumno FUNIBER. Andrés Duran - Percepción de la calidad de vida... [Internet]. Es.slideshare.net. Mayo 2013 [cited 24 September 2019]. Available from: <https://es.slideshare.net/funiber/tesis-alumno-funiber-andrs-duran-percepcin-de-la-calidad-de-vida-en-un-grupo-de-adultos-mayores>
- ⁴² Conbioetica-mexico.salud.gob.mx. (2019). Comisión Nacional de Bioética :: México. [online] Available at: <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/normatividad/normanac.html>
- ⁴³ Dof.gob.mx. (2019). *DOF - Diario Oficial de la Federación*. [online] Available at: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013.