

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



“ASOCIACIÓN ENTRE GRADO DE SOBRECARGA Y ANSIEDAD DEL
CUIDADOR PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR CON COMPLICACIONES
DE DM2, UMF 220, 2019”.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 220 “GENERAL JOSÉ VICENTE VILLADA”
TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO.

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
M. C. MARITZA YUVANI GARCÍA SOTO

DIRECTORA DE TESIS:
E. EN M.F. GREGORIA MENDOZA AGUILAR

REVISORES:
DRA. EN HUM. MARÍA LUISA PIMENTEL RAMÍREZ
E. EN M.F. MARÍA EMILIANA AVILÉS SÁNCHEZ
E. EN M.F. CONCEPCIÓN ANDREA MARTÍNEZ LÓPEZ
E. EN M.F. EDUARDO FLORES GONZÁLEZ

**“ASOCIACIÓN ENTRE GRADO DE SOBRECARGA Y ANSIEDAD DEL CUIDADOR
PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR CON COMPLICACIONES
DE DM2, UMF 220, 2019”.**

ÍNDICE

PÁGINA

RESUMEN.....	1
I. MARCO TEÓRICO.....	3
I.1. CUIDADOR PRIMARIO	3
I.1.1. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE CUIDADOR PRIMARIO.....	3
I.1.2. CLASIFICACIÓN DE CUIDADOR:	4
I.1.3 FASES DEL AFRONTAMIENTO EN EL CUIDADOR PRIMARIO.....	5
I.2. SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO.	6
I.2.1. DEFINICIÓN DE SOBRECARGA DE CUIDADO.....	7
I.2.2. SÍNTOMAS DE LA SOBRECARGA	8
I.3. ANSIEDAD	9
I.3.1. DEFINICIÓN DE ANSIEDAD.....	10
I.3.2. CRITERIOS CIE-10 PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.....	13
I.3.3. NIVELES DE ANSIEDAD GENERADA POR LA SOBRECARGA DE CUIDADO	13
I.4. ADULTO MAYOR Y FAMILIA.....	15
I.4.1. DEFINICIÓN DE ADULTO MAYOR	16
I.4.2. EPIDEMIOLOGIA	16
I.4.3. MORBILIDAD POR DM2 EN MÉXICO EN EL ADULTO MAYOR.....	17
I.5. DIABETES MELLITUS 2	18
I.5.1.DEFINICIÓN.....	18
I.5.2. CLASIFICACIÓN	18
I.5.3.TRATAMIENTO:	20
I.5.4. COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS 2.....	21
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
II.1. ARGUMENTACIÓN.....	24
II.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	25
III. JUSTIFICACIONES	26
III.1. ACADÉMICA.....	26
III.2. FAMILIAR.....	26
III.3. EPIDEMIOLOGÍA.....	26
III.4 ECONÓMICA.....	27
III.5 SOCIAL	27

IV. HIPÓTESIS.....	28
IV.1. HIPÓTESIS ALTERNA (H1)	28
VI.2 HIPÓTESIS NULA (H0).....	28
V.OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	29
VI. METODOLOGÍA	30
VI.1 TIPO DE ESTUDIO	30
VI.2 DISEÑO DE ESTUDIO	30
VI.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	31
VI.4 UNIVERSO DE TRABAJO.....	32
VI.5 TIPO DE MUESTREO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	32
VI.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	32
VI.6.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	32
VI.6.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	32
VI.6.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	32
VI.7. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.....	33
VI.7.1. ESCALA DE ZARIT.....	33
VI.7.1.1. DESCRIPCIÓN.....	33
VI.7.1.2. VALIDACIÓN	33
VI.7.1.3 APLICACIÓN.....	34
VI.7.2 ESCALA DE HAMILTON	34
VI.7.2.1 DESCRIPCIÓN.....	34
VI.7.2.2 VALIDACIÓN	35
VI.7.2.3 APLICACIÓN.....	36
VI.8. DESARROLLO DEL PROYECTO	36
VI.9 LÍMITE DE TIEMPO Y ESPACIO.....	37
VI.10 DISEÑO DE ANÁLISIS DE DATOS	37
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.....	38
VIII. ORGANIZACIÓN	40
IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	41
X. CUADROS Y GRÁFICAS	45
XII. CONCLUSIONES	54
XIII. RECOMENDACIONES.....	55
XIV. BIBLIOGRAFÍA.....	56
XV. ANEXOS.....	60

RESUMEN

Título: “Asociación entre grado de sobrecarga y ansiedad del cuidador primario del adulto mayor con complicaciones de DM2, UMF 220, 2019”.

E. en M.F. Gregoria Mendoza Aguilar, M.C. Maritza Yuvani García Soto**

*Adscrita de la UMF 220, ** Residente de la Especialidad en Medicina Familiar HGR/UMF 220.

Introducción: Los adultos mayores con complicaciones de DM2, tienen un estado funcional deteriorado en ocasiones cursando con discapacidad e invalidez, por lo que requieren de un cuidador primario para cubrir sus necesidades diarias, propensos a desarrollar enfermedades físicas y mentales, derivados de cumplir dicha función.

Justificación: Los cuidadores primarios son una población vulnerable, muchas veces pasando desapercibidos en la consulta de medicina familiar, por lo que amerita implementar medidas preventivas y diagnósticas oportunas.

Objetivo: Determinar la asociación entre grado de sobrecarga y ansiedad del cuidador primario del adulto mayor con complicaciones de DM2, UMF 220, 2019.

Material y método: Estudio observacional, analítico, transversal y prospectivo, en 282 cuidadores primarios de adultos mayores con complicaciones de DM2, UMF 220, IMSS, se aplicaron las escalas de Zarit y Hamilton. Se capturó la información para su análisis en el programa SPSS, para variables cualitativas se utilizaron medidas de tendencia central y como medida de asociación se utilizó Chi-cuadrada, representando los resultados en cuadros y gráficas.

Resultados: Aplicando Chi-cuadrada se encontró la asociación entre grado de sobrecarga y ansiedad con un coeficiente de $p=0.000$.

Conclusiones: Existe asociación estadísticamente significativa entre sobrecarga y ansiedad del cuidador primario del adulto mayor con complicaciones de DM2.

SUMMARY

Title: "Association between degree of overload and anxiety of the primary caregiver of the elderly with complications of DM2, UMF 220, 2019".

E. in M.F. Gregoria Mendoza Aguilar, M.C. Maritza Yuvani García Soto**

*Assigned from UMF 220, ** Resident of the Specialty in Family Medicine HGR/UMF 220.

Introduction: Older adults with complications of DM2, have an impaired functional state while attending school with disability and invalidity, and therefore require a primary caregiver to cover their daily needs, prone to develop physical and mental illness, derived from fulfilling that function.

Justification: Primary caregivers are a vulnerable population, going unnoticed in most cases in the family medicine practice, so it deserves to implement preventive measures and timely diagnosis.

Objective: To determine the association between degree of overload and anxiety of the primary caregiver of the elderly with complications of DM2, UMF 220, 2019.

Methods: Observational, analytical, transversal and prospective study, in 282 primary caregivers of older adults with complications of DM2, UMF 220, IMSS, the Zarit and Hamilton scales were applied. The information was captured for its analysis in the SPSS program, for qualitative variables central tendency measures were used and as a measure of association Chi-square was used, representing the results in tables and graphs.

Results: Applying Chi-square we found the association between degree of overload and anxiety with a coefficient of $p=0.000$.

Conclusions: There is a statistically significant association between overload and anxiety of the primary caregiver of the elderly with complications of DM2.

I. MARCO TEÓRICO

I.1. CUIDADOR PRIMARIO

En los últimos años con el desarrollo tecnológico y marcado aumento en la esperanza de vida de las personas, surgen ciertos problemas derivados de la longevidad y al mayor tiempo que presentan las comorbilidades los adultos mayores, una de las principales en México es la Diabetes Mellitus 2 (DM2) que genera múltiples complicaciones siendo progresiva, continua y dependiente, por lo que condiciona un alto grado de discapacidad por las afectaciones a nivel sistémico que limitan la realización de las actividades diarias del adulto mayor, afectando su calidad de vida, demanda creciente de servicios médicos, que aunado a esto lo lleva a necesitar de un cuidador informal para suplir estas limitaciones físicas.

I.1.1. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE CUIDADOR PRIMARIO

El cuidador primario se define por la OMS 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 y para el paciente, y a cubrir las necesidades básicas del mismo de manera directa o indirecta.⁽¹⁾

Desde hace varios años, la necesidad de contar con el apoyo estructurado de cuidadores se ha incrementado considerablemente. La persona que se hace cargo de proveer atención y asistencia a un enfermo, se le denomina “cuidador primario”; es aquella persona que se hace cargo de las necesidades básicas y psicosociales del enfermo. La dependencia se caracteriza por ser en general constante e intensa y asumida por una única persona.

Winder y Bray, definen un cuidador informal como una persona que realiza tareas de otra persona, que el receptor no puede realizar de forma independiente y por lo general el cuidador puede realizarlo debido a su edad, condiciones físicas y psicosociales o la etapa de desarrollo.

Los cuidadores primarios ocupan un lugar esencial en la atención de estos enfermos, son en primer lugar la primera línea de comunicación con el médico, en ocasiones deben tomar decisiones y asumir la responsabilidad del familiar a su cuidado.

Astudillo define al cuidador primario como: “la persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo: papel que por lo general lo juegan el/la esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que es significativo para el paciente”. Su trabajo adquiere una gran relevancia para el grupo que atiende y rodea al enfermo conforme progresa la enfermedad, no sólo por la atención directa al paciente, sino también por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia.

I.1.2. CLASIFICACIÓN DE CUIDADOR:

- a) Cuidador principal o primario:** es la persona encargada de la mayor parte del cuidado del enfermo, esta asume de manera voluntaria o en forma obligatoria el papel de responsable del mismo, este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente y a cubrir las necesidades básicas de la vida diaria; suele vivir en el mismo domicilio que el enfermo, normalmente tiene una relación familiar muy próxima (conyugue, hijos, hermanos), es un elemento de gran importancia en el seguimiento y tratamiento de las enfermedades de los pacientes a su cuidado, ya que establecen un vínculo muy cercano con el personal de salud.

- b) Cuidador secundario:** Es aquel que no tiene una relación directa o un vínculo cercano con el enfermo, puede tratarse de una enfermera, un asistente, un trabajador social, un familiar lejano o cualquier persona que labore en una institución prestadora de servicios de salud, contratados para llevar a cabo las actividades de cuidado durante un tiempo determinado.
- c) Cuidador formal:** Es aquella persona o personas con una formación profesional, para cuidar al enfermo y que cobran una remuneración por hacerlo (enfermeras, gerontólogo, fisioterapeuta, entre otros).
- d) Cuidador informal:** Son aquellas personas que forman parte del entorno familiar, amigos, vecinos, y en general personal de la red social inmediata que colaboran en la atención y cuidados del enfermo, sin recibir una remuneración económica por la ayuda que ofrecen.⁽²⁾

I.1.3 FASES DEL AFRONTAMIENTO EN EL CUIDADOR PRIMARIO

Frecuentemente, en un inicio el cuidador aún no es plenamente consciente de que es el miembro de la familia sobre el que va a recaer la mayor parte del esfuerzo y responsabilidades del cuidado; tampoco dimensiona que puede mantenerse durante muchos años y que, posiblemente, implique un progresivo aumento de dedicación en tiempo y energía.

FASE 1. Negación o falta de conciencia del problema: en los primeros momentos del proceso de enfrentarse a la enfermedad crónica de un integrante del entorno familiar es frecuente que se utilice la negación como un medio para controlar miedos y ansiedades, se niega a aceptar las evidencias de que su familiar padece una enfermedad degenerativa o incapacitante que le lleva a necesitar la ayuda de otras personas para mantener su adaptación al medio. Conforme el tiempo pasa y las dificultades del enfermo para mantener su autonomía funcional se hacen más evidentes, empieza a hacerse cada vez más difícil creer que se trata de una “enfermedad temporal”.⁽³⁾

FASE 2. Búsqueda de la información: en esta etapa, el cuidador comienza a buscar información sobre la enfermedad de su familiar, consecuencias, secuelas, medios de ayuda, segundas opiniones, medicina alternativa; todo esto con la esperanza de que su familiar vuelva a ser el mismo.

En este momento, son muy comunes entre los cuidadores los sentimientos de “malestar” por la injusticia que supone el que les haya “tocado” a ellos vivir esa situación. El enfado, la ira, la culpa, son respuestas humanas completamente normales en situaciones de pérdida del control de la propia vida y sus circunstancias.

FASE 3. Reorganización: conforme pasa el tiempo, los sentimientos de ira y enfado pueden continuar, las responsabilidades crean una carga pesada en el cuidador, sin embargo en esta etapa el cuidador cuenta ya con la información y recursos externos de ayuda, con la voluntad de la familia para compartir la responsabilidad y con una idea más precisa de los problemas a los que hay que enfrentarse y se sentirá progresivamente con más control sobre la situación y aceptará mejor estos cambios en su vida.

FASE 4. Resolución: en esta fase aprenden a cuidar mejor de sí mismo; están más dispuestos a buscar la ayuda de otras personas con experiencias similares; suelen hacerse, en esta fase, más independientes, dedicando más tiempo a realizar actividades recreativas y sociales y pueden buscar y encontrar otras fuentes de apoyo emocional.

I.2. SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO.

La sobrecarga del cuidador primario suele estar provocado por las dificultades que se generan en el entorno socioemocional del cuidador, secundarios al cambio en su estilo de vida y el desgaste físico, emocional y social que es consecuencia del ver como un ser querido va perdiendo progresivamente sus facultades físicas y

psíquicas como parte del envejecimiento y pérdida de su autonomía, con lo que le procuran los cuidados básicos para la sobrevivencia, acompañamiento, apoyo y asistencia en servicios médicos y hospitalizaciones, así como proporcionarle los cuidados propios de las comorbilidades que le acompañan.

I.2.1. DEFINICIÓN DE SOBRECARGA DE CUIDADO

El concepto de “sobrecarga emocional” ha sido utilizado ampliamente en los trabajos de Hunt y Argimón Zarit, define este constructo como el grado en que los que proporcionan un cuidado (cuidadores primarios) perciben que su salud, vida social y personal, así como situación económica, se deterioran por realizar esta tarea. ⁽⁴⁾

La carga de la atención indica "el grado en que los cuidadores perciben su salud emocional o física, la vida social y la situación financiera que sufre como consecuencia de cuidar a su familiar". ⁽⁵⁾

Esta carga puede ser objetiva relacionada con el desempeño de cuidador, como son las actividades y cuidados relacionados al familiar enfermo y las repercusiones que tiene en el cuidador.

La carga subjetiva es aquella que tiene que ver con las emociones, sentimientos y actitudes del cuidador, refiriéndose a cómo afronta las adversidades y situaciones derivadas de ofrecer los cuidados al enfermo.

En algunas familias, el adulto mayor designa una persona como cuidador primario, tomador de decisiones, o un individuo asume voluntariamente tal papel. En muchas familias, los diferentes individuos asumen la responsabilidad de una serie de cuidados. En diversas investigaciones realizadas en España y Estados Unidos confirman que la familia es la principal proveedora de cuidados de salud a personas de la tercera edad, o individuos con algún tipo de dependencia física.

Con el diagnóstico de una enfermedad crónica, no solo el enfermo sufre cambios importantes en su vida, sino que toda la dinámica familiar se ve afectada por las repercusiones físicas y psíquicas de la enfermedad. ⁽⁶⁾

Freudenberger indica agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado, la sobrecarga del cuidador es una respuesta negativa o la carga preocupante que soportan las personas que desempeñan el rol de cuidador principal de una persona dependiente. En 1974 descubrió que en personas con ansiedad y estrés constante ligados a falta de energía se producía en ellos el denominado “síndrome del cuidador quemado”, conocido también como síndrome del cuidador agotado, es el estado de agotamiento físico y mental que sufren las personas que cuidan, de forma continuada y durante largos plazos de tiempo.

Para Zarit la sobrecarga de cuidado está determinada por las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar y al grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito social, familiar y de la vida diaria. En ocasiones los problemas físicos, psicológicos, emocionales, sociales y financieros que pueden presentarse en los miembros de la familia que cuidan a adultos mayores con algún grado de discapacidad, puede conducir al cuidador a abandonar a su familiar y dejarlo indefenso al familiar dependiente.⁽⁶⁾

I.2.2. SÍNTOMAS DE LA SOBRECARGA

En el estudio realizado por Zarit en 1982 se detectaron tres dimensiones de carga para el cuidador; percepción de los cambios de su vida desde que comenzó a ofrecer los cuidados al enfermo; percepción de la relación con el enfermo y la valoración de las competencias para ofrecerle los cuidados al mismo, cada una de estas dimensiones van aumentando el porcentaje de sobrecarga en medida del tiempo de cuidado y al grado de discapacidad o dependencia del enfermo que es evolutiva y progresiva.

La sobrecarga que sufre el cuidador primario puede manifestarse por síntomas físicos: mialgias, artralgias, cefalea, fatiga crónica, astenia y adinamia, alteraciones del sueño, obesidad enfermedades cardiovasculares e inmuno comprometido. Problemas psicológicos: depresión, ansiedad, labilidad emocional, insomnio, alteraciones en la cognición, memoria.

Problemas sociales: conflictos laborales, ausentismo escolar, bajo rendimiento, disfunciones familiares y sociales, afectación en sus relaciones interpersonales e incluso aislamiento social.

La función principal de un cuidador es permitir a otra persona poder desenvolverse en su vida diaria, ayudándolas a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad funcional les impone. Son muchas las variables que se pudieran relacionar con el malestar del cuidador, pero está bien asentada la relación entre niveles altos de ansiedad y depresión y ser cuidador de un enfermo.

La tarea de cuidar a un adulto mayor resulta difícil, estresante y desgastante por la disminución funcional acompañado de las comorbilidades que presente lo que conlleva una gran responsabilidad y transformación de la vida de cuidador, el agotamiento de recursos físicos, materiales, económicos, sociales y la pérdida de su autonomía llevan al cuidador a readaptar su vida en base a su familiar enfermo y aceptar las implicaciones causadas por la continua provisión de atención, lo que produce cambios marcados en los procesos neurológicos, hormonales e inflamatorios que pueden aumentar el riesgo de morbilidad y mortalidad que pueden afectar directamente su calidad de vida.

I.3. ANSIEDAD

La ansiedad es una reacción emocional normal necesaria para la supervivencia de los individuos. No obstante, las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativas en determinadas situaciones.

En este caso la reacción deja de ser normal y se considera patológica. Los trastornos que pueden producirse cuando la ansiedad es muy elevada se dividen en: trastornos físicos y trastornos mentales.

Engloban toda una serie de cuadros clínicos que comparten, como rasgo común, la presencia de ansiedad de carácter patológico, que se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo.⁽⁷⁾

El Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos propone tres tipos de trastornos de ansiedad: el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de angustia y el trastorno de ansiedad social (fobia social). En México estos mismos trastornos de ansiedad son diagnosticados de manera frecuente en nuestra población. Desde el punto de vista psicológico, la ansiedad se ha estudiado desde dos consideraciones causales: como respuesta emocional y como rasgo de personalidad.⁽⁸⁾

I.3.1. DEFINICIÓN DE ANSIEDAD

El concepto de ansiedad ha evolucionado a través del tiempo y se ha redefinido en muchos aspectos, lo que anteriormente se consideraba como síntomas de ansiedad ahora se consideran como otros trastornos de ansiedad.

Clasificación de ansiedad:

- **Ansiedad normal:** Es aquella que no atenta contra la integridad personal y que desempeña una función adaptativa y útil para resolver la vida, es controlable y lógica, no implica sufrimiento.
- **Ansiedad patológica:** Es aquella de tal frecuencia, gravedad o duración, que puede llegar a comprometer el bienestar o la eficiencia de la persona, dificulta el rendimiento y la adaptación.
- **Ansiedad situacional:** Es aquella que se experimenta en una situación o momento determinado y derivada de determinadas circunstancias.

Cuando la ansiedad es intensa, con duración sostenida, ocasional que surjan afectaciones somáticas, y mentales, las principales características clínicas son:

- a) **Físicos:** Taquicardia, dificultad para respirar, opresión torácica, temblor, sudoración, alteraciones digestivas, náuseas, vómito, diarrea, contracturas musculares, bruxismo, fatiga, parestesias, alteraciones del sueño, alteraciones en la alimentación, alteraciones sexuales (eyaculación precoz, dispareunia), alteraciones menstruales.
- b) **Psicológicos:** Dificultad para relajarse, presenta temor en áreas de salud, familia, economía, relaciones sociales entre otros aspectos, reiteradas búsqueda de garantías. Su lenguaje suele ser rápido y puede mostrar vacilación o tartamudeo.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), define como crisis de angustia la aparición temporal y aislada o malestares intensos acompañada de cuatro o más de los siguientes síntomas: palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca; sudoración; temblores; sensación de ahogo o falta de aliento; sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico; náuseas o molestias abdominales; inestabilidad, mareo o desmayo; desrealización o despersonalización; miedo a perder el control; miedo a morir; parestesias; escalofríos o sofocaciones.⁽⁷⁾

Los trastornos de ansiedad comparten características de miedo y ansiedad excesiva, así como alteraciones conductuales asociadas una respuesta anticipatoria a una amenaza futura.

Ambas respuestas se pueden diferenciar, porque el miedo frecuentemente está asociado a accesos de activación autonómica necesarios para la defensa o la fuga, pensamientos de peligro inminente, conductas de huida, y la ansiedad está más a menudo asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y alteraciones del sueño y la conducta.

Los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según la situación asociada. Pese a que los trastornos de ansiedad tienden a ser altamente comórbidos entre sí, pueden ser distinguidos a través de un análisis detallado del tipo de situaciones que se temen o se evitan y del contenido de los pensamientos o creencias asociados.

De acuerdo al DSM-V los siguientes son los criterios del trastorno de ansiedad generalizada. Los síntomas se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).⁽⁹⁾

- A. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- B. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses:
 - Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
 - Fácilmente fatigado, irritabilidad, tensión muscular.
 - Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco
 - Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
- C. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afectación médica (p. ej., hipertiroidismo).
- E. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental como preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social (fobia social), u otras obsesiones, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de

sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante.⁽⁷⁾

1.3.2. CRITERIOS CIE-10 PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular. Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

1.3.3. NIVELES DE ANSIEDAD GENERADA POR LA SOBRECARGA DE CUIDADO

La vejez sumado a las comorbilidades es un momento de cambio en la vida personal y familiar al que es necesario adaptarse y puede producirse una situación de sobrecarga del cuidador y altos niveles de ansiedad que pueden expresarse tanto por la aparición de síntomas físicos como socio-familiares.⁽¹⁰⁾

Los cuidadores primarios informales, comúnmente se comprometen en tareas complejas de cuidado ayudan a tomar decisiones respecto a la atención médica, realizan labores de higiene y administración de medicamentos, manejo de síntomas y sus efectos adversos, transporte a los centros hospitalarios y atención emocional y comunicación con el equipo de salud.

La importancia del cuidador primario aumenta conforme progresa la incapacidad del enfermo, las actividades de cuidado pueden ser muy estresantes porque se da un involucramiento emocional directo con un miembro de la familia que sufre; incluso los cuidadores entienden el cuidado como un sentimiento de obligación; en donde cualquier delegación de cuidado a otro miembro de la familia le puede generar sentimientos de culpa. ⁽¹¹⁾

El cuidado y la preocupación por las personas de edad avanzada, surgen de compromisos emocionales basados en valores culturales, con un sentido de solidaridad familiar con el enfermo y conciencia del resto de los integrantes que buscan el bienestar de un integrante en desvalimiento que requiere de su cuidado.

Se ha demostrado que se presenta trastorno de ansiedad en la mayoría de los cuidadores ya que a menudo se preocupan por circunstancias habituales, tales como posibles riesgos y complicaciones en la persona a su cuidado, además de sus tareas cotidianas diarias, las responsabilidades del trabajo, salud y finanzas, la salud de los demás miembros de la familia, la reducción del tiempo para el cuidado de sus hijos, o asuntos menores (hacer las tareas domésticas o acudir a sus citas).

La mayoría de las veces, la función del cuidador primario no es reconocida, no se toman en cuenta los factores estresantes a los que está sometido día a día y mucho menos se identifica la existencia de problemas de salud que puedan deteriorarlo.

Como resultado de la función que desempeña el cuidador primario, este enfrenta un conjunto de problemas físicos, psicológicos, emocionales y sociales derivados de la gran responsabilidad que generan la atención y los cuidados que prodiga al paciente; en consecuencia, esto conlleva a la generación de respuestas psicológicas complejas que actúan como mecanismos cognitivos y conductuales (pensamientos y comportamientos conocidos como afrontamiento) para resolver las situaciones demandantes.

La forma de afrontar las ya referidas situaciones demandantes puede contemplar dos posibilidades. La primera consiste en las respuestas adaptativas, las cuales generalmente ayudan a mejorar el bienestar emocional, fomentan el cambio del medio de manera activa al proporcionar alternativas de solución ante los problemas, aumentan los vínculos con otros y cambian la forma de pensar y sentir. La segunda posibilidad está constituida por las respuestas desadaptativas, que se asocian al malestar psicológico y a la ansiedad, y son las que evitan que el cuidador se acerque a la situación y le generan emociones y pensamientos que emergen de forma extrema y rígida, los cuales no permiten que la situación cambie (por ejemplo, el pensamiento obsesivo, la confrontación y la descarga emocional inadecuada) o incluso la empeoran.

Diversos estudios refieren que entre el 46 y el 59 % de los cuidadores primarios utilizan prescripciones para depresión, ansiedad e insomnio dos o tres veces más que el resto de la población. Se han identificado alteraciones que afectan múltiples esferas (la emocional, la social, la estructural), las cuales se deben considerar síntomas que tienen igual relevancia que los que presenta el enfermo al que atiende el cuidador primario.

1.4. ADULTO MAYOR Y FAMILIA

El grupo de adultos mayores presenta mayor “riesgo social” que resulta en parte inherente al avance de la edad y que se ve acentuada por las deficiencias de cobertura y calidad en materia de seguridad social y atención a la salud; por su mayor propensión a presentar limitaciones físicas y mentales.

La familia de la persona adulta mayor deberá cumplir con su función social de manera constante y permanente, haciéndose responsable de proporcionar los satisfactores necesarios para su atención y desarrollo integral.

Entre 2000 y 2050, la proporción de la población mundial de 60 años y más se duplicará, del 11% al 22%. El número absoluto de personas de 60 años o más aumentó a 900 millones en 2015, se estima que aumente a 1400 millones para 2030 y a 2100 millones para 2050.

En 2050, las personas de 60 años o más representarán un 34% de la población de Europa, un 25% de América Latina y Asia, y aunque África tiene la estructura demográfica más joven entre todas las regiones principales, en términos absolutos el número de personas de 60 años o más aumentará de 46 millones en 2015 a 147 millones en 2030. ⁽¹³⁾

I.4.1. DEFINICIÓN DE ADULTO MAYOR

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud, consideran como personas adultas mayores a aquellas que tienen 60 o más años. Por lo tanto, el envejecimiento en las poblaciones conllevará a una transformación de los sistemas de salud, determinada por las demandas especiales de cuidados y servicios de salud específicos de este grupo de población.

I.4.2. EPIDEMIOLOGIA

De Acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, estima que en México, la esperanza de vida para aquellas personas nacidas a partir del 2019 es de 76.7 años en promedio para ambos sexos, para las mujeres será de 79.6 años, para los hombres de 73.8 años que tiene implicaciones sustanciales ya que las personas, al vivir más, tienen mayor riesgo de presentar enfermedades crónicas degenerativas y de morir por estas causas.⁽¹⁴⁾

En México la población total de acuerdo a la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018, en el país residen 15.4 millones de personas de 60 años o más, de las cuales 1.7 millones viven solas.

Cuatro de cada diez personas de 60 años o más que viven solas (41.4%) son económicamente activas. Siete de cada diez (69.4%) personas de edad que viven solas presentan algún tipo de discapacidad o limitación. ⁽³²⁾

En el Estado de México habitan 1,137 647 adultos mayores que representan un 7.5% de la población total de los mexiquenses. Datos recientes del CONAPO estiman que en el 2015 el número de adultos mayores se incrementó a 1.5 millones y para 2030 será de 3.34 millones, la mayor cantidad entre las entidades federativas del país, ya que abarcará el 15% de la población total de personas mayores.⁽¹⁶⁾

I.4.3. MORBILIDAD POR DM2 EN MÉXICO EN EL ADULTO MAYOR.

La DM2 es un problema de salud pública considerado una pandemia a nivel mundial, se encuentra en los primeros lugares en morbilidad y mortalidad, con un alto impacto en costos y mantenimiento a nivel económico, aunado a ello al aumentar la esperanza de vida en nuestro país se incrementa la aparición progresiva e inevitable de las complicaciones asociadas a DM2.

En este caso con la longevidad, aumentan las posibilidades de múltiples complicaciones incrementándose su costo y la demanda de servicios de salud, viéndose afectada la calidad de vida del paciente y sus familiares.

En México Según la encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2016, la mayor prevalencia de diabetes se observa entre los 60 y 79 años de edad. En nuestro país la DM2 es una de las principales causas de ceguera, insuficiencia renal crónica y amputaciones no traumáticas y una de las 10 causas más frecuentes de hospitalización en adultos. Estudiar sus factores de riesgo, tratamiento y complicaciones beneficiará en reducir la carga de la enfermedad. ⁽¹⁴⁾

I.5. DIABETES MELLITUS 2

I.5.1.DEFINICIÓN

La diabetes es una enfermedad crónica y degenerativa susceptible de presentarse en todos los grupos socioeconómicos, étnicos y culturales, sus manifestaciones clínicas son progresivas dando lugar a una posible discapacidad parcial, completa o la muerte.

Para la OMS es una enfermedad sistémica, crónica degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, que se caracteriza por hiperglucemia crónica, debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas. ⁽¹⁸⁾

I.5.2. CLASIFICACIÓN

Los nuevos criterios para el diagnóstico y clasificación de la Diabetes fueron desarrollados por el comité de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) 2019 y por un comité asesor de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La diabetes se puede clasificar en las siguientes categorías generales:

1. Diabetes tipo 1 (presente por la destrucción autoinmune de las células beta, que generalmente conduce a una deficiencia absoluta de insulina).
2. Diabetes tipo 2 (debido a una deficiencia en la secreción de insulina de células beta, en grados variables de resistencia a la insulina).
3. Diabetes mellitus gestacional (DMG) (alteración del metabolismo de los carbohidratos, de severidad variable, que se inicia o se reconoce por primera vez durante el embarazo).

4. Tipos específicos de diabetes debido a otras causas, por ejemplo, defectos genéticos de células beta (Diabetes tipo MODY), defectos genéticos de la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exocrino, endocrinopatías, inducidas por drogas o fármacos, infecciones, síndromes inmunológicos y síndromes genéticos asociados a Diabetes (Síndrome de Down). ⁽¹⁹⁾

La Diabetes Mellitus Tipo 2, es la forma más común en el adulto, presenta resistencia a la insulina y en forma concomitante una deficiencia en su producción, puede ser absoluta o relativa y se asocia a obesidad o incremento en la grasa visceral. Para el diagnóstico de la DM2 de acuerdo a la American Diabetes Association (ADA) 2019. Se utilizan los siguientes criterios:

1. Glucosa en ayuno medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 126 mg/dL (7 mmol/l). Ayuno de por lo menos ocho horas.
2. Glucemia medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dL (11.1 mmol/l) dos horas después de una carga de 75 gramos de glucosa disuelta en agua durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG). ⁽²⁰⁾
3. Una hemoglobina glucosilada mayor o igual a 6.5%. Esta prueba debe ser realizada en laboratorios certificados de acuerdo a los estándares de A1c del DCCT.
4. Pacientes con síntomas clásicos de hiperglicemia (polifagia, poliuria, polidipsia y pérdida inexplicable de peso) o crisis hiperglucémica con glucosa al azar igual o mayor a 200 mg/dL (11.1 mmol/l). ⁽²¹⁾

En la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la DM2 en el primer nivel de atención, actualizada en septiembre del año 2018, se recomienda utilizar el cuestionario FINDRISC, es una herramienta útil para detectar pacientes con alto riesgo de desarrollar Diabetes, con un puntaje >9 y una glucosa en ayuno > 100 mg/dL, de acuerdo a los parámetros de edad, índice de masa corporal, perímetro abdominal, ejercicio, alimentación, hipertensión arterial sistémica.⁽²²⁾

I.5.3. TRATAMIENTO:

El tratamiento de la diabetes tipo 2 en el adulto mayor representa un importante reto tanto desde el punto de vista clínico como del de la salud pública. El envejecimiento poblacional está condicionando un gran incremento de la pandemia de diabetes en las personas de edad avanzada.

La evidencia del tratamiento del adulto mayor con diabetes ha sido motivo de estudios científicos, sin embargo en ninguno de ellos se estandariza un tratamiento para este grupo, que incluye a individuos con diferente capacidad funcional y cognitiva, diversa comorbilidad y con muy diferente expectativa de vida, resulta crucial realizar una valoración integral del adulto mayor desde una perspectiva biopsicosocial y abordar integralmente los factores de riesgo vascular, planteando objetivos individualizados encaminados al adecuado control glicémico.

En ancianos frágiles o con corta expectativa de vida puede ser razonable mantener un objetivo de HbA1c de 7.6-8.5%, esperando con ello mejorar su calidad de vida, buscando la seguridad del paciente y evitar los efectos adversos del tratamiento ya sean insulínicos o hipoglucemiantes orales.

Los pacientes adultos mayores con diabetes son especialmente vulnerables para presentar la hipoglucemia. La insulina y los hipoglucemiantes orales se encuentran entre los fármacos que con más frecuencia generan ingresos hospitalarios por efectos adversos medicamentosos en adultos mayores.

La hipoglucemia asociada al tratamiento de la DM2 con fármacos secretagogos (sulfonilureas, glinidas) o con insulina es más frecuente y a menudo más grave en los ancianos, y tiene consecuencias potencialmente más graves (incluidas caídas, fracturas, deterioro cognitivo, arritmias y episodios cardiovasculares).

I.5.4. COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS 2

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad estrechamente ligada al envejecimiento y las complicaciones que se presentan se incrementa marcadamente con la edad del paciente y el tiempo de evolución de la enfermedad.

En este contexto, la prevalencia nacional de DM2 es de 9.4% (10.3% de las mujeres y 8.4% de los hombres), según datos de la ENSANUT 2016.

Asimismo, las complicaciones asociadas: visión disminuida (54.5%), daño en retina (11.19%), pérdida de la vista (9.9%), úlceras (9.14%) y amputaciones (5.5%).

También existe evidencia que hay que trabajar más en la vigilancia y prevención de las complicaciones especificadas en la NOM-015-SSA2-2010 para la prevención, tratamiento y control de la DM2, porque sus metas están aún lejos de alcanzarse.⁽¹⁷⁾

De las complicaciones por DM2 la retinopatía diabética, la neuropatía, la nefropatía y las complicaciones vasculares, constituyen las causas más frecuentes de consulta en primer nivel de atención médica, y los gastos económicos más altos en del sector salud, ya que ocupa el 60% de los dictámenes de invalidez en nuestro país.⁽¹⁹⁾

Las complicaciones crónicas de la diabetes se clasifican en:

- a) Macrovasculares, que son las que afectan a las arterias en general produciendo enfermedad cardíaca coronaria, cerebrovascular y vascular periférica.
- c) Microvasculares, que incluiría la retinopatía, nefropatía y neuropatía.
- c) El pie diabético, que aparecería como consecuencia de la neuropatía y/o de la afección vascular de origen macroangiopático.

Las repercusiones de las complicaciones macrovasculares comportan un incremento de 3 a 4 veces en la morbimortalidad cardiovascular, constituyendo la principal causa de muerte en los diabéticos. Por otra parte, las consecuencias de las complicaciones microvasculares y del pie diabético afectan notablemente calidad de vida de estos pacientes.

De las complicaciones por DM2 la retinopatía diabética, la neuropatía, la nefropatía y las complicaciones vasculares, constituyen las causas más frecuentes de consulta en primer nivel de atención médica, y los gastos económicos más altos en del sector salud, ya que ocupa el 60% de los dictámenes de invalidez en nuestro país.⁽¹⁹⁾

- **Complicaciones microvasculares**

Existe una relación continua entre el control de la glucemia y la incidencia y progresión de las complicaciones microvasculares. En el estudio DCCT se obtuvieron en el UKPDS en pacientes con diabetes tipo 2, en los que un descenso de la HbA1c del 0,9% en los sujetos con tratamiento intensivo frente al grupo con tratamiento convencional (7,0% frente a 7,9%) provocaba una reducción del 25% en el conjunto de las complicaciones microvasculares.

- **Retinopatía diabética**

Es la afección de la microvascularización de la retina, provocando la oftalmopatía diabética en la que, puede afectar a su vez el cristalino (cataratas: 1,6 veces más frecuentes en la población diabética, con aparición en edad más temprana y progresión más rápida), se puede presentar glaucoma de ángulo abierto: (1,4 veces más frecuente en los diabéticos), afecta también la córnea, el iris, el nervio óptico y los nervios oculomotores.⁽²³⁾

La retinopatía diabética (RD) es la segunda causa de ceguera en el mundo y la más común en las personas de edad comprendidas entre 30 y 69 años. Siendo la complicación crónica más frecuente que presentan los pacientes con DM2.

- **Neuropatía diabética**

Las neuropatías periféricas diabéticas se asocian con dos tipos de alteraciones patológicas, la primera de ellas por aumento en las paredes de los vasos sanguíneos que irrigan al nervio afectado, la segunda condición es condicionada por un proceso de desmielinización que afecta a las células de Schwann, disminuyendo la conducción nerviosa.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1. ARGUMENTACIÓN

A nivel mundial se viven cambios demográficos, avances en la ciencia y la tecnología y con ello aumento en la esperanza de vida, por lo que los adultos mayores son en la actualidad un grupo altamente vulnerable, por las limitaciones físicas, mentales y funcionales correspondientes a su edad y las complicaciones que se presentan por las enfermedades crónico degenerativas y comorbilidades asociadas, que evolucionan a una discapacidad o invalidez con pérdida de su autonomía y a su vez muestran necesidad de apoyo por parte de un cuidador para realizar sus actividades de la vida diaria.

El cuidador primario informal tiene un papel fundamental en la atención del adulto mayor que presenta complicaciones de DM2, que va en aumento a medida que avanza el daño orgánico y en función del grado de discapacidad o de dependencia, aumentando la necesidad de ayuda, cuidado y participación, con lo que puede producirse un incremento de las responsabilidades del cuidador generándole crisis paranormativas en la familia y en ocasiones un alto impacto económico, social, laboral, e incluso descuidando su propia salud, al estar sometido a constante desgaste físico y abatimiento emocional, que pueden expresarse con la aparición de trastornos físicos y psicosociales por sobrecarga de cuidado como es la ansiedad al estar expuestos a altos niveles de ansiedad al cumplir sus funciones.

En nuestro país, esta tarea no se ha planificado, sabemos que muchas personas dedican gran parte de su tiempo al cuidado de un adulto mayor, en su mayoría no están preparados. Por lo tanto surge la necesidad de demostrar que la sobrecarga al proporcionar los cuidados al adulto mayor con complicaciones de Diabetes Mellitus 2 puede incrementar el nivel de ansiedad en el cuidador primario.

Es por esta razón que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

II.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe asociación entre el grado de sobrecarga y ansiedad del cuidador primario del adulto mayor con complicaciones de DM2, UMF 220, 2019?

III. JUSTIFICACIONES

III.1. ACADÉMICA

Los cuidadores primarios de adultos mayores juegan un papel fundamental en la vida de la persona a su cuidado, sin embargo se han convertido en pacientes cautivos de los servicios de salud, que en la mayoría de casos sufren descuido de su propia salud física y mental al cumplir con esta labor. En la literatura actual se cuenta con poca información al respecto, por lo tanto surge la necesidad de demostrar que la sobrecarga al proporcionar los cuidados al adulto mayor con complicaciones de Diabetes Mellitus 2, incrementa el nivel de ansiedad en el cuidador primario. Además del interés por la investigación, este estudio se realiza para la obtención del diploma de la especialidad en Medicina Familiar.

III.2. FAMILIAR

La familia es nuestro soporte fundamental en todas las etapas de la vida, pero en la vejez se vuelve indispensable, provee a los adultos mayores de fuertes redes de apoyo para cubrir sus necesidades biológicas, psicológicas, de cuidado y afecto. Al identificar factores de riesgo que alteren la homeostasis familiar y que son de gran interés en nuestra especialidad.

III.3. EPIDEMIOLOGÍA

De Acuerdo a la Organización Panamericana de Salud se sabe que hoy en día, la esperanza de vida es de 75.2 para 2016 lo que significa implicaciones sustanciales ya que las personas, al vivir más, tienen mayor riesgo de presentar enfermedades crónicas degenerativas y de morir por estas causas.⁽¹³⁾

Con el incremento de la longevidad, se incrementa la dependencia y discapacidad al padecer complicaciones de enfermedades crónicas degenerativas como la Diabetes Mellitus 2, requerirán mayor apoyo de un cuidador para solventar sus necesidades de la vida diaria, teniendo impacto directo en el cuidador informal que muchas veces se encuentra con limitaciones económicas, crisis familiares, ausentismo laboral, desgaste físico y emocional que resulta en fatiga en su rol de cuidador y síndrome de sobrecarga en más de la mitad de los cuidadores mostrando incremento de los niveles de estrés y ansiedad.

III.4 ECONÓMICA

Las enfermedades como la DM2 son consideradas de alto costo para el Instituto Mexicano del Seguro Social ya que quienes la padecen acuden con mayor frecuencia a recibir servicios de salud, reciben mayor cantidad de medicamentos, tienen un riesgo mayor de requerir internamientos por complicaciones, por lo que requieren de una persona a su cuidado, que les proporcione atención, apoyo y acompañamiento, generando un alto costo no solo a los sistemas de salud sino también al cuidador primario que tiene que abastecer sus necesidades y preservarle una adecuada calidad de vida.

III.5 SOCIAL

El rol del cuidador, se desprende de una demanda social que irá en aumento según los valores predictivos estudiados. Los adultos mayores con Diabetes Mellitus 2 que presentan alguna complicación, no cuentan con un estado funcional adecuado, limitando así la capacidad para desarrollarse en la sociedad, pudiendo ocasionar aislamiento y pérdida de las ganas de vivir, necesitando en su gran mayoría del apoyo de un cuidador, estas actividades a su vez generan en el cuidador primario gran demanda de tiempo y esfuerzo para cumplir dichas tareas, generándole ausentismo laboral, descuido de su familia, incluso descuido de su propia salud.

IV. HIPÓTESIS

IV.1. HIPÓTESIS ALTERNA (H1)

Sí existe asociación entre el grado de sobrecarga y ansiedad del cuidador primario del adulto mayor con complicaciones de DM2, UMF 220, 2019.

VI.2 HIPÓTESIS NULA (H0).

No existe asociación entre el grado de sobrecarga y ansiedad del cuidador primario del adulto mayor con complicaciones de DM2, UMF 220, 2019.

V.OBJETIVOS DEL ESTUDIO

V.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar la asociación entre el grado de sobrecarga y ansiedad del cuidador primario del adulto mayor con complicaciones de DM2, UMF 220, 2019.

V.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar el grado de sobrecarga de acuerdo al grupo etario del cuidador primario del adulto mayor con complicaciones de DM2, UMF 220, 2019.
2. Clasificar el grado de sobrecarga de acuerdo al género del cuidador primario del adulto mayor con complicaciones de DM2, UMF 220, 2019.
3. Analizar el grado de sobrecarga de acuerdo al parentesco del cuidador primario del adulto mayor con complicaciones de DM2, UMF 220, 2019.
4. Identificar el grado de sobrecarga de acuerdo a la escolaridad del cuidador primario del adulto mayor con complicaciones de DM2, UMF 220, 2019.
5. Clasificar el nivel de ansiedad de acuerdo al grupo etario del cuidador primario del adulto mayor con complicaciones de DM2, UMF 220, 2019.
6. Analizar el nivel de ansiedad de acuerdo al género del cuidador primario del adulto mayor con complicaciones de DM2, UMF 220, 2019.
7. Analizar el nivel de ansiedad de acuerdo al estado civil del cuidador primario del adulto mayor con complicaciones de DM2, UMF 220, 2019.
8. Clasificar el nivel de ansiedad de acuerdo a la ocupación del cuidador primario del adulto mayor con complicaciones de DM2, UMF 220, 2019.

VI. METODOLOGÍA

VI.1 TIPO DE ESTUDIO:

El presente trabajo es un estudio de tipo: observacional, analítico, transversal, prospectivo.

VI.2 DISEÑO DE ESTUDIO:

Con la previa revisión y aprobación por el Comité de Ética en Investigación (CEI) se realizó el presente estudio en cuidadores primarios de pacientes mayores de 60 años de edad, con complicaciones de DM2, pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar No.220. Se identificaron a los participantes que acudieron a consulta en cualquiera de los 37 consultorios de la UMF No. 220 del turno matutino y vespertino, durante el periodo enero-julio; se les invitó a participar en el estudio, explicándole al cuidador primario de manera clara y precisa en qué consistía el proyecto, los objetivos, las contribuciones y beneficios para los participantes y la sociedad así como el llenado de los cuestionarios. Aclarando que su participación es voluntaria, que en caso de no aceptar participar, o si se retiraba del estudio en cualquier momento no se tendría ningún tipo de represalia y no tendría repercusión alguna en la atención médica. Se verificó que los participantes cumplieran con los criterios de inclusión y firmaron el consentimiento informado, entregándoles una copia fotostática al término del llenado. Se trasladaron a los participantes al aula de medicina preventiva del HGR/UMF 220 donde el aplicador explicó de manera detallada las instrucciones para el llenado de datos y la aplicación de los instrumentos de la escala Zarit y Hamilton, teniendo una duración aproximada de 20 minutos, en una sola sesión. Una vez obtenida la información se capturó en una base de datos en un documento diseñado en la hoja de cálculo de Microsoft Excel 2015, posteriormente se llevó a cabo el análisis estadístico en el programa SPSS v. 26 para variables cualitativas, utilizando Chi-Cuadrada para relacionar los datos obtenidos en la escala Zarit y Hamilton para la presentación de resultados en cuadros y gráficas.

VI.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN TEORICA	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICION	INDICADORES	ÍTEM
Ansiedad	Estado emocional transitorio caracterizado por una percepción subjetiva de sentimientos de aprehensión y temor, en aquellas situaciones que fueron percibidas como amenazantes.	Percepción subjetiva ante situaciones amenazantes y síntomas somáticos, medida a través de la escala de Hamilton para Ansiedad.	Cualitativa nominal	Escala de ansiedad de Hamilton a) Sin ansiedad: 0-5 puntos. b) Ansiedad leve: 6- 14 puntos. c) Ansiedad moderada a grave: mayor o igual a 15 puntos.	14
Sobrecarga	El grado en que proporcionan el cuidado y perciben su salud, vida social, personal, y económica cambian por la sobrecarga.	Estado psicológico subjetivo, que se valora el impacto en la carga de cuidado con la escala Zarit, mediante un puntaje que se obtiene al realizar la suma de las respuestas del cuestionario.	Cualitativa nominal	Grado de sobrecarga de Zarit: 1) Ausencia de sobrecarga <46 puntos. 2) Sobrecarga ligera 47-55 puntos. 3) Sobrecarga intensa >56 puntos	22
Grupo Etario	Edad biológica de los individuos, clasificándolos de acuerdo a ésta en grupos.	Degradación de la población en subgrupos de acuerdo a intervalos de determinadas edades.	Cuantitativa de intervalos	1) Adultos joven: 18 - 34 años 2) Adulto maduro: 35 - 59 años 3) Tercera edad: 60 -79 años 4) Cuarta edad: > de 80 años	4
Genero	Expectativas de índole cultural respecto de los roles y comportamientos de hombres y mujeres, distingue los aspectos atribuidos a hombres y mujeres desde un punto de vista social de los determinados biológicamente.	Comportamiento, roles y actividades de hombres y mujeres que se desarrollan en la sociedad.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Masculino 2. Femenino	2
Parentesco	Vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta.	Relación de afectividad que tenga el cuidador con el adulto mayor al momento de la investigación.	Cualitativa nominal Policotómica	1. Esposo/a 2. Hijo/a 3. Hermano/a 4. Yerno/Nuera 5. Nieto/a 6. Otro	6
Estado civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o su mismo sexo.	Condición legal personal o de relación familiar referido por el cuidador primario en la ficha de identificación.	Cualitativa nominal Policotómica	1. Casado 2. Soltero 3. Unión libre 4. Divorciado 5. Separado 6. Viudo	6
Escolaridad	Tiempo durante el que el alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de estudios.	Grado de estudios realizado por el cuidador primario y referido por él.	Cualitativa Nominal Policotómica	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Carrera Técnica 6. Licenciatura 7. Posgrado	7
Ocupación	Actividad o profesión que realiza un individuo diariamente, que le demanda cierto tiempo ya sea obteniendo alguna remuneración o no.	Actividad laboral en la que el cuidador primario participa cotidianamente en el momento del estudio.	Cualitativa nominal Policotómica	1. Hogar 2. Empleado 3. Estudiante 4. Comerciante 5. Obrero 6. Pensionado 7. Otros	7

VI.4 UNIVERSO DE TRABAJO.

La Unidad de Medicina Familiar No. 220 cuenta con un total de 1051 adultos mayores con complicaciones de Diabetes Mellitus tipo 2, que acudieron a consulta en cualquiera de los 37 consultorios en el turno matutino y vespertino, durante el periodo de enero a julio 2020.

VI.5 TIPO DE MUESTREO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Muestreo: Se realizó un muestreo no probabilístico, representativo.

Muestra: Se obtuvo una muestra de 282 participantes, mediante la fórmula de población finita con el 95% de nivel de confianza y 5% de error estándar permitido,

VI.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN

VI.6.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Cuidadores primarios informales mayores de edad, de adultos mayores con complicaciones de DM2: oftalmológicas, neurológicas, circulatorias, amputaciones, múltiples u otras que acudan a consulta externa en la UMF No. 220 en ambos turnos.
- Cuidadores primarios que acepten participar en el estudio y firmen la autorización en el consentimiento informado.

VI.6.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Participantes con deterioro cognitivo que les impidan realizar el cuestionario.

VI.6.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Participantes con cuestionarios incompletos o mal requisitados.

VI.7. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.

VI.7.1. ESCALA DE ZARIT

VI.7.1.1. DESCRIPCIÓN

En el marco de la teoría del estrés se han diseñado instrumentos como la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, para cuidadores primarios de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, la validación en México de la versión española resultó ser un instrumento confiable. El instrumento original de Zarit y Cols. Elaborado en 1980 consistía en un cuestionario de 29 ítems, es un instrumento auto aplicable y prueba psicométrica que valora la vivencia subjetiva del grado de sobrecarga percibida por lo cuidadores primarios, considerando los siguientes aspectos: salud física y psicológica, área económica y laboral, relaciones sociales y relación con la persona mayor y receptor del cuidado de forma cuantitativa. ⁽²⁵⁾

Es un instrumento validado para medir la sobrecarga del cuidador de pacientes, SIENDO la más utilizada internacionalmente. Consta de 22 preguntas de 5 opciones (1-5 puntos), los cuales evalúan las repercusiones negativas sobre determinadas áreas de la vida asociadas a las prestaciones del cuidador hacia otra persona, cada uno de los cuales se evalúa en un gradiente de frecuencia que va desde 1 = nunca, hasta 5 = casi siempre; cuyos resultados se suman en un puntaje total (22-110 puntos). Este resultado Clasifica al cuidador en: “ausencia de sobrecarga” (<46), sobrecarga leve (47-55) y sobrecarga intensa (>56).

VI.7.1.2. VALIDACIÓN

Esta herramienta presenta gran confiabilidad inter-observador coeficiente de correlación inter clase (CCI) 0,71 en su estudio original y 0,71-0.85 en validaciones internacionales. Ha demostrado gran validez de apariencia, contenido y constructo en diferentes adaptaciones lingüísticas.

En validez EZ muestra alta correlación con instrumentos afines ($r=0,71$ con índice Global de Carga; intervalo $r=0,41$ con inventario breve de síntomas).

Distintos trabajos que han utilizado este instrumento informando una buena consistencia interna, que oscila entre .83 y .91 en alfa de cronbach; sin embargo en una revisión del instrumento, Zarit, Orr y Zarit (1985) redujeron el número de reactivos a 22, los que han mostrado una consistencia interna con valores alfa de cronbach de entre .79 y .92. En este estudio se utilizó la adaptación y validación al castellano de Martín, Salvado, Nadal, Miji, Rico, Lanz y Traussing (1996).⁽²⁶⁾

VI.7.1.3 APLICACIÓN.

El instrumento se aplicó por la tesista Maritza Yuvani García Soto a los cuidadores primarios de los adultos mayores con complicaciones de DM2 que acudieron a consulta externa de la UMF No. 220 y que cumplieron con los criterios de inclusión.

VI.7.2 ESCALA DE HAMILTON

VI.7.2.1 DESCRIPCIÓN

La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) fue diseñada en 1959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1969 dividió el ítem "síntomas somáticos generales" en dos ("somáticos musculares" y "somáticos sensoriales") quedando en 14. Esta versión es la más ampliamente utilizada en la actualidad.⁽²⁷⁾

Según el autor no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia).

Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe cumplimentarse tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos.

Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia. Sólo algunas cuestiones hacen referencia a signos que pueden observarse durante la entrevista, por lo que el paciente debe ser interrogado sobre su estado en los últimos días. Se aconseja un mínimo de 3 días y un máximo de 3 semanas. Bech y Cols. recomiendan administrarla siempre a la misma hora del día, debido a las fluctuaciones del estado de ánimo del paciente.

Se trata de uno de los instrumentos más utilizados en estudios farmacológicos sobre ansiedad. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos.

Bech ha propuesto las siguientes puntuaciones para determinar el nivel de ansiedad Sin ansiedad: (0-5 pts.), Ansiedad leve: (6-14 pts.), Ansiedad moderada a grave: (mayor o igual a 15 pts.).⁽²⁵⁾

VI.7.2.2 VALIDACIÓN

Muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ($r = 0,74 - 0,96$). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ($r = 0,96$) y aceptable estabilidad después de un año ($r = 0,64$).

La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi18, 19 ($r = 0,63 - 0,75$) y con el Inventario de Ansiedad de Beck20 ($r = 0,56$). Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos. Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton 21, 22 ($r = 0,62 - 0,73$). Es sensible al cambio tras el tratamiento.

VI.7.2.3 APLICACIÓN.

El instrumento se aplicó por la tesista Maritza Yuvani García Soto a los cuidadores primarios de los adultos mayores con complicaciones de DM2 que acudieron a consulta externa de la UMF No. 220 y que cumplieron con los criterios de inclusión.

VI.8. DESARROLLO DEL PROYECTO

Se llevó a cabo la elaboración del protocolo y se sometió a evaluación y aceptación por el Comité de Ética en Investigación (CEI) del Instituto Mexicano del Seguro Social, una vez aprobado se procedió a captar a los cuidadores primarios de adultos mayores con complicaciones de DM2 que cumplieran con los criterios de inclusión, que acudieron a consulta externa en cualquiera de los 37 consultorios de la UMF No. 220 del IMSS, se les informó de forma clara y precisa el objetivo del proyecto, posteriormente se les otorgó el consentimiento informado el cual firmaron de autorización, acudieron a el aula de medicina preventiva para la aplicación de los cuestionarios: sobrecarga de Zarit y ansiedad de Hamilton, así como la ficha de identificación, respetando en todo momento su confidencialidad y participación libre y voluntaria, sin repercusión alguna en su atención médica, una vez obtenidos los resultados se procedió a su análisis en cuadros y gráficas.

VI.9 LÍMITE DE TIEMPO Y ESPACIO.

El presente estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 220 del IMSS, Toluca, Estado de México, ubicada en Av. Paseo Tollocan # 620, Colonia Vértice, C.P. 50150.

Se captaron a los participantes en los consultorios de consulta externa del turno matutino y vespertino y posteriormente acudieron al aula de medicina preventiva de la UMF No. 220 para la aplicación de cuestionarios, durante el periodo de enero a julio del 2020.

VI.10 DISEÑO DE ANÁLISIS DE DATOS

Una vez aplicados los cuestionarios se revisaron y ordenaron, con la información obtenida se creó una base de datos en el programa Microsoft Excel 2015, posteriormente se realizó el análisis de variables mediante estadística descriptiva por medio del paquete SPSS v. 26, para variables cualitativas se utilizó Chi-Cuadrada para la asociación de las variables; la presentación de los resultados se realizó con cuadros y gráficas.

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS

El presente estudio de investigación se sometió primeramente a revisión por el Comité de Ética en Investigación (CEI), para garantizar el apego a los principios bioéticos internacionales en materia de investigación: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, esto mediante la aceptación voluntaria de participación en el consentimiento informado, asegurando la confidencialidad y privacidad de los datos personales, garantizando no generar daño físico, social, emocional, mental y con el beneficio de adquirir conocimiento. Haciendo uso racional de los recursos disponibles se trabajó bajo los principios de equidad y justicia sin ningún tipo de discriminación.

Se explicaron a los participantes de manera clara y detallada el motivo de la realización del estudio, explicando los objetivos, la metodología y los beneficios para la institución y sus derechohabientes al realizarse ésta investigación.

Para la obtención de las firmas en el consentimiento informado se respetó la decisión basada en la comprensión de la información y voluntariedad; para esto se les informó previamente se respetó su decisión sobre participar en el estudio, su permanencia o su retiro del mismo, según sea el caso, sin que ello generara repercusiones en la atención médica que recibe. Al finalizar su llenado se entregó una copia del consentimiento informado al participante, se aplicaron dos cuestionarios, por lo que no se atentó contra el pudor, interés o moral.

Respetando en todo momento su confidencialidad, seguridad y privacidad de los datos recabados por el investigador, los cuales quedaron resguardados en una base de datos con fines de investigación, dejando en claro que no se percibe remuneración económica alguna, con la posible detección de alguna patología que amerite su envío a psicología o algún otro servicio que lo requiera en beneficio del participante.

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México. De acuerdo con este reglamento, esta investigación se clasifica Como riesgo II (investigación con riesgo mínimo) según lo dictado en el título segundo Capítulo 1, Artículo 17, Sección II: "Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto".

Las recomendaciones contenidas en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil en la última actualización en octubre 2013, que guía a los médicos en la investigación biomédica, con los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos; en donde se establece que "el deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en la investigación médica; siendo así que, los conocimientos y la consciencia del médico han de subordinarse a los principios de este deber".

Así mismo el presente estudio incluye población vulnerable por ser adultos mayores, por lo que se apega a que las investigaciones con grupos vulnerables que está justificada si la investigación es responsable de las necesidades de salud de los participantes y este grupo podría beneficiarse del conocimiento, las practicas o intervenciones que resulten de la investigación.

De acuerdo a lo dispuesto en la Declaración de Ginebra donde vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente". Respetando los principios del respeto a las personas, beneficencia y justicia incluidos en el código de Belmont.

VIII. ORGANIZACIÓN

Tesista:

M.C. Maritza Yuvani García Soto

Investigador principal:

E. en M. F. Gregoria Mendoza Aguilar

Créditos: Para efectos de publicación o presentación en eventos académicos la o el tesista siempre aparecerá como primer autor y el director como segundo autor en todos los casos.

IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Se realizó un estudio en la Unidad de Medicina Familiar No. 220 del IMSS, Toluca, Estado de México en el periodo enero a julio del 2020, donde fueron incluidos 282 cuidadores primarios de adultos mayores con complicaciones de Diabetes Mellitus 2, no se excluyó ningún cuestionario porque cumplieron los criterios de selección, concluyendo este estudio con el 100% de la muestra proyectada.

Posterior a la aplicación de las escalas de Sobrecarga de Zarit y ansiedad de Hamilton, se determinó que el grado de sobrecarga en los cuidadores primarios del adulto mayor con complicaciones de DM2 es significativo, con la presencia de sobrecarga en 45.8% del total los participantes; los cuales presentaron sobrecarga ligera 91 (32.3%), sobrecarga intensa en 38 (13.5%) y ausencia de sobrecarga en 153 participantes (54.3%). Los resultados de la escala de ansiedad de Hamilton demuestran que 192 (68.1%) de los cuidadores primarios presentaron un grado variable de ansiedad, siendo ansiedad leve 99 (35.1%), moderada a grave 93 (33.0%) y sin ansiedad 90 (31.9%). **(Tabla 1, Gráfica 1).**

Como objetivo general del estudio se identificó la asociación entre el grado de sobrecarga y ansiedad en el cuidador primario del adulto mayor con complicaciones de Diabetes Mellitus 2, aplicando la prueba estadística de Chi-Cuadrada (χ^2) se obtuvo un valor de $p < 0.000$, que refleja una asociación entre ambas variables constante, estadísticamente significativa, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

En el análisis de los resultados obtenidos encontramos que la sobrecarga al ofrecer los cuidados al adulto mayor con complicaciones de DM2 está asociada exponencialmente con niveles de ansiedad en un grado variable, que concuerda con lo demostrado por otros autores como es el caso del estudio realizado en México a cuidadores de pacientes de la Clínica de Dolor del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” donde realizaron una comparación

de dos grupos de cuidadores de pacientes con dolor crónico comparado con cuidadores de pacientes con enfermedad terminal en el que aplicaron la escala de Zarit rebasaron el punto de corte del nivel de sobrecarga, donde una de las puntuaciones de sobrecarga correlacionan significativamente con síntomas psicopatológicos en el cuidador, generando ansiedad, alterando su el estado de ánimo y la salud física del cuidador. ⁽²⁹⁾

Se encontró que el grupo etario que presentó mayor grado de sobrecarga fue el de 35-59 años participaron un total de 121 (42.9%) con una sobrecarga ligera 46 (16.3%), sobrecarga intensa 18 (6.4%), con ausencia de sobrecarga 57 (20.2%); mientras que en el grupo etario de 18-34 años participaron un total de 69 (24.5%) con predominio de ausencia de sobrecarga 40.2%, en el grupo etario de 60-79 años participaron 86 (30.5%) presentaron en mayor frecuencia ausencia de sobrecarga 54 (19.1%), en el grupo de >80 años participaron 6 (2.1%) con predominio de sobrecarga ligera 4 (1.4%) **(Tabla 2, Gráfica 2).**

En nuestro estudio predominó el género femenino 178 (63.1%) comparado con el masculino 104 (36.9%), demostrándose que las mujeres presentaron 59 (20.9%) sobrecarga ligera, 85 (30.2%) ausencia de sobrecarga, mientras que 34 (12.1%) mostraron sobrecarga intensa, mientras que en el género masculino se determinó en su mayoría ausencia de sobrecarga en 68 (24.1) y presencia de sobrecarga ligera en 32 (11.3%), similar a lo encontrado en el estudio realizado en por Enoc Isaí Hernández-Cantú en el Hospital de Zona IMSS en 2017 donde se obtuvieron resultados similares al presente estudio, donde la sobrecarga predominó en el género femenino donde poco más de la mitad de los encuestados (54%) no manifestó ningún tipo de sobrecarga. Sin embargo el 35% dijo tener un grado de sobrecarga y no existió diferencia alguna entre hombres y mujeres en cuanto al grado de sobrecarga ($t = -0.210, p > 0.05$) ⁽⁷⁾. **(Tabla 3, Gráfica 3).**

Otro estudio, realizado por Flores en la ciudad de Valdivia, Chile, identifico que existía predominio del sexo femenino: mayoritariamente, los cuidadores eran hijos

o hijas con una media de edad de 58,6 años. Respecto a la sobrecarga, seis de cada diez cuidadores presentaban una sobrecarga intensa, el 23,9% presentaba una sobrecarga leve y el 16,4% no presentaba sobrecarga. ⁽³³⁾

De acuerdo al parentesco el mayor participación fueron los hijos 122(43.3%), mostrando ausencia de sobrecarga 58 (20.6%), sobrecarga ligera 41 (14.5%), sobrecarga intensa 23 (8.2%), seguido del esposo/a con un total de participantes de 103 (36.5%) mostraron ausencia de sobrecarga 56 (19.9%), seguido de sobrecarga ligera en 36 (12.8%), sobrecarga intensa 103 (36.5%) **(Tabla 4, Gráfica 4)**.

Al contrastar los resultados con la investigación realizada por Héctor Retamal-Matus, Laura Aguilar, María Aguilar en Arenas, Chile en 2015 donde describen los factores que influyen en la sobrecarga de los cuidadores de adultos mayores en dos instituciones de la ciudad de Punta Arenas, Chile; se observaba que la actividad de cuidador es asumida generalmente por hijos, conyugues u otros familiares con multiplicidad de roles y sin preparación en el tema, lo que los expone a sufrir diferentes niveles de sobrecarga.

Con la asociación de sobrecarga de cuidados y escolaridad se encontró que 91 (32.3%) de los cuidadores presenta sobrecarga ligera el grupo que predominó fue los que cuentan con secundaria con un total del 88 (31.2%), 30 (10.6%) tienen sobrecarga ligera, 13 (4.6%) sobrecarga intensa, y 45 (16%) tienen ausencia de sobrecarga **(Tabla 5, Gráfica 5)**.

Por otra parte se determinó que los cuidadores primarios que presentaron ansiedad de acuerdo al grupo etario, el de mayor frecuencia fue de 35-59 años con 121 (42.9%) predominando ansiedad moderada-grave 44 (15.6%) y 32 (11.3%) con ansiedad leve, siguiendo con grupo de 60-79 años cuya frecuencia fue de 80 (30.5%) con predominio de ansiedad moderada- grave fueron 30 (10.6%), en este grupo presentaron ansiedad leve 34 (12.1%) **(Tabla 6, Gráfica 6)**.

Estos resultados están relacionado con lo estudiado por Enoc Isaí Hernández-Cantú en el Hospital de Zona IMSS en 2017, para estudiar la ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores primario demostró que 36% de los sujetos de estudio tuvo presencia de ansiedad según la escala de Goldberg y aquella estuvo presente por igual en hombres y mujeres, lo que difiere en lo reportados en nuestros resultados donde el género femenino presentó mayor nivel de ansiedad 134 de las cuidadoras en un (47.5%) Siendo ansiedad leve 57 (20.2%), ansiedad moderada 77 (27.3%) En el género masculino se determinó que la ansiedad solo se presentó en 58 (10.6%) siendo leve 42 (14.9%) y moderada a grave 16 (5.7%), con lo que puedo concluir que de acuerdo a los estudios nacionales e internacionales las mujeres tiene un nivel de ansiedad mayor aunado a los cuidados brindados a un familiar, el cuidado de su propia familia, su jornada laboral, y muchas veces sus redes de apoyo están muy limitadas ⁽⁷⁾ **(Tabla 7, Gráfica 7).**

Respecto al nivel de ansiedad asociado al estado civil predominó casado con 61 cuidadores primarios siendo el 21.6%, similar a lo establecido por María Susana González Velázquez UNAM México, en 2019, el estado civil predominante de los cuidadores primarios es casado, representado por el 63,2 % de los participantes; entre tanto, los participantes con estado civil viudo y divorciado representan el menor porcentaje (7,9%) equivalente a 3 cuidadores cada uno **(Tabla 8, Gráfica 8).**

El nivel de ansiedad asociado de acuerdo a la ocupación tenemos como resultado que predominó la de empleado con 33 (11.7%), con ansiedad leve 31 (11%) seguido de ansiedad moderada-grave. ⁽³¹⁾ **(Tabla 9, Gráfica 9).**

X. CUADROS Y GRÁFICAS

Cuadro 1. Asociación entre el grado de sobrecarga y de ansiedad del cuidador primario del adulto mayor con complicaciones de DM2, UMF 220, 2019.

			Nivel de Ansiedad			Total
			Sin Ansiedad	Leve	Moderada-Grave	
Grado de Sobrecarga	Ausencia	F	80	55	18	153
		%	28.4%	19.5%	6.4%	54.3%
	Ligera	F	8	41	42	91
		%	2.8%	14.5%	14.9%	32.3%
	Intensa	F	2	3	33	38
		%	0.7%	1.1%	11.7%	13.5%
Total		F	90	99	93	282
		%	31.9%	35.1%	33.0%	100%

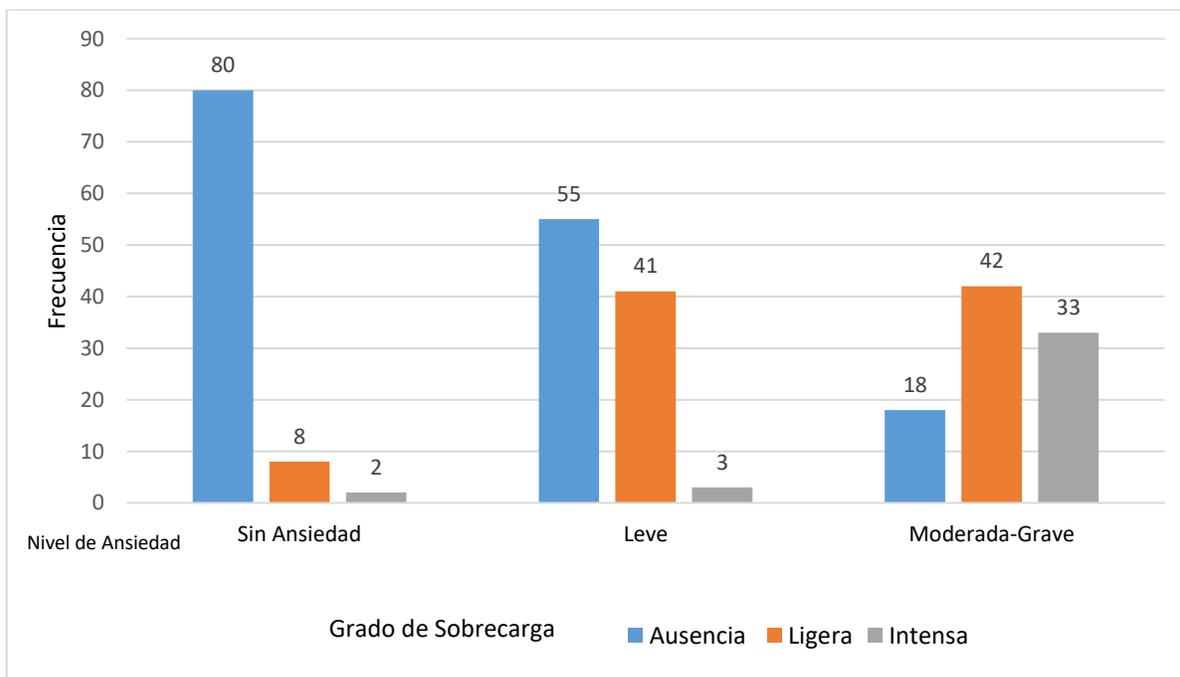
Fuente: Base de datos

F: Frecuencia.

%: Porcentaje.

p= 0.000

Grafica 1. Asociación entre el grado de sobrecarga y ansiedad del cuidador primario del adulto mayor con complicaciones de DM2, UMF 220, 2019.



Fuente: Cuadro 1.

Cuadro 2. Grado de sobrecarga de acuerdo al grupo etario del cuidador primario del adulto mayor con complicaciones de DM2, UMF 220, 2019.

			Grupo Etario				Total
			18-34 años	35-59 años	60-79 años	> 80 años	
Grado de Sobrecarga	Ausencia	F	40	57	54	2	153
		%	14.2%	20.2%	19.1%	0.7%	54.3%
	Ligera	F	17	46	24	4	91
		%	6.0%	16.3%	8.5%	1.4%	32.3%
	Intensa	F	12	18	8	0	38
		%	4.3%	6.4%	2.8%	0.0%	13.5%
Total		F	69	121	86	6	282
		%	24.5%	42.9%	30.5%	2.1%	100%

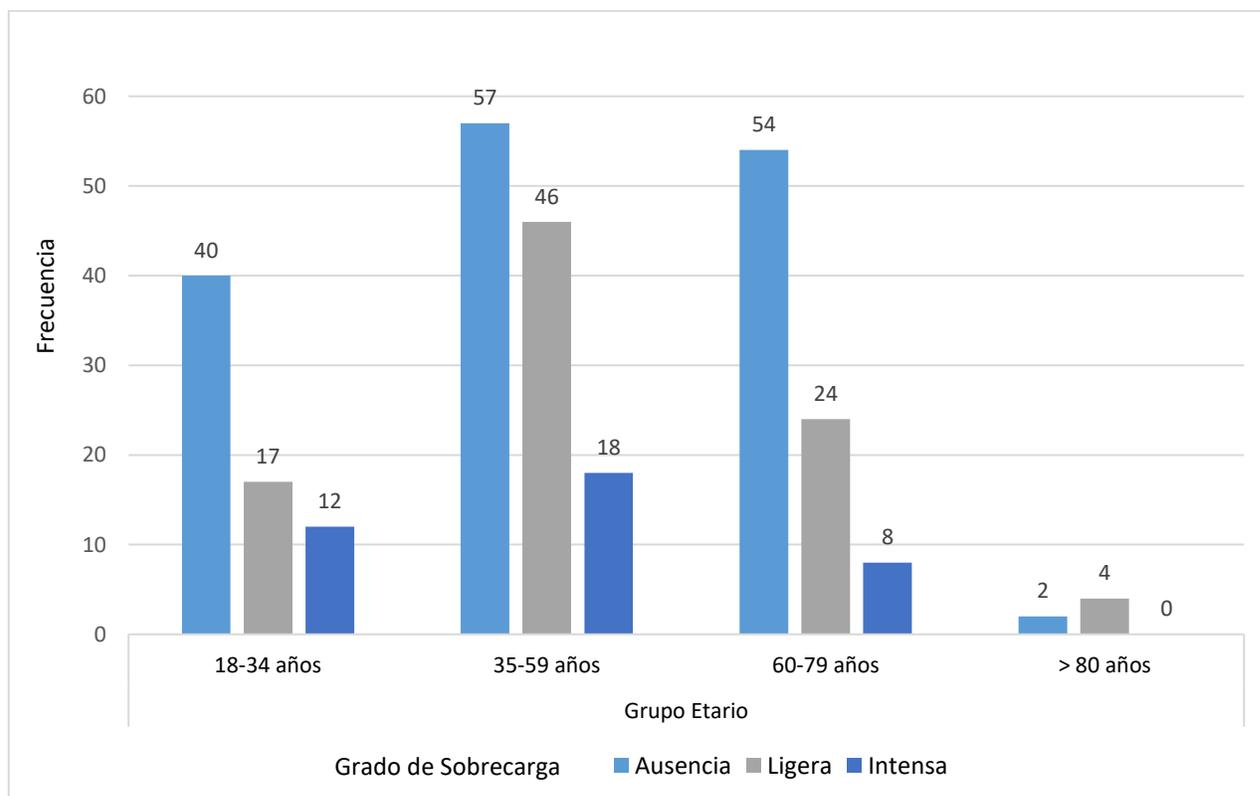
Fuente: Base de datos

F: Frecuencia.

#: Porcentaje.

p= 0.88

Grafica 2. Grado de sobrecarga de acuerdo al grupo etario del cuidador primario del adulto mayor con complicaciones de DM2, UMF 220, 2019.



Fuente: Cuadro 2.

Cuadro 3. Grado de sobrecarga de acuerdo al genero del cuidador primario del adulto mayor con complicaciones de DM2, UMF 220, 2019.

			Género		Total
			Masculino	Femenino	
Grado de Sobrecarga	Ausencia	F	68	85	153
		%	24.1%	30.1%	54.3%
	Ligera	F	32	59	91
		%	11.3%	20.9%	32.3%
	Intensa	F	4	34	38
		%	1.4%	12.1%	13.5%
Total		F	104	178	282
		%	36.9%	63.1%	100%

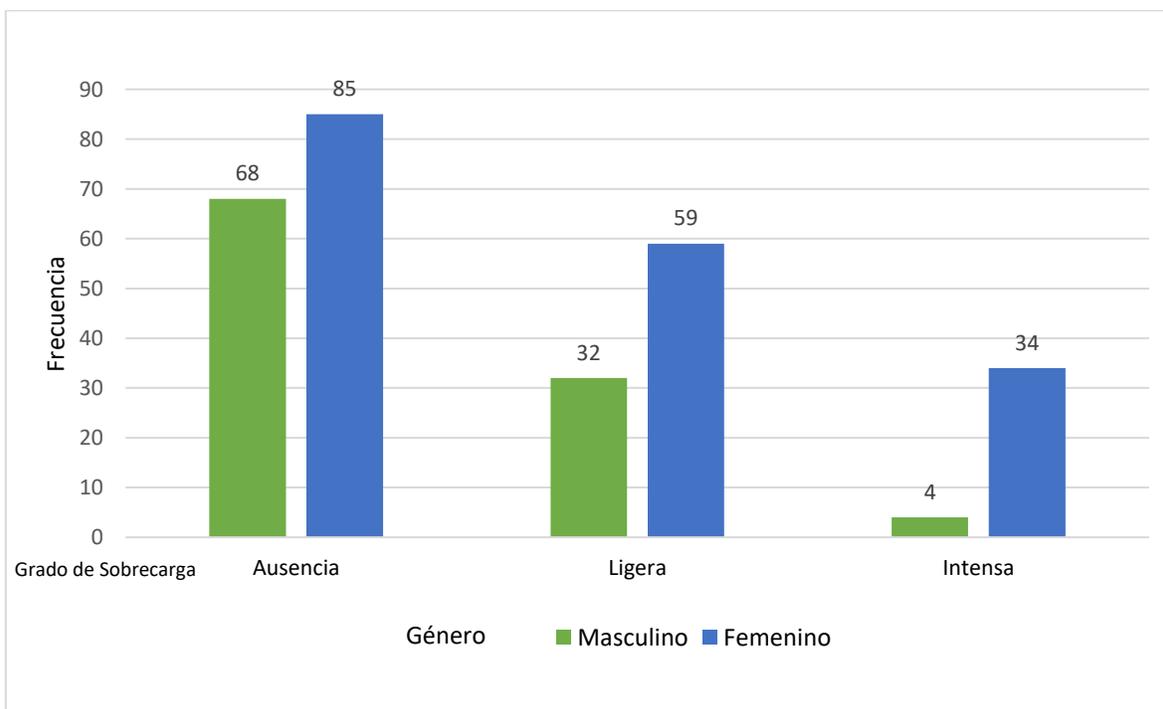
Fuente: Base de datos

F: Frecuencia.

#: Porcentaje.

p= 0.000

Gráfica 3. Grado de sobrecarga de acuerdo al genero del cuidador primario del adulto mayor con complicaciones de DM2, UMF 220, 2019.



Fuente: Cuadro 3.

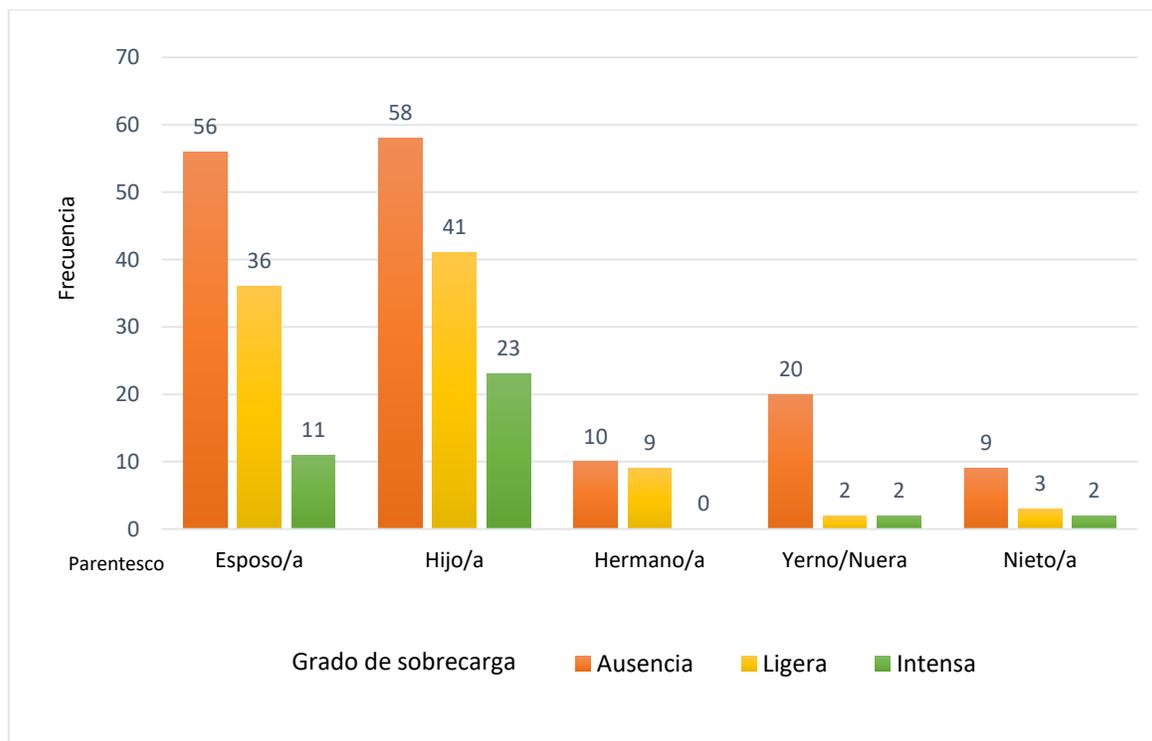
Cuadro 4. Grado de sobrecarga de acuerdo al parentesco del cuidador primario del adulto mayor con complicaciones de DM2, UMF 220, 2019.

			Parentesco					Total
			Espos/a	Hijo/a	Hermano/a	Yerno/Nuera	Nieto/a	
Grado de Sobrecarga	Ausencia	F	56	58	10	20	9	153
		%	19.9%	20.6%	3.5%	7.1%	3.2%	54.3%
	Ligera	F	36	41	9	2	3	91
		%	12.8%	14.5%	3.2%	0.7%	1.1%	32.3%
	Intensa	F	11	23	0	2	2	38
		%	3.9%	8.2%	0.0%	0.7%	0.7%	13.4%
Total		F	103	122	19	24	14	282
		%	36.5%	43.3%	6.7%	8.5%	5.0%	100%

Fuente: Base de datos

F: Frecuencia.
%: Porcentaje.
p= 0.024

Gráfica 4. Grado de sobrecarga de acuerdo al parentesco del cuidador primario del adulto mayor con complicaciones de DM2, UMF 220, 2019.



Fuente: Cuadro 4.

Cuadro 5. Grado de sobrecarga de acuerdo a la escolaridad del cuidador primario del adulto mayor con complicaciones de DM2, UMF 220, 2019.

			Escolaridad						Total
			Primaria	Secundaria	Bachillerato	Carrera Técnica	Licenciatura	Posgrado	
Grado de Sobrecarga	Ausencia	F	8	45	33	32	26	9	153
		%	2.8%	16.0%	11.7%	11.3%	9.2%	3.2%	54.3%
	Ligera	F	6	30	23	9	15	8	91
		%	2.1%	10.6%	8.2%	3.2%	5.3%	2.8%	32.3%
	Intensa	F	4	13	12	2	7	0	38
		%	1.4%	4.6%	4.3%	0.7%	2.5%	0.0%	13.5%
Total		F	18	88	68	43	48	17	282
		%	6.4%	31.2%	24.1%	15.2%	17.0%	6.0%	100%

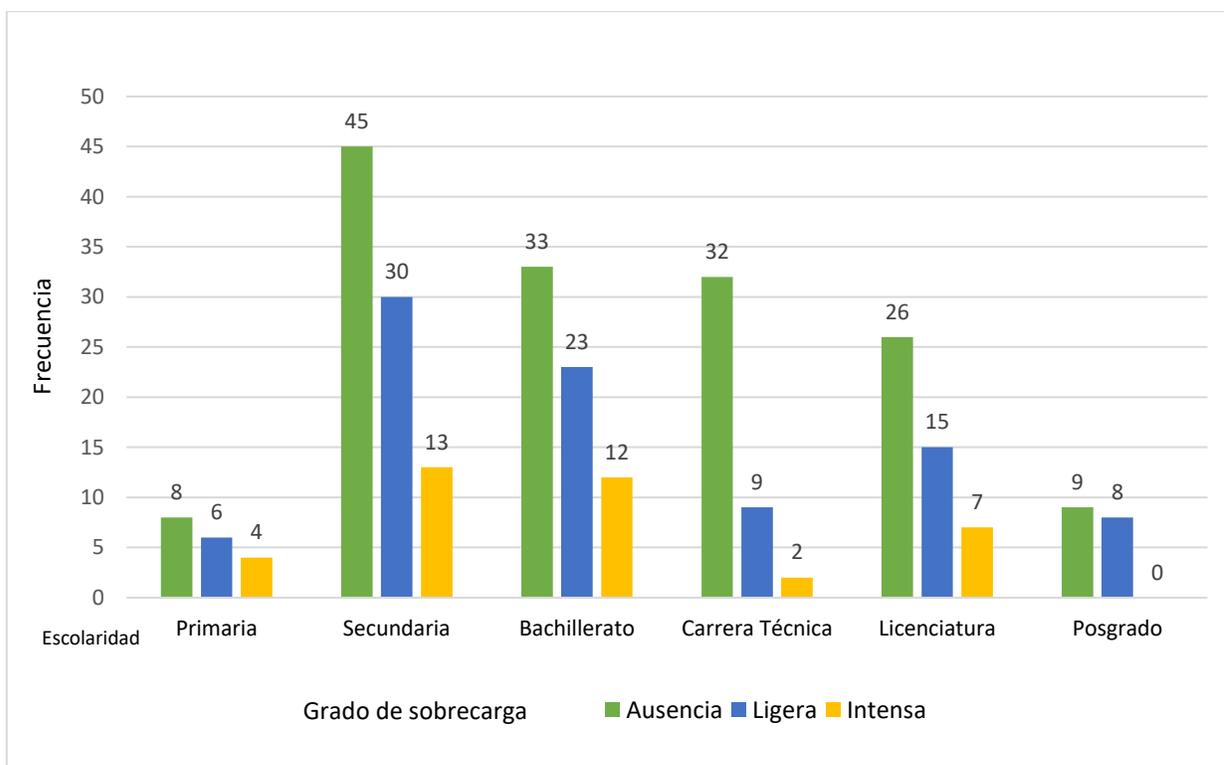
Fuente: Base de datos

F: Frecuencia.

#: Porcentaje.

p= 0. 174

Gráfica 5. Grado de sobrecarga de acuerdo a la escolaridad del cuidador primario del adulto mayor con complicaciones de DM2, UMF 220, 2019.



Fuente: Cuadro 5.

Cuadro 6. Nivel de ansiedad de acuerdo al grupo etario del cuidador primario del adulto mayor con complicaciones de DM2, UMF 220, 2019.

			Grupo Etario				Total
			18-34 años	35-59 años	60-79 años	> 80 años	
Nivel de Ansiedad	Sin Ansiedad	F	23	45	22	0	90
		%	8.2%	16.0%	7.8%	0%	31.9%
	Leve	F	27	32	34	6	99
		%	9.6%	11.3%	12.1%	2.1%	35.1%
	Moderada-Grave	F	19	44	30	0	93
		%	6.7%	15.6%	10.6%	0%	33%
Total		F	69	121	86	6	282
		%	24.5%	42.9%	30.5%	2.1%	100%

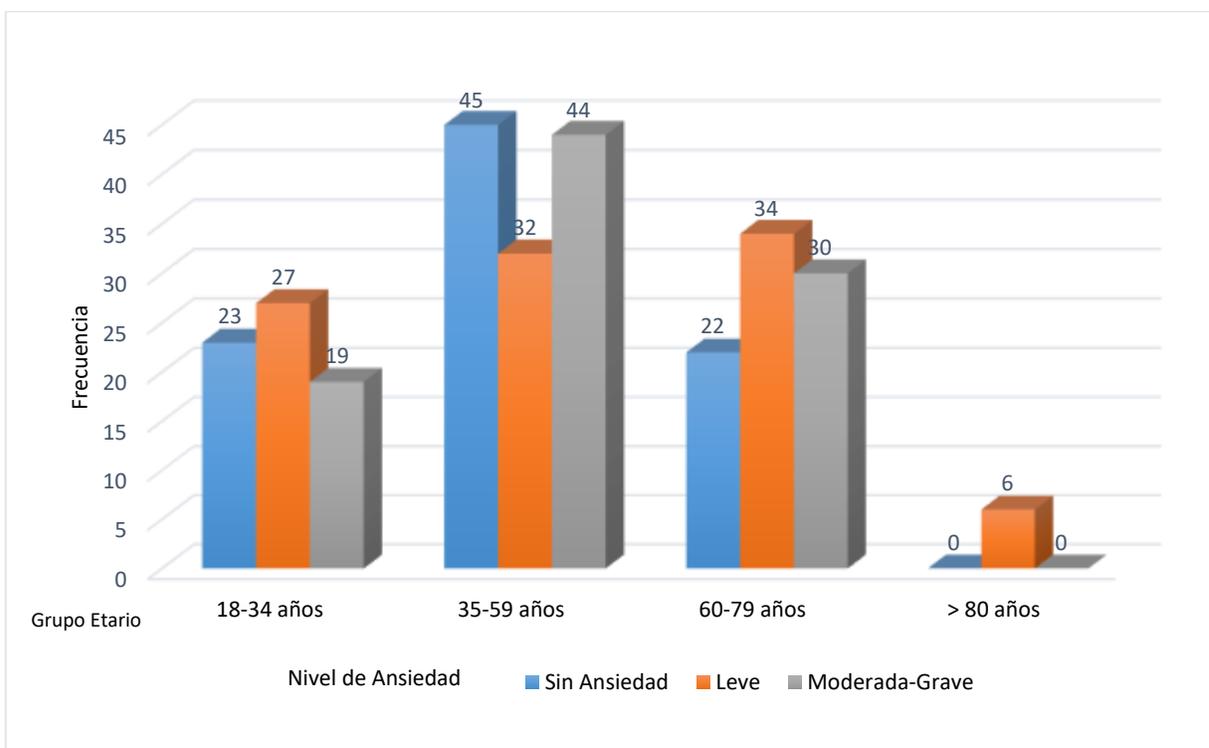
Fuente: Base de datos

F: Frecuencia.

%: Porcentaje.

p: 0.007

Gráfica 6. Nivel de ansiedad de acuerdo al grupo etario del cuidador primario del adulto mayor con complicaciones de DM2, UMF 220, 2019.



Fuente: Cuadro 6.

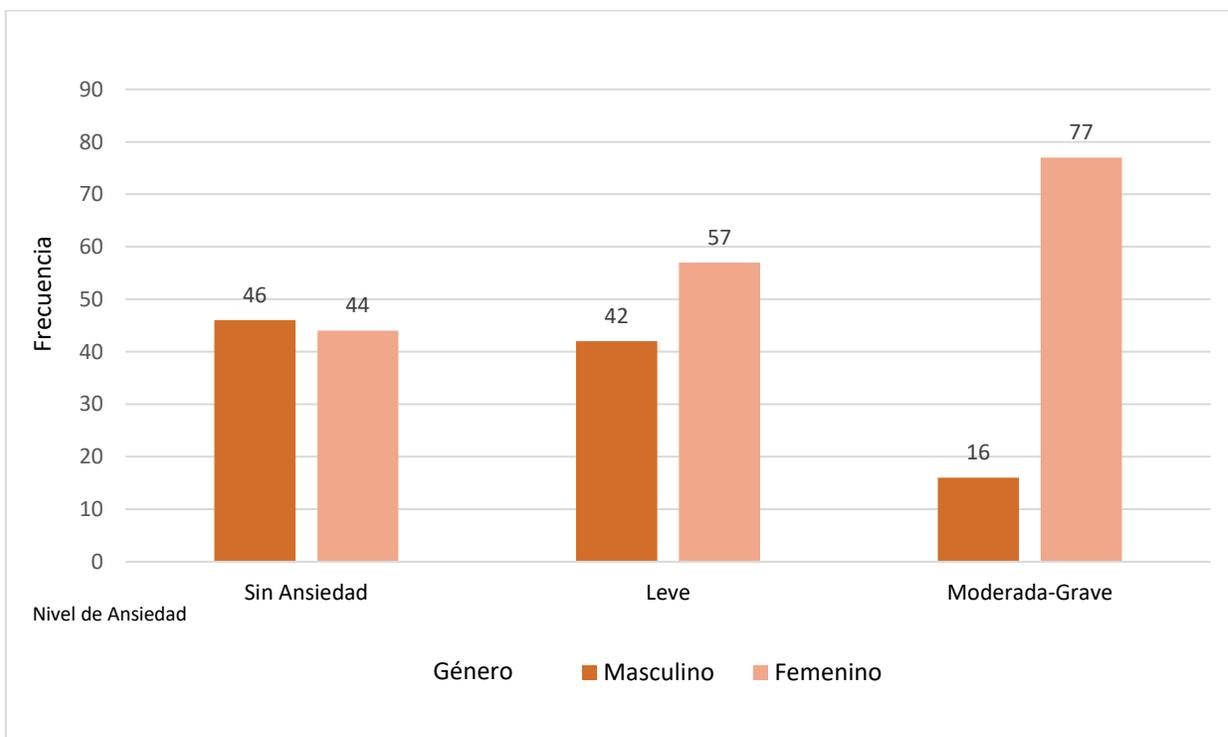
Cuadro 7. Nivel de ansiedad de acuerdo al género del cuidador primario del adulto mayor con complicaciones de DM2, UMF 220, 2019.

			Género		Total
			Masculino	Femenino	
Nivel de Ansiedad	Sin Ansiedad	F	46	44	90
		%	16.3%	15.6%	31.9%
	Leve	F	42	57	99
		%	14.9%	20.2%	35.1%
	Moderada-Grave	F	16	77	93
		%	5.7%	27.3%	33.0%
Total		F	104	178	282
		%	36.9%	63.1%	100%

Fuente: Base de datos

F: Frecuencia.
%: Porcentaje.
p= 0.000

Gráfica 7. Nivel de ansiedad de acuerdo al género del cuidador primario del adulto mayor con complicaciones de DM2, UMF 220, 2019.



Fuente: Cuadro 7.

Cuadro 8. Nivel de ansiedad de acuerdo al estado civil del cuidador primario del adulto mayor con complicaciones de DM2, UMF 220, 2019.

			Estado civil					Total
			Casado	Soltero	Unión libre	Divorciado	Viudo	
Nivel de Ansiedad	Sin Ansiedad	F	52	21	15	0	2	90
		%	18.4%	7.4%	5.3%	0.0%	0.7%	31.9%
	Leve	F	70	24	2	2	1	99
		%	24.8%	8.5%	0.7%	0.7%	0.4%	35.1%
	Moderada-Grave	F	61	19	6	4	3	93
		%	21.6%	6.7%	2.1%	1.4%	1.1%	33.0%
Total		F	183	64	23	6	6	282
		%	64.9%	22.7%	8.2%	2.1%	2.1%	100%

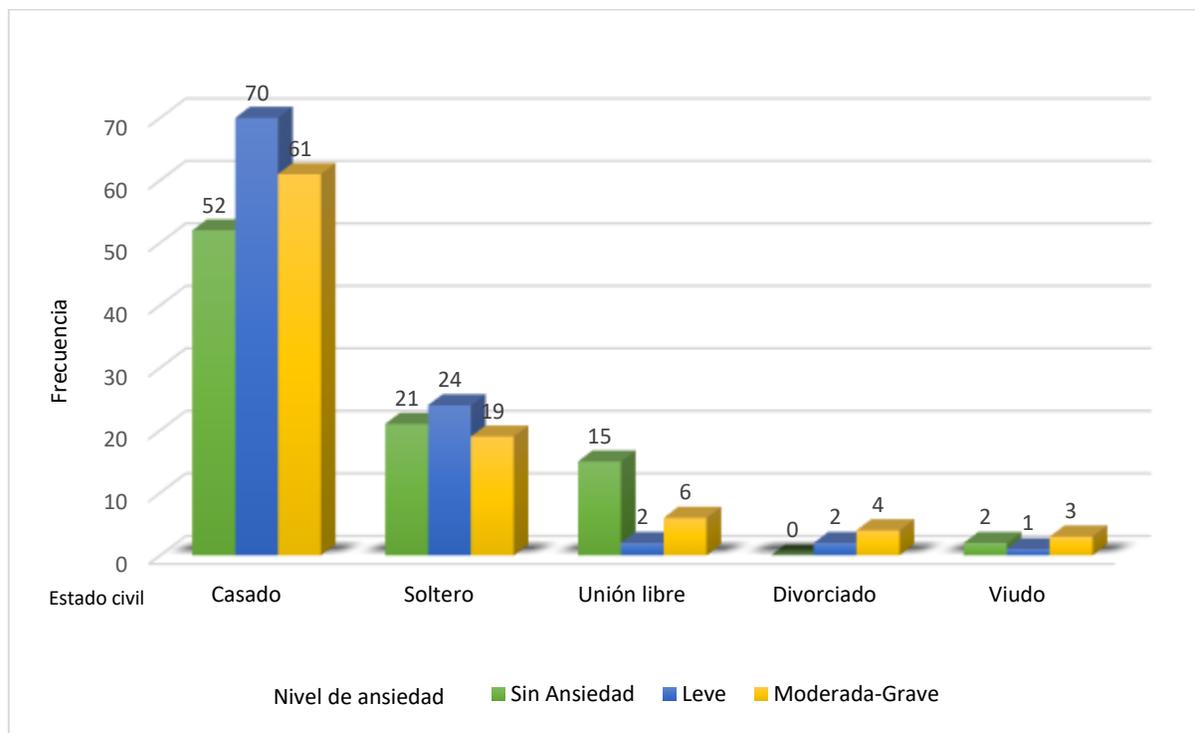
Fuente: Base de datos

F: Frecuencia.

#: Porcentaje.

p= 0.012

Gráfica 8. Nivel de ansiedad de acuerdo al estado civil del cuidador primario del adulto mayor con complicaciones de DM2, UMF 220, 2019.



Fuente: Cuadro 8.

Cuadro 9. Nivel de ansiedad de acuerdo a la ocupación del cuidador primario del adulto mayor con complicaciones de DM2, UMF 220, 2019.

			Ocupación						Total
			Hogar	Empleado	Comerciante	Obrero	Pensionado	Otro	
Nivel de Ansiedad	Sin Ansiedad	F	22	31	12	13	12	0	90
		%	7.8%	11.0%	4.3%	4.6%	4.3%	0.0%	31.9%
	Leve	F	32	33	7	4	14	9	99
		%	11.3%	11.7%	2.5%	1.4%	5.0%	3.2%	35.1%
	Moderada-Grave	F	32	31	9	9	4	8	93
		%	11.3%	11.0%	3.2%	3.2%	1.4%	2.8%	33.0%
Total		F	86	95	28	26	30	17	282
		%	30.5%	33.7%	9.9%	9.2%	10.6%	6.0%	100%

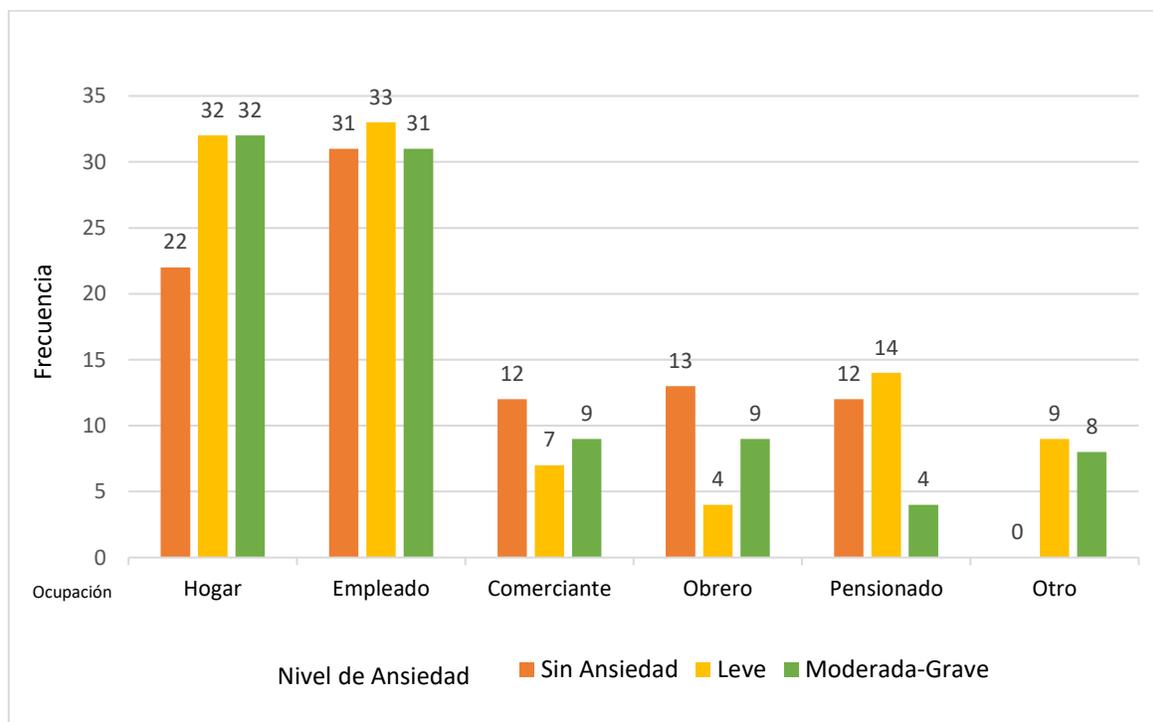
Fuente: Base de datos

F: Frecuencia.

%: Porcentaje.

P=0. 016

Gráfica 9. Nivel de ansiedad de acuerdo a la ocupación del cuidador primario del adulto mayor con complicaciones de DM2, UMF 220, 2019



Fuente: Cuadro 9.

XII. CONCLUSIONES

Se identificó que el cuidador del adulto mayor con complicaciones de DM2 al aplicar Chi-cuadrada entre el grado de sobrecarga mediante la escaña Zarit y el nivel de ansiedad se obtuvo una $p < 0.000$, que demuestra que existe una relación estrecha positiva, estadísticamente significativa, entre el grado de sobrecarga y el nivel de ansiedad, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, demostrando que si existe relación entre el grado de sobrecarga y ansiedad en el cuidador primario de adultos mayores con complicaciones de DM2, UMF 220, 2019.

El grado de sobrecarga que predominó fue ligera, el grupo etario con mayor grado de sobrecarga fue de 35-59 años, el género del cuidador primario de mayor sobrecarga fue femenino, de acuerdo al parentesco el que predominó fue el hijo/a, la escolaridad que predominó en los resultados fue secundaria.

El nivel de ansiedad más representativo fue del grupo etario de 35-59 años, de acuerdo al género que presentó mayor nivel de ansiedad fue el femenino con ansiedad moderada-grave en mayor porcentaje, de acuerdo al estado civil los resultaron concluyeron con predominio de ansiedad fue casado, con respecto a la ocupación que presentó mayor nivel de ansiedad fue empleado.

XIII. RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación se recomiendan las siguientes acciones:

- Reforzar las estrategias de educación y asesoría en primer nivel de atención capacitando a los cuidadores primarios de adultos mayores con diabetes sobre las complicaciones que se pueden presentar en su familiar y cómo afrontarlas, orientar sobre el tratamiento y cuidados que puede brindarle a su familiar, con la finalidad de mejorar la calidad de los cuidados que brindan e involucrarlos de manera activa en las acciones de mejora y resolución de problemas, extendiendo sus redes de apoyo familiar, rotando turnos, estableciendo días libres de cuidado, evitando así caer en un “síndrome del cuidador.
- Identificar en los cuidadores síntomas de fatiga, ansiedad, estrés, duelo, afrontamiento, adaptación, derivados de ofrecer los cuidados a los adultos mayores, aplicando en el consultorio de medicina familiar escalas sencillas como las utilizadas en esta investigación: Zarit para sobrecarga de cuidados y Hamilton para detectar ansiedad. De esta manera se podrán identificar a los cuidadores con ansiedad y sobrecarga de manera oportuna y ofrecerle un manejo integral, multidisciplinario para mejorar la salud física, mental y social del cuidador.
- Identificación oportuna de factores de riesgo en los cuidadores, fortaleciendo la relación médico-paciente, realizando intervención con las familias donde el adulto mayor presente complicaciones de DM2 y promover la participación de todos los integrantes, extender las redes de apoyo, empoderamiento del cuidador y promover estilo de vida saludable, detecciones oportunas, revisión rutinaria, apoyo con trabajo social y asociaciones o grupos de autoayuda para manejo de ansiedad en cuidadores.

XIV. BIBLIOGRAFÍA

1. Navarro-sandoval C, Uriostegui-espíritu LC, Delgado-quiñones EG. Depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física de la UMF 171. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2017;55(171):25–31.
2. Yanguas Lezaun J, Leturia Arrazola M, Leturia Arrázola F. Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes. Papeles del psicólogo. 2000;(76):4.
3. Ruiz RAE, Nava GMG. Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. En Neurol (Mex). 2012;11(3):163-169.
4. García-Maldonado G, Saldívar-González AH, Martínez-Perales GM, Sánchez-Nuncio R, Lin-Ochoa. D. Sobrecarga emocional en cuidadores de mujeres que requieren cuidados paliativos. Rev Médica del Hosp Gen México. 2012;75(3):140–7.
5. Elena R, Peniche R, Teresita M, León C. Inteligencia Emocional en el cuidador primario : Red Rev Científicas América Lat el Caribe, España y Port. 2015;37(1405-843X):75–88.
6. Pablo Santiago Ruth, Domínguez Trejo Benjamín, Peláez Hernández Viridiana, Rincón Salazar Santiago, Orea Tejeda Arturo. Sobrecarga y autoeficacia percibida en cuidadores primarios informales de pacientes con insuficiencia cardíaca. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2016 Oct [citado 2020 May 09] ; 9(3): 152-158.
7. Hernández Cantú El. Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes internados en un hospital general de zona en Nuevo León, México. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2017;25(3):213–20.
8. Por Cummings CM, Kendall PC, Mazza AB. Los trastornos de ansiedad en los niños. Psimonart [Internet]. 2014;2(1):62–9.

9. Sandín B, Valiente RM, Pineda D, García-Escalera J, Chorot P. Anxiety and depression disorders symptoms scale (ESTAD): Preliminary evidence concerning its factor structure and psychometric properties. *Rev Psicopatol y Psicol Clin.* 2018;23(3):163–77.
10. Frías-Osuna A, Moreno-Cámara S, Moral-Fernández L, Palomino-Moral PÁ, López-Martínez C, del-Pino-Casado R. Motivos y percepciones del cuidado familiar de mayores dependientes. *Atención Primaria.* 2018;(xx):4–11.
11. Aguiar N, Meira D, Raquel S. Study on the efficacy of the Portuguese cooperative taxation. *REVESCO Rev Estud Coop.* 2015;121(22):7–32.
12. A DC. Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos*. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2013;31(1):30–9.
13. OMS. Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud: Informe de la Secretaría [Internet]. *Asamblea Mundial de la Salud*, 69. 2016. 1–43 p.
14. Gómez-Huelgas R, Gómez Peralta F, Rodríguez Mañas L, Formiga F, Puig Domingo M, Mediavilla Bravo JJ, et al. Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el paciente anciano. *Rev Clin Esp.* 2018;218(2):74–88.
15. Rojas-Martínez R, Basto-Abreu A, Aguilar-Salinas CA, Zárate-Rojas E, Villalpando S, Barrientos-Gutiérrez T. Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en México. *Salud Publica Mex.* 2018;60(3, may-jun):224.
16. Soto-Estrada G, Moreno-Altamirano L, Pahuá Díaz D. Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. *Rev la Fac Med.* 2019;59(6):8–22.
17. De E, Licely CD, Esther ZR, Armando RH. *Revista Biomédica.* 2019;
18. Oficial D, Natural TDEGAS. Segunda sección secretaria de energía. 2011;
19. Biba U, Teng R, Kurian M, Close K. American Association for Diabetes Educators (AADE) 2019. *J Diabetes.* 2019;1–3.

20. Care D, Suppl SS. 2. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetesd2019. *Diabetes Care*. 2019;42(January):S13–28.
21. Brajkovich IE, Aschner P, Taboada L, Camperos P, Gómez-Pérez R, Aure G, et al. Consenso ALAD. Tratamiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2 y obesidad. *Alad*. 2019;9(91).
22. Guía de práctica clínica GPC. Diagnóstico y tratamiento. Farmacológico de la Diabetes mellitus tipo 2 en. El primer nivel de atención.2018.
23. Gimeno Orna JA, García García B. Tratamiento de la diabetes tipo 2 en el paciente anciano: la seguridad es una prioridad. *Rev Clínica Española*. 2019;(xx).
24. Galeano E. Tema Central. *Debate*. 1998;59.
25. Cruz M, Rodríguez A, Hortal J, Padilla J. Article in press. *Gac Sanit*. 2019;(xx):4864.
26. Crespo M, Rivas MT. La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clin y Salud [Internet]*. 2015;26(1):9–16.
27. Palacios E. Estrés y depresión en cuidadores informales de pacientes con trastorno afectivo bipolar. *Avances en Psicología Latinoamericana* 2008; 27(2):195-210.
28. Escala de ansiedad de Hamilton [Consultado el 25 de febrero de 2020] Recuperado en: <http://psicopsi.com/Escala-de-ansiedad-de-Hamilton-Hamilton-Anxiety-Scale-HAS>.
29. Alfaro-Ramírez del Castillo, Olga Isabel, Morales-Vigil, Tania, Vázquez-Pineda, Fernando, Sánchez-Román, Sofía, Ramos-del Río, Bertha, Guevara-López, Uriah, Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]*. 2018; 46(5):485-494.
30. Zepeda-Álvarez Paulina José, Muñoz-Mendoza Carmen Luz. Sobrecarga en cuidadores principales de adultos mayores con dependencia severa en atención primaria de salud. *Gerokomos [Internet]*. 2019 [citado 2020 Oct 10]; 30(1): 2-5.

31. Crespo Knopfler S. Perfil del cuidador primario en pacientes diabéticos en dos comunidades. Investg. Enferm. Imagen Desarrollo. [Internet]. 2 de julio de 2020 [citado 10 de octubre de 2020];
32. Gobierno de México [GM] (2017). Discapacidad en Adultos Mayores. Recuperado el 29 de julio de 2020, de:
33. Lemus Fajardo Nora María, Linares Cánovas Liyansis Bárbara, Linares Cánovas Lázaro Pablo. Nivel de sobrecarga de cuidadores de adultos mayores frágiles. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2018 Oct [citado 2020 Nov 13]; 22(5): 34-45.

XV. ANEXOS

ANEXO 1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
HGR/UMF 220

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN
“Asociación entre grado de sobrecarga y ansiedad del cuidador primario del adulto mayor con complicaciones de DM2, UMF220, 2019”

Investigador Principal E. EN M.F GREGORIA MENDOZA AGUILAR

Investigador Asociado o Tesista M.C. MARITZA YUVANI GARCÍA SOTO

Número de registro:
Financiamiento (si Aplica)

Lugar y fecha: Unidad de Medicina Familiar No. 220 Toluca de Lerdo, Estado México Diciembre 2019.

Riesgo de la Investigación: Estudio con riesgo mínimo.

Propósito del estudio: El propósito del estudio es determinar la asociación entre el grado de sobrecarga y ansiedad del cuidador primario del adulto mayor con complicaciones de DM2, que acuden a la consulta externa de medicina familiar en la UMF 220 IMSS, en el turno matutino y vespertino.

Procedimientos: Si usted acepta participar en el estudio de manera voluntaria acudirá al aula de Medicina Preventiva de la UMF 220 para contestar la ficha de identificación y los cuestionarios de Ansiedad de Hamilton y sobrecarga de cuidado de Zarit.

Posibles riesgos y molestias: Dificultad o imposibilidad para la lectura o comprensión de las preguntas, las cuales podrán ser leídas para usted y recibir su respuesta en caso necesario.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: No recibirá pago por su participación, ni implica gasto alguno para usted, los beneficios que obtendrá serán informativos y se incrementará el conocimiento científico sobre el tema de investigación.
A cada participante se le dará a conocer sus resultados y en caso de ser alto se sugiere valoración por psicología.

Participación o retiro: Su participación es completamente voluntaria, si decide NO participar no se verá afectada la atención que recibe por parte del IMSS, si decide participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento sin que ello afecte los beneficios que usted tiene como derechohabiente del IMSS.

Privacidad y confidencialidad: La información que nos brinde es estrictamente confidencial y será resguardada, la base de datos estará protegida con clave de acceso, solo el equipo de investigación tendrá acceso a la información, cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en foros o conferencias no existe información que pudiera revelar su identidad.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con esta investigación podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Esp. En M.F. GREGORIA MENDOZA AGUILAR E-Mail: mdzagr73@gmail.com HGR/UMF 220 en Avenida Paseo Toluca No 620 Colonia Vértice CP 50150, puede comunicarse con nosotros de lunes a viernes, en un horario de 08:00 a 16:00 horas, al teléfono 01 722 2 17 0733 ext. 244, o bien; puede acudir a esta unidad en el mismo horario y días especificados.

Colaboradores: Tesista: RMF Maritza Yuvani García Soto, E-Mail: dra.maritzasoto@gmail.com con misma dirección y teléfono.

En caso de dudas, aclaraciones o quejas sobre sus derechos como participante en un estudio de investigación, podrá dirigirse al comité de ética e investigación 15058; Unidad de Medicina Familiar no. 222 del IMSS. Calle Josefa Ortiz de Domínguez Esquina Avenida José María Morelos y Pavón e Hidalgo, Colonia Santa Clara, Toluca, Estado de México. CP 50000. Teléfono 722798900 extensión 1320, de lunes a viernes en un horario de 8:00 a 16:00 hrs, correo electrónico: comite.etica15058@gmail.com

Nombre, firma y fecha del participante

Nombre, firma y fecha de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Mi firma como testigo certifica que la participante firmó éste formato en mi presencia, de manera voluntaria

Testigo 2

Mi firma como testigo certifica que la participante firmó éste formato en mi presencia, de manera voluntaria

Nombre, relación y firma

Nombre, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013 43

ANEXO 2. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 220

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.

Instrucciones. Lea con cuidado los siguientes cuestionarios y conteste por escrito los datos que se solicitan en cada apartado del cuestionario sociodemográfico.

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO.	
Nombre del Cuidador:	Edad del cuidador:
Edad del paciente:	NSS:
1.- Edad del cuidador 1) 18-34 años 2) 35-59 años 3) 60-79 años 4) > de 80 años	4.- Estado civil 1) Casado 2) Soltero 3) Unión libre 4) Divorciado 6) Viudo
2.- Genero 1) Masculino 2) Femenino	5.- Escolaridad 1) Analfabeta 2) Primaria 3) Secundaria 4) Bachillerato 5) Carrera técnica 6) Licenciatura 7) Posgrado
3.- Parentesco 1) Hijo/a 2) Esposo/a 3) Hermano/a 4) Nieto/a 5) Yerno/Nuera 6) Otro: _____	7.- Ocupación 1) Ama de casa 2) Empleado 3) Estudiante 4) Comerciante 5) Obrero 6) Pensionado 7) Otro: _____
Complicaciones:	a) Oftálmicas b) Circulatorias c) Neurológicas d) Amputaciones e) Múltiples f) Otras _____

ANEXO 3. ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT.

Motivo del cuestionario: La realización del siguiente cuestionario es para identificar el grado de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores con complicaciones de diabetes mellitus 2.

Instrucciones: Seleccione para cada ítem la puntuación de 1 a 5 puntos según corresponda. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la frecuencia con la que se presenta cada situación.

	Cuestionario	Puntuación para cada respuesta.				
		Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastante s veces	Casi siempre
1	¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?	1	2	3	4	5
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	1	2	3	4	5
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	1	2	3	4	5
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	1	2	3	4	5
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	1	2	3	4	5
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?	1	2	3	4	5
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familia?	1	2	3	4	5
8	¿Piensa que su familiar depende de usted?	1	2	3	4	5
9	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?	1	2	3	4	5
10	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	1	2	3	4	5
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?	1	2	3	4	5
12	¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	1	2	3	4	5
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	1	2	3	4	5
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	1	2	3	4	5
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	1	2	3	4	5
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	1	2	3	4	5
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	1	2	3	4	5
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	1	2	3	4	5
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	1	2	3	4	5
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	1	2	3	4	5
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	1	2	3	4	5
22	Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	1	2	3	4	5

Total: _____

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACION!

ANEXO 4. ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Motivo del cuestionario: La realización del siguiente cuestionario es para identificar el nivel de ansiedad en cuidadores primarios de adultos mayores con complicaciones de diabetes mellitus 2 y que dependen de alguien más para su cuidado.

Instrucciones: Seleccione para cada ítem la puntuación de 0 a 4 puntos según corresponda, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, pilo-erección.	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Total: _____

GRACIAS POR SU PARTICIPACION!

ANEXO 5: SABANA DE DATOS

FOLIO	GRUPO ETARIO	GENERO	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACION	GRADO DE SOBRECARGA	GRADO DE ANSIEDAD
1	35-59 años	Femenino	Hijo/a	Casado	Secundaria	Hogar	Intensa	Moderada-Grave
2	35-59 años	Femenino	Hijo/a	Soltero	Bachillerato	Hogar	Ausencia	Sin Ansiedad
3	60-79 años	Masculino	Espos/a	Casado	Licenciatura	Comerciante	Ausencia	Sin Ansiedad
5	60-79 años	Masculino	Espos/a	Casado	Secundaria	Pensionado	Ausencia	Sin Ansiedad
7	60-79 años	Femenino	Espos/a	Casado	Secundaria	Hogar	Ausencia	Sin Ansiedad
8	60-79 años	Masculino	Espos/a	Casado	Secundaria	Pensionado	Ausencia	Sin Ansiedad
9	60-79 años	Femenino	Espos/a	Casado	Carrera Técnica	Hogar	Ausencia	Sin Ansiedad
10	35-59 años	Femenino	Yerno/Nuera	Unión libre	Secundaria	Empleado	Ausencia	Sin Ansiedad
15	60-79 años	Femenino	Espos/a	Casado	Licenciatura	Hogar	Ausencia	Leve
16	35-59 años	Femenino	Espos/a	Casado	Secundaria	Hogar	Ausencia	Sin Ansiedad
18	35-59 años	Femenino	Hijo/a	Divorciado	Carrera Técnica	Comerciante	Ausencia	Leve
19	18-34 años	Femenino	Hijo/a	Casado	Secundaria	Hogar	Ausencia	Leve
27	18-34 años	Femenino	Yerno/Nuera	Unión libre	Bachillerato	Hogar	Ausencia	Sin Ansiedad
31	35-59 años	Femenino	Hijo/a	Casado	Primaria	Hogar	Ausencia	Leve
32	35-59 años	Masculino	Hijo/a	Soltero	Bachillerato	Comerciante	Ausencia	Sin Ansiedad
33	35-59 años	Masculino	Hijo/a	Casado	Secundaria	Empleado	Ausencia	Leve
34	60-79 años	Femenino	Espos/a	Casado	Carrera Técnica	Comerciante	Ausencia	Leve
35	35-59 años	Femenino	Yerno/Nuera	Casado	Primaria	Hogar	Ausencia	Leve
36	60-79 años	Masculino	Espos/a	Casado	Licenciatura	Pensionado	Ausencia	Leve
39	18-34 años	Masculino	Hijo/a	Soltero	Carrera Técnica	Empleado	Ausencia	Leve
42	18-34 años	Femenino	Hijo/a	Casado	Licenciatura	Hogar	Ausencia	Leve
44	35-59 años	Femenino	Hijo/a	Casado	Bachillerato	Comerciante	Ausencia	Moderada-Grave
45	60-79 años	Masculino	Espos/a	Casado	Carrera Técnica	Pensionado	Ausencia	Leve
47	60-79 años	Femenino	Espos/a	Casado	Carrera Técnica	Hogar	Ausencia	Leve
48	35-59 años	Femenino	Yerno/Nuera	Casado	Secundaria	Hogar	Ausencia	Sin Ansiedad
49	35-59 años	Femenino	Hijo/a	Casado	Carrera Técnica	Empleado	Ausencia	Sin Ansiedad
50	60-79 años	Masculino	Espos/a	Casado	Posgrado	Pensionado	Ausencia	Sin Ansiedad
51	60-79 años	Masculino	Espos/a	Casado	Carrera Técnica	Pensionado	Ausencia	Leve
52	60-79 años	Masculino	Espos/a	Casado	Secundaria	Pensionado	Ausencia	Moderada-Grave
53	35-59 años	Femenino	Hijo/a	Soltero	Bachillerato	Empleado	Ausencia	Sin Ansiedad
54	60-79 años	Femenino	Espos/a	Casado	Carrera Técnica	Hogar	Ausencia	Moderada-Grave
55	60-79 años	Femenino	Espos/a	Casado	Primaria	Hogar	Ausencia	Moderada-Grave
56	35-59 años	Femenino	Hermano/a	Divorciado	Licenciatura	Empleado	Ausencia	Moderada-Grave
58	60-79 años	Femenino	Espos/a	Casado	Secundaria	Hogar	Ausencia	Leve

59	60-79 años	Femenino	Esposo/a	Casado	Primaria	Hogar	Ausencia	Leve
60	35-59 años	Femenino	Hijo/a	Casado	Bachillerato	Empleado	Ausencia	Sin Ansiedad
62	35-59 años	Femenino	Hijo/a	Casado	Secundaria	Empleado	Ausencia	Leve
63	18-34 años	Masculino	Hijo/a	Soltero	Posgrado	Empleado	Ausencia	Sin Ansiedad
67	35-59 años	Masculino	Hijo/a	Casado	Secundaria	Comerciante	Ausencia	Sin Ansiedad
69	60-79 años	Femenino	Esposo/a	Casado	Licenciatura	Hogar	Ausencia	Leve
70	60-79 años	Masculino	Esposo/a	Casado	Secundaria	Pensionado	Ausencia	Sin Ansiedad
77	18-34 años	Femenino	Hijo/a	Soltero	Licenciatura	Empleado	Ausencia	Leve
78	18-34 años	Femenino	Nieto/a	Casado	Secundaria	Comerciante	Ausencia	Sin Ansiedad
79	18-34 años	Femenino	Yerno/Nuera	Casado	Secundaria	Hogar	Ausencia	Sin Ansiedad
81	18-34 años	Masculino	Hijo/a	Unión libre	Bachillerato	Empleado	Ausencia	Sin Ansiedad
84	35-59 años	Masculino	Hijo/a	Soltero	Bachillerato	Obrero	Ausencia	Sin Ansiedad
86	60-79 años	Masculino	Esposo/a	Casado	Carrera Técnica	Pensionado	Ausencia	Leve
87	18-34 años	Femenino	Yerno/Nuera	Casado	Carrera Técnica	Hogar	Ausencia	Leve
88	35-59 años	Femenino	Hijo/a	Soltero	Secundaria	Comerciante	Ausencia	Sin Ansiedad
90	18-34 años	Femenino	Yerno/Nuera	Soltero	Secundaria	Obrero	Ausencia	Sin Ansiedad
93	60-79 años	Masculino	Hermano/a	Casado	Secundaria	Pensionado	Ausencia	Sin Ansiedad
94	60-79 años	Masculino	Esposo/a	Casado	Bachillerato	Empleado	Ausencia	Sin Ansiedad
97	35-59 años	Masculino	Nieto/a	Unión libre	Posgrado	Empleado	Ausencia	Leve
104	60-79 años	Masculino	Hijo/a	Casado	Posgrado	Otro	Ausencia	Leve
105	60-79 años	Masculino	Esposo/a	Casado	Bachillerato	Pensionado	Ausencia	Sin Ansiedad
106	35-59 años	Masculino	Hermano/a	Unión libre	Carrera Técnica	Obrero	Ausencia	Sin Ansiedad
108	35-59 años	Femenino	Hijo/a	Soltero	Carrera Técnica	Obrero	Ausencia	Moderada-Grave
110	18-34 años	Masculino	Nieto/a	Soltero	Licenciatura	Empleado	Ausencia	Sin Ansiedad
111	18-34 años	Femenino	Yerno/Nuera	Casado	Bachillerato	Hogar	Ausencia	Sin Ansiedad
112	> 80 años	Masculino	Esposo/a	Casado	Secundaria	Pensionado	Ausencia	Leve
116	35-59 años	Masculino	Hijo/a	Unión libre	Bachillerato	Obrero	Ausencia	Sin Ansiedad
117	35-59 años	Masculino	Hijo/a	Casado	Licenciatura	Empleado	Ausencia	Sin Ansiedad
118	18-34 años	Masculino	Hermano/a	Casado	Bachillerato	Obrero	Ausencia	Sin Ansiedad
119	18-34 años	Femenino	Yerno/Nuera	Unión libre	Secundaria	Comerciante	Ausencia	Sin Ansiedad
120	18-34 años	Femenino	Hijo/a	Casado	Carrera Técnica	Empleado	Ausencia	Moderada-Grave

122	35-59 años	Masculino	Hijo/a	Soltero	Secundaria	Obrero	Ausencia	Leve
124	35-59 años	Femenino	Hijo/a	Soltero	Bachillerato	Hogar	Ausencia	Sin Ansiedad
125	60-79 años	Masculino	Esposo/a	Casado	Licenciatura	Comerciante	Ausencia	Sin Ansiedad
127	60-79 años	Masculino	Esposo/a	Casado	Secundaria	Pensionado	Ausencia	Sin Ansiedad
129	60-79 años	Femenino	Esposo/a	Casado	Secundaria	Hogar	Ausencia	Sin Ansiedad
130	60-79 años	Masculino	Esposo/a	Casado	Secundaria	Pensionado	Ausencia	Sin Ansiedad
131	60-79 años	Femenino	Esposo/a	Casado	Carrera Técnica	Hogar	Ausencia	Sin Ansiedad
132	35-59 años	Femenino	Yerno/Nuera	Unión libre	Secundaria	Empleado	Ausencia	Sin Ansiedad
137	60-79 años	Femenino	Esposo/a	Casado	Licenciatura	Hogar	Ausencia	Leve
138	35-59 años	Femenino	Esposo/a	Casado	Secundaria	Hogar	Ausencia	Sin Ansiedad
140	35-59 años	Femenino	Hijo/a	Divorciado	Carrera Técnica	Comerciante	Ausencia	Leve
141	18-34 años	Femenino	Hijo/a	Casado	Secundaria	Hogar	Ausencia	Leve
149	18-34 años	Femenino	Yerno/Nuera	Unión libre	Bachillerato	Hogar	Ausencia	Sin Ansiedad
153	35-59 años	Femenino	Hijo/a	Casado	Primaria	Hogar	Ausencia	Leve
154	35-59 años	Masculino	Hijo/a	Soltero	Bachillerato	Comerciante	Ausencia	Sin Ansiedad
155	35-59 años	Masculino	Hijo/a	Casado	Secundaria	Empleado	Ausencia	Leve
156	60-79 años	Femenino	Esposo/a	Casado	Carrera Técnica	Comerciante	Ausencia	Leve
157	35-59 años	Femenino	Yerno/Nuera	Casado	Primaria	Hogar	Ausencia	Leve
158	60-79 años	Masculino	Esposo/a	Casado	Licenciatura	Pensionado	Ausencia	Leve
161	18-34 años	Masculino	Hijo/a	Soltero	Carrera Técnica	Empleado	Ausencia	Leve
164	18-34 años	Femenino	Hijo/a	Casado	Licenciatura	Hogar	Ausencia	Leve
166	35-59 años	Femenino	Hijo/a	Casado	Bachillerato	Comerciante	Ausencia	Moderada-Grave
167	60-79 años	Masculino	Esposo/a	Casado	Carrera Técnica	Pensionado	Ausencia	Leve
169	60-79 años	Femenino	Esposo/a	Casado	Carrera Técnica	Hogar	Ausencia	Leve
170	35-59 años	Femenino	Yerno/Nuera	Casado	Secundaria	Hogar	Ausencia	Sin Ansiedad
171	35-59 años	Femenino	Hijo/a	Casado	Carrera Técnica	Empleado	Ausencia	Sin Ansiedad
172	60-79 años	Masculino	Esposo/a	Casado	Posgrado	Pensionado	Ausencia	Sin Ansiedad
173	60-79 años	Masculino	Esposo/a	Casado	Carrera Técnica	Pensionado	Ausencia	Leve
174	60-79 años	Masculino	Esposo/a	Casado	Secundaria	Pensionado	Ausencia	Moderada-Grave
175	35-59 años	Femenino	Hijo/a	Soltero	Bachillerato	Empleado	Ausencia	Sin Ansiedad
176	60-79 años	Femenino	Esposo/a	Casado	Carrera Técnica	Hogar	Ausencia	Moderada-Grave

177	60-79 años	Femenino	Espos/a	Casado	Primaria	Hogar	Ausencia	Moderada-Grave
178	35-59 años	Femenino	Hermano/a	Divorciado	Licenciatura	Empleado	Ausencia	Moderada-Grave
180	60-79 años	Femenino	Espos/a	Casado	Secundaria	Hogar	Ausencia	Leve
181	60-79 años	Femenino	Espos/a	Casado	Primaria	Hogar	Ausencia	Leve
182	35-59 años	Femenino	Hijo/a	Casado	Bachillerato	Empleado	Ausencia	Sin Ansiedad
184	35-59 años	Femenino	Hijo/a	Casado	Secundaria	Empleado	Ausencia	Leve
185	18-34 años	Masculino	Hijo/a	Soltero	Posgrado	Empleado	Ausencia	Sin Ansiedad
189	35-59 años	Masculino	Hijo/a	Casado	Secundaria	Comerciante	Ausencia	Sin Ansiedad
191	60-79 años	Femenino	Espos/a	Casado	Licenciatura	Hogar	Ausencia	Leve
192	60-79 años	Masculino	Espos/a	Casado	Secundaria	Pensionado	Ausencia	Sin Ansiedad
199	18-34 años	Femenino	Hijo/a	Soltero	Licenciatura	Empleado	Ausencia	Leve
200	18-34 años	Femenino	Nieto/a	Casado	Secundaria	Comerciante	Ausencia	Sin Ansiedad
201	18-34 años	Femenino	Yerno/Nuera	Casado	Secundaria	Hogar	Ausencia	Sin Ansiedad
203	18-34 años	Masculino	Hijo/a	Unión libre	Bachillerato	Empleado	Ausencia	Sin Ansiedad
206	35-59 años	Masculino	Hijo/a	Soltero	Bachillerato	Obrero	Ausencia	Sin Ansiedad
208	60-79 años	Masculino	Espos/a	Casado	Carrera Técnica	Pensionado	Ausencia	Leve
209	18-34 años	Femenino	Yerno/Nuera	Casado	Carrera Técnica	Hogar	Ausencia	Leve
210	35-59 años	Femenino	Hijo/a	Soltero	Secundaria	Comerciante	Ausencia	Sin Ansiedad
212	18-34 años	Femenino	Yerno/Nuera	Soltero	Secundaria	Obrero	Ausencia	Sin Ansiedad
215	60-79 años	Masculino	Hermano/a	Casado	Secundaria	Pensionado	Ausencia	Sin Ansiedad
216	60-79 años	Masculino	Espos/a	Casado	Bachillerato	Empleado	Ausencia	Sin Ansiedad
219	35-59 años	Masculino	Nieto/a	Unión libre	Posgrado	Empleado	Ausencia	Leve
226	60-79 años	Masculino	Hijo/a	Casado	Posgrado	Otro	Ausencia	Leve
227	60-79 años	Masculino	Espos/a	Casado	Bachillerato	Pensionado	Ausencia	Sin Ansiedad
228	35-59 años	Masculino	Hermano/a	Unión libre	Carrera Técnica	Obrero	Ausencia	Sin Ansiedad
230	35-59 años	Femenino	Hijo/a	Soltero	Carrera Técnica	Obrero	Ausencia	Moderada-Grave
232	18-34 años	Masculino	Nieto/a	Soltero	Licenciatura	Empleado	Ausencia	Sin Ansiedad
233	18-34 años	Femenino	Yerno/Nuera	Casado	Bachillerato	Hogar	Ausencia	Sin Ansiedad
234	> 80 años	Masculino	Espos/a	Casado	Secundaria	Pensionado	Ausencia	Leve
238	35-59 años	Masculino	Hijo/a	Unión libre	Bachillerato	Obrero	Ausencia	Sin Ansiedad