



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SÍNTOMAS DE ANSIEDAD EN EL PACIENTE
DIABÉTICO DE 60 A 80 AÑOS DE EDAD Y SU
RELACIÓN CON SÍNDROME DE CUIDADOR
PRIMARIO, EN USUARIOS DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 47, DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, SAN LUIS
POTOSÍ. S.L.P.

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
DR. HÉCTOR NAHÚM BONILLA ZÚÑIGA

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.
2015 – 2018





AUTORIZACIONES



DRA. MA. DEL PILAR FONSECA LEAL.

Jefe de Postgrado clínico de la Facultad de Medicina
U.A.S.L.P.

DRA. GABRIELA VIRGINIA ESCUDERO LOURDES.
Coordinador Auxiliar de Educación en Salud, I.M.S.S.

DR. CARLOS VICENTE RODRÍGUEZ PÉREZ.
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en
Salud, Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.

DRA. DORA MARÍA BECERRA LÓPEZ
Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar,
Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.

DRA. MARÍA TERESA AYALA JUÁREZ
Profesor Adjunto de la Residencia de Medicina
Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.





SÍNTOMAS DE ANSIEDAD EN EL PACIENTE DIABÉTICO
DE 60 A 80 AÑOS DE EDAD Y SU RELACIÓN CON
SÍNDROME DE CUIDADOR PRIMARIO, EN USUARIOS DE
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 47, DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, SAN LUIS
POTOSÍ.

Número de Registro:

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dr. Héctor Nahúm Bonilla Zúñiga

ASESORES:

Dra. Dora María Becerra López
Asesor Metodológico

Dr. Carlos Vicente Rodríguez Pérez
Asesor Clínico

Dr. Héctor Gerardo Hernández Rodríguez
Asesor Estadístico

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.
2015 – 2018

AUTORES:

Dr. Héctor Nahúm Bonilla Zúñiga
Médico Residente Especialidad en Medicina
Familiar.
Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 47

ASESORES

Dra. Dora María Becerra López
Médico Familiar. Profesora Titular de la
Especialidad de Medicina Familiar
Maestría en ciencias de la educación,
Profesionalización docente. Asociado nivel A
carrera docente.
Adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No.47.
Asesor Metodológico.

Dr. Carlos Vicente Rodríguez Pérez.

**Coordinador clínico de educación e investigación
en salud UMF. No 47. IMSS. San Luis Potosí.
Adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No.47.
Asesor Clínico.**

Dr. Héctor Gerardo Hernández Rodríguez

**Medico Epidemiólogo. Maestría en Salud Pública.
Investigador de la Facultad de Medicina de la
UASLP.
Asesor Estadístico.**

AGRADECIMIENTO

Gracias a mis padres por su apoyo en todo momento, por los valores y educación que me han inculcado a lo largo de mi vida. Por su amor y paciencia, pero sobre todo por ser un ejemplo de vida a seguir.

A ti Alexandra mi eterna compañera, por sobrellevar todo este largo camino, por ser mi guía, mi inspiración, mi motor en el día a día, siempre motivándome en seguir adelante.

Agradezco especialmente a mis asesores por su gran colaboración, tiempo y dedicación para la culminación de este trabajo.

RESUMEN

SÍNTOMAS DE ANSIEDAD EN EL PACIENTE DIABÉTICO DE 60 A 80 AÑOS DE EDAD Y SU RELACIÓN CON SÍNDROME DE CUIDADOR PRIMARIO, EN USUARIOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 47, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, SAN LUIS POTOSÍ. S.L.P.

Bonilla Zúñiga Héctor Nahúm¹, Becerra López DM²,
Rodríguez Pérez Carlos Vicente³, Hernández
Rodríguez HG ⁴

*¹Residente de la Especialidad de Medicina Familiar, ²
Profesora Titular de la Especialidad de medicina Familiar
UMF 47, Maestría en Ciencias de la Educación, ³
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
del UMF No. 47. ⁴Maestría en Salud Pública UASLP,
profesor de la Facultad de Medicina,*

Antecedentes: El cuidador primario generalmente es un familiar directo o un pariente cercano, quien supuestamente goza de buena salud física y mental, y es responsable del paciente. Un enfermo crónico suele generar cansancio y agotamiento en su cuidador, ya que con el progreso de la enfermedad del paciente, requerirá mayor atención, aumentando la carga para el cuidador,

quien puede experimentar cambios físicos o psíquicos presentando positividad por el “síndrome del cuidador primario” que lo convierte en un enfermo secundario. Una vez positivo el síndrome en el cuidador, éste puede no atender al enfermo o generar maltrato, elevando el riesgo en el enfermo de presentar altos niveles de ansiedad que pueden requerir medicación ansiolítica, tornándose todo esto en un círculo de enfermedad.

Objetivo General: Relacionar los síntomas de ansiedad en el paciente diabético de 60 a 80 años de edad y síndrome de cuidador primario, en usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No 47, Del Instituto Mexicano Del Seguro Social, San Luis Potosí. S.L.P.

Material y Métodos: Estudio transversal, observacional analítico, en 58 pacientes diabéticos de 60 a 80 años de edad y sus cuidadores primarios, atendidos en la UMF No. 47. Criterios de inclusión para el enfermo diabético: edad de 60 a 80 años, que cuente con cuidador primario en control por la UMF No. 47 turno matutino, que firmó consentimiento informado. Para el cuidador primario: mayor de 18 años, ser cuidador del enfermo diabético, cualquier sexo, que firmó consentimiento informado. No se incluyó a paciente diabético o cuidador primario con

alguna discapacidad que impida firmar el consentimiento informado o contestar los instrumentos de evaluación. Se eliminó a pacientes diabéticos o cuidador primario que desee retirarse del estudio. Una vez autorizado el estudio, se acudió a los consultorios de la UMF No. 47 identificando aquellos pacientes diabéticos adultos mayores y a su cuidador primario invitándolos a participar, solicitando autorización a través de la firma del consentimiento informado, una vez aceptada su participación, se aplicó el cuestionario y test de Zarit al cuidador primario y se evaluó al paciente diabético a través de la Escala de Hamilton. Identificamos positividad de sobrecarga del cuidador primario a través del test de Zarit (< 47 puntos = no hay sobrecarga; 47 a 55 puntos = sobrecarga leve; > 55 puntos = sobrecarga intensa). Se identificó ansiedad en el paciente a través de la Escala Hamilton donde (≥ 15 puntos= Ansiedad y < 15 puntos = sin ansiedad). Se identificó si existía relación entre la presencia de Síndrome del Cuidador primario y la presencia de Ansiedad en el paciente diabético. Se utilizó programa estadístico SPSS v. 17, a través de una descripción detallada de datos, tablas de frecuencias, gráficos bivariantes.

Resultados: Se estudiaron un total de 58 cuidadores primarios quienes se encontraban entre edades de 24 a 70 años, con un promedio de edad de 47.5 años DE \pm 10.0703, 78% del sexo femenino y 22% sexo masculino. Un 38% solteros, 46% casados, 9% viudos, y 7% unión libre. Un 28% con escolaridad primaria, 26% secundaria, 31% preparatoria y 15% profesionista. La ocupación o actividad económica presento la siguiente distribución 38% ama de casa, 40% empleado, 9% comerciante, 13% profesionista. El 81% de los cuidadores eran parientes cercanos del paciente diabético y 19% eran sus cónyuges. En cuanto al tiempo de cuidado del paciente 88% llevaba años al cuidado, 12% solo meses. En la percepción sobre su salud 45% de los cuidadores consideraron como buena, un 45% como regular y mala un 10%. Entre las enfermedades padecidas por los cuidadores se encontró 38% hipertensión arterial sistémica, 24% diabetes mellitus, 7% hipotiroidismo, 5% dislipidemia, 2% migraña, 10% artritis, 5% obesidad, 3% alcoholismo, 5% depresión, 2% epilepsia y 38% de los cuidadores no presentaban patología alguna. El 50% de los cuidadores habían experimentado cambios en su apetito, 34% presentaban insomnio y 34% disminución

en su tolerancia. El tiempo diario asignado por el cuidador para el cuidado del enfermo fue menos de 12 horas el 55% de ellos y más de 12 horas el 45%. Se estudiaron también los 58 pacientes diabéticos cuyas edades se encontraron entre los 60 a 80 años, con un promedio de 73 años DE ± 5.6132 , 74% del sexo femenino y 26% sexo masculino. Un 5% solteros, 45% casados, 48% viudos, y 2% unión libre. Un 29% con escolaridad de primaria incompleta, 48% primaria, 9% secundaria, 5% preparatoria y 9% profesionista. La ocupación o actividad económica presento la siguiente distribución 69% ama de casa, 29% jubilado y 2% pensionado. El tiempo de diagnóstico de diabetes mellitus referido por los pacientes fue 53% 1 a 10 años, 28% 11 a 20 años, 10% 21 a 30 años, 9% 31 a 40 años. La Escala de Hamilton reporto: Sin ansiedad 31% (18 pacientes), con ansiedad 69% (40 pacientes) y el Test de Zarit sobre la carga experimentada por el cuidador reporto: Sin sobrecarga 47% (27 cuidadores), Sobrecarga Leve 26% (15 cuidadores) y Sobrecarga intensa 27% (16 cuidadores). Encontrando una relación significativa ($p = 0.001$) entre la sobrecarga

experimentada por el cuidador y la presencia de ansiedad en el paciente diabético.

Conclusiones: Existe una relación entre el surgimiento del síndrome del cuidador primario y la aparición de ansiedad en el adulto mayor con diabetes. Con el paso del tiempo de dedicación al cuidado del adulto mayor con diabetes, genera una sobrecarga en su cuidador primario, afectando la salud mental y física, factores determinantes en la aparición de sobrecarga y el surgimiento del síndrome del cuidador primario, incidiendo en la en la prevalencia de ansiedad en el paciente diabético.

ÍNDICE

	Página
1. Marco Teórico:	
1.1. Introducción	1
1.2. Antecedentes	3
1.3. Marco teórico	11
2. Justificación	37
3. Planteamiento del problema	39
4. Hipótesis de trabajo	41
5. Objetivo:	
4.1 Objetivo general.	42
4.2 Objetivos específicos.	
6. Material y métodos	
6.1 Tipo de estudio	
6.2 Población, lugar y tiempo de estudio	
6.3 Tipo de muestra y tamaño de muestra	
6.4 Criterios de selección: - Inclusión, - Exclusión - Eliminación	43
6.5 Variables a recolectar	
6.6 Método o procedimiento para captar la información	
7. Aspectos éticos	54
8. Recursos, financiamiento y factibilidad	56
9. Resultados	58
9. Discusión	74

10. Conclusiones	79
11. Sugerencias	80
12. Referencias bibliográficas	82
13. Anexos.	90

INTRODUCCION

La familia en su conjunto sufre un cambio en su dinámica y funcionamiento cuando uno de sus miembros ha envejecido y presenta alguna enfermedad, sobre todo si existe una pérdida de autonomía de este, para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria, lo que obliga a otros a apoyar al enfermo para realizar actividades y satisfacer sus necesidades. Generalmente, este deterioro funcional provoca alteraciones emocionales y cognitivas que agravan la situación del adulto mayor, aumenta la tensión de los miembros de la familia, y se hace más difícil la tarea del cuidado para quienes asumen esta responsabilidad dentro de ella pudiendo afectar su estabilidad física y mental.

Por otro lado, el paciente suele presentar cambios emocionales por la ansiedad que le genera su limitación física o en su defecto los efectos que la enfermedad genera día a día en su salud lo que puede llevarlo a manejar niveles altos de ansiedad, los cuales, en algunos casos pueden llevar a la necesidad de medicación ansiolítica en el paciente.

Ante estas circunstancias, es importante identificar y evaluar la salud física y emocional del cuidador primario y del paciente, ya que esto será la clave en todo el proceso de atención médica, pudiendo generarse círculos de enfermedad familiar.

Este estudio tuvo por objeto identificar los síntomas de ansiedad en el paciente diabético de 60 a 80 años de edad y su relación con síndrome de cuidador primario, en usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 47, Del Instituto Mexicano Del Seguro Social, San Luís Potosí.

ANTECEDENTES

Las enfermedades crónicas degenerativas en el adulto así como las enfermedades discapacitantes en los niños generan en la familia un gran impacto, ya que en ambas circunstancias los pacientes requieren de ayuda de algún miembro de la familia. En la mayoría de los casos, es una sola persona quien asume el cuidado del enfermo, esta persona debe ocuparse de las necesidades y demandas que el enfermo requiera, dicha persona recibe el nombre de cuidador primario. ¹

Este cuidador se define como la persona (familiar o allegado) que posee una condición favorable para asumir esta responsabilidad, la cual además cuenta con buena disposición para atender al paciente, mantiene un vínculo afectivo con él, y cuenta con una adecuada comprensión para transmitir la información e indicaciones del equipo médico, así como también la facultad de entregar seguridad y bienestar emocional al paciente. ^{1,2}

Sin embargo, no siempre el cuidador primario podrá contar con estas cualidades para ejercer su labor de

cuidador, ya que estas características se apegan a un ideal preestablecido, el cual no necesariamente se puede cumplir a cabalidad.³

Durante el año 2006 Austrin en un estudio realizado en pacientes con cáncer, mostró la necesidad de una atención reflexiva de la forma en que se afecta al “cuidador primario” de estos enfermos. La relevancia de este interés analítico parte de una atención ideal para las personas (cuidadores primarios) que cuidan a estos pacientes, y que deberían estar apoyados por un equipo de profesionales como son personal médico, psiquiatras, psicólogos, enfermeras, nutriólogos, fisioterapeutas y trabajadores sociales. Cosa que no ocurre en la mayoría de los casos.⁴

Son pocos los estudios de investigación que se han realizado acerca de las necesidades del cuidador primario. ¿Quién cuida al cuidador primario? Para responder esta pregunta, se debe empezar conociendo e identificando sus necesidades, su grado de agotamiento, ya que de los pocos estudios realizados sobre el tema sobresale la afirmación de que el cuidador

primario presentará invariablemente alteraciones en su salud física, psíquica, social y emocional.¹⁻³

Dueñas y cols. En Cali, en Colombia en el año 2010. realizaron el estudio de “Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales”, encontrando una prevalencia del cuidador primario en un 47 %⁵, lo cual difiere de lo mencionado por: Domínguez-Sosa. Y cols. En Tabasco, México, en el año 2008, donde se reporta una prevalencia del 15%.⁶

Se menciona que los cuidadores constituyen una población con riesgo de sufrir enfermedades, que pueden ser la depresión y la ansiedad lo cual alteran la dinámica entre los individuos, pues desencadenan o agravan las crisis internas del sistema familiar, lo que a su vez predispone la aparición de síntomas en la familia con el objeto de equilibrar el sistema. Si no se tiene un enfoque biopsicosocial, al abordar las enfermedades de cuidadores, se corre el riesgo de empeorar la situación de salud familiar, al tratar sin elementos adecuados el “equilibrio patológico” del sistema familiar.⁵

En los últimos años, ha cobrado importancia el estudio del rol de los cuidadores primarios ya que la salud física y mental del cuidador influye en la calidad de vida del paciente. De hecho Uribe establece una hipótesis de reflexión en la cual expresa que si el cuidador primario no goza de bienestar físico y mental, no podrá dar una atención de calidad al enfermo a su cargo, aunque asuma la responsabilidad del cuidado de manera voluntaria y con cariño. La función que desempeña el cuidador primario en los pacientes puede ocasionarles problemas de salud no solo de tipo físico sino también de tipo mental. ⁷

Actualmente en el mundo hay aproximadamente 20 millones de personas vivas que sufren algún tipo de enfermedad limitante. Para el 2020 probablemente habrá más de 30 millones a nivel mundial. Lo cual puede considerarse en estricto sentido, como un problema de salud pública que ha aumentado de manera acelerada en las últimas décadas, aumentando la morbi-mortalidad en la mayoría de los países del mundo. Este impacto de los enfermos con alguna enfermedad limitante, no solo se limita al enfermo que lo padece, sino además el

impacto que la enfermedad tiene en el núcleo familiar y sobre todo en el cuidador primario quien requiere de un apoyo emocional para cumplir su cometido.⁸

En un estudio realizado por Armstrong en el 2005, señala algunas de las características demográficas de los cuidadores informales descritos en la literatura: en su gran mayoría lo constituyen mujeres (83.6%); destacando las amas de casa (44.25%), un importante sector los constituyen individuos sin estudios (17.1%) y con parentesco directo con la persona cuidada. Estos datos confirman que la gran mayoría son individuos que no reciben ayuda de otras personas (53.7%), gran parte de los cuidadores comparten el domicilio con el enfermo y prestan ayuda diaria, en la mayoría de los casos sin remuneración.⁹

Así mismo, en otro estudio realizado por Batiz en el 2008 asegura, muchos de los cuidadores, no reciben ayuda de ninguna otra persona en las funciones que realiza, ni siquiera de familiares cercanos. Al mismo tiempo señala que en algunas ocasiones, los cuidadores son quienes rechazan todo tipo de colaboración. Afirma

en algunas ocasiones lo hacen convencidos de que como ellos, nadie más va a soportar tan dura carga. Los cuidadores, refieren haber renunciado a su propio bienestar, no desean que nadie más arrastre este sacrificio, ni que el enfermo con el que han creado un vínculo de interdependencia, sea motivo de rechazo para otras personas.¹⁰

Torres en el 2007, por su parte sustenta que la tarea de cuidar a un enfermo comprende a menudo la aparición de una amplia variedad de problemas de orden: físico, psíquico y sociofamiliar, los cuales originan un auténtico síndrome que es necesario conocer y diagnosticar tempranamente para prevenir su agravamiento. En este proceso hay otros factores que pueden influir en la salud del cuidador y pueden afectarlo; entre otros, habrán de considerarse su edad, genero, parentesco, tiempo de dedicación y otras cargas familiares, elementos que han demostrado influir en la aparición del síndrome.¹¹

En estudios realizados por Fisher y cols. (2008)¹² y Acosta (2005)¹³ observaron una baja adherencia terapéutica y mal control metabólico en los pacientes

diabéticos, explicando como causas probables la complejidad del régimen de tratamiento y ciertos aspectos psicológicos de ansiedad como las creencias erróneas en cuanto a la percepción de la salud, la representación mental de la misma, las expectativas, la motivación por la salud y secundariamente el apoyo social y familiar.

Fabián, García y Cobo, (2010)¹⁴ realizaron un estudio epidemiológico en 741 pacientes adultos de uno y otro sexo (mayores de 17 años) con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (por diagnóstico médico o tratamiento farmacológico para la diabetes). Concluyendo que los síntomas de ansiedad y depresión son más frecuentes en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2, con complicaciones y comorbilidades asociadas y que los pacientes con síntomas de ansiedad o depresión serían aquellos que utilizan con mayor frecuencia métodos no farmacológicos para tratar la enfermedad, más aún aquellos con disfunción familiar.

Enfrentar una enfermedad crónica genera un alto grado de ansiedad en cualquier paciente, ya que implica un

deterioro progresivo de la salud y un enfrentamiento al dolor como secuelas de la enfermedad. Este nivel de ansiedad aumenta gradualmente ante la presencia de un cuidador afectado por el Síndrome.

MARCO TEORICO

CUIDADOR PRIMARIO:

Se define como la persona que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, por lo general suele ser quien tiene un vínculo directo con él, uno de los padres, cónyuge o un pariente cercano. Esta persona es quien pone en marcha la solidaridad con el que sufre y quien comprende que no puede ser indiferente ante la dura realidad que afecta al paciente. Su trabajo adquiere una gran importancia para el grupo conforme progresa la enfermedad, no solo por la atención directa al paciente, sino por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia.¹⁵

La importancia que la familia tiene en el desarrollo y evolución de la persona enferma es de gran peso, aumenta su potencial de acción ante la interacción de cada uno de sus miembros. Por tanto la familia definida como un sistema, se ve afectada como tal, cuando alguno de sus miembros sufre algún cambio vital. “La enfermedad invade a la familia al igual que invade el cuerpo humano” la enfermedad en si misma altera la

dinámica familiar, por lo que en si simboliza y representa, se produce una movilización de recursos y la familia enfoca toda su atención en el miembro enfermo, originándose un desajuste en el medio familiar, ya que el cuidador primario requerirá abandonar el trabajo o a los otros miembros de la familia apareciendo problemas económicos, generando cambios de roles familiares con deterioro físico y mental. ¹⁵

Cuando se diagnostica una enfermedad grave o crónica degenerativa, todo su núcleo familiar se altera, deben acompañarlo todo el tiempo alterando radicalmente la vida de ellos y de la familia entera. Durante el proceso de la enfermedad, el paciente depende del apoyo de quienes lo rodean. Sin una adecuada terapia familiar, el enfermo no podrá estar emocionalmente estable, ni podrá sobrellevar de manera óptima su condición de enfermo. El paciente, su cuidador y toda la familia necesitan una guía, una orientación y un soporte por un profesional para manejar mejor la realidad de las circunstancias que estarán viviendo hasta que surja la muerte del enfermo. ^{15,16}

A mayor edad del paciente y mayor tiempo de la enfermedad las complicaciones suelen aparecer es el momento en que la familia necesita más apoyo, ya que pasa por etapas semejantes a las que atraviesa el paciente pero de forma distinta. ¹⁵

Antes de asumir las responsabilidades de atención, el cuidador principal deberá tener en cuenta los siguientes elementos:

- a) Información adecuada sobre el proceso que afecta al enfermo y su posible evolución.
- b) Orientación sobre cómo hacer frente a las carencias progresivas y las crisis que pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad.
- c) Saber organizarse
- d) Valorar los recursos con que dispone, como son: los apoyos físicos de otras personas, la disponibilidad de tiempo y los deseos de compartir su cuidado que tienen otros miembros de la familia.
- e) Conocer cómo obtener ayuda (amigos, asociaciones de voluntarios, servicios de

bienestar social): ingresos, ayudas institucionales de cuidadores por horas.

- f) Mantener, si es posible, sus actividades habituales
- g) Cuidarse
- h) Planificar el futuro y prepararse para recuperar la normalidad tras el fallecimiento del ser querido, sea niño o adulto.

El cuidador de un enfermo necesita adaptarse al estrés que genera la demanda del cuidado, de hecho el cuidador debe asumir el cuidado de su paciente las 24 horas del día, lo que provoca altos niveles de desgaste físico y psicológico. Dicha tarea puede incluso dar origen a lo que hoy en día se conoce como síndrome del cuidador primario, el cual está relacionado directamente con la sobrecarga que, a nivel físico como emocional, pueden padecer quienes ejercen este desgastante papel. ¹³⁻¹⁵

SINDROME DEL CUIDADOR PRIMARIO

En la literatura se describe el “síndrome del cuidador primario”, como un fenómeno relacionado directamente con la sobrecarga que, a nivel físico como emocional, pueden padecer quienes ocupan este desgastante papel. Se insiste en los textos especializados en la necesidad de atender el cuidado que el cuidador requiere para que este pueda soportar el sobreesfuerzo que tiene que realizar durante un tiempo prolongado en el cuidado diario y constante del enfermo, ya que existe el riesgo de que este personaje se convierta en un enfermo secundario.¹⁶⁻¹⁸

El síndrome del cuidador primario suele estar provocado por la dificultad que entraña para el cuidador el cambio radical de su modo de vida y el desgaste que provoca ver como un ser querido va perdiendo progresivamente sus facultades físicas y psíquicas; pasando, conforme avanza el curso de la enfermedad, de ser un mero supervisor de las actividades del paciente al que le procura los cuidados más básicos.¹⁷

Maslach y Jackson en 1996, en su teoría del estrés en cuidadores primarios, lo caracterizaron como un síndrome de agotamiento emocional, con despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas con necesidades de suma atención. La descripción del síndrome se refiere a un primer aspecto definido como desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga o como una combinación de ellos. El segundo aspecto, la despersonalización, un cambio negativo en las actitudes hacia otras personas, que podrían corresponder a los beneficiarios del propio trabajo. Si bien la despersonalización en niveles moderados sería una respuesta adaptativa a esta misma respuesta, en grado excesivo demostraría sentimientos patológicos expresados en insensibilidad hacia los otros.

18

El tercer componente en estas reflexiones es el sentimiento de falta de realización personal, donde surge una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y a su trabajo, típicas de depresión, autoestima baja, aumento de la irritabilidad, aislamiento profesional,

bajo rendimiento, escasa tolerancia a tensiones, pérdida de la motivación hacia el trabajo.¹⁸

En un estudio realizado por Zambrano y cols., se expone las características más prevalentes del síndrome del cuidador primario, estas características son: trastornos en el patrón de sueño, irritabilidad, altos niveles de ansiedad, reacción exagerada a las críticas, dificultad en las relaciones interpersonales, sentimientos de desesperanza la mayor parte del tiempo, resentimiento hacia la persona que cuida, pensamientos de suicidio o de abandono, frecuentes dolores de cabeza o de espalda, pérdida de energía, sensación de cansancio, y aislamiento.¹⁹



Por lo cual este síndrome constituye una situación estresante con peligro de desbordar y agotar los

recursos y repercutir en la salud física del cuidador, y su estado de ánimo. Según la literatura; hacerse cargo de una persona dependiente durante largos periodos de tiempo puede desencadenar problemas de salud en el cuidador ya que, cuando esta sobrecargado, comienza a notar alteraciones en todos los aspectos de su vida. ¹⁹,

20

Entre las alteraciones físicas se encuentran el cansancio, dolor de cabeza, dispepsia, vértigo, dificultades para dormir y dolores articulares. De estos síntomas físicos tiene particular relevancia la calidad del sueño que puede tener efectos nocivos sobre la salud. En cuanto a las alteraciones emocionales se ha detectado un alto índice de ansiedad que afecta al 60% de los cuidadores primarios y así también depresión en un 30% a un 80% de ellos. ²¹

Los cuidadores primarios constituyen una población en riesgo de sufrir enfermedades psíquicas y físicas. Además de lo anterior la pérdida de autoestima y desgaste emocional así como otros síntomas psíquicos se producen básicamente por: ¹⁹

- a) La transferencia afectiva de los problemas del enfermo hacia quienes lo atienden
- b) La repetición de las situaciones conflictivas
- c) La imposibilidad de dar de sí mismo de forma continua que puede llegar a incapacitarle seriamente para realizar actividades funcionales en relación a sus semejantes y a su entorno.

LA CARGA

También es necesario indicar que “la carga” es un concepto central en el estudio de las consecuencias que sufre o padece el cuidador cuando atiende a enfermos con padecimientos terminales o crónico-degenerativos. Desde su aparición en la literatura médica, el término “carga”, es concebido como un sinónimo de “obligación” o “deber” y ha sido profundamente empleado en la investigación sobre el proceso de cuidado de pacientes, como parte de los efectos sobre el cuidador. Así, el sentimiento de carga del cuidador es un factor trascendental en la utilización de servicios de salud y en la calidad de vida de los cuidadores.^{22, 23}

La carga está relacionada con dificultades en la salud física, debido a una acumulación de estresores frente a los que el cuidador se encuentra desprovisto de estrategias adecuadas de afrontamiento para adaptarse a la situación. La alta incidencia de estos factores de sobrecarga en los cuidadores puede llevar a las familias a comprometer los cuidados prácticos del enfermo e incluso a la claudicación de la atención al enfermo, lo que se transformara en una mayor demanda de los servicios de salud y una peor atención de calidad de atención al paciente. Por ello, es importante la intervención del equipo de salud en el descubrimiento temprano y el manejo precoz de los cuidadores primarios con el síndrome, cuya sobrecarga es suficiente para limitar su desarrollo personal.²⁴

Tras el diagnóstico de una discapacidad severa o de una enfermedad crónica, o potencialmente mortal, suele modificarse significativamente la dinámica familiar, pues gran parte de la atención y la energía se dirigen hacia el cuidado del enfermo. Acorde con las costumbres mexicanas, es común observar que sea alguien de la familia quien se convierta en el apoyo principal de la persona enferma, es decir, en su cuidador principal. Se

ha observado que los cuidadores primarios que experimentan cansancio físico y emocional tienen mayor riesgo de muerte.²⁵

En este sentido es importante tener presente que los cuidadores constituyen una pieza clave en la triada terapéutica “equipo de salud-enfermo-cuidador primario” si la asistencia se lleva a cabo en el servicio de un hospital, pero lo son todavía más si la misma se realiza en el domicilio del propio enfermo.²⁶

Evaluación del Desgaste

En el abordaje clínico del paciente, se tiende a dejar de lado por las consecuencias que este proceso tiene para la familia. Sin embargo no podemos dejar de observar que la respuesta adaptativa de la familia al problema de salud es un factor que incide positivamente en el curso de la enfermedad. Es por ello que la evaluación de necesidades particulares del paciente y del resto de los miembros del núcleo familiar se convierte en una tarea esencial; sobre todo es necesario centrar los esfuerzos comprensivos en el miembro que más necesita ayuda, como lo es, el cuidador primario, quien participa no solo

del cuidado sino que tiene la capacidad de detectar síntomas y el estado general del paciente a su cuidado.

26,27

Conocer a priori que cuidadores se encuentran en mayor situación de riesgo, posibilitaría establecer de forma prioritaria intervenciones preventivas a los cuidadores más necesitados, el establecimiento de medidas de alivio. Existen diversos instrumentos para evaluar el estado físico y emocional de los cuidadores, entre los cuales se encuentran los siguientes: Entrevista de Carga del Cuidador (Zarit): es una prueba psicométrica de calificación objetiva compuesta evalúa la presencia o ausencia de agotamiento, y mediante el análisis por cada uno de sus factores se pueden determinar las cualidades de la carga presente en el cuidador.²⁷

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR TEST DE ZARIT

Mide el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores primarios, muestra el cansancio en el desempeño del rol de cuidador. Consta de 22 ítems relacionados con las

sensaciones del cuidador cuando cuida al paciente, cada uno de los cuales puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde 1 (nunca) a 5 (casi siempre), autoadministrada.²⁷

La interpretación será:

Menos de 47 puntos no hay sobrecarga.

De 47 a 55 puntos la sobrecarga es leve.

Más de 55 puntos la sobrecarga es intensa.

Se deberá evaluar al cuidador primario en forma periódica o cuando la situación del paciente cambie o se sospeche aparición de sobrecarga en el cuidador. Se sugiere evaluar en forma anual. En cuanto a las propiedades psicométricas del test, se ha mostrado la validez de concepto y la validez de constructo. La consistencia interna de la escala es de 0.91 y la fiabilidad test-retest es de 0.86.²⁷

Se debe contestar poniendo el número respectivo de lo que considera el cuidador como cierto: **1** = Nunca **2**= Rara vez **3**= Algunas veces **4**= Bastantes veces **5**= Casi siempre.

ANSIEDAD EN EL PACIENTE DIABETICO

El impacto del diagnóstico de una enfermedad crónica como la diabetes puede manifestarse a través de diversas reacciones, tanto por parte del paciente y de la familia, como del entorno social y laboral, ya que la cronicidad de la enfermedad puede llevar a presentar complicaciones a largo plazo en caso de no mantenerse un apego al tratamiento. ²⁸

Es relevante señalar que las reacciones del propio paciente dependerá en una primera fase de cómo haya llegado clínicamente al diagnóstico, es así que, el paciente recibe de manera distinta el diagnóstico de la diabetes mellitus, cuando se ha realizado un examen de rutina, encontrándose clínicamente bien sin ninguna sintomatología, o a diferencia cuando la persona es diagnosticada por una descompensación metabólica severa. Independientemente de la forma de diagnóstico el impacto de saber que tendrá que seguir en tratamiento durante toda su vida genera cambios emocionales importantes en los pacientes. ^{28, 29}

La persona con diabetes como enfermo crónico puede experimentar diversos cambios de orden psicológico, profesional, familiar, social y también económico.

Entre los cambios a nivel psicológico, encontramos que el diagnóstico de una enfermedad crónica supone una rotura del estado de salud que la persona recibía hasta el momento, por lo que aceptar este nuevo estado de salud genera que se activen mecanismos psicológicos que al pasar por diversos estados emocionales, propiciarían con el tiempo adaptarse a la nueva situación. Estas fases han sido descritas también en la mayoría de otras enfermedades crónicas como reacciones emocionales ligadas al duelo (duelo por la pérdida del estado de salud previo), experimentando el paciente diferentes fases de adaptación.²⁸⁻³⁰

Fase de choque o negación inicial: Las reacciones pueden ir desde la sorpresa a la negación de la realidad. El paciente puede pensar que ha sido un error del laboratorio, que el diagnóstico no es correcto. Esta fase suele durar poco por las restricciones derivadas del tratamiento evidencian una realidad inevitable.

Fase de protesta: Son propias en esta fase las reacciones de cólera, rabia, rebeldía en conocer la enfermedad.

Fase de ansiedad: Pueden presentar reacciones que llegan a ir desde la inhibición o melancolía como consecuencia de conocer en que consiste la enfermedad, tratamiento y posibles complicaciones.

Fase de negociación: Desde el punto de vista del paciente es una fase de pacto. "Comer bajo en grasa y azucares, de ahí no más".

Fase de adaptación: En esta fase se da la aceptación del diagnóstico, en el cual el paciente adoptaría un papel más activo en el autocontrol de su tratamiento.

La calidad y la rapidez de aceptación de la enfermedad son muy variables dependiendo sobre todo de la personalidad del paciente, del soporte familiar. No todas las personas con diabetes pasan por estas fases, ni lo hacen en el orden mencionado, pudiendo por ejemplo llegar a la fase de adaptación y luego regresar a la fase

de negación, pudiendo ser vividas de manera independiente y no sincronizada por el paciente y su familia.³¹

Entre los cambios profesionales, encontramos que en algunos trabajos que pudieran considerarse incompatibles con la diabetes, como aquellos que implican responsabilidad con terceros como podrían ser conducir un autobús, trenes, aviones. Ante esto este dilema el paciente se encuentra ante la duda de si ha de informar o no informar de su condición de diabético y se cuestiona ciertas preguntas como es ¿puede ser que no me den el trabajo si informo mi condición de diabético? ¿me pueden trasladar de lugar o de departamento?, de igual forma con el paso del tiempo el desempeño laboral se puede ver afectado por morbilidades secundarias a la evolución de la diabetes como por ejemplo el surgimiento de insuficiencia renal o uropatía diabética.³⁰⁻³²

Entre los cambios familiares encontramos que el diagnóstico de diabetes impacta la vida familiar, en caso de parejas se puede no aceptar la diabetes, o por el

contrario, se puede tener un rol de guardián controlando y prohibiendo constantemente. Con el paso del tiempo y cronicidad de la diabetes la familia puede caer en cansancio de las modificaciones hechas en las rutinas familiares a causa del cuidado del enfermo o de igual forma el enfermo se siente responsable de las molestias generadas a su ámbito familiar.³³

Entre los cambios sociales se encuentran las restricciones causadas sobre todo por los horarios o la alimentación que son frecuentemente manifestadas por las personas con diabetes. El enfermo presenta incomodidad al tener que rechazar las invitaciones a comer alimentos que no forman parte de su régimen dietético. En general la población tiene poco o ningún conocimiento sobre la diabetes y como consecuencia, se pueden provocar situaciones delicadas que llegan a afectar a las relaciones sociales y de convivencia de las personas con diabetes.²⁸

En cuanto a los cambios económicos, el control, la medicación y el tratamiento, refieren un costo alto si no se cuenta con un seguro médico que cubra la

enfermedad por la cantidad de medicamentos y sobre todo por las dosis que deben recibir los pacientes diabéticos. Incluso aquellos que cuentan con seguro médico puede existir el riesgo de poco ingreso económico familiar que dificulta el traslado del paciente a su consulta.^{32, 33}

Aspectos psicológicos relacionados a la diabetes mellitus

Los aspectos psicológicos de la diabetes mellitus así como el impacto de estos en la funcionalidad del paciente tienen gran importancia para un mejor afrontamiento del diagnóstico y eficacia en el tratamiento. Se ha documentado que estos pacientes tienen gran componente psicológico que impacta tanto en la evolución de la enfermedad como en su tratamiento, pudiendo llegar a requerir ayuda psicológica y/o farmacológica.³⁴

Los cambios psicológicos en la diabetes mellitus pueden aparecer en cualquier momento de la enfermedad, pues el paciente no se explica cómo “de la noche a la mañana” se ha convertido en un enfermo crónico y con

el paso del tiempo experimenta la sensación de que la enfermedad es una carga pesada que debe arrastrar el resto de su vida. Ciertas personas pueden reaccionar de una manera poco adaptativa, las interacciones médico-pacientes el apoyo familiar, social y sobre todo del cuidador primario pueden mitigar este impacto. ³⁵

Existen aspectos psicológicos que pueden desestabilizar y/o impedir un adecuado control metabólico de la diabetes, entre ellos los más importantes son situaciones estresantes, cuadros de ansiedad y situaciones que lleven a una complicación mayor como es la depresión. ^{34,35}

Situaciones de estrés: Esta bien documentada la relación entre el estrés y la elevación de la glucémia, siendo esta afectada por tres vías diferentes; una vía pituitario-córtico-adrenal a través del cortisol, una vía simpático-médulo adrenal a través de la adrenalina y noradrenalina y una tercera a través de la secreción del glucagón. De tal forma que una mala relación o situaciones de estrés del paciente con su grupo de apoyo puede llevarlo al descontrol metabólico. ³⁶

Ansiedad: La ansiedad desempeña una función adaptativa cuando se presenta de forma moderada, adoptando medidas de prevención y ayudando a afrontar una realidad nueva para el individuo como es el caso de padecer diabetes mellitus; sin embargo, cuando dicha situación de amenaza personal al bienestar físico se manifiesta con gran intensidad, altera el control adecuado del entorno del enfermo, relacionándose a su vez con los bajos niveles de salud y bienestar del individuo. El paciente diabético está más expuesto a presentar ansiedad debido a los requerimientos diarios de la enfermedad (chequeo de glucosa, régimen alimenticio, etc.) así como las relaciones con su entorno familiar o social. ³⁹

Depresión: Hasta hace poco se infería que la depresión se desarrollaba como consecuencia de la diabetes, sin embargo se ha documentado que la depresión se produce relativamente pronto en el curso de la enfermedad, antes incluso del inicio de las complicaciones, por lo que no parece que los altos índices de depresión en la diabetes se pueda explicar

sólo por tratarse de una reacción emocional a una enfermedad crónica con complicaciones. Cuando coexisten depresión y diabetes suelen surgir mayor número de complicaciones y empeora el curso de la enfermedad, hay menos adherencia al cumplimiento del tratamiento, pérdida de motivación, desesperanza y comportamiento autodestructivo propios de la depresión y la aparición de mayor morbilidad secundaria a la diabetes. Estos cambios en el paciente repercutirán en forma negativa en la dinámica familiar y en la relación del paciente con su cuidador. Una mala relación del paciente diabético con su entorno social puede impactar, formándose un círculo vicioso de la enfermedad. ⁴⁰

VALORACION DE LA ANSIEDAD

La escala de Hamilton para la ansiedad (HRSA) es una escala de heteroevaluación (llevada a cabo por un observador externo). ⁴¹

La escala de Hamilton para la ansiedad (HRSA) explora el área del estado de ansiedad (interrupción del continuum emocional que se expresa por medio de una

sensación subjetiva de tensión, nerviosismo e inquietud y está asociado a la activación del sistema nervioso autónomo).⁴¹

La HSRA se trata de uno de los instrumentos más utilizados en estudios farmacológicos sobre ansiedad. Es usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento. No distingue síntomas específicos de un trastorno de ansiedad, ni entre un desorden de ansiedad y una depresión ansiosa. Sin embargo puede discriminar adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos.⁴¹

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 evaluaciones de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

Se sugiere que puntuaciones por arriba de 15 puntos detectados en los pacientes obligan a prescribir ansiolíticos disminuir la ansiedad detectada.

IMPORTANCIA DEL CUIDADOR PRIMARIO EN EL PACIENTE DIABETICO DE 60 A 80 AÑOS

La diabetes mellitus (DM) genera complicaciones que afectan progresivamente la calidad de vida de los pacientes, provoca problemas a corto y largo plazo en el ámbito familiar. El mayor problema estriba en la ineficacia del manejo integral (médico-paciente-cuidador) ya que la realidad muestra un mal control metabólico en estos pacientes, más aún en aquellos cuya enfermedad ha deteriorado progresivamente la salud.⁴²

El tratamiento de la DM implica modificar comportamientos relacionados con la alimentación y la actividad física, tarea que resulta difícil, por lo que el abandono del tratamiento es constante, en muchos

casos está presente la comorbilidad con depresión y estrés.⁴²

Para lograr un control metabólico es necesario que las personas se entrenen en habilidades de autocuidado, adherencia al tratamiento, así como de afrontamiento de situaciones estresantes. Estas situaciones se tornan difíciles sobre todo en pacientes adultos mayores quienes obligatoriamente dependen de un cuidador, se considera que este grupo etario presenta alta prevalencia de DM y dependientes del cuidado familiar.

42,43

Es necesario por tanto considerar al cuidador primario y al paciente diabético como una unidad de atención médica dirigidas a generar habilidades de afrontamiento de la enfermedad y adherencia al tratamiento, es necesario que las intervenciones se enfoquen en estrategias para el control metabólico sin soslayar la importancia de mejorar la calidad de vida de ambas personas.⁴³

En congruencia con lo antes mencionado, se presume que los adultos mayores presentan mayores dificultades en su desempeño diario, así como también un evidente deterioro de sus capacidades y habilidades. La literatura señala a la calidad de vida como la habilidad de participar plenamente en funciones y actividades relacionadas con aspectos físicos, sociales y psicosociales apropiadas para la edad, situación que limita a este tipo de pacientes; por tanto, obligadamente requieren de un cuidador primario que se responsabilice de la atención diaria, lo que puede generar altos niveles de desgaste físico y psicológico. ⁴²⁻⁴⁴

El rol del cuidador principal puede generar efectos positivos en el paciente, ya que éste último se sentiría apoyado, acogido y querido por su cuidador, además de proveerle de ayuda en el proceso de su enfermedad. Es importante que exista una relación sana entre el paciente diabético y su cuidador primario, ambos requieren una vigilancia estricta de su salud física y mental con apoyo constante en el desarrollo de habilidades de confrontación del estrés y del control metabólico del paciente. ^{43,44}

JUSTIFICACIÓN

El cuidador primario generalmente es un familiar directo o un pariente cercano, quien supuestamente goza de buena salud física y mental, y es responsable del paciente. Un enfermo crónico y sobre todo adulto mayor, suele generar cansancio y agotamiento en su cuidador, ya que con el progreso de la enfermedad requiere mayor atención, aumentando la carga para el cuidador, quien puede experimentar cambios físicos o psíquicos presentando positividad por el “síndrome del cuidador primario” que lo convierte en un enfermo secundario. Es necesaria una relación emocional sana entre el cuidador primario y el paciente diabético, ya que cuando esta no es funcional afecta la adherencia del paciente a su tratamiento y aumenta el riesgo de que el paciente presente ansiedad que requiera manejo ansiolítico.

Esta investigación buscó indagar si existe relación entre la ansiedad del paciente diabético adulto mayor y la positividad del síndrome del cuidador primario en la persona responsable de su cuidado. Hasta el momento no se contaba con estudios enfocados a esta probable

asociación. Esta investigación permite evaluar si el médico se enfrenta a dos enfermos y no solo a uno, ya que de existir asociación, deberán modificarse los protocolos de manejo de los pacientes diabéticos y romper un círculo de enfermedad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La situación demográfica actual a nivel mundial indica claramente la tendencia al crecimiento de los grupos etarios que superan los 60 años. De acuerdo a las cifras reportadas por el INEGI, en San Luis Potosi contamos con 257 976 adultos mayores.

El adulto mayor con diabetes mellitus de larga evolución suelen presentar complicaciones secundarias a la cronicidad de su padecimiento, que pueden limitar su capacidad física, lo que repercute en mayor necesidad de atención y cuidado, lo cual es proporcionado en la mayoría de las veces por un cuidador primario, los cuales están sujetos a una carga física y emocional diaria al tener que atender al enfermo y apoyar su tratamiento.

Estas condiciones pueden dar origen a dos enfermos que requieren atención médica, sin embargo dicha atención suele enfocarse al paciente, olvidando evaluar la salud del cuidador, por lo que es imprescindible una

investigación el respecto, para evitar que se torne un círculo vicioso de enfermedad.

Este estudio fue factible ya que en los consultorios de la UMF No. 47 del IMSS de San Luís Potosí se atiende diariamente a pacientes diabéticos adultos mayores que son llevados a consulta por su cuidador, por lo cual se contó con el material humano requerido para su realización, contando con el apoyo del Servicio de Medicina Familiar así como también contamos con el conocimiento científico del asesor del proyecto quien cuenta con experiencia en la realización y publicación de proyectos de investigación.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la relación entre síntomas de ansiedad en el paciente diabético de 60 a 80 años de edad y el síndrome de cuidador primario, que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 47, Del Instituto Mexicano Del Seguro Social, San Luis Potosí?

HIPOTESIS

Hi:

“La existencia de síntomas de ansiedad en el paciente diabético de 60 a 80 años de edad se relaciona con síndrome de cuidador primario, usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 47, Del Instituto Mexicano Del Seguro Social, San Luis Potosí.”

Ho:

“La existencia de síntomas de ansiedad en el paciente diabético de 60 a 80 años de edad no se relaciona con síndrome de cuidador primario, usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 47, Del Instituto Mexicano Del Seguro Social, San Luis Potosí.”

OBJETIVOS

GENERAL:

Relacionar los síntomas de ansiedad en el paciente diabético de 60 a 80 años de edad y síndrome de cuidador primario, en usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 47, Del Instituto Mexicano Del Seguro Social, San Luis Potosí. S.L.P.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1) Determinar edad, sexo, tiempo dedicado y tiempo transcurrido como cuidador primario.
- 2) Valorar el agotamiento del cuidador primario a través del test de Zarit.
- 3) Estimar la presencia de síntomas de ansiedad a través de la escala de Hamilton.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

- Observacional analítico.
- Transversal

UNIVERSO DE ESTUDIO:

- Unidad de Medicina Familiar No. 47, IMSS, San Luis Potosí. S.L.P.

UNIDAD DE ESTUDIO

- Pacientes diabéticos de 60 a 80 años de edad y sus cuidadores primarios usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 47 de San Luis Potosí del Instituto Mexicano del Seguro Social.

ESPACIO DE ESTUDIO

- Sala de espera de consulta externa, (turno matutino) de la Unidad de Medicina Familiar No. 47, IMSS, San Luis Potosí.

POBLACION DE REFERENCIA:

- Pacientes diabéticos de 60 a 80 años de edad y su cuidador primario.

FECHA DE INCIO Y CONCLUSION

Se llevó a cabo de diciembre 2017 a febrero 2018.

TIPO DE MUESTRA

Muestra no probabilística por conveniencia

TAMAÑO DE MUESTRA

La muestra calculada para esta investigación se basó en el cálculo del tamaño muestral mínimo necesario para detectar un coeficiente de correlación de Pearson significativamente diferente de cero. Se cree que el valor del coeficiente de correlación lineal de Pearson entre los valores de ansiedad en el paciente diabético de 60 a 80 años de edad y el síndrome de cuidador primario y el colesterol puede oscilar alrededor de $r=0,36$. Aplicando las fórmulas siguientes, con un planteamiento bilateral, una seguridad del 95% y un poder estadístico del 80%, se obtiene:

$$n = \left(\frac{z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta}}{\frac{1}{2} \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)} \right)^2 + 3 = \left(\frac{1,96 + 0,84}{\frac{1}{2} \ln \left(\frac{1+0,36}{1-0,36} \right)} \right)^2 + 3 \approx 58$$

$$n = \left[\frac{Z\alpha + Z\beta}{1/2 \ln((1+r)/(1-r))} \right]^2 + 3$$

		Confianza	Potencia	Coeff Estimado
Z α =	1.96	95	80	0.36
Z β =	0.84			
r =	0.36			
Numerador	2.80			
Denominador	0.4356112			
n =	58			
Redondeo	58			

CRITERIOS DE SELECCION DE LA POBLACION

6.4 Criterios de selección:

6.4.1 Inclusión:

Paciente diabético:

- De 60 a 80 años de edad, usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 47, IMSS, San Luis Potosí que acepten participar en el estudio y que

cuenten con cuidador primario, previa autorización con firma de consentimiento informado.

- En control en la Unidad de Medicina Familiar No. 47 del IMSS, San Luis potosí, turno matutino.

Cuidador primario:

- Adultos de 18 años o más de edad, que cuiden al paciente diabético de 60 a 80 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No. 47, IMSS, San Luis Potosí que acepten participar en el estudio, previa autorización con firma de consentimiento informado.

6.4.2 Exclusión:

Paciente diabético:

- Paciente diabético o cuidador primario con alguna discapacidad que impida firmar el consentimiento informado o contestar los instrumentos de evaluación.

6.4.3 Eliminación:

- Paciente diabético o cuidador primario que desee retirarse del estudio.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

- Ansiedad en el paciente diabético

VARIABLE DEPENDIENTE:

- Sobrecarga del cuidador primario

VARIABLES INTERVINIENTES:

Sociodemográficas

- 1) Edad
- 2) Sexo
- 3) Estado Civil
- 4) Ocupación
- 5) Escolaridad
- 6) Parentesco con el enfermo
- 7) Tiempo que ha cuidado al enfermo
- 8) Tiempo que ha sido diabético

Físicas

- 1) Estado de salud del cuidador
- 2) Enfermedades que padece el cuidador

3) Medicamentos ingeridos

4) Toxicomanías

Emocionales

1) Cambios en carácter

2) Cambios en apetito

3) Insomnio

4) Tolerancia

5) Tiempo de cuidado al enfermo

6) Razones para ser cuidador

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	TIPO VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	ESTADISTICA	FUENTE
Edad del cuidador	Años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento del estudio referida por el cuidador.	Cuantitativa Discreta	Años	Promedio Desviación estándar	Cuestionario
Edad del paciente	Años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento del estudio referida por el paciente.	Cuantitativa Discreta	Años	Promedio Desviación estándar	Cuestionario
Sexo	Condición de género del individuo	Cualitativa Dicotómica	Masculino Femenino	Proporciones	Cuestionario
Estado Civil	Condición de unión o matrimonio de la población	Cualitativa Nominal	Casado Soltero Viudo Divorciado	Proporciones	Cuestionario
Ocupación	Acción o función que se desempeña para su economía familiar	Cualitativa Nominal	Hogar Empleado Estudiante Comerciante	Proporciones	Cuestionario
Escolaridad	Cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Cuantitativa Ordinal	Primaria Secundaria Preparatoria Profesional	Proporciones	Cuestionario
Parentesco con el enfermo	Relación familiar o no, del cuidador con el enfermo	Cualitativa Nominal	Padres Pariente Cercano Ninguno	Proporciones	Cuestionario

Tiempo de cuidado al enfermo	Tiempo al cuidado del enfermo.	Cuantitativa Ordinal	Semanas Meses Años	Proporciones	Cuestionario
Estado de salud	Percepción subjetiva del cuidador sobre su propia salud	Cualitativa Nominal	Buena Regular Mala	Proporciones	Cuestionario
Enfermedades que padece el cuidador	Trastornos de salud diagnosticados en el cuidador	Cualitativa Nominal	Cardiovasculares Endocrinos Neurológicos Psiquiátricos	Proporciones	Cuestionario
Cambio de apetito	Percepción de cambio en sus hábitos alimentarios	Cualitativa Dicotómica	Si No	Proporciones	Cuestionario
Insomnio	Alteraciones en sus patrones de sueño	Cualitativa Dicotómica	Si No	Proporciones	Cuestionario
Cambio en Tolerancia	Presencia de irritabilidad frecuente	Cualitativa Dicotómica	Si No	Proporciones	Cuestionario
Tiempo de cuidado diario al paciente	Tiempo que ofrece al enfermo para su cuidado diario	Cualitativa Dicotómica	Menos de 12 horas Mas de 12 horas	Proporciones	Cuestionario
Sobrecarga o agotamiento del cuidador	Test de Zarit cuyos ítems muestran la presencia o ausencia de agotamiento	Cualitativa Ordinal	< 47 puntos = no hay sobrecarga 47 a 55 puntos = sobrecarga leve > 55 puntos = sobrecarga intensa	Proporciones	Test de Zarit
Ansiedad	Escala de Hamilton que establece Analizando	Cualitativa Dicotómica	≥ 15 puntos= Ansiedad	Proporciones	Escala Hamilton

	ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).		< 15 puntos = sin ansiedad		
--	---	--	-------------------------------------	--	--

PROCEDIMIENTO

- 1) Previa autorización del Comité de Investigación Hospitalario, se acudió a los consultorios de la UMF No. 47 y se identificó aquellos pacientes diabéticos de la tercera edad y a su cuidador primario invitándolos a participar en el estudio, se le explicó los objetivos del mismo y se solicitó autorización a través de la firma del consentimiento informado.
- 2) Una vez que aceptaron la participación en el estudio, se aplicó el cuestionario y test de Zarit al cuidador primario y se evaluó al paciente diabético a través de la Escala de Hamilton.
- 3) Se identificó la positividad de sobrecarga del cuidador primario mostrada por el test de Zarit donde: < 47 puntos = no hay sobrecarga; 47 a 55 puntos = sobrecarga leve; > 55 puntos = sobrecarga intensa
- 4) Se identificó Ansiedad en el paciente evaluada por la Escala Hamilton donde: ≥ 15 puntos= Ansiedad y < 15 puntos = sin ansiedad

- 5) Se identificó si existe relación entre la presencia de Síndrome del Cuidador primario y la presencia de Ansiedad en el paciente diabético.
- 6) Se mostraron resultados a través de tablas de frecuencias y gráficos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

- 1) Los resultados del estudio se capturaron en una base de datos Excel.
- 2) El análisis estadístico de las variables de intervalo se dio como media y desviación estándar.
- 3) En aquellas distribuciones de variables ordinales se presentaron también la mediana y el rango.
- 4) En aquellas variables cualitativas se utilizaron proporciones.
- 5) La evaluación estadística fue realizada en la UMF No. 47 del IMSS, utilizando para tal fin el programa estadístico SPSS v. 17, a través de una descripción detallada de datos, tablas de frecuencias, gráficos bivariantes.

CONSIDERACIONES ETICAS

Tanto los cuestionarios y fichas de recogida de datos fueron tratadas con la máxima confidencialidad, de acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de datos de carácter personal. El desarrollo del presente trabajo de investigación, atendió a los aspectos éticos que garantizan la privacidad, dignidad y bienestar del sujeto a investigación, y no representó riesgo de acuerdo al reglamento de la ley general en salud en materia de investigación para la salud, y de acuerdo al artículo 17 de éste mismo título.

Los procedimientos propuestos en la presente investigación, estuvieron de acuerdo con las normas éticas, el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, se resguardó la confidencialidad de los datos y según normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación. De acuerdo a la Ley General en Salud en materia de investigación se consideró un estudio de

categoría I dado que no hay intervención solo revisión de cuestionarios aplicados por los médicos residentes.

El presente proyecto estuvo apegado a los principios emanados de la 18a Asamblea médica de Helsinki, Finlandia en 1964 y a las modificaciones hechas por la propia asamblea en Tokio, Japón en 1975 donde se contempló la investigación médica. Así como a la ley general de salud en materia de investigación científica y el reglamento del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se considera una investigación sin riesgo ya que se trabajó con investigación documental. Se solicitó la autorización de los cuidadores para participar en el estudio a través de la firma de la carta de consentimiento informado.

Conforme a los lineamientos de las buenas prácticas clínicas todos los participantes en el estudio fueron identificados únicamente mediante iniciales y número en la base de datos.

RECURSOS E INFRAESTRUCTURA

Recursos físicos:

Servicio de Medicina familiar de la UMF No. 47 del IMSS.

Recursos humanos:

Residente Tesista.

Asesor Médico.

Pacientes diabéticos.

Cuidadores primarios.

Recursos Materiales:

Diverso material de oficina, cuestionarios, hojas para la recolección de datos y un equipo de cómputo, programa estadístico SPSS v. 17 aportados por el residente de la especialidad.

FINANCIAMIENTO

El proyecto se llevó a cabo con recursos propios del investigador.

FACTIBILIDAD

Este estudio fue factible ya que en los consultorios de la UMF No. 47 del IMSS de San Luís Potosí se atiende

diariamente a pacientes diabéticos de la tercera edad que son llevados a consulta por su cuidador, por ello se contó con el material humano requerido para su realización.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 58 cuidadores primarios quienes se encontraban entre edades de 24 a 70 años, con un promedio de edad de 47.5 años DE ± 10.0703 . La tabla I y gráfica 1 muestran los estratos por edad.

Tabla I

ESTRATOS POR EDAD CUIDADOR PRIMARIO	Num. Grupo	% Grupal
20 a 30 años	2	3%
31 a 40 años	14	24%
41 a 50 años	19	34%
51 a 60 años	21	36%
61 a 70 años	2	3%
Total	58	100%
Promedio	47.5 años	
Desviación Estándar	10.0703	
Edad Máxima	70 años	
Edad Mínima	24 años	

Fuente: hoja de recolección de datos.

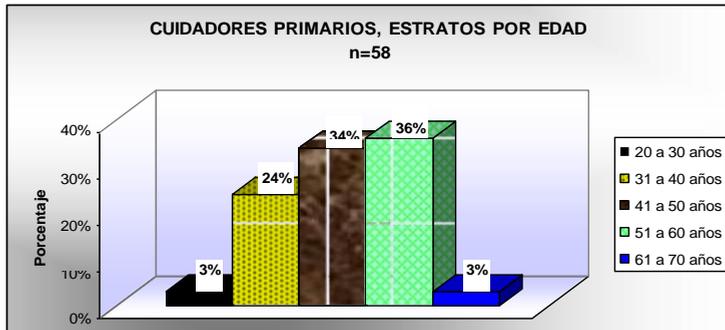
La tabla II y gráfica 2 muestran los estratos por edad. Se estudiaron a su vez 58 pacientes diabéticos cuyas edades se encontraron entre los 60 a 80 años, con un promedio de 73 años DE ± 5.6132 .

Tabla II

ESTRATOS POR EDAD EN EL PACIENTE DIABETICO	Num. Grupo	% Grupal
60 a 70 años	19	33%
71 a 80 años	39	67%
Total	58	100%
Promedio	73 años	
Desviación Estándar	5.6132	
Edad Máxima	80 años	
Edad Mínima	60 años	

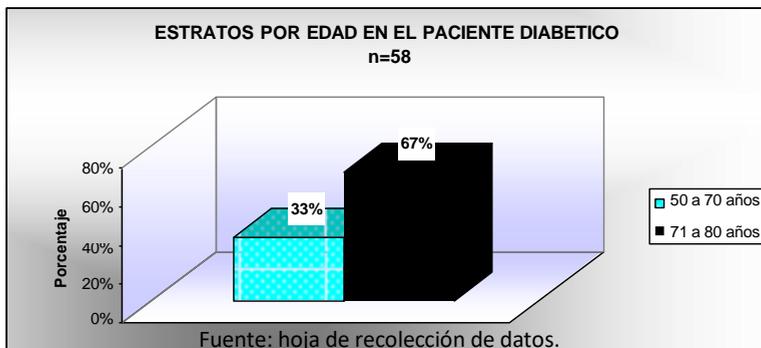
Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica 1



Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica 2



Fuente: hoja de recolección de datos.

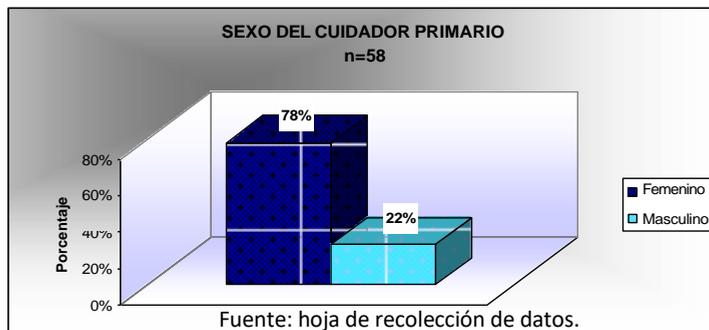
La tabla III y gráfica 3 y 4 muestran la distribución por sexo tanto en los cuidadores primarios como en los pacientes diabéticos.

Tabla III

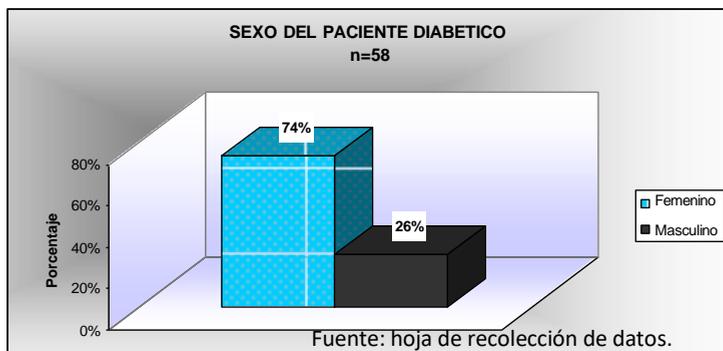
SEXO	CUIDADOR PRIMARIO		PACIENTE DIABETICO	
	Num. Grupo	% Grupal	Num. Grupo	% Grupal
Femenino	45	78%	43	74%
Masculino	13	22%	15	26%
Total	58	100%	58	100%

Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica 3



Gráfica 4



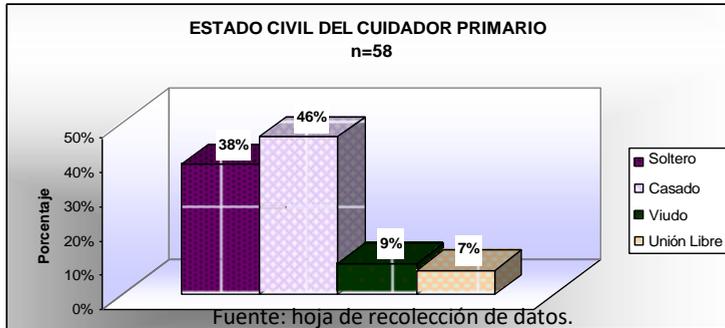
La tabla IV y gráfica 5 y 6 muestran el estado civil tanto en los cuidadores primarios como en los pacientes diabéticos.

Tabla IV

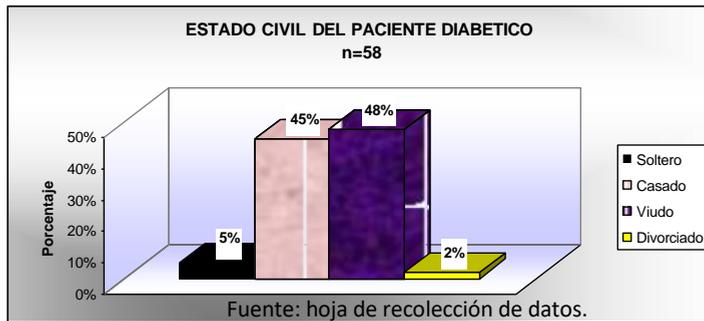
ESTADO CIVIL	CUIDADOR PRIMARIO		PACIENTE DIABETICO	
	<i>Num. Grupo</i>	<i>% Grupal</i>	<i>Num. Grupo</i>	<i>% Grupal</i>
Soltero	22	38%	3	5%
Casado	27	46%	26	45%
Viudo	5	9%	28	48%
Unión Libre	4	7%	1	2%
Total	58	100%	58	100%

Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica 5



Gráfica 6



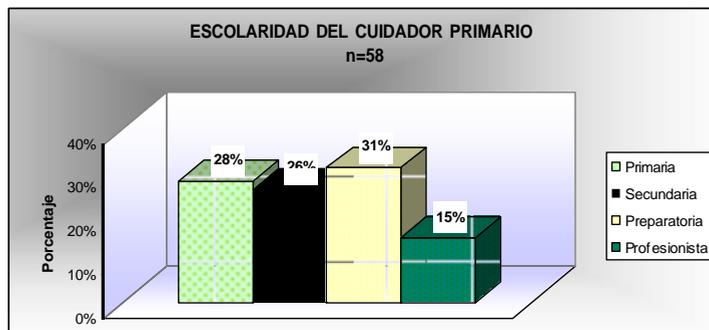
La tabla V y gráfica 7 y 8 muestran la escolaridad tanto en los cuidadores primarios como en los pacientes diabéticos.

Tabla V

ESCOLARIDAD	CUIDADOR PRIMARIO		PACIENTE DIABETICO	
	<i>Num. Grupo</i>	<i>% Grupal</i>	<i>Num. Grupo</i>	<i>% Grupal</i>
Primaria incompleta	0	0%	17	29%
Primaria	16	28%	28	48%
Secundaria	15	26%	5	9%
Preparatoria	18	31%	3	5%
Profesionista	9	15%	5	9%
Total	58	100%	58	100%

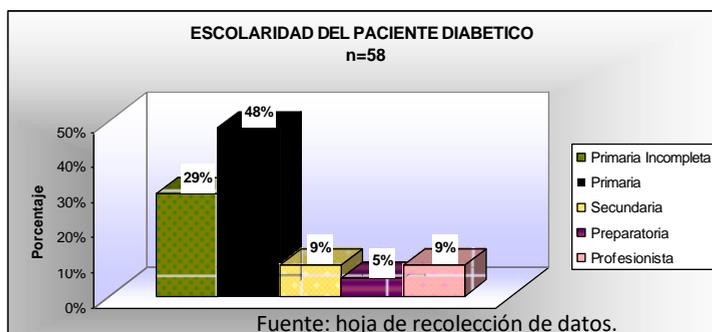
Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica 7



Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica 8



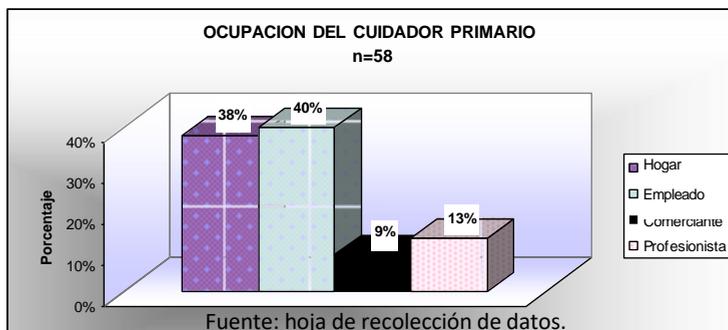
La tabla VI y gráfica 9 y 10 muestran la ocupación de los cuidadores primarios y de los pacientes diabéticos.

Tabla VI

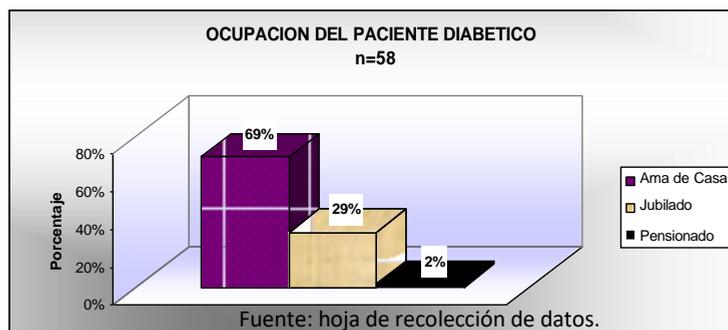
OCUPACION	CUIDADOR PRIMARIO		PACIENTE DIABETICO	
	<i>Num. Grupo</i>	<i>% Grupal</i>	<i>Num. Grupo</i>	<i>% Grupal</i>
Ama de Casa	22	38%	40	69%
Empleado	23	40%	0	0%
Comerciante	5	9%	0	0%
Profesionista	8	13%	0	0%
Jubilado	0	0%	17	29%
Pensionado	0	0%	1	2%
Total	58	100%	58	100%

Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica 9



Gráfica 10



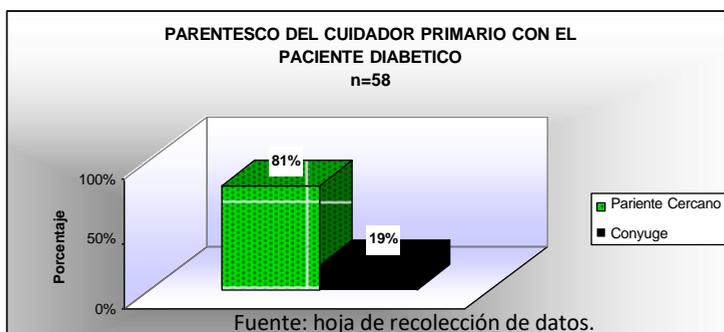
La tabla VII y gráfica 11 muestran la relación de parentesco entre los cuidadores primarios y los pacientes diabéticos.

Tabla VII

PARENTESCO	Num. Grupo	% Grupal
Pariente Cercano	47	81%
Cónyuge	11	19%
Total	58	100%

Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica 11



La tabla VIII, gráfica 12 muestra el tiempo que ha sido cuidador primario y la tabla IX y gráfica 13 muestran la percepción del cuidador primario sobre su estado de salud.

Tabla VIII

TIEMPO DE CUIDADOR	Num. Grupo	% Grupal
Años	51	88%
Meses	7	12%
Total	58	100%

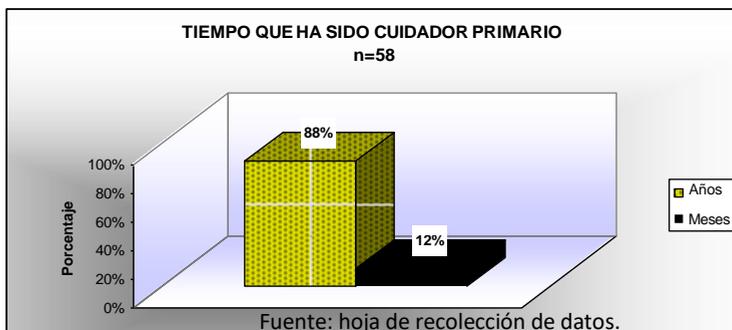
Fuente: hoja de recolección de datos.

Tabla IX

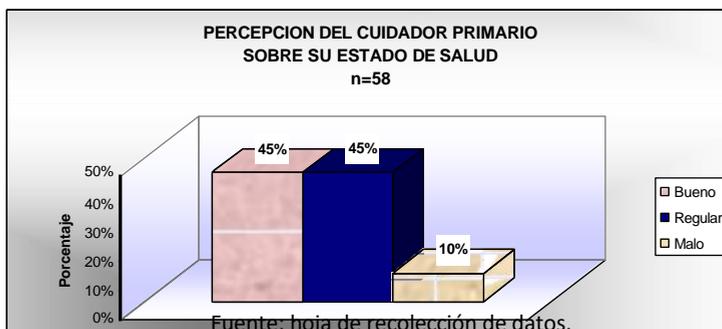
ESTADO DE SALUD DEL CUIDADOR	Num. Grupo	% Grupal
Bueno	26	45%
Regular	26	45%
Malo	6	10%
Total	58	100%

Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica 12



Gráfica 13



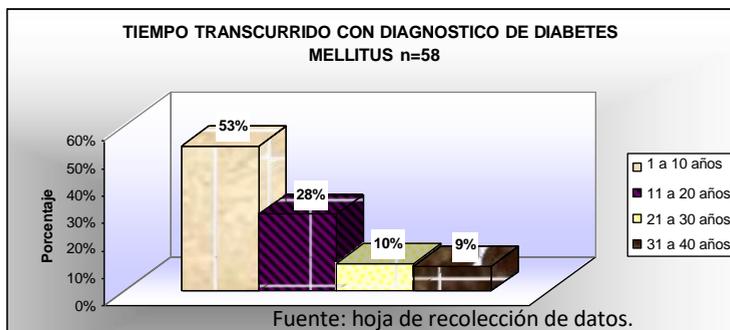
La tabla X y la gráfica 14 muestran el tiempo que el paciente ha vivido con diabetes mellitus.

Tabla X

TIEMPO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS	Num. Grupo	% Grupal
1 a 10 años	31	53%
11 a 20 años	16	28%
21 a 30 años	6	10%
31 a 40 años	5	9%
Total	58	100%

Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica 14



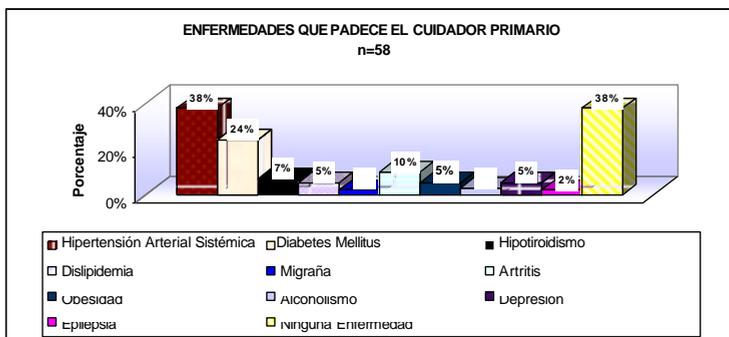
La tabla XI y gráfica 15 muestra la frecuencia de morbilidad en el cuidador primario.

Tabla XI

ENFERMEDAD QUE PADECE EL CUIDADOR PRIMARIO	Num. Grupo	% Grupal
Hipertensión Arterial Sistémica	22	38%
Diabetes Mellitus	14	24%
Hipotiroidismo	4	7%
Dislipidemia	3	5%
Migraña	1	2%
Artritis	6	10%
Obesidad	3	5%
Alcoholismo	2	3%
Depresión	3	5%
Epilepsia	1	2%
Ninguna	22	38%

Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica 15



Fuente: hoja de recolección de datos.

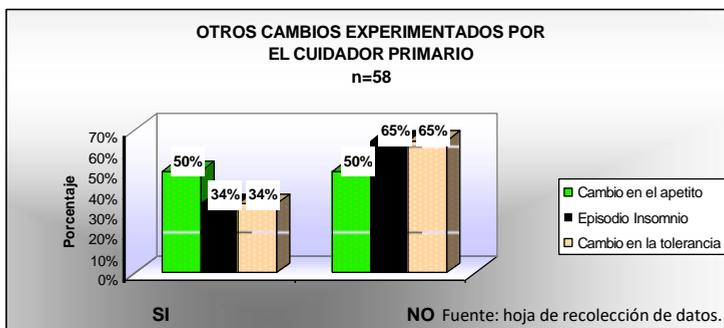
La tabla XII y gráfica 16 muestran otros cambios experimentados por el cuidador primario.

Tabla XII

OTROS CAMBIOS EXPERIMENTADOS POR EL CUIDADOR PRIMARIO	Num. Grupo	% Grupal
Cambio de apetito	29	50%
Insomnio	20	34%
Cambio en su tolerancia	20	34%

Fuente: hoja de recolección de datos.

Gráfica 16



Fuente: hoja de recolección de datos.

La tabla XIII muestra las horas asignadas por el cuidador para el cuidado del paciente.

Tabla XIII

HORAS DE CUIDADO	Num. Grupo	% Grupal
Menos de 12 horas	32	55%
Más de 12 horas	26	45%
Total	58	100%

Fuente: hoja de recolección de datos.

La tabla XIV muestra el grado de sobrecarga experimentado por el cuidador primario, siendo sobrecarga leve 26% (15 cuidadores) y sobrecarga intensa 27% (16 cuidadores).

Tabla XIV

RESULTADOS TEST DE ZARIT	Num. Grupo	% Grupal
No hay Sobrecarga <47 puntos	27	47%
Sobrecarga Leve 47 a 55 puntos	15	26%
Sobrecarga Intensa >55 puntos	16	27%
Total	58	100%

Fuente: Test de Zarit.

La tabla XV muestra la presencia de ansiedad experimentada por el paciente diabético, encontrando que existía ansiedad en el 69% de ellos (40 pacientes).

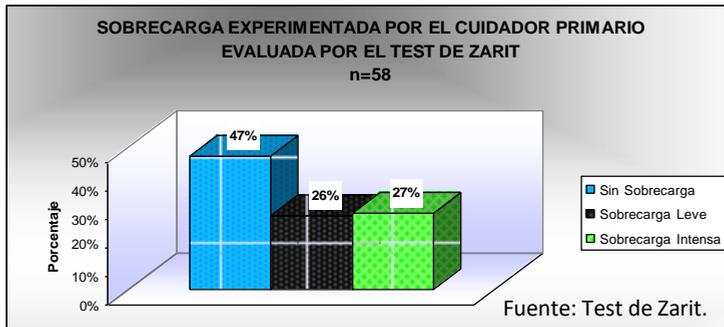
Tabla XV

ANSIEDAD ESCALA DE HAMILTON	Num. Grupo	% Grupal
< 15 puntos Sin Ansiedad	18	31%
> 15 puntos Con Ansiedad	40	69%
Total	58	100%

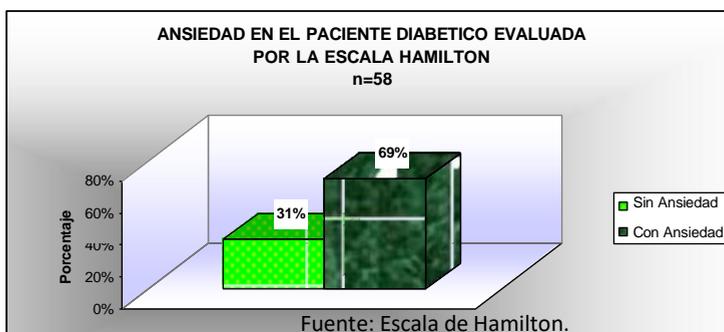
Fuente: Escala de Hamilton.

Las gráficas 17 muestra objetivamente la sobrecarga experimentada por el cuidador primario evaluada a través del Test de Zarit, mientras que la gráfica 18 muestra la frecuencia de ansiedad experimentada por el paciente diabético.

Gráfica 17



Gráfica 18



La tabla XVI muestra la correlación entre la presencia de sobrecarga en el cuidador primario y el surgimiento de ansiedad en el paciente diabético, encontrando que existe una relación estadísticamente significativa $p < 0.003$.

Tabla XVI

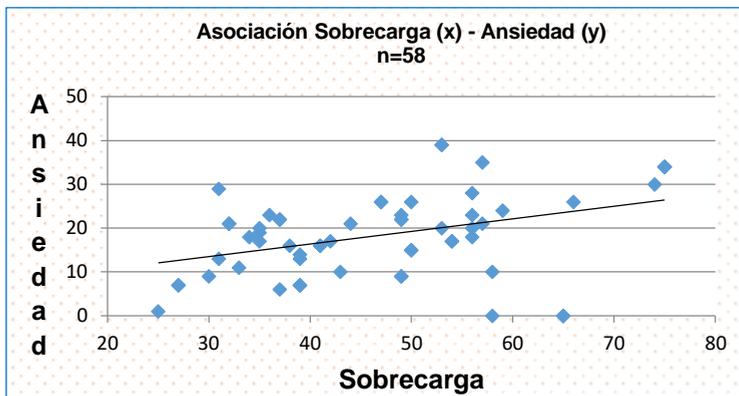
CORRELACION ENTRE LA CARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO Y LA PRESENCIA DE ANSIEDAD EN EL PACIENTE DIABETICO

PACIENTE DIABETICO	CUIDADOR PRIMARIO		Valor P	Frecuencia Mínima Esperada
	CARGA LEVE ZARIT 47 a 55 puntos	CARGA INTENSA ZARIT >55 puntos		
Sin ansiedad Hamilton <15 puntos	2 (13%)	4 (25%)	.012	1.022
Con ansiedad Hamilton >15 puntos	13 (87%)	12 (75%)	.003	

Fuente: Test de Zarit y Escala de Hamilton.

La grafica 19 muestra una relación positiva y lineal entre las dos variables, presencia de sobrecarga en el cuidador primario y el surgimiento de ansiedad en el paciente diabético, encontrando que existe una relación estadísticamente significativa según Pearson: $p < 0.001$, $r = 0.39$, $t_{56} = 3.147$.

Gráfica 19



Fuente: Test de Zarit y Escala de Hamilton.

DISCUSION

Actualmente la medicina ha tomado un enfoque importante como es la medicina preventiva, sabemos que la diabetes mellitus es una enfermedad crónica que se ha convertido en un problema de salud pública en México, desde la falta de apego del paciente al tratamiento hasta la evolución natural de la enfermedad a sus complicaciones. Estas condiciones suelen afectar aún más a pacientes diabéticos adultos mayores, ya que suelen depender para su control de una persona que ayude en su tratamiento.

Bajo estas consideraciones, fue importante investigar el entorno del paciente con su cuidador, ya que en teoría el cuidador primario debe mantener sobre todo una buena disposición para atender al paciente, su decisión de ser el cuidador generalmente basada en el parentesco que guarda con el enfermo, pero sobre todo tener una buena salud física y mental, ya que estas características son necesarias para poder transmitir la información e indicaciones del equipo médico, y también la facultad producir seguridad y bienestar emocional al

paciente. Sin embargo estas condiciones nunca son las ideales, de ahí la importancia de evaluar si existe relación entre la ansiedad del paciente diabético y el surgimiento del síndrome de cuidador primario, donde la carga experimentada por el cuidador pueda estar incidiendo en la patología del paciente diabético.

En nuestros hallazgos encontramos que la Escala de Hamilton detecto que un 69% de los pacientes diabéticos presentaban ansiedad, prevalencia realmente preocupante, difiriendo con Domínguez-Sosa. Y cols. (2008)⁶, ya que muestran una prevalencia de un 15%, pero solo un poco con Dueñas y cols. (2006)⁵ con prevalencia del 47% en su estudio epidemiológico realizado en 102 familias y aún más concluye que los cuidadores constituyen una población con riesgo de sufrir enfermedades, que pueden ser la depresión y la ansiedad lo cual alteran la dinámica entre los individuos, lo cual se prueba en el presente estudio. Recordemos que el cuidado de un paciente puede generar carga con el paso del tiempo, afectando la vida y salud del cuidador y posteriormente del entorno familiar.

Encontramos que el Test de Zarit detectó que un 53% de los cuidadores experimentaban algún grado de carga (leve 26% e Intensa 27%), entre los factores que pueden incidir en esta sobrecarga experimentada por el cuidador reportados la literatura médica es el parentesco con el paciente, que en el caso de nuestros pacientes fue 81% parientes cercanos del paciente diabético y 19% cónyuges, a su vez el tiempo que ha sido cuidador que en los cuidadores evaluados fue 88% años al cuidado y 12% solo meses, refiriendo dedicar menos de 12 horas el 55% de ellos y más de 12 horas el 45%. Estos hallazgos nos hacen inferir que existe una relación directa del tiempo de cuidador y horas dedicadas al cuidado para que surja la sobrecarga en el cuidador ya que esto limita al cuidador a desarrollar su propia vida y por tanto emerge el síndrome de cuidador primario en ellos, convirtiéndolos en enfermos secundarios.

En estos hallazgos coincidimos con Fisher¹¹ y Acosta¹² quienes en sus hallazgos encontraron que la baja adherencia terapéutica y el mal control metabólico en los pacientes diabéticos pueden explicarse por falta de motivación del paciente y el apoyo familiar. Sin embargo

nosotros consideramos que el apoyo familiar también depende de una buena salud del cuidador y debemos preguntarnos ¿Quién cuida al cuidador?, es aquí donde deben diseñarse estrategias de medicina preventiva para cuidar al cuidador, que éste se encuentre en condiciones óptimas para hacerlo, y de no estarlo, es necesario ofrecerle tratamiento para recuperar su salud física y mental.

Coincidimos con Torres¹⁰ quien en su estudio concluye que cuidar a un enfermo genera la aparición de problemas de orden: físico, psíquico y sociofamiliar, los cuales originan un auténtico síndrome. Nosotros encontramos que existe relación significativa ($p < 0.0001$) entre la presencia del síndrome del cuidador primario y el surgimiento de ansiedad en el paciente diabético, por tanto consideramos que es urgente y necesario conocer y diagnosticar tempranamente el síndrome del cuidador primario para prevenir su agravamiento y que éste repercuta sobre la salud del paciente diabético.

Nuestros hallazgos muestran también que los cuidadores suelen padecer diversas patologías como

son hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, hipotiroidismo, dislipidemia, artritis, depresión, entre otras, por lo cual deben cuidar su salud y la del enfermo que cuidan, sin embargo con el tiempo empiezan a sentir la carga de cuidar a alguien más sintiéndose responsables de ese cuidado, pues no reciben ayuda de otro familiar. Coincidimos con Batiz⁹ quien en su estudio asegura que muchos de los cuidadores no reciben ayuda de ninguna otra persona, ni siquiera de familiares cercanos y en algunas ocasiones lo hacen convencidos de que como ellos, nadie más va a soportar tan dura carga. Nosotros creemos que de diseñarse estrategias de salud para cuidadores puede disminuirse la aparición de enfermos secundarios por este síndrome y a su vez lograr disminuir el surgimiento de ansiedad en los pacientes diabéticos que cuidan.

Consideramos que una buena salud física y mental del cuidador influye en la calidad de vida del paciente a su cargo, y por ende puede disminuir el surgimiento de ansiedad en el paciente diabético de la tercera edad quien depende totalmente de su cuidador.

CONCLUSIONES

- 1) Existe una relación entre el surgimiento del síndrome del cuidador primario y la aparición de ansiedad en el adulto mayor con diabetes.
- 2) El cuidado del adulto mayor con diabetes, genera una sobrecarga en su cuidador primario con el paso del tiempo afectando la salud mental y física.
- 3) El tiempo transcurrido como cuidador primario dedicado al cuidado del enfermo son factores determinantes en la aparición de sobrecarga y el surgimiento del síndrome del cuidador primario.
- 4) El surgimiento del síndrome de cuidador primario incide en la prevalencia de ansiedad en el paciente diabético.

SUGERENCIAS

- 1) Dar a conocer los resultados del presente estudio al personal operativo del servicio de medicina familiar.
- 2) Diseñar estrategias que permitan detectar la existencia de sobrecarga en el cuidador primario de los pacientes diabéticos.
- 3) Realizar la escala de Hamilton de manera anual o al ser necesario, a los pacientes portadores de Diabetes Mellitus para la detección oportuna de síntomas de ansiedad.
- 4) Atender de manera integral en Medicina Familiar a los usuarios con factores de riesgo en búsqueda de áreas de apoyo específicas para mejorar el estilo de vida y así evitar o reducir el riesgo de ansiedad en el paciente diabético, y sobrecarga en el cuidador.

- 5) Realizar nuevas investigaciones que permitan ahondar más en las causas que generan la sobrecarga y evaluar acciones que la disminuyan en el cuidador.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Uribe ZP. Manual de apoyo para personas que brindan apoyo a otras personas. Secretaria de Salud, México 2006.11
- 2) Alvarado AS. Psico-oncología en México (perspectiva histórica). Gamo 2009; 3: 82
- 3) Barrón B, Salvador A: Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer. Cancerología 2009 4(1) 39-46.
- 4) Austrich SE. Manual de apoyo para personas que brindan apoyo a otras personas. .Quien es la persona más adecuada para cuidar? Secretaria de Salud, México. 2006. 41
- 5) Dueñas E, Martínez M, Morales B; Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. Rev. Colomb Med 2010;37: 31-38
- 6) Domínguez-Sosa G, Zavala-González M, De la cruz -Méndez D, Ramírez-Ramírez M. Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México. Enero a mayo de 2008 Méd. UIS. 2010; 23:28-37

- 7) Uribe ZP. Manual de apoyo para personas que brindan apoyo a otras personas. Secretaria de Salud, México 2006.11
- 8) World Health Organization: Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee. OMS, Ginebra
- 9) Amstrong P. Thinking it through: Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. Rev. Inst Nal Enf Resp Mex 2005; (4)19: 266-271
- 10) Batiz A. (2008) .Cuidamos a los cuidadores? Disponible en <http://www-enelcorreodigital>. Consultado el 12 junio 2014
- 11) Torres F, Beltrán G, Martínez P, Saldivar G, et al. Cuidar a un enfermo pesa. Rev. De divulgación científica de la universidad veracruzana. 2006; 19-20.
- 12) Fisher E.B., Thorpe C., Brownson C.A., O'Toole M.L., Anwuri V.V., et al. Healthy coping in diabetes: A guide for program development and implementation. Washington, D.C.: Diabetes Initiative National Program Office 2008.

- 13) Acosta M., Debs G., Nova R., Dueñas A. Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes crónicos, relacionados con su adherencia terapéutica. Revista Cubana de Enfermería 2005, 21, 63-70.
- 14) Fabián, M. G., García Sancho, F. y Cobo, C. Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la diabetes y comorbilidades. Medicina Interna de México, 2010 Vol. 26, Nº 2, marzo-abril.
- 15) Hernández Z. Cuidadores del adulto mayor residente en asilos. Index de Enfermería versión impresa 2006 ISSN 1132-1296
- 16) Flores N. Padres del paciente con enfermedad crónica recurrente mecanismos de afrontamiento. Tesis de licenciatura en psicología. México: UNAM; 2002.
- 17) Alvarado AS, González MM. Manual de apoyo para personas que brindan apoyo a otras personas. Estrategias para obtener información y mantener la comunicación con el personal

médico y con la persona enferma. Secretaria de Salud, México. 2006. 37

- 18) Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual. 30 edition. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, USA. 1996
- 19) Zambrano C, Ceballos C. Síndrome de carga del cuidador. Rev. Colomb. Psiquiat. 2010; 36 (Supl 1): 26-39
- 20) Morales ON. Efectos del programa Cuidando al cuidador, en la mejora de la habilidad de cuidado. Av. Enferm. 2008; XXVI (2): 27-34.
- 21) Morales P, Muñoz R, Bravo V y col. Problemas de salud de los cuidadores de enfermos incapacitados. Centro de salud Totana Murcia. 2010. 714-718
- 22) Instituto para la Atención de los Adultos Mayores. Manual de cuidados generales del adulto mayor disfuncional o dependiente. 2013.
- 23) Florez I, et al. Effects on welfare of children and adults with chronic disease caregivers. Rev. Salud pública. 12 (5): 754-764, 2010

- 24)Caqueo-Urizar et al. Impacto de la relación de ayuda de cuidadores primarios en la calidad de vida de pacientes. *Psicooncología*. Vol. 10, Núm. 1, 2013, pp. 95-108
- 25)Dueñas E, Martínez M. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colombia Médica* 2006; 37(Supl1):31-8.
- 26)Barreto P, Díaz J L, Pérez M, Saavedra G. Cuidando al cuidador: familiares de pacientes al final de la vida, *Revista de Psicología de la Salud (New Age)* Vol. 1, nº 1, 2013
- 27)Zenil GB, Alvarado AS. La terapia del arte como herramienta psicoterapéutica en pacientes con cáncer. *Rev. Neurol Neurocir Psiquiat.* 2007; 40(2): 56-63
- 28)Fabián, M. G., García Sancho, F. y Cobo, C. Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la diabetes y comorbilidades. *Medicina Interna de México* 2010; Vol. 26, Nº 2, marzo-abril.

- 29) Amigo, I., Fernández y C., Pérez, M. Manual de psicología de la salud. Madrid: 2009, Pirámide, 3ª edición, cap 7,16.
- 30) Cabello, H., Benavides, A., Jaymez, A. Depresión en Pacientes Adultos con Diabetes. Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna, 1996 Vol. 9 N° 1.
- 31) De la Garza, F. Depresión, Angustia Bipolaridad. Guía para pacientes y familiares. México: Trillas 2004.
- 32) Gutiérrez, J. Ansiedad y salud. En L. A. Oblitas (Eds.), Psicología de la Salud y Calidad de Vida. México: Internacional Thomson (2ª Edc.) 2010.
- 33) Gil Roales-Nieto, J., Ybarra, J. Guía de tratamientos psicológicos eficaces en diabetes. Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la salud. Madrid: Pirámide 2009.
- 34) López, D. Estrés Epidemia del siglo XXI: como entenderlo, entenderse y vencerlo. Buenos Aires: Lumen, 4ª edición 2005.
- 35) Pineda, N., Bermúdez, V., Cano, C., Mengual, E., Romero, J., et al. Niveles de Depresión y Sintomatología característica en pacientes

adultos con Diabetes Mellitus tipo 2. AVFT, 2004;
Vol.23, Nº 1, p.74-78. ISSN 0798-0264.

- 36) Del Bósque, A y Gutiérrez, L. Evaluación de la adaptación. En Aragón, L. y Silva, A. (Eds), Evaluación psicológica en el área clínica. México: 2002 Pax pp10- 13
- 37) Tébar, F. J. y Ferrer, M. Concepto, clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus. En F. J., Tébar, F., Escobar (Dir.), La Diabetes Mellitus en la Práctica Clínica. Buenos Aires: Madrid: Médica Panamericana 2009.
- 38) Buendía, J. Estrés y depresión. En Buendía, J. (Eds), Estrés y Psicopatología. Madrid: Pirámide, 2009 cap 6, 97-165.
- 39) Musselman DL, Betan E, Larsen H, Philips LS. Relationship of depression to diabetes type 1 and 2: epidemiology: epidemiology, biology and treatment. Biol Psychiatry 2003 Aug 1:54(3):317-29
- 40) Constantino-Cerna A, Milagros-Bocanegra M, León-Jiménez F. Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2. Rev Med Hered. 2014; 25:196-203.

- 41) Escala de Hamilton validada para evaluación de la ansiedad, Hamilton MC. Hamilton anxiety scale [HAMA] (1959).
- 42) J. O. González-Cantero, R. Oropeza-Tena. Intervenciones cognitivas conductuales para diabéticos en México *Salud Mental* 2016; 39(2):99-105 ISSN: 0185-3325 DOI: 10.17711/SM.0185-3325.2016.006
- 43) Caqueo-Úrizar, P Segovia-Lagos, U. Urrutia-Urrutia, C Miranda-Castillo, E. Navarro-Lechuga. Impacto de la relación de ayuda de cuidadores primarios en la calidad de vida de los pacientes. *Psicooncología* 2013; 10 (1): 95-108 ISSN: 1696-7240 – DOI: 10.5209/rev.PSIC.2013.v10.41950
- 44) Frank J Snoek, Marijke A Bremmer, Norbert Hermanns. Constructs of depression and distress in diabetes: time for an appraisal. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2015; 3: 450–60

ANEXOS

Anexo 1

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS PARA EL CUIDADOR

Perfil demográfico del cuidador:

1.-Parentesco con el enfermo:

Cónyuge () Pariente cercano ()

Ninguno ()

2.-Edad: _____

3.- Sexo:

Masculino () femenino ()

4.- Estado civil:

Casado () Soltero () viudo ()

unión libre ()

5.- Ocupación:

Hogar () Empleado ()

comerciante () profesional ()

6.- Escolaridad:

Primaria () Secundaria ()

Preparatoria () Profesionista ()

7.- Tiempo que ha cuidado al enfermo

Semanas () Meses ()

Años ()

Perfil físico del cuidador

1.- Como considera su Estado de salud:

Bueno () Regular () Malo ()

2.- Enfermedades que padece:

3.- Medicamentos ingeridos:

Perfil emocional del cuidador

1.- Cambio de carácter:

SI () NO ()

2.- Apetito

Se ha modificado () No se ha modificado ()

3.- Insomnio

SI () NO ()

4.- Poca tolerancia

SI () NO ()

5.- Aprecia su vida

SI () NO ()

6.- Expectativas o planes

SI () NO ()

7.- ¿Tiene actividades al no ser cuidador?

SI () NO ()

8.- Tiempo al día, dedicado en horas a los cuidados

Menos de 12 horas () Más de
12 horas ()

9.- Razones de ser cuidador

10.- Pide ayuda a otro familiar

SI () NO ()

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR				
TEST DE ZARIT				
Por favor, ponga el número correspondiente a lo que usted como cuidador del enfermo siente con respecto al cuidado de su paciente.				
1 = Nunca	2= Rara vez	3= Algunas veces	4= Bastantes veces	5= Casi siempre
ITEM				Calificación
¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?				
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?				
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo o familia)?				
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?				
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?				
¿Piensa que cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de la familia?				
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?				
¿Piensa que su familiar depende de Usted?				
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?				
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener cuidar a su familiar?				
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a que tiene que tener que cuidar a su familiar?				
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?				
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar a su familiar?				
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que lo puede cuidar?				
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?				

¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
Globalmente, ¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	
TOTAL	
<p>< 47 puntos = no hay sobrecarga 47 a 55 puntos = sobrecarga leve > 55 puntos = sobrecarga intensa</p>	

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

PARA EL PACIENTE

Nombre _____

Edad _____ Sexo _____

Escolaridad _____

Estado Civil _____

Tiempo de ser diabético _____

ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD					
VALOR EN LA ESCALA	0	1	2	3	4
NIVEL DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy Grave
1.- Ansiedad: Preocupaciones, temores, aprensión y/o irritabilidad					
2.- Tensión: Sensación de tensión, fatigabilidad, incapacidad de relajarse, tendencia al llanto, tembloroso, inquietud					
3.- Miedo: A la oscuridad, desconocidos, soledad, a morir					
4.- Trastornos del sueño: Dificultad para conciliar el sueño, se despierta fácil, sueños insatisfactorios, pesadillas, terrores nocturnos, cansancio al despertar.					
5.- Trastornos intelectivos: Dificultad de concentración, debilidad de memoria					
6.- Depresión: Falta de interés, insatisfacción a la diversión, humor diurno oscilante					

7.- Síntomas Somáticos Generales (Musculares): Dolor, rigidez o sacudidas musculares, crujir de dientes o voz vacilante					
8.- Síntomas Somáticos Generales (Sensoriales): Acúfenos, visión borrosa, oleadas de calor/frío, debilidad u hormigueos					
9.- Síntomas Cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor torácico, sensación de desmayo o paro cardíaco.					
10.- Síntomas Respiratorios: Opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros o disnea					
11.- Síntomas Gastrointestinales: Dificultad para trabar, borborigmos, dispepsias, diarrea, constipación o pérdida de peso.					
12.- Síntomas Genitourinarios: Micción frecuente, imperiosa, menorragia, frigidez, eyaculación precoz, trastornos de erección e impotencia.					
13.- Síntomas Vegetativos: Sequedad de boca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigo, piloerección, cefalea tensional.					
14.- Comportamiento en la entrevista: No relajado, inquieto, manos temblorosas, facies rígida, ceja fruncida, tics palpebrales.					
PUNTUACION					

* Hamilton MC. Hamilton anxiety scale [HAMA] (1959). Puntuaciones mayores de 14 orientan a trastornos de ansiedad susceptibles de ser tratados.

ANEXO 2: Consentimiento Informado

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</p> <p>UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD</p> <p>COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> <p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</p> <p><u>CUIDADOR PRIMARIO</u></p>	
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.</p>		
<p>Nombre del estudio:</p>	<p>Asociación de Síndrome de Cuidador Primario y Niveles altos de Ansiedad en el paciente diabético de la tercera edad, atendidos en la Unidad de Medicina Familiar Num. 47 del IMSS de San Luís Potosí</p>	
<p>Patrocinador externo (si aplica):</p>	<p>-----</p>	
<p>Lugar y fecha:</p>	<p>San Luis Potosí. S.L.P. a</p>	
<p>Número de registro:</p>	<p></p>	
<p>Justificación y objetivo del estudio:</p>	<p>Usted está siendo invitado a participar en este estudio de investigación ya que usted proporciona cuidados al paciente diabético de la tercera edad. Sabemos que cuando se proporcionan estos cuidados por largo tiempo, la persona puede presentar cambios emocionales o físicos por la carga que representa el enfermo, a esto se le conoce como síndrome del cuidador primario y en algunas circunstancias cuando la sensación de carga es extrema puede generar enfermedad. Por ello este estudio pretende conocer si usted padece este síndrome y en caso positivo poder detectar alguna relación</p>	

	con la ansiedad que suelen padecer los pacientes diabéticos.
Procedimientos:	Exclusivamente se le solicita a usted que conteste un cuestionario que ha sido diseñado para identificar cualquier cambio emocional en usted, este test se llama test de Zarit y detecta el grado de carga que usted siente por los cuidados que brinda a su paciente.
Posibles riesgos y molestias:	Esta investigación no implica riesgo alguno para usted
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Entre los beneficios a futuro se encuentra que de ser detectado en usted sobrecarga por el trabajo del cuidado de su paciente, usted recibirá atención por el médico familiar para su tratamiento.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si se detecta alguna alteración en su cuestionario usted será enviado a tratamiento especializado.
Participación o retiro:	Usted conserva su derecho a seguir participando en el estudio o a retirarse del mismo en cualquier momento que lo desee o considere conveniente,
Privacidad y confidencialidad:	Todos los datos obtenidos en el estudio serán guardados en la más estricta privacidad y manejados en forma totalmente confidencial.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Este estudio orientará a todos los médicos del riesgo en que se encuentra toda persona que cuida al

	paciente por largo tiempo de presentar alguna enfermedad emocional.
--	---

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

Nombre y firma	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, 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

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</p> <p>UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD</p> <p>COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> <p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</p> <p><u>PACIENTE DIABETICO</u></p>	
<p align="center">CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>		
<p>Nombre del estudio:</p>	<p align="center">Asociación de Síndrome de Cuidador Primario y Niveles altos de Ansiedad en el paciente diabético de la tercera edad, atendidos en la Unidad de Medicina Familiar Num. 47 del IMSS de San Luis Potosí</p>	
<p>Patrocinador externo (si aplica):</p>	<p align="center">-----</p>	
<p>Lugar y fecha:</p>	<p align="center">San Luis Potosí. S.L.P. a</p>	
<p>Número de registro:</p>	<p align="center"></p>	
<p>Justificación y objetivo del estudio:</p>	<p>Usted está siendo invitado a participar en este estudio de investigación ya que usted es considerado con diagnóstico de diabetes mellitus, por lo cual nos interesa evaluar en usted si existe algún grado de ansiedad que pueda estar afectando su salud emocional y por ende el control de su diabetes.</p>	
<p>Procedimientos:</p>	<p>Se le solicitará a usted conteste algunas preguntas que le hará el entrevistador que consisten en preguntas sobre cambios de sus emociones que ha sentido en los últimos 7 días. El entrevistador le solicitará también información sobre su edad, sexo, estado civil y tiempo de padecer diabetes.</p>	

Posibles riesgos y molestias:	Esta investigación no implica riesgo alguno para usted
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Entre los beneficios serán detectar oportunamente en usted algún grado de ansiedad que deba ser tratado inmediatamente por su médico familiar.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si se detecta alguna alteración en su cuestionario usted será enviado a tratamiento especializado.
Participación o retiro:	Usted conserva su derecho a seguir participando en el estudio o a retirarse del mismo en cualquier momento que lo desee o considere conveniente,
Privacidad y confidencialidad:	Todos los datos obtenidos en el estudio serán guardados en la más estricta privacidad y manejados en forma totalmente confidencial.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Este estudio orientará a todos los médicos familiares a la importancia de evaluar en todos los pacientes diabeticos la posibilidad de padecer ademas algun grado de ansiedad que pueda o requiera tratamiento farmacológico
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	

<hr/> Nombre y firma	<hr/> Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
<hr/> Nombre, dirección, relación y firma	<hr/> Nombre, dirección, 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	

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ETAPA	Diciembre 2017	Enero 2018	Febrero 2018
Presentación protocolo			
Autorización			
Recolección de información			
Procesamiento de los datos			
Análisis datos			
Elaboración de tesis			
Entrega protocolo			