

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ESTADO DE SALUD, CAPACIDADES Y CUIDADO DEPENDIENTE DEL
CUIDADOR DEL ADULTO CON DT2

Por

LIC. NORA HAIDEE SÁNCHEZ MEZA

Como requisito parcial para obtener el grado de

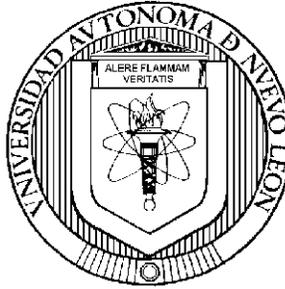
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Julio, 2012

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ESTADO DE SALUD, CAPACIDADES Y CUIDADO DEPENDIENTE DEL
CUIDADOR DEL ADULTO CON DT2

Por

LIC. NORA HAIDEE SÁNCHEZ MEZA

Director de Tesis

ESTHER C. GALLEGOS CABRIALES, PhD.

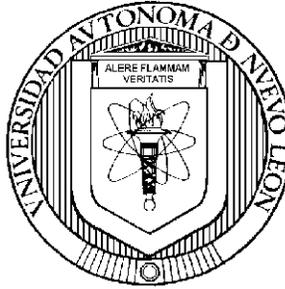
Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Julio, 2012

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ESTADO DE SALUD, CAPACIDADES Y CUIDADO DEPENDIENTE DEL
CUIDADOR DEL ADULTO CON DT2

Por

LIC. NORA HAIDEE SÁNCHEZ MEZA

Co-director de Tesis

JUANA MERCEDES GUTIERREZ VALVERDE, DCE.

Como requisito parcial para obtener el grado de

MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Julio, 2012

Tabla de contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco teórico conceptual	3
Estudios relacionados	10
Estado de salud	10
Capacidades de cuidado dependiente	12
Cuidado dependiente	14
Definición de términos	15
Objetivos	16
Capítulo II	
Metodología	17
Diseño del estudio	17
Población, muestreo y muestra	17
Mediciones e instrumentos	17
Procedimiento para la recolección de datos	19
Consideraciones éticas	20
Estrategias para el análisis de datos	21
Capítulo III	
Resultados	22
Consistencia interna de los instrumentos	22
Características demográficas de los participantes	22

Contenido	Página
Análisis por objetivos	23
Capítulo IV	
Discusión	26
Conclusión	27
Implicaciones para la investigación y la practica de Enfermería	28
Limitaciones del estudio y recomendaciones	28
Referencias	29
Apéndices	
A. Cuestionario “SF-12” sobre el estado de salud	35
B. Cuestionario de capacidades de cuidado dependiente (CCCD)	38
C. Cuestionario de acciones de cuidado dependiente en diabetes (EACD)	42
D. Cuestionario de conocimiento en diabetes	45
E. Cédula de datos	47
F. Consentimiento informado	48
G. Resumen de las correlaciones, medias y desviaciones para los puntajes	50

Lista de figuras

Figura	Página
1. Relación de conceptos propuestos	6
2. Estructura teórica conceptual de Habilidades y Cuidado Dependiente en DT2	8

Lista de tablas

Tabla	Página
1. Alpha de Cronbach de los instrumentos de investigación	22
2. Datos descriptivos por variable: Estado de salud, capacidades de cuidado, cuidado dependiente y conocimiento en diabetes	24
3. Predictores de cuidado dependiente	25

RESUMEN

Lic. Nora Haideé Sánchez Meza

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

Título del estudio: ESTADO DE SALUD, CAPACIDADES Y CUIDADO
DEPENDIENTE DEL CUIDADOR DEL ADULTO CON DIABETES TIPO 2

Numero de páginas: 50

Propósito y métodos del estudio: El propósito del estudio fue determinar el efecto del perfil del cuidador y sus capacidades en el cuidado dependiente del tratamiento de adultos con DT2. Para alcanzar este propósito se selecciono un diseño descriptivo correlacional. Se reclutaron 200 cuidadores de personas con diabetes tipo 2 pertenecientes a una Unidad Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en tratamiento ambulatorio. Al total de los participantes se les aplicó una cedula de datos así como los cuestionarios: a) Estado de salud SF-12, b) Capacidades de Cuidado Dependiente, c) Acciones de Cuidado Dependiente y d) Conocimiento en Diabetes.

Contribuciones y conclusiones: En esta muestra predominó el género femenino (85%), la mayoría se dicaban al hogar/desempleado/pensionado (66%), la edad promedio de los participantes fue de 45.58 años ($DE=14.91$), la educación de 9.09 años ($DE= 3.69$). El promedio de años dedicado al cuidado de la persona con DT2 fue de 6.05 años ($DE=5.40$). El Estado de Salud tuvo una media de 95.87 puntos con $DE = 18.96$ (12-47), en un índice de 0-100. Para las capacidades de cuidado dependiente del cuidador del adulto con DT2 se obtuvo un promedio de 99.89 puntos ($DE = 16.29/18-78$). El cuidado dependiente proporcionado por el cuidador mostró una cifra promedio de 68.84. El modelo general para determinar la asociación entre el efecto del perfil del cuidador y capacidades de cuidado dependiente fue significativo ($F= [4,195] = 8.59$, $p <.001$). La varianza explicada fue de 13.2 ($R^2 = .387$). La variable que contribuyó a esta significancia fue la de capacidades de cuidado dependiente, $t = 5.71$, $p < .001$ ($\beta = .378$). La teoría del déficit del autocuidado de Orem señala que “las personas que emprenden acciones para promover cuidado dependiente, tienen capacidades especializadas” y “las habilidades de los individuos para ocuparse del cuidado dependiente están condicionadas por la edad, etapa de desarrollo, experiencia vital, orientación sociocultural, salud y recursos disponibles”. Por lo tanto se afirman las proposiciones establecidas en dicha teoría, ya que los cuidadores poseen capacidades de cuidado dependiente y estas están condicionadas por la edad y estado de salud.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

En las últimas décadas las enfermedades crónicas han cobrado una importancia epidemiológica sin precedentes, destacando entre ellas la diabetes. En específico la diabetes tipo 2 (DT2) representa del 90 al 95% del total de los casos (American Diabetes Association, [ADA], 2010). Esta enfermedad y sus complicaciones, constituyen el mayor desafío para los sistemas de salud en el presente siglo (González, López, Campuzano & González, 2010). Se estima que a nivel mundial la prevalencia de la diabetes en sus diversas modalidades es del 8.3% (International Diabetes Federation [IDF], 2011); en México la cifra alcanza el 14.42% (Jiménez, Rojas, Gómez & Aguilar, 2010). En la zona noreste del país, donde se encuentra Nuevo León, la prevalencia es del 12.70% (Villalpando et al. 2010).

La diabetes se caracteriza por hiperglucemia resultante de defectos en la secreción y/o acción de la insulina (ADA, 2010), cuya acción es facilitar la captación de la glucosa en el tejido muscular, hepático y adiposo. Para mantener un buen control glucémico, el cual es la meta del tratamiento, es necesario modificar el estilo de vida, principalmente incrementando la actividad física y adoptando una alimentación balanceada con el valor calórico apropiado, además de un tratamiento farmacológico en la forma indicada por el médico. Las consecuencias de un mal control glucémico son las complicaciones micro y macro vasculares; entre las microvasculares se encuentra la retinopatía diabética, neuropatía e insuficiencia renal (Arroyo, Bonilla, & Trejo, 2005); las complicaciones macrovasculares incluyen cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad vascular cerebral e insuficiencia arterial periférica (Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, 2004)

Estudios muestran que la observancia del tratamiento retrasa la aparición de complicaciones o las evita (Ariz, Artola, Barutell, Carramiñana & Carrillo, 2011). Sin

embargo, un porcentaje importante de adultos que padecen DT2 no lo llevan a cabo favoreciendo las complicaciones crónicas de la enfermedad. Según las recomendaciones de la (American Diabetes Association, [ADA], 2011), es necesario formular un plan de seguimiento al paciente con el fin de mantener el control de la glucosa, el cual comprende estrategias y técnicas de cuidado y el desarrollo de habilidades especializadas; en este plan es indispensable involucrar a la familia. El apoyo familiar o social ha sido un factor que se relaciona positivamente con la observancia del tratamiento en sus diversos componentes (Medel & González, 2006). Generalmente es un miembro de la familia quien se compromete con el apoyo al adulto con DT2 en el cumplimiento de su tratamiento (Jofré & Mendoza, 2005; Jofré & Sanhueza, 2010; Pinto, Barrera, & Sánchez, 2005).

Según Pinto, Barrera y Sánchez (2005), un cuidador familiar es aquella persona que se encuentra cercano al afectado co-responsabilizándose por el cuidado, participando en la toma de decisiones y apoyando las actividades que las personas con la enfermedad requieren. En la actualidad es abundante la información existente sobre cuidadores de personas con otras enfermedades como el cáncer o enfermedades que implican suplir totalmente las necesidades básicas; sin embargo hay pocos estudios que indaguen sobre el apoyo al adulto joven o maduro con DT2 que se encuentra en edad productiva. Dado que no hay limitaciones en quien sufre de DT2, con frecuencia se considera que el apoyo que requieren es de poca complejidad y de escaso desgaste físico para la persona que lo otorga (Hoyos, Arteaga & Muñoz, 2011). Sin embargo, las personas que padecen esta enfermedad pueden tener otro tipo de necesidades igualmente complejas, como las de motivación y de acompañamiento, darles apoyo en estos aspectos puede hacer la diferencia entre un paciente controlado y uno no controlado, pero también puede afectarse la salud integral del cuidador (Pace, Ochoa, Larcher & Morais, 2006).

El bajo apego al tratamiento integral de la DT2 explica en la mayoría de los casos el desarrollo acelerado de las complicaciones asociadas a la hiperglucemia constante que experimentan los pacientes. La presencia de un cuidador que apoye efectivamente al adulto con DT2 pudiera reflejarse en un mejor apego y control de la enfermedad, por lo que se propone determinar el efecto del perfil del cuidador y sus capacidades en el cuidado dependiente del tratamiento de adultos con DT2.

Este estudio se sustenta en la teoría del déficit de autocuidado de Orem (Orem, 1993), ya que sostiene que el cuidado dependiente que se otorga al adulto con DT2 está condicionado por las capacidades de cuidado dependiente que posee la persona que apoya en el cuidado y a su vez tanto las capacidades de cuidado dependiente como el cuidado dependiente están influenciados por los factores condicionantes básicos como el estado de salud. Enseguida se da una explicación más extensa sobre dicha teoría.

La teoría del déficit del autocuidado sostiene que los seres humanos pueden tener limitaciones asociadas a padecimientos que sufren, mismos que les impiden realizar acciones en beneficio de su salud, por lo que pudiera ser necesario el apoyo de otra persona cercana al enfermo. Sin embargo también esta persona que apoya en el cuidado a la salud puede presentar limitaciones en la capacidad del cuidado. La incapacidad limita desde el proceso de conocer lo que la persona enferma requiere para mantener su estado de salud, hasta la inhabilidad para realizar las acciones que necesitan llevarse a cabo para satisfacer dichos requerimientos.

Marco teórico conceptual

En este apartado se introduce la teoría seleccionada para fundamentar la investigación, posteriormente se efectúa una breve descripción de la diabetes tipo 2 y finalmente se introducen los resúmenes y síntesis de los artículos relacionadas con las variables de interés.

El presente trabajo se fundamenta en la teoría del déficit de autocuidado (TDAC), la cual es una de las tres teorías de rango medio que constituyen la teoría general del autocuidado de Orem (Orem, 1993). De esta teoría de rango medio se incluyen los conceptos de autocuidado/cuidado dependiente, capacidades de autocuidado/capacidades de cuidado dependiente y factores condicionantes básicos. En seguida se expone la idea general de la teoría y en forma más detallada los conceptos que la integran.

La TDAC explica que todas las personas llevan a cabo actividades de cuidado a la salud según los requerimientos individuales en una determinada circunstancia y tiempo en particular; este cuidado se constituye en autocuidado (AC) a la salud cuando tiene las características de “cubrir los requisitos que afectan interfiriendo o promoviendo la regulación de su propio funcionamiento o desarrollo, para contribuir así a la continuidad de la vida, al automantenimiento a la salud y bienestar personal. Cuando se requiere la intervención de una tercera persona para llevar a cabo el AC, se habla del cuidado dependiente en el que se realizan las mismas acciones reguladoras para los miembros de la familia u otros dependientes” (p.75).

El AC a la salud es una conducta humana que se produce cuando los individuos realizan actividades encaminadas a su propio cuidado. La estructura de este concepto involucra tres tipos de operaciones: operaciones estimativas, operaciones transicionales y operaciones de producción. Las operaciones estimativas se enfocan en “conocer los requisitos de AC y los medios para satisfacerlos” (p.168), las transicionales contienen “juicios y toma de decisiones sobre el cuidado” (p.168) y en las de producción se realizan “acciones para satisfacer los requisitos de AC” (p.168). El cuidado dependiente (CD) se explica en el contexto de la misma estructura del AC.

Para llevar a cabo acciones de AC/CD, la teorista sustenta que las personas requieren capacidades especializadas, las que denomina capacidades de autocuidado

(CAC) o capacidades de cuidado dependiente (CCD), estos se definen como las “capacidades complejas adquiridas para satisfacer los requerimientos continuos de cuidado que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad, la estructura, el funcionamiento y desarrollo humano” (p. 163).

El desarrollo de dichas capacidades esta afectado por la genética, cultura, experiencia y el estado de salud. La estructura de las CAC incluye tres componentes: (a) Disposiciones fundamentales para CAC/CCD, éstas se refieren a capacidades generales que todas los individuos poseen y son útiles para realizar acciones de cuidado en general, incluyendo aquellas dirigidas a la salud humana; (b) Diez componentes de poder para CAC/CCD, considerados como los disparadores de las acciones de auto-cuidado y se refieren a ciertas capacidades encaminadas a la toma de decisiones sobre el AC, como la conservación de habilidades cognitivas, perceptivas, manipulativas, de comunicación, e interpersonales en función de las acciones de AC, capacidad para la realización de operaciones efectivas de AC integrándolas en la vida personal, familiar y social; y (c) Capacidades especializadas, mismas que corresponden al tipo de operaciones que caracterizan a la estructura del auto-cuidado o cuidado dependiente-estimativas, transicionales y productivas.

El tipo y cantidad de cuidado requerido, así como las capacidades de cuidado para llevarlo a cabo son influidos por factores internos y externos del individuo denominados factores condicionantes básicos (FCBs). Estos factores se agrupan en tres categorías: (a) los que describen al individuo como edad, sexo, estado de desarrollo y estado de salud; (b) los que relacionan a los individuos con sus familias como orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud y factores del sistema familiar; y (c) los que ubican a los individuos en su medio y los relacionan a las condiciones y circunstancias de la vida como patrón de vida, factores ambientales y disponibilidad y adecuación de los recursos.

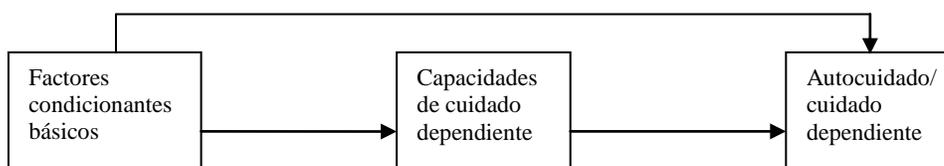
El AC y las CAC son variables que corresponden al individuo en sí; cuando este individuo, por diversas circunstancias es ayudado a estimar sus requerimientos de AC y a desarrollar las acciones correspondientes, los conceptos se convierten en: cuidado dependiente (CD) y capacidades de cuidado dependiente (CCD). Por lo que el concepto de cuidado dependiente se aplica cuando “la persona enferma o incapacitada requiere cuidado total o parcial por parte de otros (ayuda en forma de educación sanitaria o guía), dependiendo de su propio estado de salud y de los requerimientos de auto-cuidado inmediatos o futuros”. “Este cuidado dependiente “es una contribución a la salud y bienestar del miembro dependiente” (p. 131).

El estado de salud se define como estado de integridad, vigor y fuerza del individuo; estar libre de enfermedad y daño e incluye componentes físicos y psicológicos que contribuyen al continuo desarrollo de los individuos. La percepción del estado de salud es un concepto multidimensional que incluye el funcionamiento físico, emocional, social y una apreciación de la misma persona acerca de su salud en general (Moreno, Náder, Lopez de Mesa, 2004). En este estudio el estado de salud se considera un factor condicionante básico que puede influir en las capacidades y cuidado dependiente de los cuidadores de personas con DT2.

La interrelación de los conceptos explicados conforma la teoría del déficit del autocuidado, en la cual se sustenta el presente estudio (ver figura 1).

Figura 1

Relación de conceptos propuestos

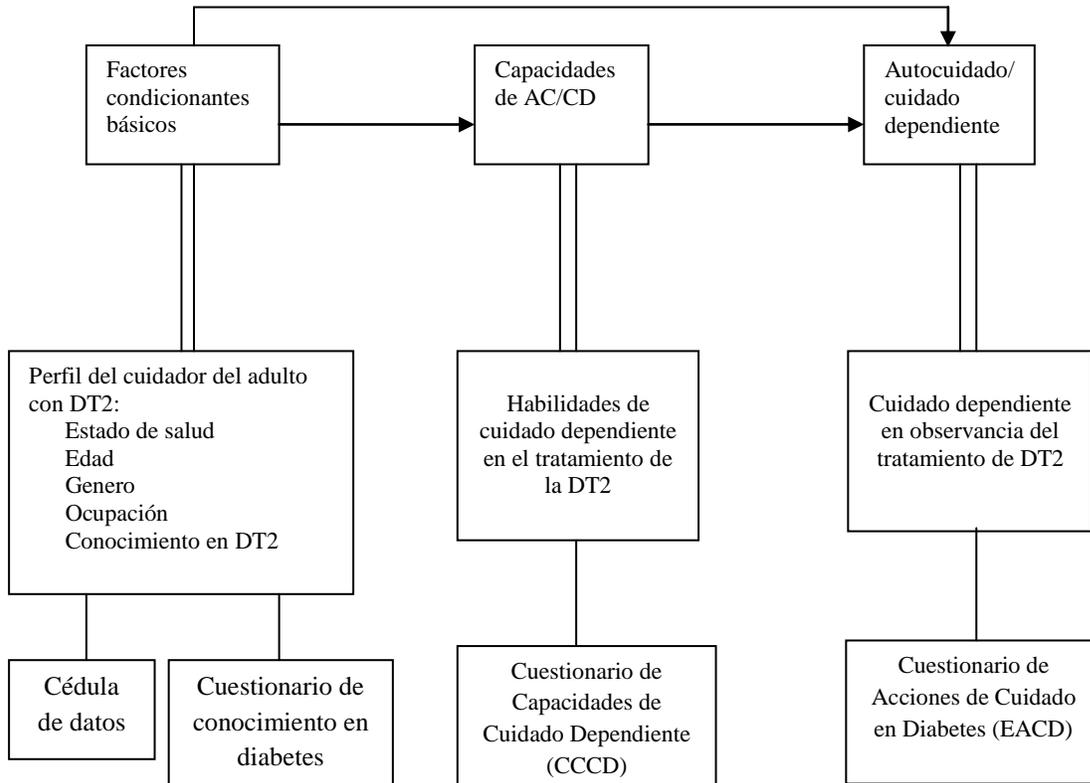


Las proposiciones que relacionan los conceptos seleccionados son: (1) “las personas que emprenden acciones para promover cuidado dependiente, tienen capacidades especializadas” (p. 79); (2) “las habilidades de los individuos para ocuparse del cuidado dependiente están condicionadas por la edad, etapa de desarrollo, experiencia vital, orientación sociocultural, salud y recursos disponibles” (p 79); sin embargo para fines de esta investigación, solo se indagará sobre la edad y el estado de salud.

En la presente investigación los conceptos derivados son: (a) Perfil del cuidador, representado por el estado de salud, edad, género, ocupación y conocimiento en DT2; (b) Capacidades de AC/CD, representado por habilidades de cuidado dependiente en el tratamiento de la DT2 y (c) AC/CD representado por el cuidado dependiente en la observancia del tratamiento de DT2, la derivación teórica de los conceptos seleccionados para este estudio se representa en la Figura 2.

Figura 2

Estructura teórica conceptual de Habilidades y Cuidado Dependiente en DT2



El presente estudio aplicó estos conceptos refiriéndose a la persona que apoya al adulto con DT2 para apegarse al tratamiento prescrito. Con el fin de entender el tratamiento de la DT2, se introduce la teoría clínica correspondiente.

Diabetes tipo 2

La diabetes se caracteriza por hiperglucemia, la cual es el resultado de una respuesta deficiente sobre la captación de la insulina en los músculos, la grasa y las células hepáticas. La insulina es una hormona producida por el páncreas encargada de controlar la glucemia; cuando la glucosa entra al torrente sanguíneo interviene la insulina, transportándola hacia los músculos, la grasa y las células hepáticas, y de esta

manera la glucosa se utiliza como energía (ADA, 2010); sin embargo cuando no existe una adherencia al tratamiento, pudiera ocasionar un consecuente descontrol glucémico.

La hemoglobina glucosilada (HbA1c) es un examen que mide la cantidad de hemoglobina que se glucosila en la sangre, para determinar el valor promedio de la glucemia en las últimas 12 semanas, donde se considera persona con diabetes controlada cuando el nivel de hemoglobina glucosilada esta por debajo de 7% (Norma Oficial Mexicana [NOM-015-SSA2-2010], para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus).

El tratamiento de la DT2 tiene como propósito mantener la glucemia dentro de los parámetros de normalidad. El tratamiento típico de la DT2 incluye administración de hipoglucemiantes orales o administración de insulina y/o modificación de estilos de vida, ya que esto puede evitar o retrasar el desarrollo de complicaciones propias de la enfermedad. Dentro del estilo de vida se recomienda el consumo de una dieta balanceada e incremento en la actividad física. La alimentación juega un papel fundamental, por lo que la dieta debe incluir un aporte calórico total diario entre 25 y 30 Kcal/kg/día para las personas sedentarias y de 30 a 40 Kcal/kg/día para personas que realizan ejercicio regularmente. Modificaciones adicionales a esto, se refieren a la disminución del consumo de alcohol y tabaco, así como la adopción de medidas de control como manejo del estrés (López, Ariza, Rodríguez & Munguía, 2003).

Como se dijo anteriormente, el control glucémico se logra con la adherencia al tratamiento típico (Villarreal et al., 2006). Sin embargo a pesar de su efectividad es difícil lograr y mantener un control glucémico adecuado en la mayoría de las personas con DT2 (Kendall et al. 2005), entre otros aspectos, por falta de apego al tratamiento.

Estos cambios en el estilo de vida, así como el tratamiento farmacológico a menudo requieren apoyo de un familiar o amigo que ayude a la persona con DT2 a integrar en la rutina de su vida diaria el tratamiento prescrito para la diabetes. Un apoyo

constante al adulto con DT2 por parte de un familiar genera un impacto en la salud del familiar cuidador, a pesar de que el adulto con DT2 no dependa totalmente de él o ella. Las repercusiones negativas pueden reflejarse en el tiempo del cuidado, en restricciones de actividades sociales, en la carga emocional y en aspectos económicos y laborales (Vaquiro & Stiepovich, 2010).

El desgaste del cuidador familiar puede deberse al peligro de complicaciones que ve en el familiar, las cuales le pueden llevar a complicaciones como amputación por pie diabético, insuficiencia renal, etc. Generalmente se tiene mayor presión cuando el enfermo es el proveedor del sustento de la familia.

En base a lo mencionado anteriormente cabe la necesidad de realizar estudios sobre el estado de salud, las capacidades y cuidado dependiente de los cuidadores de adultos con DT2, ya que esto puede contribuir a que enfermería pueda implementar estrategias educacionales a los cuidadores para que su atención a las personas con enfermedad crónica sea eficaz y con calidad humana sin que esto perjudique el estado de salud de la persona que otorga el cuidado y de esta manera se logre continuar con el cuidado.

Estudios relacionados

A continuación se describen los estudios relacionados en base a cada variable del estudio.

Estado de salud

López, Rodríguez y Herrero (2009), buscaban conocer la sobrecarga sentida por los cuidadores de personas dependientes (casos, $n=156$) comparándola con población adscrita al centro de salud que no realiza función de cuidador (controles, $n=156$), así como las repercusiones que este rol representa sobre su calidad de vida, salud en las esferas física, psíquica y social y necesidad de utilización de los recursos sanitarios (frecuentación).

Los resultados mostraron que el 48.1% de los cuidadores percibió su salud como mala o muy mala, frente al 31.4% de los controles. El grupo de cuidadores presentaba mayor frecuencia de cefalea ($OR=2.56$), dolor de espalda ($OR=2.82$), cansancio/fatiga ($OR=3.69$), alteraciones del sueño ($OR=2.30$) y apatía ($OR= 2.24$); respecto a la esfera psíquica, existe mayor ansiedad ($OR=3.03$) y depresión ($OR=2.56$) en el grupo de cuidadores. En el apoyo social, existe mayor sensación de apoyo insuficiente en el grupo de cuidadores (71%) que en el grupo control (2.6%) y la frecuentación media en el último año fue de 8.37 visitas/año en el grupo de cuidadores y de 7.12 visitas/año en el grupo control ($p<0,01$).

Awadalla, Ohaeri, Al-Awadi y Tawfiq (2006) evaluaron la calidad de vida de los cuidadores familiares de personas con diabetes tipo 2 en tratamiento ambulatorio (casos, $n=135$) y lo compararon con la población en general (controles, $n=139$). Los resultados se presentan en función de las hipótesis.

Hipótesis 1: La mayoría de los cuidadores estarían satisfechos con el apoyo social y las relaciones personales, no así con lo económico, los resultados mostraron que los cuidadores de pacientes con DT2 tuvieron una mayor satisfacción en sus condiciones de vida en todos los elementos; cobraron significancia en satisfacción con la salud ($X^2=12.0$, $df=2$, $p=0.002$), actividades de la vida diaria ($p=0.002$) y las relaciones personales ($p=0.001$).

Hipótesis 2: La calidad de vida del cuidador se asocia positivamente con sus variables demográficas y el estado de salud. Los cuidadores de pacientes con DT2 que fueran más jóvenes, casados, educados, con empleo, sin complicaciones y efectos secundarios del tratamiento tendrían una puntuación más alta de calidad de vida; los resultados demostraron que las puntuaciones del dominio de calidad de vida no difirieron significativamente según el sexo de los pacientes y nivel de educación ($p>0.05$). Sin embargo, los cuidadores de los pacientes casados y con empleo fueron

significativamente mas altos en cuanto a la calidad de vida ($p < 0.002$).

Hipótesis 3: Valoración del paciente con DT2 por parte del cuidador es el mejor predictor del nivel de calidad de vida del cuidador. El análisis de regresión logística verificó la hipótesis, donde se concluye que la valoración del cuidador fue el predictor mas fuerte ($\beta=0.42$, $t=6.8$, $p=0.0001$), aunque también contribuyeron la edad de los pacientes ($\beta=0.42$, $t=6.8$, $p=0.0001$). El modelo representó el 10.5% de la varianza explicada.

Hipótesis 4: Los sujetos de la población general tendrían puntuaciones significativamente más altas que la calidad de vida de los cuidadores. Los resultados mostraron que los cuidadores de pacientes con DT2 y la población en general obtuvieron puntuaciones semejantes en calidad de vida.

En síntesis, los estudios de cuidadores muestran diferencias según el paciente sea dependiente o no. En el primero de los casos, Lopez et al (2009) reporta que el estado de salud del cuidador se ve afectado por un alto nivel de sobrecarga de cuidado, presencia de enfermedades crónicas. Sufren además de malestares como cefaleas, dolor de espalda, cansancio/fatiga, alteraciones del sueño y apatía, generando así una mala calidad de vida.

Cuando no son dependientes como es el caso de la mayoría de pacientes con DT2 la prevalencia de satisfacción en su calidad de vida es más alta de acuerdo a sus condiciones de vida en relación con la salud, actividades de la vida diaria y relaciones personales sin diferir en relación al sexo y nivel de educación, además los cuidadores de personas casadas y con empleo refieren una alta satisfacción de su calidad de vida; sin embargo en comparación con la población en general tienen puntuaciones semejantes (Awadalla et al., 2006).

Capacidades de cuidado dependiente

Barrera, Pinto, y Sánchez (2006) buscaban evaluar la efectividad del programa

“cuidando a los cuidadores”, un programa desarrollado para fortalecer la habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica de 125 cuidadores de personas que en su mayoría asistían a servicios ambulatorios (casos) y 125 cuidadores de personas que poco más de la mitad asistían a servicio de hospitalización (controles).

Los resultados mostraron que en el grupo de estudio, más de la mitad presentó un bajo nivel de dependencia (68.8%), mientras que en los controles casi la mitad (48.8%) presentó un alto nivel de dependencia. Al finalizar la intervención encontraron que la habilidad total ($p=0.007$) y el componente paciencia ($p=0.001$) tuvieron una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos. En relación a la habilidad total, tuvo mejor resultado el grupo de estudio ($p=0.011$) que el grupo control ($p=0.371$).

En el 2006, Barrera y colaboradores se plantearon como objetivo describir, analizar y comparar como se perciben en los cuidadores los tres componentes del cuidado: conocimiento, valor y paciencia, explorando tres universidades colombianas, en la primera se incluyeron 45 cuidadores de pacientes, donde el 66.7% presentó alto nivel de dependencia; de la segunda universidad se incluyó a 90 cuidadores, donde una cantidad similar de pacientes presentó alto nivel de dependencia (66.67%), y en la tercera universidad se incluyó a 90 cuidadores, de los cuales reportaron en su mayoría bajo nivel de dependencia del paciente (68.69%). Al comparar los tres grupos en cuanto a la habilidad de cuidado se observó un comportamiento similar ($p=0.952$), donde el nivel de habilidad de cuidado deficiente osciló desde un 67.68% hasta un 73.33% de los cuidadores.

En síntesis, Barrera, Pinto, y Sánchez (2006) reportan que cuando hay un bajo nivel de dependencia del paciente al cuidador, hay una mejor habilidad de cuidado; sin embargo esto difiere a lo reportado por Barrera y colaboradores (2006), ya que en su

estudio muestran que no hay diferencia significativa sobre la habilidad de cuidado cuando hay un bajo o alto nivel de dependencia de cuidado.

Cuidado dependiente

Thomas, Jones, Scarinci, y Brantley (2007) tenían como propósito comparar la influencia directa de apoyo social en diagnósticos de trastorno depresivo y ansiedad en pacientes con DT2 en comparación con personas sin enfermedades físicas (asma, artritis, hipertensión), encontrando como hallazgos que a menor apoyo social, aumenta las probabilidades de tener un diagnóstico de depresión o trastorno de ansiedad en las personas con diabetes ($OR=0.326$ [IC 95%: 0.141-0.755], $p=0.009$), en las personas con hipertensión, asma o artritis ($OR= 0.438$ [IC 95%: 0.195-0.987], $p=0.046$) y para el resto de los participantes del estudio ($OR= 0.618$ [IC 95%: 0.472-0.808], $p<.001$).

Göz, Karaoz, Goz, Ekiz, y Cetin (2005) intentaron determinar el efecto del apoyo social percibido en la calidad de vida de los pacientes con diabetes tipo 2, encontrando una relación positiva entre el apoyo social percibido de los pacientes y su calidad de vida global ($r=0.450$, $p<0.01$).

Rosland, Heisler, Choi, Silveira, y Piette (2010), marcaron los siguientes propósitos (1) determinar la frecuencia de apoyo familiar en actividades de autocuidado, donde los autores reportaron que el 74% de los pacientes con insuficiencia cardiaca y 68% de los pacientes con diabetes contó con algún apoyo de la familia en el autocuidado. (2) determinar la frecuencia en que los pacientes sienten que sus familiares involucrados en el cuidado utilizan técnicas indeseables de apoyo, los resultados mostraron que el 21% de los hombres y 30% de las mujeres reportaron incumplimiento periódico de desapego al tratamiento atribuido a barreras familiares, por ejemplo consumir alimentos no saludables, esto fue el problema mas común atribuido a esta causa ($p=0.05$). (3) determinar que características del paciente se asociaron con niveles más altos de apoyo familiar o de barreras. Los resultados mostraron que el pertenecer a

sexo femenino, edad avanzada, la educación superior, y síntomas de depresión se asociaron con las barreras de la familia para el autocuidado. (4) determinar si las barreras percibidas de la familia a la atención se asocian con una menor auto-eficacia y cumplimiento del autocuidado.

Los resultados mostraron que las mujeres reportaron significativamente menos apoyo familiar (64% mujeres, 77% hombres, $p < 0.001$) y más barreras de la familia (30% mujeres, 21% hombres, $p < 0.05$) para el autocuidado.

En síntesis, es importante para las personas con enfermedad crónica el apoyo recibido, ya que según la literatura, existe una asociación positiva entre el apoyo social percibido de los pacientes y su calidad de vida (Goz, Karaoz, Goz, Ekiz, & Cetin, 2005) y si este apoyo disminuye puede presentarse un aumento en las probabilidades de tener una depresión o ansiedad (Thomas, Jones, Scarinci & Brantley, 2007), por otra parte si el familiar no apoya a la persona con DT2 en sus acciones de autocuidado como la alimentación por ejemplo, esta podría convertirse en una barrera para el autocuidado del paciente (Rosland, Heisler, Choi, Silveira, & Piette 2010).

Definición de términos

Perfil del cuidador del adulto con DT2: Se define como el estado de salud, edad, género, ocupación y conocimiento sobre el tratamiento de DT2, el cual será medido mediante una cédula de datos de identificación.

Estado de salud: Percepción de la condición del bienestar (físico, psicológico y social) del cuidador, examinado mediante el cuestionario del estado de salud.

Edad: Años de vida cumplidos del cuidador en el momento de la entrevista, se reportará mediante la cédula de datos.

Género: Sexo perteneciente del cuidador se reportará mediante la cédula de datos.

Ocupación: Actividades que realiza el cuidador del adulto con DT2, será registrado en la cedula de datos.

Conocimiento sobre el tratamiento de DT2: Puntaje obtenido del cuidador en relación a la diabetes y su tratamiento, se valorará a través del Cuestionario de Conocimiento en Diabetes.

Capacidades de cuidado dependiente en el tratamiento de la DT2: Habilidades del cuidador para la comunicación y motivación al adulto con DT2 a efectuar su autocuidado. Se medirá con el Cuestionario de Capacidades de Cuidado Dependiente (CCCD).

Cuidado dependiente en observancia del tratamiento de DT2: Acciones de cuidado (comunicación y motivación) y apoyo que realiza el cuidador del adulto con DT2 para llevar a cabo su autocuidado en diabetes, medido a través del Cuestionario de Acciones de Cuidado en Diabetes (EACD), diseñado por Toobert y Glasgow (1993).

Objetivos

En función de lo anterior, los objetivos de la presente investigación son:

1. Describir el estado de salud, edad y conocimiento de la DT2 del cuidador (FCBs).
2. Describir las capacidades de cuidado dependiente del cuidador del adulto con DT2
3. Describir el cuidado dependiente que otorga el cuidador al adulto con DT2
4. Determinar el efecto de las capacidades de cuidado dependiente y FCBs seleccionados con el cuidado dependiente que otorga el cuidador del adulto con DT2

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se presenta la descripción del diseño del estudio, población, muestreo y muestra, posteriormente se describen las mediciones e instrumentos que se utilizaron en la recolecta de información, así como el procedimiento, las estrategias de análisis propuestas y finalmente las consideraciones éticas.

Diseño del estudio

Para dar respuesta a los objetivos realizó un diseño descriptivo correlacional y transversal, este diseño fue apropiado porque permite describir y correlacionar las variables del estudio; los datos de las variables de interés se recolectaron en un solo momento, por lo que se considera de tipo transversal (Polit & Hungler, 1999, p. 189-191).

Población, muestreo y muestra

La población de interés estuvo conformada por adultos reconocidos por pacientes diagnosticados con DT2 que consultan en una unidad familiar del IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) como su cuidador, o sea la persona que les apoya o ayuda en el cumplimiento de su tratamiento. El muestreo fue por conveniencia. El tamaño de la muestra se determinó en función del estadístico regresión lineal múltiple, con seis variables independientes, usando el paquete estadístico n´Query Advisor, versión 4.0 (Elashoff, Dixon, Crede, & Fotheringham, 2000); $p \leq .05$, efecto mediano ($R = 0.08$) dando como resultado 207 participantes.

Mediciones e instrumentos

Las mediciones comprendieron la aplicación de instrumentos de lápiz y papel.

Enseguida de describe cada uno de ellos.

El Cuestionario sobre el Estado de Salud fue elaborado por Ware, Kosinski, & Keller (1996), fue utilizado para medir el estado de salud (físico, emocional y social) y consta de 12 reactivos con escala de respuesta tipo Likert en los reactivos 1, 8, 9, 10, 11 y 12, donde 1= excelente, 2=muy buena, 3=buena. 4=regular y 5=mala en algunos de ellos, los reactivos 2 y 3 contienen escalas categóricas con respuestas 1=si, me limita mucho, 2=si, me limita poco y 3=no, no me limita nada, los reactivos cuatro al siete son escalas dicotómicas. El rango de respuesta esperado fue de 12 á 47, donde a mayor puntuación mejor estado de salud. Se ha reportado un alfa de Cronbach de 0.70 en población colombiana (Ramírez, Agredo, & Jerez, 2010; Apéndice A).

El Cuestionario de Capacidades de Cuidado Dependiente (CCCD) citado por Piett (2000), valora las capacidades que posee el cuidador para motivar al adulto con DT2 en relación a su tratamiento; este cuestionario contiene 18 reactivos con escala tipo likert con respuestas 1=totalmente incapaz, 2=parcialmente incapaz, 3=neutral, 4=parcialmente capaz, 5=totalmente capaz y 0=nunca, 2=raramente, 3=algunas veces, 4=la mayor parte del tiempo, 5=siempre, esperándose un rango de respuesta de 18 á 78, donde a mayor puntuación mayores capacidades de cuidado dependiente, se ha reportado un alfa de cronbach de 0.87 en población mexicana (resultado en proceso de publicación por Piett, et al. 2000; Apéndice B).

El Cuestionario de Acciones de Cuidado en Diabetes (EACD) fue diseñado por Toobert y Glasgow (1993), y se midió las acciones de cuidado dependiente, este instrumento ha sido aplicado en personas con DT2, sin embargo para el presente estudio fue utilizado en función del cuidador respetando la estructura de las preguntas. Está conformado por 12 reactivos, compuesto por cuatro subescalas, dieta (5 reactivos), ejercicio (3 reactivos), automonitoreo de glucosa (2 reactivos) y medicamentos (2 reactivos). Los reactivos 1, 2, 3, 4, 5, 7, y 10 contienen escala tipo likert, con respuestas

1=siempre, 2=generalmente, 3=algunas veces, 4=casi nunca y 5= nunca (reactivo 1), 1=0%, 2=25%, 3=50%, 4=75% y 5=100% (reactivos 2, 3, 4, 5, 7 y 10); mientras que el 6 y 8 son continuas (0-7) y el resto son categóricas con respuesta y 1=todos los días, 2=la mayoría de los días, 3=algunos días y 4=ninguno ; y 1=todas, 2=la mayoría, 3=algunas, 4=ninguna y 5=mi familiar no tiene indicada insulina/pastillas.

El rango de respuesta fue de 12 a 64, donde los valores más altos reflejan mayor nivel de acciones de autocuidado realizadas; sin embargo los pacientes que no tenían indicado insulina ó hipoglucemiantes orales se anularon las preguntas 11 ó 12 respectivamente, por lo que el puntaje para cada persona varió, de manera que, las personas cuyo familiar no tuvo indicado hipoglucemiantes orales ni insulina el puntaje mínimo fue de 12 y el máximo de 59 y para las que si tuvieron esta indicación, el puntaje mínimo fue de 12 y máximo de 64. Este instrumento fue utilizado por López (2001) en población mexicana, reportando un alfa de cronbach de 0.68 (Apéndice C).

El Cuestionario de Conocimiento en Diabetes fue elaborado por García, Villagómez, Brown, y Kouzekanani (2001), el cual midió el nivel de conocimiento sobre la diabetes y su tratamiento, contiene 24 reactivos con escala de respuestas categóricas, con respuestas 0=no se, 1=sí, y 2=no, alcanzando un rango de respuesta de 0 a 24, donde a mayor puntaje mayor conocimiento. Este instrumento ha sido aplicado y evaluado en población México-Americana, reportando un alfa de cronbach de 0.78 (García, Villagomez, Brown & Hanis, 2001; Apéndice D).

La cédula de datos fue diseñada para obtener datos sociodemográficos como edad, género, y años de escolaridad de los cuidadores de adultos con DT2 (Apéndice E).

Procedimiento para la recolección de datos

Se contó con la aprobación y autorización de las Comisiones de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Inicialmente, se identificó a los pacientes que padecen DT2 que acuden a la consulta acompañados, se le explicó el propósito del estudio y se le cuestionó si reconocen a algún familiar como su cuidador, cuando la respuesta resultó afirmativa y en caso que el cuidador referido fuese el acompañante, se le otorgó una explicación más detallada del estudio al cuidador y se le preguntó si aceptaba participar en el estudio. Al aceptar participar, se le informó del tiempo necesario para contestar los cuestionarios, y se notificó que en caso de ser llamado para entrar a consulta, se interrumpiría la encuesta y al salir de consulta se concluiría; así mismo se le notificó que si al salir de consulta no contaba con el tiempo necesario para terminar la encuesta, sería concluida telefónicamente, a lo cual no existió problema.

Enseguida se prosiguió a leer y firmar el consentimiento informado (Apéndice F); posteriormente se le aplicó el Cuestionario sobre el Estado de Salud, después el Cuestionario de Capacidades de Cuidado Dependiente (CCCD), posteriormente el Cuestionario de Acciones de Cuidado Dependiente en Diabetes (EACD), el Cuestionario de Conocimiento en Diabetes; y finalmente la cédula de datos de identificación del participante. Al terminar se le agradeció su participación.

Consideraciones éticas

El estudio se apegó a lo dispuesto en el reglamento de la Ley General en Salud en materia de investigación para la salud (Secretaría de salud [SSA], 1987). Se contó con la autorización de la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León conforme a lo estipulado en el Artículo 14, Fracción VII correspondiente al Título II, Capítulo I referente a los aspectos éticos sobre la investigación en seres humanos, así mismo se contó con el consentimiento escrito del participante, donde se especificó la libertad de negarse si así lo desea y las encuestas serían realizadas por un personal de enfermería que cuenta con conocimientos y

experiencia para cuidar la integridad del participante (Fracción V y VI).

En base al Artículo 16 se garantizó la privacidad del participante al no identificar el instrumento con su nombre y la información recolectada se guardó en un lugar seguro, así mismo la entrevista se realizó en un lugar alejado de las personas que pudiesen intervenir o escuchar la entrevista; de acuerdo al Artículo 17, Fracción I, esta investigación se considera sin riesgo, ya que sólo se indaga sobre aspectos de percepción de la salud, cuidado y conocimiento de la enfermedad de su familiar.

Para cumplir con el Artículo 21, Fracción I, VI, VII, y VIII, se proporcionó una explicación al participante sobre el objetivo del estudio así como de los procedimientos que se realizaron, se le informó la libertad para preguntar sobre cualquier duda que surgida durante el tiempo del estudio, se le explicó también el derecho a retirarse cuando así lo decida sin que esto afecte la atención de su familiar en la unidad de salud y se le garantizó que los datos obtenidos se mantendrán en anonimato.

Estrategias para el análisis de datos

Los datos fueron capturados y analizados mediante el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 16.0 para Windows. Las variables continuas se resumieron por medio de estadística descriptiva. Se obtuvo consistencia interna a través del estadístico Alpha de Cronbach.

Para conocer la distribución normal de las variables continuas, se aplicó la prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov. Los resultados de esta prueba indicaron que existe normalidad en las variables de estudio, por lo que para responder a los objetivos de investigación se utilizó estadística paramétrica.

Para dar respuesta a los objetivos, se utilizó estadística descriptiva e inferencial. Los objetivos 1 al 3 se respondieron con medidas de tendencia central y proporciones; para el objetivo 4 se ajustó modelo de regresión lineal simple.

Capítulo III

Resultados

El contenido de este capítulo presenta los resultados del estudio, en primer lugar se muestra la consistencia interna de los instrumentos, posteriormente se muestran los datos de estadística descriptiva de las características demográficas de los participantes, para finalmente incluir los resultados correspondientes a los objetivos planteados.

En la tabla 1, se muestra la consistencia interna de cada uno de los instrumentos utilizados, los cuales fueron valorados a través de la prueba Alpha de Cronbach, donde se observa que los instrumentos SF-12, CCCD y conocimiento en diabetes tienen una consistencia interna aceptable (Polit & Hungler, 1999). Sin embargo, el cuestionario de acciones de cuidado dependiente muestra una consistencia de 0.61, esto puede justificarse por el hecho de que este instrumento fue adaptado por primera vez al cuidador en sí, no a la persona con la enfermedad.

Consistencia Interna de los Instrumentos

Tabla 1

Alpha de Cronbach de los instrumentos de investigación

Instrumento	Ítems	Alfa de cronbach
Cuestionario del Estado de salud SF-12	1-12	.83
Cuestionario de Capacidades de Cuidado Dependiente TOTAL (CCCD)	1-18	.83
Cuestionario de Acciones de Cuidado Dependiente	1-12	.61
Conocimiento en Diabetes	1-24	.71

Características demográficas de los participantes

La muestra definitiva se conformó por n= 200 adultos reconocidos por los

pacientes diagnosticados con DT2 como su cuidador, es decir la persona que les apoya o ayuda en el cumplimiento de su tratamiento. En esta muestra predominó el género femenino (85%), quienes en su mayoría se dedicaban al hogar/desempleado/pensionado (66%), mientras que 31.5% del resto de la muestra se trabajaba en diferentes puestos. La edad promedio de los participantes fue de 45.58 años ($DE=14.91$), la educación de 9.09 años ($DE= 3.69$). El promedio de años dedicado al cuidado de la persona con DT2 fue de 6.05 años ($DE=5.40$).

Análisis por objetivos

En preparación para el análisis los datos de variables continuas se sometieron a la prueba de normalidad (Kolmogorov-Smirnov). Así mismo se corrió una matriz de correlación para visualizar las variables asociadas (Apéndice G).

El objetivo número uno, "describir el estado de salud, edad y conocimiento de la DT2 del cuidador" se respondió con estadística descriptiva, medias y desviación estándar. El Estado de Salud se obtuvo por medio de la construcción de índice 0-100 sobre los puntajes obtenidos por los participantes en la escala correspondiente. Este índice tuvo una media de 95.87 puntos con $DE = 18.96$ (12-47), lo cual indica que la mayoría de los participantes de este estudio percibe un buen estado de salud. La edad obtuvo una media de 45.58 años ($DE=14.91$) y el conocimiento en diabetes obtuvo un promedio de 2.29 puntos ($DE = 39.50/0-24$), indicando de la misma manera un deficiente conocimiento acerca de la enfermedad por parte de los cuidadores de DT2; datos obtenidos a través de los cuestionarios Estado de Salud SF-12, Cédula de Datos y Cuestionario de conocimiento en diabetes respectivamente (Tabla 1).

El objetivo dos, "describir las capacidades de cuidado dependiente del cuidador del adulto con DT2" arrojó un promedio de 99.89 puntos ($DE = 16.29/18-78$). Con lo

que se demuestra que gran parte de estos cuidadores refieren tener habilidades para otorgar el cuidado dependiente su familiar o amigo con la enfermedad.

El cuidado dependiente proporcionado por el cuidador (objetivo 3) mostró una cifra promedio de 68.84 ($DE = 15.37$); demostrando así que en su mayoría aplica el cuidado satisfactoriamente a su familiar con DT2.

Tabla 2

Datos descriptivos por variable: Estado de salud, capacidades de cuidado, cuidado dependiente y conocimiento en diabetes

Índices*	\bar{X}	DE	Valor mínimo	Valor máximo
Estado de salud SF-12	95.87	18.96	48.57	128.57
Capacidades de Cuidado dependiente	99.89	16.29	36.67	130
Cuidado Dependiente	68.84	15.37	28.85	117.31
Conocimiento en Diabetes	2.29	39.50	66.67	325

*Fuente: SF-12, CCCD, CD, Conocimiento en Diabetes

Para dar respuesta al objetivo cuatro, (determinar el efecto de las capacidades de cuidado dependiente y FCBs seleccionados con el cuidado dependiente que otorga el cuidador del adulto con DT2), se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple. Las variables independientes fueron Estado de salud, Capacidades de Cuidado Dependiente,

Conocimiento en Diabetes y la edad; como variable dependiente se introdujo el puntaje obtenido en el Cuestionario Acciones de Cuidado Dependiente.

El modelo general fue significativo ($F = [4,195] = 8.59, p < .001$). La varianza explicada fue de 13.2 ($R^2 = .155$). La variable que contribuyó a esta significancia fue la de capacidades de cuidado dependiente, $t = 5.71, p < .001$ con una $\beta = .378$), como puede observarse en la Tabla 3.

Tabla 3

Predictores de cuidado dependiente

Variable	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
SF-12	.034	.508	.612
CCCD	.378	5.71	.000
Conocimiento en diabetes	.068	1.001	.318
Edad	-.011	-.165	.689

Nota: SF-12 = Cuestionario del Estado de salud; CCCD = Cuestionario de Capacidades de Cuidado Dependiente

Capítulo IV

Discusión

A continuación se presenta la discusión de los resultados encontrados, esto relacionado a lo reportado por la teoría en la que se fundamentó el estudio, así como los estudios relacionados.

En este estudio, la mayoría de los cuidadores percibe su estado de salud general como buena o muy buena, hecho que se justifica debido a que se trató de un grupo relativamente joven (edad promedio 45.58 años). Así mismo, estas personas diagnosticadas con DT2 no mostraban dependencia física para suplir sus necesidades básicas. Esto se contrapone a lo reportado por López et al. (2009), quienes reportan que la mayoría de los cuidadores percibían su salud general como mala o muy mala.

Sin embargo, la teoría de Orem establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud que les incapacita para el auto cuidado o cuidado dependiente continuo cuando la demanda de acción para el cuidado es mayor que la capacidad de la persona para actuar, es decir, cuando la persona no tiene los conocimientos, la capacidad o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas del cuidado.

Las capacidades de cuidado dependiente en esta muestra alcanzaron puntajes superiores a la media; este dato contrasta con la cifra promedio de cuidado dependiente por debajo del promedio, teniendo una orientación enfocada a una mayor capacidad de cuidado, dado quizá a que los participantes apoyan a personas con DT2 en tratamiento ambulatorio. Dato semejante a lo reportado por Barrera, Pinto, y Sánchez (2006), quienes mencionan que cuando hay un bajo nivel de dependencia del paciente al cuidador, existe una mejor habilidad de cuidado.

En este mismo aspecto, Orem establece que las capacidades especializadas abarcan desde el conocimiento de las necesidades de cuidado hasta la realización de las

mismas, en este estudio se demuestra que existe un deficiente conocimiento sobre el tratamiento de la enfermedad, quizá porque las personas con la enfermedad no son dependientes; a pesar de ello existe un índice aceptable en las capacidades de cuidado dependiente.

Finalmente, en relación al cuidado dependiente, Orem establece que esta mediado por las capacidades de cuidado dependiente y a su vez ambos están influenciados por el estado de salud (FCBs). En este estudio se demuestra que el cuidado dependiente es aplicado satisfactoriamente, así mismo las capacidades de cuidado dependiente son favorables y el estado de salud se mostró considerablemente bueno.

El cuidado dependiente aumenta con las capacidades de cuidado según los análisis realizados, esto es congruente con Goz, Karaoz, Goz, Ekiz, y Cetin, (2005) quienes relacionan el cuidado dependiente con el estado de salud, y mencionan que si este apoyo o cuidado disminuye aumentará las enfermedades como la depresión (Thomas, Jones, Scarinci & Brantley, 2007).

Conclusión

El estado de salud percibido por los cuidadores podría considerarse aceptable, debido quizá a la edad relativamente joven de los cuidadores y baja demanda de dependencia de los familiares con la enfermedad. Por otra parte, existe un vacío en el conocimiento de la diabetes por parte de los cuidadores de las personas con esta enfermedad, a pesar de ello llama la atención que la mayoría se considera capaz de otorgar el cuidado dependiente.

Por lo tanto, con la realización de este estudio se pueden afirmar las proposiciones establecidas en la teoría de Orem, mediante las asociaciones encontradas ya que los cuidadores poseen capacidades de cuidado dependiente o capacidades especializadas, y estas están condicionadas por la edad, ya que los participantes se

encuentran en edad productiva y con un adecuado estado de salud.

Implicaciones para la investigación y la práctica de enfermería

Este estudio nos permitió conocer el estado de salud, las capacidades y el cuidado dependiente que otorga el cuidador a la persona con DT2, así como el conocimiento que poseen en relación a esta enfermedad, donde se observó que los cuidadores de personas con diabetes se consideran capaces de otorgar el cuidado dependiente a su familiar con DT2, a pesar de tener un deficiente conocimiento sobre dicha enfermedad.

Limitaciones del estudio y recomendaciones

El estudio se delimitó por la falta de información referente a la persona con diabetes; por lo tanto, se recomienda realizar estudios de investigación donde se incluya también la participación de la persona con DT2 y no solamente del cuidador, ya que sería importante conocer la percepción de cuidado recibido de la persona enferma por parte de su cuidador. Por otra parte se recomienda también hacer un estudio con población de otro nivel socioeconómico para verificar la deferencia de resultados obtenidos en esta investigación.

Referencias

- Alvarez, S., et al. (2009). Algunos aspectos de actualidad sobre la hemoglobina glucosilada y sus aplicaciones. *Revista Cubana de Endocrinología*, 20(3), 141-151.
- American Diabetes Association (2010). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 33(1) 62-69.
- American Diabetes Association (2011). Standards of Medical Care in Diabetes 2011. *Diabetes Care*, 34(1) 11-64.
- Ariz, A. M., Artola, M. A., Barutell, R. L., Carramiñana, B. F., & Carrillo, F. L., (2011). Práctica clínica en la DM2: análisis crítico de las evidencias para la red GDPS. *El Servier*, España.
- Arroyo, R. M., Bonilla, M. M., & Trejo, G. L. (2005). Perspectiva familiar alrededor del paciente diabético. *Revista Neurología*, 38(2), 63-68.
- Awadalla, A. W., Ohaeri, J. U., Al-Awadi, S. A., & Tawfiq, A. M. (2006). Diabetes mellitus patients "family caregivers" subjective quality of life. *Journal of the National Medical Association*, 98(5), 727-736.
- Barrera, O. L., et al. (2006). La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Investigación y educación en enfermería*, XXIV(1). 36-46.
- Barrera, O. L., Pinto, A. N. & Sánchez, H. B. (2006). Evaluación de un programa para fortalecer a los cuidadores familiares de enfermos crónicos. *Revista de Salud Pública* 8(2), 141-152.
- Elashoff, D., Dixon, J., Crede, M. M., & Fotheringham, N. (2000). nQuery Advisor Copyright AC.
- Federación Mexicana de Diabetes (2010). Diabetes en números. Recuperado de <http://www.fmdiabetes.org/v3/paginas/estadisticas.php>.

- García, A., Villagomez, E., Brown, S. & Hanis, C. (2001). The Starr County Diabetes Education Study. *Diabetes Care*, 24(1), 16-21.
- González, V. C., López R, R., Campuzano, C. & González, V. E. (2010). The status of diabetes care in Mexican population: Are we making a difference? Results of the National Health and Nutrition Survey 2006. *Salud Pública de México*, 52(1), 37-43.
- Göz, F., Karaoz, S., Goz, M., Ekiz, S., & Cetin, I. (2005). Effects of the diabetic patients' perceived social support on their quality-of-life. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1353–1360.
- Hoyos, D. T., Arteaga, H. M. & Muñoz, C. M. (2011). Factores de no adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 en el domicilio. La vision del cuidador familiar. *Investigacion y Educacion en Enfermería*, 29(2), 194-203.
- International Diabetes Federation (2011). The Global Burden. Recuperado de <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/the-global-burden>, Marzo de 2011.
- Jiménez, C. A., Rojas, R., Gómez, P, F. & Aguilar, S. A. (2010). Early-onset type 2 diabetes in a Mexican survey. Results from the National Health and Nutrition Survey 2006. *Salud Pública de México*, 52(1), 27-35.
- Jofré, A. V. & Mendoza, P. S (2005). Toma de decisiones en salud en mujeres cuidadoras informales. *Ciencia y Enfermería*, XI(1) 37-49.
- Jofré, A. V. & Sanhueza, A. O. (2010). Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. *Ciencia y Enfermería XVI*(3), 111-120.
- Kendall, D., Riddle, M., Rosenstock, J., Zhuang, D., Kim, D., Fineman, M., et al. (2005). Effects of Exenatide (Exendin-4) on Glycemic Control Over 30 Weeks in Patients With Type 2 Diabetes Treated With Metformin and a Sulfonylurea. *Diabetes Care*, 28(5). 1083-1091.

- López, A. (2001). Autocuidado en adultos con diabetes residentes del sur de Veracruz. Tesis de maestría no publicada, Universidad Autónoma de Nuevo Leon, Monterrey, México.
- López, C. P., Rodríguez P. M. &Herrero D. A. (2009). Perfil social de los cuidadores familiares de pacientes dependientes ingresados en el Hospital General Universitario de Elche. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y erontológica*, 20(4), 167-171.
- Lopez, C., Ariza, A.C., Rodriguez, M. J., & Mungía, M. M. (2003). Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México* 45(4), 259-268.
- López, G., Orueta, S. R., Gómez, C. S., Sánchez, O. a., Carmona, M., & Alonso, M. (2009). El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(7), 332-339.
- Medel, R. B., & González, J. L. (2006). Estilos de vida. Experiencias con la adherencia al tratamiento no farmacológico en diabetes mellitus. *Índex Enfermería*, 15, recuperado de <file:///C:/Users/nora/Desktop/Resp/salvado/relac/nuevos/ultimos%20a%C3%B1os,%20diabetes.htm>, Septiembre de 2011.
- Moreno, M. E., Náder, A. & López de Mesa. (2004). Relación entre las características de los cuidadores familiares de pacientes con discapacidad y la percepción de su estado de salud. *Avances de Enfermería*, 22(1).
- Orem D. Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la práctica. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas Masson-Salvat; 1993.
- Pace, A., Ochoa-Vigo, K., Larcher, M. & Morais, A. (2006). El conocimiento sobre diabetes mellitus en el proceso de autocuidado. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 14(5).

- Piatt, J. D. (2000). Satisfaction with automated telephone disease management calls and its relationship to their use. *The Diabetes Educator*, 26, 1003-1010.
- Pinto, A. N., Barrera, O. L. & Sánchez, H. B. (2005). Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa “Cuidando a los cuidadores”. *Revista Aquichan*, 5(5), 128-137.
- Polit, D. F. & Hungler, B.P. (1999). Investigación científica en ciencias de la salud (5°.ed.). México, D.F.: Mc Graw-Hill.
- Ramírez, V. R., Agredo, Z. R. & Jerez, V. A. (2010). Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey) en adultos colombianos. *Revista de Salud Pública*, 12(5), 807-819.
- Rosland, A., Heilser, M., Choi, H., Silveira, M., & Piette, J. (2010). Family influences on self-management among functionally independent adults with diabetes or heart failure: do family members hinder as much as they help?. *Chronic Illness* 6, 22-33.
- Secretaría de Salud. (2010). Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus).recuperado de http://qualitat.cc/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/nom_015_ssa.pdf
- Secretaría de salud. (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Material de Investigación para la Salud en México, D. F.: Diario Oficial de la Federación.
- Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, AC, (2004). Complicaciones macrovasculares en la diabetes mellitus tipo 2. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 2(1), 23-30.
- Thomas, J., Jones, G., Scarinci, I., & Brantley, P. (2007). Social Support and the Association of Type 2 Diabetes and Depressive and Anxiety Disorders Among Low-income Adults Seen in Primary Care Clinics. *Journal Clinic Psychology Medicine Settings* 14, 351–359.

- Toobert, D. J., & Glasgow, R. E. (1993). Assessing diabetes self-management: the summary of diabetes self-care activities questionnaire. *En Handbook of psychology and diabetes*, 351-375.
- Vaquirol, R. S. & Stiepvich, B, J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y enfermería*, XVI(2), 9-16.
- Villalpando, S., et al. (2010). Prevalence and distribution of type diabetes mellitus in mexican adult population. A probabilistic survey. *Salud Pública de México*, 52(1), 19-26.
- Villarreal, R. E., Paredes, Ch. A., Martinez, G. L., Galicia, R. L., Vargas, D. E. & Garza, E. M. (2006). Control de los pacientes con diabetes tratados sólo con esquema farmacológico. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 44(4), 303-308.
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medic Care* 34, 220-233

Apéndices

Apéndice A

CUESTIONARIO “SF-12” SOBRE EL ESTADO DE SALUD

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber como se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

1

2

3

4

5

Excelente

Muy buena

Buena

Regular

Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

1

2

3

Si, me limita

Si, me limita

No, no me limita nada

2. **Esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora

3. Subir **varios** pisos por la escalera

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1
Si

2
No

4. ¿**Hizo menos** de lo que hubiera querido hacer?

5. ¿Tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas?

12. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1

Siempre

2

Casi siempre

3

Algunas veces

4

Solo una vez

5

Nunca

Apéndice B

Cuestionario de Capacidades de Cuidado Dependiente (CCCD)

Instrucciones: Explique a la persona identificada como cuidador(a). Las siguientes preguntas son acerca de la capacidad que usted percibe para otorgar el cuidado a su familiar o amigo con diabetes.

Léale cuidadosamente cada pregunta y cruce la respuesta que le indique el entrevistado. Explíquele que no hay respuestas correctas o incorrectas, pero que por favor conteste con honestidad a lo que se le pregunta.

1. ¿Qué tan capaz se siente usted para motivar a su familiar a seguir su plan de comidas?
 1. Totalmente incapaz
 2. Parcialmente Incapaz
 3. Neutral
 4. Parcialmente Capaz
 5. Totalmente Capaz

2. ¿Qué tan capaz se siente usted para motivar a su familiar a tomar su medicamento?
 1. Totalmente incapaz
 2. Parcialmente Incapaz
 3. Neutral
 4. Parcialmente Capaz
 5. Totalmente Capaz

3. ¿Qué tan capaz se siente usted para motivar a su familiar a cuidar sus pies?
 1. Totalmente incapaz
 2. Parcialmente Incapaz
 3. Neutral
 4. Parcialmente Capaz
 5. Totalmente Capaz

4. ¿Qué tan capaz se siente usted para motivar a su familiar a realizar actividad física?
 1. Totalmente incapaz
 2. Parcialmente Incapaz
 3. Neutral
 4. Parcialmente Capaz
 5. Totalmente Capaz

5. ¿Qué tan capaz se siente usted para motivar a su familiar a checar su azúcar en sangre?
1. Totalmente incapaz
 2. Parcialmente Incapaz
 3. Neutral
 4. Parcialmente Capaz
 5. Totalmente Capaz
6. ¿Qué tan capaz se siente usted para motivar a su familiar en el manejo de los sentimientos acerca de la diabetes?
1. Totalmente incapaz
 2. Parcialmente Incapaz
 3. Neutral
 4. Parcialmente Capaz
 5. Totalmente Capaz

Cuidado Dependiente-Comunicación/Motivación

7. ¿Con que frecuencia discute sobre la salud de su familiar o amigo?
0. Nunca
 1. Raramente
 2. Algunas veces
 3. La mayor parte del tiempo
 4. Siempre
8. ¿Con que frecuencia discute con su familiar sobre la salud de usted mismo?
0. Nunca
 1. Raramente
 2. Algunas veces
 3. La mayor parte del tiempo
 4. Siempre
- ¿Con que frecuencia le proporciona usted a su familiar información positiva por los esfuerzos realizados en su cuidado a la diabetes, aunque sean pequeños?
0. Nunca
 1. Raramente
 2. Algunas veces
 3. La mayor parte del tiempo
 4. Siempre

¿Con que frecuencia usted le ayuda a su familiar a establecer metas realistas en el cuidado de su diabetes?

0. Nunca
1. Raramente
2. Algunas veces
3. La mayor parte del tiempo
4. Siempre

¿Con que frecuencia usted le ayuda a su familiar a recordar una próxima cita con el médico?

0. Nunca
1. Raramente
2. Algunas veces
3. La mayor parte del tiempo
4. Siempre

¿Con que frecuencia usted le habla de qué tan bien está cumpliendo con los medicamentos que debe tomar?

0. Nunca
1. Raramente
2. Algunas veces
3. La mayor parte del tiempo
4. Siempre

¿Con que frecuencia usted le recuerda surtir sus medicamentos?

0. Nunca
1. Raramente
2. Algunas veces
3. La mayor parte del tiempo
4. Siempre

¿Con que frecuencia usted le cuestiona cuando él/ella no cuida de su diabetes?

0. Nunca
1. Raramente
2. Algunas veces
3. La mayor parte del tiempo
4. Siempre

¿Con que frecuencia usted le anima cuando él/ella cuida de su diabetes?

0. Nunca
1. Raramente
2. Algunas veces
3. La mayor parte del tiempo
4. Siempre

¿Con que frecuencia usted le habla sobre como él/ella maneja sus emociones?

0. Nunca
1. Raramente
2. Algunas veces
3. La mayor parte del tiempo
4. Siempre

¿Con que frecuencia usted le habla de los alimentos que él/ella debe consumir?

0. Nunca
1. Raramente
2. Algunas veces
3. La mayor parte del tiempo
4. Siempre

¿Con que frecuencia usted le habla de su peso y cómo hacer para reducirlo?

0. Nunca
1. Raramente
2. Algunas veces
3. La mayor parte del tiempo
4. Siempre

Apéndice C

Cuestionario de Acciones de Cuidado Dependiente en Diabetes (EACD)

Instrucciones: Explique a la persona identificada como cuidador(a). Las siguientes preguntas son acerca de las actividades de cuidado en la DT2 que usted realizó durante la semana pasada a favor de su familiar o amigo. Si su familiar o amigo estuvo enfermo durante ese período, por favor responda conforme a lo que usted hizo la semana antepasada.

Léale cuidadosamente cada pregunta y cruce la respuesta que le indique el entrevistado. Explíquele que no hay respuestas correctas o incorrectas, pero que por favor conteste con honestidad a lo que se le pregunta.

1.- ¿En los últimos 7 días, qué tan frecuentemente verificó usted que su familiar consumiera la dieta recomendada?

1. Siempre
2. Generalmente
3. Algunas veces
4. Casi nunca
5. Nunca

2.- ¿Qué porcentaje del tiempo se aseguró usted que su familiar limitara las calorías de acuerdo a lo recomendado para controlar la diabetes?

1. 0%
2. 25%
3. 50%
4. 75%
5. 100%

3.- Durante la última semana, ¿en qué porcentaje le indicó usted a su familiar que incluyera fibra como frutas frescas, verduras, pan integral, chícharos, cereales y salvado en su alimentación?

1. 0%
2. 25%
3. 50%
4. 75%
5. 100%

4.- Durante la última semana, ¿en qué porcentaje vigiló usted que su familiar no incluyera en sus alimentos grasas, tales como mantequilla, helados, aceites, mayonesa, nueces y semillas, aguacate, comida guisada, aderezos de ensaladas, tocino, otras carnes con grasa?

1. 0%
2. 25%
3. 50%
4. 75%
5. 100%

5.- Durante la semana pasada, ¿en qué porcentaje de las comidas de su familiar se aseguró que no incluyera azúcares y postres tales como pays, pasteles, gelatinas, refrescos. (Regulares no de dieta) y galletas?

1. 0%
2. 25%
3. 50%
4. 75%
5. 100%

6.- ¿De la semana pasada cuantos días acompañó usted a su familiar a hacer ejercicio por lo menos 20 minutos?

0 1 2 3 4 5 6 7 días

7.- ¿Qué porcentaje del tiempo recomendado por el médico a su familiar para hacer ejercicio verificó usted que realmente lo hubiera efectuado? (Por ejemplo, si su médico recomendó 30 minutos de actividad)

1. 0%
2. 25%
3. 50%
4. 75%
5. 100%
6. Mi familiar no lo tiene recomendado

8.- ¿Durante la última semana cuantos días entusiasmó usted a su familiar para que participara en una sesión de ejercicio diferente al que él/ella hace en su casa u oficina?

0 1 2 3 4 5 6 7 días

9.- ¿Durante la semana pasada (que su familiar no estuvo enfermo) con qué frecuencia ayudó usted a su familiar a que se realizara la prueba de glucosa?

1. Todos los días
2. La mayoría de los días
3. Algunos días
4. Ninguno

10.- En los últimos siete días (que su familiar no estuvo enfermo) ¿en qué porcentaje colaboró ayudó usted a que su familiar se realizara la prueba de glucosa, según la recomendación del médico?

1. 0%
2. 25%
3. 50%
4. 75%
5. 100%

11.- ¿En cuántas de las inyecciones de insulina recomendadas, ayudó usted a que su familiar se las aplicara en los últimos siete días?

1. Todas
2. La mayoría
3. Algunas
4. Ninguna
5. Mi familiar no tiene indicada insulina

12.- ¿Durante la semana pasada, cuántas veces se aseguró usted que su familiar se tomara las pastillas para el control de la diabetes?

1. Todas
2. La mayoría
3. Algunas
4. Ninguna
5. Mi familiar no tiene indicadas pastillas

Apéndice D

Cuestionario de conocimiento en diabetes

Instrucciones: Explique a la persona identificada como cuidador(a), las siguientes preguntas son acerca del conocimiento que usted posee para otorgar el cuidado a su familiar o amigo con diabetes.

Léale cuidadosamente cada pregunta y marque la respuesta que le indique el entrevistado y pídale que por favor conteste con honestidad a lo que se le pregunta.

Número	Preguntas	Si	No	No sé
1	¿El comer mucha azúcar y otras comidas dulces es una causa de la diabetes?			
2	¿La causa común de la diabetes es la falta de insulina efectiva en el cuerpo?			
3	¿La diabetes es causada porque los riñones no pueden mantener el azúcar fuera de la orina?			
4	¿Los riñones producen la insulina?			
5	¿En la diabetes que no se está tratando, la cantidad de azúcar en la sangre usualmente sube?			
6	¿Si mi familiar tiene diabetes, sus hijos tendrán más riesgo de ser diabéticos?			
7	¿Se puede curar la diabetes?			
8	¿Un nivel de azúcar de 210 en prueba de sangre hecha en ayunas es muy alto?			
9	¿La mejor manera de checar la diabetes es haciendo pruebas de orina?			
10	¿El ejercicio regular aumentará la necesidad de insulina u otro medicamento para la diabetes?			
11	¿Hay dos tipos principales de diabetes: Tipo 1 (dependiente de insulina) y Tipo 2 (no-dependiente de insulina)?			
12	¿Una reacción de insulina es causada por mucha comida?			
13	¿La medicina es más importante que la dieta y el ejercicio para controlar la diabetes?			
14	¿La diabetes frecuentemente causa mala circulación?			
15	¿Cortaduras y rasguños cicatrizan más despacio en diabéticos?			
16	¿Los diabéticos deberían poner cuidado extra al cortarse las uñas de los dedos de los pies?			
17	¿Una persona con diabetes debería limpiar una			

	cortadura primero yodo y alcohol?			
18	¿La manera en que se prepara la comida de mi familiar es igual de importante que las comidas que come?			
19	¿La diabetes puede dañar los riñones?			
20	¿La diabetes puede causar que no se sientan manos, dedos y pies?			
21	¿El temblar y sudar son señales de azúcar alta en la sangre?			
22	¿El orinar seguido y la sed son señales de azúcar baja en la sangre?			
23	¿Los calcetines y las medias elásticas apretadas son buenos para los diabéticos?			
24	¿Una dieta diabética consiste principalmente de comidas especiales?			

Apéndice E
Cédula de Datos

Instrucciones: A continuación se localiza una solicitud de información necesaria para esta investigación, agradecemos llenar completamente.

Edad (años cumplidos): _____

Genero:

- Masculino
- Femenino

Años de escolaridad formal: _____

Ocupación:

- Ama de casa
- Empleado
- Negocio propio

Otro: _____

Tiempo de cuidado: _____

Dirección:

Teléfono: _____

Folio: _____

Fecha de aplicación _____

(día/mes/año)

Hora inicio: _____

Hora término: _____

Apéndice F

Consentimiento Informado

Título del estudio

Estado de salud, capacidades y cuidado dependiente del cuidador del adulto con DT2

Propósito

El propósito de este estudio es determinar el efecto del perfil del cuidador y sus capacidades en el cuidado dependiente del tratamiento de adultos con DT2, por lo que se le invita a participar en este estudio de investigación

Descripción de la participación

Su participación consiste en dar respuestas a diversos cuestionarios relacionados con su estado de salud, sus capacidades de cuidado y cuidado que brinda al adulto con DT2. Si usted desea participar en la investigación, el tiempo empleado dependerá de las respuestas proporcionadas por usted.

Riesgos

La presente investigación no representará ningún riesgo, ya que solamente se aplicaran cuestionarios de lápiz y papel.

Beneficios

Durante su participación en la investigación, no recibirá ningún beneficio monetario ni de otro tipo.

Participación Voluntaria/Abandono

Su participación será de manera voluntaria, y tendrá la libertad de abandonar el estudio en el momento que usted lo decida, sin que esto afecte la atención que recibe por parte de la institución donde acude.

Confidencialidad

Apéndice G

Resumen de las correlaciones, medias y desviaciones estándar para los puntajes

Medida	1	2	3	4	M	DE
1. SF-12	—	.184	.000	.172	33.56	6.63
2. CCCD	.184	—	.272	.009	59.94	9.77
3. EACD	.000	.272	—	.379	35.96	5.99
4. Conocimiento en Diabetes	.172	.009	.379	—	6.48	2.73

Nota: SF-12= Cuestionario del Estado de Salud; CCCD= Cuestionario de Capacidades de Cuidado Dependiente; EACD= Acciones de Cuidado en Diabetes