



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Facultad de Enfermería  
Secretaría Académica

*Competencias del Cuidado en el Hogar y su relación con la  
Carga de Cuidado en Cuidadores Familiares de Adultos  
con Diabetes tipo 2*

Tesis presentada para obtener el grado de:  
Licenciado en Enfermería

Presenta:  
Citlali Anett Pérez Morales

Enero, 2026.



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Facultad de Enfermería  
Secretaría de Académica

*Competencias del Cuidado en el Hogar y su relación con la  
Carga de Cuidado en Cuidadores Familiares de Adultos  
con Diabetes tipo2.*

Tesis presentada para obtener el grado de:  
Licenciado en Enfermería

Presenta:

Citlali Anett Pérez Morales

Director de Tesis:

DCE. Maricarmen Moreno Tochiuitl

Enero, 2026.

**Tesis:** Competencias del Cuidado en el Hogar y su relación con la Carga de Cuidado en Cuidadores Familiares de Adultos con Diabetes tipo 2

**Número de registro:** 033\_2025

**Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional**

---

DCE. Maricarmen Moreno Tochiuitl  
Presidente

---

ME. Carmen Cruz Rivera  
Secretario

---

ME. María del Rosario Ricardez Ramirez  
Vocal

---

DCE. Maricarmen Moreno Tochiuitl  
Director de Tesis

---

DCE. Francisco Javier Báez Hernández  
Director

---

DCE. Vianet Nava Navarro  
Secretaria Académica

## **Agradecimientos**

Este trabajo significa mucho para mi en lo profesional, pero no lo hubiera logrado sin mi director de tesis, la Dra. Maricarmen Moreno Tochiuitl, me gustaría expresarle mi más profundo agradecimiento por guiarme durante este extraordinario proceso, por su paciencia y por inspirarme a seguir adelante con mis metas y sueños. También quiero agradecer el apoyo al cuerpo académico ME. Carmen Cruz Rivera, ME. María del Rosario Ricardez Ramírez, ME. Rayo Cruz Rivera, y MSP. Erika Lozada Perezmitre.

Quiero a agradecerles a las participantes de este estudio por darme la oportunidad de contar un parte de su historia con este trabajo, sin ellas no habría sido posible culminarlo.

.

## **Dedicatoria**

A mi madre Martha Morales, por amarme cada día de su vida, por sus oraciones a Dios y por demostrarme que siempre se puede volver a empezar. A mi hermana Julieth, por confiar siempre en mí y por regalarme a los dos niños más preciosos del mundo como sobrinos. A mi hermana Itzel, por los miles de platillos preparados, por abrazarme siempre que lo necesito y por siempre creer en mí, incluso cuando ni yo lo hacía. A mi gran amigo Manuel, por compartir tantos años de su vida conmigo, por escucharme y apoyarme en cada paso que doy. Ustedes son mi familia y la luz de mi vida.

A Mariana Orozpe Pérez, Jessica Prado Garay, Scarlett Morgado Bruno, Luz Abril Ramos Ríos y Montserrat Rodríguez Contreras, por su apoyo incondicional, por su amor y por enseñarme que a reír incluso en los momentos difíciles.

## Tabla de contenido

Capítulo I.....	1
1.1 Planteamiento del Problema.....	1
1.2 Marco Referencial.....	8
1.3 Definición de términos.....	12
1.3.1 Definición conceptual de términos.....	12
1.3.2 Definición operacional de términos.....	14
1.4 Estudios Relacionados.....	16
1.5 Objetivo General.....	30
1.6 Hipótesis.....	30
Capitulo II.....	31
2.1 Diseño del Estudio.....	31
2.2 Población.....	31
2.3 Muestreo y Muestra.....	31
2.4 Criterios de selección.....	32
2.4.1 Criterios de inclusión.....	32
2.4.2 Criterios de exclusión.....	32
2.4.3 Criterios de eliminación.....	32
2.5 Instrumentos de recolección de datos.....	32
2.6 Procedimiento de Recolección de Datos.....	35
2.7 Ética del Estudio.....	36
2.8 Plan de Análisis Estadístico.....	38
2.9 Variables de Estudio.....	39
2.9.1 Características de las variables.....	39
Capitulo III.....	41
3.1 Resultados.....	41
Capitulo IV.....	49
4.1 Discusión.....	49
4.2 Conclusiones.....	53
4.3 Recomendaciones.....	54
Referencias bibliográficas.....	55

Anexos 1 .....	61
<i>Ficha de caracterización de la persona con enfermedad crónica GCPC-UN-O .....</i>	<i>61</i>
Anexo 2 .....	63
<i>Instrumento CUIDAR .....</i>	<i>63</i>
Anexos 3.....	67
<i>Instrumento de Zarit .....</i>	<i>67</i>
Consentimiento Informado.....	68

## Resumen

Candidato para el Grado de	Licenciado en Enfermería
Fecha de graduación	Diciembre, 2025
Universidad	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad	Facultad de Enfermería
Título de las tesis	Competencias del Cuidado en el hogar y su relación con la Carga de Cuidado en Cuidadores Familiares de Adultos con Diabetes tipo 2
Número de páginas	68
Área de estudio	Enfermería Comunitaria

**Introducción:** Las enfermedades crónicas a nivel mundial conllevan retos de cuidado especializado y de alto costo, los cuales son otorgados principalmente por equipo multidisciplinario. Sin embargo, en el contexto del hogar se vuelve relevante contar con familiar que asuma el rol de cuidador. Aquellas personas pueden presentar agotamiento mental emocional y físico, lo cual puede estar estrechamente relacionado a las competencias que tiene los cuidadores, debido a que, si sus habilidades para brindar cuidado son apropiadas, la carga de cuidado debería ser menor. El presente proyecto hace énfasis en una de las enfermedades no transmisibles, la Diabetes tipo 2 (Dt2), donde es importante que para el manejo se cuente con la presencia de un cuidador familiar, y que este sea capaz de demostrar y desarrollar competencias para brindar cuidado, donde se satisfagan las necesidades del integrante que padece Diabetes tipo 2(Dt2).

**Objetivo:** Determinar la relación que existe entre la competencia del cuidador familiar para brindar cuidado en el hogar de un integrante adulto que padece Diabetes tipo 2 y el nivel de carga de cuidado

**Metodología:** Para dar respuesta a los objetivos planteados se propone un estudio descriptivo, correlacional y transversal, obteniendo la información mediante la observación y entrevista semiestructurada. El tipo de muestreo será por conveniencia, donde los participantes se seleccionarán por su nivel de accesibilidad. Para el cálculo de muestreo se considerará el censo de los pacientes adultos con Diabetes tipo 2(Dt2) de la Unidad de salud y el método será el cálculo de muestra de una población finita.

**Resultados:** El género predominante es el femenino con el 77.5%, el rango de edad que más predominio fue de 30 a 39 años con 31.3%, en el estado civil se observa que el 57.5% de los participantes se encuentran casados, respecto a la escolaridad predomina la media alta con 52.5%. Respecto al tiempo de cuidado diario las opciones de 10 horas y más de 10 horas se encuentran igual con el 42.5%. En el parentesco del familiar que cuidan el 51.2%, refiere que es el padre o la madre. La correlación dio como resultado  $r = -.650$ , la cual es negativa por la naturaleza de ambas variables.

**Conclusión:** Al analizar los resultados obtenidos se puede concluir que existe una relación significativa entre el nivel de competencia y el de carga de cuidado, puesto que, la competencia del cuidador familiar, influye en el nivel de carga de cuidado. Por ello es importante el profesional de enfermería brinde apoyo a los cuidadores familiares y motive a los demás miembros de la familia a apoyar.

**Palabras Clave:** Cuidado, familiar Diabetes tipo 2, competencia, carga.

Firma del director de tesis: DCE. Maricarmen Moreno  
Tochihuitl\_\_\_\_\_

## Capítulo I

### 1.1 Planteamiento del Problema

El incremento de las enfermedades crónicas a nivel mundial conlleva retos de cuidado especializados y de alto costo, otorgados principalmente por un equipo multidisciplinario. Sin embargo, en el contexto del hogar se vuelve relevante contar con un familiar que asuma el rol de cuidador. Las enfermedades crónicas también son conocidas como Enfermedades No Transmisibles (ENT), estas suelen ser de larga duración y consisten en una combinación de factores genéticos, ambientales, fisiológicos y del comportamiento, las cinco principales ENT son: enfermedades cardiovasculares, Cáncer, Enfermedades respiratorias, Diabetes e Hipertensión arterial. Las ENT equivalen al 74% de muertes registradas a nivel mundial, lo que representa 41 millones de defunciones cada año, de las cuales 17 millones de personas son menores de 70 años, siendo así que, el 86% de esas defunciones que se dan de manera prematura suceden en países de ingreso mediano bajo. A nivel mundial las enfermedades cardiovasculares representan el mayor porcentaje de muertes por ENT, siendo así un 17.9 millones de personas cada año, seguidas del cáncer con 9.3 millones, las enfermedades respiratorias con 4.1 millones y la diabetes con 2 millones, donde se incluyen los fallecimientos por nefropatía diabética (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2023), dio a conocer las Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR) en México del periodo de enero a junio 2023, donde se muestran las 10 principales causas de muerte en la población, ocupando el primer puesto las enfermedades cardiovasculares con un total de 97 187 defunciones, la segunda causa de morbilidad es DT2 con 55, 885 defunciones y el tercer puesto es el padecimiento de cáncer con 45 409 defunciones, dado como resultado que las

enfermedades no transmisibles representan las principales causas de mortalidad y morbilidad en México. A nivel estatal, en Puebla las 5 principales causas de morbilidad son y hacen referencia a enfermedades no transmisibles, en primer y quinto lugar se encuentran las enfermedades cardiovasculares, el segundo lugar es Diabetes tipo 2 con 3 572 defunciones, seguido de Cáncer con 2 055 defunciones, siendo así el cuarto lugar para enfermedades del hígado (INEGI, 2023).

En el presente proyecto se hace énfasis en una de las principales enfermedades no transmisibles ENT, la Diabetes tipo 2 (Dt2). En las Américas se estima que 62 millones de personas viven con Dt2, cifra que se ha triplicado en la región desde 1980 y que se estima que alcanzará 109 millones para el 2040, según RhysWilliams (2019) la prevalencia ha aumentado rápidamente en los países de ingresos bajos y medianos, a diferencia de los países de ingresos altos, en gran medida como consecuencia del aumento de la obesidad, dietas no saludables, la exposición a factores de riesgo metabólicos, nutricionales y conductuales. De acuerdo con los datos de estadística de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los países con las tasas de mortalidad y morbilidad más altas son Guyana, México y Trinidad, donde el 30-40 % de personas con diabetes están sin diagnosticar y del 50 % al 70% de los casos de diabetes están sin un control médico apropiado (OPS, 2023).

Es importante que, para el manejo de las enfermedades crónicas como la Dt2, se cuente con la presencia de un cuidador en el contexto del hogar, y que este familiar o individuo que asume el rol de cuidador sea capaz de demostrar y desarrollar competencias para brindar el cuidado que se requiere, para que se satisfagan las necesidades de la persona o del paciente enfermo. Este hecho, refleja un claro problema de salud pública, que urge a los profesionales de enfermería buscar estrategias para fortalecer la adaptación de

nuevas situaciones de bienestar y evitar la sobrecarga de cuidado a un nivel psicofísico, que pueda repercutir en la calidad de vida y en las competencias para brindar cuidados (Cantillo et al., 2018).

Diversos estudios han demostrado que existen factores relacionados al rol de cuidador familiar que repercuten de manera directa al desempeño del mismo, así como en el desarrollo de sobrecarga del cuidado, estos factores son tales como la edad, la actividad laboral, el apoyo de otros cuidadores, padecer alguna enfermedad, el tiempo que ha ejercido el rol de cuidador, el parentesco con la persona enferma, la complejidad de las necesidades de la persona enferma y el tiempo de evolución de la enfermedad crónica. De esta forma, uno de los aspectos por destacar, es que el desempeño del rol de cuidador familiar conlleva responsabilidad y compromiso, por lo que ha demostrado que se requieren de competencias y habilidades para ejercer dicha labor de manera apropiada. Estas competencias pueden diferir según el tipo de enfermedad crónica, el tiempo y la dedicación al cuidado, así como la experiencia para ejercer el rol de cuidador (Angel et al., 2020).

La competencia de cuidado es considerada como la capacidad, habilidad y preparación que tiene la persona con enfermedad crónica o su cuidador familiar para ejercer la labor de satisfacer necesidades de una persona vulnerable en el hogar (Vega y González, 2019). Si bien el cuidado en los hogares puede ser diferente al cuidado otorgado en los hospitales, no es el más fácil de otorgar, pues no existen directrices especiales para el cuidado en el hogar (DaMaia, Zazzetta y de Souza, 2019).

La competencia para el cuidado involucra componentes propios del conocimiento de la patología, los aspectos terapéuticos y la capacidad de ir minimizando riesgos para posibles complicaciones de la enfermedad. Por lo tanto, los cuidados brindados en el

hogar son la mayor fuente de apoyo para el paciente con diabetes tipo 2, pues es donde recibe apoyo social y psicológico para su tratamiento o adaptación a la enfermedad existente, dado que una adecuada participación al momento de brindarle cuidados favorece la salud y la calidad de vida del paciente. En la etapa adulta se ha logrado observar que los cambios del estado de ánimo e irritabilidad también se relacionan con la alteración en la glucosa, y que de igual manera el proceso de adaptación de la enfermedad afecta a los demás miembros de la familia y la relación que existe con el mismo paciente (del Carmen et al., 2020).

La disciplina de enfermería tiene un rol importante y decisivo en cada uno de los pacientes a los que se brinda cuidados, puesto que desempeña funciones que interactúan de manera directa con la salud de las personas, para prevenir o disminuir complicaciones en la salud, por lo que una de sus funciones también es brindar o ejercer un rol que implique informar o educar sobre la salud, para mejorar los estilos de vida y a su vez la misma salud de los pacientes. En diversas ocasiones los cuidados que brindan los profesionales de enfermería no son suficientes para mejorar el estado de salud del paciente con diabetes tipo 2, por lo que es fundamental que aparte de su propio autocuidado, se cuente con una tercera red de apoyo, este papel es el del cuidador familiar. Puesto que, si el cuidador familiar tiene las competencias necesarias para brindar los cuidados que necesita el paciente, la salud del mismo mejorará en gran medida. Los cuidadores familiares o informales son un componente esencial para favorecer la autonomía, satisfacer las necesidades de cuidado cuando el paciente se encuentra en el hogar, contribuir a los procesos adaptativos de la enfermedad y favorecer la respuesta para la continuidad del tratamiento de forma positiva (Velázquez et al., 2020).

En la actualidad, con los pacientes que padecen de Dt2, se reconoce que el cuidador familiar es un elemento importante para el mantenimiento del control de la enfermedad, y es muy común que la persona que ejerce este rol no haya recibido alguna capacitación formal sobre cómo brindar los cuidados correspondientes o necesarios para su paciente, además de que deben brindar una atención sin límite de horarios, lo que puede llegar a afectar la calidad de los cuidados que otorgan. Por lo antes mencionado, conocer, entender y fortalecer los conocimientos del cuidador familiar, permitirá que los profesionales de enfermería trabajen en conjunto con dicho cuidador para el bienestar no solo del paciente enfermo, sino que también fortalecer las competencias del cuidador familiar para así, lograr reducir la carga y desgaste que produce ejercer dicho rol. Evitando así, que la salud del cuidador se vea afectada y complique la salud del paciente enfermo (Velázquez et al., 2020).

Considerando que la persona que ejerce el rol de cuidador familiar es quien asume la responsabilidad total o parcial de la persona enferma y que en su mayoría se vieron presionados a tomar este rol por las circunstancias de su hogar, no cuentan con preparación ni experiencia, por lo que la mayoría de las veces estos cuidados se brindan de forma altruista, exponiendo a la persona enferma a una deficiencia en su salud y al cuidador familiar a un mayor riesgo de sobrecarga física, mental y emocional, que termine afectado su estado de salud, siendo así que la posibilidad de que el número de enfermos aumente. Este factor no solo afecta la salud para los mismos individuos, sino que también repercute de forma negativa en los costos que se requieren para brindar la atención médica a la población. Siendo así que, si los cuidadores familiares cuentan con las competencias necesarias para brindar dicho cuidado, el beneficio no es solo para la salud del paciente enfermo, sino que también para su familia, para el integrante que

ejerce ese rol y para las instituciones de salud pública, dado que se reducirían los costos para la atención médica de posibles complicaciones del paciente enfermo y los costos de que un miembro mas de la misma familia enferme (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores[INAPAM], 2020).

Así mismo, otro factor importante que interviene es la carga del cuidador, la cual se puede definir como un trastorno que se presenta en aquellas personas que desempeñan el rol de cuidador principal, el cual se caracteriza primordialmente por el agotamiento mental, emocional y físico. En la actualidad existen pocos registros de la distribución de la carga del cuidador en cuidadores informales, pero si se han desarrollado varios estudios en los que se ha reportado mayor incidencia de ansiedad, depresión y problemas de salud físicos. Esto puede estar estrechamente relacionado a las competencias que tiene los cuidadores, debido a que están caracterizados por sentimientos de carga, estrés y tristeza. También puede presentarse irritabilidad, reacción de duelo, temor a la enfermedad, cambios conductuales, sensación de culpabilidad por no atender o poder atender convenientemente al paciente y alteraciones afectivas (Piedrahita et al., 2021)

En México se estima que 31.6 millones de personas de 15 años y más brindan cuidados sin recibir una remuneración a cambio, esto representa el 32% de la población total, donde se reporta que tres de cada cuatro personas cuidadoras son mujeres, en específico madres o hijas, limitando así su participación en el mercado laboral obligándolas a realizar más actividades, siendo esto uno de los factores principales que generan complicaciones al momento de ejercer el rol de cuidador y siendo un factor de riesgo para padecer una sobrecarga de cuidado (INEGI, 2022).

El presente proyecto tiene como propósito conocer las competencias de los cuidadores familiares, para que en un futuro se puedan brindar herramientas a los cuidadores para

desempeñar un papel efectivo en el cuidado, sin afectar la estabilidad física y mental. En cuanto a la institución sede, se contribuirá a garantizar la continuidad de cuidados en personas vulnerables en el hogar, donde es fundamental mejorar las habilidades y competencias del cuidador familiar que permita mantener un grado de funcionalidad (Cantillo-Medina, Ramírez-Perdomo y Perdomo-Romero, 2018), por lo tanto, se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son las competencias de cuidado en el hogar que otorgan los familiares de adultos con DT2 y su relación con la carga de cuidado?

## 1.2 Marco Referencial

El concepto del cuidado define la competencia de cuidado como la habilidad y la preparación que tiene la persona que ejerce el rol de cuidador familiar enfocado a abordar el cuidado desde el contexto de la enfermedad crónica, identifica que la competencia para el cuidado en el hogar es un aspecto fundamental a fortalecer por parte de los profesionales de la salud y de las instituciones médicas, para facilitar que los pacientes logren llegar a su hogar con la seguridad de saber cómo dar continuidad al manejo de su condición de salud, siendo así que la valoración y el diagnóstico de las competencias para el cuidado sean particularmente necesarias por los excesivos lineamientos que se requieren al momento de brindar el cuidado.

También se comenta que, para las instituciones, abordar la competencia en el hogar significa una estrategia de intervención con la que puede lograr garantizar la mejoría del estado de salud del paciente, obteniendo una respuesta positiva a los parámetros de calidad que evidencien que el cuidado se está dando de forma correcta.

La competencia del cuidado en el hogar se explora mediante seis categorías en el siguiente orden: *Conocimiento*; se refiere a la noción e ideas respecto a la enfermedad, la farmacología, y no farmacología, las indicaciones, el manejo de dispositivos, y el equipo durante el egreso, el conocimiento de las actividades a realizar propias de la continuidad, tales como baño, vestimenta, alimentación, deambulaci3n, entre otras. *Unicidad*; características tanto internas como de personalidad, base fundamental para que se afronte de una u otra forma la enfermedad crónica y el rol como persona enferma o del cuidador, también se refiere a las herramientas con las que se cuenta para hacer frente a los problemas, retos y desafíos, así como los mecanismos de afrontamiento para superarlos de la mejor manera. *Instrumental*; hace referencia a las habilidades y

destrezas para poder realizar las labores del cuidado, que incluyen la administración de medicamentos, la satisfacción de las necesidades básicas de la vida diaria como lo es la alimentación, la deambulaci3n y el aseo personal. *Disfrutar*; es el grado de bienestar que se tiene para comprender como se asume la responsabilidad del cuidado en el hogar, pues se indaga en aspectos b3sicos de la vida cotidiana, as3 como la satisfacci3n personal relacionada con la calidad de vida percibida. *Anticipaci3n*; nociones e ideas que se tienen, pensando en anticiparse a todas aquellas necesidades que pueda presentar la persona con enfermedad cr3nica de un evento inesperado, la preparaci3n para un examen y la identificaci3n de riesgos, entre otras. *Relaci3n social e interacci3n*; las relaciones sociales y las redes de apoyo primarias y secundarias que se tienen se constituyen como factores que favorecen el fortalecimiento de la labor del mismo cuidado.

Por 3ltimo, la competencia para el cuidado en el Hogar es la capacidad, habilidad y preparaci3n que tiene la persona con enfermedad cr3nica y del cuidador familiar para ejercer la labor de cuidar en el hogar (Gonzales et al., 2018).

La carga del cuidador es un estado de agotamiento emocional, mental y f3sico, que genera cansancio y estr3s, afectando directamente las actividades del diario, las relaciones sociales, la libertad y el equilibrio mental. Dado que puede generar conflictos con otros familiares directos o el abandono al entorno familiar. Por lo que es el grado en el cual se percibe la negatividad de ejercer el rol de cuidador, en los diferentes aspectos de la vida personal, debido a que incluso puede causar un sentimiento de culpabilidad por pensar que no se est3 cuidado a la persona de forma correcta por falta de competencias o de estabilidad emocional y econ3mica. La carga de los cuidadores es considerada como una reacci3n biopsicosocial multidimensional que resulta de un

desequilibrio de las demandas de atención, en relación con el tiempo personal, social, de roles, estado físico y emocional de los cuidadores, donde los recursos financieros también tiene un papel importante (Bello, León y Covená, 2019).

Específicamente la persona que ejerce el rol de cuidador tiende a afrontar una serie de situaciones asociadas a las tareas del cuidado, como lo son la dependencia progresiva de la persona que recibe el cuidado, las conductas disruptivas que presenta el enfermo, la pérdida del estilo de vida que se tenía, y el abordaje de nuevas tareas relacionadas con la enfermedad. Todo esto implica un riesgo para el equilibrio psicológico del individuo, puesto que hay estudios que han mostrado que los cuidadores pueden llegar a tener síntomas significativos de ansiedad y depresión, donde se ha reportado mayor prevalencia en las mujeres que ejercen este rol que en los hombres, evidenciado que la sobrecarga en los cuidadores puede afectar hasta el grado de presentar niveles significativos de ansiedad, depresión y estrés (Bello, León y Covená, 2019).

En cuanto al concepto de los cuidadores familiares: cuando se habla de cuidadores familiares se hace referencia a las personas adultas con un vínculo de parentesco o cercanía que asumen las responsabilidades del cuidado, siendo así que el desgaste de aquellas personas que, sin contar con los elementos necesarios para asumir el cuidado, se ven obligados a hacerlo, repercutiendo en el individuo enfermo, dado que sus cuidadores no están preparados ni llevan una capacitación para responsabilizarse de estas tareas.

Reconocer a los cuidadores familiares como uno de los componentes esenciales para el sistema de cuidado en la salud, exige que se acepte el potencial y las limitaciones que tienen, para brindar herramientas que mejoren sus competencias de manera que satisfagan las necesidades de la persona enferma y manteniendo su propia salud (Barrera et al., 2006).

El cuidado está asociada a una experiencia humana de supervivencia, la cual se manifiesta en la habilidad de cuidar. La medición de la habilidad de cuidado de los cuidadores como un todo, fue propuesta por Nkongho, quien desarrolló un inventario para cuantificar el grado de habilidad o de competencia de cuidado que una persona que ejerce el rol de cuidador puede llegar a tener, siendo así que de acuerdo con Nkongho (1990), el cuidador con habilidad experimenta una sensación de pertenencia y vinculo, donde es estable y resiliente al estrés. Se menciona que hay cuatro supuestos que fundamentan el inventario de la competencia del cuidado, los cuales son: *Primero*; el cuidado es multidimensional, con componentes cognitivos y actitudinales. *Segundo*; todos los individuos tienen el potencial de ser cuidadores. *Tercero*; el cuidado se puede aprender. *Cuarto*; el cuidado es cuantificable. Se determina que la competencia del cuidador varía dependiendo del grado de familiaridad con la enfermedad y con el contexto de su hogar (Barrera et al., 2006)

### **1.3 Definición de términos**

#### *1.3.1 Definición conceptual de términos*

**Edad:** Es un concepto lineal que se define como el tiempo que ha vivido un individuo, el cual es expresado en años e implica cambios continuos a través del tiempo en las personas (Rodríguez, 2018; Real Academia Española, 2023; OMS, 2018).

**Sexo:** Características biológicas y fisiológicas, como lo son los órganos sexuales que definen a hombres y mujeres (OMS, 2002; Real Academia Española, 2023)

**Escolaridad:** Periodo de asistencia a un conjunto de cursos o clases que un individuo sigue en un establecimiento educativo. Por lo que es el nivel educativo más alto que una persona ha aprobado en su nivel académico (Castro, 2021; Real Academia Española, 2023; Ruiz, 2020)

**Estado civil:** Situación de las personas en función de sus relaciones familiares, regularmente de matrimonio o del parentesco. Donde la única forma de demostrarlo es por medio de un acta expendida por el registro civil (Código Civil Federal, 2024; Real Academia Española, 2023; Rojas, 2019).

**Parentesco:** Vínculo o lazo de unión presente y existente entre dos personas, ya sea consanguíneo, conyugal, de afinidad o de costumbre (Código Civil Federal, 2010; INEGI, 2019; Real Academia Española, 2023).

**Ocupación:** Clase o tipo de trabajo desarrollado donde se recibe una remuneración económica o un beneficio. (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2024; Real Academia Española, 2023)

**Compromiso religioso:** alianza que un individuo tiene con su iglesia y religión (Torres, 2022)

Ingreso económico hogar: Cantidad total de dinero que entra de alguna forma a la economía de una persona (Real Academia Española, 2023).

Tiempo de cuidado: Se refiere a los minutos, horas, días o meses, dedicado a brindar cuidados a una persona (Torres, 2022).

Bienestar físico: Capacidad de realizar actividades físicas sin limitaciones físicas, dolor o problemas de salud biológica (OMS, 2024; Real Academia Española, 2023)

Bienestar emocional: Estado que permite a las personas tener el ánimo de afrontar las presiones de la vida, para trabajar productivamente y contribuir a la comunidad (OMS, 2022).

Bienestar social: estado que permite a las personas alcanzar su máximo potencial de salud física y mental (OMS, 2022)

Bienestar espiritual: Capacidad para encontrar la paz, la calma interior y la serenidad de acuerdo con las creencias y propósitos personales de cada individuo (Real Academia Española, 2020).

Medios de comunicación e internet: Conjunto de tecnologías que permiten el acceso a recursos, herramientas y programas que contribuyen a la comunicación de información (Pascagaza et al.,2020)

Competencias de cuidado: Conocimiento, responsabilidad, capacidad y habilidades instrumentales básicas que posee una persona sobre la salud para brindar cuidados a otra con alguna deficiencia o enfermedad específica, teniendo en cuenta que las actividades y tiempo dedicado al cuidado puede afectar su estilo de vida. Así mismo es una estrategia de atención que garantiza el cuidado seguro del paciente, el apoyo al cuidador familiar y la respuesta a parámetros de calidad que puedan evidenciar que el cuidado que se brinda

es exitoso dentro del hogar. (Maia, Zazzetta y de Souza, 2019; Mabel, Laguna, Gomes, et al, 2020; Ramos, 2019).

**Carga de cuidado:** Es el estado de agotamiento físico, mental y emocional, que genera estrés y cansancio en las personas que desempeñan el rol de cuidador al descuidar su propia salud, donde acusan falta de sueño, tiempo y falta de libertad (Cárdenas- Paredes, 2022; Llamuca y Berronez, 2023; INPAM, 2020).

### *1.3.2 Definición operacional de términos*

**Edad:** Años cumplidos desde el nacimiento hasta la actualidad de los cuidadores familiares, demostrado con un documento oficial.

**Sexo:** Características fisiológicas y biológicas en función al género que manifiestan los cuidadores familiares que participan en el estudio demostrado por un documento oficial como el INE.

**Escolaridad:** Es la referencia del último grado de estudios académicos cursado por los cuidadores familiares.

**Estado civil:** Es la situación sentimental que mantienen los cuidadores familiares con su pareja, es decir si se encuentran casados o solteros, y la cual deberá comprobarse con un documento oficial.

**Parentesco:** Relación de vínculo sanguíneo o afectivo que existe entre el cuidador familiar y el paciente enfermo a su cargo.

**Ocupación:** La clase o tipo de trabajo que realizan los cuidadores familiares para recibir alguna remuneración económica o algún beneficio.

**Compromiso religioso:** Es la lealtad y dedicación de los cuidadores con su religión.

Ingreso económico en el hogar: Percepción quincenal económica determinada en pesos mexicanos con la que cuentan los cuidadores familiares para el mantenimiento del hogar y para satisfacer necesidades básicas como la salud, alimentación y vestimenta.

Tiempo de cuidado: Es el tiempo en horas durante el día que los cuidadores familiares dedican a ejercer dicho rol.

Bienestar físico: estado donde se puede realizar actividad física sin dolor y limitaciones corporales, así como salud física y biológica.

Bienestar emocional: estado de salud emocional y mental, donde las emociones se encuentran en armonía y tranquilidad.

Bienestar social: es el estado de funcionalidad social, donde el bienestar emocional y físico permite la correcta integración con la sociedad.

Bienestar espiritual: estado de tranquilidad, equilibrio y armonía mental y emocional en base a las creencias personales.

Medios de comunicación e internet: Son aquellas tecnologías como la radio, televisión, computadora, celular e internet que permiten al cuidador familiar obtener información sobre la DT2.

Competencias en el cuidado: Son las habilidades, destrezas y conocimientos que tiene el cuidador familiar frente a la persona con diagnóstico de DT2 que está a su cargo, mismas que se medirán con el instrumento CUIDAR, en su versión abreviada y validado (Carrillo, Sánchez y Vargas Rosero., 2016).

Carga de cuidado: Es el agotamiento emocional, físico y mental que manifiestan los cuidadores familiares al ejercer el rol de cuidador principal de las personas con Dt2. El cual será evaluado mediante la prueba de Zarit, desarrollado por Steven Zarit en 1980.

#### **1.4 Estudios Relacionados**

León, Peñarrieta, Del Ángel, Díaz, Quintero y Flores (2022) desarrollaron un estudio transversal analítico donde participaron 210 cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas, pertenecientes de dos hospitales generales de la zona sur de Tamaulipas, México. Con el objetivo de identificar las variables predictoras de las competencias del cuidado en cuidadores informales. Se aplicó una cédula de datos sociodemográficos, el instrumento “CUIDAR” desarrollado por Carillos de 20 ítems agrupado en seis dimensiones para evaluar la competencia del cuidado y para evaluar la sobrecarga se utilizó el instrumento de Zarit con opciones tipo Likert. Como resultados se reportó que el 82.9% los cuidadores fueron mujeres y el 17.1% hombres, con un rango de edad entre los 20 y 87 años, así mismo el 68.6% de los cuidadores informales se encontraban casados. Respecto al nivel de competencia de cuidado se reportó un nivel alto en el 54.8% y un nivel medio en el 34.8%, en la variable de sobrecarga se identificó ausencia en de esta en el 87.1%. Los resultados que se obtuvieron demostraron que la sobrecarga presentó un efecto negativo y estadísticamente significativo, lo que sugiere que a menor sobrecarga mejores competencias del cuidado. Por lo que se concluye que la sobrecarga contribuye a predecir las competencias del cuidado en los cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas.

Hernández Pérez y Palencia Barajas (2023) realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y correlacional con una muestra de 81 cuidadores primarios de pacientes con diálisis peritoneal con el propósito de determinar la competencia de cuidado en el hogar y el grado de sobrecarga del cuidador, por lo que se aplicará los instrumentos de

“CUIDAR” en su versión abreviada con 20 ítems y la de Sobrecarga de Cuidadores de Diálisis Peritoneal (CSCDP). Los resultados reportaron que el 69.14% de los cuidadores pertenecieron al género femenino, así mismo se identificó que las edades predominantes entre los 30 a 49 años con el 61.73%. Así mismo se reportó un alto desempeño en la competencia, en la dimensión de conocimiento se reportó alto con un 79.01%, en la unicidad también se mostró alta en 53.09%, respecto a instrumental igualmente fue alto con 73.31%, disfrutar alto en 72.84%, en anticipación el nivel alto 74.07%, en relación e interacción también fue alto con 66.67% y en el grado de competencia global respectivamente fue alto con 69.14%. Con respecto al grado de sobrecarga se observó que los pacientes a su cuidado presentan un grado de dependencia leve, por tanto, los cuidadores no presentan sobrecarga objetiva y subjetiva, con una sobrecarga global ausente 55.56%) Por lo que se concluye que los cuidadores mostraron alto desempeño y la ausencia de sobrecarga adjudicada al desarrollo de este rol, mostrando así que entre mejores sean las competencias de cuidado, menor será sobrecarga de cuidado.

Nava-Salgado y Huerta-Gonzales (2023) desarrollaron un estudio cuantitativo correlacional con una muestra de 75 diadas de cuidador- persona, con el objetivo de determinar la relación entre la competencia para el cuidado domiciliario y sus dimensiones en menores con diagnóstico de leucemia. Se aplicó el instrumento “CUIDAR” que consta de 20 ítems y que se mide con escala tipo Likert. La competencia para el cuidado domiciliario por parte de los cuidadores familiares en un nivel bajo, medio y alto, distribuidos de manera similar con el 33,3% para cada nivel respectivamente, por lo que se determinó que la competencia para el cuidado

domiciliario y la presencia de complicaciones, son dos variables que muestran dependencia entre sí, observando la existencia de una asociación lineal estadísticamente significativa entre ambas.

Santos, Harmuch, Paiano, Radovanovic, Rego y Carreira (2022) elaboraron un estudio transversal con una muestra de 101 cuidadores informales residentes de Maringa, Brasil. Con el objetivo de analizar y determinar los conocimientos y las competencias de los que ejercen el rol de cuidadores informales de personas dependientes en atención domiciliaria. Se utilizó un instrumento que evalúa las habilidades cognitivas, psicomotoras, emocionales y relaciones de los cuidadores informales de personas dependientes de atención domiciliaria, el cual consta de 14 ítems y tres constructos; conocimiento, adaptación y preparación, con una escala de respuesta tipo Likert. Los hallazgos mostraron que las estimaciones condicionales de las competencias cognitiva y relacional mostraron una mayor correlacional con la adaptación y la preparación. Un mejor conocimiento estima un mayor desarrollo de la competencia psicomotriz y cognitiva en las prácticas de cuidado.

Bernal- Barón y Gómez- Ramírez (2020) elaboraron un estudio cuantitativo de corte transversal, con una muestra no probabilística de 218 cuidadores. Con el objetivo de describir la competencia para el cuidado de cuidadores residentes en una zona rural para identificar las barreras que limitan el acceso a los servicios de salud, para ello se uso el instrumento Competencia para el cuidado en su versión corta y la Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos (EASSS). Los hallazgos tras el estudio reportaron que el 70.6% eran mujeres, con edad entre los 35 a 59 años, donde el 51.4%

de los cuidadores estaban a cargo del paciente desde el diagnóstico de la enfermedad y el 53.7 llevaba como cuidador entre 1 a 5 años. En general la competencia del cuidado se encontró en un nivel alto en el 72% de los cuidadores, donde la dimensión con mejor puntuación fue la anticipación y la de menor puntuación fue conocimiento. Así mismo se identificó que los retos diversos y adversos de la ruralidad es un punto de interés para mejorar las condiciones de salud en las poblaciones que residen en lugares así.

Barbosa y Mesa (2020), desarrollaron un estudio descriptivo, trasversal y analítico con la muestra de 97 diadas, con el objetivo de identificar las características y asociaciones del cuidado informal y de la competencia para cuidar de la diada cuidador-persona con enfermedad crónica. Se usó el instrumento de “Competencia de cuidado en el hogar” en su versión abreviada que consta de 20 ítems. Los resultados reportaron que los cuidadores se caracterizan por ser en su mayoría del género femenino en un 79.4%, y la competencia del cuidado para el cuidador en general fue valorada como alta al obtener en promedio 44.8% puntos sobre el valor máximo, las dimensiones con promedio alto fueron; conocimiento 7.5, unicidad 8.3, instrumental 8.7, anticipación 5.7 y relación social 8.7. Por lo que la dimensión que fue valorada con un promedio bajo fue Disfrute. Por lo que las diadas de cuidado cuentan con características relacionadas con el nivel de competencia para el cuidado.

Del Carmen y Herrera-Rivas (2020) realizó un estudio cuantitativo y descriptivo simple con una muestra de 76 familiares de 76 pacientes diabéticos que pertenecían al programa de enfermedades no transmisibles del Centro de Salud de Corrales. Con el propósito de evaluar el nivel de conocimiento de la patología y de los cuidados que se

requieren en el hogar de los cuidadores familiares y de los mismos pacientes, mediante un instrumento de 31 ítems dividido en dos dimensiones; Conocimiento de la enfermedad (10 ítems) y Conocimiento de los cuidados del hogar (21 ítems), donde la escala de medición fue trabajada de acuerdo a los niveles alto(21-31), medio (11-20)y bajo(0-10), con la base de una escala vigesimal de un rango de 10 unidades por nivel. Los resultados obtenidos fueron que tanto los familiares como los pacientes presentaron un nivel de conocimiento bajo en dimensión de lo que conocían de la enfermedad representando el 63%, seguido del conocimiento de los cuidados del hogar con un nivel bajo 51.3% y un nivel medio de 46%. Siendo así que, en el estudio se demostró que tanto como cuidadores y pacientes tiene n un nivel bajo de conocimientos de la enfermedad y de los cuidados requeridos para la misma.

Vega y Gonzales (2019) realizaron un estudio correlacional con abordaje cuantitativo y de corte transversal en una muestra de 103 cuidadores del municipio de Ocaña. Con el propósito de describir y determinar la relación entre el nivel de percepción de soporte social y la competencia para cuidar en el hogar de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Por lo que se utilizaron tres instrumentos, la ficha de Caracterización cuidador-persona con enfermedad crónica que contiene 15 ítems en tres dimensiones, el instrumento de Soporte social en enfermedad crónica de Hilbert que consta de 34 ítems agrupadas en cinco subescalas y la versión abreviada de GCPC-UN-CPC para medir la Competencia del Cuidado que consta de 20 ítems, distribuidas en seis categorías ordenadas bajo el acróstico CUIDAR: conocimiento, unicidad, instrumental, disfrute, anticipación y relación social. Los resultados reportaron que el 59.2 % de los cuidadores pertenecían al género femenino y

el 40.8% al género masculino, entre un rango de edad entre los 18 y 68 años. A nivel general la puntuación para la escala CUIDAR se puede establecer que a nivel general el grado de competencia para el cuidado es alto en el 89.3% de los cuidadores, sin embargo, se identificó necesidades de fortalecimiento en el conocimiento, lo instrumental y unicidad. Respecto al soporte social a nivel general se obtuvo que el apoyo percibido por los cuidadores fue satisfactorio. Finalmente se identificó una correlación débil con baja significancia estadística entre las variables de estudio.

Angarita, Pabon, Medina y Huartado (2018) realizaron un estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal, con una muestra de 360 cuidadores de personas con enfermedad crónica, seleccionados mediante un muestreo aleatorio. Con el objetivo de describir la competencia para el cuidado en el hogar de personas con enfermedad crónica, para ello se empleó el instrumento GCPC-UN-CPC en su versión abreviada, el cual se compone de 20 ítems que se recogen en seis categorías; conocimiento, unicidad, instrumental, disfrute, anticipación y relación social. Los resultados demográficos obtenidos demostraron que el 79% de los participantes pertenecían al sexo femenino y que en su mayoría los cuidadores se encontraban entre 40 y 49 años. Respecto al tiempo dedicado a la labor de cuidador, oscilaba entre 5 y 12 horas al día, representando el 45%, mientras que aquellos que invertían más de 12 horas al día, representaron el 35%. Finalmente, de acuerdo a la competencia para el cuidado, se identificó un nivel no óptimo en los cuidadores, por la totalidad de porcentajes obtenidos, se ubicaron en un nivel medio (63%) y un nivel bajo (37%), en las dimensiones se obtuvo; conocimiento solo un 20% obtuvo el nivel alto, en unicidad solo el 26% obtuvo un nivel alto, en instrumental solo el 14% obtuvo un nivel alto, en disfrutar solo el 11% obtuvo el nivel

alto, en anticipación solo el 9% obtuvo el nivel alto y en relación social el 9% obtuvo el nivel alto. Siendo así que no se obtuvieron datos de alta cualificación en el desempeño del rol de cuidador.

Sánchez y Car (2017) elaboraron un estudio descriptivo y correlacional con 80 diadas, donde la ficha de diadas caracterizó a aquellas personas que ejercían el rol de cuidador de una persona con enfermedad crónica. El objetivo del estudio fue determinar la relación entre el nivel de competencia para el cuidado del hogar del mismo paciente y de su cuidador, donde se hizo uso del instrumento GCPC-UN-CPC en su versión original, por lo que constó de 60 ítems medidos con una escala de tipo Likert. Los hallazgos obtenidos fueron que el 72.5% de los cuidadores son del género femenino, mientras que en la competencia para el cuidado en el hogar se obtuvo que el cuidador mostró un nivel medio, seguido del paciente con un nivel medio, siendo así que ambos obtuvieran puntajes similares. Por lo que se identificó que no existe relación entre la competencia para el cuidado en el hogar del paciente y de su cuidador familiar, lo que permite inferir que, aunque existen un vínculo estrecho entre ambos individuos, las competencias del cuidado se desarrollan de manera independiente.

### ***Carga del cuidado***

Romero, Bedoya y Hernández (2024) elaboraron un estudio cuantitativo descriptivo con 120 cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónicas de un prestador primario de salud en Córdoba. Con el propósito de identificar la sobrecarga del cuidador informal en pacientes con enfermedades crónicas, para ello se empleó una cédula de datos sociodemográficos y se utilizó el Test escala de carga de Zarit en su

versión española, el cual consta de 22 ítems que miden la carga percibida a través de una escala tipo Likert, donde si se obtiene una puntuación menor de 47 puntos no se presenta sobrecarga, una puntuación de 47 a 55 es leve y puntuaciones mayores a 55 indican una sobrecarga intensa. Los resultados que se obtuvieron fueron que, de los 120 cuidadores informales, el 77% pertenecían al sexo femenino y el 23 % al sexo masculino. Así mismo que el 52.5% dedica de 6 a 12 horas al cuidado diariamente y que el 25.8% le dedica de 12 a 18 horas diariamente. En el nivel de sobrecarga del cuidador informal el 66% mostró ausencia de sobrecarga, el 19 % sobrecarga ligera y un 15% obtuvo un nivel de sobrecarga intenso. Por lo que los hallazgos permitieron identificar una correlación positiva entre las competencias del cuidar y la sobrecarga del cuidador informal, lo que se puede interpretar a mayores competencias del cuidador, menor es el nivel de sobrecarga.

Vega, Barrón, Aguilar, Salas y Moreno (2023) desarrollaron un estudio descriptivo y transversal con 138 cuidadores informales de pacientes con complicaciones por la diabetes tipo 2 pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar No. 7. Con el propósito de identificar la relación entre la calidad de vida y la sobrecarga del cuidador en cuidadores informales, por lo que, para la recolección de datos se utilizó una cédula de datos sociodemográficos, el cuestionario de salud SF-36 y la escala de Zarit para el nivel de sobrecarga del cuidador. Los resultados reportaron que el 76.4% de los cuidadores son del género femenino y el grupo de edad con mayor frecuencia fue de 40 a 49 años con un 31.9%, seguido por cuidadores de 60 a 69 años con un 26%. Respecto al tiempo diario destinado a realizar actividades de cuidado, el 43.5% de los cuidadores atienden al paciente las 24 horas del día, el 26.1 % destina 6 horas o menos al

cuidado y el 20.3% destina de 7 a 12 horas diarias. Con relación al cuestionario de Salud SF-36 de cuidadores, las dimensiones mejor calificadas fueron función social, función física y rol físico. Las peor calificadas fueron vitalidad, salud general y rol emocional. Los resultados de la escala de sobrecarga de Zarit, se obtuvo que el 89.9% de los participantes mostró ausencia de sobrecarga, el 5% sobrecarga ligera y el 5% sobrecarga intensa, por lo que se observó que existe una correlación positiva baja entre la sobrecarga del cuidador y la edad, así como con el tiempo que les dedican diariamente a las actividades de cuidado.

Llamuca y Berronez (2023) desarrollaron un estudio descriptivo de corte transversal, con una población de 28 cuidadores no remunerados; 13 mujeres y 15 hombres, con el objetivo de determinar la sobrecarga de los cuidadores primarios de personas con discapacidad física. Los instrumentos que se aplicaron fueron el Inventario de Habilidad de Cuidado (CAI) que valora la destreza con la que se ejerce dicha labor y el test Zarit que tiene como fin identificar el grado de sobrecarga al que se ve sometido el cuidador. Los principales resultados respecto a las características sociodemográficas de los cuidadores, fue que predominó el género masculino, con edades entre los 40 y 64 años. Con relación a la habilidad, se observó que gran parte de la muestra tiene un alto grado de destreza para el desempeño del rol y con relación a la sobrecarga se evidenció que la mayoría de la población presentó un alto grado de esta, por lo que al realizar la comparación entre la habilidad y sobrecarga se puede referir que, al existir mayor grado de habilidad, habrá una sobrecarga intensa y al no desarrollarse habilidad, no habrá sobrecarga.

Santos, Peregrino y Aquino (2023) realizaron un estudio observacional, descriptivo y transversal, con una muestra total de 206 cuidadores primarios informales de pacientes bajo tratamiento sustituto con diálisis peritoneal. Con el propósito de determinar el grado de sobrecarga del cuidador primario informal identificando las características sociodemográficas de los cuidadores, para ello, se aplicó la escala de Zarit que mide el nivel de sobrecarga, la cual cuenta con 22 ítems con preguntas tipo Likert. De esta manera los resultados reportaron que el rango de edad más frecuente fue de 46 a 60 años con 45%, seguido por 31 a 45 con 36%. En cuanto al sexo, la mayoría de los cuidadores son mujeres con un 73% y en cuanto al parentesco el 46% eran la pareja del paciente y el 45% los hijos. En cuanto a los resultados del instrumento, se reportó que el 97% de los participantes tenían sobrecarga severa, el 2% no mostraban ningún nivel de sobrecarga y el 1% mostraron sobrecarga leve, por lo que destaca más del estudio es el porcentaje tan elevado de sobrecarga en los cuidadores informales.

Rivas, De Jesús y Vargas (2022) desarrollaron un estudio de alcance descriptivo con una muestra conformado por 176 personas que ejercen el rol de cuidador de familiares con enfermedades crónicas. Con el objetivo de determinar el nivel de sobrecarga del cuidador familiar según las relaciones interpersonales y la expectativa de autoeficacia, por lo que se aplicó la técnica de encuesta y el instrumento de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, que consiste en 22 ítems con respuesta tipo Likert, este instrumento evaluó los sentimientos de las personas cuidadoras en correlación con las personas que reciben los cuidados y la percepción de los cuidadores correspondiente al impacto que la asistencia tiene sobre su vida personal. Los resultados que se obtuvieron después de los análisis correspondientes fueron que la sobrecarga de los cuidadores

familiares indica que en su mayoría son mujeres entre las edades de 31 y 40 años. De acuerdo con las dimensiones, se reportó que el 100% de los cuidadores presentan sobrecarga ligera, en relaciones interpersonales tenemos que el 69.3% con ausencia de sobrecarga y un 30.7% presentan sobrecarga ligera, y finalmente en el impacto de expectativa de autoeficacia de cuidador familiar tenemos 58% sobrecarga intensa, un 36.9% sobrecarga ligera y un 5.1% no presenta sobrecarga.

Ledezma, Jarquín, Saldaña y Flores (2020) realizaron un estudio transversal descriptivo correlacional, donde fueron evaluados 41 cuidadores informales pertenecientes al Centro de Salud Norponiente de Pachuca de Soto Hidalgo, de los cuales el 61% son mujeres y el 39% son hombres, con una edad que oscila entre los 18 y los 85 años. Con el propósito de analizar la relación entre las competencias del cuidado y la sobrecarga del cuidador, los instrumentos utilizados fueron una ficha sociodemográfica diseñada para recabar información de contacto y para medir la sobrecarga se uso la Escala de carga del cuidador de Zarit, esta escala se compone de 22 ítems y se evalúa con un tipo Likert y para medir las competencias para el cuidado se evaluó con el instrumento CUIDAR en su versión corta con 20 ítems. Los resultados obtenidos de mostraron que los factores de sobrecarga y competencias del cuidado, se encontró una correlación negativa y estadísticamente significativa entre el factor impacto del cuidador y el factor disfrutar. Específicamente se halló que a mayor grado de bienestar que se tiene para comprender como se asume la responsabilidad del cuidado en casa, es menos probable que exista un impacto negativo en el cuidador.

Hermoza- Vilca (2020) desarrolló un estudio observacional, prospectivo y transversal que analizó a 100 cuidadores principales de pacientes diabéticos con complicaciones crónicas que cumplieron con los criterios de inclusión. Los datos se recolectaron con una ficha, se evaluó la ansiedad y depresión con la prueba de Hamilton y los niveles de sobrecarga con el Test de Zarit, posteriormente fueron ingresados para su análisis mediante pruebas estadísticas. Los resultados reportaron un 45% de ansiedad, un 63% de depresión y 81% de sobrecarga en los cuidadores principales. Los factores asociados a la ansiedad del cuidador fueron el grado de instrucción, las horas dedicadas al cuidado al día y el apoyo recibido de otros familiares, mientras que en el caso de depresión los factores asociados fueron a la edad, el grado de instrucción y el tiempo dedicado a las actividades de cuidado durante el día, y el apoyo recibido de otros familiares.

Del Ángel, León, Méndez, Peñarrieta y Flores (2020) realizaron un estudio transversal-correlacional con una muestra de 259 cuidadores informales o familiares de personas con enfermedad crónica, pertenecientes a dos Hospitales Generales de Tamaulipas. Con el objetivo de identificar la relación entre la competencia del cuidar y la carga en los cuidadores informales, para ello, se empleó una cedula de datos demográficos, el instrumento CUIDAR en su versión abreviada (20 ítems) para evaluar las competencias del cuidado y para evaluar la carga del cuidador se utilizó la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit (ECCZ) que consta de 22 ítems. Los resultados que se obtuvieron fueron que el 82.6% de los cuidadores informales son del género femenino y que el tiempo promedio que llevan dedicándose al cuidado de su familiar es de 80.6 meses, lo que equivale a 6.7 años aproximadamente. Respecto a la competencia del

cuidado se reportó que el 53.8% de los cuidadores presentaron un nivel alto respecto a las competencias, el 34.3% un nivel medio y el 12% un nivel bajo, en cuanto a las dimensiones del instrumento se destacó que la unicidad, instrumental y disfrutar son las que mayormente presentaron niveles de bajo en competencia. En el caso de la valoración de la carga del cuidado, se reportó que en su mayoría no esta presente este problema, sin embargo, el 12.2% de los cuidadores presentó una sobrecarga desde el nivel leve a intenso, por lo que se detectó una correlación negativa y estadísticamente significativa entre la sobrecarga y la competencia del cuidador.

Campos de Aldana, Duran, Rivera, Páez y Carillo (2019) realizaron un estudio de abordaje cuantitativo, transversal y analítico, con una muestra de 62 cuidadores de pacientes con enfermedad crónica que se encontraban hospitalizados en los servicios de Medicina Interna y de Urgencias en una institución de salud de segundo nivel. Se estimó una muestra de 157 en base a la prevalencia de sobrecarga estimada en 88.5% en cuidadores de pacientes hospitalizados. Con el objetivo de identificar los medios de apoyo que utilizan los cuidadores familiares de pacientes con patología crónica y su relación con el nivel de sobrecarga del cuidado. Los datos se recolectaron aplicando los instrumentos de caracterización diada paciente- cuidador, para el soporte social se evaluó con el uso de TIC's para medir si tenían un alto, medio o bajo nivel de acceso, conocimiento y uso de estas para el apoyo de información que permitiera un mejor manejo de la patología de su paciente enfermo y la encuesta de Percepción de Sobrecarga del Cuidador de Zarit con 22 ítems. Los hallazgos reportaron como resultado que el 19.35% de los cuidadores presentaban un nivel de sobrecarga intensa, el 20.97% mostró un nivel leve y el 59.68% no presentaron ningún nivel de sobrecarga. Por lo que los cuidadores con sobrecarga intensa refieren 0% de apoyo psicológico y social.

Del Campo, Medina, Hernández, Correa, Peralta y Vargas (2019) elaboraron un estudio descriptivo correlacional con una muestra de 83 cuidadores informales de personas adultas mayores con Diabetes tipo 2, provenientes de la Ciudad de Obregón Sonora, México. Con el objetivo de determinar la relación entre el grado de sobrecarga y las características sociodemográficas de los cuidadores informales, para ello, se usó la Escala de Zarit que consta de 22 ítems para medir la sobrecarga del cuidador, así mismo, se emplearon ítems de características sociodemográficas. En los resultados, respecto al perfil de cuidador con tendencia a sobrecarga fue: mujer 81.9%, ama de casa 47%, un promedio de edad de 40 años y casada 53%, hija del adulto mayor 73.3%, y de baja escolaridad 66.1%. Por lo que el 48.2% de los cuidadores presentaron una sobrecarga intensa, el 44.6% mostraron ausencia de sobrecarga y el 7.2 % restante mostraron un nivel de sobrecarga leve, por lo que se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el grado de sobrecarga y las variables sociodemográficas.

## **1.5 Objetivo General**

Determinar la relación que existe entre la competencia del cuidador familiar para brindar cuidado en el hogar de un integrante adulto que padece Diabetes tipo 2 y el nivel de carga de cuidado.

### ***1.5.1 Objetivos específicos.***

1. Describir las características sociodemográficas de la muestra.
2. Identificar nivel la competencia de cuidado por dimensión (conocimiento, unicidad, instrumental, disfrute, anticipación y relación social)
3. Describir el nivel de carga de cuidado.

## **1.6 Hipótesis**

Las competencias de los cuidadores familiares de pacientes adultos con Diabetes tipo 2, se asocian con el nivel de carga de cuidado.

## Capítulo II.

### Metodología

#### 2.1 Diseño del Estudio

Para dar respuesta a los objetivos planteados se propone un diseño descriptivo, correlacional, transversal (Groves, Gray, y Burns, 2016).

Con base a los objetivos planteados el estudio será descriptivo y transversal, al determinar la situación de las variables en un tiempo específico, describiendo la frecuencia, presencia o ausencia de estas, obteniendo la información mediante la observación.

Será correlacional ya que determina la relación estadística existente entre las variables Competencia de cuidado y Carga de cuidado

#### 2.2 Población

La población de interés estuvo constituida por cuidadores informales que brindan cuidados a familiares con diagnóstico de DT2, adscritos a la Unidad de Salud de San Lorenzo Chiautzingo, de ambos sexos (femenino y masculino) y que sean mayores de 18 años. El tamaño fue en base al censo del Centro de Salud 100 son pacientes adultos con diabetes tipo 2 que se mantiene activos regularmente.

#### 2.3 Muestreo y Muestra

El tipo de muestreo es no probabilístico, por conveniencia, donde los participantes se seleccionaron por su nivel de accesibilidad entre todos los que forman parte de la población. Para calcular la muestra el método utilizado fue el cálculo de muestra de una población finita, donde  $n$  es el valor a hallar,  $N$  es el tamaño de la

población,  $Z$  es parámetro estadístico que depende del nivel de confianza siendo en este caso del 95% que corresponde a un valor de 1.96,  $e$  es el error de estimación máximo aceptado que cuenta con el valor de 5 %,  $p$  es la probabilidad de que ocurra un evento estudiado con éxito y que es la probabilidad de que no ocurra un evento, que en este caso al no tener previas respuestas de investigación, se toma como  $p$  y  $q$  en un 50% cada uno. Al sustituir los valores y completar la fórmula se obtiene una muestra de 80 participantes.

## **2.4 Criterios de selección**

### *2.4.1 Criterios de inclusión*

- Personas que refieran ser cuidadores de familiares de un adulto con diagnóstico de Diabetes Tipo 2
- Cuidadores familiares que cuenten con mínimo 18 años y máximo 64 años.
- Cuidadores que refieran convivir bajo el mismo techo con el adulto con Diabetes tipo 2 al menos un año.

### *2.4.2 Criterios de exclusión*

- Cuidadores familiares que reciban algún tipo de apoyo por otros integrantes de la familia.
- Que brinde cuidado a un segunda persona con enfermedad crónica.

### *2.4.3 Criterios de eliminación*

- Cuidadores familiares que no llenen de forma completa los instrumentos.
- Cuidadores familiares que no acepten la posibilidad de recibir una visita domiciliaria.

## **2.5 Instrumentos de recolección de datos**

Las mediciones aplicadas para los participantes serán de lápiz y papel, realizadas en los cuidadores familiares serán aplicadas a través mediante la entrevista, a los

cuidadores, el primer instrumento será la ficha de caracterización, en un segundo momento el instrumento de valoración de competencias para el cuidado de Carrillo et al, (2015), y finalmente, la escala de sobrecarga del cuidado de Zarit, Reeve y Bach-Peterson, (1980). Los cuales se describen a continuación.

El primer instrumento utilizado será la ficha de caracterización (Barrera, et al., 2015), el cual valora tres dimensiones: las condiciones del paciente y su perfil sociodemográfico (edad, género, lugar de residencia, ocupación, grado académico, estado socioeconómico y nivel de compromiso religioso), la percepción de carga y apoyo ( el tiempo al que se dedica a brindar cuidados, parentesco, apoyo social, psicológico, familiar, religioso percibidos y carga del cuidador) y los medios de información y comunicación (medios utilizados para el cuidado y prioridad para recibir información de cuidado), sin embargo se retiraron algunos ítems correspondientes a la dimensión de información y comunicación. La encuesta esta desarrollada y validada con las variables necesarias para la caracterización en el contexto de América Latina.

El instrumento de Competencia para el cuidado en el hogar CUIDAR GCPC-UN-CPC (Carrillo et al., 2015) para el paciente con enfermedad crónica en su versión abreviada con 20 ítems que se miden con una escala tipo Likert, donde 1 es casi nunca o nunca y 4 casi siempre o siempre. El cual cuenta con seis dimensiones; C-conocimiento del 1 al 10 ítem con un rango posible de repuesta de 1-40, U- unicidad o condiciones personales del 11 al 22 ítem con un rango posible de repuesta de 1- 48, I- instrumental y procedimental del 23 al 30 ítem con un rango posible de repuesta de 1-32, D- disfrute o bienestar del 31 al 42 ítem con un rango posible de repuesta de 1-48, A- anticipación o predicción 43 al 48 ítem con un rango posible de repuesta de 1-24 y R- relación social e interacción del 49 al 60 ítem con un rango de repuesta de 1-48. El instrumento cuenta

con pruebas de validez y tiene un alfa de Cronbach de 0.96.

Mayores puntajes indican mejores competencias para el cuidado donde si la puntuación es de 0 a 144 es un nivel de competencia bajo, si es de 145 a 204 indica nivel de competencia medio y si es de 205 a 240 es un nivel de competencia alto. Así mismo fue utilizado en diversos estudios como el de Herrera-Riveras (2020) donde se evaluó a 76 cuidadores de pacientes diabéticos.

Para medir la sobrecarga del cuidador se empleó el instrumento de Zarit (Zarit et al., 1980), el cual cuenta con 22 ítems con respuesta tipo Likert, donde 0 es nunca y 4 es casi siempre. Cuenta con tres dimensiones; impacto, interpersonal, competencias y expectativas. Donde se evalúa principalmente la percepción subjetiva de sobrecarga, es decir, la respuesta afectiva que experimenta el individuo al enfrentarse al rol de cuidador informal. Cuando el rango de respuesta es de 0 a 20 indica sobrecarga leve, de 26 a 50 es sobrecarga moderada y de 51 a 110 es sobrecarga intensa. Tiene pruebas psicométricas que reportan su validez en América Latina y cuenta con un alfa de Cronbach de 0.86. Fue empleado en diferentes estudios como en el caso de Campos de Aldana, Duran, Rivera, Páez y Carillo (2019) con una muestra de 62 cuidadores familiares de pacientes con enfermedad crónica.

## 2.6 Procedimiento de Recolección de Datos

El proyecto fue sometido a revisión por parte de los comités de bioética e investigación que dieron como resultado favorable el número de registro ante la Secretaria de Investigación y Estudios de Posgrado. Posteriormente se inició con la identificación de los posibles participantes. En primera estancia se contactó con los pacientes crónicos que acuden a consulta de seguimiento de DT2 a la Unidad de Salud, para ello se usó el espacio del área de filtro de la unidad donde cada paciente debe pasar antes de su consulta médica, por lo que durante el tiempo que este en dicha área se les hablo del proyecto y se preguntó por su cuidador principal, si el paciente mostró interés se le pidió el número de teléfono de su cuidador y a su vez se les cuestionó si aceptaban visitas domiciliars , posteriormente se contactó vía telefónica con el cuidador para explicar a mayor profundidad el objetivo del proyecto, si reaccionó de forma positiva se les explicó que su participación en el estudio está considerada a dos días de visita domiciliaria, por lo que posteriormente se establecerá el día y hora para la visita domiciliaria de acuerdo a los tiempos del cuidador. Durante la visita domiciliaria se inició una conversación para hablar sobre el proyecto y comprobar si el candidato cumplía con los criterios de selección, en el caso de que se cumplieran y aceptaran participar se compartió a mayor profundidad el objetivo del estudio. De manera inmediata se les otorgó el consentimiento informado que fue leído y explicado para el participante, dando énfasis en que la información proporcionada solo será utilizada para fines académicos, y que para el bien de su privacidad se resguardo la información que nos proporcionó y que si en algún determinado momento decide dejar de participar no existe ninguna sanción o represaría. Una vez que se aclararon las dudas y sea firmó el

consentimiento, se le otorgó una copia de este y se pasó a la aplicación de los instrumentos, si el participante no tiene ningún inconveniente con el tiempo, se aplicó el mismo día, en el caso de que el participante prefiera hacerlo en otro momento se explicó brevemente la dinámica de aplicación y se agendó una segunda cita domiciliaria. Los instrumentos fueron leídos por el investigador en forma de entrevista para que fueran respondidos de manera conjunta con el participante e ir resolviendo cualquier inquietud durante la aplicación de los mismos. Una vez completado el llenado de los instrumentos, se colocaron en un folder, fueron foliados con la numeración correspondiente y resguardados para su consulta solo por el investigador y el director de tesis. Se le agradeció al cuidador por su participación y se les proporcionó el número de contacto tanto del investigador como el del director de tesis en caso de requerir mayor información.

## **2.7 Ética del Estudio**

En el estudio de investigación se toma en cuenta lo señalado en la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación en seres humanos, en la Declaración de Helsinki(2004) y lo dispuesto y lo dispuesto por la Ley General de Salud en Materia en Investigación (1986), en el apartado de Título segundo, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, capítulo I en el artículo 13, donde menciona que en la investigación que se realiza y que una persona sea el sujeto de estudio, se tendrá que mantener el respeto de su dignidad y el proteger sus derechos y bienestar, evitando el daño por el estudio, por lo que no realizarán acciones que impulsen daño físico, psicológico o social, en caso de algún detonante emocional que pueda ocurrir durante el desarrollo se cuenta con la

posibilidad de referir al DIF Municipal que trabaja constantemente en conjunto con la Unidad de salud y que cuenta profesionales de la salud mental. En el artículo 16 refiere conservar y proteger privacidad del sujeto de estudio donde el llenado de los instrumentos será reconocido con un folio y las iniciales del nombre, para el anonimato de los datos del participante. En el artículo 21 del consentimiento informado, se dará a conocer una explicación clara y concreta del objetivo del estudio, haciendo énfasis en las fracciones VI, para asegurar la libertad del participante de retirar el consentimiento en cualquier momento, si es que desea dejar de participar en el estudio. La otra fracción a mencionar es la VIII donde se procurará mantener la seguridad del anonimato del sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información, no se divulgará la información con el nombre del participante y respetando el consentimiento informado. , Por último, el artículo 22 sobre el consentimiento informado, el cual estará especificado el objetivo del estudio, lo que realizó durante el desarrollo de la investigación, la protección de sus datos y el respectivo anonimato, también se incluyó un número de teléfono y correo en caso del que participante requiera comunicarse. Este tuvo que ser firmado por el participante, el cual debe ser mayor de edad y para comprobarlo se les solicitará mostrar una identificación oficial, haciendo hincapié en la fracción VI, fue ser firmado también por 2 testigos, esto para mantener de manera legal el consentimiento del participante como respaldo durante el análisis. Dicho consentimiento fue resguardado en conjunto a los instrumentos aplicados.

## 2.8 Plan de Análisis Estadístico

Se implementó el uso del programa Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales, por sus siglas en inglés SPSS versión 27 para procesar y analizar los datos. Para dar respuesta al primer objetivo se utilizó estadística descriptiva (frecuencias, porcentaje), medidas de tendencia central (media, mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar).

Para el segundo, tercer y cuarto objetivo se utilizará estadística descriptiva (*frecuencias, porcentaje, media y DE*) y estadística inferencial (correlación de Pearson o Spearman).

## 2.9 Variables de Estudio

### 2.9.1 Características de las variables.

<b>Variable</b>	<b>Tipo de Variable</b>	<b>Nivel de Medición</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Prueba estadística</b>
Edad	Cuantitativa	Discreta	1= 18 a 29 2= 30 a 39 3=40 a 49 4= 50 a 64	Frecuencia y Porcentaje Medidas de Centralidad (Media, Mediana)
Sexo	Cualitativa	Nominal	1=Masculino 2=Femenino	Frecuencia y Porcentaje
Escolaridad	Cualitativa	Ordinal	1=Baja (primaria) 2= Media (secundaria) 3. Media alta (preparatoria) 4. Alta (universidad)	Frecuencia y Porcentaje
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1= Soltero 2=Casado 3=Separado 4= Viudo 5= Unión libre	Frecuencia y Porcentaje
Parentesco	Cualitativa	Nominal	1= Pareja 2= Hermana o hermano 3= Hija o hijo 4= Nuera o nuero	Frecuencia y Porcentaje
Ocupación	Cualitativa	Nominal	1= Empleado 2= Estudiante 3= Hogar 4= Ninguno	Frecuencia y porcentaje
Compromiso religioso	Cualitativa	Ordinal	1= Bajo 2= Medio 3= Alto	Frecuencia y Porcentaje

<b>Variable</b>	<b>Tipo de Variable</b>	<b>Nivel de Medición</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Prueba estadística</b>
Ingreso económico en el hogar	Cuantitativa	Continua (razón)	1= 1500 a 3500 2= 3500 a 5500 3= Mas de 5500	Frecuencia y Porcentaje Medidas de Centralidad (Media, Mediana)
Tiempo de Cuidado	Cuantitativa	Continua	1= 5hrs 2=10hrs 3= Más de 10hrs	Frecuencia y Porcentaje
Competencia en el cuidado	Cuantitativa	Ordinal	1= Casi nunca o nunca 2= Pocas veces 3= Con frecuencia 4= Casi siempre o siempre	<i>Frecuencias, porcentaje. Media y DE.</i>
Carga en el cuidado	Cuantitativa	Ordinal	0= Nunca 1= Rara vez 2= Algunas veces 3= Bastantes veces 4= Casi siempre	<i>Frecuencias, porcentaje. Media y DE.</i>

### Capítulo III

#### 3.1 Resultados

El presente capítulo refleja los resultados encontrados, con el fin de dar respuesta a nuestros objetivos de investigación, los apartados se describen de la siguiente manera:

a) características sociodemográficas de la muestra, b) medidas de tendencia central de las variables de estudio, c) confiabilidad de los instrumentos y c) análisis descriptivo e inferencial para cada objetivo.

En la primera tabla se muestran los datos sociodemográficos obtenidos hasta el momento, en la cual se puede destacar que el género predominante es el femenino con el 77.5%, el rango de edad que más predominó fue de 30 a 39 con 31.3%, en el estado civil se observa que el 57.5% de los participantes se encuentran casados, respecto a la escolaridad predomina la media alta con 52.5%, en el ingreso económico percibido quincenalmente predomina \$3500 a \$5500 pesos mexicanos con el 82.5% y finalmente, en el nivel de compromiso religioso es medio con 38.8% (Véase en la Tabla 1).

**Tabla 1. Perfil sociodemográfico de la muestra**

Variable	f	%	
Género	Masculino	17	21.3
	Femenino	62	77.5
Edad	18 a 29	10	12.5
	30 a 39	25	31.3
	40 a 49	23	28.7
	50 a 64	22	27.5
Estado civil	Soltero	10	12.5
	Casado	46	57.5
	Separado	2	2.5
	Viudo	2	2.5
	Unión libre	20	25

<b>Variable</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Ocupación		
Empleado	22	27.5
Estudiante	4	5.0
Hogar	52	65.0
Ninguno	2	2.5
Escolaridad		
Baja (primaria)	14	17.5
Media (secundaria)	22	27.5
Media alta (preparatoria)	42	52.5
Alta (universidad)	2	2.5
Ingreso económico		
\$1500 a \$3500	4	5
\$3500 a \$5500	66	82.5
Más de 5500	10	12.5
Compromiso religioso		
Bajo	20	25
Medio	31	38.8
Alto	29	36.3

En la segunda tabla se muestran los datos sociodemográficos de acuerdo con la percepción de carga y de apoyo de los participantes. Respecto al tiempo de cuidado diario las opciones de 10 horas y más de 10 horas se encuentran igual con el 42.5%. En el parentesco del familiar que cuidan el 51.2%, refiere que es el padre o la madre, en el apoyo psicológico satisfecho fue lo más relevante con 56.3%, el apoyo familiar satisfecho destacó con 63.7%, con el apoyo religioso el 47.5% fue satisfecho, el apoyo económico está en satisfecho con el 51.2% y en apoyo social se encuentra en poco satisfecho con el 37.5%. El bienestar físico el 63.7% se encuentra en alto, en el emocional también está en alto bienestar con el 65%, respecto al bienestar social la opción moderada predominó con el 46.3% y finalmente, en el bienestar espiritual destacó el alto bienestar con el 45% (Véase en la tabla 2).

**Tabla 2. Perfil Sociodemográfico de acuerdo con la apreciación de carga y apoyo**

<b>Variable</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Tiempo de cuidado		
5 horas	12	15
10 horas	34	42.5
Más de 10 horas	34	42.5
Parentesco		
Pareja	19	23.8
Madre/Padre	41	51.2
Hermana/Hermano	7	8.8
Hija/Hijo	0	0
Otro	13	16.3
Apoyo psicológico		
Nada satisfecho	5	6.3
Poco satisfecho	30	37.5
Satisfecho	45	56.3
Muy satisfecho	0	0
Apoyo familiar		
Nada satisfecho	2	2.5
Poco satisfecho	23	28.7
Satisfecho	51	63.7
Muy satisfecho	4	5
Apoyo religioso		
Nada satisfecho	11	13.8
Poco satisfecho	21	26.3
Satisfecho	38	47.5
Muy satisfecho	10	12.5
Apoyo económico		
Nada satisfecho	2	2.5
Poco satisfecho	31	38.8
Satisfecho	41	51.2
Muy satisfecho	6	7.5
Apoyo social		
Nada satisfecho	10	12.5
Poco satisfecho	39	48.8
Satisfecho	30	37.5
Muy satisfecho	1	1.3
Bienestar físico		
Nulo bienestar	0	0
Leve bienestar	4	5
Moderado bienestar	25	36.7
Alto bienestar	52	50
Muy alto bienestar	1	1.3

<b>Variable</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Bienestar emocional</b>		
Nulo bienestar	0	0
Leve bienestar	2	2.5
Moderado bienestar	25	31.3
Alto bienestar	52	65
Muy alto bienestar	1	1.3
<b>Bienestar social</b>		
Nulo bienestar	0	0
Leve bienestar	6	7.5
Moderado bienestar	37	46.3
Alto bienestar	36	45
Muy alto bienestar	1	1.3
<b>Bienestar espiritual</b>		
Nulo bienestar	0	0
Leve bienestar	13	16.3
Moderado bienestar	27	33.8
Alto bienestar	36	45
Muy alto bienestar	4	5

En la tercera tabla se muestran los datos de la utilidad de los medios de comunicación e internet, respecto a la televisión el nivel de conocimiento es alto con una frecuencia de 66 que representa el 82.5%, en acceso también es alto con una frecuencia de 66 representando el 82.5% y en el nivel de frecuencia de uso fue alto con una frecuencia de 67 que representa 83.8%. Con el radio el nivel de conocimiento fue bajo con una frecuencia de 43 que equivale al 53.8%, el de acceso igualmente fue bajo con una frecuencia de 50 que representa el 62.5%, y en el nivel de frecuencia fue bajo con una frecuencia de 63 que equivale 78.8%. En el caso de la computadora, el nivel de conocimiento fue bajo con una frecuencia de 54 que representa el 67.5%, el de acceso igualmente fue bajo con una frecuencia de 50 que equivale el 62.5%. Respecto al celular el nivel de conocimiento fue medio con una frecuencia de 50 que representa el 62.5%,

en el de acceso y frecuencia de uso fue media con una frecuencia 46 que equivale a 57.5% y 14, En el internet el conocimiento fue medio con una frecuencia de 37 que representa el 46.3%, en el nivel de acceso fue medio con una frecuencia de 33 que equivale al 41.3% y en frecuencia el nivel fue medio con 31 que representa 38.8%.

Finalmente, la cantidad de participantes que se apoya en los medios de comunicación e en el internet fueron 45 que representa el 56.3%, con un nivel medio de apoyo donde la frecuencia fue de 25 que equivale 31.3%.

**Tabla 3. Utilidad de los medios de comunicación e internet**

<b>Variable</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Televisión conocimiento</b>		
Bajo	2	2.5
Medio	12	15
Alto	66	82.5
<b>Televisión acceso</b>		
Bajo	2	2.5
Medio	10	12.5
Alto	68	85
<b>Televisión frecuencia</b>		
Bajo	4	5
Medio	9	11.3
Alto	67	83.8
<b>Radio conocimiento</b>		
Bajo	43	53.8
Medio	32	40
Alto	5	6.3
<b>Radio acceso</b>		
Bajo	50	62.5
Medio	23	28.7
Alto	7	8.8
<b>Radio frecuencia</b>		
Bajo	63	78.8
Medio	12	15
Alto	5	6.3

<b>Variable</b>		<b>f</b>	<b>%</b>
Computadora conocimiento	Bajo	48	60
	Medio	20	25
	Alto	12	15
Computadora acceso	Bajo	50	62.5
	Medio	16	20
	Alto	14	17.5
Computadora frecuencia	Bajo	54	67.5
	Medio	13	16.3
	Alto	13	16.3
Celular conocimiento	Bajo	13	13.6
	Medio	50	62.5
	Alto	17	21.3
Celular acceso	Bajo	11	13.8
	Medio	45	56.3
	Alto	24	30
Celular frecuencia	Bajo	11	13.8
	Medio	46	57.5
	Alto	23	28.7
Internet conocimiento	Bajo	30	37.5
	Medio	37	46.3
	Alto	13	16.3
Internet acceso	Bajo	30	37.5
	Medio	33	38.8
	Alto	17	23.8
Internet frecuencia	Bajo	30	37.5
	Medio	31	38.8
	Alto	19	23.8

<b>Variable</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Se apoya en las TICS		
Si	45	56.3
No	35	43.8
Nivel de apoyo TICS		
Bajo	28	47.5
Medio	25	31.3
Alto	17	21.3

En la siguiente tabla se muestran las medidas de tendencia central de las variables por instrumento y sus dimensiones, como lo es en el instrumento CUIDAR. La cuales se obtuvieron por medio de la creación de índices en el programa SPSS (véase tabla 4).

**Tabla 4. Medidas de tendencia central de las variables de estudio**

	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>Valor Mínimo</b>	<b>Valor Máximo</b>
Sobrecarga del cuidador	69.6	12.4	28	95
Escala CUIDAR	147.5	24.8	79	212
Conocimiento	25.3	5.4	12	40
Unicidad	29.7	5.7	12	41
Instrumental	19.9	4.1	8	32
Disfrutar	23.3	6.1	12	36
Anticipación	14.7	2.8	9	24
Interacción	34.5	5.4	22	48

Nota: M=media DE= Desviación estándar

n=80

Previo al análisis inferencial, se determinó la normalidad de las variables continuas por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Como puede observarse en la tabla 5, las variables no mostraron normalidad ( $p < .05$ ), por lo que se aplicó prueba estadística no paramétrica (Correlación de Spearman).

**Tabla 5. Prueba de normalidad de ajuste para las variables**

Variable	KS	<i>p</i>
Instrumentos		
Instrumento SC	.061	.200
Instrumento CUIDAR	.116	.009

En la tabla 6 que se encuentra a continuación se muestra la correlación entre ambas variables, la competencia de cuidado y la carga de cuidado. La correlación dio como resultado  $r_s = -.650$ , la cual es negativa por la naturaleza de ambas variables, entre mayor sea la competencia de cuidado, menor será la carga de cuidado, por lo que ambas van en direcciones opuestas. Así mismo de acuerdo con Burns y Grove, (2010), cuando la correlación es de 0.0 a 0.3 es débil y cuando es mayor a 0.5 es fuerte, por lo que, al tener una  $r_s = -.650$  se entiende que se trata de una correlación fuerte.

**Tabla 6. Estadísticas descriptivas y correlación de las variables de estudio**

	n	M	DE	Carga de cuidado
Competencia de cuidado	80	147.5	24.8	$r_s = -.650$

Nota: M=media DE= Desviación estándar

n=80

## Capítulo IV

### 4.1 Discusión

En los resultados de la presente investigación se observó que respecto al perfil sociodemográfico de los cuidadores familiares indica que las mujeres de las familias son las que suelen tomar este rol, esto se puede identificar no solo en esta investigación, sino también estudios como el de León et al.(2022), donde de 210 cuidadores el 82.9% de ellos fueron mujeres, otro dato que llama la atención de las participantes es el rango de edad al ubicarlas en una edad adulta joven, en esta etapa se considera una oportunidad para desarrollar proyectos de vida, sin embargo dicha metas se pueden posponer cuando se ejecuta un rol de cuidador de tiempo completo, como fue en el estudio realizado por Granados, (2022) donde destacó que las cuidadoras modificaron su vida diaria para dedicarse a cumplir este rol dejando de lado sus proyectos de vida, pero que a su vez les sirvió para replantear que planes de vida realmente deseaban para ellas mismas.

Así mismo destaca que más de la mitad de las participantes están casadas, esto se puede atribuir a la edad en la que se encuentran donde la mayoría ya han formado una familia y también desempeñan el rol de esposas y madres, Bárcena et al., (2024) obtuvo resultados similares al reportar que el 68.7% de sus cuidadoras estaban casadas. Respecto a la ocupación, puede llegar a ser evidente que se dedican al cuidado del hogar, esto es porque al ser mujeres con familia de manera sociocultural se les deja la responsabilidad de cuidar de su hogar, así como lo menciona del campo Navarro et al. (2019), las mujeres proporcionan cuidados permanentes donde se adjudica que por necesidad el que

sean amas de casa facilita que adopten múltiples roles de cuidado en su familia, repercutiendo directamente en su vida.

En el grado académico la mayor parte de las participantes terminó la preparatoria, a diferencia de otros estudios como el de Velázquez y Knopfler (2020) donde la escolaridad máxima es secundaria nos da una perspectiva positiva que en las participantes de este estudio hayan cursado un grado más, pero aún existe una clara visibilidad de que al terminar deciden casarse o formar una familia dejando de lado por completo la opción de ingresar a una universidad.

El ingreso económico quincenal reportado en la mayoría fue de \$3,500 a \$5,500 pesos mexicanos, lo que de acuerdo con el INEGI (2023) ubica a las participantes en la clase baja alta en México, esto es relevante dentro del cuidado, por la demanda de gastos que se necesitan para brindar cuidado a un adulto con Dt2, dado que no solo implica el gasto de sus medicamentos, sino también otros factores para su bienestar físico, este resultado defiere si lo comparamos con el que obtuvo Bárcenas et al., (2024) donde más de la mitad de su población se ubicó en la clase baja, a pesar de mostrar una diferencia en ambos casos las participantes se encuentran en la clase baja.

La religión puede ser considerada una base en la cultura en México, dado que es utilizada para obtener consuelo o esperanza en momentos difíciles para los individuos, es así como el compromiso religioso puede influir en la manera en la que se percibe el cuidado, en este caso se encontró que el nivel de compromiso religioso es medio, lo cual puede estar asociado con la edad, dado que al encontrarse aun etapa de adulto joven no muestran tanto apego a su religión, Alcocer Sosa, et al. (2021) indica que entre más años se tengan mayor será la necesidad de reforzar la espiritualidad como soporte y conexión con la vida.

De acuerdo con el vínculo del cuidador con el adulto con Dt2, se identificó que las participantes comparten lazos de parentesco de segundo y tercer grado padre o madre, seguido de su pareja, estos datos solo puede atribuir a la idea de que al tener un rol de hija o de esposa implica que se les atribuya el rol de cuidador a las mujeres, siendo el caso de hallazgos encontrados por Vega- Silva, et al. (2023), donde primordialmente la relación de cuidador y paciente, es de hija y madre o padre, donde suelen dedicarse 24 horas al cuidado, en los resultados obtenidos en este estudio se encontró que su mayoría dedican al menos 10 horas al día a las actividades de cuidado.

Respecto a la variable de competencia de cuidado, mediante el instrumento se pudo identificar que el nivel de competencias de los cuidadores familiares fue medio, de forma específica se encontró que la dimensión del conocimiento se encuentra baja, esto quiere decir que los cuidadores refieren desconocer los síntomas y signos de la enfermedad, no tener noción del uso del glucómetro para llevar un registro glucémico, así como preparar alimentos saludables que apoyen al control glicémico y la importancia de motivar al paciente con diabetes tipo 2 a realizar actividad física.

Así mismo, la dimensión de instrumental se encuentra en un nivel bajo, dado que está relacionada con la dimensión anterior, se entiende que los cuidadores al no conocer el uso de dispositivos como el glucómetro, no tienen la seguridad para manejarlo en el hogar, de igual modo al preparar sus alimentos no buscan la reducción de ingesta calórica para su familiar con Dt2, así mismo no tienen la destreza para realizar un plan de actividad física que se adapte a las capacidades de su familiar y que puedan realizar en conjunto.

Respecto a la variable disfrutar se mostró un nivel bajo, lo que indica que el grado de bienestar percibido de los cuidadores ante la responsabilidad de ejercer dicho

rol es baja, lo cual puede asociarse a las condiciones personales en la que se encuentra, al no ser favorables descuidan su tiempo de descanso y actividades de ocio para ejercer este rol, causando una menor satisfacción personal, esto a diferencia de los resultados encontrados por Hernández y Palencia, (2023) donde la dimensión se encontró en un nivel alto con 72,84% de los cuidadores.

En la variable de carga de cuidado se mostró un nivel intenso, estos resultados si se comparan con los obtenidos por Hernández y Palencia (2023), donde el nivel de competencia fue alto y en la carga se encontró ausente, a pesar de mostrar datos distintos se entiende que entre mayor sean las competencias, menor es la carga de cuidado, por lo contrario, entre menor sea la competencia de cuidado mayor será la carga de cuidado.

Es fundamental que los profesionales de enfermería sean conscientes de la importancia que tiene los cuidadores familiares para el manejo y automanejo de la enfermedad, donde se debe prestar atención en las competencias con las que ellos cuentan para ejercer este rol y a su vez ser conscientes de la carga que perciben al brindar estos cuidados. El que un cuidador familiar cuente con las competencias necesarias permite mejorar la calidad de vida del individuo con Dt2 puesto que se garantiza que la enfermedad se mantenga en control, previniendo complicaciones graves a futuro. A su vez, si se disminuye la carga de cuidado, no solo se va a mejorar la competencia de cuidado, sino que también a permitir que la calidad de vida del mismo cuidador mejore, previniendo que este se convierta en el paciente en un futuro y concientizando a los demás miembros de la familia sobre la importancia de implementar cambios en los estilos de vida.

## 4.2 Conclusiones

Esta investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre la competencia del cuidador familiar para brindar cuidado en el hogar de un integrante adulto que padece Dt2 y el nivel de carga de cuidado, por lo que al analizar los resultados obtenidos se puede concluir que existe una relación significativa entre el nivel de competencia y el de carga de cuidado, puesto que, la competencia del cuidador familiar, influye en el nivel de carga de cuidado, siendo así que la hipótesis planteada se comprueba. Por ello es importante el profesional de enfermería brinde apoyo a los cuidadores familiares y motive a los demás miembros de la familia a apoyar.

Del mismo modo, se concluye que culturalmente las mujeres son quienes regularmente adquieren la responsabilidad del rol de cuidador y que al conocer el contexto sociodemográfico en el que se desenvuelven permite ampliar el panorama para desarrollar estrategias educativas como; organizar talleres para mejorar su competencias de cuidado, realizar visitas domiciliarias para brindar estos talleres no solo a las cuidadoras sino también a los demás miembros de la familia para disminuir parte de la carga de cuidado, así como promover un grupo de apoyo entre mujeres que favorezcan las dimensiones sociales, emocionales y de convivencia, donde incluso se podría buscar la participación de autoridades de la comunidad para brindar un espacio para desarrollar estas reuniones, donde se les pueda motivar también a realizar un emprendimiento que les permita obtener beneficios y apoyos económicos. Esto con la finalidad de mejorar no solo la salud del paciente, sino también la de su cuidador y de los demás miembros de la familia.

### **4.3 Recomendaciones**

Para futuras investigaciones relacionadas se sugiere ampliar el tamaño de la muestra, así como explorar participantes en rasgos de edad diferente para poder conocer si existe una variedad entre el nivel de competencia de cuidado y el de carga de cuidado. También se propone la posibilidad de incluir como variable el parentesco o la relación entre el cuidador y el paciente para explorar si esta influye en la percepción del nivel de carga de cuidado. Así como ampliar el tiempo de la investigación para poder desarrollar herramientas o estrategias educativas para capacitar a los cuidadores familiares e implementarlas para evaluar el grado de impacto que estas pueden generar en la mejora de las competencias de cuidado y de el nivel de carga de cuidado.

### Referencias bibliográficas

- Alcocer Sosa, A.C., Cid Henríquez, P., y Guerrero-Castañeda, R. F (2021). Autotrascendencia y espiritualidad en personas adultas mayores, reflexión para el cuidado. *Enfermería Actual de Costa Rica*, (40)
- Aldana, M. S. C. D., Niño, E. Y. D., Carvajal, R. R., Esteban, A. N. P., & Gonzales, G. M. C. (2019). Sobrecarga y apoyos en el cuidador familiar de pacientes con enfermedad crónica. *Revista Cuidarte*, 10(3).
- Alejandro, S.B.R (2023). Nivel de sobrecarga y perfil sociodemográfico del cuidador primario de personas mayores con Diabetes tipo 2(Doctoral dissertation, Instituto Mexicano del Seguro Social)
- Angarita, O. M. V., Pabón, E. H. P., Medina, Y. A. R., & Hurtado, Y. A. R. (2018). Cuidadores familiares: Competencia en la atención de enfermos crónicos. *Ene*, 15(1).
- Ángel García, J. E. D., León Hernández, R. C., Méndez Santos, G., Peñarrieta de Córdoba, I., & Flores Barrios, F. (2020). Relación entre sobrecarga y competencias del cuidar en cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas.
- Barbosa, J. C. R., & Mesa, M. P. Q. (2020). Díadas de cuidado y competencia para cuidar al alta hospitalaria en un hospital de Bogotá. *Revista Investigación en Salud Universidad de Boyacá*, 7(1), 71-86.
- Bárceñas, R. A. S., Hernández, D. L., Brito-Aranda, L., Mantilla, B. B. G., Bonilla, M. D. R. T., Delgado, E. P., ... & Orozco-Valencia, A. (2024). Factores asociados a la sobrecarga del cuidador en cuidadores primarios de personas adultas mayores con diabetes tipo 2. *Atención Primaria*, 56(10), 102948.

- Baron, L. A. B., & Ramírez, O. J. G. (2020). Competencia para el cuidado y acceso a la salud rural. *Revista Ciencia y Cuidado*, 17(3), 46-60.
- Barrera Ortiz, L., Galvis López, C. R., Moreno Fergusson, M. E., Pinto Afanador, N., Pinzón Rocha, M. L., Romero González, E., & Sánchez Herrera, B. (2006). La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica: un estudio comparativo de tres unidades académicas de enfermería. *Investigación y educación en Enfermería*, 24(1), 36-46.
- Bello Carrasco, L. M., León Zambrano, G. A., & Covená Bravo, M. I. (2019). Factores que predominan sobrecarga en el cuidador formal e informal geriátrico con déficit de autocuidado. *Revista Universidad y Sociedad*, 11(5), 385-395.
- Cantillo, M., Lleopart, T., & Ezquerro, S. (2018). El cuidado informal en tiempos de crisis. Análisis desde la perspectiva enfermera. *Enfermería Global*, 17(50), 515-541.
- Cantillo-Medina, C. P., Ramírez-Perdomo, C. A., & Perdomo-Romero, A. Y. (2018). Habilidad de cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica y sobrecarga percibida. *Ciencia y enfermería*, 24.
- Carrillo-González, G. M., Barreto-Osorio, R. V., Arboleda, L. B., Gutiérrez-Lesmes, O. A., Melo, B. G., & Ortiz, V. T. (2015). Competencia para cuidar en el hogar de personas con enfermedad crónica y sus cuidadores en Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(4), 668-675.
- Damasceno, VAM, Zazzetta, MS, & Orlandi, FDS (2019). Adaptación de la escala para medir la capacidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedades crónicas en Brasil. *Aquichan*, 19 (4).

- del Campo Navarro, A. S. M., Quevedo, P. M., Pedroza, R. I. H., Valenzuela, S. E. C., Peña, S. L. P., & Vargas, M. R. (2019). Grado de sobrecarga y caracterización de cuidadores de personas adultas mayores con diabetes mellitus tipo 2. *Enfermería global*, 18(4), 57-78.
- Del Campo Navarro, A. S. M., Quevedo, P.M., Pedroza, R.I.H, Valenzuela, S.E.C., Peña, S.L.P., Y Vargas, M.R (2019). Grado de sobrecarga y caracterización de cuidadores de personas adultas mayores con diabetes tipo 2. *Enfermería global*, 18(4),57-78.
- del Carmen, H. R. L. (2020). Conocimientos de Familiares y Pacientes Sobre Diabetes y los Cuidados en el Hogar, Centro de Salud Corrales-2020.
- Díaz de León Castañeda, C. (2020). Las TIC en el sector público del Sistema de Salud de México: Avances y oportunidades. *Acta universitaria*, 30.
- Granados Ureña, K. (2022). Proyecto de vida e implicaciones sociales y emocionales del rol de cuidador (a) de personas mayores asumido por personas adultas medias y personas mayores desde una visión ecológica del ciclo vital. período 2016-2018.
- Guato-Torres, P., & Mendoza-Parra, S. (2022). Autocuidado del cuidador informal de personas mayores en algunos países de Latinoamérica: Revisión descriptiva. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 11(2).
- Hermoza Vilca, J. A. (2020). Prevalencia y factores de riesgo de ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores de pacientes diabéticos con complicaciones crónicas hospitalizados en febrero del 2020 en el HRHDE.
- Hernández Pérez, D. J., & Palencia Barajas, A. S. (2023). Competencia para el cuidado y sobrecarga del cuidador primario del paciente en diálisis peritoneal de una unidad de terapia renal de la ciudad de Cúcuta en 2022-2023.
- INEGI (2022). Chiautzingo: Economía, empleo, equidad, calidad de vida. Recuperado de: <https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/chiautzingo>

INEGI (2023). Estadísticas De Defunciones Registradas (EDR). Recuperado de

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/EDR/EDR2023\\_En-Jn.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/EDR/EDR2023_En-Jn.pdf)

Ledezma, Y. T., Jarquín, K. R., Saldaña, R. G., & Flores, F. T. (2020). COMPETENCIAS DEL CUIDADO Y SOBRECARGA EN CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES DEL ESTADO DE HIDALGO. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 23(2).

León-Hernández, R. C., Peñarrieta-de-Córdova, I., Del Angel-García, J. E., Díaz-Ramírez, A. A., Quintero-Valle, L. M., & Flores-Barrios, F. (2022). Variables predictoras de las competencias del cuidado en cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas. *Atención Familiar*, 29(2), 114-118.

Llamuca, A. E. N., & Berronez, A. A. T. (2023). Sobrecarga del cuidador primario de pacientes con discapacidad física. *Salud ConCiencia*, 2(2), e14-e14.

Nava-Salgado, S., Ponce-Gómez, G., & Huerta-González, S. (2023). Competencias de cuidados domiciliarios en niños oncológicos durante la pandemia por COVID-19. *Gaceta Médica Boliviana*, 46(2), 7-12.

OMS (2023). *Diabetes*. Recuperado de

<https://www.paho.org/es/temas/diabetes#:~:text=M%C3%A1s%20del%2095%25%20de%20las,diabetes%20tienen%20diabetes%20tipo%202>

OMS (2023). *Enfermedades no transmisibles*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

OMS (2024). Actividad física. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

OPS (2021). La carga de la diabetes mellitus en la Region of the Americas, 2000-2019.

Recuperado de <https://www.paho.org/es/enlace/carga-enfermedad-por-diabetes>

- Pascagaza, E. F., & Estrada, L. C. C. (2020). Modernización de la educación virtual y su incidencia en el contexto de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC). *Revista Academia y virtualidad*, 13(2), 103-116.
- Piedrahita, N. H., Arroyave, M. M. I., Restrepo, N. L., Ceballos, J. J. L., Serna, M. A. R., Arango, P. A. S., ... & Lopera, R. (2021). Prevalencia del Síndrome de Carga del Cuidador en cuidadores formales de pacientes con enfermedad psiquiátrica institucionalizados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(2), 101-107.
- Ramos, J. C. R., Bedoya, W. J. H., & Hernández, C. A. R. (2024). Sobrecarga del Cuidador Informal en paciente con Enfermedades Crónicas, en un Prestador Primario de Salud, Montería-Córdoba, 2023. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(3), 2929-2945.
- Rivas Mallqui, G. D. J., & Tapahuasco Vargas, K. D. (2022). Sobrecarga del cuidador familiar de pacientes con enfermedad crónica que acuden al centro de salud Raúl Porras Barrenechea-Carabayllo, 2022.
- Sánchez, L. M., & Car, G. M. (2017). Competencia para el cuidado en el hogar diada persona con cáncer en quimioterapia. *Cuidador familiar. Psicooncología*, 14(1), 137.
- Santos, A. P., Peregrino, N. R., & Aquino, Y. R. (2023). Sobrecarga del Cuidador Primario Informal en Pacientes con Tratamiento Sustitutivo en Diálisis Peritoneal, en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar N0. 2 en Salina Cruz Oaxaca. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(6), 8581-8609.
- Santos, F. G. T. D., Harmuch, C., Paiano, M., Radovanovic, C. A. T., Rêgo, A. D. S., & Carreira, L. (2022). Competencia de ancianos que se desempeñan como cuidadores informales de personas en cuidados domiciliarios. *Escola Anna Nery*, 26, e20210288.

Secretaria de Salud (2021). *Panorama Epidemiológico De Las Enfermedades No Transmisibles en México, Cierre 2021*. Recuperado de

<https://www.gob.mx/salud/documentos/panorama-epidemiologico-de-las-enfermedades-no-transmisibles-en-mexico-269304>

Vega-Angarita, O. M., & González-Escobar, D. S. (2019). Soporte social percibido y competencia para el cuidado en el hogar, Ocaña, Colombia. *Nova*, 17(32), 95-108.

Vega-Silva, E. L., Barrón-Ortiz, J., Aguilar-Mercado, V. V., Salas-Partida, R. E., & Moreno-Tamayo, K. (2023). Calidad de vida y sobrecarga del cuidador en cuidadores con pacientes con complicaciones por la diabetes mellitus tipo 2. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 61(4), 440.

Velázquez, M. S. G., & Knopfler, S. C. (2020). Perfil del cuidador primario en pacientes diabéticos en dos comunidades. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 22, 1-8.

Zarit, SH, Reever, KE y Bach-Peterson, J. (1980). Entrevista a Zarit Burden. *El gerontólogo*.

**Anexos 1***Ficha de caracterización de la persona con enfermedad crónica GCPC-UN-O*

Iniciales:

Teléfono:

<b>Identificación y perfil sociodemográfico</b>					
<b>Genero</b> a) Masculino b) Femenino	<b>Edad</b> a)18 a 29 b)30 a 39 c)0 a 49 d)50 a 64	<b>Estado Civil</b> a) Soltero b) Casado c)Separado d) Viudo e) Unión libre	<b>Ocupación</b> a) Empleado b)Estudiante c)Hogar d)Ninguno	<b>Escolaridad</b> a) Baja (primaria) b) Media (secundaria) c)Media alta (preparatoria) d)Alta (universidad)	
<b>Ingreso económico</b> a) \$1500 a \$3500 b) \$3500 a \$5500 c)Mas de \$5500		<b>Compromiso religioso</b> a) Bajo b) Medio c)Alto			
<b>Percepción de carga y de apoyo</b>					
<b>Tiempo de cuidado</b> a)5hrs b)10hrs c)Más de 10hrs			<b>Parentesco</b> a) Pareja b) Madre/Padre c)Hermana o hermano d)Hija o hijo e) otro		
Indique con una x los apoyos con los que cuenta y califique su nivel de satisfacción con respecto a los mismos. Siendo que 1 es mínimo y 4 máximo.					
<b>Apoyo con el que cuenta</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	
Psicológico					
Familiar					
Religioso					
Económico					
Social					
Otro ¿Cuál?					
Al mirar su condición de vida actual. ¿Cómo califica los siguientes niveles de bienestar?, siendo 0 mínimo y 4 máximo					
<b>Nivel de bienestar</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

Físico					
Emocional					
Social					
Espiritual					

<b>Medio de información y comunicación</b>									
<b>Evaluación del uso de las TIC s</b>									
<b>TIC s</b>	<b>Nivel de conocimiento</b>			<b>Posibilidad de acceso</b>			<b>Frecuencia de uso</b>		
	<b>Alto</b>	<b>Medio</b>	<b>Bajo</b>	<b>Alto</b>	<b>Medio</b>	<b>Bajo</b>	<b>Alto</b>	<b>Medio</b>	<b>Bajo</b>
Televisión									
Radio									
Computadora									
Celular									
Internet									
Otro ¿Cuál?									
<b>¿Para brindar cuidado usted se apoya en las Tics?</b>								<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>¿Nivel de apoyo percibido con el uso de las TIC s en el cuidado de la enfermedad?</b>							<b>Alto</b>	<b>Medio</b>	<b>Bajo</b>

## Anexo 2

### Instrumento CUIDAR

Instrucciones: Leer atentamente cada una de las afirmaciones e indicar con qué frecuencia se siente usted identificado con dichas afirmaciones; casi nunca o nunca, pocas veces, con frecuencia y casi siempre o siempre. A la hora de responder piense que no existe respuesta equivocadas, sino tan solo su experiencia.

			Respuestas			
		Preguntas	1= Casi nunca o	2=Pocas veces	3=Con frecuencia	4=Casi siempre o siempre
<b>Conocimiento</b>						
	1	Se cómo hacer seguimiento de las condiciones de salud de la persona a quien cuida				
	2	Conozco la medicación formulada para la persona a quien cuida				
	3	Conozco las actividades recomendadas para la persona a quien cuida				
	4	Conozco como realizar los procedimientos requeridos a la persona a quien cuida				
	5	Conozco los signos de alarma de la enfermedad que puede presentar la persona a quien cuida				
	6	Conozco el comportamiento habitual de la persona a quien cuida				
	7	Conozco indicaciones particulares sobre la dieta de la persona a quien cuida				
	8	Tengo conocimientos sobre la (s) enfermedad (es) que afecta (n) a la persona a quien cuida				
	9	Tengo información sobre medidas para la comodidad y alivio de la persona a quien cuida				
	10	Conozco donde y como obtener el equipo necesario para el cuidado				
<b>Unicidad (Condiciones personales)</b>						
	11	Tengo confianza en mi capacidad para asumir el cuidado en casa				
	12	Controlo el temor durante mis labores de cuidado				
	13	Supero fácilmente sentimiento de culpa o de rabia				
	14	Supero fácilmente momentos de desanimo y tristeza				
	15	Soy capaz de simplificar las tareas del cuidado				
	16	Manejo estrategias adecuadas para resolver conflictos				

	17	Me adapto con facilidad a los cambios que exige mi labor como cuidador				
	18	Tengo la capacidad de evaluarme con frecuencia como cuidador				
	19	Busco cuidar mi salud				
	20	Interactuó con facilidad con personas y grupo				
	21	Estoy satisfecho con mi capacidad para afrontar las situaciones del cuidado				
	22	Establezco mi propio plan de vida				
<b>Instrumental</b>						
	23	Actuó las recomendaciones prescritas a la persona a quien cuido (actividad, dieta, otros)				
	24	Organizo el apoyo básico asistencial disponible para la persona a quien cuido (vestido, baño, otros)				
	25	Organizo el apoyo instrumental disponible para la persona a quien cuido (transportes, equipos, insumos, otros)				
	26	Respondo a las necesidades cotidianas de la personas a quien cuido (distracción, confort, otros)				
	27	Manejo u opero con habilidad los equipos para el cuidado de la persona a quien cuido				
	28	Manejo los procedimiento y trámites administrativos para garantizar la salud de la persona a quien cuido				
	29	Administro adecuadamente los medicamentos formulados a la persona a quien cuido				
	30	Manejo con habilidad situaciones de emergencia relacionadas con la persona a quien cuido				
<b>Disfrutar (bienestar)</b>						
	31	Siento que cuento con apoyo social (familiar e institucional) suficiente en mi actividad como cuidador				
	32	Me siento productivo laboralmente				
	33	Estoy satisfecho con el nivel y tipo de descanso que puedo tener				
	34	Estoy satisfecho con mi condición de salud actual				
	35	Considero que tengo bienestar espiritual en relación con mi ser y condiciones humanas				
	36	Estoy satisfecho con los recursos económicos disponibles para mi labor como cuidador				
	37	Siento tener la energía para responder a las responsabilidades del cuidado				
	38	Estoy satisfecho con el apoyo brindado por profesionales para el cuidado				

	39	Manejo mi condición de cuidador, sin requerir medicamento u otras sustancias				
	40	Siento que mi labor de cuidador aporta a mi propio plan de vida				
	41	Dispongo de tiempo para mis actividades o cosas personales				
	42	Mantengo actividades de mi interés por fuera del tiempo dedicado al cuidado				
Anticipación						
	43	Preveo los servicios necesarios para el bienestar físico a la persona a quien cuido				
	44	Me anticipo a las necesidades de seguridad y tranquilidad de la persona a quien cuido				
	45	Con base en mi conocimiento y experiencia preveo buen desempeño en mi rol como cuidador a largo plazo				
	46	Preveo manejo de riesgos y necesidades de salud para la persona a quien cuido				
	47	Organizo los recursos disponibles para atender con eficiencia a la persona a quien cuido				
	48	Preveo los servicios necesarios para el bienestar espiritual y emocional para la persona a quien cuido				
Interacción y relación social						
	49	Soy buen mediador entre la persona a quien cuido y el equipo de salud				
	50	Busco la aceptación y respeto mutuo con la persona a quien cuido				
	51	Tengo en cuenta la privacidad y mi relación con la persona a quien cuido				
	52	Logro respaldo de los demás miembros de la familia para apoyar el cuidado				
	53	Soy capaz de identificar las necesidades de la persona a quien cuido no expresa verbalmente				
	54	Intento que la persona a quien cuido mantenga tranquilidad emocional				
	55	Busco que el trato que recibo de mis allegados es el que merezco				
	56	Busco comunicarme efectivamente con la persona a quien cuido				
	57	Me preocupo por brindarle buena compañía a la persona a quien cuido				
	58	Fortalezco el vínculo de afecto con la persona a quien cuido				

	59	Considero que las relaciones familiares son adecuadas para el manejo de la situación del cuidado				
	60	Busco la participación de la persona a quien cuido en las actividades diarias de cuidado				

### Anexos 3

#### *Instrumento de Zarit*

Instrucciones: Leer atentamente cada una de las afirmaciones e indicar con qué frecuencia se siente usted identificado con dichas afirmaciones; nunca, rara vez, algunas veces, bastantes veces y casi siempre. A la hora de responder piense que no existe respuesta equivocadas, sino tan solo su experiencia

#### **Puntuación**

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

	<b>Preguntas</b>	<b>Respuestas</b>				
		0	1	2	3	4
1	¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8	¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?					
12	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?					
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?					
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22	Globalmente ¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

## Consentimiento Informado

Se hace la invitación a la participación en el presente proyecto de investigación de enfermería el cual cuenta sin ningún fin de lucro, sino que es meramente con fines académicos, realizado por la estudiante de pregrado Citlali Anett Pérez Morales de la Licenciatura en Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP). Antes de decidir participar, se necesita entender por qué se está realizando esta investigación y en qué consistirá su participación. Por favor tome el tiempo que usted necesite, para leer la siguiente información cuidadosamente:

Se me ha informado que si autorizo participar se me realizarán preguntas acerca de mi familia y la forma en que doy cuidados a mi familiar con Dt2, también proporcionare información sobre el número de horas en el que realizo actividades de cuidados en el hogar. Así mismo que, los datos que comparta serán manejados de manera confidencial y que no se divulgara información personal que me afecte, respetando mi privacidad en todo momento. De igual forma se me comunica que se me resolverá cualquier duda acerca del procedimiento y de que no hay ningún riesgo o beneficio a mi persona por aceptar participar. También que no tengo que participar forzosamente y que no habrá ningún problema si decido no involucrarme o si deseo retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio.

Autorización para uso y distribución de la información para la investigación:  
Las personas que conocerán de su participación en el estudio serán usted y el equipo de investigación, quien hará uso responsable de la información obtenida a través de los cuestionarios, lo que incluye privacidad de sus datos. Los resultados del estudio serán publicados de manera general en artículos científicos, esto significa que no se publicará información individualizada de cada participante. Debido a que la información recolectada se considera anónima confidencial.

Si cuenta con sugerencias, dudas o inconformidades acerca de la aplicación de los instrumentos, de los datos solicitados, del formato general de aplicación o del trato recibido, puede notificarlo inmediatamente. Colocar los datos:

EPSS. Citlali Anett Pérez Morales, tel. 2481520217, correo [citlali.perez@alumno.buap.mx](mailto:citlali.perez@alumno.buap.mx)

Director de Tesis: DCE. Maricarmen Moreno Tochiuitl, tel. 2221911158, correo: [maricarmen.moreno@correo.buap.mx](mailto:maricarmen.moreno@correo.buap.mx)

Participante

Investigador

Testigo1

Testigo2