



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

HOSPITAL GENERAL DE ZONA N°1 DEL IMSS AGUASCALIENTES

**PREVALENCIA DE SOBRECARGA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN CUIDADORES
INFORMALES PRIMARIOS DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO DE LA
CLÍNICA DE DOLOR HGZ1 AGUASCALIENTES, EN EL AÑO 2021.**

TESIS

PRESENTADA POR:

DRA. ANA CECILIA MARTINEZ SALAS

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

ASESOR:

DR. EUMIR PONCE DE LEÓN ALCARAZ

CO-ASESOR:

DRA. RAMONA ROMO CORTES

AGUASCALIENTES, AGS. A ABRIL 2021

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

AGUASCALIENTES AGS. A MARZO 2021

DR. JORGE PRIETO MACIAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que el Médico Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DRA. ANA CECILIA MARTINEZ SALAS

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**PREVALENCIA DE SOBRECARGA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN CUIDADORES INFORMALES
PRIMARIOS DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO DE LA CLÍNICA DE DOLOR HGZ1
AGUASCALIENTES, EN EL AÑO 2021.**

Número de Registro: **R-2021-101-027** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS**.

La **Dra. Ana Cecilia Martínez Salas** asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades pegasadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de Investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE

Carlos A. Prado A.
DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



AGUASCALIENTES AGS. A MARZO 2021

**CARTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TESIS
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 101
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1 AGUASCALIENTES**

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO EN INVESTIGACIÓN EN SALUD
P R E S E N T E**

Por medio de la presente le informo que el Médico Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DRA. ANA CECILIA MARTINEZ SALAS

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**PREVALENCIA DE SOBRECARGA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN CUIDADORES INFORMALES
PRIMARIOS DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO DE LA CLÍNICA DE DOLOR HGZ1
AGUASCALIENTES, EN EL AÑO 2021.**

Número de Registro: **R-2021-101-027** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS**.

La **Dra. Ana Cecilia Martínez Salas** asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente para que se proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE


**Dr. Eumir Ponce De León Alcaraz
ASESOR**

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS



DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN
DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS



Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 19/04/21

NOMBRE: ANA CECILIA MARTINEZ SALAS ID 8 7 4 9 4

ESPECIALIDAD: MEDICINA FAMILIAR LGAC (del posgrado): ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

TIPO DE TRABAJO: () Tesis () Trabajo práctico

TÍTULO: PREVALENCIA DE SOBRECARGA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN CUIDADORES INFORMALES PRIMARIOS DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO DE LA CLÍNICA DE DOLOR HGZ1 AGUASCALIENTES, EN EL AÑO 2021

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado): EVALUACIÓN DE RIESGOS EN EL PACIENTE CON DOLOR CRONICO

INDICAR SI/NO SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

- SI* El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
SI La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
SI Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
SI Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
SI Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
SI El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
NO Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
NO Generó transferencia del conocimiento o tecnológico
SI Cumple con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)

El egresado cumple con lo siguiente:

- SI* Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia
SI Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias, estancia, etc)
SI Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial, en caso de los posgrados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor
SI Cuenta con la aprobación del (la) Jefe de Enseñanza y/o Hospital
SI Coincide con el título y objetivo registrado
SI Tiene el CVU del Conacyt actualizado
NO Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

Sí _____ X _____

No _____

FIRMAS

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

Dr. Ricardo Ernesto Ramírez Orozco

Autorizó:

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

Dr. Jorge Prieto Macías

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 105C del Reglamento General de Docencia que a la letra señala entre las funciones del Consejo Académico: ... Cuidar la eficiencia terminal del programa de posgrado y el Art. 105F las funciones del Secretario Técnico, llevar el seguimiento de los alumnos.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Rol Asesor de protocolo e Investigador Principal
Nombre Dr. Eumir Ponce de León Alcaraz.
Adscripción Unidad de Medicina Familiar #9 Aguascalientes
Dirección Avenida Siglo XXI #301 Col. Municipio Libre
Teléfono 449 972 4777 extensión 150
Matrícula 99103101
Correo electrónico eumir.poncedeleon@imss.gob.mx

Rol Investigador Asociado
Nombre Dra. Ramona Romo Cortes
Adscripción Consultorio de Clínica de Dolor HGZ1 Aguascalientes
Dirección Av. José Ma. Chávez 1202, Lindavista, 20270 Aguascalientes
Teléfono 4499139050
Matrícula 10380906
Correo electrónico romiromodolor@hotmail.com

Rol Investigador Asociado
Nombre Dra. Ana Cecilia Martínez Salas
Adscripción Residente de 3er año de Medicina Familiar HGZ1
Aguascalientes, Ags
Dirección Av. José Ma. Chávez 1202, Lindavista, 20270 Aguascalientes
Teléfono 4491080158
Matrícula 99018640
Correo electrónico anacecimartinez90@gmail.com

Aguascalientes, Ags., a abril de 2021.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

AGRADECIMIENTOS

A Dios por elegirme como uno de sus más especiales instrumentos...

A mis padres Juan Manuel y Elisa por enseñarme el amor a la vida, al trabajo, a depositarle todo mi amor y pasión por lo que realmente me gusta que es la medicina, por cuidar de mí y de mi hijo cuando más lo necesitamos, por ser mi mayor ejemplo a seguir, gracias a ellos por siempre confiar en mí, creer en mí y en mis expectativas, gracias a mi madre por siempre acompañarme en cada una de las agotadoras y largas noches de estudio para después cada mañana ayudarme a despertar que para mí eran como agua en el desierto; gracias a mi padre por siempre desear lo mejor para mí y luchar para que lo tuviera, gracias a ambos por cada palmada en la espalda y por cada palabra que fueron mi guía en el transcurso de la carrera, y de mi vida pero sobre todo por amarme incondicionalmente...

A mi hijo Dante por existir, por ser la prueba del amor más puro e incondicional que hay, por ser mi principal motor generador de sueños, por ser paciente y siempre esperar a su mamá con una sonrisa, con abrazos y besos llenos de amor...

A mis hermanos Brenda y Alejandro, por coincidir conmigo en esta misma vida, guiarme, amarme, protegerme y velar por mi felicidad siempre en todo lugar y bajo cualquier circunstancia...

A mi amado Nash, por amarme y por cuidar de mí, por siempre alentarme y apoyarme cuando todo parecía difícil o complicado, por tenerme paciencia y enseñarme a en todas esas horas dedicadas a la tesis y mis horas de estudio, por siempre motivarme a no desistir y alcanzar mis metas, eres la coincidencia más hermosa...

A mis amigos Brand, Gustavo, Sam, Ara y Davido por siempre estar pendientes de mi vida aún a la distancia, apoyarme en todo lo que he ocupado, ser mis cómplices, su comprensión y amor incondicional, por las risas robadas, por las palabras de aliento y de orgullo sincero, por los abrazos, las risas, e incluso los silencios...

Al Dr. Prado, Dr. Eumir, Dra. Romo y mis profesores por sus enseñanzas, dedicación y tiempo, por sembrar en mí el deseo del conocimiento ...

A mis pacientes por la esperanza que generan en mí, por los conocimientos y aprendizajes que dejaron en mí fuera de los libros...

1. INDICE GENERAL

1. INDICE GENERAL	1
2. INDICE DE TABLAS	4
3. INDICE DE GRÁFICAS	4
4. INDICE DE FIGURAS.....	4
5. RESUMEN.....	5
6. ABSTRACT	6
7. MARCO TEÓRICO	7
7.1 Búsqueda Sistematizada de la Información	7
7.2 Antecedentes Científicos	12
7.3 Teorías y Dimensiones que explican la Sobrecarga del Cuidador	15
7.3.1 Modelo de Pearlin.....	15
7.4 Teorías y Dimensiones de la Ansiedad.....	16
7.4.1 Teoría Psicoanalítica	16
7.4.2 Teoría Conductual	17
7.4.3 Teoría Cognitiva	17
7.4.4 Teoría Cognitivo-Conductual	18
7.4.5 Teoría Interactiva Multidimensional	18
7.5 Teoría de la Depresión con el Modelo Tetradimensional	18
7.6 MARCO CONCEPTUAL.....	20
7.6.1 Sobrecarga del Cuidador.....	20
7.6.2 Ansiedad y Depresión.....	21
7.6.2.1 Ansiedad	22
7.6.2.2 Depresión	22
7.6.3 Cuidador Primario Informal de Pacientes con Dolor Crónico	24
7.6.3.1 Clínica de dolor.....	27
7.7 DEFINICIONES	29
7.7.1 Cuidadores:	29
7.7.2 Ansiedad:	29
7.7.3 Depresión:	29

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

7.7.4	Dolor Crónico:.....	30
7.7.5	Clínicas de Dolor:	30
7.7.6	Sobrecarga del Cuidador:.....	30
8.	JUSTIFICACIÓN.....	31
9.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	32
10.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	34
11.	OBJETIVOS.....	35
11.1	Objetivo General.....	35
11.2	Objetivos Específicos	35
12.	HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	37
13.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	38
13.1	TIPO DE ESTUDIO	38
13.2	Población.....	38
13.2.1	Población Objetivo.....	38
13.2.2	Universo de Trabajo	38
13.2.3	Unidad de Estudio	38
13.3	Muestreo	38
13.3.1	Unidad Muestral	38
13.3.1	Tipo de Muestreo.....	38
13.3.2	Marco Muestral.....	39
13.3.3	Tamaño de la Muestra.....	39
13.4	Criterios de Selección.....	39
13.4.1	Los criterios de inclusión	39
13.4.2	Criterios de Exclusión	39
13.4.3	Criterios de Eliminación	40
13.5	Logística.....	40
13.6	Manual Operacional.....	41
13.7	Instrumentos.....	41
13.7.1	Cédula de Recolección Datos Sociodemográficos.....	41
13.7.2	Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.....	41
13.7.3	Escala Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS).....	43
13.7.4	Escala de Depresión de Beck.....	45

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

13.8 Operacionalización de variables	47
13.8.1 Variable Independiente:	47
13.8.2 Variables dependientes:	47
13.9 Lugar de Desarrollo	47
13.10 Análisis Estadístico	47
14. ASPECTOS ÉTICOS	49
15. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	50
15.1 Recurso Material	50
15.2 Recurso Humano.....	50
15.3 Financiamiento	50
15.4 Factibilidad	51
16. ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD.....	52
17. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	53
18. RESULTADOS.....	54
18.1 Prevalencia de sobrecarga del cuidador primario informal.....	56
18.2 Prevalencia de ansiedad en el cuidador primario informal	57
18.3 Prevalencia de depresión en el cuidador primario informal	59
19. DISCUSIÓN	60
20. CONCLUSIONES	63
21. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	64
22. GLOSARIO	65
23. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	66
24. ANEXOS	69

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

2. INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los cuidadores informales primarios. ..	54
Tabla 2. Variables que involucran al cuidador primario informal con el cuidado hacia el paciente.....	56
Tabla 3. Sobrecarga del cuidador primario informal con la escala de Zarit.	56
Tabla 4. Ansiedad en el cuidador primario informal con la escala de Hamilton.	58
Tabla 5. Depresión en el cuidador primario informal con la escala de Beck.	59

3. INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Sobrecarga del cuidador primario informal. Escala de Zarit.....	57
Gráfica 2. Ansiedad en el cuidador primario informal Escala de Hamilton.....	58
Gráfica 3. Depresión en el cuidador primario informal Escala de Beck.	59

4. INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de Cochrane. Adaptado de Manual de Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones. 2011.	11
Figura 2. Modelo tetradimensional de la depresión visto a través de los planos clínico, neurobiológico y psicofarmacológico (10).	19

5. RESUMEN

Título: "Prevalencia de Sobre carga, ansiedad y depresión en cuidadores informales primarios de pacientes con dolor crónico de la Clínica de Dolor HGZ1 Aguascalientes, en el año 2021."

Antecedentes Científicos: En la actualidad se desconocen las características psicoafectivas en los cuidadores primarios e informales de pacientes con dolor crónico, en México sólo hay un estudio como antecedente y, a nivel mundial, no existe mucha información al respecto. Se espera que mediante la aplicación de las escalas sea posible medir la prevalencia de sobre carga, ansiedad y depresión en las personas que voluntariamente adquieren el rol de cuidadores. La importancia de evaluar las necesidades y vulnerabilidades de los cuidadores está en la posibilidad de realizar una detección con la que se puedan obtener las bases y fundamentos que serán de ayuda en el desarrollo de nuevas estrategias preventivas para así brindarles un tratamiento oportuno. Los modelos actuales de clínicas del dolor están centrados en el paciente, sin embargo, sería importante agregar el bienestar del cuidador para las evaluaciones preventivas.

Objetivo: Conocer la prevalencia de Sobre carga, Ansiedad y Depresión en cuidadores informales primarios de pacientes con dolor crónico de la Clínica de Dolor HGZ1 Aguascalientes, en el año 2021. Se realizará mediante la aplicación de la Escala de sobre carga del Cuidador de Zarit, Escala Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) y la Escala de Depresión de Beck.

Material y Métodos: Diseño observacional descriptivo, cuantitativo, únicamente se busca medir y describir las variables observadas y recolección de datos. Se utilizarán 3 escalas: La sobre carga se medirá a través de la aplicación de la entrevista sobre la carga del cuidador de Zarit, la ansiedad se medirá a través de la aplicación de la escala Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) y la depresión se medirá con la aplicación de la escala de Beck.

Resultados: La prevalencia de sobre carga del cuidador encontrada con la escala de Zarit fue la siguiente: 66.87% no tienen sobre carga, el 14.46% tienen sobre carga intermedia y el 18.67% presentan sobre carga intensa. Mientras que el 1.81% se presentó ansiedad psíquica severa y el 12.05% tuvieron ansiedad somática moderada y severa

Conclusiones: Ser cuidador informal de un paciente que es atendido en clínica del dolor puede causar ansiedad psíquica y somática en 2 a 18 pacientes de cada 100, de los cuales hasta 3 de cada 100 pueden presentar ansiedad severa, así mismo, los cuidadores informales pueden presentar depresión en mayor porcentaje que la ansiedad ya que en este estudio se encontró que casi la mitad de los cuidadores tienen algún grado de depresión.

6. ABSTRACT

Title: "Prevalence of Overload, anxiety and depression in primary informal caregivers of patients with chronic pain at the HGZ1 Aguascalientes Pain Clinic, in 2021."

Scientific Background: At present the psycho-affective characteristics in the primary and informal caregivers of patients with chronic pain are unknown, in Mexico there is only one study as a background and, worldwide, there is not much information in this regard. It is expected that by applying the scales it will be possible to measure the prevalence of overload, anxiety and depression in people who voluntarily take on the role of caregivers. The importance of evaluating the needs and vulnerabilities of caregivers lies in the possibility of carrying out a detection with which the bases and foundations can be obtained that will help in the development of new preventive strategies to provide them with timely treatment. It would be important to add caregiver well-being to preventive evaluations.

Objective: To know the prevalence of Overload, Anxiety and Depression in primary informal caregivers of patients with chronic pain at the HGZ1 Aguascalientes Pain Clinic, in the year 2021. It will be carried out by applying the Zarit Caregiver Overload Scale, Hamilton Scale Anxiety Rating Scale (HARS) and the Beck Depression Scale.

Material and Methods: Descriptive, quantitative observational design, it only seeks to measure and describe the observed variables and data collection. 3 scales will be used: Overload will be measured through the application of the Zarit caregiver burden interview, anxiety will be measured through the application of the Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) and depression will be measured with the application of the Beck scale.

Results: The prevalence of caregiver burden found with the Zarit scale was as follows: 66.87% have no burden, 14.46% have intermediate burden and 18.67% have intense burden. While 1.81% had severe psychic anxiety and 12.05% had moderate and severe somatic anxiety.

Conclusions: Being an informal caregiver of a patient who is cared for in a pain clinic can cause psychic and somatic anxiety in 2 to 18 patients out of 100, of which up to 3 out of 100 can present severe anxiety, likewise, informal caregivers can present depression in a higher percentage than anxiety, since in this study it was found that almost half of caregivers have some degree of depression.

7. MARCO TEÓRICO

7.1 BÚSQUEDA SISTEMATIZADA DE LA INFORMACIÓN

Se realizó una búsqueda sistematizada de la información tras la selección de los descriptores y palabras clave en las diferentes bases de datos *PUBMED*, *BVS* y *Web of Science* con la sintaxis:

BVS:

(ti:(cuidadores)) AND (ti:(sobrecarga)) AND (ti:(ansiedad)) AND (ti:(depresión)) AND (ti:(dolor crónico)): 1 Artículo que es pertinente.

(tw:(cuidadores)) AND (tw:(sobrecarga)) AND (tw:(ansiedad)) AND (tw:(depresión)) AND (tw:(dolor crónico)): 3 Artículos, 1 pertinente que es repetido.

(tw:(Caregivers)) AND (ti:(Burden)) AND (ti:(Anxiety)) AND (tw:(Depression)) AND (tw:(Chronic Pain)): 3 Artículos, 1 que es pertinente y repetido.

(depresión) AND (cuidadores) AND (dolor crónico): 1 Artículo encontrado, es pertinente y está repetido.

(ansiedad) AND (cuidador) AND (dolor crónico): 10 Artículos encontrados, 2 pertinentes y repetidos.

(sobrecarga) AND (cuidador) AND (dolor crónico): 4 Artículos encontrados, 1 pertinente y repetido.

(depresión): 386,692 Artículos.

(depresión) AND (cuidadores): 4,534 artículos.

(depresión) AND (cuidadores de pacientes con dolor crónico): 3 artículos, 1 pertinente y repetido.

(ansiedad): 258,216 artículos.

(ansiedad) AND (cuidadores): 1,723 artículos.

(ansiedad) AND (cuidadores de pacientes con dolor crónico): 2 artículos, 1 pertinente y repetido.

(sobrecarga): 27,747 artículos.

(sobrecarga) AND (cuidadores): 1,064 artículos.

(sobrecarga) AND (cuidadores de pacientes con dolor crónico): 1 artículo pertinente y repetido.

PUBMED:

((((CAREGIVERS[Title/Abstract]) AND (BURDEN[Title/Abstract])) AND (ANXIETY[Title/Abstract]))) AND (DEPRESSION[Title/Abstract])) AND (CHRONIC PAIN[Title/Abstract]): 4 Artículos, 1 pertinente.

((caregivers[Title/Abstract]) AND (burden[Title/Abstract])) AND (chronic pain[Title/Abstract]): 16 Artículos de los cuales 7 son pertinentes; de estos 1 repetido y otro fue eliminado por ser un libro y no un artículo.

((depression[Title]) AND (caregiver[Title])) AND (chronic pain[Title]): 1 Artículo pertinente.

((depression[Title/Abstract]) AND (caregiver[Title/Abstract])) AND (chronic pain[Title/Abstract]): 17 Artículos, de los cuales 3 son pertinentes y repetidos.

((anxiety[Title]) AND (caregiver[Title])) AND (chronic pain[Title]): 0 Artículos.

((anxiety[Title/Abstract]) AND (caregiver[Title/Abstract])) AND (chronic pain[Title/Abstract]): 17 Artículos encontrados, 2 pertinentes que son repetidos.

((burden[Title]) AND (caregiver[Title])) AND (chronic pain[Title]): 2 Artículos encontrados, ambos son pertinentes repetidos.

((burden[Title/Abstract]) AND (caregiver[Title/Abstract])) AND (chronic pain[Title/Abstract]): 18 Artículos encontrados, 4 Artículos pertinentes repetidos.

anxiety[Title]: 53,679 artículos.

(anxiety[Title]) AND (caregivers[Title]): 226 artículos, pertinentes

(anxiety[Title]) AND (caregiver of patients with chronic pain [Title]): 2 artículos pertinentes, 1 repetido.

(burden[Title]): 31,017 Artículos.

(burden[Title]) AND (caregivers[Title]): 1,194 artículos

(burden[Title]) AND (caregiver of patients with chronic pain [Title]): 12 artículos, 2 pertinentes y repetidos.

depression[Title]: 105,588 artículos.

(depression[Title]) AND (caregiver[Title]): 177 artículos

((depression[Title])) AND (caregiver of patients with chronic pain [Title]): 1 artículo no pertinente

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

((anxiety[Title]) AND (depression[Title])) AND (burden[Title])) AND (caregiver[Title]): 12 artículos 2 pertinentes y repetidos.

((anxiety[Title]) AND (burden[Title])) AND (depression[Title])) AND (caregiver of patients with chronic pain [Title]): 1 artículo pertinente y repetido.

Web of Science:

TEMA: (cuidadores) Y TEMA: (CARGA) Y TEMA: (DOLOR CRÓNICO) Período de tiempo: Todos los años. Índices: SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI: 132 Artículos de los cuales 2 son pertinentes.

TÍTULO: (caregivers) AND TÍTULO: (BURDEN) AND TÍTULO: (CHRONIC PAIN) Período de tiempo: Todos los años. Índices: SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI: 2 Artículos pertinentes

TÍTULO: (depression) AND TÍTULO: (caregiver) AND TÍTULO: (CHRONIC PAIN) Período de tiempo: Todos los años. Índices: SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI: 2 Artículos encontrados, 1 pertinente y repetido.

TÍTULO: (anxiety) AND TÍTULO: (caregiver) AND TÍTULO: (CHRONIC PAIN) Período de tiempo: Todos los años. Índices: SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI: 0 Artículos.

(burden) AND TÍTULO: (caregiver) AND TÍTULO: (CHRONIC PAIN) Período de tiempo: Todos los años. Índices: SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI: 2 Artículos encontrados, 1 pertinente y repetido.

TÍTULO: (anxiety) Período de tiempo: Todos los años. Índices: SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI: 7246 Artículos.

TÍTULO: (anxiety) AND TÍTULO: (caregiver) Período de tiempo: Todos los años. Índices: SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI: 41 artículos.

TÍTULO: (anxiety) AND TÍTULO: (caregiver of patients with chronic pain) Período de tiempo: Todos los años. Índices: SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI: 0 artículos.

TÍTULO: (depression) Período de tiempo: Todos los años. Índices: SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI: 139,562 artículos.

TÍTULO: (depression) AND TÍTULO: (caregiver) Período de tiempo: Todos los años. Índices: SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI: 926 artículos

TÍTULO: (depression) AND TÍTULO: (caregiver of patients with chronic pain) Período de tiempo: Todos los años. Índices: SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI. 1 artículo pertinente y repetido.

TÍTULO: (burden) Período de tiempo: Todos los años. Índices: SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI: 49117 artículos.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TÍTULO: (burden) AND TÍTULO: (caregiver) Período de tiempo: Todos los años. Índices: SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI. 3,062 artículos.

TÍTULO: (burden) AND TÍTULO: (caregiver of patients with chronic pain) Período de tiempo: Todos los años. Índices: SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI. 0 artículos.

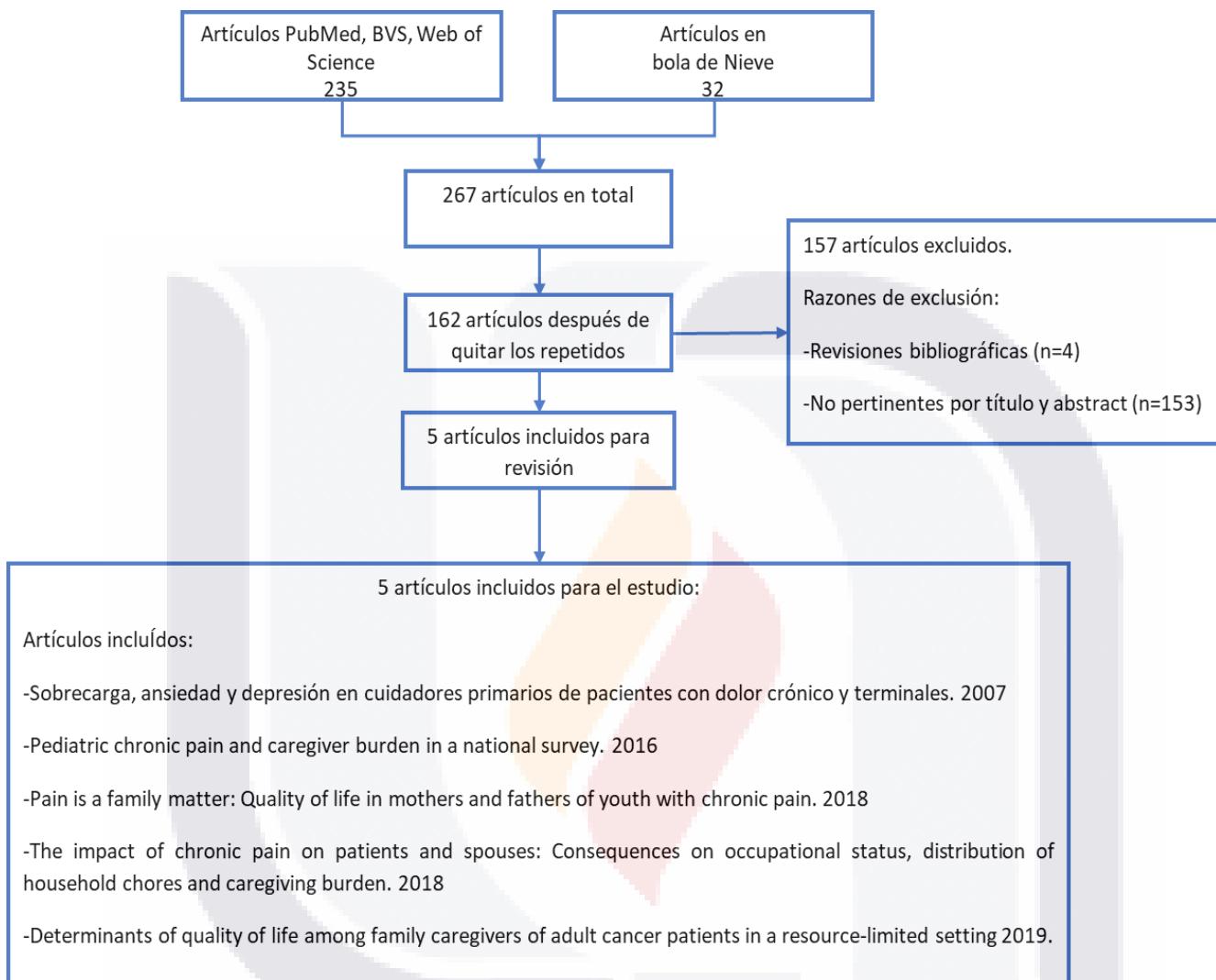
Tras eliminar los repetidos y los que no fueron pertinentes quedaron: 5.



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Figura 1. Diagrama de Cochrane. Adaptado de Manual de Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones. 2011.

(1) p:349.



7.2 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Esta sección está dedicada a la revisión de los 5 artículos pertinentes seleccionados para esta investigación.

En México existen pocos estudios sobre las características psicológicas de los cuidadores responsables de un paciente. En el año 2007, se publicó en el país el único estudio en su tipo, en éste se evaluaron los niveles de sobrecarga, ansiedad y depresión de 56 cuidadores de pacientes con dolor crónico de los cuales 35 eran cuidadores de pacientes terminales. El estudio se realizó en el Departamento de Dolor Crónico y Medicina Paliativa del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. Utilizaron la versión en español de la *Burden Interview*, *Zarit* y la *Encuesta Informal de Salud del Cuidador Primario*. El estudio encontró que la prevalencia de depresión en los cuidadores primarios es del 46%, del 59 % para sobrecarga del cuidador y del 50% para ansiedad. Se mencionó que el 67% de los cuidadores permanecía con su paciente más de 12 horas al día; es decir, es cuidador de tiempo completo. En las puntuaciones de las escalas de depresión y ansiedad, la media de la población fue de 26.05 (DE = 9.5) de 48 puntos posibles para depresión y para ansiedad la media de la población fue de 15.7 (DE = 6.9) de 36 puntos posibles. En sobrecarga la media de la población fue de 28.68 puntos (DE = 14.64). La media de la población general rebasó el punto de corte, lo cual indica un nivel alto de sobrecarga del cuidador. Todos los cuidadores informaron tener múltiples síntomas de depresión, esto puede sugerir que el dolor crónico influye directamente en los síntomas de depresión de sus cuidadores. Dicho estudio fue dirigido a ayudar a esta población que representa principal soporte del tratamiento del paciente (2).

En el año 2016, a través de la *Encuesta Nacional de Salud Infantil en Estados Unidos*, se analizaron datos en hogares donde residían adolescentes de 12-17 años con dolor crónico, sabiendo que la atención a los niños y adolescentes con dolor por enfermedades crónicas genera una carga de costos y tiempo para las familias, se decidió describir la variación de la sobrecarga del cuidador de estos pacientes, por lo tanto, los investigadores decidieron realizar su objetivo era identificar las características de los cuidadores con sobrecarga. Se analizaron a los cuidadores de 1711 adolescentes con dolor crónico, el resultado incluyó el tiempo que los padres dedicaron a la salud y necesidades del niño, reducción de la participación en la fuerza laboral y gastos médicos. El 15% de los padres informó dedicar al menos 1 hora a la

semana a la atención médica de su hijo, el 14% informó que tuvo que disminuir las horas invertidas en el trabajo remunerado y el 36% informó haber gastado más de \$500 dólares en la atención médica de su hijo en los últimos 12 meses. No hubo diferencias demográficas consistentes en cuidadores con sobrecarga. A medida que el estado de salud general de los adolescentes aumentaba, pasaba lo mismo con la sobrecarga del cuidador y con indicadores de mayor complejidad médica como desarrollo de comorbilidades y necesidad de atención médica especializada; el estudio encontró que la prevalencia de sobrecarga del cuidador era del 34%, por lo que se requiere la coordinación de la atención multidisciplinaria temprana en los cuidadores (3).

La mayoría de las investigaciones sobre los impactos familiares del dolor crónico pediátrico se han realizado con madres y, por lo tanto, se sabe poco sobre la adaptación de los padres. Sin embargo, está bien establecido que cuidar a un niño con dolor crónico afecta el bienestar del cuidador. Se ha descubierto que los padres de niños con dolor crónico experimentan altos niveles de ansiedad, depresión y estrés parental, por ello en Estados Unidos, en el año 2018, se realizó un estudio cuyo objetivo fue explorar los efectos causados en los cuidadores de jóvenes con dolor crónico; utilizando la escala del *Center for Epidemiological Studies-Depression* y *SF 36* para evaluar la depresión y la calidad de vida relacionada con la salud. Como resultado se observó que las madres informaron experimentar un funcionamiento significativamente más deficiente que los padres en los dominios de interferencia de roles emocionales, funcionamiento social y vitalidad. Se encontró que el género infantil y el nivel de depresión son predictores significativos de la salud mental de los padres, y la salud mental de los padres, mientras que la salud mental de las madres está más influenciada negativamente por la depresión infantil. Además, las puntuaciones de las madres en los dominios de salud mental fueron significativamente más bajas que las normas de la población. En las madres se detectó que la prevalencia de depresión era del 30.7% y en los padres de 27.1%. Estos hallazgos resaltan la importancia de identificar las formas en que el dolor crónico en los jóvenes puede afectar a los padres para mejorar el apoyo y las intervenciones de los cuidadores (4).

El cuidador informal por parte de los cónyuges se ha vuelto frecuente en entornos de dolor crónico, sin embargo, no se ha investigado sistemáticamente el impacto del dolor del paciente en los resultados ocupacionales, funcionales y de salud de los cónyuges. Se realizó en 2018 un estudio cuyo objetivo fue examinar el impacto del dolor del paciente en el cónyuge; se

estudiaron a 114 parejas heterosexuales (pacientes: 59% mujeres, edad promedio = 57.81 años; cónyuges: 41% mujeres, edad promedio = 57,32 años). En general, tanto los pacientes como los cónyuges informaron consecuencias importantes del dolor crónico en los resultados, incluida la distribución del estado ocupacional de las tareas del hogar y la satisfacción conyugal, así el dolor crónico en los pacientes se asocia con un ajuste marital más deficiente y una mayor sobrecarga del cuidador. Se indica que la prevalencia de sobrecarga del cuidador de alta a severa es del 52% en los cónyuges. Un modelo multivariado con factores de cónyuge y paciente representó el 37,8% de la varianza de esta carga. En el modelo, la discapacidad del paciente ($\beta = 0.36$, $p = .002$), el cambio de estatus ocupacional de los cónyuges ($\beta = 0.26$, $p = .002$) y la percepción conyugal del ajuste marital ($\beta = -0.36$, $p <.001$) se asociaron de forma única con la sobrecarga (5) El cuidado informal por parte de los cónyuges se ha vuelto frecuente en entornos de dolor crónico, sin embargo, no se ha investigado sistemáticamente el impacto del dolor del paciente en los resultados ocupacionales, funcionales y de salud de los cónyuges (5).

En Uganda, en el año 2019, en un estudio para valorar la calidad de vida de los cuidadores familiares de pacientes adultos con cáncer, se observó el desarrollo de sobrecarga en los cuidadores, debido a que estos trabajan en un contexto marcado por una alta carga de síntomas en el paciente y servicios de atención y apoyo limitados. (6)

Este fue un estudio de diseño transversal con cinco cuestionarios: el Índice de Independencia de Katz en Actividades de la vida diaria, la subescala de conocimiento de dolor crónico modificado de *Family Pain Questionnaire*, y la *Escala de autoeficacia del dolor y Calidad del cuidador de Life-Index-Cancer* que midió la sobrecarga. Con respecto a la prevalencia de sobrecarga, el estudio encontró que el 50.7% de los cuidadores tenían sobrecarga del cuidador con una calidad de vida moderada y el 46.8% tenían sobrecarga con una calidad de vida baja. La mayoría tenía preocupaciones financieras (55,3%), disruptión (53.5%) y apoyo (56.7%). Los principales determinantes de la sobrecarga fueron la disruptión, el bajo apoyo y las preocupaciones financieras (6).

Si bien, se conoce el impacto del cuidador informal en diversos tipos de pacientes (como aquellos con edad avanzada, Alzheimer, Cáncer, etcétera), los resultados de los pocos estudios que existen sugieren que se debería prestar más atención a la salud mental de los cuidadores informales de pacientes con dolor crónico. El presente estudio demuestra la

importancia del rol del cuidador, así como la necesidad de una investigación sobre el manejo de la sobrecarga, ansiedad y depresión asociadas con el cuidado informal en el contexto de pacientes con dolor crónico.

7.3 TEORÍAS Y DIMENSIONES QUE EXPLICAN LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR

En esta teoría se estudia el término de *sobrecarga*, la definición más frecuente es el malestar experimentado por el cuidador ante los problemas de deterioro que presenta el paciente, esto se puede considerar como estrés, siendo la predisposición que proyecta más hacia la institucionalización del paciente.

7.3.1 Modelo de Pearlin

Este modelo propone que el cuidador con estrés tiene dos tipos de estresores: primarios y secundarios según el orden en el que se manifiestan.

Los estresores primarios son las pretensiones objetivas de evitar el deterioro cognitivo y físico del paciente, su incapacidad funcional y los problemas de conducta del enfermo. Los estresores primarios subjetivos son la autoevaluación del cuidador ante las exigencias objetivas, pueden llegar a generar sentimientos de pérdida, carga y hasta ruptura de la relación. Los estresores primarios son los que más se vinculan con la sobrecarga.

Los estresores secundarios son aquellos derivados de los primarios, se pueden referir a los problemas laborales, familiares, económicos, e intrapsíquicos como pérdida de la autoestima.

Con este enfoque se entiende que el cuidado puede llegar a convertirse en una causa de estrés y la sobrecarga sería una dimensión subjetiva; de aquí también se derivó la creación de instrumentos para cuantificar la sobrecarga (7).

Se deben diferenciar las dimensiones de la sobrecarga en objetivas y subjetivas, de tal manera que se separen los episodios, hechos, eventos y actividades (objetivos) y las actitudes, sentimientos, emociones (subjetivos).

La primera dimensión son las consecuencias específicas sobre la vida del cuidador, como las tareas que desempeña, el tiempo invertido en el cuidado, el impacto en su desempeño laboral

o profesional, su efecto en su economía, las restricciones en la vida social y los problemas de rol en la familia o relación cuidador-paciente.

La segunda dimensión trata acerca de las actitudes emocionales del cuidador hacia su desempeño como cuidador como la preocupación, la culpa, la tensión, este aspecto fue considerado por *Zarit* como fundamental (8).

7.4 TEORÍAS Y DIMENSIONES DE LA ANSIEDAD

Existen diversas dimensiones, teorías y modelos teóricos sobre la Ansiedad, pero en lo que todas coinciden es que la Ansiedad es una respuesta emocional adaptativa, compleja y pluridimensional.

7.4.1 Teoría Psicoanalítica

Esta teoría sostenta que la ansiedad es fruto del problema entre una contrafuerza aplicada por el ego y un impulso inaceptable. *Freud* menciona que en la ansiedad aparecen fenómenos afectivos desagradables como sentimientos de culpa, la aprensión, pensamientos y sentimientos molestos u obsesivos, cambios fisiológicos vinculados con la activación autonómica, tiene elementos fisiológicos subjetivos que condicionan la emoción desagradable propia de la ansiedad. Siendo adaptativo no hay que olvidar que se puede traducir como una *Red Flag* ante el peligro real, y como desde nuestros ancestros, se incrementa la activación parasimpática del organismo como preparación ante la amenaza para poder afrontarla (9).

Freud identificó tres dominios sobre la ansiedad:

- 1) La ansiedad real: Hace su aparición ante la relación entre el Yo y el mundo exterior; se manifiesta en la persona como un aviso ante el peligro real en el ambiente que lo rodea.
- 2) La ansiedad neurótica: Es una indicación de peligro pero, a diferencia de la real su origen reside en los impulsos reprimidos de la persona, ésta es la base de todas las neurosis; no hay objeto, pero en el recuerdo del evento traumático o castigo reprimido, por lo que no se puede identificar el origen de la ansiedad.
- 3) La ansiedad moral: El Super Yo intimida al sujeto con la sensación de advertencia de que la persona pueda perder el control sobre los impulsos. Es conocida como vergüenza (9).

7.4.2 Teoría Conductual

Esta teoría inicia en una idea ambientalista. Se comprende a la ansiedad como un impulso que provoca el comportamiento del organismo. *Hull* define a la ansiedad como un impulso motivacional, de aquí su capacidad del individuo para actuar o responder ante un estímulo determinado. Esta corriente estudia a la ansiedad como la respuesta de miedo y temor. También podemos entender que la ansiedad se relaciona con una serie de provocaciones condicionadas o incondicionadas que se manifiestan con una respuesta emocional; es un estímulo discriminativo, así pues, la ansiedad nace a partir de una relación funcional con un refuerzo emanado en el pasado (9).

7.4.3 Teoría Cognitiva

Las formulaciones de *Lazarus*, *Beck* y *Meichenbaum* mencionan la importancia de los procesos cognitivos en la Ansiedad. Su más grande contribución con respecto al enfoque cognitivo ha sido esclarecer el paradigma estímulo-respuesta en la ansiedad. Los procesos cognitivos son producto del reconocimiento de una señal aversiva ante una situación que causa ansiedad y la emite el sujeto. Así la persona percibe la situación, la examina, crea una evaluación y le da valor a sus implicaciones; si tras la evaluación se considera como una situación amenazante, comenzará una reacción de ansiedad que será controlada y dirigida por otros procesos cognitivos. Así cada vez que la persona detecte circunstancias o situaciones que le causen ansiedad, tras su evaluación se evitarán, y aunque no existan realmente, el sólo hecho de pensarlas producirá una reacción de ansiedad, se asume que la reacción se genera a raíz del significado o interpretación individual que el sujeto confiere a la situación (9).

En definitiva, el eje cognitivo del individuo muestra los pensamientos, ideas, creencias e imágenes que acompañan a la ansiedad; estos pensamientos inductores de ansiedad giran en torno al peligro de una situación determinada o al temor ante una posible amenaza. En la mayoría de los casos, funcionan de forma automática, es decir, él individuo apenas se da cuenta de cuando se ponen en marcha, por lo que no los puede controlar (9).

7.4.4 Teoría Cognitivo-Conductual

La aparición de este enfoque se vincula a autores como *Bowers, Endler y Magnusson*. En esta teoría la conducta queda determinada a partir de la interacción entre las condiciones situacionales que se presentan y las características individuales de la persona. Si una persona refiere sentir o tener ansiedad, distintas variables participan en este proceso, es por eso que ninguna debe ser menospreciada para su estudio; se trata de variables cognitivas del individuo (pensamientos, creencias, ideas, etc.) y variables situacionales (estímulos discriminativos que activan la emisión de la conducta). Así entonces la ansiedad pasa de ser un rasgo de personalidad a ser apreciada como un concepto multidimensional, existiendo situaciones específicas relacionadas con diferencias relativas al rasgo de personalidad (9).

7.4.5 Teoría Interactiva Multidimensional

Dicha teoría coincide con la hipótesis de la congruencia propuesta por *Endler*. En esta teoría se aprueba que es necesaria la coherencia entre la situación amenazante y el tipo personalidad para que para que la interacción entre ambas dé lugar al estado de ansiedad. En el caso de la teoría tridimensional de *Lang*, se define a la ansiedad como un sistema de triple respuesta en el cual existe una interacción entre 3 cosas (de ahí triple sistema): manifestaciones cognitivas, fisiológicas y motoras (9).

De ahí el nacimiento de sus tres dimensiones: Cognitiva, Fisiológica y Motora.

Por la influencia de los estímulos externos e internos en la misma persona, la respuesta de ansiedad siempre será determinada por los rasgos del individuo (9).

7.5 TEORÍA DE LA DEPRESIÓN CON EL MODELO TETRADIMENSIONAL

Así se proclama el acertado dicho «no hay enfermedades sino enfermos». En esta teoría la depresión se distribuye en cuatro dimensiones: el humor anhedónico, la anergia o carencia de impulso de acción, la discomunicación o falta de sintonización interpersonal y espacial, y la ritmopatía o desregulación de los ritmos (10).

Las cuatro dimensiones depresivas acatan al denominador común de mantener una estricta congruencia con un vector del estrato de la vitalidad. Si un vector se hunde, la vitalidad conducirá a un estado de depresión. Cada dimensión se refiere centralmente a una agrupación

sintomatológica y al mismo tiempo a una clave etiológica. Los síntomas que más prevalecen como habituales son los psíquicos, acompañados de síntomas somáticos funcionales, pero como segundo plano (10).

La etio-patogenia depresiva está compuesta por una serie de declaraciones neurobiológicas que afectan a la neurofisiología, la neuroquímica, la neuroinmunología y la neuroendocrinología, culminando su impacto sobre la morfología y plasticidad neuronal del hemisferio cerebral izquierdo, con sede en el sector dorsolateral del lóbulo prefrontal, la porción cingulada anterior, el hipotálamo, la amígdala y el hipocampo. Los mecanismos patogénicos de la depresión se inician a partir del descenso del nivel funcional de las vías neurotransmisoras de la serotonina, la noradrenalina o la dopamina, con la complicidad de la exaltación glutamatérgica, colinérgica o melatoninérgica, fuerzas convergentes en provocar la disfunción hipotalámica, automáticamente extendida al bloque hipotálamo-hipofisario y al sistema inmune. Una vez que se existe la escasez en el abastecimiento de las proteínas tróficas, el trofismo de las neuronas, la neuro-plasticidad sináptica, y su arborización dendrítica se deteriora (10).

Con un propósito heurístico-investigatorio se proporciona a cada una de estas cuatro dimensiones depresivas una base neurobiológica y una especial susceptibilidad psicofarmacológica aportada por el descubrimiento de nuevas moléculas antidepresivas (Figura 2). (10)

Figura 2. Modelo tetradimensional de la depresión visto a través de los planos clínico, neurobiológico y psicofarmacológico (10).

Clínica	Neurobiología		Psicofarmacología
	neuroquímica	Neurofisiología (hemisferio cerebral izquierdo)	
humor depresivo	serotonina	hipocampo y amígdala	proserotoninérgicos
anergia	noradrenalina	lóbulo prefrontal	pronoradrenérgicos
discomunicación	dopamina	núcleo accumbens	prodopaminérgicos
ritmopatía	melatonina	núcleo supraquiasmático	reguladores de la melatonina

7.6 MARCO CONCEPTUAL

7.6.1 Sobrecarga del Cuidador

La Sobrecarga del Cuidador es un estado psicológico que resulta de la combinación de trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales y demandas económicas que surgen al cuidar a la persona dependiente y que pueden provocar que el cuidador se convierta en un paciente más, esta afección se identifica como un síndrome de agotamiento emocional, falta de personalización y baja realización personal (11).

El concepto de carga fue denominado en Inglaterra como *burden*, ya que durante los años setenta, en este lugar, se realizó un estudio sobre los efectos causados en familias donde había algún paciente psiquiátrico y donde se hacía un esfuerzo por integrar al paciente en la sociedad. Estos estudios continuaron en los setenta, hasta que finalmente se planteó la necesidad de valorar, desde una perspectiva mayor, el impacto producido sobre la familia. Fue así como se iniciaron los estudios y comenzaron a surgir las dificultades para definir el término.

Debe tomarse en cuenta que los cuidadores no poseen una formación y apoyo respecto a cuidados básicos generales ni de los procesos patológicos de las personas que cuidan, por esta razón se sienten inseguros, temerosos y atentos en la realización de las numerosas actividades relacionadas con el cuidado de su o sus pacientes y que no reciben ninguna preparación o apoyo para afrontar dicha situación (12).

La asistencia por parte del cuidador es diaria y continua, ésta puede llegar a ser intensa e implica una elevada responsabilidad. Muchos cuidadores primarios cuentan con una escasa ayuda para realizar estas tareas, sin embargo, aunque algunas de ellas pueden ser difíciles de asumir por un solo sujeto, en muchos casos la condición socioeconómica de la familia impide la contratación de un cuidador formal, provocando que la persona designada para atender al paciente deba tener una mayor dedicación, además de una disponibilidad permanente hacia el paciente. En ocasiones, la demanda es tal que supera las propias posibilidades del cuidado y los cuidadores ponen en segundo plano incluso sus necesidades básicas.

Estas situaciones suelen generar las condicionantes de la sobrecarga del cuidador, convirtiéndose en un círculo vicioso pues, pues, la sobrecarga implica una reducción del

descanso y las horas de sueño o incluso insomnio, además de la carencia de actividades recreativas, aspectos que, con el tiempo, afectan la salud mental y cardiovascular, produciendo con frecuencia fatiga, sensación de fracaso, pérdida del sentido de la prioridad, estado depresivo, aislamiento social, mayor automedicación, una baja concentración y rendimiento; promoviendo, de esta manera, la perpetuación del colapso (11).

En cuanto al tiempo dedicado al rol de cuidador primario y el desarrollo de sobrecarga los resultados de diversos estudios demuestran que existe un predominio de 1 hasta 3 años (11).

En Estados Unidos se ha encontrado que hasta el 32% de los cuidadores, presentan un alto grado de colapso, mientras que el 19% presentan colapso moderado (13).

La familia y el enfermo constituyen la unidad de tratamiento, por lo que el cuidador informal y primario ostenta un papel importante pues, sin su apoyo, sería imposible la atención domiciliaria. No obstante, la responsabilidad adquiere relevancia conforme progresá la enfermedad, no sólo por la atención directa al paciente, sino por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión familiar (11).

Flores (Flores G., et al., 2012) ha observado que con el apoyo adecuado se puede lograr que los cuidadores realicen una adecuación en sus rutinas, logrando una adaptación paulatina al rol, lo que va aminorando los efectos negativos, disminuyendo la probabilidad de sufrir estrés crónico, sólo se debe proveer a los cuidadores de herramientas necesarias, ampliar las redes de apoyo y conocer qué cuidadores se encuentran en mayor situación de riesgo para que se establezcan de forma prioritaria intervenciones preventivas y medidas de alivio.

7.6.2 Ansiedad y Depresión

Existen estudios que han encontrado los cuidadores primarios tienen diagnóstico de depresión, ansiedad e insomnio dos o tres veces más que el resto de la población. Se han identificado alteraciones en esta población que afectan múltiples esferas (emocional, social, estructural), las cuales se deben considerar síntomas que tienen igual relevancia que los que presenta el enfermo (2).

7.6.2.1 Ansiedad

Es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos (15). Se considera como patológica porque tiene una presentación irracional, ya sea porque el estímulo está ausente cuando se presenta, la intensidad es excesiva con relación al estímulo o la duración es injustificadamente prolongada, además de que la recurrencia es inmotivada, generando evidente disfuncionalidad de la persona (15).

Los factores de riesgo para desarrollar ansiedad son: Historia familiar de ansiedad, antecedente personal de ansiedad, eventos de vida estresantes y/o traumáticos, ideación suicida, comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, existencia de una enfermedad y consumo de sustancias (15).

Los signos y síntomas físicos y psíquicos más referidos son:

Físicos: aumento de la tensión muscular, mareos, sensación de cabeza vacía, sudoración, hiperreflexia, fluctuaciones de la presión arterial con palpitaciones, sícope, parestesias, temblor, molestias digestivas (gastritis, diarrea, estreñimiento y distención abdominal), aumento de la frecuencia y urgencia urinaria (15).

Psíquicos: inquietud, nerviosismo, preocupación excesiva y desproporcionada, miedos irracionales, ideas catastróficas, deseo de huir o salir corriendo, temor a perder la razón y/o el control y sensación de muerte inminente (15).

7.6.2.2 Depresión

En la quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), la depresión se define como una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos negativos y síntomas cognitivos de baja atención, concentración y memoria, con o sin pensamientos de muerte o ideación suicida, volitivo (apatía, anhedonia) y somático, de una intensidad o un duración suficiente como para interferir en la funcionalidad, por lo que es una afectación global de la vida psíquica. Se desconoce la causa exacta, pero probablemente tiene que ver con la herencia, cambios en las

concentraciones de neurotransmisores, una alteración en la función neuroendocrina y factores psicosociales.

En la quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), se clasifican algunos tipos de trastornos según los síntomas específicos:

Trastorno depresivo mayor (a menudo denominado depresión)

Trastorno depresivo persistente (distimia)

Otro trastorno depresivo especificado o no especificado

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, dificultando sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. Este tipo de depresión se identifica porque incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales.

Existen estudios en los que se ha encontrado que entre el 46 y 59 % de los cuidadores primarios están clínicamente deprimidos y utilizan prescripciones para depresión, ansiedad e insomnio, con frecuencia dos o tres veces más que el resto de la población. Se han identificado alteraciones, dentro de esta población, que afectan en múltiples esferas —emocional, social, estructural—, las cuales se deben considerar como síntomas que tienen la misma relevancia que los presentados por el enfermo (2).

La depresión es una de las enfermedades más frecuentes en la población general y su presentación es cada vez mayor entre los pacientes crónicos atendidos en las consultas de Medicina Interna, habitualmente "disfrazada" como otra patología (2).

El impacto de la depresión sobre el funcionamiento social y ocupacional, colocan a la depresión a la par de las enfermedades crónico-degenerativas incapacitantes como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y artritis reumatoide. La recurrencia es extremadamente alta y alcanza el 40% y contribuye a elevar la morbi-mortalidad, disminuye la calidad de vida e incrementa costos del cuidado de la salud (2).

7.6.3 Cuidador Primario Informal de Pacientes con Dolor Crónico

Para poder concretar adecuadamente el término o el concepto de *cuidador* y así poder entender la sobrecarga se presentará su definición en el ámbito de la medicina. La OMS, en 1999, definió como cuidador a la persona que, por voluntad propia, toma la tarea de responsabilizarse totalmente de un paciente, en este sentido, el cuidador es quien estará a cargo de tomar decisiones por y para el paciente, cubriendo las necesidades básicas del mismo de manera directa o indirecta (16).

En el Sistema de Salud se identifican dos tipos de cuidadores:

Los cuidadores formales ubicados en el Sistema Institucional y hospitalario.

Los cuidadores informales encontrados en el sistema doméstico que se subdividen en:

Primarios: Toma la mayoría de las decisiones y emplea la mayor parte del tiempo en cuidar al enfermo, tiene una relación directa con el paciente.

Secundarios: Se le atribuye la característica de relevo, puede o no tener relación directa con el paciente (11).

El cuidador informal es aquella persona que provee apoyo físico, emocional y/o financiero al paciente dependiente y se caracteriza por tener un vínculo afectivo y un lugar dentro de la familia, no recibe remuneración económica por sus atenciones (13). En el perfil de este tipo de cuidador se muestra, generalmente, un nivel de escolaridad bajo, el 39% hasta educación primaria, 7.3% secundaria, 2.4% bachillerato, 4.9% formación profesional y 7.3% licenciatura, (12), no obstante, sin importar su nivel de escolaridad, estos no poseen formación en cuanto a cuidados básicos generales, en salud ni de los procesos patológicos de las personas que cuidan.

Para definir si el cuidador es primario, se ha demostrado, con respecto a las características que lo determinan, que el promedio de años dedicado al cuidado es de 7.6 y dedica un tiempo medio de 10.9 horas al día (12).

Según un estudio que realizó Y Joan Wright en 2009 el perfil del cuidador es predominantemente de sexo femenino en USA, se ha demostrado que alcanza el 66% con un

promedio de edad de 48 años e incluso una tercera parte se encargan del cuidado de dos o más personas y hasta un 30% son cuidadores de pacientes mayores de 65 años (16).

La familia y los amigos son la unidad básica en cualquier sociedad entendida como familia. A quienes se encargan de cuidar a otra persona que esté enferma o que tenga discapacidades, muchas veces les puede resultar difícil ir más allá de su experiencia individual. La mayoría de quienes cuidan a adultos atienden a un familiar (89%), por lo general uno de sus padres o de sus suegros (50%), su cónyuge o pareja (12%), uno de sus abuelos o los de su pareja (8%) o un hijo adulto (6%); el 10% se encargan de cuidar a un amigo o vecino. Muchos cuidadores viven con la persona a quien cuidan (40%), un porcentaje que aumentó en un 34% desde el 2015. Al igual que en el 2015, los cuidadores de mayor edad tienden a encargarse de personas con una edad similar a la suya. El 74% de los cuidadores de 75 años o más cuidan a alguien que también es mayor de 75 años. Los más jóvenes tienden a cuidar a alguien mayor que ellos (el 81% de los cuidadores de entre 18 y 49 años atienden a alguien de 50 años o más) (13).

Los cuidadores formales e informales son una parte integral de los sistemas sociales, de salud, económicos y de servicios de cuidado, en conjunto.

Según la *National Alliance for Caregiving (NAC)* y la *American Association of Retired Persons (AARP)*, en la actualidad, más de 1 de cada 5 personas (21.3%) ha cuidado a una persona con necesidades especiales en los últimos 12 meses al menos en algún momento. Esto suma aproximadamente 53 millones de adultos en Estados Unidos, un aumento de los 43.5 millones de cuidadores que había en el 2015. Si sólo se tiene en cuenta a quienes cuidan de adultos, la prevalencia del cuidado aumentó del 16.6%, en el 2015, al 19.2%, en el 2020. Esto representa un acrecentamiento de más de 8 millones de personas adultas que atienden a un familiar o amigo mayor de edad, causando un aumento de la prevalencia del cuidado de personas de 50 años o más.

Este incremento de prevalencia se puede deber a diversos factores como:

- Una población de baby boomers que envejece cada vez más y, por lo tanto, necesita mayores cuidados.
- Limitaciones o escasez de empleados en los sistemas formales de cuidado de la salud o de servicios de cuidado y apoyo a largo plazo.

- Iniciativas agregadas por parte del gobierno para facilitar los servicios en la comunidad y los hogares.
- Un aumento en las personas que identifican como una actividad cotidiana el apoyar a sus familiares y amigos con condiciones disfuncionales o limitaciones de salud como actividades de prestación de cuidados.
- La confluencia de todas estas tendencias (13).

A medida que la población del país envejezca y se presenten cada vez más casos de enfermedades crónicas, cada vez será más importante apoyar a los cuidadores, quienes forman la base de la sociedad.

El modelo de atención centrada en el paciente resalta la importancia de la relación del médico con el paciente y su familia como una herramienta terapéutica, poniendo de relieve la trascendencia de la comprensión, atención a las inquietudes y la necesidad de información para promover el bienestar tanto del paciente como de sus cuidadores. De esta manera se resume que la relación paciente-cuidador debe estar basada en la comunicación efectiva para alcanzar esos objetivos, entre otras cosas siendo importante la carga emocional, la transición del paciente en su enfermedad e incluso en la etapa final de su vida (11).

La *International Association for the Study of Pain*, (IASP) elaboró la definición que más ampliamente se ha adoptado para definir el dolor: “Experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial” (17).

El dolor se divide en 2 tipos: Agudo y crónico.

El dolor crónico se ha reconocido como un dolor que persiste más allá del tiempo de curación normal y, por lo tanto, carece de la función de advertencia aguda de nocicepción fisiológica. Por lo general, el dolor se considera crónico cuando dura o se repite durante más de 3 a 6 meses (18).

Ibarra menciona que el dolor crónico no debe considerarse como un simple síntoma, como con el dolor agudo ya que el dolor crónico tiene diferentes mecanismos fisiológicos. Además, asienta las bases para considerar al dolor crónico como un conjunto complejo de cambios

fisiológicos y psicológicos, como una parte integral del problema y que potencian enormemente el sufrimiento del paciente con dolor crónico (19)

La clasificación del dolor crónico primario, como una enfermedad, debe conducir a que los gobiernos tengan un nuevo interés en el dolor y cómo sus sistemas de salud lo evalúan y lo tratan.

Así entonces, el cuidador primario informal de pacientes con dolor crónico es toda persona que, por voluntad propia, toma la tarea de responsabilizarse totalmente de un paciente con dolor que persista más allá del tiempo de curación durante 3-6 meses.

7.6.3.1 Clínica de dolor

Como el reporte del dolor es subjetivo, sólo puede ser medido por quien lo padece y a la complejidad de los mecanismos de etiopatogenia, surgieron en el mundo especialistas en medicina dedicados a su estudio y tratamiento, los cuales introdujeron el concepto de las hoy conocidas como Clínicas del Dolor. Estas clínicas tienen características específicas normadas internacionalmente, para unificar el abordaje terapéutico, interdisciplinario e integral de los pacientes. Por lo tanto, en estos sitios el paciente puede encontrar ayuda especializada para el manejo de su dolor.

La razón por la que el dolor crónico ha tomado este impacto es debido a su alta prevalencia; al alto impacto que muestra tanto en la funcionalidad del individuo como en los sistemas de salud (20).

Es necesario contar con especialistas en medicina que sean capaces de controlar esta entidad: los algólogos, es así como surgen de grupos médicos en todo el mundo con el propósito de iniciar la lucha contra el dolor.

Los esfuerzos tendientes a lograr este objetivo iniciaron durante la primera mitad del siglo XX con un médico estadounidense de nombre John J. Bonica que se interesó en el estudio del dolor. Esta corriente revolucionaria sobre el manejo multidisciplinario del dolor lo llevó a desarrollar la primera clínica del dolor, en 1946. Posteriormente, en 1947, el Dr. Duncan Alexander hizo lo propio. El nacimiento de estos establecimientos del dolor promovió el surgimiento de muchas más a lo largo de la Unión Americana. No obstante, lo anterior, para el Dr. Bonica no fue suficiente que diversos grupos siguieran sus pasos, por lo que, en 1974,

fundó la primera organización enfocada al estudio y tratamiento del dolor (IASP) y promovió a nivel mundial la educación especializada de los médicos que desearan dedicarse a este campo.

En nuestro país, esta corriente del manejo del dolor inició con el Dr. Vicente García Olivera, cuando en 1953 adquirió sus conocimientos en este campo con su tutor Dr. Alexander. A su regreso a México, el Dr. Olivera transmitió sus conocimientos, enseñanzas y su visión del manejo del dolor crónico a un grupo de médicos que tenían interés en este campo. El efecto de su arduo trabajo, y de sus invaluables lecciones, se cristalizaron con la institución de la primera clínica del dolor en nuestro país, en 1972, por el Dr. Ramón De Lille Fuentes en el *Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”*.

Según la *Asociación Mexicana para el Estudio y tratamiento del Dolor (AMETD)* “Una clínica del dolor es servicio hospitalario que se enfoca en el diagnóstico y manejo de pacientes con dolor crónico. Así pues, la clínica puede ser grande o pequeña, pero siempre multidisciplinaria. Así mismo, puede especializarse en diagnósticos específicos o en dolores ubicados en cierta región del cuerpo. Un médico especialista en dolor en una institución que ofrece servicios terapéuticos y de consulta apropiados, puede calificar como una clínica del dolor, la condición ser entonces que atienda pacientes con dolor crónico.”

La misión de una clínica del dolor es brindar alivio, no simplemente del dolor, sino también de los síntomas que se asocian a éste o a su tratamiento, basándose en la atención integral que mejore la calidad de vida del paciente, cubriendo sus principales necesidades como un ser bio-psico-social. Una clínica del dolor está compuesta por diferentes personajes como los algólogos, trabajadoras sociales, psicólogos, y enfermeras; y puede contar con el apoyo de otros especialistas de sean requeridos. Por lo anterior, se asegura que el manejo del paciente tenga un enfoque multidisciplinario. La diversidad de abordajes que se pueden proporcionar al paciente con dolor incluye: el manejo farmacológico y no-farmacológico, el intervencionista y la rehabilitación. Por ello, para el manejo de un paciente con estas características se requiere de un abordaje especializado. De tal forma que los pacientes y sus familiares deben asesorarse con sus médicos tratantes para ser canalizados a estos centros o con especialistas en esta área, para que en conjunto se mejoren sus condiciones de vida (21).

En el estado de Aguascalientes se inició hace 10 años con la creación de la primera Clínica de Dolor en el Instituto Mexicano del Seguro Social encabezada por la Dra. Ramona Romo quien, hasta la fecha, continúa dando atención a todos los pacientes que padecen dolor crónico y que son derivados de los distintos servicios médicos siendo los principales: medicina familiar, traumatología, reumatología, psiquiatría y oncología. Se ha hecho un esfuerzo por lograr que la clínica se desenvuelva como un equipo multidisciplinario con el enfoque médico con la Dra. Ramona Romo como anestesióloga y subespecialista en algología, con los y las pasantes de psicología, con personal especialista en cuidados paliativos, enfermería y trabajadoras sociales que no se encuentran ahí físicamente pero que se derivan de ser necesario.

7.7 DEFINICIONES

7.7.1 Cuidadores:

En 1999 la Organización Mundial de la Salud definió al cuidador primario como “la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable de éste en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente, decisiones para el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta”. (7).

7.7.2 Ansiedad:

Es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos que puede presentarse como una reacción adaptativa, como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos. (15).

7.7.3 Depresión:

Según la OMS, la depresión se define como un trastorno mental que se caracteriza por una combinación de tristeza, desinterés por las actividades y disminución de la energía. Otros síntomas son: pérdida de la confianza y la autoestima, sentimiento injustificado de culpabilidad, ideas de muerte y suicidio, menor capacidad de concentración, así como la aparición de trastornos del sueño y la alimentación (22).

7.7.4 Dolor Crónico:

Se define como un dolor (de cualquier tipo) persistente o recurrente que dura más de 3 meses.

(18)

7.7.5 Clínicas de Dolor:

Según la *Asociación Mexicana para el Estudio y tratamiento del Dolor (AMETD)* “Una clínica del dolor es servicio hospitalario que se enfoca en el diagnóstico y manejo de pacientes con dolor crónico. Ésta puede ser grande o pequeña, pero nunca debe ser de un practicante único. Así mismo, puede especializarse en diagnósticos específicos o en dolores ubicados en cierta región del cuerpo. Un médico solo, en una institución compleja que ofrece servicios terapéuticos y de consulta apropiados, puede calificar como una clínica del dolor, siempre y cuando ésta maneje a pacientes con dolor crónico.” (21).

7.7.6 Sobrecarga del Cuidador:

Se define como un estado psicológico que resulta de la combinación de trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales y demandas económicas que surgen al cuidar a la persona dependiente y que pueden llevar a convertir al cuidador en un paciente más, esta afección se identifica como un síndrome de agotamiento emocional, falta de personalización y baja realización personal (11).

8. JUSTIFICACIÓN

Un estudio mostró que, en 2020, el 32% de los cuidadores informales en los Estados Unidos tenían sobrecarga de cuidadores (13), y otro estudio mostró que la prevalencia de cuidadores informales aumentó del 16.6% en 2015, al 19.2% en 2020 (13). Dado que la sobrecarga del cuidador afecta el bienestar físico, emocional y social del individuo, si la prevalencia de la sobrecarga del cuidador aumenta de manera similar a la prevalencia de los cuidadores (3), una proporción significativa de la población de cuidadores enfrentará graves problemas de salud.

Con las escalas propuestas en el apartado 9.3.11 fue factible poder determinar la prevalencia y comprender la situación psicoafectiva de la población cuidadora. Además, el espacio, el tiempo y los recursos necesarios para completar esta investigación fueron mínimos sin costo adicional para el Instituto.

Los datos disponibles sobre cuidadores de dolor crónico con sobrecarga, depresión y ansiedad en México previos a este estudio fueron recopilados utilizando únicamente el testimonio de 56 participantes. Dicho estudio se realizó hace más de 13 años en la Ciudad de México (2). Debido a la alta prevalencia de dolor crónico en los últimos años, existe una necesidad inmediata de comprender la ocurrencia de sobrecarga del cuidador, depresión y ansiedad entre los cuidadores de pacientes con dolor crónico (5) en el estado de Aguascalientes.

Si bien, se conoce el impacto del cuidador informal en diferentes tipos de pacientes (como aquellos con edad avanzada, Alzheimer, cáncer, etcétera), los resultados arrojados en los pocos estudios que existen sugieren que se debería prestar mayor atención en la salud mental de los cuidadores informales de pacientes con dolor crónico (2). El presente estudio demuestra la necesidad de una mayor, investigación y manejo de la sobrecarga, ansiedad y depresión asociadas con el cuidado informal en el contexto de pacientes con dolor crónico.

Esta investigación es una de las pocas en el país que se centró en el estudio de los cuidadores de pacientes con dolor crónico y es la primera en Aguascalientes. El estudio sentará las bases para comprender el cuidado informal del dolor crónico. Además, los resultados podrán utilizarse para ayudar a crear intervenciones dirigidas a los cuidadores de pacientes con dolor crónico y también abrir oportunidades para futuras investigaciones en el IMSS.

9. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Si bien, muchos cuidadores sienten que su papel le ha dado sentido o significado a su vida (51%), estas emociones positivas a menudo coexisten con sentimientos de estrés o depresión. Quienes cuidan a otras personas dicen que sienten depresión, presión física, emocional y económica, y 2 de cada 10 afirman que se sienten solos (21%). Comparado con el 2015, un menor número de cuidadores afirma que su estado de salud es excelente o muy bueno (41%, menor que el 48% en el 2015) y un mayor porcentaje dice que su salud es regular o mala (21%, subió del 17% en el 2015). A 1 de cada 4 cuidadores le resulta difícil atender su propia salud (23%) y un porcentaje parecido dice que prestar cuidados a otra persona ha empeorado su propia salud (23%) (13).

Cada vez hay más cuidadores que brindan y supervisan atención compleja en el hogar, navegan el sistema de cuidados y defienden los derechos de la persona a su cargo (5). Si bien, los cuidadores dependen de los profesionales de la salud como fuente de información para brindar cuidados, se desconoce si ellos hablan sobre lo que necesitan para su propio bienestar (6).

Los efectos económicos de cuidar a un familiar pueden causar presión y consecuencias financieras considerables (3). Uno de cada 5 cuidadores dice que siente una gran presión económica porque cuida a una persona; 4 de cada 10 cuidadores han sentido por lo menos un impacto económico debido a los cuidados que proporcionan; 3 de cada 10 dejaron de ahorrar y; 1 de cada 4 ha contraído más deudas (13).

Este empeoramiento del estado de salud que mencionan los cuidadores es preocupante, pues el estrés asociado a prestar cuidados podría agravarse (23), esto significa que, si existe un deterioro de la salud entre los cuidadores, brindarles apoyo tanto a ellos como a las personas a su cargo será todavía más esencial (13). Desde una perspectiva de políticas públicas, la tensión que ejerce una enfermedad o discapacidad ejerce sobre una unidad familiar puede poner en peligro metas mayores del sistema para mejorar la atención médica, y reducir los costos generales en un sistema cada vez más presionado (13). Los cuidadores que no atienden su propia salud podrían no estar disponibles para cuidar a los demás. Igualmente, los cuidadores tienen sus propias necesidades económicas, de salud y de bienestar.

En México se sabe poco sobre el efecto de las enfermedades en los cuidadores, quienes comprometen sus vidas privadas y están sobrecargados por su papel (2).

En los últimos años se han realizado investigaciones donde se ha evaluado a los cuidadores primarios de pacientes con diferentes tipos de enfermedades, entre ellas trastornos neurológicos o psiquiátricos. En cuanto a los cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico, existen pocos estudios y sólo 1 en México (2).

Es necesario evaluar y conocer la presencia, ausencia y nivel de sintomatología ansiosa, depresiva y de estrés en medio de una población que necesita ser atendida, educada y fortalecida a través de múltiples mecanismos, esto con el objeto de que pueda conservar, en la mejor forma, su calidad de vida.

Este es un estudio a nivel descriptivo: Se medió la prevalencia con instrumentos válidos y confiables.

Nos encontramos con una discrepancia, ya que no se han realizado suficientes estudios en México y ninguno en Aguascalientes sobre características psicoafectivas de la persona que asume voluntariamente el papel de cuidador con pacientes que tienen dolor crónico, por lo tanto, nuestra consistencia es prácticamente nula.

Se quiere conocer la naturaleza y distribución del problema:

Categorización de los cuidadores de pacientes con Dolor Crónico que acuden Clínica de Dolor.

Prevalencia de sobrecarga en el cuidador de pacientes con Dolor Crónico que acuden a Clínica de Dolor.

Prevalencia de ansiedad en el cuidador de pacientes con Dolor Crónico que acuden a Clínica de Dolor.

Prevalencia de depresión en el cuidador de pacientes con Dolor Crónico que acuden a Clínica de Dolor.

10. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores informales primarios de pacientes con dolor crónico de la Clínica de Dolor HGZ1 Aguascalientes, en el año 2021?



11. OBJETIVOS

11.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la prevalencia de Sobrecarga, Ansiedad y Depresión en cuidadores informales primarios de pacientes con dolor crónico de la Clínica de Dolor HGZ1 Aguascalientes, en el año 2021 mediante las Escala de sobrecarga del Cuidador de Zarit, Escala Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) y la Escala de Depresión de Beck.

11.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Identificar las características sociodemográficas de los cuidadores de pacientes con dolor Crónico que acuden a clínica de Dolor.
- 2) Medir la prevalencia de sobrecarga en el cuidador en la esfera de impacto del cuidado en el cuidador de pacientes con dolor crónico que acuden a la Clínica de Dolor con la aplicación de la escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.
- 3) Medir la prevalencia de sobrecarga en el cuidador en la esfera de carga interpersonal en el cuidador de pacientes con dolor crónico que acuden a la Clínica de Dolor con la aplicación de la escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.
- 4) Medir la prevalencia de sobrecarga en el cuidador en la esfera de expectativas de autoeficacia en el cuidador de pacientes con dolor crónico que acuden a la Clínica de Dolor con la aplicación de la escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.
- 5) Medir la prevalencia de ansiedad psíquica en el cuidador de pacientes con dolor crónico que acuden a la Clínica de Dolor mediante la aplicación de la escala de Hamilton
- 6) Medir la prevalencia de ansiedad somática en el cuidador de pacientes con dolor crónico que acuden a la Clínica de Dolor mediante la aplicación de la escala de Hamilton
- 7) Medir la prevalencia de depresión en el dominio cognitivo-afectivo en pacientes con dolor crónico que acuden a la Clínica de Dolor mediante la aplicación de la escala de depresión de Beck.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

8) Medir la prevalencia de depresión en el dominio somático-vegetativo en pacientes con dolor crónico que acuden a la Clínica de Dolor mediante la aplicación de la escala de depresión de Beck.



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

12. HIPÓTESIS DE TRABAJO

Por tratarse de un estudio descriptivo (transversal simple), no se responderá a hipótesis.



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

13. MATERIAL Y MÉTODOS

13.1 TIPO DE ESTUDIO

Diseño observacional, transversal simple.

13.2 POBLACIÓN

13.2.1 Población Objetivo

Todos los Cuidadores informales de pacientes con dolor crónico usuario a consulta de la clínica del dolor HGZ 1 del IMSS delegación Aguascalientes.

13.2.2 Universo de Trabajo

Todos los cuidadores informales de pacientes con dolor crónico adscritos a consulta de la clínica del dolor HGZ 1 del IMSS delegación Aguascalientes.

Tamaño de la Muestra/Participantes

13.2.3 Unidad de Estudio

Cuidadores informales de pacientes con dolor crónico Resultado de la aplicación de la entrevista sobre la carga del cuidador de Zarit, de la escala *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)* y de la aplicación de la escala de Beck.

13.3 MUESTREO

13.3.1 Unidad Muestral

Cuidador Primario Informal de pacientes con dolor crónico usuarios de la Clínica de Dolor HGZ1 IMSS delegación Aguascalientes.

13.3.1 Tipo de Muestreo

El tipo de muestreo es no probabilístico de tipo intencional, en el cual se aplicó la fórmula para poblaciones finitas, utilizando el marco muestral existente para la población de estudio ya mencionada.

13.3.2 Marco Muestral

Está conformado por los cuidadores primarios de los 360 pacientes subsecuentes usuarios de la clínica del dolor crónico en el HGZ 1 del IMSS Aguascalientes.

13.3.3 Tamaño de la Muestra

Se aplicó la fórmula para poblaciones finitas (Diaz et al., 2016) para una prevalencia de 35%, sabiendo que el total de personas son 360 se tomará una muestra de 186 participantes.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 p * q}$$

Donde:

N = Total de la población

Z_{α} = 1.96^2 (seguridad de 95%)

p = proporción esperada ($5\% = 0.05$)

d = precisión (5%)

13.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

13.4.1 Los criterios de inclusión

Cuidadores primarios e informales hombres y/o mujeres de 18 años a 80 años, que acepten participar en el protocolo de investigación, tengan la capacidad de contestar los instrumentos y firmen el consentimiento informado.

13.4.2 Criterios de Exclusión

Los criterios de exclusión para este estudio fueron:

Cuidadores primarios e informales mayores de 18 años que tenían diagnóstico de ansiedad, depresión y/o sobrecarga del cuidador previo al estudio, fueran pacientes de la clínica de dolor y/o tuvieran menos de 1 año fungiendo como cuidadores.

13.4.3 Criterios de Eliminación

Los criterios de eliminación para este estudio fueron:

Que no contestaron todos los ítems de los instrumentos (en por lo menos un 70% del instrumento).

Aquellos que decidieron abandonar el estudio, a pesar de haber aceptado inicialmente.

13.5 LOGÍSTICA

Se le informó al director del Hospital HGZ3 (en donde se encuentra de manera temporal el consultorio de Clínica de Dolor del HGZ1) sobre el proceso de la investigación, una vez que se obtuvo un registro por parte del comité local de ética, así como de investigación en salud, para la realización del estudio, el cual consistió en la aplicación de una encuesta que tuvo una duración de aproximadamente 35 minutos. Posteriormente se abordó a los participantes mediante una entrevista cara a cara y se aplicaron los instrumentos ya mencionados en las descripciones de estos, previa explicación a los participantes de que esto no le condicionaría para la calidad o la atención en el servicio de salud.

Las encuestas fueron aplicadas por la tesista y un encuestador a cuidadores que acudieron como acompañantes de su paciente a clínica de dolor, se detectó a los posibles candidatos en la sala de espera del consultorio de la Clínica de Dolor, el encuestador y la tesista se presentaron con el participante con un saludo cordial, mencionando su nombre y cargo en la investigación

Se buscó un espacio físico en donde se tuvo la suficiente privacidad para que el entrevistado tuviera la libertad de contestar los cuestionarios sin la presión o con la sensación de intimidación al sentirse rodeado de más usuarios a su alrededor o del mismo personal de salud.

Previo la aplicación del cuestionario se le pidió que firmara la carta de consentimiento informado, explicándole en lo que consistía la entrevista que se le realizaría. Si el participante tenía alguna duda o pregunta se le orientó en ese momento, para despejar todas las incógnitas que se le presentaron. Se explicó que, si en algún momento de la aplicación de los instrumentos se sentía con incomodidad o malestar, se podía interrumpir o posponer la aplicación de la prueba. En caso de que el punto anterior sucediera se daría paso a la

intervención del psicólogo quien realizaría intervención nivel 4 de Doherty. Al finalizar se le invitó a sacar cita en su unidad de medicina familiar para darle seguimiento. Se contó con una base de datos en donde se vaciaron las entrevistas realizadas donde posteriormente se analizaron.

13.6 MANUAL OPERACIONAL

El ANEXO A contiene el Manual Operacional que fue usado durante el estudio, para tener un adecuado control de calidad y estandarización, además de evitar sesgos al recolectar la información. El entrevistador fue entrenado acorde al Manual Operacional y se realizó con él una prueba piloto previa a la aplicación de los instrumentos para asegurar que el Manual Operacional fuera seguido durante la realización de las encuestas.

13.7 INSTRUMENTOS

Los objetivos específicos fueron medidos con la Cédula de Recolección de Datos descrita en la sección 9.3.12.1, la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit descrita en la sección 9.3.12.2, la Escala Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) descrita en la sección 9.3.12.3 y con la Escala de Depresión de Beck descrita en la sección 9.3.12.4.

13.7.1 Cédula de Recolección Datos Sociodemográficos

Se elaboró una Cédula de Recolección de Datos Sociodemográficos de los cuales se obtuvieron por encuesta directa. Se encuentra en el ANEXO B.

13.7.2 Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit

El término sobrecarga del cuidador puede llegar a ser complejo dependiendo del enfoque que busque el médico o el investigador, existe un gran número de pruebas evaluativas de acuerdo con estos, se puede evaluar según sus características y propiedades psicométricas con enfoque de sobrecarga objetiva/subjetiva, sobrecarga desde un enfoque multidimensional y sobrecarga como estrés asociado al deterioro del paciente (8), sin embargo, la carga es comúnmente planteada dentro del contexto del modelo cognitivo-conductual (efecto emocional subjetivo), del estrés y el afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986) (24).

Para dimensionar los efectos emocionales adversos que manifiesta el cuidador frente a la rutina diaria de cuidar a una persona, es decir la carga del cuidador, existen diversas pruebas; a través de un estudio de revisión se identificaron un total de 31 instrumentos originales para evaluar la sobrecarga del cuidador, 23 han sido desarrollados para el grupo de cuidadores de pacientes con demencia y 8 para cuidadores de mayores dependientes (8).

Una de las más utilizadas es la *Zarit Burden Interview*, que considera factores emocionales, físicos, las finanzas, la actitud del cuidador hacia el receptor de los cuidados, la relación entre ellos, los comportamientos y actitudes expresadas por el receptor de cuidados, por lo que esta escala mide el riesgo de deterioro de su vida social, laboral, familiar, los problemas económicos y el sentimiento de sobrecarga en el rol de cuidar (14).

En 1980, *Zarit* elaboró una de las primeras y más utilizadas escalas de medida para evaluar la carga subjetiva del cuidador. Revisó la sobrecarga asociada al deterioro funcional y cognitivo de los pacientes con demencia, incluyó las principales áreas de problema que los cuidadores referían.

La “Entrevista de percepción y Escala de sobrecarga del Cuidador de Zarit” está compuesta por un cuestionario de 29 ítems, esta escala evalúa 5 esferas: psicológica, física, económica, laboral y relaciones sociales. El instrumento fue aplicado a 29 cuidadores primarios de personas adultas con demencia senil. Las respuestas a los reactivos se sumaban para obtener un índice único de la carga. Distintos trabajos que han utilizado este instrumento informan de una buena consistencia interna, que oscila entre 0.83 y 0.91 en el alfa de Cronbach. Después vino una segunda revisión de esta escala en 1985, con una versión abreviada de 22 ítems con preguntas tipo Likert con 5 opciones, los que han mostrado una consistencia interna con valores alfa de Cronbach de entre 0.79 y 0.92.

Montorio y cols. en 1998, validaron la ECCZ de 22 reactivos, mostrando la presencia de tres dimensiones subyacentes a la carga del cuidador: impacto del cuidado, carga interpersonal y expectativas de autoeficacia. Se realizó análisis de las propiedades psicométricas, tanto la carga global como tres subdimensiones derivados a partir del análisis factorial tuvieron una aceptable consistencia interna, que osciló entre 0.69 y 0.90 en el índice alfa de Cronbach. (24).

Tiene el valor de ser la primera medida de sobrecarga subjetiva, por lo que ha servido como criterio de validación de otras muchas pruebas y está validada en castellano en población española (8).

Se realizó una adaptación hacia la población mexicana donde el análisis factorial exploratorio y confirmatorio de la escala, mostró que está conformada por tres factores que explican el 50% de la varianza. Tuvo un alfa de Cronbach de 0,84. y el modelo tuvo un buen ajuste con valores iguales o superiores a 0,90. La validez de criterio de $r=0,36$ (3)

Escala hetero aplicada, se realizarán las preguntas por parte del tesis y de manera directa a los participantes.

Consta de 22 ítems y cada uno tiene un puntaje de 0 a 4 de acuerdo con la respuesta: Nunca 0, Casi nunca 1, A veces 2, Bastantes veces 3, Casi siempre 4.

La puntuación máxima es de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos, sin embargo, suele considerarse indicativa de «no sobrecarga» una puntuación inferior a 46 y de «sobrecarga intensa» una puntuación superior a 56.

Este Instrumento se encuentra en el ANEXO C.

13.7.3 Escala Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)

La *Escala de Hamilton para la Ansiedad*, es una escala de estado cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad. Consta de un total de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Además, un ítem evalúa específicamente el ánimo deprimido. Los ítems son manifestaciones inespecíficas de ansiedad, sin haber demostrado su utilidad para la evaluación de un trastorno de ansiedad en concreto. Por lo tanto, no es un instrumento diagnóstico, sino que valora los montos de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados como ansiosos. El marco de referencia temporal son los últimos días (al menos los 3 últimos) en todos los ítems, excepto el último, en el que se valora la conducta del sujeto durante la entrevista. Es una escala hetero aplicada. Se han creado instrucciones sencillas para asignar las puntuaciones más adecuadas en cada paciente, con el objeto de aumentar la fiabilidad Inter evaluadores.

La escala de Ansiedad de Hamilton ha demostrado fiabilidad aceptable y validez adecuada en diferentes países (EE. UU., Brasil, Turquía y México), en adultos jóvenes (media 44 años), en ancianos (media 65 años), en jóvenes (media 22 años), en americanos, en hispanos y en afroamericanos. Ha sido aplicada tanto en hombres como en mujeres, saludables y enfermos con epilepsia, cáncer terminal, depresión, insuficiencia renal y con diversidad de características sociodemográficas, niveles socioeconómicos bajos y medios, nivel de educación variable con una media de escolarización de 6 a 9 años. El alfa de Cronbach osciló entre 0.81 y 0.82.(26).

Un estudio realizado en población mexicana describió que la Escala HARS presenta adecuadas propiedades psicométricas, con lo que resultan apropiadas para su uso en la práctica asistencial y en investigación clínica en nuestro país. En el estudio de Lobo y cols., 2002 se presentan las siguientes propiedades psicométricas:

1. Validez discriminante (MADRS/HARS-Impresión Clínica Global de Gravedad: $p<0,001$).
2. Validez convergente (MADRS-Hamilton Depression Rating Scale: $p<0,05$ y 0,01, respectivamente; MADRS/HARS-EuroQoL 5D: $p<0,05$; HARS-State Trait Anxiety Inventory: $p<0,05$).
3. Consistencia Interna (α de Cronbach: MADRS=0,88; HARS=0,89).
4. Fiabilidad test-retest y entre observadores (coeficiente de correlación intraclass: MADRS=0,94 y 0,98, respectivamente; HARS=0,92 y 0,92).

Escala hetero aplicada, se realizarán las preguntas por parte del tesis de manera directa a los participantes.

Consta de 14 ítems y cada uno tiene un puntaje de 0 a 4 de acuerdo con la respuesta, valorando tanto la intensidad como la frecuencia de este que van desde no presente hasta muy severo.

Así:

Una puntuación de arriba de 14 a 17 indica ansiedad leve.

De 18 y 24 puntos estado de ansiedad moderado.

De 24 a 30 indicaría un estado severo de ansiedad.

Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

Este Instrumento se encuentra en el ANEXO D.

13.7.4 Escala de Depresión de Beck

El cuestionario auto aplicado de *Beck* ha sido diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. La graduación de la depresión se establece con base en los siguientes criterios: ausencia de depresión, depresión leve, depresión moderada y depresión grave.

El cuestionario ha sido estandarizado para la población mexicana y presenta una consistencia interna de 0.87, cumpliendo con los requisitos psicométricos mínimos necesarios para ser empleado como instrumento de evaluación de depresión (22).

En un estudio de la Revista Salud Mental en México publicado en octubre 2015 Vol. 38, Suplemento 1, describe que la escala posee una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0.90 a 0.94), con una sensibilidad de 0.86 y especificidad 0.86. La correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0.30 y 0.71. La fiabilidad test-retest tras una semana es de 0.67 a 0.93 y tras 7 semanas de 0.62. (27).

De acuerdo con el estudio realizado por Duenas et al., 2006, con dicho instrumento el 85.2% de los cuidadores presentan ansiedad y 81.3% depresión (23).

Es una encuesta auto aplicada de 21 ítems de respuesta múltiple, el sujeto no emplearía más de 10 o 15 minutos en hacerlo, dependiendo eso sí de las características del propio sujeto, ya que las preguntas son de fácil comprensión y realización. Si la persona tiene incapacidad para darle lectura y escritura se ayudará leyendo los ítems.

El sujeto en cuestión que realiza la prueba deberá valorar en una escala de 0 a 3 el grado en el cual se identifica personalmente con la respuesta que ha contestado en el mismo, donde 0 equivale a que no hay una identificación en absoluto, pudiendo concluir que no se presentan los síntomas sobre los que versa la pregunta; y 3 equivale a una identificación absoluta, por lo cual, el sujeto padecería los síntomas).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

La prueba tiene un máximo posible de 63 puntos, ya que hay 21 preguntas y cada pregunta puede ser valorada con un máximo de 3 puntos.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación Nivel de depresión*

1-10Estos altibajos son considerados normales.

11-16Leve perturbación del estado de ánimo.

17-20Estados de depresión intermitentes.

21-30Depresión moderada.

31-40Depresión grave.

+ 40Depresión extrema.

*Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

Este Instrumento se encuentra en el ANEXO E.

13.8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Se realizó operacionalización de las variables de la siguiente manera:

- Operacionalización de Variables Sociodemográficas y Antecedentes de los Pacientes.
- Operacionalización de Variables de Sobrecarga
- Operacionalización de Variables de la Depresión
- Operacionalización de Variables de la Ansiedad

13.8.1 Variable Independiente:

Se tiene 1 variable Independiente que serían los cuidadores primarios informales de pacientes con dolor crónico.

13.8.2 Variables dependientes:

Tenemos 3 variables dependientes: La depresión, ansiedad y sobrecarga del cuidador.

A continuación, se coloca una tabla en donde se explican las definiciones conceptuales y operacionales de las variables, el tipo de variable que representa, la escala de medición y el ítem en el que se usarán para la Cédula de Recolección de Datos Sociodemográficos.

13.9 LUGAR DE DESARROLLO

El estudio fue desarrollado en la Ciudad de Aguascalientes, en un entorno privado para el cuidador primario informal, en las Instalaciones de enseñanza y el consultorio temporal de la Clínica de Dolor en el HGZ3 IMSS Ags.

13.10 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó una base de datos en una hoja de Excel, posterior a la captura de los datos, éstos se exportaron al paquete estadístico de STATA en su versión 13 para el análisis estadístico, en el caso de las variables cualitativas, el manejo que se les dio fue mediante las medidas de frecuencias y porcentajes.

Para las escalas se realizaron índices, haciendo las sumatorias, primero por dimensión y posteriormente por la totalidad de cada una de ellas y se hizo un diagnóstico de los datos por

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

medio de una prueba estadística llamada Shapiro Wilk, que determinó si los datos son normales o no. Por el tipo de estudio, las pruebas que se utilizaron fueron en un nivel descriptivo, en el caso de los datos normales, se utilizó estadística paramétrica, es decir para las medidas de tendencia central se usó la media y para la dispersión la desviación estándar. En el caso de los datos no normales, la estadística fue no paramétrica y la media representada por la mediana y los rangos intercuartílicos como dispersión.



14. ASPECTOS ÉTICOS

El protocolo corresponde a una investigación sin riesgo tanto para el sujeto de estudio, como para el personal de salud, y/o aplicantes del instrumento, ya que no se realizó ninguna intervención o modificación intencional de las variables fisiológicas, psicológicas y/o sociales de los individuos que participaron en el estudio. Es un estudio Científico-descriptivo, con un enfoque evaluativo.

Dicho estudio se apegó a lo dispuesto en el reglamento de la Ley Federal de Salud en materia de investigación para la Salud. El criterio que prevalece es el del respeto a la dignidad y protección de los derechos y el bienestar de los participantes, se evitará hacer juicios o comentarios acerca de las respuestas vertidas en los instrumentos por medio de cuestionarios y se asegurará la confiabilidad de dichos datos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 13. Así mismo, la participación fue voluntaria y se protegieron los principios de individualidad y anonimato de los sujetos de investigación, de acuerdo con el artículo 14 fracción V.

El protocolo se apegó a las normas éticas, al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y a la Declaración de Helsinki.

Dentro de los Anexos, en el apartado A se encuentra la descripción del instructivo de aplicación de instrumentos.

Dentro de los Anexos, en el apartado C se encuentra la carta de consentimiento informado.

15. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

15.1 RECURSO MATERIAL

Para la realización del estudio se necesitarán los siguientes recursos materiales:

- Computadora personal (laptop).
- Red de Internet.
- Acceso a agenda y base de datos de pacientes de la Clínica de Dolor HGZ1 Aguascalientes.
- Impresora y tinta.
- Hojas blancas.
- Fotocopias de instrumentos.
- Fotocopias de consentimientos.
- Plumas y lápices.
- Espacio privado para aplicación de las Pruebas.

15.2 RECURSO HUMANO

Para la realización del estudio se necesitarán los siguientes recursos humanos:

- Tesista.
- Tutor a cargo de la investigación.
- Asesor de protocolo e Investigador Principal
- Investigador Asociado experto en algología
- Psicólogo especialista en intervención en crisis.
- Encuestador.

15.3 FINANCIAMIENTO

El costo de la realización de la investigación fue pagado por la tesista, con una inversión aproximada de \$10,000.00

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

15.4 FACTIBILIDAD

Fue un protocolo factible de llevar a cabo que ha permitido ampliar la capacidad intelectual en su materia y permitió un mejor desarrollo de habilidades y conocimientos estadísticos.



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

16. ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD

Para la realización de este estudio los aspectos de Bioseguridad No son pertinentes, ya que es un estudio meramente descriptivo.



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

17. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	JULIO 2020	AGOS TO 2020	SEPTIE MBRE 2020	OCTUB RE 2020	NOVIEM BRE 2020	DICIEM BRE 2020	ENERO 2021	FEBRE RO 2021	MARZO 2021
Acopio de Bibliografía.									
Revisión de literatura.									
Planteamiento.									
Revisión de Planteamiento.									
Hacer Marco Teórico y Conceptual.									
Revisión de Marco Teórico y Conceptual.									
Diseño y Revisión Protocolo.									
Registro de Protocolo ante el Comité de Investigación.									
Aprobación de Protocolo									
Trabajo de Campo, aplicación de encuestas.									
Acopio y Captura de Datos.									
Análisis e Interpretación de Resultados									
Hacer Discusiones y Conclusiones.									
Revisión de la investigación									
Autorización.									
Elaboración de tesis.									
Difusión de resultados.									

18. RESULTADOS

En este estudio se logró la participación de 186 cuidadores informales primarios de pacientes con dolor crónico. Fueron eliminados 20 casos, 1 de ellos por tener diagnóstico previo de síndrome del cuidador, 5 ya tenían diagnóstico de ansiedad y 5 de depresión, 1 tenía síndrome del cuidador y depresión y 8 ansiedad y depresión quedando finalmente 166 cuidadores incluidos en el estudio.

En la tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de la población en estudio. Se puede observar que más de las tres cuartas partes de la población encuestada es de género femenino. La UMF que mostró mayor predominio de cuidadores fue la UMF No. 1, seguido de la UMF No. 9 y la UMF No. 8. El rango de edad al que pertenece la mayoría de los cuidadores es el de 31 a 40 años con el 30.72%, seguido del grupo de 41 a 50 años con el 25.30%. Es importante destacar que, aunque sea un porcentaje bajo (3.01%) 5 de los cuidadores tienen más de 70 años. El estado civil con mayor porcentaje fue el de casados con casi el 50%. En cuanto a la escolaridad de los cuidadores, el 24.70% tienen licenciatura completa, seguido de los que tienen preparatoria/técnico completa 21.69%. El 35.54% se dedican a trabajar, seguido de aquellos que se dedican a los quehaceres del hogar 25.30%.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los cuidadores informales primarios.

Variable	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
	n=166	(%)
Género		
Masculino	39	23.49
Femenino	127	76.51
UMF		
UMF 1	51	30.72
UMF 2	7	4.22
UMF 3	3	1.81
UMF 4	3	1.81
UMF 5	1	0.6
UMF 6	7	4.22
UMF 7	18	10.84

UMF 8	21	12.65
UMF 9	27	16.27
UMF 10	12	7.23
UMF 11	9	5.42
UMF 12	7	4.22
Edad		
18-30	26	15.66
31-40	51	30.72
41-50	42	25.3
51-60	30	18.07
61-70	12	7.23
> 70	5	3.01
Estado civil		
Soltero	46	27.71
Casado	66	39.76
Unión libre	25	15.06
Viudo	8	4.82
Divorciado	21	12.65
Escolaridad		
Sin estudios	1	0.6
Primaria incompleta	9	5.42
Primaria completa	16	9.64
Secundaria incompleta	11	6.63
Secundaria completa	21	12.65
Preparatoria/técnico incompleta	19	11.45
Preparatoria/técnico completa	36	21.69
Licenciatura incompleta	12	7.23
Licenciatura completa	41	24.7
Ocupación		
Cuidador de tiempo completo	30	18.07
Actividades y quehaceres del hogar	42	25.3
Estudiante	11	6.63
Trabajador	59	35.54
Comerciante	17	10.24
Jubilado/pensionado	7	4.22

Fuente: instrumento aplicado.

Los aspectos del cuidador que tienen que ver con el cuidado hacia su paciente atendido en la clínica del dolor se muestran en la tabla 2, observando que la mayoría de los cuidadores 38.55% tienen de 1 a 3 años cuidando a sus pacientes, seguido de un 33.73% que los han

cuidado de 4 a 10 años. Las horas invertidas a ser cuidador son de menos de 10 horas en la mayoría de los casos con el 39.16%.

Tabla 2. Variables que involucran al cuidador primario informal con el cuidado hacia el paciente.

Variable	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
	n=166	(%)
Tiempo de ser cuidador		
< 1 año	3	1.81
1-3 años	64	38.55
4-10 años	56	33.73
> 10 años	44	25.9
Horas al día invertidas en ser cuidador		
< 10	65	39.16
10-20	63	37.95
20-24	38	22.89

Fuente: instrumento aplicado.

18.1 PREVALENCIA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL

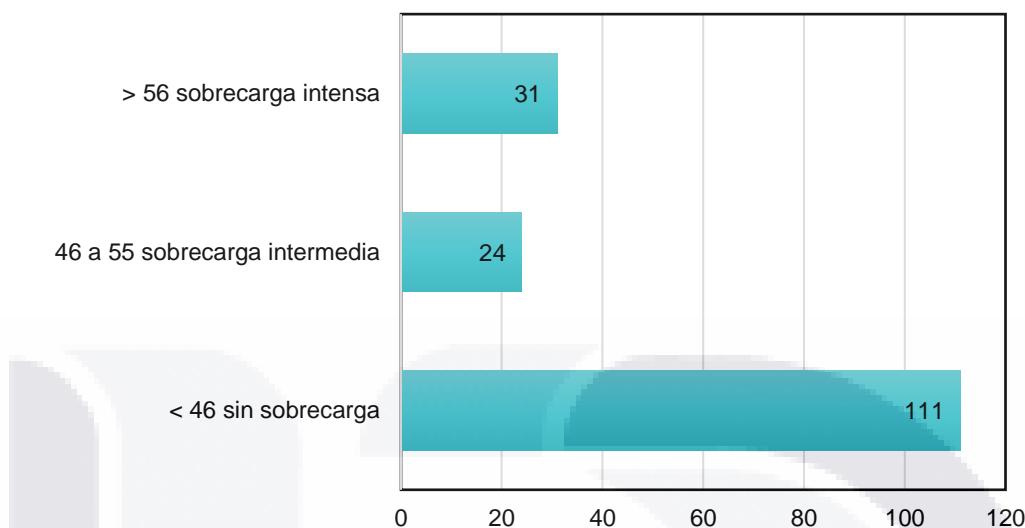
La prevalencia de sobrecarga del cuidador encontrada con la escala de Zarit fue la siguiente: 66.87% no tienen sobrecarga, el 14.46% tienen sobrecarga intermedia y el 18.67% presentan sobrecarga intensa. Tabla 3. Gráfico 1.

Tabla 3. Sobrecarga del cuidador primario informal con la escala de Zarit.

Puntaje	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
	n=166	(%)
< 46 sin sobrecarga	111	66.87
46 a 55 sobrecarga intermedia	24	14.46
56 sobrecarga intensa	31	18.67

Fuente: instrumento aplicado.

Gráfica 1. Sobrecarga del cuidador primario informal. Escala de Zarit.



18.2 PREVALENCIA DE ANSIEDAD EN EL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL

Al aplicar la escala de Hamilton, se encontraron los siguientes resultados: Tabla 4

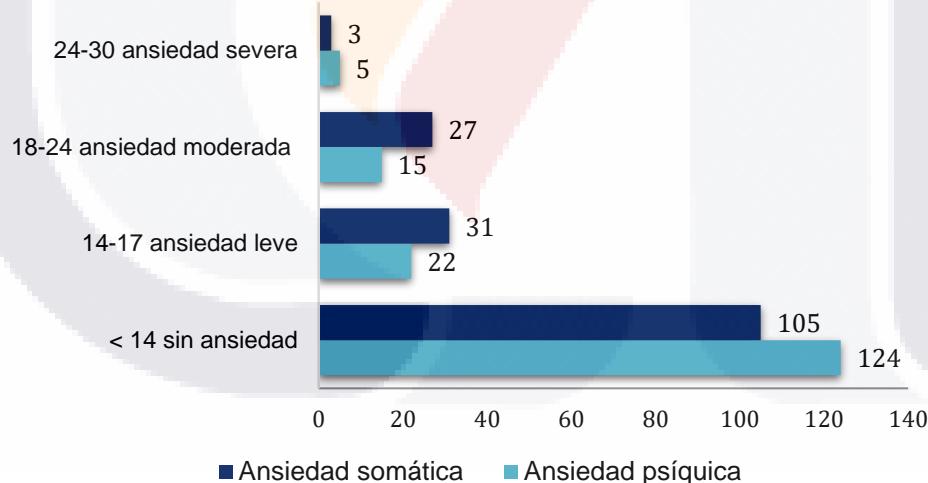
Ansiedad psíquica: sin ansiedad 63.25%, el nivel de ansiedad leve y moderada obtuvieron una prevalencia muy similar (18.67 y 16.27 respectivamente) y en el 1.81% se presentó ansiedad severa. Gráfico 2.

Ansiedad somática: el 74.70% de los cuidadores no presentaron ansiedad somática, el 13.25% presentaron ansiedad leve, el 9.04% tuvieron ansiedad moderada y el 3.01% ansiedad severa. Gráfico 3.

Tabla 4. Ansiedad en el cuidador primario informal con la escala de Hamilton.

	Frecuencia absoluta n=166	Frecuencia relativa (%)
Puntaje ansiedad psíquica		
< 14 sin ansiedad	105	63.25
14-17 ansiedad leve	31	18.67
18-24 ansiedad moderada	27	16.27
24-30 ansiedad severa	3	1.81
Puntaje ansiedad somática		
< 14 sin ansiedad	124	74.7
14-17 ansiedad leve	22	13.25
18-24 ansiedad moderada	15	9.04
24-30 ansiedad severa	5	3.01

Fuente: instrumento aplicado

Gráfica 2. Ansiedad en el cuidador primario informal Escala de Hamilton.

18.3 PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL

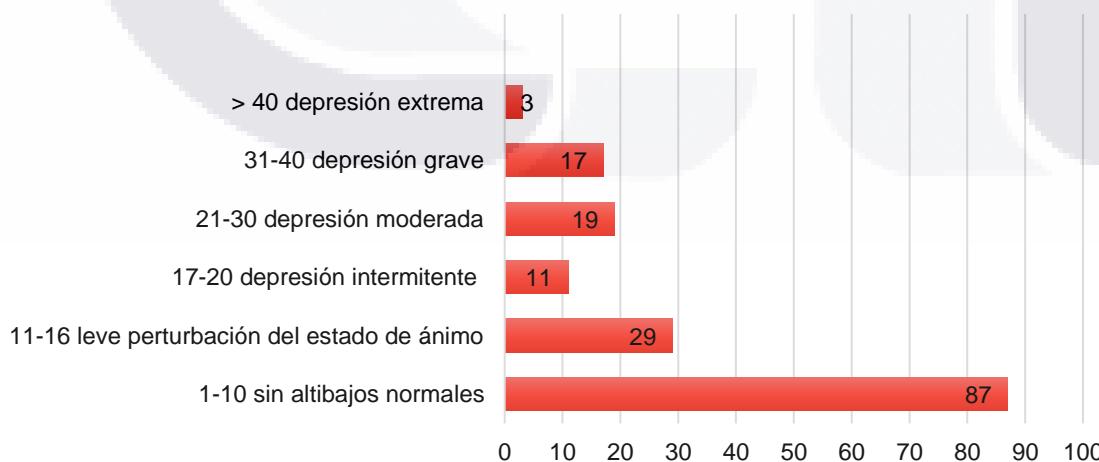
Al aplicar la escala de Beck se encontró que la mayoría de los cuidadores tiene altibajos que son considerados normales (52.41%), la prevalencia de los cuidadores que tienen leve perturbación del estado de ánimo fue de 17.47%, seguido de depresión moderada 11.45% y depresión grave en el 10.24%. Aunque es una prevalencia menor, es importante mencionar que el 1.81% tienen depresión extrema. Tabla 5. Gráfico 3.

Tabla 5. Depresión en el cuidador primario informal con la escala de Beck.

Puntaje	Frecuencia absoluta n=166	Frecuencia relativa (%)
1-10 sin altibajos normales	87	52.41
11-16 leve perturbación del estado de ánimo	29	17.47
17-20 depresión intermitente	11	6.63
21-30 depresión moderada	19	11.45
31-40 depresión grave	17	10.24
40 depresión extrema	3	1.81

Fuente: instrumento aplicado.

Gráfica 3. Depresión en el cuidador primario informal Escala de Beck.



19. DISCUSIÓN

Se logró cumplir con el objetivo del protocolo de investigación al determinar la prevalencia de sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores informales primarios de pacientes con dolor crónico de la Clínica de Dolor HGZ1 Aguascalientes.

Se pudo observar un claro predominio del género femenino con más de las tres cuartas partes de la población encuestada, similar a lo encontrado por Ramírez del Castillo, Datz, Faronbi y Denno. Es común que la mujer sea quien se encargue de cuidar de los enfermos en casa debido a la cultura que prevalece aun a nivel mundial de que ellas son responsables del “cuidado” a pesar de que cada vez más mujeres ingresan al sistema laboral, ocupándose en muchas de las ocasiones de ambas tareas. (2)(3)(28)(29)

El rango de edad de los cuidadores fue similar al reportado por otros autores como Ramírez del Castillo con una media de 47.5 años. Faronbi encontró el mismo resultado (40-49 años). Liu encontró un promedio de edad de 53 años y Suso-Ribera de 57.8 años. Al igual que en otras publicaciones, hay cuidadores de la tercera edad, lo que incrementa el riesgo de que padezcan sobrecarga del cuidador, ansiedad y/o depresión (2)(28) (30)(5).

El estado civil con mayor porcentaje fue el de casados con casi el 50%, porcentaje similar al 48% que reportó Saria y al 66% que reportó Datz. Este resultado puede ser debido a que en México el 57.6% de la población adulta se encuentra casada (3) (31)(32).

En cuanto a la escolaridad de los cuidadores, en este protocolo se encontró mayor porcentaje de que aquellos que tienen licenciatura completa y preparatoria/técnico. Este nivel de estudios fue el mismo que encontró Ramírez del Castillo y Liu con una escolaridad de preparatoria o licenciatura predominante en su población estudiada. y fue aún más alto que el reportado por Datz y Faronbi, que encontraron que el promedio de escolaridad en los cuidadores fue de secundaria. El promedio de escolaridad en Aguascalientes es de 9.7 que significa que la mayoría de la población tiene estudios hasta primer año de bachillerato. Los resultados de este protocolo indican que las personas que acuden a clínica del dolor están siendo cuidados por personas con una escolaridad mayor al promedio reportado por el INEGI(34) (2)(3)(28)(2).

En nuestro estudio, casi la tercera parte de los cuidadores se dedican a trabajar, seguido de aquellos que se dedican a los quehaceres del hogar 25.81%. Los resultados son similares a

los encontrados por Faronbi quien reporta en su estudio que el 38.5% de los cuidadores trabajan. El resultado es inferior a lo encontrado por Denno, quien reportó que los cuidadores eran empleados en un 49%. Nuestros resultados indican que la tercera parte de los cuidadores se dedican a trabajar en un empleo remunerado además de ser cuidadores informales (28)(29).

Las horas invertidas a ser cuidador en nuestro estudio, en su mayoría fueron menos de 10. Liu encuentra un promedio de 2.8 horas dedicadas a los cuidados por día mientras que Faronbi encuentra que el 31.4% dedican todo el día al cuidado del paciente, sin embargo, también encontró un porcentaje muy similar de los que dedican 1-5 horas al cuidado, contrario a lo encontrado por Ramírez del Castillo que encontró que más del 60% de los cuidadores dedican de 12 a 24 horas al cuidado de sus pacientes. Esto puede deberse a que en el presente protocolo se incluyeron a los cuidadores de personas que acudieran a clínica del dolor por cualquier patología y en el estudio de Ramírez del Castillo los pacientes cuidados estaban en etapa terminal de su enfermedad por lo que probablemente requerían atención estrecha. Otra de las causas puede ser que los cuidadores en este estudio también tienen un empleo remunerado, lo que disminuye el tiempo que pueden dedicar a los cuidados de los pacientes con dolor crónico (30)(28)(2).

En nuestro estudio se encontró que más de la mitad de los cuidadores no tienen sobrecarga del cuidador y una quinta parte de los cuidadores tienen sobrecarga intermedia o sobrecarga intensa. Ramírez del Castillo encontró que la población rebasó el punto de corte, indicando un nivel alto de sobrecarga en los cuidadores. Suso-Ribera encontró 36% de sobrecarga alta y 15.8% intensa. Shin encontró 50.7% de sobrecarga. Faronbi reporta sobrecarga severa en el 59%. La diferencia en estos resultados se debe en gran parte a que las patologías que tienen las personas que son cuidadas son diferentes, al tiempo en que los sujetos de estudio han sido cuidadores y al número de horas que invierten al día en los cuidados (2)(5) (33) (28).

En cuanto a la ansiedad, en este estudio se encontró que más de la mitad de los cuidadores no la tienen, 9 a 16 pacientes de cada 100 presentan ansiedad leve o moderada y 2 de cada 100 ansiedad severa. Ramírez del Castillo encontró 15.7 puntos de 36 para ansiedad con síntomas más comunes como estrés, dificultad de concentración y nerviosismo. Liu reportó una frecuencia baja de ansiedad: 5.83%, sin embargo, su resultado puede ser porque dedican pocas horas a ser cuidadores (2.8 hrs). Saria reporta 39% sin ansiedad, 32% con ansiedad

leve, 18% moderada y severa 11%. Las personas que se dedican a ser cuidadores poco a poco van presentando agotamiento físico, emocional y social, además de que se ven obligados a modificar sus roles. Una de las consecuencias emocionales es que se va desarrollando ansiedad con el paso del tiempo, influyendo la enfermedad que tenga el paciente bajo su cuidado y el tiempo que se dedica a la asistencia y el apoyo recibido por otras personas (2)(30)(31).

Al aplicar la escala de Beck se encontró que la mitad de los cuidadores presentan algún grado de depresión y 2 de cada 100 presentaron depresión extrema. Denno también encontró casi la mitad de los cuidadores con depresión, 19% con depresión leve, 18% moderada y 7% severa. Liu 5.83% de depresión moderada y severa. Saria encontró sin depresión 48%, leve 39%, moderada 13%. Las enfermedades graves o prolongadas o en el caso de este estudio, aquellas que requieren control del dolor crónico e intenso, generan un impacto psicológico en los cuidadores como se había mencionado anteriormente por el cambio de roles a los que se ven sometidos, por la duplicidad de trabajo que representa hacerse cargo de sus actividades personales incluyendo familia y trabajo y además ser cuidador informal de algún paciente sea familiar cercano, lejano o ni siquiera familiar. El desgaste que conlleva ser cuidador informal puede terminar generando depresión en sus diferentes niveles afectando la salud física y psíquica de ellos mismos. Es importante considerar que todos los cuidadores deberían recibir apoyo psicológico por el desgaste emocional ya sea ansiedad o depresión y poner énfasis en aquellos con síntomas graves por el riesgo que esto conlleva sobre sus propias vidas (29)(31) (30).

20. CONCLUSIONES

Ser cuidador informal de un paciente que es atendido en clínica del dolor puede causar ansiedad psíquica y somática en 2 a 18 pacientes de cada 100, de los cuales hasta 3 de cada 100 pueden presentar ansiedad severa.

Los cuidadores informales pueden presentar depresión en mayor porcentaje que la ansiedad ya que en este estudio se encontró que casi la mitad de los cuidadores tienen algún grado de depresión.

Los hallazgos de este estudio son consistentes con los encontrados en la literatura, lo que refleja la necesidad de dar atención psicológica a los cuidadores informales para atender las necesidades de su psique, inicialmente como medida preventiva y posteriormente como curativa en aquellos que ya tienen síntomas de ansiedad y/o depresión.

21. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Una de las limitaciones que se encontró al realizar este estudio fue que, al encontrarnos en pandemia por coronavirus, algunos de los cuidadores no aceptaron participar en el estudio. Otra de las limitaciones fue que al usar cubrebocas y tratar de guardar una distancia mínima de 1.5 metros la comunicación no fue fluida y en muchos de los casos se tenían que volver a realizar las preguntas porque no escuchaban bien.

Se recomienda para investigaciones futuras ampliar las variables al interrogar sobre el parentesco del familiar que se cuida, la enfermedad por la cual el paciente acude a clínica del dolor y su estado físico, ya que esto puede influir en la presencia de ansiedad y/o depresión mientras más dependiente físicamente pueda ser el paciente.

También se recomienda que se realicen futuras investigaciones en las cuales se pueda determinar la asociación entre aquellos factores causales de la ansiedad y la depresión en los cuidadores informales, lo cual requiere la realización de estudios analíticos.

22. GLOSARIO

Cuidadores: En 1999 la Organización Mundial de la Salud definió al cuidador primario como “la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable de éste en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente, decisiones para el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta”. (7).

Ansiedad: Es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos que puede presentarse como una reacción adaptativa, como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos. (15).

Depresión: Según la OMS, la depresión se define como un trastorno mental que se caracteriza por una combinación de tristeza, desinterés por las actividades y disminución de la energía. Otros síntomas son: pérdida de la confianza y la autoestima, sentimiento injustificado de culpabilidad, ideas de muerte y suicidio, menor capacidad de concentración, así como la aparición de trastornos del sueño y la alimentación (22).

Dolor Crónico: Se define como un dolor (de cualquier tipo) persistente o recurrente que dura más de 3 meses. (18)

Clínicas de Dolor: Según la *Asociación Mexicana para el Estudio y tratamiento del Dolor (AMETD)* “Una clínica del dolor es servicio hospitalario que se enfoca en el diagnóstico y manejo de pacientes con dolor crónico. Ésta puede ser grande o pequeña, pero nunca debe ser de un practicante único. Así mismo, puede especializarse en diagnósticos específicos o en dolores ubicados en cierta región del cuerpo. Un médico solo, en una institución compleja que ofrece servicios terapéuticos y de consulta apropiados, puede calificar como una clínica del dolor, siempre y cuando ésta maneje a pacientes con dolor crónico.” (21).

Sobrecarga del Cuidador: Se define como un estado psicológico que resulta de la combinación de trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales y demandas económicas que surgen al cuidar a la persona dependiente y que pueden llevar a convertir al cuidador en un paciente más, esta afección se identifica como un síndrome de agotamiento emocional, falta de personalización y baja realización personal (11).

23. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cochrane Working Group. Cochrane Style Manual. 2009;117. Available from: https://community.cochrane.org/book_pdf/224
2. Alfaro Ramírez del Castillo OI, Morales Vigil T. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. Rev Medica del IMSS [Internet]. 2008;46:485–94. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=37020100&site=ehost-live>
3. Datz H, Tumin D, Miller R, Smith TP, Bhalla T, Tobias JD. Pediatric chronic pain and caregiver burden in a national survey. Scand J Pain. 2019;19(1):109–16.
4. Benjamin JZ, Harbeck-Weber C, Sim L. Pain is a family matter: Quality of life in mothers and fathers of youth with chronic pain. Child Care Health Dev. 2019;45(3):440–7.
5. Suso-Ribera C, Yakobov E, Carriere JS, García-Palacios A. The impact of chronic pain on patients and spouses: Consequences on occupational status, distribution of household chores and care-giving burden. Eur J Pain (United Kingdom). 2020;24(9):1730–40.
6. Yang Y, Rushton S, Park H, Son H, Woodward A, McConnell E, et al. Understanding the Associations between Caregiver Characteristics and Cognitive Function of Adults with Cancer: A Scoping Review. Asia-Pacific J Oncol Nurs. 2020;7(2):115–28.
7. Camacho Estrada L, YokebedHinostrosa Arvizu G, Jiménez Mendoza A. Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro cognitivo y su relación con el tiempo de cuidado. Enfermería Univ. 2018;7(4):35–41.
8. Martín-Carrasco M, Domínguez-Panchón AI, Muñoz-Hermoso P, González-Fraile E, Ballesteros-Rodríguez J. Instrumentos para medir la sobrecarga en el cuidador informal del paciente con demencia. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2013;48(6):276–84.
9. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Rev Mal-estar e Subjetividade. 2003;3(1):10–59.
10. Alonso-Fernández F. Editorial: Las cuatro dimensiones del enfermo depresivo. Salud Ment. 2009;32(6):443–5.
11. Rizo Vázquez AC, Molina Luís M, Milián Melero NC, Pagán Mascaró PE, Machado García J. Characterization of the primary caregiver of cancer patients in advanced stage | Caracterización del cuidador primario de enfermo oncológico en estado avanzado. Rev Cuba Med Gen Integr. 2017;32(3):1–16.

12. Zambrano-Domínguez EM, Guerra-Martín MD. Formación del cuidador informal: Relación con el tiempo de cuidado a personas dependientes mayores de 65 años. Aquichan. 2012;12(3):241–51.
13. MetLife. Caregiving in the U . S . Main. 2020;(November):1–79.
14. Flores G E, Rivas R E, Seguel P F. Nivel De Sobrecarga En El Desempeño Del Rol Del Cuidador Familiar De Adulto Mayor Con Dependencia Severa. Cienc y enfermería. 2012;18(1):29–41.
15. CENETEC Trastornos de ansiedad. Guía de Referencia Rápida. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto. 2010;2–12.
16. Wright JF, Doherty ME, Dumas LG. Caregiver Burden: Three Voices-Three Realities. Nurs Clin North Am. 2009;44(2):209–21.
17. L.Maroto AM, M.Muñoz NS. Dolor. Definición y Clasificación. Ilus Col Of Médicos Segovia [Internet]. 2014;1–10. Available from: <http://www.comsegovia.com/paliativos/pdf/curso2014/sesion2/1DOLOR.DEFINI.DIAGINTERDISCIPLINAR.SESION2.pdf>
18. Aziz Q, Barke A, Bennett MI, Benoliel R, Cohen M, Evers S, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. Pain. 2015;156(6):1003–7.
19. Ibarra E. Una nueva definición de “dolor”. Un imperativo de nuestros días. Rev la Soc Esp del Dolor. 2006;13(2):65–72.
20. Andersson HI. The course of non-malignant chronic pain: A 12-year follow-up of a cohort from the general population. Eur J Pain. 2004;8(1):47–53.
21. Covarrubias A GU. ¿Qué son las clínicas del dolor? Rev Dig Univ. 2006;7(4):1–8.
22. Navarro-Sandoval C, Urioste-gui-Espíritu LC, Delgado-Quiñones EG, Sahagún-Cuevas MN. Depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física de la UMF 171. TT - [Depression and burden on primary caregivers of elderly persons with physical dependence of the UMF 171]. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2017;55(1):25–31. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-28092244>
23. Duenas E, Martínez MA, Morales B, Muñoz C, Viáfara AS, Herrera JA. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. Colomb Med. 2006;37(SUPPL. 1):31–8.
24. Alpuche Ramírez VJA, Ramos del Río B, Rojas Russell E FLC. Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. Psicol y ... [Internet].

- 2008;18(2):237–45. Available from: http://papges.servidores.unam.mx/files/751/Publica_20111128233012.pdf
25. Aguiar N, Meira D, Raquel S. Study on the efficacy of the Portuguese cooperative taxation. *REVESCO Rev Estud Coop.* 2015;121(1):7–32.
26. De S, La AP, Anxiety H, Scale R, Eval AR, Psychol M. Scala de. 1959;3–5.
27. Pando Orellana LA, Salazar BL. ¿Salud mental? *Rev Mex Neurocienc.* 2012;13(3):168–9.
28. Faronbi JO, Olaogun AA. The influence of caregivers' burden on the quality of life for caregivers of older adults with chronic illness in Nigeria. *Int Psychogeriatrics.* 2017;29(7):1085–93.
29. Denno MS, Gillard PJ, Graham GD, Dibonaventura MD, Goren A, Varon SF, et al. Anxiety and depression associated with caregiver burden in caregivers of stroke survivors with spasticity. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. 2013;94(9):1731–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2013.03.014>
30. Liu S, Li C, Shi Z, Wang X, Zhou Y, Liu S, et al. Caregiver burden and prevalence of depression, anxiety and sleep disturbances in Alzheimer's disease caregivers in China. *J Clin Nurs.* 2017;26(9–10):1291–300.
31. Saria MG, Courchesne NS, Evangelista L, Carter JL, MacManus DA, Gorman MK, et al. Anxiety and depression associated with burden in caregivers of patients with brain metastases. *Oncol Nurs Forum.* 2017;44(3):306–15.
32. INEGI. Estadísticas a propósito de matrimonios y divorcios en México. Inegi [Internet]. 2019;1–8. Available from: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/matrimonios2019_Nal.pdf
33. Shin JY, Lim JW, Shin DW, Kim SY, Yang HK, Cho J, et al. Underestimated caregiver burden by cancer patients and its association with quality of life, depression and anxiety among caregivers. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2018;27(2):1–9.
34. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, (INEGI). (2019b). Promedio de escolaridad en Aguascalientes. Retrieved January 29, 2021, from www.inegi.gob.mx

24. ANEXOS

ANEXO A. MANUAL OPERACIONAL

 <p>Manual Operacional</p> <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> <p>“Prevalencia de Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores informales primarios de pacientes con dolor crónico de la Clínica de dolor HGZ1 Aguascalientes en el año 2021.”</p>
<p>El siguiente documento explicará cómo se deberá realizar la aplicación de los instrumentos para este estudio, para tener un adecuado control de calidad y estandarización, además de evitar sesgos al recolectar la información.</p> <p>Introducción</p> <p>El presente Manual Operacional, integra los diferentes elementos, criterios, métodos e incluye la información básica que el personal realice la aplicación de los instrumentos para este estudio.</p> <p>El manual está estructurado en cinco apartados, integrados de manera lógica y secuencial de la siguiente manera:</p> <p class="list-item-l1">1. Instrucciones de Inicio</p> <p class="list-item-l1">2. Cédula de Recolección de Datos Sociodemográficos.</p> <p class="list-item-l1">3. Instrumento Escala de Zarit</p> <p class="list-item-l1">4. Instrumento HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale)</p> <p class="list-item-l1">5. Instrumento Beck</p> <p>Objetivo: Seguir las instrucciones para tener criterios uniformes al momento de aplicar los instrumentos, tener un adecuado control de calidad, estandarización y evitar sesgos al recolectar la información.</p> <p class="list-item-l1">1. Instrucciones de Inicio</p> <p class="list-item-l2">1º. Las encuestas serán aplicadas por la tesista y un encuestador a cuidadores que acudan como acompañantes de su paciente a clínica de dolor.</p> <p class="list-item-l2">2º. Se detectará a los posibles candidatos en la sala de espera del consultorio de la Clínica de Dolor y se les invitará a participar en el protocolo de investigación.</p> <p class="list-item-l2">3º. Se presentará la persona con un saludo cordial, mencionando su nombre y cargo en la investigación.</p> <p class="list-item-l2">4º. Se le dará a conocer el Nombre del Estudio de Investigación y se le explicará la información contenida en el consentimiento informado, así como que no será posible entregarle los resultados de los instrumentos.</p> <p class="list-item-l2">5º. Al aceptar se llevará al aula de enseñanza para brindarle un ambiente cómodo, privado, bien iluminado y con adecuada temperatura, se ofrecerá agua y un refrigerio.</p> <p class="list-item-l2">6º. Se le dará a firmar el consentimiento de información explicándole para qué es y que la información contenida ya ha sido explicada, y pedirle que lo lea y firme en la sección “Nombre y firma del sujeto”.</p> <p class="list-item-l2">7º. El encuestador deberá firmar el consentimiento en la sección “Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento”.</p> <p class="list-item-l2">8º. Se explicará que, si en algún momento de la aplicación de los instrumentos se siente con incomodidad o malestar, se podrá interrumpir o posponer la aplicación de la prueba.</p> <p class="list-item-l2">9º. En caso de que el punto anterior sucediera se dará paso a la intervención del psicólogo quien realizará intervención nivel 4 de Doherty.</p> <p class="list-item-l2">10º. Al concluir la aplicación de todos los instrumentos se les agradecerá y se les invitará a acudir a medicina preventiva de su UMF de manera anual.</p> <p class="list-item-l1">2. Cédula de Recolección de Datos Sociodemográficos</p>

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Usted deberá preguntar la información directamente al sujeto la información solicitada, conteste todos los apartados con la información del sujeto encerrando en un círculo la opción.

El instrumento tiene 2 apartados, FICHA DE IDENTIFICACIÓN y CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS CON EL ESTUDIO, a continuación, se explicará cómo responder a cada pregunta.

2.1 Ficha de Identificación.

- 1º. Folio: las encuestas tienen un folio predeterminado, no debe contestar nada.
- 2º. Nombre: Se explica que sólo debe proporcionar las siglas de su nombre(s) y apellido(s) y anotarlas.
- 3º. UMF: Deberá preguntar ¿cuál es la unidad de medicina familiar a la que pertenece? Y anotar el número en la línea.
- 4º. Género: Dirá el siguiente enunciado con respeto para poder seleccionar la respuesta:
“Aunque parezca obvio, debo hacerle esta pregunta, ¿Es usted Mujer u Hombre?”
Si el sujeto responde Mujer seleccione M y si dice Hombre seleccione H.
- 5º. Edad: Se le preguntará su edad cumplida en años hasta la fecha de la aplicación del instrumento, anotar la edad en número arábigo y circular la opción correspondiente. Si el sujeto cumple años ese día poner la edad actual, si cumple años al día siguiente, favor de conservar la edad hasta el día de la aplicación del instrumento. Posteriormente seleccione la opción dependiendo del grupo de edad al que pertenece.
Ejemplo: ¿Qué edad tiene? Soy del año 1959 y mañana es mi cumpleaños.
Usted deberá escribir 60 y seleccionar la opción 4.

Edad: 60 1.- 18-30 años 2.- 31-40 años 3.- 41-50 años
4.- 51-60 años 5.- 61-70 años 6.- >70 años

Figura 1. Ejemplo de Edad.

- 6º. Estado Civil: Preguntará cuál es su estado civil actual y circule la opción correspondiente.
- 7º. Escolaridad: Se preguntará hasta qué nivel de estudios cursó y se circula la opción correspondiente, va desde Sin estudios hasta licenciatura completa. Poner cuidado en si fue completa o incompleta, si cursó algo mayor a licenciatura escoger Licenciatura completa.

Ejemplo: ¿Hasta qué estudió usted? -No acabé la secundaria, la dejé trunca.

Escolaridad: 1.-Sin estudios. 2.-Primaria incompleta. 3.- Primaria completa.
4.- Secundaria incompleta. 5.- Secundaria completa. 6.- Preparatoria/técnico incompleta.
7.- Preparatoria/técnico completo 8. - Licenciatura incompleta 9.- Licenciatura completa

Figura 2. Ejemplo Escolaridad.

- 8º. Ocupación: Se refiere a lo que la persona se dedica en su vida diaria. Antes de que la persona conteste por favor leerle las opciones de respuesta. Circule la opción correspondiente.

2.2 Características Relacionadas con el Estudio

- 1º. Usted hará la pregunta: ¿Cuánto tiempo lleva siendo cuidador? Y según la respuesta circule la opción correspondiente.
- 2º. Usted hará la pregunta: ¿Cuántas horas al día funge como cuidador? Y según la respuesta circule la opción correspondiente.
- 3º. Usted hará la pregunta: ¿Le han diagnosticado alguna vez en su vida síndrome del cuidador? Circule la opción Sí o No según corresponda.
- 4º. Usted hará la pregunta: ¿Le han diagnosticado alguna vez en su vida ansiedad? Circule la opción Sí o No según corresponda.

5º. Usted hará la pregunta: ¿Le han diagnosticado alguna vez en su vida depresión? Circule la opción Sí o No según corresponda.

6º. Usted hará la pregunta: ¿Es usted paciente de la Clínica de Dolor? Circule la opción Sí o No según corresponda.

Habrá terminado la Cédula de Recolección de Datos sociodemográficos, revise que haya marcado todas las respuestas.

3. Instrumento Escala de Zarit

Esta sección tiene instrucciones en la hoja del instrumento, deberá explicar que usted aplicará el instrumento y debe leer las instrucciones al participante:

Le voy a leer una lista de afirmaciones, por favor responda cómo se siente. Después de leer la afirmación, usted podrá responderme con qué frecuencia se siente usted de esa manera, las opciones son: Nunca, rara vez, algunas veces, bastantes veces y casi siempre. A la hora de responder sepá que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

A continuación, coloque en el recuadro de Respuesta la que corresponda según la información del participante, con números del 0 al 4 por cada pregunta:

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

Todos los ítems deben ser puntuados.

4. Instrumento HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale)

Siga las siguientes instrucciones para aplicar el instrumento.

Primero deberá leer el siguiente párrafo al participante:

A continuación, voy a leerle algunos síntomas o malestares que pudiera sentir, y le daré ejemplos de estos.

Al leer cada ítem debe preceder con la frase “*Usted ha sentido*”, seguido de los síntomas y los ejemplos.

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según la respuesta del participante, Marcando con una X en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el participante según su respuesta. Usted deberá puntuar de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia de este.

0: Ausente 1: Leve 2: Moderado 3: Grave 4: Muy grave/Incapacitante

El instrumento está dividido en 2 secciones, para ansiedad psíquica y ansiedad somática de la siguiente manera: Ansiedad psíquica ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14 y Ansiedad somática ítems: 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13. Al final deberá poner la puntuación dividida por dichas secciones y la puntuación final. Por favor asegure que todos los ítems fueron puntuados.

5. Instrumento Beck

El instrumento tiene instrucciones que se deberán leer al participante:

Este cuestionario será contestado por usted mismo, si tiene alguna duda puede preguntar en cualquier momento. Aparecen varios grupos de afirmaciones, por favor lea con atención cada una.

Marque con una X la respuesta que describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si hay más de una afirmación que considere concuerda con su situación, por favor márquela.

Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

Las respuestas tienen números del 0-1-2-3, no preste atención a ellos, sólo seleccione la casilla que mejor concuerde con su forma de sentir. Recuerde que ninguna respuesta es buena o mala, sólo describe su manera de sentirse.

ANEXO B. CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS



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

Cédula de Recolección de Datos Sociodemográficos

"Prevalencia de Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores informales primarios de pacientes con dolor crónico de la Clínica de dolor HGZ1 Aguascalientes en el año 2021."

Conteste todos los apartados con la información del sujeto encerrando en un círculo la opción.

Folio: R-2021-101-027.

Fecha de aplicación: / Marzo / 2021.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____

SIGLAS IDENTIFICADORAS

UMF a la que pertenece: _____. Género M / H.

Edad: _____
1.- 18-30 años 2.- 31-40 años 3.- 41-50 años
4.- 51-60 años 5.- 61-70 años 6.- >70 años

Estado Civil: 1.- Soltero(a). 2.- Casado(a). 3.- Unión libre. 4.- Viudo(a). 5.- Divorciado (a).

Escolaridad: 1.-Sin estudios. 2.-Primaria incompleta. 3.- Primaria completa.
4.- Secundaria incompleta. 5.- Secundaria completa. 6.- Preparatoria/técnico incompleta.
7.- Preparatoria/técnico completo 8. - Licenciatura incompleta 9.- Licenciatura completa

Ocupación: 1.- Cuidador de tiempo completo. 2.- Actividades y quehaceres del Hogar.
3.- Estudiante. 4.-Trabajador. 5.- Comerciante. 6.- Jubilado/pensionado

CARÁCTERÍSTICAS RELACIONADAS CON EL ESTUDIO

¿Cuánto tiempo lleva siendo cuidador?: 1.- < 1 año 2.- 1-3 años 3.- 4-10 años 4.- >10 años

¿Cuántas horas al día funge como cuidador? 1.- < 10 horas 2.- 10-20 horas 3.- 20-24 horas

¿Le han diagnosticado alguna vez en su vida síndrome del cuidador? 1.- Sí 2.- No.

¿Le han diagnosticado alguna vez en su vida ansiedad? 1.- Sí 2.- No.

¿Le han diagnosticado alguna vez en su vida depresión? 1.- Sí 2.- No.

¿Es usted paciente de clínica de dolor? 1.- Sí 2.- No.

ANEXO C. INSTRUMENTO ESCALA DE ZARIT

Instrucciones:

Esta sección tiene instrucciones en la hoja del instrumento, deberá explicar que usted aplicará el instrumento y debe leer las instrucciones al participante:

Le voy a leer una lista de afirmaciones, por favor responda cómo se siente. Después de leer la afirmación, usted podrá responderme con qué frecuencia se siente usted de esa manera, las opciones son: Nunca, rara vez, algunas veces, bastantes veces y casi siempre. A la hora de responder sepa que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia. A continuación, coloque en el recuadro de Respuesta la que corresponda según la información del participante, con números del 0 al 4 por cada pregunta:

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

Todos los ítems deben ser puntuados.

e

No. reactivo	Pregunta	Respu esta
1	¿Cree que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Cree que debido al tiempo que dedica a su familiar, usted no tiene suficiente tiempo para usted?	
3	¿Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades en su trabajo o su familia?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Piensa que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de la familia?	
7	¿Tiene miedo de lo que el futuro depare a su familiar?	
8	¿Cree que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
10	¿Cree que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Cree que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?	
13	¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades debido a su familiar?	
14	¿Cree que su familiar parece esperar que usted sea la persona que le cuida, como si usted fuera la única persona de quien depende?	
15	¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Cree que será incapaz de cuidarle/a por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar?	
18	¿Desearía poder dejarle el cuidado de su familiar a otros?	
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
20	¿Cree que debería hacer más por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar mejor a su familiar?	
22	Globalmente, ¿qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	

ANEXO D. INSTRUMENTO HARS (HAMILTON ANXIETY RATING SCALE)

Instrucciones para el profesional. Primero deberá leer el siguiente párrafo al participante:

A continuación, voy a leerle algunos síntomas o malestares que pudiera sentir, y le daré ejemplos de estos.

Al leer cada ítem debe preceder con la frase “Usted ha sentido”, seguido de los síntomas y los ejemplos.

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según la respuesta del participante, Marcando con una X en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el participante según su respuesta. Usted deberá puntuar de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia de este.

0: Ausente 1: Leve 2: Moderado 3: Grave 4: Muy grave/Incapacitante

El instrumento está dividido en 2 secciones, para ansiedad psíquica y ansiedad somática de la siguiente manera: Ansiedad psíquica ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14 y Ansiedad somática ítems: 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13. Al final deberá poner la puntuación dividida por dichas secciones y la puntuación final. Por favor asegure que todos los ítems fueron puntuados.

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

ANEXO E. INSTRUMENTO INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Instrucciones:

Este cuestionario será contestado por usted mismo, si tiene alguna duda puede preguntar en cualquier momento. Aparecen varios grupos de afirmaciones, por favor lea con atención cada una. Marque con una X la respuesta que describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si hay más de una afirmación que considere concuerda con su situación, por favor márquela. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección. Las respuestas tienen números del 0-1-2-3, no preste atención a ellos, sólo seleccione la casilla que mejor concuerde con su forma de sentir. Recuerde que ninguna respuesta es buena o mala, sólo describe su manera de sentirse.

Reactivos	Respuesta	Afirmación
1	0	No me siento triste
	1	Me siento triste
	2	Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
	3	Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2	0	No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
	1	Me siento desanimado respecto al futuro.
	2	Siento que no tengo que esperar nada.
	3	Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
3	0	No me siento fracasado.
	1	Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
	2	Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
	3	Me siento una persona totalmente fracasada.
4	0	Las cosas me satisfacen tanto como antes.
	1	No disfruto de las cosas tanto como antes.
	2	Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
	3	Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5	0	No me siento especialmente culpable.
	1	Me siento culpable en bastantes ocasiones.
	2	Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
	3	Me siento culpable constantemente.
6	0	No creo que esté siendo castigado.
	1	Me siento como si fuese a ser castigado.
	2	Espero ser castigado.
	3	Siento que estoy siendo castigado.
7	0	No estoy decepcionado de mí mismo.
	1	Estoy decepcionado de mí mismo.
	2	Me da vergüenza de mí mismo.
	3	Me detesto.
8	0	No me considero peor que cualquier otro.
	1	Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
	2	Continuamente me culpo por mis faltas.
	3	Me culpo por todo lo malo que sucede.
9	0	No tengo ningún pensamiento de suicidio.
	1	A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería
	2	Desaría suicidarme.
	3	Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10	0	No lloro más de lo que solía llorar.
	1	Ahora lloro más que antes.
	2	Lloro continuamente.
	3	Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

	0	No estoy más irritado de lo normal en mí.
11	1	Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
	2	Me siento irritado continuamente.
	3	No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
	0	No he perdido el interés por los demás.
12	1	Estoy menos interesado en los demás que antes.
	2	He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
	3	He perdido todo el interés por los demás.
	0	Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
13	1	Evito tomar decisiones más que antes.
	2	Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
	3	Ya me es imposible tomar decisiones.
	0	No creo tener peor aspecto que antes.
14	1	Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
	2	Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
	3	Creo que tengo un aspecto horrible.
	0	Trabajo igual que antes.
15	1	Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
	2	Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
	3	No puedo hacer nada en absoluto.
	0	Duermo tan bien como siempre.
16	1	No duermo tan bien como antes.
	2	Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
	3	Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
	0	No me siento más cansado de lo normal.
17	1	Me canso más fácilmente que antes
	2	Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
	3	Estoy demasiado cansado para hacer nada.
	0	Mi apetito no ha disminuido.
18	1	No tengo tan buen apetito como antes
	2	Ahora tengo mucho menos apetito.
	3	He perdido completamente el apetito.
	0	Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
19	1	He perdido más de 2 kilos y medio.
	2	He perdido más de 4 kilos.
	3	He perdido más de 7 kilos.
SI NO		Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.
	0	No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
20	1	Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
	2	Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
	3	Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
	0	No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
21	1	Estoy menos interesado por el sexo que antes.
	2	Estoy mucho menos interesado por el sexo.
	3	He perdido totalmente mi interés por el sexo.

ANEXO F. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"Prevalencia de Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores informales primarios de pacientes con dolor crónico de la Clínica de dolor HGZ1 Aguascalientes en el año 2021."		
Lugar y fecha:	Aguascalientes Ags. _____ de Marzo 2021		
Número de registro:	R-2021-101-027		
Justificación y objetivo del estudio:	Se me ha explicado que esta investigación es para determinar la prevalencia y conocer a nuestra población de cuidadores con respecto a su situación psicoafectiva. El presente estudio sería de los primeros en su tipo en el país, y sería el primero en Aguascalientes que daría las bases para comprender la realidad de nuestra población de cuidadores, de esta manera se podría abrir brecha para futuras investigaciones e intervenciones de acuerdo con los resultados, por lo cual es necesario dar mayor auge a la investigación en el tema.		
Procedimientos:	Se me ha explicado la estructura de los instrumentos a utilizar (constará de 4 secciones: la primera para obtener datos sociodemográficos, la segunda es la escala Zarit, la tercera es el Test de Hamilton HARS y la cuarta es la escala de BECK. Se me solicita la firma aval en el consentimiento informado. Se me explican riesgos y beneficios de mi aportación.		
Riesgos:	No existen riesgos potenciales de la aplicación de la encuesta, solo la molestia de proveer unos minutos para contestar las preguntas que se me solicitan, en todo caso si en algún momento me incomodan las preguntas o me hacen sentir mal acepto que el psicólogo intervenga.		
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Recibiré beneficio personal en este estudio para medir la sobrecarga del cuidador, ansiedad y depresión , lo que servirá para identificar la sospecha de padecerlas y plantear estrategias pertinentes para diagnóstico y tratamiento multidisciplinario a mí como cuidador.		
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El resultado es medir la prevalencia de sobrecarga, ansiedad y depresión.		
Participación o retiro:	Se puede retirar cuando usted lo considere necesario. Por este medio manifiesto que entiendo que mi participación es voluntaria y conservo el derecho de retirarme del proyecto en el momento que yo lo considere pertinente.		
Privacidad y confidencialidad:	Los datos otorgados durante la investigación serán confidenciales y no se identificará públicamente ya que será manejado de manera anónima. No se dará a conocer mi identidad, la cual siempre será protegida.		
En caso de colección de material biológico (NO APLICA)			
<input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NA	No autorizo que se tome la muestra Sí autorizo que se tome la muestra sólo para este estudio Sí autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros		
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (NO APLICA): NO APLICA			
Beneficios al término del estudio:	Identificar un posible riesgo de padecer sobrecarga de cuidador, ansiedad y depresión.		
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:			
Investigador principal:	ASESOR DE TESIS E INVESTIGADOR RESPONSABLE: Dr. Eumir Ponce de León Alcaraz, Adscripción: Unidad de Medicina Familiar #9 Ags, Dirección: Avenida Siglo XXI #301 Col. Municipio Libre, Teléfono: 449 972 4777 extensión 150, Correo electrónico: eumir.poncedeleon@imss.gob.mx.		
Investigadores asociados:	INVESTIGADOR ASOCIADO: Dra. Ramona Roma Cortes, Adscripción: Consultorio de Clínica de Dolor HGZ1 Aguascalientes, Dirección: Av. José Ma. Chávez 1202, Lindavista, 20270 Aguascalientes, Tel. 4499139050, Correo electrónico: romiromodolor@hotmail.com.		
	INVESTIGADOR ASOCIADO: Dra. Ana Cecilia Martínez Salas. Adscripción: Residente de 3er año de Medicina Familiar HGZ1 Aguascalientes, Ags. Dirección: Av. José Ma. Chávez 1202, Lindavista, 20270 Aguascalientes, Cel 4491080158, Correo electrónico: anacecimartinez90@gmail.com.		
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.ethica@imss.gob.mx			
_____ Nombre y firma del sujeto		_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento	
_____ Testigo 1 Nombre, dirección, relación y firma		_____ Testigo 2 Nombre, dirección, relación y firma	
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.			
*En caso de contar con patrocinador externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación científica.			Clave: 2810-009-013

ANEXO G. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ANTECEDENTES DE LOS PACIENTES.

Concepto	Item	Tipo	Escala	Respuestas
Sexo: Se refiere al sexo Mujer u Hombre con el que el participante se identifica.	Género	Cualitativa	Nominal (Dicotómica)	M H
Estado Civil: Es aquella condición social con la que el individuo se reconoce por su relación sentimental de pareja con otra persona de su mismo sexo o contrario.	Estado Civil	Cualitativa	Nominal (Dicotómica)	1) Soltero (a). 2) Casado (a). 3) En unión libre. 4) Viudo (a). 5) Divorciado (a).
Escolaridad: El grado más elevado de estudios que el participante adquirió hasta el momento de la encuesta.	Escolaridad	Cualitativa	Ordinal	1 sin escolaridad 2 Primaria completa 3 Primaria incompleta 4 Secundaria completa 5 Secundaria incompleta 6 Preparatoria/técnico completo 7 Preparatoria/técnico incompleto 8 Licenciatura incompleta Licenciatura completa
Ocupación: Se refiere a la actividad a la que el participante se dedica, trabajo, empleo, actividad, profesión.	Ocupación	Cualitativa	Nominal	1 Cuidador de tiempo completo 2 Actividades y quehaceres del Hogar 3 Estudiante 4 Trabajador 5 Comerciante 6 Jubilado/pensionado

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Tiempo de ser Cuidador: Hace referencia al tiempo transcurrido en años cumplidos desde el inicio del desempeño como cuidador hasta el momento de la encuesta.	¿Cuánto tiempo lleva siendo cuidador?	Cualitativa	Ordinal	1 < 1 año 2 1-3 años 3 a 10 años 4 > 10 años
Tiempo dedicado a ser cuidador: Horas al día que invierte sólo en ser cuidador.	¿Cuántas horas al día funge como cuidador?	Cualitativa	Ordinal	1 <10 2 10-20 3 20-24
Diagnóstico previo de síndrome del cuidador: Hace referencia a que se le haya hecho diagnóstico de síndrome del cuidador con anterioridad, sin importar el tiempo transcurrido.	¿Le han diagnosticado alguna vez en su vida síndrome del cuidador?	Cualitativa	Nominal (Dicotómica)	1 Sí 2 No
Diagnóstico previo de depresión: Hace referencia a que se le haya hecho diagnóstico de depresión con anterioridad, sin importar el tiempo transcurrido.	¿Le han diagnosticado alguna vez en su vida depresión?	Cualitativa	Nominal (Dicotómica)	1 Sí 2 No
Diagnóstico previo de ansiedad: Hace referencia a que se le haya hecho diagnóstico de ansiedad con anterioridad, sin importar el tiempo transcurrido.	¿Le han diagnosticado alguna vez en su vida ansiedad?	Cualitativa	Nominal (Dicotómica)	1 Sí 2 No
Paciente de clínica de dolor: La persona entrevistada tiene alguna patología y acude como paciente a clínica de dolor.	¿Es usted paciente de clínica de dolor?	Cualitativa	Nominal (Dicotómica)	1 Sí 2 No

ANEXO H. OPERACIONALIZACIÓN DE LA CARGA DEL CUIDADOR

Concepto	Dominio	Variabilidad	Item	Tipo	Escala	Respuestas
Sobrecarga del cuidador: un estado psicológico que resulta de la combinación de trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales y demandas económicas que surgen al cuidar a la persona dependiente y que pueden llevar a convertir al cuidador en un paciente más, esta afeción se identifica como un síndrome de agotamiento emocional, falta de personalización y baja realización personal.	Expectativas de autoeficacia: Refleja creencias del cuidador sobre su capacidad para cuidar a su familiar, el deber de hacerlo, el si podría hacerlo mejor, la falta de recursos económicos y la creencia de que solo él puede hacerlo	1 No sobrecarga 2 Sobrecarga intensa	15.- ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	Cualitativa	Ordinal	0: Nunca 1: Rara vez 2: Algunas veces 3: Bastantes veces 4: Casi siempre
	Impacto del cuidado: Valoraciones que hace el cuidador respecto a la prestación de cuidados, como falta de tiempo libre, deterioro de su salud, falta de intimidad, sensación de pérdida de control de su vida, deterioro de su vida social, etc.		20.- ¿Cree que debería hacer más por su familiar?	Cualitativa	Ordinal	0: Nunca 1: Rara vez 2: Algunas veces 3: Bastantes veces 4: Casi siempre
			21.- ¿Cree que podría cuidar mejor a su familiar?	Cualitativa	Ordinal	0: Nunca 1: Rara vez 2: Algunas veces 3: Bastantes veces 4: Casi siempre
			2.- ¿Cree que debido al tiempo que dedica a su familiar, usted no tiene suficiente tiempo para usted?	Cualitativa	Ordinal	0: Nunca 1: Rara vez 2: Algunas veces 3: Bastantes veces 4: Casi siempre
			3.- ¿Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades en su trabajo o su familia?	Cualitativa	Ordinal	0: Nunca 1: Rara vez 2: Algunas veces 3: Bastantes veces 4: Casi siempre

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

		7.- ¿Tiene miedo de lo que el futuro depare a su familiar?	Cualitativa	Ordinal	0: Nunca 1: Rara vez 2: Algunas veces 3: Bastantes veces 4: Casi siempre
		8.- ¿Cree que su familiar depende de usted?	Cualitativa	Ordinal	0: Nunca 1: Rara vez 2: Algunas veces 3: Bastantes veces 4: Casi siempre
		10.- ¿Cree que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	Cualitativa	Ordinal	0: Nunca 1: Rara vez 2: Algunas veces 3: Bastantes veces 4: Casi siempre
		11.- ¿Cree que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar?	Cualitativa	Ordinal	0: Nunca 1: Rara vez 2: Algunas veces 3: Bastantes veces 4: Casi siempre
		12.- ¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?	Cualitativa	Ordinal	0: Nunca 1: Rara vez 2: Algunas veces 3: Bastantes veces 4: Casi siempre
		14.- ¿Cree que su familiar parece esperar que usted sea la persona que le cuida, como si usted fuera la única persona de quien depende?	Cualitativa	Ordinal	0: Nunca 1: Rara vez 2: Algunas veces 3: Bastantes veces 4: Casi siempre

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

			16.- ¿Cree que será incapaz de cuidarle/a por mucho más tiempo?	Cualitativa	Ordinal	0: Nunca 1: Rara vez 2: Algunas veces 3: Bastantes veces 4: Casi siempre
			17.- ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar?	Cualitativa	Ordinal	0: Nunca 1: Rara vez 2: Algunas veces 3: Bastantes veces 4: Casi siempre
			18.- ¿Desearía poder dejarle el cuidado de su familiar a otros?	Cualitativa	Ordinal	0: Nunca 1: Rara vez 2: Algunas veces 3: Bastantes veces 4: Casi siempre
			19.- ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	Cualitativa	Ordinal	0: Nunca 1: Rara vez 2: Algunas veces 3: Bastantes veces 4: Casi siempre
			22.- Globalmente, ¿qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	Cualitativa	Ordinal	0: Nunca 1: Rara vez 2: Algunas veces 3: Bastantes veces 4: Casi siempre
			1.- ¿Cree que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	Cualitativa	Ordinal	0: Nunca 1: Rara vez 2: Algunas veces 3: Bastantes veces 4: Casi siempre
Relación interpersonal: Está representado por aquellos elementos referidos de la relación que el cuidador mantiene con su familiar o paciente, como sentimientos de vergüenza, enfado o tensión.						

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

		4.- ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	Cualitativa	Ordinal	0: Nunca 1: Rara vez 2: Algunas veces 3: Bastantes veces 4: Casi siempre
		5.- ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	Cualitativa	Ordinal	0: Nunca 1: Rara vez 2: Algunas veces 3: Bastantes veces 4: Casi siempre
		6.- ¿Piensa que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de la familia?	Cualitativa	Ordinal	0: Nunca 1: Rara vez 2: Algunas veces 3: Bastantes veces 4: Casi siempre
		9.- ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	Cualitativa	Ordinal	0: Nunca 1: Rara vez 2: Algunas veces 3: Bastantes veces 4: Casi siempre
		13.- ¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades, debido a su familiar?	Cualitativa	Ordinal	0: Nunca 1: Rara vez 2: Algunas veces 3: Bastantes veces 4: Casi siempre

ANEXO I. OPERACIONALIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN

Concepto	Dominio	Variabilidad	Ítem	Tipo	Escala	Respuestas
Depresión: Trastorno mental que se caracteriza por una combinación de tristeza, desinterés por las actividades y disminución de la energía. Otros síntomas son: pérdida de la confianza y la autoestima, sentimiento injustificado de culpabilidad, ideas de muerte y suicidio, menor capacidad de concentración, así como la aparición de trastornos del sueño y la alimentación	Dimensión cognitivo-afectivo	1. Altibajos considerados normales. 2. Leve perturbación del estado de ánimo. 3. Estados de depresión intermitentes. 4. Depresión moderada. 5. Depresión grave. 6. Depresión extrema.	1.- Tristeza	Cualitativa	Ordinal	No me siento triste (0) Me siento triste (1) Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo. (2) Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo. (3)
			2.- Pesimismo	Cualitativa	Ordinal	No me siento especialmente desanimado respecto al futuro. (0) Me siento desanimado respecto al futuro. (1) Siento que no tengo que esperar nada. (2) Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán. (3)
			3.- Fracasos pasados	Cualitativa	Ordinal	No me siento fracasado. (0) Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas. (1)

					Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso. (2)
					Me siento una persona totalmente fracasada. (3)
		4.- Perdida del placer	Cualitativa	Ordinal	Las cosas me satisfacen tanto como antes. (0)
					No disfruto de las cosas tanto como antes. (1)
					Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas. (2)
					Estoy insatisfecho o aburrido de todo. (3)
		5.- Sentimientos de culpa	Cualitativa	Ordinal	No me siento especialmente culpable. (0)
					Me siento culpable en bastantes ocasiones. (1)
					Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. (2)
					Me siento culpable constantemente. (3)
			Cualitativa	Ordinal	No creo que esté siendo castigado. (0)

		6.- Sentimientos de castigo			Me siento como si fuese a ser castigado. (1) Espero ser castigado. (2) Siento que estoy siendo castigado. (3)
		7.- Auto- insatisfacción	Cualitativa	Ordinal	No estoy decepcionado de mí mismo. (0) Estoy decepcionado de mí mismo. (1) Me da vergüenza de mí mismo. (2) Me detesto. (3)
		8.- Autocrítica	Cualitativa	Ordinal	No me considero peor que cualquier otro. (0) Me autocritico por mis debilidades o por mis errores. (1) Continuamente me culpo por mis faltas. (2) Me culpo por todo lo malo que sucede. (3)
		9.- Pensamiento	Cualitativa	Ordinal	No tengo ningún pensamiento de suicidio. (0)

			de deseos suicidas			A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería (1)
						Desearía suicidarme. (2)
						Me suicidaría si tuviese la oportunidad. (3)
	11.- Agitación	Cualitativa	Ordinal			No lloro más de lo que solía llorar. (0)
						Ahora lloro más que antes. (1)
						Lloro continuamente. (2)
						Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera. (3)
	12.- Llanto	Cualitativa	Ordinal			No estoy más irritado de lo normal en mí. (0)
						Me molesto o irrito más fácilmente que antes. (1)
						Me siento irritado continuamente. (2)
						No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme. (3)

			12.- Perdida de interés	Cualitativa	Ordinal	No he perdido el interés por los demás. (0)
						Estoy menos interesado en los demás que antes. (1)
						He perdido la mayor parte de mi interés por los demás. (2)
						He perdido todo el interés por los demás. (3)
			13.- Indecisión	Cualitativa	Ordinal	Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho. (0)
						Evito tomar decisiones más que antes. (1)
						Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes. (2)
						Ya me es imposible tomar decisiones. (3)
			14.- Falta de valía	Cualitativa	Ordinal	No creo tener peor aspecto que antes. (0)
						Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo. (1)
						Creo que se han producido cambios permanentes en mi

						aspecto que me hacen parecer poco atractivo. (2)
						Creo que tengo un aspecto horrible. (3)
						No me siento más cansado de lo normal. (0)
						Me canso más fácilmente que antes (1)
						Me canso en cuanto hago cualquier cosa. (2)
						Estoy demasiado cansado para hacer nada. (3)
						No he observado ningún cambio reciente en mi interés. (0)
						Estoy menos interesado por el sexo que antes. (1)
						Estoy mucho menos interesado por el sexo. (2)
						He perdido totalmente mi interés por el sexo. (3)

Dimensión somático-vegetativo			15.- Pérdida de energía	Cualitativa	Ordinal	Trabajo igual que antes. (0)
						Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo. (1)
						Tengo que obligarme mucho para hacer algo. (2)
			16.- Cambios en el patrón de sueño	Cualitativa	Ordinal	No puedo hacer nada en absoluto. (3)
						Duermo tan bien como siempre. (0)
						No duermo tan bien como antes. (1)
			18.- Cambios de apetito	Cualitativa	Ordinal	Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir. (2)
						Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir. (3)
						Mi apetito no ha disminuido. (0)
						No tengo tan buen apetito como antes (1)
						Ahora tengo mucho menos apetito. (2)

					He perdido completamente el apetito. (3)
		19.- Dificultad en la concentración	Cualitativa	Ordinal	Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada. (0)
					He perdido más de 2 kilos y medio. (1)
					He perdido más de 4 kilos. (2)
					He perdido más de 7 kilos. (3)
		20.- Cansancio o <u>fatiga</u> .	Cualitativa	Ordinal	No estoy preocupado por mi salud más de lo normal. (0)
					Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento. (1)
					Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más. (2)
					Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa. (3)

ANEXO J. OPERACIONALIZACIÓN DE ANSIEDAD

Concepto	Dominio	Variabilidad	Ítem	Tipo	Escala	Respuestas
Ansiedad: Es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos que puede presentarse como una reacción adaptativa, como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos.	Ansiedad psíquica: Es aquella ansiedad que engloba sintomatología de tipo subjetivo padecida por el individuo tales como preocupación, aprensión, alteración en el ciclo del sueño, dificultad para concentrarse, entre otros.	* Ansiedad Leve * Ansiedad Moderada * Ansiedad Severa	1.- Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	Cualitativa	Ordinal	Ausente (0) Leve (1) Moderado (2) Grave (3) Incapacitante (4)
			2.- Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	Cualitativa	Ordinal	Ausente (0) Leve (1) Moderado (2) Grave (3) Incapacitante (4)
			3.- Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	Cualitativa	Ordinal	Ausente (0) Leve (1) Moderado (2) Grave (3) Incapacitante (4)
			4.- Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	Cualitativa	Ordinal	Ausente (0) Leve (1) Moderado (2) Grave (3) Incapacitante (4)
			5.- Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	Cualitativa	Ordinal	Ausente (0) Leve (1) Moderado (2) Grave (3) Incapacitante (4)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

		6.- Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	Cualitativa	Ordinal	Ausente (0) Leve (1) Moderado (2) Grave (3) Incapacitante (4)
		14.- Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas energicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	Cualitativa	Ordinal	Ausente (0) Leve (1) Moderado (2) Grave (3) Incapacitante (4)
	Es aquella que engloba signos manifestados orgánicamente	7.- Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión,	Cualitativa	Ordinal	Ausente (0) Leve (1) Moderado (2)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

	tales como dolor muscular, sequedad de la boca, taquicardia, entre otros.	despertar prematuro, cambios de humor durante el día.			Grave (3) Incapacitante (4)
		8.- Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	Cualitativa	Ordinal	Ausente (0) Leve (1) Moderado (2) Grave (3) Incapacitante (4)
		9.- Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	Cualitativa	Ordinal	Ausente (0) Leve (1) Moderado (2) Grave (3) Incapacitante (4)
		10.- Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	Cualitativa	Ordinal	Ausente (0) Leve (1) Moderado (2) Grave (3) Incapacitante (4)
		11.- Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta,	Cualitativa	Ordinal	Ausente (0) Leve (1) Moderado (2) Grave (3) Incapacitante (4)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

		borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.			
		12.- Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	Cualitativa	Ordinal	Ausente (0) Leve (1) Moderado (2) Grave (3) Incapacitante (4)
		13.- Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	Cualitativa	Ordinal	Ausente (0) Leve (1) Moderado (2) Grave (3) Incapacitante (4)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ANEXO K. CARTA DE NO INCONVENIENTE



OOAD Aguascalientes
Jefatura de Servicios de
Prestaciones Médicas
Coordinación Auxiliar Médica de

Aguascalientes, Ags. 08 de Enero de 2021
REF Of, N° 0101012185/05/002/2021

Dr. Sergio Iván Sánchez Estrada
Presidente de CLIES 101
Delegación Aguascalientes
Presente

ASUNTO: Carta de no inconveniente

Por este conducto manifiesto que NO TENGO INCOVENIENTE para que el **Dr. Eumir Ponce de León Alcaráz**, investigadora principal adscrita Unidad de Medicina Familiar No.9 Delegación Aguascalientes, realice el proyecto con el nombre:

"Prevalencia de Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores informales primarios de pacientes con dolor crónico de la Clínica de Dolor HGZ1 Aguascalientes en el año 2021"

El cual es un protocolo de tesis del Médico Residente con sede en el Hospital General de Zona No. 1 la **Dra. Ana Cecilia Martínez Salas**.

En espera del valioso apoyo que usted siempre brinda. Le reitero la seguridad de mi atenta consideración.

Atentamente

Dra. Ma del Carmen Bonilla Rodríguez
Directora de Hospital General de Zona No.1

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ANEXO L. DICTAMEN APROBATORIO COMITÉ SIRELCIS

25/3/2021

SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 101
H GRAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 01 001 038

Registro CONBIOTICA CONBIOETICA 01 CEI 001 2018082

FECHA Jueves, 25 de marzo de 2021

Dr. Eumir Ponce de León Alcaraz

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Prevalencia de Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores informales primarios de pacientes con dolor crónico de la Clínica de dolor HGZ1 Aguascalientes, en el año 2021.**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2021-101-027

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. Sergio Iván Sánchez Estrada
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 101

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL