



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11
TAPACHULA, CHIAPAS**



TITULO:

**ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SOBRECARGA EN CUIDADORES
PRIMARIOS DE ENFERMOS RENALES EN DIÁLISIS PERITONEAL
DEL HGZ 1, TAPACHULA, CHIAPAS.**

FEBRERO 2021

**TESIS PRESENTADA PARA OBTENER
EL GRADO DE:
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

No. CVU 1112328

PRESENTA:

PAOLA JANET CABRERA ZAMORA



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11
TAPACHULA, CHIAPAS**



TITULO:

**ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SOBRECARGA EN CUIDADORES
PRIMARIOS DE ENFERMOS RENALES EN DIÁLISIS PERITONEAL
DEL HGZ 1, TAPACHULA, CHIAPAS.**

FEBRERO 2021

**TESIS PRESENTADA PARA OBTENER
EL GRADO DE:**

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

PAOLA JANET CABRERA ZAMORA

DIRECTOR Y ASESOR DE TESIS:

DRA. ROSA DEL CARMEN GALLEGOS SANDOVAL



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA FAMILIAR No. 11
TAPACHULA, CHIAPAS



TITULO:

**ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SOBRECARGA EN CUIDADORES
PRIMARIOS DE ENFERMOS RENALES EN DIÁLISIS PERITONEAL DEL
HGZ 1, TAPACHULA, CHIAPAS.**

AUTORIZACIONES

DR. RICARDO RAMOS MARTINEZ
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

DR. HECTOR ARMANDO RINCÓN LEÓN
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. ROSA DEL CARMEN GALLEGOS SANDOVAL
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD

DR. PEDRO SÁNCHEZ AYALA
**COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD DE LA U.M.F. 11.**

DRA. ADRIANA PALACIOS STEMPEISS
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Gracias por el don de la paciencia, la sabiduría, la empatía y muchas otras virtudes que me has regalado y que han servido para llevar esta profesión de manera exitosa, con todos sus reconocimientos y altibajos.

Siempre de tu mano, todo es mejor.

A mi papá:

Quien a pesar de ya no encontrarse en esta vida, dejó sus invaluable enseñanzas en mí y sé que ahora y siempre, estará orgulloso en la mujer que me he convertido.

Un beso al cielo dad.

A mi mamá:

Por su apoyo, su comprensión, su amor y otras virtudes que siembra día a día en mí persona. Saliendo adelante por nosotras a pesar de las vicisitudes de la vida.

Gracias mom.

A mis hermanas:

Porque son de mis personas favoritas en esta vida, pese a ser menores, puedo obtener consejos y enseñanzas de ustedes y siempre me han servido mucho.

Puedo corroborar con ello que la familia, lo es todo.

A mis colegas y amigos de la residencia:

Mi Familia por elección, sin ustedes creo que nada hubiera sido igual, se agradecen los momentos compartidos, tanto de sueño, alimentos, risas y porque no, hasta llantos y corajes.

Espero verlos en el camino, éxitos a todos.

ÍNDICE

Parte	Página
Título	1
Agradecimientos	2
Índice	3
Abreviaturas, siglas y acrónimos	4
Lista de tablas	5
Lista de figuras	6
Resumen	7
Abstract	8
Marco Teórico	9
Planteamiento del problema	17
Justificación	19
Objetivos	30
Hipótesis	21
Material y Métodos	22
Plan de análisis de resultados	31
Recursos e infraestructura	32
Cronograma de actividades	33
Implicaciones éticas	34
Resultados	41
Discusión	51
Conclusiones	54
Referencias	55

ABREVIATURAS, SIGLAS, Y ACRÓNIMOS

<i>Siglas</i>	<i>Descripción</i>
DPA	Diálisis Peritoneal Automatizada
DPCA	Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria
ERCT	Enfermedad Renal Crónica
HAM-D	Escala de Hamilton para la depresión
HGZ	Hospital General de Zona
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
TRS	Terapia Renal Sustitutiva

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla</i>	<i>Descripción</i>	<i>Página</i>
Tabla 1	Tiempo de evolución de la enfermedad y en diálisis del paciente	41
Tabla 2	Tiempo de cuidado del paciente	41
Tabla 3	Características demográficas y antropométricas de los pacientes	44
Tabla 4	Análisis de búsqueda de factores asociados a ansiedad	48
Tabla 5	Análisis de búsqueda de factores asociados a depresión	49
Tabla 6	Análisis de búsqueda de factores asociados a sobrecarga del cuidador	50

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura</i>	<i>Descripción</i>	<i>Página</i>
Figura 1	Parentesco del cuidador primario con el paciente	42
Figura 2	Tipo de apoyo que el cuidador primario recibía	42
Figura 3	Comorbilidades y consumo de fármacos psicomoduladores del cuidador	45
Figura 4	Prevalencia de ansiedad y depresión entre los cuidadores	45
Figura 5	Prevalencia de depresión leve, moderada y severa entre los cuidadores	46
Figura 6	Prevalencia de sobrecarga del cuidador global, ligera e intensada	46

RESUMEN

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN CUIDADORES PRIMARIOS DE ENFERMOS RENALES EN DIÁLISIS PERITONEAL DEL HGZ 1 TAPACHULA

Introducción. El cuidador principal tiene un rol fundamental y a veces hasta vital en los cuidados y en la calidad de vida del paciente con enfermedades crónicas. Pero la demanda física, mental y otras características del cuidador podrían predisponerlo a presentar ansiedad, depresión y sobrecarga afectando su salud física y emocional.

Objetivos. Identificar ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de enfermos renales en diálisis peritoneal del HGZ 1 Tapachula, durante el periodo de marzo-agosto del 2019.

Material y métodos. Estudio transversal, descriptivo que fue realizado en la Unidad de Medicina Familiar del HGZ 1 Tapachula, Chiapas en los cuidadores primarios de enfermos renales en diálisis peritoneal, durante el periodo marzo-agosto del 2019, Se aplicaron los instrumentos: Características Sociodemográficas, Escala de Hamilton para la Depresión (HAM-D), Escala de Hamilton para Ansiedad, Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. Se realizó un análisis estadístico en SPSS v.23. Una $p < 0.05$ se consideró significativa.

Resultados. Se incluyeron 111 cuidadores pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal de edad media 45.0 ± 12.7 años (75.7% femeninos, 24.3% masculinos) que llevaban cuidando en promedio 30.6 ± 36.0 meses al paciente. El 48.6% de los cuidadores eran el esposo(a) del enfermo, el 29.7% el hijo (a), el 10.8% de los casos los sobrinos. La prevalencia de ansiedad entre ellos fue de 59.5%, la de depresión de 23.4% y la de sobrecarga fue de 12.6%.

Los factores significativamente asociados a ansiedad del cuidador fueron el sexo masculino y ser viudo(a); los asociados a depresión fueron la escolaridad preparatoria y padecer enfermedades crónicas; y los asociados a sobrecarga del cuidador fueron el sexo masculino, ser viudo(a) y tener un nivel educativo de licenciatura o posgrado.

Conclusiones. La prevalencia de ansiedad en el cuidador de pacientes en diálisis peritoneal del Hospital General de Zona No. 1, Tapachula es alta y similar a la reportada en la literatura. Pero, la prevalencia de depresión y sobrecarga del cuidador aunque no es rara, es inferior a la reportada en otros reportes de literatura.

Palabras clave: Enfermedad renal crónica, Diabetes mellitus, Ansiedad, Depresión, Terapia sustitutiva, Diálisis Peritoneal, Cuidador Primario.

MARCO TEÓRICO

Desde el año dos mil, en la República Mexicana la DM2 es la principal causa de muerte en damas y la segunda en caballeros. Es la primera causa de retiro anticipado, ceguera e insuficiencia renal. En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) realizada en México durante el dos mil seis, la prevalencia de diabetes mellitus por diagnóstico previo, en los adultos fue de siete por ciento; mayor en mujeres (siete punto tres por ciento) que en hombres (seis punto cinco por ciento), aun cuando el 95.6% de la población percibe que la obesidad favorece el desarrollo de diabetes mellitus (ENSANUT 2016)².

La incidencia de Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) se ha incrementado considerablemente en la última década. Este incremento condicionado primordialmente por la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. Se estima que de cada cien pacientes diabéticos, catorce presentarán en algún momento de su vida nefropatía; lo que hoy nos lleva a tener setenta mil pacientes con tratamiento sustitutivo (diálisis y hemodiálisis) de los cuales cincuenta mil son atendidos dentro del I M S S, con todas las implicaciones clínicas, sociales y económicas que esto significa³. Se ha descrito que el número de pacientes que reciben diálisis ha crecido paralelamente. En Estados Unidos de América, el aumento de pacientes con ERCT que se integran a programas dialíticos es de seis por ciento anual ⁴, mientras que en México la tasa por cada año de pacientes a quienes se les realiza diálisis es de 154.6 por millón de habitantes, con una tasa por año para realización de trasplante renal de 21.2 por millón de habitantes ⁵.

El incremento acelerado de esta enfermedad origina a una cadena de situaciones que ocasionan complicaciones clínicas, financieras, de servicios de salud y, como consecuencia, de la forma de vida de los enfermos que se ven afectados, por lo que el inicio de la terapia de reemplazo es un punto decisivo para el pronóstico de la ERCT ya que la sobrevivencia del paciente depende, de su estado de salud en dicho momento; iniciar la terapia de sustitución renal (diálisis) fuera de tiempo, de forma urgente se asocia a mayor morbimortalidad y elevados costos⁶.

La ERCT es la última fase de avance de la enfermedad renal crónica, se caracteriza por la falta de capacidad de la función renal para mantener la homeostasia interna del organismo, requiriéndose de un tratamiento repetitivo, restringido, doloroso y de larga duración. Esto, aunado a la evolución del padecimiento y sus complicaciones, casusa daños en los estados de bienestar físico, mental, social, funcional, y satisfacción del paciente con enfermedad renal.⁷

Se entiende como ERCT a la pérdida acelerada y no reversible de la función renal, que inicia con la degradación progresiva del volumen de filtrado glomerular, originado por el reclutamiento de las nefronas dañadas, agregando los trastornos tubulares de homeostasis y, concluyendo con la falla de las funciones hormonales del órgano.⁸

La ERCT ocasiona cambios en el bienestar físico, mental y social de quien la padece, sin dejar de lado el efecto que causa sobre los individuos que fungen como cuidadores primarios, debido a la sobrecarga de actividades relacionadas con su familiar, como son la higiene, los traslados, el acompañamiento y el descuido de sí mismo, que ocasionan deterioro en la calidad de vida del paciente y cuidador; esta situación, en muchas circunstancias no se considera de importancia para el personal de salud, para enfocar objetivos que son esenciales en el tratamiento.⁸

En un estudio realizado por Mok y Tam⁹ se señala que estos pacientes se encuentran sometidos a variados estresores psicosociales, fisiológicos y a cambios de vital importancia en su estilo de vida. Además, aluden que la enfermedad renal crónica ocasiona situaciones en las cuales la amenaza constante de muerte y el carácter restrictivo del tratamiento de la enfermedad se hacen presentes; los pacientes se enfrentan a interrupciones potenciales en el estilo de vida y cambios psicosociales, con efectos sobre el concepto y confianza en su persona, así como cambios en los roles familiares¹⁰. En la dimensión psicológica algunas de las situaciones que más afectan la calidad de vida en el paciente con enfermedad renal son la depresión, ansiedad y la incertidumbre sobre el futuro¹¹⁻¹³, lo que se ha asociado con una mayor tasa de mortandad en los pacientes¹⁴. Otras reacciones frecuentes en los pacientes con insuficiencia

renal con o sin terapia de sustitución, son la hostilidad y la ira, dirigidas hacia sus cuidadores y el régimen terapéutico, como respuesta a las limitaciones de la enfermedad ¹⁵. En este sentido el proceso dialítico y la misma enfermedad llegan a convertirse para el enfermo y su familia, en una experiencia severamente estresante no sólo por las características inherentes al tratamiento mismo, sino por las limitaciones que representa, creando un suceso que origina un trastorno de adaptación significativo en las distintas áreas en las que el individuo se desenvuelve ¹⁶.

La ERCT es una enfermedad de alto impacto dentro del grupo de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), y su posición en términos del efecto en la carga global de la enfermedad se incrementó de manera significativa en los últimos años para México en un cuarenta por ciento, pasando de una tasa en 1990 de 294.25 por 100,000 habitantes, a una tasa de 431.32 muertes por 100,000 habitantes tan solo en dos décadas y media, representando el 56.57% de todas las muertes para México por ECNT, requiriéndose estrategias que se centren en acciones anticipadas para frenar la incidencia de etapas finales de la enfermedad que requieren terapias de soporte vital con altos costos económicos y sociales¹⁷.

El Cuidador

Los avances de la ciencia en medicina incrementan la esperanza de vida del paciente, al tener el control de una serie de enfermedades que antes conducían a una muerte inevitable; ocasionando que un número desmedido de pacientes en algún momento de su vida soliciten personas que se hagan cargo de su cuidado y atención por un periodo indefinido; llamándole a esta persona: “cuidador”¹⁸.

Las enfermedades que llevan a la necesidad de recibir cuidados son diversas y se encuentran esencialmente en los extremos de la vida. En la vejez como resultado del deterioro psíquico o enfermedades físicas y en la niñez por problemas crónicos como cáncer, asma, diabetes, epilepsia o discapacidades intelectuales o motoras¹⁹.

Dentro del sistema de salud se han descrito dos tipos de cuidadores: los formales ubicados dentro del Sistema Institucional y los informales, insertados en el Sistema Doméstico de Cuidado de la Salud²⁰. El cuidador informal se define a partir de dos particularidades: 1) “no es remunerado” lo cual le hace parecer como un tipo de cuidado “no válido” y 2) se desarrolla en el ámbito de las relaciones familiares ^{21,22}. Los cuidadores informales, a su vez, se dividen en primarios y secundarios, la diferencia entre estos es el nivel de responsabilidades que asumen hacia el paciente y el tiempo que dedican a cuidarlo; en este contexto, el cuidador primario es el responsable de la toma de las decisiones la mayoría de las veces y del tiempo invertido al acompañar al paciente, mientras el secundario sólo es el relevo. Así mismo, organizan su vida en función de las actividades del enfermo y los cuidados proporcionados deben ser compatibles con las del mismo ²³.

La diversidad e intensidad del trabajo de los cuidadores se conoce cada vez con mayor detalle, sobre todo por la información otorgada por encuestas realizadas. Los artículos resaltan la realización de actividades instrumentales de la vida diaria, como ayuda con el transporte, realizar compras, aseo del hogar, preparación de alimentos, gestionar finanzas, otorgar medicamentos y la realización de actividades diarias, como levantarles de la cama o silla, ducharse, vestirse, otorgar alimentos y ayudar a manejar la incontinencia. La intensidad de los cuidados es variable, de 8 horas o menos a la semana o ser los cuidados constantes.

Tratar una enfermedad crónica es una actividad muy complicada, que involucra más de lo estrictamente médico y por lo general es invisible para el personal de salud. El cuidado en el hogar requiere que los cuidadores tengan habilidades y conocimientos cada vez más complejos, a medida que el padecimiento avanza las relaciones en la familia van cambiando, incrementan los obstáculos en el manejo de la enfermedad. Los adultos mayores dependientes, tienen las mismas necesidades a las de los pacientes en una residencia de ancianos. En estudios recientes, se ha observado que las familias de bajos ingresos, se enfrentan a situaciones difíciles. Los pacientes cursan con un comportamiento inestable y fluctuantes, cambios que son imprevisibles; el deterioro cognitivo les convierte en

personas irreconocibles, la pérdida de su capacidad motora les limita en forma paulatina y en etapas avanzadas muy dependientes.

Información publicada refiere que el cuidado de una persona con gran dependencia, es una tarea difícil, va más allá de procedimientos de cuidados básicos, y cuidar a un familiar implica una relación difusa y no actividades específicas. Estudios han destacado el sufrimiento emocional de los cuidadores, identificando que manejar las emociones es importante para la problemática de las personas cuidadoras.

Los beneficios monetarios, sociales, psicológicos y terapéuticos del cuidado familiar en principio son obvios y se han documentado ampliamente en la literatura. Por ejemplo, se afirma que los cuidadores que viven con pacientes con demencia son un pilar importante para mantenerlos en sus hogares y no en residencias costosas. Pero estos beneficios son para la persona dependiente. Diversos estudios expresan preocupación por el desgaste físico y emocional que sufren los cuidadores, ya que ellos podrían convertirse en un paciente más. Se ha destacado que en la actualidad los cuidadores han aprendido el medio para el cuidado, saben como responder a las exigencias de las demandas y tienen un papel del cuidado de mayor duración, en comparación con sus antecesores.

La carga del cuidado implica desgaste físico, económico, social y emocional. Los síntomas depresivos, se han reportado, hasta del cuarenta por ciento del total de los cuidadores, quienes se perciben con mala salud y con gran sensación de cansancio físico. Se conoce que años de trabajo físico y emocional en el cuidado de una enfermedad crónica aumenta la percepción de carga pero que la experiencia subjetiva del cuidador es la variable principal para determinar el nivel de la misma; no son por tanto, las tareas en sí mismas las que determinan la carga sino la forma de percibir dicha situación por parte del cuidador. De gran importancia para esta percepción es la relación que el paciente tiene con su cuidador, si esta es buena, puede llegar a mitigar el esfuerzo del mismo.

Los estudios de carga y sobrecarga del cuidado realzan el concepto de apoyo social a los cuidadores. Dividido entre apoyo social informal y formal, siendo este último un apoyo que proviene de los profesionales en la materia y es institucional,

criticando la poca madurez del concepto, ya que faltan en las definiciones teóricas aspectos de lo que es el apoyo social.

La literatura documenta el papel que juegan las redes de apoyo social en el bienestar de los cuidadores. Los grupos de autoayuda son una alternativa y una de las iniciativas más importantes para aliviar la carga. Han mostrado ser eficaces en dar apoyo emocional e información al cuidador, algunos proporcionan compañía y un descanso de la actividad de cuidar; proporcionan un servicio enfocado en el cuidador y no en la persona cuidada. Los centros de día son otra iniciativa formal que contribuye a aliviar y aligerar la carga del cuidado, proporcionando cuidado terapéutico al paciente y de esta manera los cuidadores pueden deslindarse durante cierto tiempo de sus actividades de cuidado.

Hay una relación entre la red de apoyo social y la carga de la persona que cuida, confirmando que dicho apoyo social, en cantidad y de la forma ideal, que se encuentra disponible para el cuidador, alivia dicha carga. También se ha señalado la dimensión subjetiva del alivio de esta carga. Estudios realizados en Europa encontraron que ni el apoyo formal ni el informal tienen un impacto en los niveles de estrés del cuidador, pero encontraron indicios de la importancia de como es la percepción de los cuidadores del apoyo recibido. Por ejemplo encontraron que, respecto a la ayuda financiera que los cuidadores recibían del estado, lo que influía en sus niveles de estrés no era la cantidad en si misma de dinero recibido, sino lo satisfecho que estaban con esa cantidad recibida. Así la dimensión subjetiva juega un papel importante tanto para percibir la carga del cuidado como para sentirse aliviado de ella. En el aspecto clínico o asistencial, se han desarrollado protocolos que detectan el estrés y desgaste de los cuidadores y se han diseñado intervenciones que mejoran la relación de cuidado y refuercen la actividad del cuidador. Se observa que es de gran importancia para brindar apoyo a los cuidadores, la relación con el personal de salud ²⁴.

Aproximadamente el ochenta por ciento de los cuidadores experimentan niveles de estrés elevados, manifestándose como irritabilidad, astenia, adinamia, cefaleas, mialgias, cambios de humor, enfados, problemas de sueño, tristeza, depresión. Dichos síntomas se conocen como “El síndrome del cuidador”. Con

dicha sintomatología, es necesario pedir ayuda²⁵. El cuidador debe enfrentarse a las demandas del cuidado y a su vez asumir el rol familiar que siempre mantuvo antes de la enfermedad de su paciente. A partir de las demandas propias del rol puede presentar síntomas físicos, psicológicos, de conducta y sociales que ocasionan carga, ocasionando como consecuencia, la disminución de la calidad de la atención hacia el paciente y sus relaciones sociales, familiares y conyugales²⁶.

Las personas cuidadoras de enfermos dependientes, llegan a someterse a situaciones con niveles de estrés altos que conducen al agotamiento. Dicha sobrecarga presentada en los cuidadores tiene un peso negativo en su salud; observándose un incremento de la ansiedad y la depresión, y una mayor vulnerabilidad y mortalidad en cuidadores de la tercera edad; afectando de igual manera de forma directa al enfermo, relacionando ello con un aumento en las hospitalizaciones del paciente, por su deterioro funcional y con una mayor mortandad²⁷.

Para Zarit, Reeve y Bach-Peterson²⁸, la carga del cuidador hace referencia a las actitudes y reacciones emocionales ante la práctica de cuidar y al grado de perturbaciones o cambios en variables aspectos del ámbito doméstico y de la vida de los cuidadores. La carga es una interpretación que hace la persona que cuida ante los diversos causantes de estrés, originados del cuidado en función de las habilidades, recursos y experiencias con lo que este cuenta²⁹. La carga entorpece el cuidado y manejo del paciente y en la evolución de la misma patología, ocasionando de forma simultánea deterioro en la calidad de vida de la persona que cuida.²³ La carga es una palabra importante en la investigación de las complicaciones del cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas sobre la familia y el cuidador. El vocablo se remonta a los años sesenta, del siglo pasado, cuando Grad y Sainsbury³⁰ llevaron a cabo una investigación para conocer qué efectos ocasionaba durante la vida diaria de un núcleo familiar, tener a un integrante con enfermedad psiquiátrica. Por ello se evaluó la cuestión económica y emocional al tener en la familia un enfermo en esas condiciones. En los años ochenta se llevaron a cabo estudios sobre las consecuencias del cuidado de adultos mayores con síndromes demenciales, permitiendo establecer las complicaciones que el rol tenía para los cuidadores. Con lo anterior se realizó

una comparativa al estudio de cuidadores de adultos con distintos tipos de enfermedades crónicas ^{31,32}.

Un estudio en enfermedades neurodegenerativas³³ reporta que en un treinta y uno por ciento de las casas se cuenta con ayuda familiar, ochenta y seis por ciento brinda cuidado desde hace ocho años, y más de la mitad los realiza una mujer (87%), que de igual manera dedica en promedio veinte horas al cuidado. Observando que el ser cuidador, es una actividad que implica dedicación completa y una jornada extensa de tiempo y trabajo. En España se reporta que el sistema de salud otorga únicamente un doce por ciento del tiempo de cuidado que consume un enfermo y el ochenta y ocho por ciento de tiempo restante abarca el trabajo del hogar ³⁴.

En enfermedades neurológicas los cuidadores presentan altos niveles de depresión (48%) y ansiedad (38%), observando en su mayoría mujeres con edad de 47 años y un promedio de 11 meses de cuidar ³⁵. En lo referente a cuidadores, quienes se ocupan de adultos de la tercera edad con demencia son el grupo que más atención ha recibido ³⁶. El énfasis de la atención en dichos cuidadores, es ocasionado porque ellos se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad para el desarrollo de problemas emocionales ³⁷. Describiendo las consecuencias negativas del cuidado como sobrecarga “burden” ²⁹, por ello se puede corroborar que brindar cuidado informal a personas con problemas de salud (funcionamiento físico, cognitivo, problemas de conducta etc.) constituye una situación generadora de estrés en los cuidadores, con consecuencias en su bienestar físico, psicológico y social ^{38,39}.

Las repercusiones psicosociales son significativas, ya que a la misma evolución de la enfermedad se agrega el impacto psíquico, el deterioro en la calidad de vida, la incapacidad laboral, la merma de habilidades sociales, la carga física, la atención social y sanitaria de todas estas personas. En México se sabe que existen diversidad de género en la dedicación de horas a estas actividades del cuidado, siendo el sexo femenino quienes asumen el compromiso del cuidado⁴⁰.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la última década se ha observado un incremento de personas con ERCT alarmante y por ende la necesidad de apoyo a las personas dependientes, incluyendo comorbilidades por enfermedad crónica o envejecimiento. Al momento de brindar atención a enfermos con enfermedad renal, se entiende que requerirán cuidados especiales.

El cuidador aparece al convertirse alguien de la familia en una persona dependiente, ya sea por dificultades físicas o psíquicas, necesitando la ayuda de otra persona para realizar las actividades de la vida diaria. Es considerada una persona que va a vivir altibajos y situaciones reconfortantes durante el tiempo que le corresponda ser cuidador.

Solo el hecho de cuidar ocasiona una crisis paranormativa, por los sucesos relevantes de la vida en quien cuida y en su entorno familia. Se añade a esto el fuerte impacto emocional y los problemas que pueden surgir a lo largo de la situación de cuidado.

Quienes ocupan el rol de cuidadores cambian su vida de forma decisiva, alterando sus hábitos, tiempos de ocio, relaciones sociales y rutinas previas. Nada de esto es sencillo. Muchas veces no saben cómo sobrellevar dicho rol y afecta drásticamente en su vida.

Habitualmente no se predice el efecto de la sobrecarga del cuidador en la dinámica familiar, donde el “cuidador” principal, es la persona que llevará a cabo la mayoría de este trabajo (predominio mujeres) se convierte en una pieza irremplazable de la atención socio-sanitaria y de apoyo al paciente. La ERCT, constituye un problema de salud pública importante en México. Para el I M S S las nefropatías son la principal causa de hospitalizaciones con el tres punto doce por ciento y la tercera causa de muerte hospitalaria con el cinco por ciento. La ERCT tiene un curso progresivo con diferentes etapas, en las que la Terapia

Renal Sustitutiva (TRS) es la etapa final al que llegan un pequeño porcentaje de enfermos con ERCT. La literatura ha demostrado que tanto la ERCT como su tratamiento de diálisis, afectan en demasía las áreas de desempeño de los enfermos, así como la salud física y psicológica, esencialmente a nivel emocional, cognitivo, físico y social, alterando notablemente su condición de vida. Diversos artículos reflejan que el hecho de cuidar a un paciente implica riesgos para la salud física, mental y reflejarse en necesidades físicas de atención, perturbando la calidad de la misma, repercutiendo con la presencia de síntomas clínicos de la enfermedad y la continua atención que requieren los pacientes, ocasionando estrés en los cuidadores, sin embargo se desconocen cuáles son los predictores de ansiedad y estrés en los cuidadores primarios de enfermos renales que coadyuven en la detección temprana y la prevención, por lo que se establece la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe la ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de enfermos renales en diálisis peritoneal del HGZ 1 Tapachula?

JUSTIFICACIÓN

La Enfermedad Renal Crónica Terminal es un padecimiento que produce deterioro gradual e irreversible, que consiste en la alteración de la función renal, cuya actividad disminuye a un noventa por ciento, con discapacidad del organismo para el mantenimiento del equilibrio de líquidos y el metabolismo. Este deterioro afecta en gran medida las áreas emocionales, cognitivas, físicas y sociales de los pacientes. El rol del cuidador primario es clave para el mantenimiento de la calidad de vida de los pacientes, por lo que alteraciones en su salud física y mental implicaría posibles repercusiones. Son restringidos los estudios que valoran la carga del cuidador en cuanto las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar y al grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida de los cuidadores, por lo que es necesario realizar estudios exploratorios que permitan conocer predictores de problemas psicosociales y así establecer estrategias que mejoren su salud física y mental y por ende la calidad de vida de los enfermos renales.

Al conocer toda esta información se puede contribuir a evitar repercusiones en los cuidadores primarios y por ende en el mismo paciente, por ello se decide realizar este trabajo de investigación para obtener datos fidedignos de la afección que se sufre al tener a cargo a una persona con esta patología en específico; siendo de igual manera una aportación para el instituto y de esta forma poder realizar acciones para evitar aumenten los casos de Depresión y Ansiedad y las consecuencias de las mismas de no poder controlar, con ayuda de las redes de apoyo.

OBJETIVOS

General

Identificar ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de enfermos renales en diálisis peritoneal del HGZ 1 Tapachula, durante el periodo de estudio de marzo a agosto 2019.

Específicos

- Medir el grado de sobrecarga de los cuidadores primarios.
- Determinar la media de edad de los cuidadores primarios.
- Identificar el parentesco mas frecuente de los cuidadores primarios.
- Evaluar el grado de escolaridad de los cuidadores primarios.

HIPÓTESIS

Ha: La ansiedad, depresión y sobrecarga dependen de la habilidad y recursos del cuidador, afectando sus relaciones sociales, intimidad y libertad, con impacto en la enfermedad del paciente con ERC.

Ho: La ansiedad, depresión y sobrecarga no dependen de la habilidad y recursos del cuidador, y no afectan sus relaciones sociales, intimidad y libertad, sin impacto en la enfermedad del paciente con ERC.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Tipo de estudio:

- Transversal.
- Descriptivo.

Ubicación:

- Lugar de estudio: Hospital General de Zona no. 1, Tapachula.
- Periodo de estudio: Marzo 2019- Agosto 2019.

Muestreo:

- Probabilístico.

Tamaño de la muestra:

Se calculó el tamaño de muestra con base en los datos del Comité de Diálisis e informes mensuales de Medicina Interna del HGZ/MF 01 del IMSS.

La proporción de la ERCT en la modalidad de Diálisis Peritoneal (DPA: diálisis peritoneal automatizada y DPCA: diálisis peritoneal continua ambulatoria), del total de población derechohabiente, obteniéndose el cálculo de muestra para una población finita mediante la siguiente fórmula considerándose un nivel de confianza de 95% con un error estándar de 5%.

$$n = \frac{Z\alpha^2(N)(p)(q)}{e^2(N-1) + Z\alpha^2(p)(q)}$$

$$\frac{Z\alpha^2(N)(p)(q)}{e^2(N-1) + Z\alpha^2(P)(q)}$$

$$N = 333 \quad e = 5\% \quad p = 0.5 \quad Z_{\alpha=1.96} \quad q = 0.5$$

$$n = \frac{(1.96)^2(333)(0.5)(0.5)}{(0.05)^2(333-1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{(3.8416)(333)(0.25)}{(0.0025)(332) + (3.8416)(0.25)}$$

$$n = \frac{319.8132}{(0.83) + (0.9604)}$$

$$n = \frac{319.8132}{1.7904}$$

$$n = 178.62$$

$$\mathbf{n = 178}$$

Para la determinación de la muestra de cada estrato se fijó la proporción, siendo una variable cuantitativa discreta, y se ajustaron las cantidades de usuarios a participar en base en los datos del Comité de Diálisis e informes mensuales de Medicina Interna del HGZ/MF 01 del IMSS, para cumplir con la cantidad de la muestra.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Cuidadores primarios de pacientes renales en las modalidades de diálisis peritoneal.
- Aquellos que hayan otorgado su consentimiento informado asentado por escrito.
- De forma exclusiva cuidadores primarios adscritos al HGZ /MF 1.

Criterios de exclusión:

- Cuidadores primarios con diagnósticos previos de ansiedad y depresión con sus respectivos tratamientos.
- Cuidadores primarios de pacientes que hayan cambiado a hemodiálisis.
- Cuidadores primarios con deterioro cognitivo.

Criterios de eliminación

- Instrumentos contestados de forma incompleta ya que no permiten el análisis.
- Cuidadores primarios con diagnósticos previos de ansiedad y depresión con sus respectivos tratamientos.
- Cuidadores primarios de pacientes que hayan cambiado a hemodiálisis.

Definiciones operacionales:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	UNIDAD DE MEDIDA
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando a partir de la fecha de su nacimiento.	Número de años	Cuantitativa discreta	Años
Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Cuidador hombre o mujer	Cualitativa nominal dicotómica	Hombre Mujer
Escolaridad	Período de tiempo que se asiste a la escuela para estudiar y aprender.	Grado de estudios del cuidador	Cualitativa ordinal	Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Posgrado
Ocupación	Actividad o trabajo.	Trabajo del cuidador	Cualitativa nominal	Ama De Casa Comerciante Desempleado Otros
Parentesco	Relación que se establece entre las cosas que tienen características comunes.	Relación familiar entre el paciente y el cuidador	Cualitativa nominal	Ninguna Hijo Esposa Hermano Sobrino Tío Padres
Trastorno de Ansiedad generalizada	Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad.	Angustia que acompaña a algunas enfermedades en el cuidador. En términos de este protocolo, se define la ansiedad según el DSM V para trastorno de ansiedad. Ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y que	Cualitativa nominal dicotómica	Ansioso No ansioso

		las personas tienen dificultades para controlar, sobre diversos acontecimientos o actividades y que se asocian a tres o más síntomas de sobreactivación fisiológica.		
Depresión DSM-V	Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.	Trastorno mental en el cuidador primario	Cualitativa nominal dicotómica	Con depresión Sin depresión
Sobrecarga	Efecto de saturación u ocupación completa de una cosa que impide su funcionamiento normal.	Efecto de saturación en el cuidador	Cualitativa nominal dicotómica	Con sobrecarga Sin sobrecarga

Variables independientes

Características del cuidador como la edad del cuidador, escolaridad del cuidador, tiempo de cuidado, horas de cuidado diario, ocupación, Características del paciente como la edad, escolaridad, género.

Variables dependientes

Ansiedad y Depresión.

Procedimiento

El universo de estudio estuvo constituido por todos los cuidadores primarios de enfermos renales en diálisis peritoneal del HGZ 1 Tapachula y la muestra de acuerdo al resultado de la fórmula desarrollada. Se llevó a cabo la recolección de datos en las sesiones mensuales de diálisis realizadas por personal de trabajo social y en las citas del consultorio de diálisis ambulatoria, hasta que se completó la cantidad requerida, durante el periodo de estudio de marzo a agosto 2019.

Se define al cuidador como aquella persona que convive con el enfermo y manifestó explícitamente ante el investigador, asumir el compromiso de prestación de cuidados del paciente (necesidades básicas e instrumentales) no siendo necesario que sea un integrante de la familia o que viviese con él. Se tomó en cuenta ser un único cuidador, ser mayor de 18 años y un periodo no menor a 6 meses de ser cuidador antes de ser entrevistado.

Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos.

Al hacer contacto con el entrevistado se explicó el objetivo y otros detalles del estudio asegurando confidencialidad y anonimato. Asimismo se les pidió su consentimiento informado para participar de acuerdo a lo establecido en los principios éticos para investigaciones con sujetos humanos de la Declaración de Helsinki. En dicho documento se le explicó al participante el propósito de la investigación, además de que no hubo ningún riesgo físico asociado, así como ninguna compensación monetaria por su participación en esta investigación.

Procedimiento de recolección de datos

Se encuestó una muestra de pacientes mayores de 18 años que se identificaron como cuidadores principales de enfermos renales en diálisis peritoneal (DPA DPCA), cuyos cuidadores asistieron a las sesiones mensuales de diálisis/hemodiálisis realizadas por personal de trabajo social HGZ 1 del IMSS, durante el periodo de estudio de marzo a agosto 2019, además de cuidadores

primarios captados en la consulta de diálisis ambulatoria, como acompañantes de sus pacientes. Se realizó una encuesta rápida que nos determinó quien de las personas entrevistadas es cuidador principal y quien secundario, según las respuestas que nos den, con el fin de seleccionar a quienes se debería evaluar y realizar una comparación, determinando si el nivel de ansiedad y depresión cambia en cuanto el tipo de cuidador que es y las funciones que realiza para con el enfermo renal.

En todos los casos se les invitó a participar, explicando el propósito del estudio y se les pidió la firma del consentimiento informado, explicándoles sobre el trabajo de investigación.

Se realizó una entrevista directa y aplicación de los instrumentos por parte del investigador principal a 178 individuos que cumplieron con los criterios de selección.

Se aplicaron 4 instrumentos: Uno sobre Características Sociodemográficas, Escala de Hamilton para la depresión (HAM-D) y para ansiedad, Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.

Instrumentos que serán aplicados:

Se utilizaron en el estudio los instrumentos que se detallan a continuación, además de un Cuestionario de Datos Sociodemográficos elaborado específicamente para el estudio:

- 1. Características sociodemográficas:** En el que se cuestiona a los participantes edad, sexo, ocupación, parentesco, situaciones relacionadas con la actividad de cuidar, tiempo de ser cuidadores, tiempo de evolución del paciente con enfermedad renal, etc.
- 2. Escala de Hamilton para la depresión (HAM-D)** La HAM-D o Hamilton Rating Scale for Depression: Escala heteroaplicada, diseñada para calcular la intensidad o gravedad de la depresión, siendo muy utilizada para monitorizar la evolución de los síntomas en la práctica clínica y en la investigación.

La versión original está constituida por veintiun ítems y fue publicada en 1960. Existe una adaptación reducida realizada por el mismo autor de diez y siete ítems, otra versión de 24 ítems y una de 6 ítems constituida por los ítems de humor deprimido, sentimientos de culpa, trabajo y actividades, inhibición, ansiedad psíquica y síntomas somáticos de la versión 17. La validación de la versión de España de la escala fue realizada en mil novecientos ochenta y seis, posteriormente se efectuó la evaluación psicométrica comparativa de las versiones 6, 17 y 21.

Los ítems incluyen ánimo depresivo, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio precoz, medio y tardío, trabajo y actividades, inhibición, agitación, ansiedad psíquica y ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales, síntomas somáticos generales, síntomas sexuales (disfunción sexual y alteraciones de la menstruación), hipocondría, pérdida de peso y capacidad de entendimiento. Los ítems adicionales en la versión de veinte uno son variación diurna, despersonalización y desrealización, síntomas paranoides y síntomas obsesivos y compulsivos.

Esta escala es de difícil administración a enfermos físicos por el excesivo peso de los síntomas de ansiedad y síntomas somáticos. Proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro depresivo y una puntuación en 3 factores o índices: melancolía, ansiedad y sueño. Las puntuaciones en cada uno de los índices se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems que los constituyen: melancolía (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13); ansiedad (ítems 9-11) y sueño (ítems 4-6). No existen puntos de corte definidos para las puntuaciones en estos índices. La puntuación general se obtiene adicionando las puntuaciones de cada ítem, con un rango de puntuación en la escala de diez y siete ítems que en la versión española es de 0 a 54. Los puntos de corte para definir los niveles de gravedad de la depresión recomendados por la Asociación Psiquiátrica Americana ciento setenta y siete son:

	No	Ligera/menor	Moderada	Grave	Muy
--	-----------	---------------------	-----------------	--------------	------------

	depresión				grave
APA, 2000	0-7	8-13	14-18	19-22	>23

3. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit: Es la versión más reconocida e instrumento más usado para valorar la sobrecarga en cuidadores, se puede obtener un puntaje de 0 a 84, tiene 22 reactivos y buena confiabilidad test-retest con una correlación Pearson de 0.8613,25. y un punto de corte de 63 que es indicativo de estrés psicológico. La estandarización encuentra tres factores que explican el cincuenta y seis punto dos por ciento de la varianza. El primero, Impacto Negativo, es el impacto subjetivo de la relación de cuidados sobre la vida de las personas que cuidan, hace referencia a situaciones relacionadas con efectos del cuidado en relaciones sociales, tiempo personal, intimidad, agobio y salud del cuidador. El segundo, Sentimientos de Rechazo, se refiere a sentimientos que se producen con la relación que el cuidador mantiene con el enfermo. El tercero, Falta de Competencia, manifiesta las creencias del cuidador de su capacidad y competencia para mantener el cuidado del miembro de su familia.

Consta de veinte un ítems y mide tres dimensiones subyacentes a la carga que son: impacto de cuidado, carga interpersonal y expectativas de autoeficacia. Esta escala mide el nivel en que los cuidadores descubren que sus responsabilidades tienen efectos negativos sobre su salud, vida personal y social, finanzas y bienestar emocional.

4.- Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS): La HARS es una escala que valora la intensidad de la ansiedad. Consta de un total de catorce ítems que miden los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Además un ítem evalúa especialmente el ánimo deprimido.

En el caso del trastorno de ansiedad generalizada, diversos autores prefieren usar como criterio de respuesta el cambio en las puntuaciones en los dos primeros ítems (humor ansioso y tensión) que la puntuación total, ya que los doce ítems restantes no figuran adecuadamente al trastorno de ansiedad generalizada.

El Marco de referencia temporal son los últimos días (al menos los tres últimos) en todos los ítems, con excepción del último, en el que se evalúo la conducta del sujeto durante la entrevista.

Es una escala heteroaplicada, Ballenger y Lewis han creado unas sencillas instrucciones para asignar las puntuaciones más adecuadas en cada paciente, con el objeto de aumentar la fiabilidad de los evaluadores.

A continuación se describen brevemente (son válidas para los trece primeros ítems):

1. Identifique de entre todos los síntomas posibles para cada ítem el que causa mas problemas en los últimos días, y que sea debido ciertamente a ansiedad.
2. Determine para ese síntoma estos tres aspectos: gravedad, frecuencia de presentación y la incapacidad o disfunción que produce.
3. Gravedad: 1, leve, de poca importancia; 2, gravedad moderada y alteraciones; 3, alteraciones graves derivadas de los síntomas, muy molesto; 4, el peor síntoma que haya padecido nunca.
4. Tiempo/frecuencia: 1, ocurre con poca frecuencia durante cortos períodos de tiempo; 2, ocurre parte del día o menos de la mitad de los días (menos de una tercera parte del tiempo de vigilia); 3, ocurre gran parte del día, durante la mayoría de los días (más de una tercera parte del tiempo de vigilia); 4, ocurre casi todo el tiempo.
5. Incapacidad/disfunción: 1, conciencia de los síntomas, pero sin interferir en las actividades normales; 2, los síntomas interfieren en alguna actividad o empeoran debido a las alteraciones; 3, los síntomas causan incapacidad para llevar a cabo (o interfieren gravemente) las actividades sociales, familiares o laborales; 4, los síntomas causan incapacidad para realizar (o llevan a evitar) actividades en 2 o más de las áreas anteriores.

Facilita a una medida general de ansiedad, que se obtiene adicionando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems.

Los puntos de corte recomendados son:

0-5: no ansiedad.

6-14: ansiedad leve.

≥15: ansiedad moderada/grave.

PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Análisis estadístico

Métodos y modelos de análisis de los datos según tipo de variables.

Se realizaron pruebas estadísticas descriptivas para cada variable estudiada y como pruebas inferenciales se usaron la Chi-cuadrada y la prueba exacta de Fisher, para determinar relaciones significativas entre datos sociodemográficos y clínicos con estrés psicológico, ansiedad y depresión. Todo esto con el programa estadístico SPSS versión 23.

Programas a utilizar para análisis de datos

Para el análisis de los datos fue utilizado el programa estadístico SPSS versión 23.

RECURSOS E INFRAESTRUCTURA

Humanos

Investigador principal: Dra. Paola Janet Cabrera Zamora.

Asesor Metodológico: Dra. Rosa del Carmen Gallegos Sandoval.

Físicos

Sala de espera de consulta externa UMF No. 11.

Papel y hojas blancas, Lápiz y lapiceros.

Computadora personal.

Sistemas de cómputo auxiliares y Software estadístico.

Instrumentos de evaluación

Cuestionario de Características Sociodemográficas, Escala de Hamilton para la Depresión (HAM-D) y para Ansiedad, Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.

Financieros

Fueron proporcionados por el investigador principal y el asesor metodológico.

IMPLICACIONES ÉTICAS

Este trabajo de investigación se acopló al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, en su artículo diecisiete: Se consideró como riesgo de la investigación a la posibilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como a resultado inmediato o tardía del estudio.

Para efectos de este Reglamento. Ésta investigación está clasificada como una Investigación sin riesgo: Considerándose un estudio en el que emplearon técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos, sin realización de intervenciones o modificaciones en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que intervienen en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. Se garantizará la confidencialidad de los resultados obtenidos y la privacidad o anonimato de los participantes.

Fue evaluada por el Comité Local de Investigación en Salud No. 703 y Comité de Ética en Investigación en Salud No. 7038, de la Unidad de Medicina Familiar No. 13 del instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, donde fue analizado para valorar su viabilidad y realización.

El proyecto se realizó tomando en cuenta el respeto a los derechos de privacidad de la información obtenida de cada participante, los cuestionarios se aplicaron de forma directa y confidencial.

Previo a la aplicación del cuestionario se proporcionó una explicación rápida, clara y precisa del contenido de la encuesta, el objetivo de estudio y la importancia que tienen los resultados, garantizando aclarar cualquier duda y recibir respuesta a cada una de ellas, además de explicar que tiene la libertad de retirarse del estudio en el momento que decida sin tener repercusiones en su atención en los diferentes servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Declaración de Helsinki (Asamblea en Brasil, octubre dos mil trece): La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".

Esta investigación médica está adherida a los lineamientos que promueve la Secretaria del Trabajo y previsión Social, en el Diario Oficial de la Federación con fecha de 13 de noviembre de 2014.

Declaración de Helsinki fue Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000 Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002 Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

Principios generales

1. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".
2. La obligación del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
3. El avance de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.
4. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y

mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

5. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.
6. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.
7. En la investigación médica, es obligación del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.
8. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.
9. La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.
10. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente.
11. Los grupos que están subrepresentados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

12. El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.
13. Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.

RESULTADOS

Características de los pacientes con enfermedad renal crónica

Se incluyeron los casos de 111 cuidadores primarios de pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal del HGZ 1 de Tapachula, Chiapas. El tiempo medio de evolución de la enfermedad renal crónica del paciente fue 7.0 ± 6.0 años, el tiempo medio de la evolución de la enfermedad renal terminal fue de 5.6 ± 4.8 años y el tiempo medio del paciente en diálisis peritoneal fue 26.5 ± 29.9 meses (Tabla 1).

Tabla 1. Tiempo de evolución de la enfermedad y en diálisis del paciente (n=111)

Característica	Media \pm SD
<i>Tiempo de evolución de la ERC (años)</i>	7.0 \pm 6.0
<i>Tiempo de evolución de ERC terminal (años)</i>	5.6 \pm 4.8
<i>Tiempo medio de diálisis peritoneal (meses)</i>	26.5 \pm 29.9

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Tiempo medio de cuidado del paciente, parentesco del cuidador primario y apoyo recibido por el cuidador

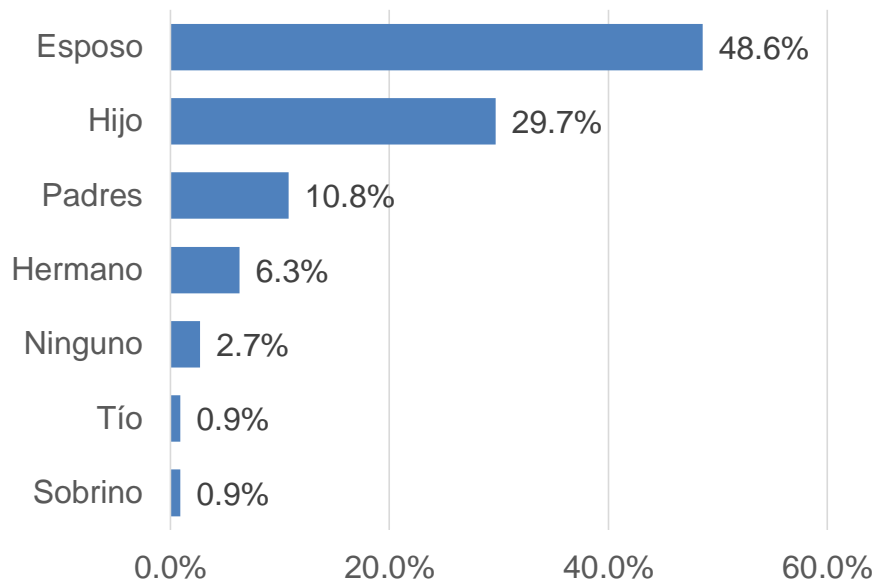
El tiempo medio que el cuidador primario cuidaba al paciente fue de 30.6 ± 36.0 meses. El 41.4% tenía entre 1 y 12 meses cuidando al paciente, el 25.2% de 13-24 meses, el 23.4% de 25-60 meses y el 9.9% llevada mas de 60 meses cuidando al paciente (Tabla 2).

Tabla 2. Tiempo de cuidado del paciente(n=111)

Característica	Media \pm SD
<i>Tiempo medio que cuidados brindados al paciente por el cuidador primario(meses)</i>	30.6 \pm 36.0
<i>1-12 meses</i>	41.4(46)
<i>13-24 meses</i>	25.2(28)
<i>25-60 meses</i>	23.4(26)
<i>>60 meses</i>	9.9(11)

Fuente: Instrumento de recolección de datos

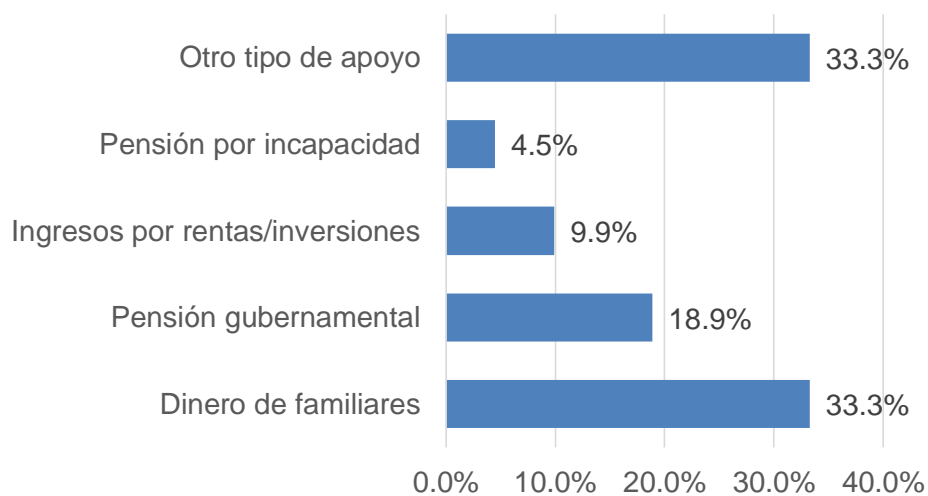
Enseguida, se evaluó el parentesco de los cuidadores con el paciente, encontrando que el 48.6% de los cuidadores eran el esposo(a) del enfermo, en el 29.7% el hijo (a), en el 10.8% de los casos los padres, en el 6.3% los hermanos, en el 2.7% de los casos el cuidador no tenía parentesco con los enfermos y en el 0.9% de los casos el cuidador era sobrino o el tío (Gráfica 1).



Gráfica 1. Parentesco del cuidador primario con el paciente.

Fuente Instrumento de recolección de datos

En relación con el apoyo que el cuidador primario recibía, el 64.9% recibía algún tipo de apoyo (n=72); de ellos, el 33.3% recibía dinero de los familiares, el 18.9% pensión gubernamental, el 9.9% ingresos por rentas ó inversiones y el 4.5% pensión por incapacidad y el 33.3% otro tipo de apoyo (Gráfica 2).



Gráfica 2. Tipo de apoyo que el cuidador primario recibía.

Fuente Instrumento de recolección de datos

Características demográficas de los cuidadores

Se incluyeron en este estudio un total de 111 cuidadores de pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal, de los 178 que era la muestra de nuestro universo, debido a que el resto de las personas entrevistadas, se encontraban dentro de los criterios de exclusión y de eliminación. Estos cuidadores fueron de pacientes del HGZ 1 Tapachula, con una edad media 45.0 ± 12.7 años (edad mínima 18 años y máxima 68 años). Por categorías de edad, el 13.5% eran menores de 30 años, el 44.1% tenían 30-49 años y el 42.3% tenían 50 años o mas. El 75.7% eran femeninos y el 24.3% masculinos (Tabla 3).

El estado civil de los cuidadores primarios fue soltero en el 17.1% de los casos, casado en el 57.7%, unión libre en el 16.2%, divorciado en el 5.4% de los casos y viudo en el 3.6%. El 1.8% de los cuidadores carecían de estudios formales, el 28.8% tenían escolaridad primaria, el 30.6% secundaria, el 25.2% preparatoria, el 12.6% licenciatura y el 0.9% posgrado (Tabla 3).

El 50.5% de los cuidadores eran amas de casa, el 9% comerciantes, el 14.4% desempleados y el 26.1% tenían una escolaridad distinta. En relación con la religión, el 54.1% eran católicos, el 21.6% evangélicos, el 16.2% no tenían religión y el 8.1% tenían otra religión (Tabla 3).

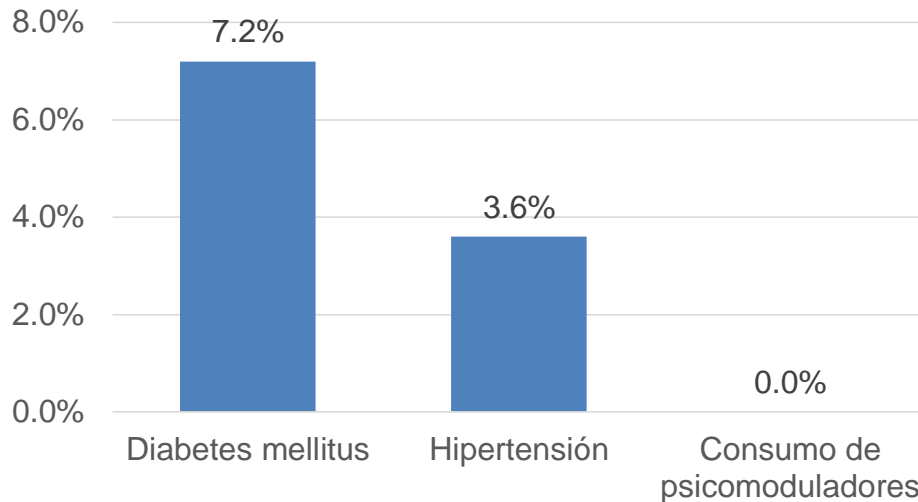
Comorbilidades y consumo de fármacos psicomoduladores del cuidador

El 10.8% de los cuidadores padecían alguna enfermedad crónica (n=12). De estos, el 7.2% tenía diabetes mellitus y el 3.6% hipertensión arteria sistémica. Al interrogar a los cuidadores primarios de los enfermos sobre el uso personal de algún fármaco psicomodulador como diazepam, alprazolam, midazolam, nalbina, fluoxetina, imipramina o buprenorfina, ninguno utilizaba algún fármaco (Gráfica 3).

**Tabla 3. Características demográficas y antropométricas de los cuidadores
(n=111)**

Característica	Valores
Edad (años)	45.1±2.7
<30 años	13.5(15)
30-49 años	44.1(49)
≥50 años	42.3(47)
Sexo, %(n)	
Femenino	75.7(84)
Masculino	24.3(27)
Estado civil, %(n)	
Soltero(a)	17.1(19)
Casado(a)	57.7(64)
Viudo(a)	3.6(4)
Unión libre	16.2(18)
Divorciado(a)	5.4(6)
Escolaridad, %(n)	
Analfabeta	1.8(2)
Primaria	28.8(32)
Secundaria	30.6(34)
Preparatoria	25.2(28)
Licenciatura	12.6(14)
Posgrado	0.9(1)
Ocupación, %(n)	
Ama de casa	50.05(56)
Comerciante	9.0(10)
Desempleado(a)	14.4(16)
Otra	26.1(29)
Religión, %(n)	
Católico(a)	54.1(60)
Evangélico(a)	21.6(24)
Ninguno(a)	16.2(9)
Otra	8.1(9)

Fuente: Instrumento de recolección de datos

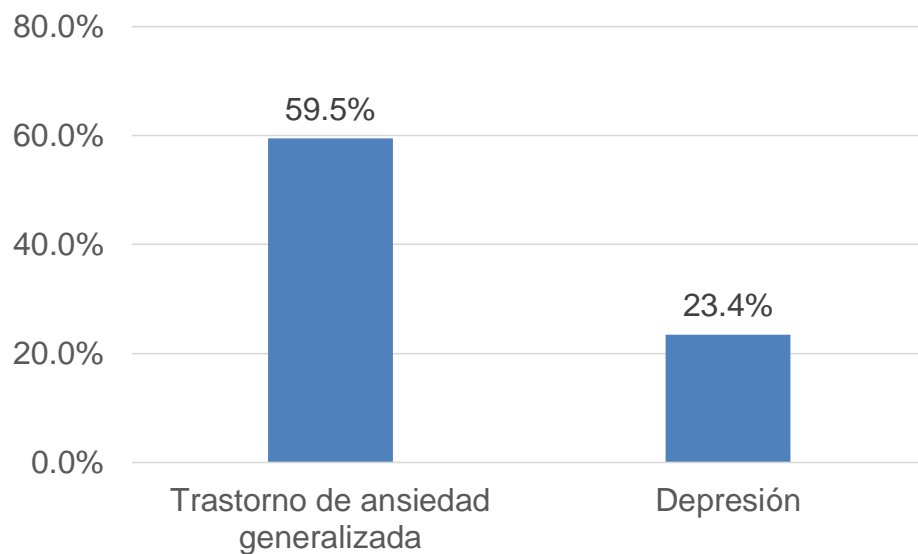


Gráfica 3. Comorbilidades y consumo de fármacos psicomoduladores del cuidador.

Fuente Instrumento de recolección de datos

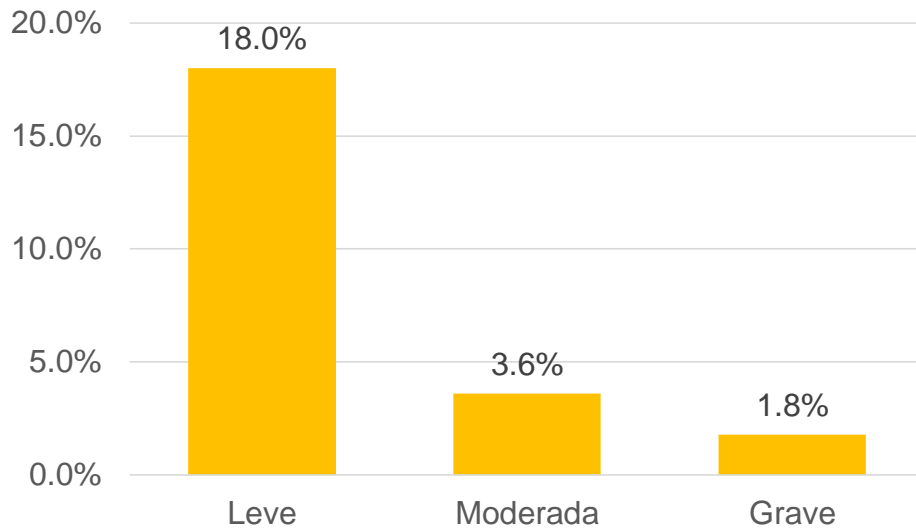
Prevalencia de trastorno de ansiedad generalizada y depresión

Entre los cuidadores primarios se encontró una prevalencia de trastorno de ansiedad generalizada de 59.5% con base en el cuestionario de ansiedad de Hamilton. Mientras que, la prevalencia de depresión con base en los criterios del DSM-V fue de 23.4% (Gráfica 4). La severidad de la ansiedad de los cuidadores fue leve en el 18%, moderada en el 3.6% y severa en el 1.8% (Gráfica 5).



Gráfica 4. Prevalencia de ansiedad y depresión entre los cuidadores.

Fuente: Instrumento de recolección de datos

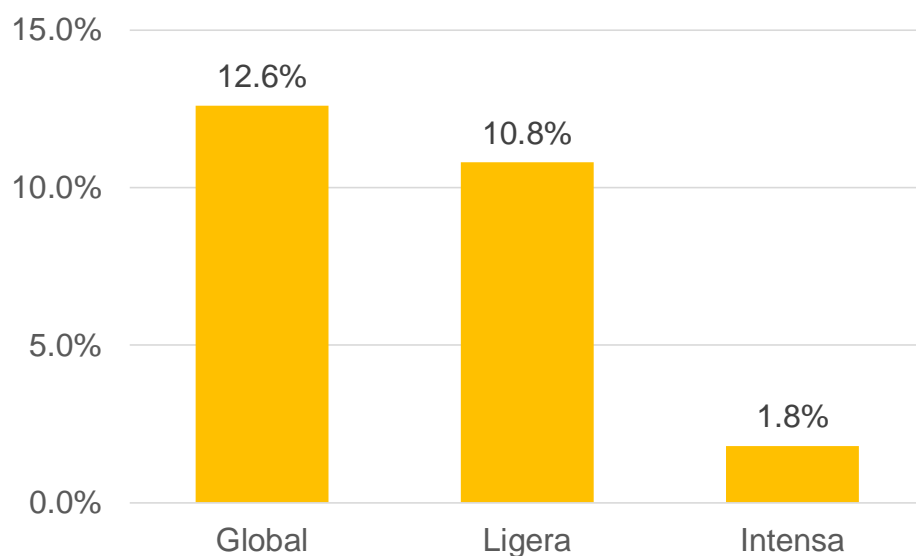


Gráfica 5. Prevalencia de depresión leve, moderada y grave entre los cuidadores.

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Prevalencia de sobrecarga del cuidador

Por otro lado, se evaluó también la prevalencia de sobrecarga del cuidador encontrando, en base al cuestionario de Zarit que el 12.6% tuvieron sobrecarga del cuidador, siendo ligera en el 10.8% de los casos e intensa en el 1.8% de los casos. El restante 87.4% no presentaban sobrecarga del cuidador (Gráfica 6).



Gráfica 6. Prevalencia de sobrecarga del cuidador global, ligera e intensa.

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Factores asociados a ansiedad

Se compararon las características de los cuidadores con y sin ansiedad para identificar que factores se asociaron a ansiedad. Para las características de cuidador en que hubo diferencias significativas en la prevalencia de ansiedad se estimó la magnitud de la asociación mediante cálculo de *Odds Ratio* (razón de momios). Los factores asociados significativamente a mayor probabilidad de ansiedad fueron el sexo masculino $OR=3.8(1.2-12.2, p=0.017)$ y ser viudo $OR=26.2(2.5-273.9, p=0.002)$, Tabla 4. Las demás características no se asociaron significativamente con ansiedad, incluyendo el tiempo de ser cuidador primario.

Factores asociados a depresión

También, se compararon las características de los cuidadores con y sin depresión para identificar que factores se asociaron a depresión, encontrando que la escolaridad preparatoria se asoció con menor probabilidad de depresión con un $OR=0.04(0.002-0.647, p=0.001)$; mientras que, tener enfermedades crónicas se asoció con mayor probabilidad de depresión $OR=3.9(1.15-13.56, p=0.021)$, y también el tiempo de ser cuidador primario se asoció con mayor probabilidad de depresión ($OR=1.014, IC95\% 1.002-1.027, p=0.023$), Tabla 5. Las demás características no se asociaron significativamente con depresión.

Factores asociados a sobrecarga del cuidador

Finalmente, se compararon las características de los cuidadores con y sin sobrecarga para identificar que factores se asociaron a sobrecarga del cuidador, encontrando asociados a mayor probabilidad de sobrecarga, el sexo masculino $OR=3.8(1.2-12.2, p=0.002)$, ser viudo(a) $OR=26.2(2.5-273.9, p=0.002)$ y tener nivel educativo licenciatura o posgrado $OR=4.8(1.4-17.3, p=0.015)$, Tabla 6. Las demás características no se asociaron significativamente con sobrecarga del cuidador, incluyendo el tiempo de ser cuidador primario.

Tabla 4. Análisis de búsqueda de factores asociados a ansiedad

<i>Factor</i>	<i>Prevalencia de ansiedad</i>	<i>No ansiedad</i>	<i>OR(IC95%)</i>	<i>Valor de p*</i>
Sexo				
Femenino	57.1(48)	42.9(36)	NA	0.381
Masculino	66.7(18)	33.3(9)		
Estado civil				
Soltero(a)	52.6(10)	47.4(9)	-	
Casado(a)	51.6(33)	48.4(31)	-	
Viudo(a)	100.0(4)	0.0(0)	16.9(1.0-296.4)	0.05
Unión libre	72.2(13)	27.8(5)	-	
Divorciado	100.0(6)	0.0(0)		
Escolaridad, %(n)				
Analfabeta	100.0(2)	0.0 (0)	NA	0.717
Primaria	62.5(20)	37.5(12)		
Secundaria	55.9(19)	44.1(15)		
Preparatoria	53.6(15)	46.4(13)		
Licenciatura	64.3(9)	35.7(5)		
Posgrado	100.0(1)	0.0 (0)		
Ocupación, %(n)				
Ama de casa	67.9(38)	32.1(18)	4.0(1.50-10.7)	0.017
Comerciante	20.0(2)	80.0(8)	-	
Desempleado(a)	43.8(7)	56.3(9)	-	
Otra	65.5(19)	34.5(10)	-	
Religión, %(n)				
Católico(a)	51.7(31)	48.3(29)	NA	0.231
Evangélico(a)	62.5(15)	37.5(9)		
Ninguno(a)	77.8(14)	22.2(4)		
Otra	66.7(6)	33.3(3)		
Parentesco				
Esposo	57.4(31)	42.6(23)	NA	0.214
Hermano	57.1(4)	42.9(3)		
Hijo	51.5(17)	48.5(16)		
Padres	91.7(11)	8.3(1)		
Sobrino	100.0(1)	0.0 (0)		
Tío	100.0(1)	0.0(0)		
Ninguno	33.3(1)	66.7(2)		
Apoyo económico				
Si	65.3(47)	34.7(25)	NA	0.090
No	48.7(19)	51.3(20)		
Enfermedades crónicas				
Si	75.0(9)	25.0(3)	NA	0.246
No	57.6(57)	42.4(42)		
Diabetes				
Si	62.5(5)	37.5(3)	NA	0.856
No	59.2(61)	40.8(42)		

“-“ categoría de referencia

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Tabla 5. Análisis de búsqueda de factores asociados a depresión

<i>Factor</i>	<i>Prevalencia de depresión</i>	<i>No depresión</i>	<i>OR(IC95%)</i>	<i>Valor de p</i>
Sexo				
Femenino	22.6(19)	77.4(65)	NA	0.724
Masculino	25.9(7)	74.1(20)		
Estado civil				
Soltero(a)	21.1(4)	78.9(15)	NA	0.577
Casado(a)	23.4(15)	76.6(49)		
Viudo(a)	25.0(1)	75.0(3)		
Unión libre	33.3(6)	66.7(12)		
Divorciado	0.0(0)	100.0(6)		
Escolaridad, %(n)				
Analfabeta	100.0(2)	0.0(0)	-	
Primaria	25.0(8)	75.0(24)	-	
Secundaria	32.4(11)	67.6(23)	-	
Preparatoria	0.0(0)	100.0(28)	0.04(0.002-0.647)	0.001
Licenciatura	28.6(4)	71.4(10)	-	
Posgrado	100.0(1)	0.0(0)	-	
Ocupación, %(n)				
Ama de casa	23.2(13)	76.8(43)	NA	0.727
Comerciante	10.0(1)	90.0(9)		
Desempleado(a)	25.0(4)	75.0(12)		
Otra	27.6(8)	72.4(21)		
Religión, %(n)				
Católico(a)	25.0(15)	75.0(45)	NA	0.561
Evangélico(a)	29.2(7)	70.8(17)		
Ninguno(a)	11.1(2)	88.9(16)		
Otra	22.6(2)	77.8(7)		
Parentesco				
Esposo	27.8(15)	72.2(39)	NA	0.214
Hermano	14.3(1)	85.7(6)		
Hijo	6.1(2)	93.9(31)		
Padres	50.0(6)	50.0(6)		
Sobrino	0.0(0)	100.0(1)		
Tío	100.0(1)	0.0(0)		
Ninguno	33.3(1)	66.7(2)		
Apoyo económico				
Si	19.4(14)	80.6(58)	NA	0.179
No	30.8(12)	69.2(27)		
Enfermedades crónicas				
Si	50.0(6)	50.0(6)	3.9(1.15-13.56)	0.021
No	20.2(20)	79.8(79)	-	
Diabetes				
Si	62.5(5)	37.5(3)	NA	0.856
No	20.4(21)	79.6(82)		
Tiempo de ser cuidador primario	-	-	1.014 (1.002-1.027)	0.023

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Tabla 6. Análisis de búsqueda de factores asociados a sobrecarga del cuidador

<i>Factor</i>	<i>Prevalencia de sobrecarga (n=14)</i>	<i>No sobrecarga (n=97)</i>	<i>OR(IC95%)</i>	<i>Valor de p</i>
Sexo				
Femenino	8.3(7)	91.7(77)	-	0.017
Masculino	25.9(7)	74.1(20)	3.8(1.2-12.2)	
Estado civil				0.002
Soltero(a)	15.8(3)	84.2(16)	-	
Casado(a)	7.8(5)	92.2(59)	-	
Viudo(a)	75.0(3)	25.0(1)	26.2(2.5-273.9)	
Unión libre	16.7(3)	83.3(15)	-	
Divorciado	0.0(0)	100.0(6)	-	
Escolaridad, %(n)				0.015
Analfabeta	0.0(0)	100.0(2)	-	
Primaria	12.6(4)	87.5(28)	-	
Secundaria	8.8(3)	91.2(31)	-	
Preparatoria	7.1(2)	92.9(26)	-	
Licenciatura	28.6(4)	71.4(10)	4.8(1.4-17.3)	
Posgrado	100.0(1)	0.0(0)	4.8(1.4-17.3)	
Ocupación, %(n)				0.222
Ama de casa	8.9(5)	91.1(51)	NA	
Comerciante	0.0(0)	100.0(10)		
Desempleado(a)	18.8(3)	81.3(13)		
Otra	20.7(6)	79.3(23)		
Religión, %(n)				0.578
Católico(a)	11.7(7)	88.3(53)	NA	
Evangélico(a)	16.7(4)	83.3(20)		
Ninguno(a)	5.6(1)	94.4(17)		
Otra	22.2(2)	77.8(7)		
Parentesco				0.327
Esposo	7.4(4)	92.6(50)	NA	
Hermano	14.3(1)	85.7(6)		
Hijo	15.2(5)	84.8(28)		
Padres	33.3(4)	66.7(8)		
Sobrino	0.0(0)	100.0(1)		
Tío	0.0(0)	100.0(1)		
Ninguno	0.0(0)	100.0(3)		
Apoyo económico				0.080
Si	16.7(12)	83.3(60)	NA	
No	5.1(2)	94.9(37)		
Enfermedades crónicas				0.654
Si	16.7(2)	83.3(10)	NA	
No	12.2(12)	87.9(87)		
Diabetes				0.992
Si	12.5(1)	87.5(7)	NA	
No	13.5(14)	86.5(90)		

Fuente: Instrumento de recolección de datos

DISCUSIÓN

El cuidador primario es una pieza fundamental en el cuidado y atención de los enfermos con enfermedades crónicas, incluyendo el paciente en diálisis peritoneal⁴¹. En el presente estudio se identificó la presencia de ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de enfermos renales en diálisis peritoneal del HGZ 1 Tapachula, durante el periodo de estudio de marzo a agosto 2019. Así como, los factores significativamente asociados a estas condiciones encontrando diversos hallazgos que a continuación se analizan.

Primero, el tiempo que el cuidador primario llevaba cuidando a los pacientes en diálisis peritoneal fue de 26.5 ± 29.9 meses en promedio, pero no se asoció con mayor probabilidad de ansiedad, depresión o sobrecarga del cuidador como en otros estudios se ha reportado^{42,43}.

En segundo lugar, el parentesco más común de los cuidadores con el paciente fue ser esposo, hijos o padres, que representaron en conjunto alrededor del 90% de los cuidadores. Es decir, los familiares más cercanos son los que cuidan principalmente al paciente, y la mayoría recibe algún tipo de apoyo, sea de los familiares, programas de gobierno, ingresos por rentas, inversiones o pensión por incapacidad. En otros estudios se ha reportado que los cuidadores primarios de pacientes con enfermedades crónicas son también los familiares de primer grado. Por ejemplo, Islas y cols. reportaron que los esposos e hijos de los enfermos representaron casi el 80% de los cuidadores primarios⁴¹, mientras que en el estudio de Camacho Estrada y cols. encontraron que el 87% de los cuidadores fueron hijos o padres⁴³.

En tercer lugar, en relación con las características sociodemográficas de los cuidadores, el sexo más común de los cuidadores fue el femenino (tres cuartas partes), lo cual coincide con reportes previos en donde se ha reportado que la mayoría de los cuidadores primarios son mujeres^{44,45}. Por ejemplo, Rizo y cols. reportaron que el 88.6% de los cuidadores eran femeninos y Torres-Avenida y cols. reportaron que el 92.6% eran mujeres, por lo que en nuestro estudio hay un mayor porcentaje de cuidadores masculinos que en estos otros estudios^{44,45}.

En cuarto lugar, en este estudio la ansiedad afectó a 6 de cada 10 cuidadores, la prevalencia de depresión fue de 23.4% y de sobrecarga del cuidador de 12.6%. Estas prevalencias difieren de otros reportes de la literatura. Por ejemplo, López Gil y cols. encontraron una prevalencia de sobrecarga del cuidador de 66.4% de acuerdo al test de Zarit, una prevalencia de ansiedad de 60.3% y de depresión de 46.2%. Es decir, la prevalencia de ansiedad de nuestro estudio en cuidadores de pacientes nefrópatas fue similar a la reportada en la literatura pero la de depresión y sobrecarga del cuidador fue inferior a la reportada por López Gil y cols. en pacientes con patologías crónicas⁴⁶. En otro estudio, Flores y cols. encontró una prevalencia de 83.6% de sobrecarga del cuidador en adultos mayores con patologías crónicas, la cual es superior a la encontrada en nuestro estudio⁴⁷.

Los cuidadores presentan tensión física y altos niveles de estrés emocional, como resultado directo de sus responsabilidades en el cuidado de los pacientes, esto junto al nivel de discapacidad del paciente y a los problemas de conducta, contribuyen también al desarrollo de depresión, que están también relacionados con el nivel de discapacidad del paciente, el agotamiento y las dificultades del cuidado del mismo⁴⁸. Además, es frecuente encontrar de forma concomitante depresión y sobrecarga del cuidador⁴⁹.

Quinto, los factores asociados a sobrecarga del cuidador fueron el sexo masculino, ser viudo, y tener escolaridad nivel licenciatura o posgrado, pero no encontramos asociado con sobrecarga de cuidador el no recibir apoyo económico, ni el tiempo de ser cuidador primario. Esta asociación del sexo masculino con sobrecarga del cuidador es contraria a algunos estudios que han reportado que las mujeres tienen mayor probabilidad que los hombres de sufrir sobrecarga del cuidador⁵⁰. Por su parte, Torres Avendaño y cols. encontraron que no recibir retribución económica se asoció con sobrecarga del cuidador a diferencia de lo encontrado en nuestro estudio y que dedicarse de tiempo completo al cuidado del enfermo también es un factor de riesgo para sobrecarga, aunque este último aspecto no lo medimos en nuestro estudio⁴⁵.

Sexto, los factores asociados a depresión en el cuidador primario en nuestro estudio fueron la escolaridad preparatoria, la presencia de enfermedades crónicas en el cuidador y el tiempo que el cuidador llevaba cuidando al paciente; sin embargo, características del cuidador como la edad, el sexo, estado civil, la ocupación, la religión, el parentesco con el enfermo y recibir apoyo económico no se asociaron con depresión del cuidador. En su estudio, Driscoll y cols. encontraron asociados con depresión un menor nivel educativo y con estrés familiar, entre otros; lo cual es distinto a lo entrado en nuestro estudio en términos de escolaridad ya que un menor nivel educativo del cuidador no se asoció en nuestro estudio con depresión⁵¹. Por su parte, Covinsky y cols. encontraron asociados a depresión en el cuidador una edad menor de 65 años, etnicidad afro, un bajo nivel educativo, el ingreso económico, el tiempo de cuidado semanal del paciente y dependencia funcional del paciente⁵². No obstante, en nuestro estudio no encontramos asociados todos estos factores, algunos de hecho no los medimos.

Finalmente, encontramos que estar viudo(a) y ser ama de casa fueron factores asociados a ansiedad del cuidador. Otros factores como edad, el sexo, la ocupación, la religión, el parentesco con el enfermo y recibir apoyo económico no se asociaron con ansiedad en el cuidador. A diferencia de nuestro hallazgo en el que el ser viudo y la ocupación (ama de casa) se asoció con ansiedad del cuidador, en su estudio Toledano y cols. no encontraron asociado el estado marital ni la ocupación a ansiedad; aunque de forma similar a nuestro estudio, tampoco encontraron asociados a ansiedad otras características sociodemográficas como edad, sexo, nivel educativo o el ingreso económico del cuidador⁵³. A diferencia de nuestro estudio, X y cols. encontraron asociados a ansiedad a edad del cuidador, el sexo femenino, el estar casado con el paciente y la religión católica; factores no asociados en nuestro estudio a ansiedad del cuidador.

CONCLUSIONES

La prevalencia de ansiedad en el cuidador de pacientes en diálisis peritoneal del Hospital General de Zona No. 1, Tapachula es alta y similar a la reportada en la literatura. Pero, la prevalencia de depresión y sobrecarga del cuidador aunque no es rara, es inferior a la reportada en otros reportes de literatura.

Los factores asociados a ansiedad del cuidador en este estudio fueron estar viudo(a) y ser ama de casa; los factores asociados a depresión en el cuidador fueron la escolaridad preparatoria, la presencia de enfermedades crónicas en el cuidador y el tiempo que el cuidador llevaba cuidando al paciente; y los factores asociados significativamente a sobrecarga del cuidador fueron el sexo masculino, ser viudo, y tener escolaridad nivel licenciatura o posgrado.

Por lo tanto, es importante, identificar y manejar de forma oportuna la ansiedad, depresión y sobrecarga en el cuidador de pacientes en diálisis peritoneal del Hospital General de Zona No. 1, Tapachula.

RECOMENDACIONES

Este estudio pudo constatar las afecciones que causa tener el rol de cuidador principal en un enfermo crónico, ya que tener al cuidado a un paciente y este mismo sea un familiar cercano, impacta en mayor medida tanto física como emocionalmente. Llegando a ocasionar diferentes reacciones en nuestro organismo y al no saber sobrellevarlo, detonar enfermedades como ansiedad, depresión o sobrecarga del cuidador, encontradas en este estudio.

Entre las recomendaciones que podemos dar al Instituto Mexicano del Seguro social para detectar de forma oportuna y evitar el aumento de estas enfermedades, otorgando una mejor calidad de vida para los cuidadores primarios y por ende sus pacientes, se encuentran las siguientes:

1.- Intervención de grupos de apoyo, como trabajo social, psicología, medicina familiar en visitas domiciliarias en pacientes crónicos y sus cuidadores, realizando encuestas para detectar en los cuidadores alguna alteración.

2.- Formación de grupos de ayuda para reuniones mensuales de cuidadores principales y dejar que en ellas, expresen todas sus emociones, detectando y canalizando de forma oportuna a los grupos de apoyo.

Puedo dar a conocer que cuando se realizaron las encuestas, encontré labilidad emocional en algunas personas y realicé revisión de sus encuestas, derivando en ese momento con trabajo social para su apoyo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rull JA, Aguilar-Salinas CA, Rojas R, Rios-Torres JM, Gómez-Pérez FJ, Olaiz G. Epidemiology of type 2 diabetes in Mexico. *Archives of Medical Research*. 2005;36(3):188-196. doi:10.1016/j.arcmed.2005.01.006.
2. Rojas Graciela, Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, et al. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006*. Vol 2016.; 2006.
3. Zambrana M, Zurita B, Ramírez T de J, Coria I. Gasto Hospitalario de cinco patologías de alto impacto económico. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2008;46(1):43-50.
4. Ruggenti P, Schieppati A, Remuzzi G. Progression, Remission and Regression of Chronic Renal Diseases. *The lancet*. 2016;357(1):1601-1608. doi:10.1159/000445844.
5. SSA S de S. Estadística de egresos hospitalarios de la Secretaría de Salud, 2000. *Salud Publica de Mexico*. 2001;43(5):494-510. doi:10.1590/S0036-36342001000500014.
6. Górriz JL, Sancho A, Pallardó LM, et al. Significado pronóstico de la diálisis programada en pacientes que inician tratamiento sustitutivo renal. Un estudio multicéntrico español. *Nefrología*. 2002;22(1):49-59.
- 7.- Romero Massa Elizabeth, Rodríguez Castilla Jennifer, Pereira Díaz Banny. *Sobrecarga y calidad de vida percibida en cuidadores familiares de pacientes renales*. Rev Cubana Enfermer vol.31 no.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2015. *versión On-line* ISSN 1561-2961.
- 8.- Castaño C, Hurtado LM, Perea D, Sánchez A. *Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes y sus cuidadores en una unidad renal de la ciudad de Cali en 2013*. Ciencia & Salud. 2014; 2(8):29-35.
9. Mok E, Tam B. Stressors and coping methods among chronic haemodialysis patients in Hong Kong. *Journal of clinical nursing*. 2001;10(4):503-511.
10. Lubkin I. *Chronic Illness: Impact and Interventions*. Boston, MA, EEUU: Jones and Bartlet; 1998.
11. Christensen AJ, Ehlers SL. Psychological factors in end-stage renal disease: an emerging context for behavioral medicine research. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2002;70(3):712-724.

12. Oto A, Muñoz R, Barrio R, Pérez M, Matad T. Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis: Influencia del estado de ansiedad-depresión y de otros factores de co-morbilidad. In: *XXVIII Congreso Nacional de La Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*. Barcelona, España: Hospal.; 2003.
13. Valderrabano F, Jofre R, Lopez-Gomez JM. Quality of life in end-stage renal disease patients. *American journal of kidney diseases : the official journal of the National Kidney Foundation*. 2001;38(3):443-464.
14. Gil J, Cortés JG, Foronda J, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en hemodiálisis. *Nefrología*. 2003;23(6):528-537.
15. Hersh-Rifkin M, Stoner M. Psychosocial aspects of dialysis therapy. In: Kallenbach J, Gutch C, Stoner M, Corea. A, eds. *Review of Hemodialysis for Nurses and Dialysis Personnel*. EE:UU: Mosby Inc.; 2005.
16. Calvanese N, Feldman L, Weisinger J. Estilos de afrontamiento y adaptación al tratamiento en pacientes sometidos a hemodiálisis. *Nefrología Latinoamericana*. 2004;11(2):49-63.
17. (Torres-Toledano M et al. Carga de la enfermedad renal crónica, Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017;55 Supl 2:S118-23).
18. Ramos R, Figueroa L. El cuidado informal: elemento esencial en el cuidado de la salud. In: *Emergencia Del Cuidado Informal Como Sistema de Salud*. México: Porrúa; 2008:196.
19. López-Barahona A, Blanco-Díaz D. *La Importancia de Un Buen Cuidador: Guía Para Cuidadores de Personas Dependientes*. 2da. Esici. Logroño: Gobierno de la Rioja; 2005.
20. Vázquez B. Importancia del cuidador en los cuidados paliativos. *Informe Médico*. 2006;8:1-4.
21. Kirk KD, Fedele DA, Wolfe-Christensen C, et al. Parenting characteristics of female caregivers of children affected by chronic endocrine conditions: A comparison between disorders of sex development and type 1 diabetes mellitus. *Journal of Pediatric Nursing*. 2011;26(6):e29-e36. doi:10.1016/j.pedn.2010.10.005.
22. Ramos R. *Emergencia Del Cuidado Informal Como Sistema de Salud*. 2da. Edici. México: Miguel Ángel Porrúa; 2008.
23. Espín Andrade AM. Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*.

- 2008;34(3):1-12. doi:10.1590/S0864-34662008000300002.
24. De la Cuesta C. Cuidado familiar en condiciones crónicas: una aproximación a la literatura. *Texto & Contexto Enfermagem* 2004; 13(1):139.
25. Tejedor Urrea A., Barcenilla Villalba R., Correa Reglero L. Guía práctica para personas cuidadoras de personas dependientes. Nov. 2009. P. 4,8-9.
26. Lawrence V, Murray J, Samsi K, Banerjee S. Attitudes and support needs of Black Caribbean, south Asian and White British carers of people with dementia in the UK. *British Journal of Psychiatry*. 2008;193(3):240-246. doi:10.1192/bjp.bp.107.045187.
27. Cabada Ramos Elvira, Martínez Castillo Víctor Alberto. *Prevalencia del síndrome de sobrecarga y sintomatología ansiosa depresiva en el cuidador del adulto mayor*. *Psicología y Salud*, Vol. 27, Núm. 1: 53-59, enero-junio de 2017.
28. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. *Gerontologist*. 1980;20(6):649-655. doi:10.1093/geront/20.6.649.
29. Montorio I, Fernández M, López A, Sánchez M. La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*. 1998;14(2):229-248.
30. Grand J, Sainsbury P. Mental illness and the family. *Lancet*. 1963;9:544-547.
31. Lee CM, Gotlib IH. Mental illness and the family. In: L'Abate L, ed. *Wiley Series on Personality Processes. Handbook of Developmental Family Psychology and Psychopathology*. Oxford, England: John Wiley & Sons; 1994:243-264.
32. Martín Carrasco M, Salvadó I, Nadal Álava S, et al. Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de gerontología*. 1996;6:338-345.
33. Mateo I, Millán A, García M, Gutierrez P, Gonzalo E, López L. Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil , aportaciones e impacto de cuidar. *Atencion Primaria*. 2000;26(3):139-144.
34. Tomás C, Moreno L, Bes G, Alcalá T, Esteban E. Dependencia y necesidades de cuidados no cubiertas de las persona mayores de una zona de salud de Zaragoza. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76:215-226.
35. Vázquez C, Carod--Artal F. Sobrecarga y estado anímico en cuidadores de

- sujetos discapacitados por lesión neurológica. In: *Comunicación En Neuropsiquiatría. Primer Congreso Internacional de Neuropsicología En Internet.* ; 1999.
36. López J, Crespo M. Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. *Psicothema.* 2007;19(1):72-80.
 37. Pinquart M, Sorensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and aging.* 2003;18(2):250-267.
 38. Bedard M, Molloy DW, Squire L, Dubois S, Lever JA, O'Donnell M. The Zarit Burden Interview: a new short version and screening version. *The Gerontologist.* 2001;41(5):652-657.
 39. Crespo M, López J, Zarit S. Depression and anxiety in primary caregivers: a comparative study of caregivers of demented and nondemented older persons. *International Journal of Geriatric Psychiatry.* 2005;20(6):591-592. doi:10.1002/gps.1321.
 40. Nigenda G, López-ortega M, Púb MP, et al. La atención de los enfermos y discapacitados en el hogar . Retos para el sistema de salud mexicano. *Salud Publica de Mexico.* 2007;49(4):286-294.

 41. Islas Salas NL, Ramos del Río B, Aguilar Estrada MG, García Guillén M de L. Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Rev del Inst Nac Enfermedades Respir.* 2006;19(4):266-271.
 42. Chou KR. Caregiver burden: a concept analysis. *J Pediatr Nurs.* 2000;15(6):398-407. doi:10.1053/jpnd.2000.16709
 43. Camacho Estrada L, Hinostrosa Arvizu GY, Jiménez Mendoza A. Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro cognitivo y su relación con el tiempo de cuidado . *Enfermería Univ .* 2010;7:35-41.
 44. Rizo V, Molina L, Milián M. Caracterización del cuidador primario de enfermo oncológico en estado avanzado. *Rev Cuba Med Gen Integr.* 2016;32(3):1-13.
 45. Torres-Avenidaño B, Agudelo-Cifuentes M, Pulgarín-Torres A, Berbesi-Fernández D. Factores asociados a la sobrecarga en el cuidador primario. *Medellín,* 2017. *Univ Salud.* 2018;20(3):261-269.

46. López Gil MJ, Orueta Sánchez R, Gómez-Caro S, Sánchez Oropesa A, Carmona de la Morena J, Alonso Moreno FJ. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud . Rev Clínica Med Fam . 2009;2:332-339.
47. 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;18:29-41.
48. Lavretsky H. Stress and depression in informal family caregivers of patients with Alzheimer's disease. Aging health. 2005;1(1):1-11.
49. Dzul-Gala F, Tun-Colonia J, Arankowsky-Sandoval G, Pineda-Cortes J, Salgado-Burgos H, Pérez-Padilla E. Relación entre la sobrecarga y el índice depresivo de cuidadores primarios de pacientes con enfermedades. Rev Biomed. 2018;29(3).
50. Hernández-Padilla JM, Ruiz-Fernández MD, Granero-Molina J, Ortiz-Amo R, López Rodríguez MM, Fernández-Sola C. Perceived health, caregiver overload and perceived social support in family caregivers of patients with Alzheimer's: Gender differences. Health Soc Care Community. August 2020. doi:10.1111/hsc.13134
51. Driscoll KA, Johnson SB, Barker D, et al. Risk factors associated with depressive symptoms in caregivers of children with type 1 diabetes or cystic fibrosis. J Pediatr Psychol. 2010;35(8):814-822. doi:10.1093/jpepsy/jsp138
52. Covinsky KE, Newcomer R, Fox P, et al. Patient and caregiver characteristics associated with depression in caregivers of patients with dementia. J Gen Intern Med. 2003;18(12):1006-1014. doi:10.1111/j.1525-1497.2003.30103.x
53. Toledano-Toledano F, Moral de la Rubia J. Factors associated with anxiety in family caregivers of children with chronic diseases. Biopsychosoc Med. 2018;12:20. doi:10.1186/s13030-018-0139-7

ANEXOS

Consentimiento Informado



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



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de enfermos renales en diálisis peritoneal del HGZ 1, Tapachula.
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Tapachula, Chiapas Marzo-Agosto 2019
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	La Enfermedad Renal Crónica Terminal es una enfermedad que produce deterioro progresivo e irreversible. Este deterioro afecta en gran medida las áreas emocionales, cognitivas, físicas y sociales de los pacientes. El rol del cuidador primario es clave para el mantenimiento de la calidad de vida los pacientes por lo que alteraciones en su salud física y mental implicaría posibles repercusiones. El objetivo es identificar ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de enfermos renales en diálisis peritoneal del HGZ 1 Tapachula, durante el periodo de estudio de marzo a agosto 2019.
Procedimientos:	Se llevará a cabo la recolección de datos en las sesiones mensuales de diálisis realizadas por personal de trabajo social.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Detección precoz de casos y referencia a personal especializado.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Después del análisis de las cédulas los resultados serán presentados en las sesiones de trabajo social con el grupo de pacientes.
Participación o retiro:	Puede usted decidirlo en cualquier momento durante la aplicación de las cédulas.
Privacidad y confidencialidad:	La información proporcionada sólo será utilizada para fines académicos

En caso de colección de material biológico (si aplica):

	No autoriza que se tome la muestra.
	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____

Beneficios al término del estudio: _____

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

Investigador Responsable: Dra. Paola Janet Cabrera Zamora.

Colaboradores: Dra. Rosa del Carmen Gallegos Sandoval.

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 4° 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.etica@imss.gob.mx

_____ Nombre y firma del participante	_____ Nombre y firma del Investigador
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 **Clave: 2810-009-013**

ENTREVISTA DE CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Instrucciones: Lea y conteste cuidadosamente cada una de las preguntas que abarca este cuestionario.

FOLIO: _____.

1. INICIALES DE SU NOMBRE: _____
- 2.- NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (NSS): _____.
- 3.- FECHA: _____.
- 4.- GENERO: 1) FEMENINO 2) MASCULINO
- 5.- LUGAR DE ORIGEN: _____.
- 6.- EDAD: _____.
- 7.- ESTADO CIVIL: 1) CASADO 2) UNIÓN LIBRE 3) SOLTERO 4) SEPARADO O DIVORCIADO 5) VIUDO
- 8.- ESCOLARIDAD: 1) PRIMARIA 2) SECUNDARIA 3) PREPARATORIA 4) UNIVERSIDAD
- 9.- OCUPACIÓN: 1) AMA DE CASA 2) COMERCIANTE 3) DESEMPLEADO 4) OTROS
- 10.- RELIGIÓN: 1) CATOLICO 2) EVANGELISTA 3) NINGUNA
- 11.- PARENTESCO QUE TIENE CON EL PACIENTE: 1) ESPOSO (A) 2) CONYUGE 3) HIJO (A) 4) HERMANO (A) 5) NIETO (A) 6) SOBRINO (A) 7) OTROS
- 12.- TIEMPO DE EVOLUCIÓN DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL: _____.
- 13.- TIEMPO DE EVOLUCIÓN DEL PACIENTE EN DIÁLISIS PERITONEAL: _____.
- 14.- TIEMPO DE SER CUIDADOR PRINCIPAL: _____.
- 15.- RECIBE APOYO ECONÓMICO: 1) SI 2) NO
- 16.- TIPO DE INGRESO: 1) PENSIÓN GUBERNAMENTAL 2) PENSIÓN DE INCAPACIDAD 3) DINERO FAMILIARES 4) INGRESO POR RENTAS 5) OTROS
- 17.- PADECE ENFERMEDADES CRÓNICODEGENERATIVAS:
1) SI 2) NO
- 18.- SI LA PREGUNTA ANTERIOR FUE SI, INDIQUE CUAL (ES): 1) HAS 2) DM2 3) OTRAS _____.
- 19.- TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE SU ENFERMEDAD: _____.
- 20.- DESDE HACE 4 SEMANAS USTED CONSUME ALGÚN MEDICAMENTO DE LA SIGUIENTE LISTA (MARQUE CON UNA X):

1.- Diazepam.	5.- Fluoxetina.
2.- Alprazolam.	6.- Imipramina.
3.- Midazolam.	7.- Ninguna.
4.- Nalbufina.	8.- Bupremorfina.

Items	Criterios operativos de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, intensidad)	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Se culpa a si mismos, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experiencia alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de la palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora)	<ul style="list-style-type: none"> 0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil

disminuida)	4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritable 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle

Items	Criterios operativos de valoración
11. Ansiedad somática	0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como: ~ Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijos ~ Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias ~ Respiratorios: Hiperventilación suspiros ~ Frecuencia urinaria ~ Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno 1. Pérdida de apetito, pero come sin necesidad de que estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2
14. Síntomas genitales	0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante Síntomas como ~ Pérdida de la libido ~ Trastornos menstruales
15. Hipocondría	0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso (completar A o B)	A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) 0. No hay pérdida de peso 1. Probable Pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo

TEST SOBRE LA CARGA DEL CUIDADOR (ZARIT Y ZARIT, 1982)
(Autoaplicada)

Nombre: _____ Folio _____

Instrucciones: Lea y conteste cuidadosamente, encerrando en un círculo el número que corresponda a la respuesta que más refleje su situación actual, de acuerdo a la siguiente escala:

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

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

Cada ítem se valora así:

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

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

Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de:

- "No sobrecarga" una puntuación inferior a 46.
- "Sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56.



ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON (autoaplicada)



Nombre: _____ Folio _____

Instrucciones: Lea y conteste cuidadosamente, encerrando en un círculo el número que corresponda a la respuesta que más refleje su situación actual, de acuerdo a la siguiente escala:

0: Nunca 1: Algunas veces 2: Bastante 3: Casi siempre 4: Siempre

1. Presiento que algo malo puede pasarme, que me puede suceder lo peor. Me siento preocupado, irritable.	0	1	2	3	4
2. Tengo sensación de inquietud y no puedo relajarme. Me canso fácilmente. Me sobresalto. Tiemblo. Lloro con facilidad.	0	1	2	3	4
3. Tengo miedo a la oscuridad, de quedarme solo, de la gente desconocida, de los animales, del tráfico, de la multitud.	0	1	2	3	4
4. Tengo dificultad para conciliar el sueño (dormirme). Me despierto varias veces durante la noche. Me levanto cansado y con sensación de haber dormido mal. Tengo pesadillas. Tengo terrores nocturnos.	0	1	2	3	4
5. Tengo mala memoria. Me cuesta concentrarme.	0	1	2	3	4
6. No tengo interés por lo que me rodea. Las distracciones no me producen placer. Me siento triste. Me despierto temprano y no puedo volver a conciliar el sueño. Me adormezco durante el día y no puedo dormirme por la noche.	0	1	2	3	4
7. Siento dolores y molestias musculares (espasmos, calambres, contracciones, rigidez). Me rechinan los dientes. Tengo la voz poco firme e insegura.	0	1	2	3	4
8. Tengo zumbidos en los oídos. Visión borrosa. Siento oleadas de calor o de frío. Tengo picores y sensación de debilidad.	0	1	2	3	4
9. Siento que mi corazón late más deprisa que de costumbre. Siento palpitaciones, dolores en el pecho, latir fuertemente el pulso en mi cuerpo. Mi corazón cambia de ritmo. Siento que me voy a desmayar.	0	1	2	3	4
10. Tengo sensación de ahogo y de falta de aire. Necesito suspirar. Siento en el pecho una opresión o pena.	0	1	2	3	4
11. Tengo dificultad al tragar. Siento ardores o pesadez o sensación de plenitud gástrica. Siento náuseas y vómitos. Creo que he perdido peso. Tengo dolores abdominales. Hago deposiciones blandas o estoy estreñido. Tengo ruidos en las tripas.	0	1	2	3	4
12. Necesito imperiosamente orinar muchas veces al día, echando poca cantidad de orina. Me falta la regla o es muy poco abundante. No tengo interés por el sexo. No siento nada en mis relaciones sexuales. He perdido potencia sexual.	0	1	2	3	4
13. Siento la boca seca; me ruborizo y palidezco con facilidad; sudo abundantemente. Noto que me mareo y que las cosas me dan vueltas; tengo un dolor sordo permanente en la cabeza. Se me ponen los pelos de punta.	0	1	2	3	4
14. Me he sentido incómodo, inquieto, tenso e impaciente, contraído, con temblores, con dificultad al respirar, con necesidad de tragar saliva, con sudoración en las manos y con el pulso acelerado al contestar estas preguntas.	0	1	2	3	4

Los puntos de corte recomendados son:

0-5: no ansiedad.

6-14: ansiedad leve.

≥15: ansiedad moderada/grave.