



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“Ansiedad, depresión y sobrecarga en el cuidador primario informal en un servicio de Urgencias Médicas”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

Lizbeth Sandra Jiménez Palacios

DIRECTOR: Dr. Edgar Landa Ramírez

REVISOR: Dr. Juan José Sánchez Sosa

SINODALES: Dra. María Santos Becerril Pérez

Mtra. Guadalupe Medina Hernández

Mtra. Karla Suárez Rodríguez

CIUDAD DE MÉXICO

2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

El agradecimiento en primer lugar decido otorgarlo a mi esplendido organismo que a pesar de no encontrarse en óptimas condiciones favoreció para concluir este proyecto. Agradezco a mi hija Isabel que ha estado en todo momento para recordarme que el camino debe seguirse recorriendo, aún no es tiempo de accionarse el freno de mano. Agradezco al Dr. Edgar Landa por haberme permitido conocerlo, tratarlo, enseñarme, guiarme, por haberme compartido de su tiempo y por apoyarme durante este período y proceso. Agradezco al Dr. Sánchez Sosa por brindarme la oportunidad de un seminario de tesis y por su tiempo al revisar este proyecto, a su vez agradezco a mis sinodales la Dra. María Santos, la Mtra. Guadalupe y la Mtra. Karla. Agradezco a los chicos de medicina conductual, Lic. Esmeralda, Lic. Nadia y Lic. Eduardo, por su enriquecido conocimiento transmitido y compartido, por su paciencia, comprensión, dedicación, tiempo y cariño mostrado a través de sus diferentes personalidades. Fue un placer haber podido compartir experiencias y variados momentos con mis compañeros de tesis, Brenda, Juan, Jenifer y Fernando y de servicio social Ale, Ricardo, Juan Manuel y Daniela. Agradezco también a mis amigos el Ing. Obed Vázquez, el QFB Adrián Colmenares, la Cont. Michelle Cruz, el IQI Genaro Gutiérrez, el Lic. Alberto Jiménez, el Lic. José Durán, el Arq. Arturo Rg, el Dr. David Guzmán, que en su momento de manera directa o indirecta me han brindado su apoyo incondicional. Finalmente agradezco al jefe de urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, el Dr. López y a su equipo médico y de seguridad, por la oportunidad y apoyo brindado en todo momento.

Dedicatoria

A mi hermosa, inteligente, fuerte, valiente, cariñosa, noble y perseverante hija Isabel que cree en los cuentos de la vida real. Por haberme elegido como su madre, como su guía, como su apoyo incondicional, por obsequiarme siempre fortaleza y amor. Por compartir y entregarme buenos y no tan gratos momentos que me han servido para crecer como ser humano y como individuo. Te amo.

En memoria de mis padres, Agustín y Manuela, gracias por haberme dado la vida.

ÍNDICE

Página

Resumen.....	5
Abstract.....	6
Capítulo 1.....	7
Psicología de la Salud	
Capítulo 2.....	16
Ansiedad, depresión y sobrecarga en el cuidador primario informal en un servicio de urgencias médica	
Objetivo.....	25
Método	27
Resultados.....	38
Discusión	44
Referencias.....	51
Anexos.....	59

RESUMEN

Algunos cuidadores primarios informales ante el cuidado de un paciente enfermo en el área de urgencias médicas, con un padecimiento crónico degenerativo, terminal e incapacitante llegan a presentar modificaciones en su vida diaria, como ansiedad, depresión o sobrecarga, ocasionándoles algunos desajustes desfavorecedores en su organismo, los cuáles pueden comprometer su propia salud y/o hasta generar un abandono parcial o total hacia el paciente. El objetivo de la presente investigación fue evaluar la asociación entre la ansiedad, depresión y sobrecarga en el cuidador primario informal ante el cuidado de un paciente hospitalizado en el área de urgencias médicas. Se utilizó un diseño exploratorio, no experimental, correlacional y transversal, en el que participaron 96 Cuidadores Primarios Informales (CPI) de pacientes hospitalizados en el área de urgencias médicas del Hospital General "Dr. Manuel Gea González". Se utilizó un cuestionario creado para la entrevista, que evalúa la sintomatología ansiosa y depresiva la Escala hospitalaria de ansiedad y depresión la HADS, para el nivel de sobrecarga la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit versión mexicana y el subtest de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI para medir el tamizaje de ansiedad y depresión. Los resultados mostraron una correlación positiva media moderada y estadísticamente significativa entre la sintomatología ansiosa y la sobrecarga ($r = .436$, $p < .01$); y una correlación positiva y estadísticamente significativa pero débil entre sintomatología depresiva y sobrecarga ($r = .286$, $p < .01$). Se identificó que sólo el 12% de los CPI presentó un nivel de sobrecarga que superó el corte. Los resultados permitieron identificar que existen correlaciones estadísticamente significativas entre las variables. Ante estos hallazgos se propone continuar con la realización de intervenciones dirigidas a los CPI mediante entrevistas y aplicación de pruebas para seguir indagando y detectando posibles alteraciones de tipo emocional (ansiedad, depresión y sobrecarga) que pudiera estar experimentando por el cuidado de su paciente.

Palabras clave: cuidadores primarios informales, ansiedad, depresión y sobrecarga

ABSTRACT

In the emergency medical area, some informal primary caregivers at care of a sick patient with a chronic degenerative terminal and incapacitating condition. The patients change their daily life, like anxiety, depression or overload cause some unfavorable imbalances in their body. Also, it compromises their own health and/or generate partial or total abandonment to them. The aim of present investigation was to evaluate the association between anxiety, depression and overload in informal primary caregiver at care of a patient hospitalized in the medical emergency area. It was used an exploratory, non-experimental, correlational and transversal design in 96 Informal Primary Caregiver (CPI) of hospitalized patients in General Hospital "Dr. Manuel Gea González" medical emergency area. For the interview was used a questionnaire which it evaluate anxious and depressive symptomatology of HADS anxiety and depression hospital scale, for overload level was used the Zarit Caregiver Overload Scale Mexican version. And substest of MINI International Neuropsychiatric Interview. To measure anxiety and depression screening. The results showed a moderate and statistically significant positive correlation between anxious and overload symptomatology ($r = .436$, $p < .01$). Also it shows a positive and statistically significant but weak correlation between depressive symptomatology and overload ($r = .286$, $p < .01$). The 12% of the CPI presented a level of overload that exceeded the cut. The results allowed to identify that there are statistically significant correlations between the variables. Given these findings, it has proposed to continue carrying out for interventions aimed at the CPI through interviews and the application of tests to continue investigating and detecting possible alterations of an emotional type (anxiety, depression and overload) that they may be experiencing due to the care of their patient.

Key words: informal primary caregivers, anxiety, depression and overload.

CAPÍTULO 1. PSICOLOGÍA DE LA SALUD

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) convinieron en implementar, a nivel nacional e internacional, medidas urgentes respecto a la protección y promoción de la salud. Declarando, por ello, a la salud, como un estado de completo bienestar físico, mental y social, como un derecho humano que debe ser asequible para todos los individuos y que debe incluir la intervención de diversos sectores gubernamentales, sociales, económicos y de salud (Organización Mundial de la Salud, 1978; Organización Mundial de la Salud, 2013).

Cabe mencionar que para llegar a esta definición han transcurrido diversas circunstancias a lo largo del tiempo, las cuales pueden entenderse leyendo a Omran (1971) mediante su teoría de transición epidemiológica, donde describe patrones epidemiológicos de salud y enfermedad (mortalidad y morbilidad), las interacciones entre estos patrones y sus determinantes, y finalmente las consecuencias demográficas, económicas y sociológicas que emergieron.

De acuerdo a Omran (1971) la teoría de la transición epidemiológica expone cinco proposiciones:

1. La mortalidad es un factor fundamental en la dinámica de la población e influye en la variación del tiempo y promedio de vida. En un inicio existieron altos índices de mortalidad por presencia de epidemias, desnutrición crónica, enfermedades endémicas y por el nulo control de la fertilidad, generando una tasa baja de crecimiento de la población mundial hasta 1650 A.D., posteriormente, con la presencia de efectivos tratamientos contra los procesos infecciosos y el control de la fecundidad, se generó un aumento constante de la esperanza de vida, una disminución progresiva de la tasa de mortalidad, patrones de mortalidad más estables, previsibles y un incremento persistente de la población a nivel mundial.

2. Históricamente los patrones de mortalidad distinguen tres etapas sucesivas principales:

- Etapa de la pestilencia y hambruna: la mortalidad era alta y fluctuante a causa de enfermedades infecciosas, desnutrición y complicaciones de maternidad, con una esperanza de vida media al nacer, baja y variable, oscilando entre 20 y 40 años.
- Etapa de las pandemias en retroceso; la mortalidad disminuyó progresivamente, teniendo un crecimiento sostenido y una esperanza de vida promedio al nacer, alrededor de 30 a 50 años.
- Etapa de las enfermedades degenerativas y provocadas por el hombre; la mortalidad al seguir disminuyendo aumenta gradualmente la esperanza de vida media al nacer superando los 50 años; la fertilidad se convierte en el factor crucial en el crecimiento de la población.

3. La recesión de las pandemias, los avances en la nutrición, medidas de saneamiento temprano y medidas modernas en salud pública, favorecieron al decremento significativo de la mortalidad, principalmente en niños de ambos sexos, entre 1 a 4 años, y mujeres jóvenes en períodos de edad adolescente y reproductiva.

4. Los cambios en los patrones de salud y enfermedad están estrechamente asociados con las transiciones demográficas y socioeconómicas que constituyen la compleja modernización. Las mejoras socioeconómicas y el establecimiento de programas modernos de salud pública favorecen la disminución de la mortalidad y las enfermedades infecciosas, pero a su vez contribuyen al incremento de las enfermedades crónicas. La transición de la mortalidad afecta indirectamente a los movimientos demográficos mediante su impacto sobre la fertilidad y la composición de la población, es decir, la tasa reproductiva disminuye a medida que mejoran las posibilidades de supervivencia infantil.

5. De acuerdo a las diferencias peculiares en el patrón, el ritmo, los determinantes y las consecuencias del cambio poblacional, Omran (1971) diferencia tres modelos básicos de la transición epidemiológica:

- Modelo clásico (representado por Inglaterra, Gales y Suecia): describe la transición gradual y progresiva de la alta mortalidad y la alta fecundidad a la baja mortalidad y baja fecundidad, es decir, un crecimiento poblacional exponencial será proporcional al desarrollo económico sostenido.
- Modelo de transición epidemiológico acelerado (representado por Japón): describe la transición sobre la fecundidad y mortalidad respecto al aborto.
- Modelo contemporáneo (representado por Chile y Ceilán): describe la transición relativamente reciente y mayormente en desarrollo, con una tasa de mortalidad baja y una fertilidad en niveles altos.

La teoría de Omran es un primer acercamiento a la forma epidemiológica de ver la salud, modelos más recientes como el de Armelagos, Brown y Turner (2005), hablan de la yuxtaposición de reconocer las enfermedades crónicas en contra de las enfermedades infecciosas en donde se consideran las desigualdades socioeconómicas, el comportamiento demográfico humano y las insuficiencias dietéticas, como factores predisponentes para la aceleración en la propagación de enfermedades emergentes, reemergentes y un aumento en los niveles de estrés. Siendo en la pobreza extrema, donde se perpetúan condiciones insalubres, enfermedades infecciosas innecesarias, prematuras y escasas o nula prevención, mientras que en las clases medias acomodadas median la prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas y emergentes.

Por tal motivo, situar la enfermedad dentro de un contexto particular utilizando el modelo de transición, proporciona indicios de posibles causas próximas, así como de las últimas, estrategias de prevención y predicciones con respecto a las tendencias futuras. Permitiendo examinar el reciente número de enfermedades, como la frecuencia de alergias y enfermedades autoinmunes, en los países de altos ingresos (Harper & Armelagos, 2010).

Los cambios en la nutrición y el manejo de los alimentos también habrían favorecido el riesgo de enfermedad y comprometido el sistema inmunológico del huésped, haciendo que los humanos fueran más susceptibles a las infecciones después del contacto con un patógeno (Chandra, 1999). La diversidad genómica de patógenos y parásitos llegó a proporcionar pistas sobre sus relaciones filogenéticas y sus patrones de adaptación a sus huéspedes. Armelagos y Harper (2005) analizaron los patrones genómicos en domesticados, patógenos y humanos para entender los factores en el origen de la agricultura como protagonista en la alimentación.

Por lo tanto, el modelo de Harper & Armelagos (2010) refiere que la globalización acelera la aparición de nuevas infecciones y la propagación de las antiguas, y que las enfermedades degenerativas se mezclan cada vez más con patógenos resistentes a los antimicrobianos. Dicho modelo identifica las causas primordiales que configuran las transiciones epidemiológicas, diseña políticas de salud que simultáneamente abordan múltiples resultados. Propone que al manipularse los factores que subyacen a la sobre nutrición, podría reducirse la incidencia de enfermedades como la diabetes, accidentes cerebrovasculares, insuficiencias cardíacas y cáncer.

Hoy en día, dejando a un lado dimensiones sociales, psicológicas y comportamentales, el modelo predominante que se enfoca en el comportamiento de la enfermedad es llamado „biomédico“. El cual abarca tanto un reduccionismo como una visión filosófica dualista Cartesiano (separación de cuerpo y alma), para explicar los fenómenos biológicos a resultar, utilizando por ello, un lenguaje fisicoquímico (Engel, 1977). El modelo biomédico presenta cambios o crisis en la medicina y psiquiatría sobre el término de “enfermedad”; la medicina lo define en términos de parámetros somáticos, haciéndose responsable de su tratamiento y curación; y la psiquiatría abraza dos propuestas opuestas, la primera excluye a la psiquiatría del área médica y la segunda se apega estrictamente al “modelo médico” limitándose a los trastornos del comportamiento como consecuencia de la disfunción cerebral. Siendo los reduccionistas los que clasifican como

enfermedades mentales, a algunos disturbios en el comportamiento y designando a la psiquiatría como una disciplina médica pertinente (Engel, 2012).

Además, el modelo biomédico al ignorar evidencia empírica de las diferentes reacciones que presentan las personas ante la misma enfermedad subyacente, debido a desigualdades en la personalidad, conocimientos, recursos del apoyo social o las creencias culturales, se propone el modelo biopsicosocial, el cual proporciona un modelo para la investigación, un marco para la enseñanza y un diseño para la acción en el mundo real de la atención de la salud y enfermedad (Morrison & Bennett, 2006).

Por lo tanto, el modelo biopsicosocial, apunta a un modelo que engloba y pone énfasis en la interacción entre los procesos biológicos y las influencias psicológicas y sociales (Engel, 1977). Hacerlo así, ofrece una explicación compleja y multivariable, pero potencialmente más integral de la experiencia humana de la enfermedad. Refiriendo, así a la „salud“, como un estado completo de bienestar físico, mental y social; como un proceso de adaptación general en el individuo, que oscila a través del tiempo, con valores máximos y mínimos que dependen de las variaciones del ecosistema y del grado y rapidez de adaptación, en corto, mediano y largo plazo. Mientras que la „enfermedad“ es una forma de queja por parte del individuo que la padece o del individuo cercano que la sufre; siendo una queja de su incapacidad para adaptarse a los nuevos cambios en el ecosistema (Morales, 2012). Por consiguiente, al sumarse factores psicológicos y sociales a las explicaciones biológicas o biomédicas y a la comprensión de las experiencias de buena salud y enfermedad, podrían indicarse planteamientos psicológicos para explicar por qué algunas personas reaccionan asertivamente ante eventos adversos en su salud y otras no, o incluso por qué parece que algunas personas están enfermas todo el tiempo y otras parecen estar continuamente sanas (Morrison & Bennett, 2006).

Dado el contexto anterior desde los años 60, la psicología empezó a ocupar un espacio cada vez más relevante en el proceso de salud-enfermedad haciendo aportes a un campo exclusivamente médico. Donde el área dedicada a este

estudio se consolidó con el nombre de Psicología de la Salud, la cual fue construyendo un espacio propio como campo aplicado de la Psicología, orientando su evolución a dos enfoques: el clínico (con los antecedentes de la psicología clínica, el psicoanálisis, la psicología médica y la psicología cognitiva-conductual) y el social (Díaz, 2010).

La psicología de la salud, por lo tanto, se encarga de las relaciones entre salud física y emocional y el impacto de las diferencias individuales en esas relaciones (Pervin, 1998). Se considera como una ciencia aplicada, que se basa en un enfoque biopsicosocial, donde describe variables del individuo y del ecosistema que inciden en el comportamiento y en la salud e intenta construir un modelo que las relacione (Matarazzo, 1980). Morales (1999), refiere que la psicología de la salud es una rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y del comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud, es decir, abarca el estudio de factores conductuales, cognitivos y emocionales que influyen en el mantenimiento de la salud, el desarrollo de la enfermedad, el curso de la enfermedad y la respuesta del paciente y su familia. La psicología de la salud tiene el objetivo de realizar intervenciones con pacientes, familiares y equipo al cuidado de salud (Bazán, 2003).

La psicología de la salud ha intervenido en múltiples enfermedades crónicas, debido a la estrecha relación entre los diferentes estilos de vida (dieta, conducta tipo A, estrés, consumo de tabaco y alcohol, vida sedentaria, entre otros) y la enfermedad (cáncer, enfermedades cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias entre otras). Es decir que, la psicología de la salud abarca diferentes líneas de investigación en: enfermedades crónicas y agudas, desórdenes del desarrollo (pediátricos y gerontológicos), enfermedades psicogenéticas y enfermedades terminales y muerte; las cuales han brindado beneficios ante el manejo de los pacientes y el mejoramiento de la calidad de vida de los mismos, sin embargo, aún es un campo donde se sigue explorando la explicación de cómo se interrelacionan los factores físicos y psicológicos (Morales y Azcaño, 1987).

El papel del psicólogo, en el ámbito hospitalario, es fungir como asesor en la elaboración de la evaluación y del tratamiento en un caso clínico, investigar y mejorar la calidad de vida del paciente, de la familia y equipo médico, tanto dentro de la institución como en el hogar y la comunidad. En términos generales, el trabajo del psicólogo dentro de las instituciones de salud (hospitales) debe enfocarse en recibir interconsultas médico-psicológicas, en asistir directamente a los pacientes enfermos y familiares; en el trabajo investigativo, educativo y reflexivo, que incida en el proceso salud-enfermedad y en el vínculo asistencial; en participar en equipos interdisciplinarios que estudien las situaciones de pacientes enfermos; y finalmente debe involucrarse en temas relacionados con satisfacción o insatisfacción de los pacientes y de los trabajadores de la salud respecto a los servicios ofrecidos por la institución (Bazán, 2003).

Por tal motivo, el psicólogo que se involucre en el ámbito de la salud debe estar preparado para abordar distintas problemáticas y desarrollar programas en los diferentes niveles de prevención: primaria (dirigida a la protección y promoción de la salud, y a la prevención de la enfermedad), secundaria (el objetivo es evitar el desarrollo o cronificación de la enfermedad, propiciando la adhesión al tratamiento y la modificación de los hábitos de vida) y terciaria (el objetivo es detener el progreso de la enfermedad y prevenir el deterioro e incapacidad de la persona) (Salleras, 1994; Fernández-Ballesteros, 1996). Es decir, el diseño de programas de intervención de salud debe considerar variables psicológicas relacionadas con las distintas patologías, como son los hábitos de vida, manejo de la ira, hostilidad, estilos de afrontamiento inadecuados, rumiación, el pobre control de los impulsos, el estrés, la depresión y la ansiedad (Piqueras et al, 2008). A su vez debe considerar emociones positivas, autocontrol, hábitos de vida saludables y habilidades sociales (Cardozo & Rondón, 2014).

Siendo a su vez primordial mencionar que la psicología de la salud es aplicable dentro del área de la medicina crítica, particularmente en urgencias médicas, la cual es considerada como la especialidad dedicada al diagnóstico y tratamiento de enfermedades o lesiones imprevistas, y que comienza con una evaluación inicial,

la disposición de cualquier paciente que requiera atención médica, quirúrgica o psiquiátrica expedita y la coordinación de la atención entre múltiples proveedores (“Definition of Emergency Medicine”, 2016).

Sin embargo, a nivel nacional, el trabajo que generalmente realiza la psicología de la salud llega a enfocarse más en líneas de investigación conformadas por programas de enseñanza y no como parte del servicio prestado por el sector salud, lo que ha generado un lento proceso de inclusión, tanto en el sector, como en el ámbito hospitalario. El no considerar al psicólogo como parte de dicho sector, ha tenido serias implicaciones reflejadas en el ámbito hospitalario, más aún en el área de urgencias médicas, donde ni siquiera se considera como una necesidad la asistencia del psicólogo (ocasionando una desvinculación de la atención con la población), limitándose solamente a realizar planes de estudio mediante residencias o que la asistencia de personal en proceso de titulación (obtención de tesis de maestría o doctorado) lleve sus proyectos de investigación a los escenarios de salud (Bazán, 2003).

A su vez, la pausada inclusión del psicólogo al sector salud, a nivel nacional, especialmente a nivel urgencias médicas, ha generado pocas o nulas investigaciones respecto a comportamientos específicos de la población que se encuentra en ese sector, como por ejemplo, sería el caso del Cuidador Primario Informal (CPI), el cual considerado como la persona que asume totalmente la responsabilidad del paciente en cuidados críticos (Montero, Jurado, Valencia, Méndez & Mora, 2014), enfrenta desafíos físicos, psicológicos, económicos y domésticos (Haines, Denehy, Skinner, Warrillow, & Berney, 2015); y que en ocasiones llega a catalogarse como población vulnerable ante la dinámica del cuidado. Es por ello, que surge una necesidad imperante de investigar sobre el CPI.

Por tal razón, en el siguiente capítulo se visualiza un ejemplo de la aplicación de la investigación psicológica en el área de urgencias médicas, contemplado a través de evaluaciones realizadas al CPI correlacionada con la escasa evidencia internacional y nacional. Este esfuerzo constituye, una primera aproximación a la

caracterización del fenómeno en esta población lo cual es un avance en el entendimiento de la materia en cuestión.

CAPÍTULO 2. ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SOBRECARGA EN EL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS MÉDICAS

En la actualidad, la medicina de emergencia se considera como la especialidad dedicada al diagnóstico y tratamiento de enfermedades o lesiones imprevistas, que comienza con una evaluación inicial, la disposición de cualquier paciente que requiera atención médica, quirúrgica o psiquiátrica expedita y la coordinación de la atención entre múltiples proveedores (“Definition of Emergency Medicine”, 2016).

En este contexto, el „triage”, es un sistema que se emplea en el ámbito de la medicina para clasificar a los pacientes de acuerdo a la urgencia o nivel de gravedad en la atención, iniciando desde el primer contacto de éste con el sistema sanitario (triage inicial), para finalizar con la asistencia médica y el inicio de un tratamiento efectivo (Gómez, 2006). El *triage* considera los signos vitales (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura), al igual que la información proporcionada por el paciente y/o sus acompañantes sobre sus antecedentes médicos. Consta de un subsistema de cinco niveles (nivel I: atención inmediata y sin demora; nivel II: situaciones muy urgentes de riesgo vital; nivel III: urgentes pero estables hemodinámicamente; nivel IV: urgencia menor; nivel V: no urgencia), que son representados por colores, con la finalidad de identificar la gravedad del paciente y el tiempo en que debe ser atendido (Weyrich, Christ, Celebi, & Riessen, 2012).

Los Departamentos de Emergencia (ED) al ser cada vez más ocupados debido a la asistencia de pacientes sin problemas urgentes, no sólo logran tener un hacinamiento sino también la aparición de problemas físicos, psicológicos, sociales y médicos (Gentile, Durand, Vignally, Sambuc, & Gerbeaux, 2009). En los últimos años, se ha presentado un incremento del 30% de pacientes que asisten al servicio de urgencias por enfermedades crónicas y con bajas conductas de autocuidado (Enard & Ganelin, 2013).

En México se tiene registro de que el 68% de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias médicas de hospitales de tercer nivel (hospitales altamente especializados, donde debido a la alta complejidad en el padecimiento o a la falta de instrumento o equipo necesarios para la intervención o recuperación, se atienden pacientes referidos de clínicas u hospitales de primer o segundo nivel), han sido enviados a su domicilio por sobresaturación del servicio (Silva, 2016). Este fenómeno ha influido en el hecho de que hasta un 15% de los pacientes que buscan atención de urgencia opten por abandonar el servicio de urgencias médicas sin haber sido evaluados por un médico, lo que conlleva la insatisfacción y frustración de los pacientes y del propio personal, iniciando una espiral descendente en la moral de usuarios y prestadores del servicio médico y una calidad deficiente (Martínez et al., 2008).

En los Estados Unidos se calcula que entre el 13% y el 27% de las visitas a los servicios de urgencias podrían administrarse en consultorios médicos, clínicas y centros de atención de urgencia con la finalidad de tener un ahorro de 4.400 millones de dólares anuales (Weinick, Burns y Mehrotra, 2010). En México, la Secretaría de Salud reporta que en el 2014 se brindaron 35.9 millones de consultas en el servicio de urgencias, equivalente a 10 millones más de consultas que se dieron en el 2004 (Secretaría de Salud, 2016).

La enfermedad crítica como tal, y los problemas a enfrentar después de un alta hospitalaria no sólo llegarán a afectar al paciente, sino de igual forma a los "Cuidadores Informales Primarios" (CPI) de manera negativa (Beusekom, Bakhshi-Raiez, Keizer, Dongelmans, & Schaaf, 2016). Considerando la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1999, al CPI, como la persona que está en torno a un paciente y que asume el papel de responsable de este en un amplio sentido, cubriendo sus necesidades y la toma de decisiones (Alfaro et al., 2007).

El CPI, entonces, es definido como aquel miembro de la familia que proporciona un mínimo de horas de cuidado, teniendo desde mínimas o máximas responsabilidades; como ayudar a manejar las finanzas, proporcionar transporte para acudir a las citas médicas, ayudar con las tareas domésticas diarias o asistir

en la administración del medicamento (“How Caregiving is Defined”, s/f). Llega a proporcionar apoyo y asistencia formal o informal, con diversas actividades a personas con discapacidades o personas de edad avanzada a largo plazo (WHO Centre for Health Development, 2004). Es importante mencionar que el CPI no cuenta con ningún entrenamiento profesional sobre el cuidado y no recibe retribución económica alguna por esta tarea (Carretero, Garcés, Ródenas, & SanJosé, 2009).

Aproximadamente el 5% de los CPI europeos de personas dependientes y el 15% de los hogares españoles están dedicados a la atención informal; suelen ser miembros de la familia, normalmente son mujeres (esposa e hija) entre 45 y 65 años, desempleados o con empleo a tiempo parcial, con bajo nivel educativo y socioeconómico, y una inversión de tiempo de más de 40 horas por semana (Carretero et al., 2009). En los Estados Unidos, los familiares proporcionan hasta el 80% de la atención domiciliaria que necesitan las personas con demencia (Alzheimer News | Alzheimer’s Association, 2006)

En el transcurso, los CPI llegan a experimentar, tanto el estrés, como la interrupción de su propio bienestar y actividades sociales cuando cuidan a un ser querido. El estrés sino lo llegan a manejar adecuadamente, pueden empezar a sentir una cantidad excesiva de tensión psicológica o física, empeorándolo con problemas de salud o una sensación de sobrecarga (“How Caregiving is Defined”, s/f). Los beneficiarios de los cuidados también pueden estar en riesgo de encontrarse con el abuso de los cuidadores cuando los pacientes tienen una necesidad pronunciada de asistencia y cuando los cuidadores tienen niveles pronunciados de depresión, malestar y angustia (Williams et al., 2008).

Por lo tanto, uno de los grandes problemas que enfrenta el CPI es la sobrecarga, que se define como un proceso de percepción del impacto de los cuidados, angustia y distrés (Jofré & Sanhueza, 2010). La sobrecarga, por lo tanto, es una modificación de las funciones o actividades a las que se está acostumbrado, como la toma de decisiones en medio de alternativas complicadas, asumir responsabilidades, tareas, acciones de autocuidado físico, social,

psicológico y religioso para atender las necesidades cambiantes de la persona a cuidar, la cual requerirá de cuidados extraordinarios con mayor complejidad, tiempo (puede durar meses o años) y dedicación, que implican una mayor responsabilidad y gasto de energía, sobrepasando los límites de lo considerado usual (Flores, Rivas, & Seguel, 2012).

La sobrecarga llega a dividirse en subjetiva y objetiva; la primera puede definirse como las reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar; se asocia con actitudes y reacciones emocionales que manifiesta el cuidador ante la experiencia de cuidar a una persona enferma. Y la segunda como el grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y la vida de los cuidadores. Este último tipo de carga se relaciona con el desempeño de actividades de autocuidado de la vida diaria que el paciente no puede realizar por sí mismo, como: bañarse, vestirse, peinarse, comer; así como también a la práctica de actividades instrumentales, como: transportarse, moverse e ir al médico (Martínez et al., 2008).

Existe un consenso generalizado entre los investigadores que el cuidar a una persona mayor constituye una situación estresante crónica. La investigación sobre el estrés del cuidador se caracteriza porque los hechos se acumulan con una velocidad mayor a la propia capacidad para darles coherencia teórica. Algunos estudios se han centrado en medir la carga del cuidador e identificar las características de la persona mayor (estado físico, mental y emocional) y del propio cuidador (estado de ánimo, salud, mecanismo de afrontamiento) que está asociada con el sentimiento de carga (Montorio, Fernández, López & Sánchez, 1998).

López et al. (2009) realizaron un estudio observacional y analítico de casos y controles en España, para conocer la sobrecarga sentida por los cuidadores a través del instrumento Zarit Care Burden Interview (ZBI) y las repercusiones que este rol representaba sobre la calidad de vida, su salud en las esferas físicas, psíquicas y social y ver con qué frecuencia utilizaban los servicios de salud. El grupo de estudio fue formado por 156 CPI y el grupo control por 156 personas

adscritas a un centro de salud que no realizaban funciones de cuidador principal, emparejadas por edad, sexo y número de patologías crónicas padecidas. Resultando los CPI de acuerdo al ZBI con un 66.4% de sobrecarga; con un 48.1% de respuesta negativa respecto a su salud frente al 31.4% del grupo control (OR= 2.02; IC 95%: 1.27-3.21). Observando una mayor prevalencia de ansiedad y depresión en el grupo de cuidadores, así como una mayor frecuencia de posible disfunción familiar y de sensación de apoyo social insuficiente. Los resultados indican la necesidad de actuaciones multidisciplinarias encaminadas a apoyar a los cuidadores tanto de forma preventiva como de soporte, debiendo adaptar intervenciones a las características y necesidades específicas de cada cuidador o incluso de la persona atendida.

En un estudio realizado en el Estado de México, durante los meses de abril a junio del 2007, con un diseño transversal, prospectivo y descriptivo, se aplicó el instrumento Zarit Care Burden Interview (ZBI) y un cuestionario sociodemográfico a 102 CPI del Servicio de Psicología del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón (CRIT), para evaluar la carga percibida en los CPI de niños con Parálisis Cerebral Infantil Severa (PCIS). Los resultados mostraron que el 12 % de los cuidadores no presentaron sobrecarga; el 24 % sobrecarga leve; el 47 % una sobrecarga moderada y el 17% un nivel de sobrecarga severa. Concluyendo que la sobrecarga percibida por los cuidadores puede ser un indicador de estrés relacionado con el cuidado de un niño con PCIS. Finalmente establecen la necesidad de implementar programas de apoyo al cuidador en los cuales se les enseñen y fortalezcan habilidades para cuidar de un paciente, de sí mismos y prevenir problemas de salud física y psicológica en dicho grupo. (Martínez et al., 2008).

Galindo-Vázquez et al. (2015), realizaron un estudio en la Ciudad de México dentro del Instituto Nacional de Cancerología (INCan), para validar las propiedades clínicas del instrumento Zarit Care Burden Interview (ZBI) en cuidadores mexicanos de pacientes con cáncer, durante junio de 2012 a febrero del 2013. La muestra fue de 359 cuidadores primarios; 72.2% mujeres, con una

edad promedio de 43.4, con un nivel educativo bajo (27% primaria o menos, 32% escuela media, 27% secundaria y 14% universidad); casados principalmente (56.3%). Se utilizaron el ZBI, el inventario de Depresión de Beck (BDI) el Inventario de ansiedad de Beck (BAI) y el Cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ28) para hacer la validación. Resultando una nueva versión del ZBI, llamada Entrevista de la Carga de Zarit en Cuidadores Mexicanos (ZBI-M), encontrándose una consistencia interna similar a la del (ZBI) (eliminándose sólo el ítem 19 por generar posible confusión en la población mexicana), correlaciones positivas y estadísticamente significativas con las medidas de síntomas, el Cuestionario general de salud, el número de actividades de cuidado y el tiempo dedicado a la atención. El ZBI-M demostró ser adecuado para los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. Mencionando finalmente que la atención de la salud mental es un importante factor para el manejo de la vida de los pacientes, para mejorar la calidad de vida del cuidador y su impacto en la calidad de vida del paciente y el cumplimiento del tratamiento.

Las investigaciones anteriormente mencionadas son antecedentes relevantes que logran conocer e indagar la presencia de „sobrecargar” en el CPI ante el cuidado de su paciente, sus diferentes vertientes, características y cualidades, siendo la sobrecarga una de las tres variables como objetivo a medir, sin embargo, el abordaje no lo realizan desde urgencias médicas como este estudio pretende hacerlo para conocer el comportamiento de dicha variable.

Las estrategias de afrontamiento de los cuidadores llegan también a influir en sus percepciones de manera positiva o negativa sobre la sobrecarga (Almberg, Jansson, Grafstrom, Winblad, 1997). Los miembros de una familia que cuidan a personas con demencia en su domicilio frecuentemente llegan a describir la experiencia como un “estrés y frustración duraderos” (Butcher, Holkup, & Buckwalter, 2001) experimentando a menudo depresión, enfermedades y deficiencia en su calidad de vida, necesitando por ello, una evaluación e intervención sobre los sucesos. Varios estudios han encontrado que las mujeres cuidadoras reportan más problemas de salud y síntomas depresivos que los

cuidadores masculinos (Almberg, Jansson, Grafstrom & Winblad, 1998; Gallicchio, Siddigi, Langenberg y Baum-Garten, 2002). Las cuidadoras tienden a reaccionar más emotivamente, mientras que los varones informan sobre el problema con estrategias de afrontamiento y enfrentamiento (Almberg et al., 1997). Por lo tanto, la autoeficacia del cuidador y las estrategias de afrontamiento serán importantes contribuyentes a la percepción de la sobrecarga (Etters, Goodall, & Harrison, 2008). Un estudio encontró que el atributo de autoeficacia tuvo un efecto independiente significativo sobre el cuidado y la experiencia de los cuidadores con sobrecarga (Gonyea, O'Connor, Carruth, Boyle, 2005).

Ahora bien, entre las alteraciones más frecuentes que se generan en los CPI se han destacado la ansiedad y la depresión. Estos síntomas se presentan principalmente cuando el grado de dependencia del paciente es elevado, cuando los períodos de cuidado son superiores a las 12 horas diarias. (Martínez et al., 2008).

La ansiedad, puede definirse como una anticipación de un daño (externo o interno) o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. Es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes, pero tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual. (Guías de Práctica Clínica en el SNS. *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. (2008).

Mientras que la depresión se considera como un trastorno mental frecuente que afecta más a la mujer que al hombre. Es la principal causa mundial de discapacidad que contribuye de forma importante a la carga mundial general de morbilidad. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad de moderada a grave, puede llegar a

causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos, puede llevar al suicidio (“OMS | Depresión”, s/f).

En una investigación realizada en España en el 2006, mediante un estudio descriptivo transversal, intentaron conocer las características socio sanitarias de 88 pacientes inmovilizados por ancianidad, enfermedades crónicas, invalidantes o terminales que no tenían la capacidad o independencia suficiente para acudir al centro de salud en demanda de servicios; se intentó detectar las posibles carencias existentes; y se valoró el impacto físico y psicológico de los CPI hacia el cuidado. Encontrando que el 63.6% de los pacientes eran mujeres, el 93.2% mayores de 65 años, más del 50% tenían una dependencia grave o total y la mayoría vivía en domicilio propio con un 21.6% sin elevador. En el CPI se identificó que el 84% eran mujeres (hija en el 56% de los casos y cónyuge en el 36%), el 66% estaban casados, el 64% llegó a presentar lumbalgias, el 40% algias (dolores persistentes) musculares, el 36% ansiedad, el 44% depresión, el 36% síndrome de estrés del cuidador y más del 50% dejó de acudir a sus consultas médicas durante los primeros 6 meses; encontradas como principales quejas: falta de tiempo libre (60%), restricción en su vida anterior (84%) y cambio de proyectos personales (66%). Concluyendo que el cuidado permanente de una persona enferma es un factor de riesgo para los que la atienden, específicamente para el CPI (Segura et al., 2006).

En un estudio realizado en Málaga, se evaluaron a 80 pacientes con enfermedad de Alzheimer y sus respectivos CPI, a través de un diseño transversal mediante una serie de regresiones múltiples lineales para determinar la relación entre la carga del cuidador, la ansiedad y la depresión en el cuidador, y si las estrategias de afrontamiento llegaban a mediar dicha relación. Para ello, a los pacientes se les aplicó el Mini Examen del Estado Mental, la Escala de Actividades Bayer de la Vida Diaria, la Escala Global de Deterioro y el Inventario Neuropsiquiátrico; y a los CPI la Entrevista de la Carga al cuidador, el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad de Rasgo de Estado y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento. Encontrando como predictores para

puntuar en ansiedad, una mayor sobrecarga ($\beta = 0,270$, $p < 0,001$) y un menor compromiso de afrontamiento ($\beta = -0,310$, $p < 0,001$); y para puntuar depresión, una mayor sobrecarga ($\beta = 0,250$, $p < 0,001$) y disminuido compromiso de afrontamiento ($\beta = -0,261$, $p < 0,001$). Concluyendo, por lo tanto, que la mayoría de los CPI que presentaron niveles altos en ansiedad y de depresión fue debido a sus disfuncionales estrategias de afrontamiento (García-Alberca et al., 2012).

En una investigación norteamericana, para identificar la evidencia actual de los factores que influyen en la Carga del Cuidador (CC) relacionada con la demencia, para describir las características del paciente y del cuidador asociadas con la CC y describir intervenciones basadas en la evidencia, diseñadas para disminuir la CC, se realizó una búsqueda sistemática exhaustiva, mediante la base de datos de bibliografía médica MEDLINE e información psicológica, contemplada entre los años 1996-2006 en revistas revisadas por pares que utilizaban palabras claves „CC“ y „demencia“. Descubrieron que el cuidado de la demencia se encuentra asociado con efectos negativos sobre la salud de los cuidadores, provocando una ocupación temprana de los asilos de ancianos como solución ante la situación. El género, la relación con el paciente, la cultura y las características personales, llegan a influir en el impacto de la experiencia del cuidado. Aunque varias intervenciones han sido desarrolladas con el objetivo de aliviar la CC, la evidencia sugiere que las intervenciones de múltiples componentes desarrolladas individualmente, incluyendo una diversidad de servicios, disminuyen la carga, mejoran la calidad de vida y permiten a los cuidadores proporcionar atención en el hogar durante períodos más largos antes de la institucionalización (Etters, Goodall & Harrison, 2008).

Finalmente, en México, Alfaro-Ramírez et al. (2007), realizaron una investigación, con un diseño no experimental cualitativo y exploratorio, para medir y comparar los niveles de sobrecarga, ansiedad y depresión entre 65 CPI de pacientes con dolor crónico y 35 CPI de pacientes terminales, mediante una descripción de variables observadas y datos recolectados sin mediciones numéricas sobre el tema. Encontrando que, aunque ambos grupos rebasaron el

punto de corte del nivel de sobrecarga, no hubo ninguna diferencia significativa en esta variable ni tampoco en ansiedad. Sin embargo, los cuidadores de pacientes terminales presentaron mayor sintomatología depresiva y una mayor percepción de impacto en su estado de ánimo. Se encontraron correlaciones positivas entre sobrecarga y depresión; sobrecarga y ansiedad; y depresión y ansiedad. Concluyendo que la sintomatología afectiva presentada en el cuidador debe ser atendida, sobre todo si llega a encargarse de un paciente terminal, el tipo de padecimiento que llegue a tener el paciente será un factor para generar sintomatología depresiva. Finalmente, dicha investigación puede ayudar a sustentar programas de intervención dirigidos a los CPI, los cuales son un pilar en el tratamiento de los pacientes.

Lo relevante de las anteriores evidencias relatadas, es que muestran la presencia de diversas complicaciones que el CPI llega a presentar ante el cuidado de su paciente, aunque la falta de evidencia sobre dichas situaciones en urgencias médicas, específicamente referente a la sobrecarga, ansiedad y depresión, hace que se genere la necesidad de investigar sobre el tema en esa área.

Cabe mencionar que las personas que se encuentran a cargo del cuidado de un enfermo hospitalizado en el área de urgencias, llamadas CPI, pueden presentar ansiedad, depresión y/o sobrecarga, más si dicho cuidado llega a prolongarse por las condiciones críticas del propio padecimiento, haciéndose crónica y compleja la situación, al grado de exceder la capacidad física, psicológica y emocional del cuidador primario. Como ya se mostró a nivel internacional y nacional son pocos los estudios que han evaluado el fenómeno como tal, generando así un hueco en el área de investigación. Estos estudios se han enfocado más a prevalencias de sobrecarga, depresión o ansiedad, sobrecarga con ansiedad, sobrecarga con depresión o ansiedad y depresión, pero no a la asociación que puede existir entre las tres variables.

Además, el contexto mexicano de urgencias se ha descrito como un lugar complejo al presentar una sobresaturación que impide a la población recibir una atención médica de urgencia oportuna, teniendo que esperar, tanto el paciente

como su CPI, por tiempos prolongados para ser admitidos, tratados y más aún para ser ingresados a una cama de hospitalización, impactando con ello desfavorablemente en la morbilidad y mortalidad, en el incremento de los costos de la atención médica, la insatisfacción de los usuarios y prestadores de los servicios (Polanco-González et al., 2013).

Por lo anterior es pertinente preguntarse ¿cuál es la relación entre la ansiedad, depresión y sobrecarga en el CPI que tiene a su cuidado un paciente hospitalizado en el área de urgencias? Es así como el objetivo general del presente estudio es evaluar la asociación entre la ansiedad, depresión y sobrecarga en el CPI ante el cuidado de un paciente hospitalizado en el área de urgencias médicas. Un Objetivo específico fue evaluar la sintomatología ansiosa y depresiva que existe en los CPI del servicio de urgencias médicas del Hospital “Dr. Manuel Gea González” a través de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), considerando los criterios taxonómicos que marcan el punto de corte de la Escala hospitalaria de ansiedad y depresión la (HADS).

Método

Participantes

Fueron incluidos en el estudio 96 CPI de pacientes admitidos en el servicio de Urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, de los cuales 70% fueron mujeres y 26% hombres; con una edad media de 43 años (Desviación Estándar= 13.17). Los participantes fueron seleccionados dentro de las tres áreas de urgencias localizadas (metabólicas I y II, sillas y choque) de manera probabilística por conveniencia, en un período de 8 meses, de febrero a octubre del 2017.

Debido a las diversas actividades que se generan al asumir el rol de CPI en términos de tiempo, en la Figura 1 se presentan los datos de deserción para este estudio.

Criterios de inclusión

- CPI de pacientes hospitalizados en el área de urgencias.
- CPI que desearon participar (sin consentimiento informado)
- CPI mayores de 18 años.

Criterios de exclusión

- Cuidadores no primarios.
- Cuidadores que se negaron al uso del servicio.
- Cuidadores que ya recibían servicio de otra área (Psiquiatría /Paliativos).
- Cuidadores menores de 18 años.

Criterios de eliminación

- No haber completado la evaluación.

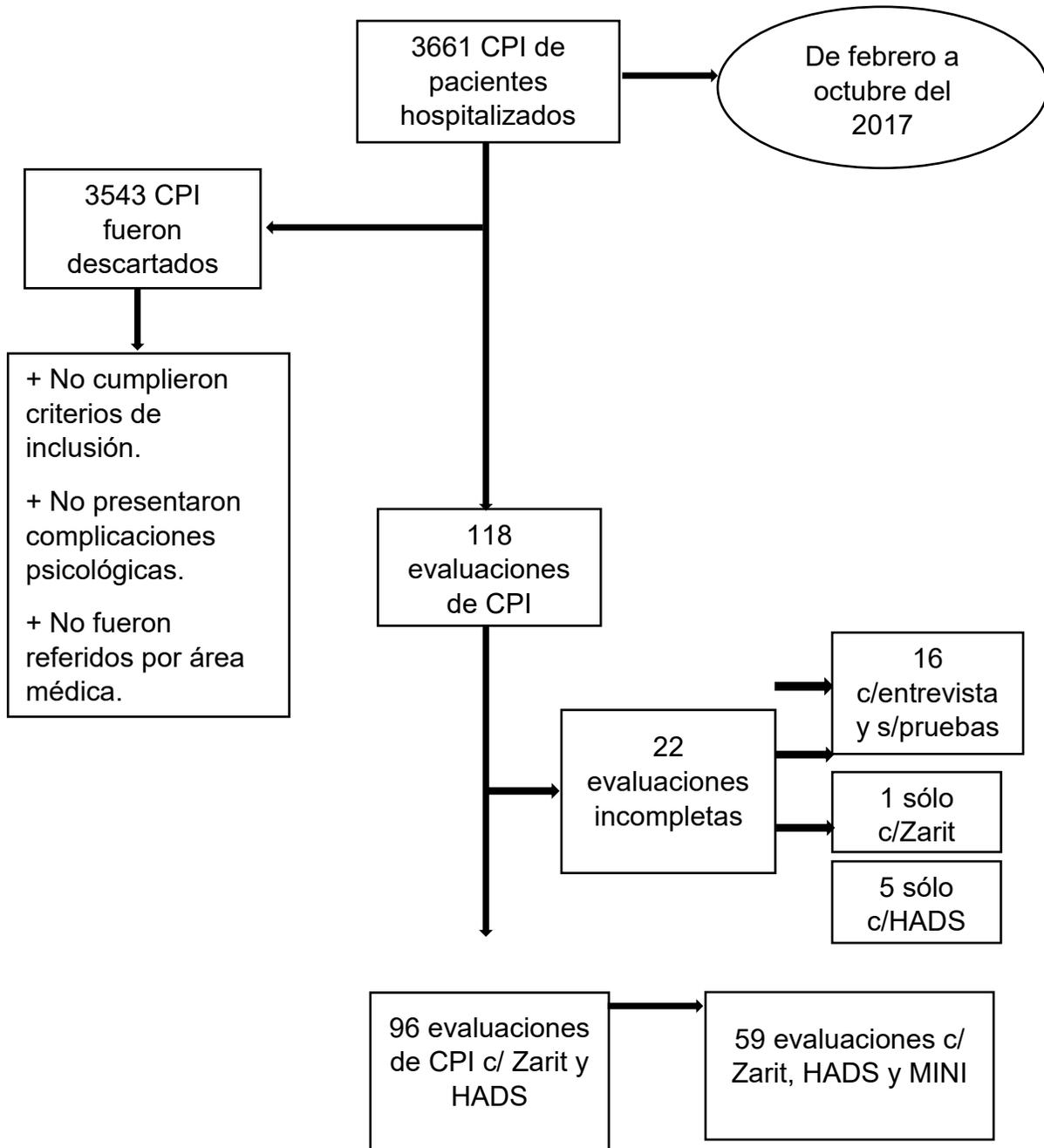


Figura 1. Deserción de los CPI durante la evaluación.

En la tabla 1 se muestran las características sociodemográficas de los 96 CPI que concluyeron la evaluación, donde la mayoría de los cuidadores fueron del sexo femenino (n=70), con una edad promedio de cuarenta y tres años, casados, con

bajo nivel escolar (secundaria n=32 y primaria n=21), dedicados al hogar como ocupación principal (n=32), y con religión católica (n=59). Y el 39% de los CPI llegan a cursar con una enfermedad, ya sea crónica o degenerativa.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los CPI que concluyeron la evaluación

Variables		Media (Desviación Estándar)
Edad		42.67 (DE=13.17)
		N (porcentajes)
Sexo		
	Hombres	26 (27%)
	Mujeres	70 (73%)
Estado Civil	* NR	5 (5.21%)
	Soltero	21 (21.87%)
	Casado	44 (45.83%)
	Unión libre	16 (16.67%)
	Divorciado	5 (5.21%)
	Viudo	5 (5.21%)
Escolaridad	* NR	7 (7.29%)
	Sin escolaridad	1 (1.04%)
	Primaria	21 (21.87%)
	Secundaria	32 (33.93%)
	Preparatoria	13 (14%)
	Carrera Técnica	8 (8.33%)
	Licenciatura	12 (12.5%)
	Maestría	1 (1.04%)
Ocupación	* NR	4 (4%)
	Desempleado	7 (7.29%)
	Hogar	32 (33.93%)
	Empleado	14 (14.39%)
	Comerciante	8 (8.33%)
	Oficio	4 (4%)
	Profesionista	5 (5.21%)
	Negocio propio	2 (2%)
	Otro	20 (20.83%)

Tabla 1. Características sociodemográficas de los CPI que concluyeron la evaluación
(continuación)

Variables		Media (Desviación Estándar)
Edad		42.67 (DE=13.17)
		N (porcentajes)
Religión	* NR	12 (1%)
	Católico	59 (62%)
	Cristiano	8 (8.33%)
	Testigo de Jehová	1 (1.04%)
	Mormón	1 (1.04%)
	Creyente	6 (6.76%)
	Otro	8 (8.33%)
Diagnósticos	Sin enfermedad	61 (61%)
	Ácido úrico	1 (1%)
	Artritis reumatoide	2 (2%)
	Cáncer de mamá	2 (2%)
	Cardiopatía	1 (1%)
	Colitis	1 (1%)
	Diabetes	8 (8%)
	Depresión	1 (1%)
	EPOC	1 (1%)
	Gastritis	1 (1%)
	Hígado	1 (1%)
	Hipertensión	5 (5%)
	Linfoma	1 (1%)
	Lupus	1 (1%)
	Mal del riñón	1 (1%)
	Problema en vertebras	1 (1%)
	Tiroides	3 (3%)
	Trastorno hormonal	1 (1%)
	VIH	2 (2%)
	*NR	5 (5%)

*NR Información no reportada en la entrevista

Diseño de investigación

Se utilizó un diseño no experimental, correlacional y transversal. Se consideró no experimental debido a que no hubo manipulación de las variables, las relaciones se hicieron sin influencia directa, y las observaciones se realizaron tal y como se presentaron en su contexto. Fue correlacional debido a que sólo se exploró la relación entre las tres variables: ansiedad, depresión y sobrecarga. Se contempló transversal porque la recolección de los datos fue obtenida en un solo momento (Hernández-Sampieri, Fernández, Baptista, 2014). Este diseño al implementarlo de esta forma se logró conocer la presencia de las variables ansiedad, sobrecarga y depresión en el CPI en el área de urgencias médicas ante el cuidado de su paciente tanto por el propio padecimiento o por el prolongado período de cuidado.

Medición

Variables

- De agrupación: cuidadores primarios informales (CPI)
- Dependiente₂: ansiedad
- Dependiente₃: depresión
- Dependiente₁: sobrecarga

1. *Cuidador Primario Informal*

Definición conceptual: es la persona que asume la responsabilidad del paciente, no recibe ningún tipo de remuneración económica y no cuenta con una previa capacitación para el cuidado del paciente (Montero et al., 2014).

Definición operacional: Se evaluó mediante un cuestionario. Los datos sociodemográficos del CPI fueron obtenidos mediante un cuestionario creado de manera “ex profesa” (ver anexo 1).

2. Ansiedad

Definición conceptual: es la anticipación de un daño (externo o interno) o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. Es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes, pero tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual. (“Guía Salud. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Versión completa. Definición, manifestaciones clínicas y clasificaciones.”, s/f).

Definición operacional: Se aplicó la Escala hospitalaria de ansiedad y depresión la HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale HADS) y en casos específicos se utilizó también la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI).

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale HADS) evaluó los síntomas ansiedad y depresión (Smarr & Keefer, 2011). La Escala fue creada por Zigmond y Snaith (1983). Consta de dos subescalas intercaladas de siete ítems cada una; 7 reactivos que miden aspectos cognitivos y emocionales de la depresión, principalmente anhedonia; y 7 que miden la ansiedad. Cada reactivo tiene cuatro posibles respuestas que puntúan de 0 a 3, con un rango de puntuación total de 0 a 21 para cada subescala. Tanto para las puntuaciones de ansiedad como de depresión se considera normal de cero a siete, dudoso de ocho a diez y problema clínico a partir de once. Es contestada de cinco a seis minutos, haciendo sencilla su aplicación por parte del equipo de salud (Galindo-Vázquez et al., 2015).

En México, la HADS ha sido validada en mujeres en puerperio complicado, en embarazo de alto riesgo, ginecología y oncología (Villegas, 2004); en población geriátrica (Rojas, 1991); en pacientes quemados (Whaley, 1992); y en pacientes obesos. En un estudio realizado en el año 2002 con población mexicana, se determinó que el mejor punto de corte es de 8 puntos para la sintomatología ansiosa y de 7 para la sintomatología depresiva, la escala cuenta con un coeficiente α que va de 0.84 a 0.86; presenta una validez de constructo convergente que utiliza un índice intraclase entre las puntuaciones de ansiedad y depresión, donde presentaron correlaciones positivas y estadísticamente significativa ($r = 0.70$, $p < 0.001$; $CI = 0.62$, $p < 0.001$) (López-Alvarenga et al., 2002). El instrumento al reportar tener adecuadas propiedades psicométricas fue aplicado en cada evaluación (ver anexo 2).

La Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, MINI (International Neuropsychiatric Interview, MINI) es una entrevista de diagnóstico estructurada corta que fue desarrollada en conjunto con psiquiatras y médicos en Estados Unidos y Europa, para los criterios del DSM-IV y CIE-10 trastornos psiquiátricos. Su administración oscila entre 15 minutos (Sheehan et al., 1998). Está diseñada para uso en atención primaria y ensayos clínicos, cuenta con una fiabilidad en el interrater de acuerdo y test-retest de > 0.75 para todos los diagnósticos, excepto para el episodio maniaco actual (0-35). Así mismo hay una correlación entre el MINI y diagnóstico clínico en atención primaria siendo así la correlación satisfactoria para los trastornos más comunes como el episodio de depresión mayor (0.68), el trastorno de ansiedad generalizada (0.62) (Amorim, 2000). Está dividido en módulos que son identificados por letras, cada uno de ellos corresponde a una categoría diagnóstica de la letra A hasta la P con respuestas dicotómicas, es decir, un Sí o No (Bobes, Paz, Bascarán, Sáiz, Bousoño, 2002). Por los

objetivos de este estudio, sólo se retomaron 2 módulos, el Episodio Depresivo Mayor (A), y el de Trastorno de ansiedad generalizada TAG (O).

Para el Episodio Depresivo Mayor tiene un período exploratorio de 2 semanas anterior al día de la evaluación donde se encuentra la alteración del humor con descripción de episodios afectivos, cuenta con dos preguntas filtro que al ser positivas se continua con las preguntas, para posteriormente al codificar “sí” en 5 o más respuestas cumple con criterios para Episodio Depresivo Mayor; y el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), donde se encuentra ansiedad y preocupación excesiva con un período de exploración de 6 meses anteriores al día de la evaluación así mismo cuenta con dos preguntas, de las cuales si codifica “sí” en 3 o más respuestas cumple con los criterios de Trastorno de Ansiedad Generalizada actual, que serán aplicados en cada uno de los CPI (Ferrando, Bobes, Gilbert, 2002).

La versión en español 5.0.0. de la MINI, fue realizada por Ferrando, Bobes, Gilbert (2002). El instrumento reporta tener adecuadas propiedades psicométricas. Este instrumento fue aplicado exclusivamente a los CPI que presentaron puntuaciones mayores a 8 y 7 respectivamente, en la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), tanto en sintomatología ansiosa como en sintomatología depresiva (López-Alvarenga et al., 2002) (ver anexo 3).

3. Depresión:

Definición conceptual: Es un trastorno mental frecuente que afecta más a la mujer que al hombre. Es la principal causa mundial de discapacidad que contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad. Puede convertirse en un problema de salud serio,

especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos, puede llevar al suicidio. (“OMS | Depresión”, s/f).

Definición operacional: Se utilizó la Escala hospitalaria de ansiedad y depresión la HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale HADS) y en casos específicos también se utilizó la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), las cuales anteriormente fueron descritas (ver anexos 2 y 3).

4. Sobrecarga

Definición conceptual: es la modificación de funciones a las que se está acostumbrado, toma de decisiones en medio de alternativas complicadas, asumir responsabilidades o realizar tareas y acciones de cuidado físico, social, psicológico y religioso para atender las necesidades cambiantes de la persona a cuidar, la cual requiere de cuidados extraordinarios con mayor complejidad, tiempo y dedicación, que implican una mayor responsabilidad y gasto de energía, es decir, representan cuidados que sobrepasan los límites de lo considerado usual. Este cuidado a veces puede durar meses o años, puede exigir gran esfuerzo físico, suelen ser desagradables y provocan interrupción de los roles que desempeña la persona tanto en su familia como en la sociedad. (Flores, Rivas, & Seguel, 2012).

Definición operacional: para evaluar la sobrecarga se utilizó para evaluar la sobrecarga la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (Zarit Care Burden Interview), el cual es un instrumento dirigido a una población de cuidadores adultos, diseñado para valorar la vivencia subjetiva de sobrecarga percibida por el CPI, al cuidar a su paciente; explora los efectos negativos sobre el cuidador en distintas áreas de su vida, salud física, psíquica, actividades sociales y recursos económicos. Fue creada por Zarit,

Rever y Bach (1980) para valorar la vivencia subjetiva de sobrecarga sentida por el cuidador principal de pacientes con demencia. La versión validada para la población mexicana, llamada Entrevista de la carga de Zarit en cuidadores mexicanos (ZBI-M) fue realizada por Galindo-Vázquez et al. (2015) para cuidadores de pacientes con cáncer, tiene una buenas propiedades psicométricas satisfactorias con un índice de validez de contenido y constructo, presenta una consistencia interna ($\alpha = 0.91$), con un alfa de Cronbach para cada sub escala, .90 para la primer subescala impacto de carga, la segunda subescala de .74 relación interpersonal y la tercera subescala .67 expectativas de autoeficacia (Galindo-Vázquez et al., 2015). Consta de 22 reactivos y tres subescalas que miden impacto de la atención, relación interpersonal y expectativas de autoeficacia, los cuales tienen formato de pregunta, en una escala tipo Likert de 5 puntos (0 = Nunca; 1 = Casi nunca; 2 = A veces; 3 = Bastantes veces; 4 = Casi siempre). La puntuación total es el resultado de la suma de las puntuaciones de los 22 reactivos, su rango oscila desde el 0 hasta el 84; considerando como puntos de corte ≤ 46 como no sobrecarga y como ≤ 5 como sobrecarga intensa (Galindo-Vázquez et al., 2015). El instrumento al reportar tener adecuadas propiedades psicométricas y una duración de aplicación de aproximadamente 15 minutos se aplicó en cada evaluación (ver anexo 4).

Procedimiento

El grupo de psicólogos del área de urgencias del Hospital “Dr. Manuel Gea González” acudió de lunes a viernes durante el turno matutino a las tres áreas de urgencias localizadas (metabólicas I y II, sillas y choque) para observar e indagar la situación médica de los pacientes, tomando como referencia algunos datos como edad, diagnóstico y fecha de ingreso; con base en ello, se apoyaron del médico adscrito para solicitarle los pronósticos de estos, considerando como prioridad un mal diagnóstico o pronóstico para proceder a localizar a su CPI en las

zonas de espera (sala 1 y 2) y comenzar a evaluarlo dentro de los cubículos de psicología de urgencias o en el área de informes médicos, mediante la entrevista sociodemográfica y los instrumentos mencionados, considerando que la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) sólo fue aplicada a los CPI que puntuaron mayor a 8 puntos en sintomatología ansiosa y 7 en depresiva en la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). Haciendo mención que estas labores formaron parte de las actividades clínicas diarias del servicio, por tal razón, no se aplicó algún consentimiento informado formal, pero sí un consentimiento verbal. Posteriormente, la atención psicológica fue brindada de parte del grupo de psicólogos a aquellos CPI que lo requirieron de manera inmediata e incluso en casos específicos se les otorgó seguimiento en consulta externa. Finalmente se realizó la captura de cada uno de los instrumentos, el análisis de los datos, la discusión y conclusión de estos.

estas actividades formaron parte de las actividades clínicas diarias del servicio, por tal razón, no se aplicó algún consentimiento informado formal, pero sí un consentimiento verbal

Escenario

Las entrevistas y evaluaciones fueron llevadas a cabo en el área de urgencias médicas dentro del Hospital “Dr. Manuel Gea González” en la zona establecida para dar los informes médicos a los CPI sobre el estado de salud de su paciente, y en los consultorios del servicio de psicología que se localizan exactamente en el primer piso, arriba de triage. Finalmente, la atención psicológica subsecuentemente otorgada fue llevada a cabo exclusivamente dentro de los consultorios del servicio.

Análisis estadístico

Una vez concluidas las aplicaciones se prosiguió a realizar el análisis de los datos utilizando el programa SPSS versión 24.0. Las variables ansiedad, depresión y sobrecarga se consideraron como variables dependientes. Se

utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión para identificar el comportamiento de las diferentes variables. Teniendo datos ordinales, dado el nivel de medición de las variables ansiedad, depresión y sobrecarga, su distribución, el objetivo y el tipo de pregunta de investigación, se empleó el coeficiente de correlación de Spearman para calcular la asociación o interdependencia entre las variables. Llegando a tener variables dicotómicas entre la sobrecarga (Zarit) y el tamizaje de depresión y ansiedad (MINI), se decidió aplicar Chi cuadrada mediante el coeficiente Phi para determinar la existencia de una relación lineal entre las variables y su relación estadísticamente significativa. Se consideró estadísticamente significativo al dato si $p \leq .05$.

Resultados

Los análisis, a través del HADS mostraron que el 59% de los cuidadores presentaron problemas de ansiedad (Desviación estándar [DE]=5.741) y el 37% no la presentó. Respecto a la sintomatología depresiva, solo el 45% de los CPI la presentó (DE=5.349) y el 51% mostró una ausencia de dicha sintomatología (véanse figuras 2 y 3).

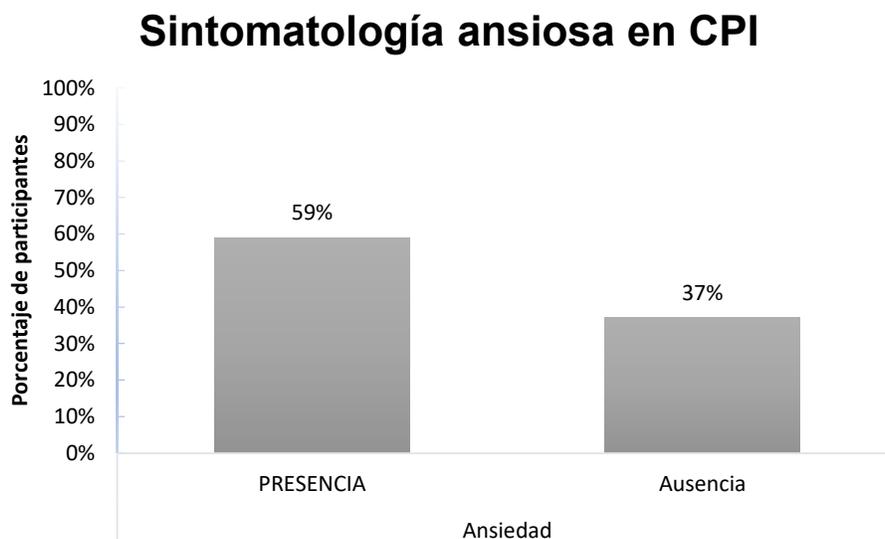


Figura 2. Presencia de sintomatología ansiosa en CPI evaluada a través del HADS

Sintomatología depresiva en CPI

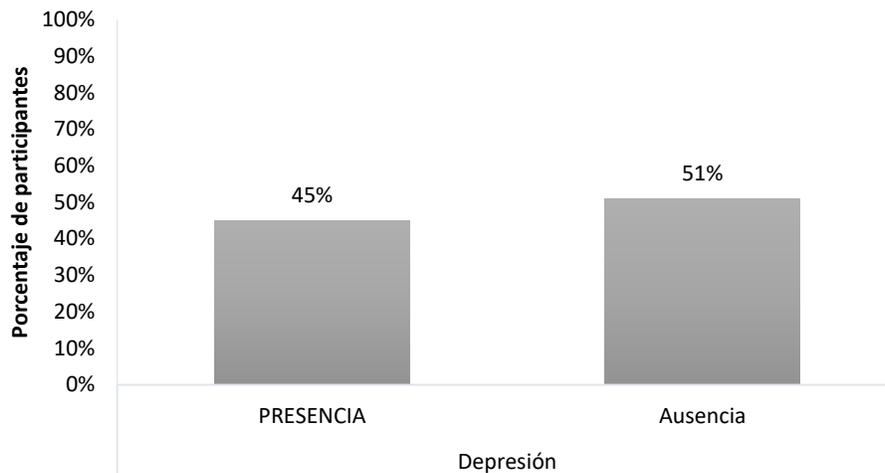


Figura 3. Presencia de sintomatología depresiva en CPI evaluada a través del HADS

Con respecto a criterios MINI se puede observar que sólo el 22% (DE= .431%), llegaron a presentar trastorno de ansiedad generalizada; el 22% un episodio depresivo mayor (DE= .431%) y sólo el 12% un episodio depresivo mayor recidivante (DE= .340%); quedando datos perdidos o no reportados (véanse figuras 4-6).

Criterios para ansiedad generalizada en CPI

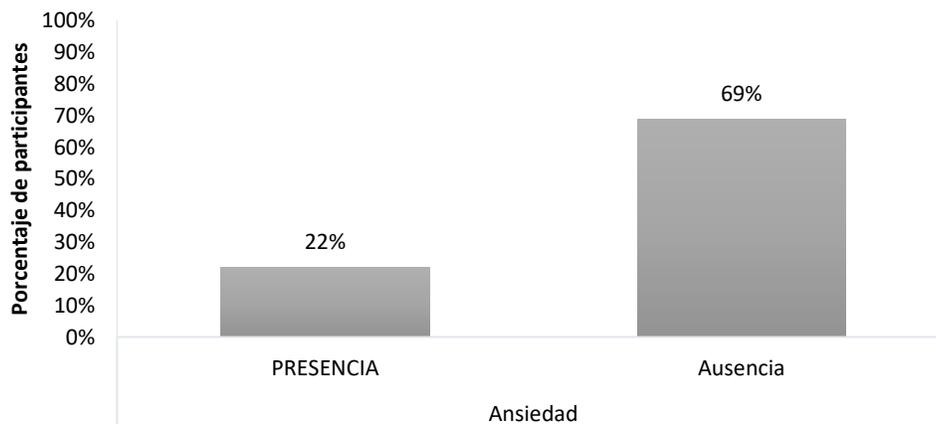


Figura 4. Presencia de criterios diagnósticos para trastorno de ansiedad generalizada a través de la MINI

Criterios para Episodio Depresivo Mayor en el CPI

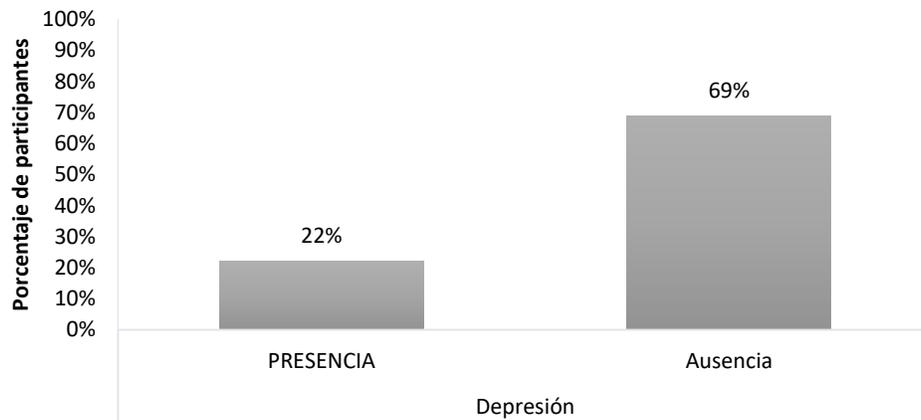


Figura 5. Presencia de criterios diagnósticos para Episodio Depresivo Mayor a través de la MINI

Criterios para Episodio Depresivo Mayor Recidivante en el CPI

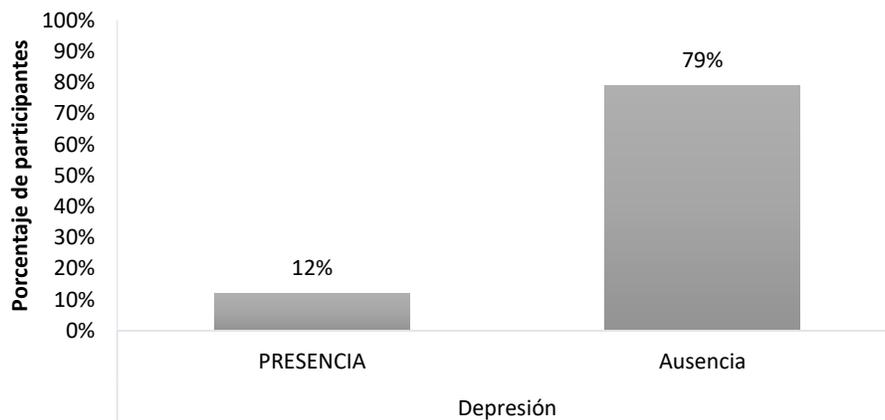


Figura 6. Presencia de criterios diagnósticos para Episodio Depresivo Mayor Recidivante a través de la MINI

En la figura 7, se aprecian los niveles de sobrecarga (SC) presentados por los CPI, reportándose un 12% total de sobrecarga (DE = 15.32%), distribuidos en 6% de una sobrecarga intensa y un 6% de una sobrecarga de leve a moderada. El 84% de los CPI no presentó y el 4% restante de los datos no fueron reportados.

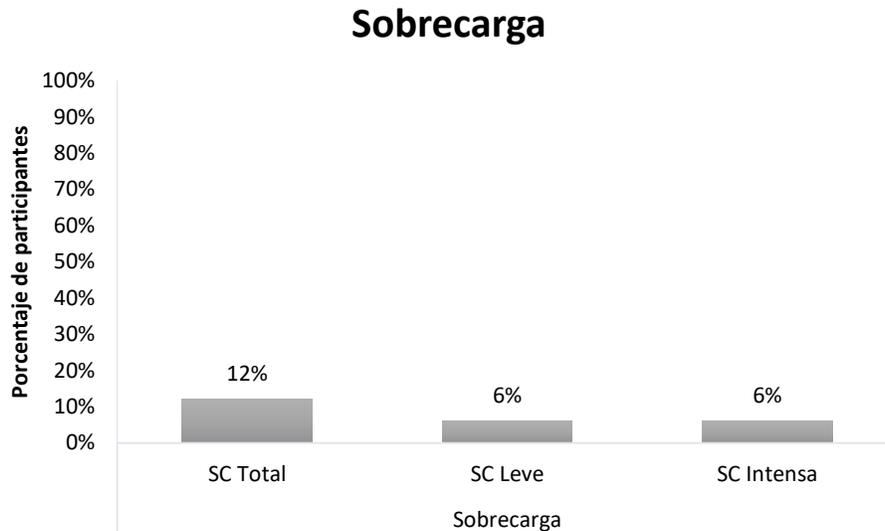


Figura 7. Presencia de niveles de sobrecarga a través del Zarit

En la tabla 2, mediante la prueba de Spearman, se observan las correlaciones resultantes entre sobrecarga (Zarit), ansiedad y depresión (HADS). Mostrando, entre sintomatología ansiosa y sobrecarga ($r = .436$, $p < .01$) y entre sintomatología depresiva y sobrecarga ($r = .286$, $p < .01$) correlaciones positivas, aunque débiles, pero estadísticamente significativas y moderadas.

Tabla 2. Correlaciones entre sobrecarga (Zarit), ansiedad y depresión (HADS)

	Ansiedad HADS	Depresión HADS
Sobrecarga (Zarit)	.436*	.286*
N	96	96

* La correlación es significativa al nivel $p < .01$

Al aplicarse la prueba estadística de chi cuadrada entre sobrecarga (Zarit) y el tamizaje de los subtest de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) se mostraron diversos resultados: con el episodio depresivo mayor, se obtuvo un valor de $X^2 = 6.296$ con $gl = 1$ y un $p = .012$, y una $\Phi = -.263$; y con el episodio depresivo mayor recidivante un valor de $X^2 = 11.38$ con $gl = 1$ y un $p = .001$, y una $\Phi = -.354$, lo que significó en ambos casos que existe una relación negativa con una asociación débil entre la ausencia y presencia de la sobrecarga con el tamizaje depresivo. Y con respecto a la relación entre sobrecarga y el tamizaje ansioso, mostró un valor de X^2 de 6.296 con $gl = 1$ y un $p = .012$, y una $\Phi = -.263$, lo que también significó que existe una relación negativa, con una fuerza de

asociación débil entre la ausencia y presencia de la sobrecarga con el tamizaje ansioso.

De los CPI que llegaron a presentar sobrecarga ante el cuidado de su paciente, el 50% de ellos reportaron pasar dentro del hospital 24 horas de su tiempo, comentaron tener desde 1 mes hasta 2 días como mínimo en acompañamiento de la estancia hospitalaria (ello de acuerdo al diagnóstico y evolución de su paciente), e incluso, refirieron previamente llevar determinado tiempo fungiendo como su cuidador principal (desde 3 noches como mínimo hasta 10 años como máximo). Además, el 67% de los CPI reportó tener un diagnóstico crónico (ver tabla 3).

Tabla 3. Información del CPI con sobrecarga

Número CPI	Horas de cuidado	Tiempo de hospitalización	Tiempo de cuidado	Diagnóstico del CPI**	Diagnóstico del Paciente
1	24hras*	5 días	10 años	Cáncer de mama	Diabetes/ Cirrosis Hepática
10	-----	-----	-----	Artritis	STDA/ Hepatitis Alcohólica
11	24hras*	24hras	3 meses	Tiroides	Diabetes
24	4hras	5hras	10 años	Ninguna	Supresión Etlíca
32	12hras	3 días	6 meses	Hipertensión	Insuficiencia Hepática
36	24hras*	72hras	-----	Diabetes	Enfermedad Renal Crónica
44	8hras	12hras	3 años	Hipertensión	Problemas del corazón
76	12hras	1 día	Reingreso	Problemas del hígado	STDA
79	24hras*	5 días	3 noches	Ninguna	-----

82	24hras*	2 días	2 meses	Ninguna	Encefalopatía Hepática
85	24hras*	1 mes	-----	Ninguna	Linfoma
91	-----	6 días	5 años	Hipertensión	Envenenamiento por plata

* El CPI reportó encontrarse cuidando a su paciente las 24hras del día.

**La mayoría de los CPI que presentan sobrecarga ante el cuidado de su paciente padece alguna enfermedad.

Discusión

El objetivo de este estudio fue evaluar la asociación entre la ansiedad, depresión y sobrecarga en el CPI ante el cuidado de un paciente hospitalizado en el área de urgencias médicas. De acuerdo con los datos obtenidos, se pudo observar que los niveles de depresión presentados por los CPI en esta investigación fueron menores a los que la evidencia internacional muestra, pero similares a la evidencia nacional (López et al., 2009; Martínez et al., 2008; Segura et al., 2006). Donde probablemente esos síntomas depresivos en el CPI, llegaron a generarse por determinadas necesidades que sus pacientes requerían, como el grado elevado de dependencia (ayuda para comer, en algunos casos tener que bañarlos, o llevarles el cómodo), es decir, entre mayor número de actividades de cuidado tuviera el CPI, mayor probabilidad de depresión podría llegar a presentar debido a la alta demanda de responsabilidad; e inclusive en algunos casos, los CPI que contaban con algún empleo, llegaron a perderlo o abandonarlo por los constantes permisos solicitados, dejándolos sin ingresos para poder cubrir los gastos hospitalarios y personales, causándoles por consiguiente, un adicional en la pérdida sobre su espacio personal para desarrollarse, generándoles por ello, sintomatología depresiva (Segura et al., 2006); otros factores posibles favorecedores de la presencia de esta sintomatología pudieron haberse dado por

el tipo de padecimiento, como en el caso de las enfermedades crónicas degenerativas (Diabetes, Hipertensión, Eventos Cerebrovasculares, Daño renal o hepático, entre otros) o por un desfavorable pronóstico (funcional o para la vida) en su paciente tenía (Williams et al., 2008; Martínez et al., 2008; Alfaro-Ramírez et al., 2007; Koyanagi et al., 2017).

A diferencia de la evidencia internacional y nacional, los niveles de ansiedad que presentaron los CPI en este estudio resultaron altos (Segura et al., 2006; Alfaro-Ramírez et al., 2007). Posiblemente ello se debió por la ubicación donde se encontraban hospitalizados sus pacientes (área de urgencias), donde el período prolongado de tiempo y el tipo de „cuidado“ (considerándose como „cuidado“, desde la espera de informes sobre la evolución o involución abrupta en algunos casos, la hora de visita, los informes médicos, trámites o inclusive acompañarlos al baño) específico que necesitaban y el cual abarcaba las 24 horas del día , y donde generalmente los CPI llegaban a cubrir más de 12 horas diarias, ya sea por su diagnóstico (grave o severo) o pronóstico (malo para la vida o función), posiblemente fueron factores circunstanciales que condicionaron y amenazaron su bienestar biopsicosocial llegándoles a desencadenar finalmente una sintomatología ansiosa (Lim, et al., 2016).

En este estudio los CPI presentaron un nivel de sobrecarga baja ante el cuidado de su paciente, contraponiéndose este resultado con la evidencia internacional, donde los participantes han llegado a mostrar altos niveles de sobrecarga y una percepción diferente sobre el concepto de „carga“ (López et al, 2009; Martínez et al., 2008). Sin embargo, contrastando con la evidencia nacional, el comportamiento de los datos fue semejante. Posiblemente el resultado obtenido en este estudio no se asemeja a las descripciones de la evidencia internacional, pero si a la nacional por ciertos aspectos de la muestra, como la ubicación exacta (área de urgencias) donde se localizaban atendiendo a sus pacientes con un nivel de exigencia de cuidado y atención intensa e inmediata; hasta características socioculturales propias de la institución hospitalaria pero particularmente como cultura mexicana, determinando ciertos comportamientos, actitudes y/o creencias

sobre el manejo del „cuidado“, el cual se ha percibido como una „obligación familiar“, logrando hacer que el significado de „carga en el cuidado“ se minimice, más a nivel urgencias médicas, considerándose como un valor moral significativo que conllevaba a que el CPI deba poder „soportar“ tal situación sin objetar (Galindo-Vázquez et al., 2015).

Las correlaciones obtenidas en este estudio a partir de los instrumentos de Zarit y HADS revelaron que entre la sintomatología ansiosa y depresiva y el nivel de sobrecarga que experimentaron los cuidadores existió una asociación, aunque débil, con una estadística significativa, indicando con ello, que a mayor sintomatología ansiosa y depresiva existirá mayor nivel de sobrecarga en los CPI. La relación supone que si los cuidadores tienen sintomatología ansiosa y depresiva tendrán mayor probabilidad de experimentar sobrecarga a un nivel más intenso. Esta información llega a coincidir con lo que refiere la literatura nacional (Alfaro-Ramírez et al., 2007). Por consiguiente, la sintomatología ansiosa y depresiva al estar presente en el CPI y llegar a sobrepasar su capacidad física, psicológica y conductual puede provocarle malestares significativos, pudiendo percibir el cuidado de su paciente como una sobrecarga positiva o negativa, al grado de poner en riesgo no sólo su salud y calidad de vida como cuidador, sino también la calidad de cuidado que proporcionará hasta el abuso o claudicación (abandono) hacia éste (Almberg, Jansson, Grafstrom, Winblad, 1997; Butcher, Holkup, & Buckwalter, 2001; Williams et al., 2008).

En cambio, las correlaciones realizadas entre sobrecarga, ansiedad y depresión a través del instrumento Zarit y el tamizaje de ansiedad y depresión de los subtest del MINI respectivamente, mostraron una relación negativa con una fuerza de asociación débil entre la ausencia y presencia de dichos síntomas, pero en ambos casos, estadísticamente significativos. Este hallazgo de correlaciones llegó a ser congruente con otras investigaciones internacionales y nacionales que han sugerido que la sintomatología ansiosa y depresiva pueden desarrollar sobrecarga en el CPI (García-Alberca et al., 2012; Segura et al., 2006; Eters, Goodall & Harrison, 2008). Existieron varias razones por las cuales se pudo haber

presentado la asociación por ejemplo: las diversas responsabilidades que ejercía el CPI ante el cuidado del paciente, el período de tiempo prolongado que dedicaba previo a la hospitalización, durante y posteriormente, la complejidad del diagnóstico (Dx) de su paciente, que él también tuviera o no un Dx, la nula capacitación previa con la que contaba, la situación laboral y económica que tuviera, pudiendo ser, por lo tanto, algunos factores de riesgo que favorecieron la presencia de sintomatología ansiosa, depresiva, con o sin sobrecarga significativa (Beusekom, Bakhshi-Raiez, Keizer, Dongelmans, & Schaaf, 2016; Martínez et al., 2008; Segura et al., 2006).

Por medio de la evaluación, se pudieron identificar características que conformaban la vida dinámica y actividad del cuidador. Encontrando en los resultados sociodemográficos una similitud con los reportados en la literatura internacional y nacional, donde la mayoría de los CPI fueron mujeres (73%), casados (44%), en la cuarta década de vida y dedicadas al hogar (32%). Y por el contrario, se pudo observar una diferencia a lo que reporta la evidencia internacional referente al porcentaje de hombres como CPI (26%) y al nivel escolar (secundaria = 32%), donde se apreció un incremento al esperado, ya que generalmente el porcentaje de hombres como CPI y el nivel educativo principal que se han presentado han sido bajos (Carretero et al., 2009; Segura et al., 2006).

A pesar del cuidado presentado en este escrito, se llegaron a suscitar algunas limitaciones, como evaluaciones inconclusas acontecidas por diversas situaciones que el CPI afronta durante el cuidado de su paciente hospitalizado, más en el área de urgencias, como el acompañamiento durante algún estudio o intervención quirúrgica, el seguimiento inmediato de algún trámite dentro o fuera del nosocomio, el conseguir medicamentos o aditamentos para el tratamiento ("How Caregiving is Defined", s/f), o en su defecto los horarios laborales del CPI no coincidían con el horario del servicio psicológico de urgencias del hospital. Además se llegaron a abordar y evaluar en el área de urgencias a ciertos acompañantes de los pacientes, que, aunque reportaron no ser los que fungían como CPI principales, en ese momento por diversas circunstancias, generalmente,

ajenas a su elección, referían llevar horas o días haciéndose responsables por las necesidades del paciente, denotando por tal motivo, situaciones emocionales relevantes que conllevaba de parte del servicio de psicología de urgencias médicas a brindarles atención psicológica (Alfaro et al., 2007; Williams et al., 2008; Jofré & Sanhueza, 2010). Sin embargo, cabe mencionar que en esta investigación la elección de los CPI fue selectiva, llegando a permanecer sólo participantes que cubrieron características pertinentes al objetivo del estudio.

Las características propias del diseño correlacional utilizado generaron también limitaciones para analizar el comportamiento de las variables (ansiedad, depresión y sobrecarga), ya que sólo midió el grado de relación existente entre éstas y no determinó la causa-efecto posible, es decir, si la presencia de alguna de las variables era causal o condicional de la otra (Hernández-Sampieri, Fernández, Baptista, 2014). Otra limitación, es que en ese momento no se contó con un consentimiento escrito a través de un documento que avalará la evaluación al CPI, sólo fue a través de un consentimiento verbal, por lo cual, se sugiere hacerlo con un formato en futuras investigaciones como respaldo en la confidencialidad de la información (ver anexo 5).

Como sugerencia se recomienda realizar la administración de la entrevista en la primera intervención y subsecuentemente en la siguiente o tercera las pruebas o evaluación (ello dependiendo de la disponibilidad de tiempo con el que cuenta el CPI) con la finalidad de establecerse una adecuada empatía, metas en común y una obtención de información más confiable.

Retomando el objetivo del presente trabajo y a manera de conclusión, se resume que la ansiedad, depresión y sobrecarga tuvieron una relación estadísticamente significativa. El tiempo de cuidado prolongado a su paciente, posterior y durante la hospitalización, sobre todo en el área de urgencias médicas, la incertidumbre del manejo sobre el cuidado posterior al alta, la severidad y complejidad del diagnóstico, la percepción de incapacidad ante el cuidado por más tiempo, enfermedades que permean en el cuidador y poca adherencia terapéutica,

son factores considerados altamente de riesgo que en un futuro a corto y mediano plazo pueden llegar a detonar otro tipo de sintomatologías más complejas y en algunos casos irreversibles, ello posiblemente dependería de las peculiaridades del entorno que conformen al cuidador.

A diferencia de la sintomatología depresiva, la sintomatología ansiosa llegó a hacerse mayormente presente en el CPI, ello posiblemente debido a la zona de hospitalización donde se ubicaba en ese momento su paciente, la cuál era el área de urgencias médicas.

Ante estos relevantes hallazgos en el área de urgencias, se propone continuar con la realización de intervenciones dirigidas a los CPI a través de entrevistas y aplicación de pruebas para seguir indagando y previniendo posibles alteraciones de tipo emocional (ansiedad, depresión y sobrecarga) que pudieran estar experimentando por el cuidado de su paciente.

Aun cuando las condiciones para realizar este estudio no fueron las óptimas, esta intervención deja un antecedente dentro del hospital para atender las necesidades referidas ante los CPI. Por consiguiente, es de suma importancia la continua participación de un equipo interdisciplinario (donde incluye la participación de enfermería, medicina, trabajo social, psicología y personal de seguridad) para el manejo integral de la salud de los cuidadores siendo una población vulnerable que vive y percibe diversas preocupaciones y el cual debe cubrir necesidades específicas y particulares como individuo. La oportuna atención psicológica y de salud para CPI ante la presencia de alguna sintomatología, ansiosa, depresiva o sobrecarga podrá favorecer condiciones y calidad de vida óptimas, tanto para él como cuidador como de manera inmediata a su paciente.

Referencias

- Alfaro-Ramírez, O., Morales, T., Vázquez, F., Sánchez, S., Ramos, B. & Guevara, U. (2007). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Revista de Medicina del Instituto del Seguro Social*, 46(5), 485-494.
- Almberg, B., Jansson, W., Grafstrom, M., & Winblad, B. (1997). Major strain and coping strategies as reported by family members who care for aged demented relatives. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 683–691.
- Almberg, B., Jansson, W., Grafstrom, M., & Winblad, B. (1998). Differences between and within genders in caregiving strain: A comparison between caregivers of demented and non-caregivers of non-demented elderly people. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 840–858.
- Alzheimer News | Alzheimer's Association. (2006). Report: Early-Onset Dementia: A National Challenge, a Future Crisis. https://www.alz.org/national/documents/report_earlyonset_summary.pdf
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106–115. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000300003>
- Armelagos, G., Brown, P. & Turner, B. (2005). Evolutionary, historical and political economic perspectives on health and disease. *Social Science & Medicine*, 61, 755-765. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.066>
- Bauman, B. (1961). Diversities in conceptions of health and fitness. *Journal of Health and Human Behavior*, 2, 39-46.
- Bazán, G. (2003). Contribuciones de la psicología de la salud en el ámbito hospitalario de México. *Psicología y ciencia social*, 5 (1), 20-26.

- Beusekom, I., Bakhshi-Raiez, F., Kezer, F., Dongelmans, A. & Schaaf, M. (2016). Reported burden on informal caregivers of ICU survivors: a literature review. *Critical Care*, 20(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1185-9>.
- Bobes, J., Paz, M., Bascarán, M., Sáiz, P., Bousoño, M. (2002). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. *Ars Medica*, (2), 3.
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270
- Butcher, K., Holkup, A., & Buckwalter, C. (2001). The experience of caring for a family member with Alzheimer's disease. *Western Journal of Nursing Research*, 23(1), 33–55.
- Cardozo, I. & Rondón, J. (2014). La salud desde una perspectiva psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17 (3), 1079-1107.
- Carretero, S., Garcés, J., Ródenas, F., SanJosé, V., (2009). The informal caregiver's burden of dependent people: theory and empirical review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. El Sevier, 49(1), 74-79. <https://doi:10.1016/j.archger.2008.05.004>
- Chandra, R. (1999). Nutrition and immunology: from the clinic to cellular biology and back again. *The Proceedings of the Nutrition Society* 58 (3), 681-683.
- Definition of Emergency Medicine. (2016). *Annals of Emergency Medicine*, 68(1), 142–143. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2016.04.040>
- Díaz, V., (2010). La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas. *Revista de Psicología, Universidad de Antioquia*, 2(3), 57-70.
- División Técnica de Información Estadística en Salud. El IMSS en Cifras. *La demanda de servicios en urgencias, 2004*. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2006;44(3):261–73.

- Enard, R., & Ganelin, M. (2013). Reducing Preventable Emergency Department Utilization and Costs by Using Community Health Workers as Patient Navigators. *Journal of Healthcare Management / American College of Healthcare Executives*, 58(6), 412.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Engel, G. (2012). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Psychodynamic Psychiatry*, 40(3), 377–396. <https://doi.org/10.1521/pdps.2012.40.3.377>
- Etters, L., Goodall, D., & Harrison, E. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers: A review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(8), 423-428. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00342.x>
- Farmer, P. (1996). Social inequalities and emerging infectious diseases. *Emerg. Infect. Dis.*, 2, 259-269.
- Fernández-Ballesteros, R. (1996). Cuestiones conceptuales básicas en la evaluación de programas. *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*, 21-47.
- Ferrando, L., Bobes, J. & Gibert, J (2002). MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. España, 1-26.
- Flores, E., Rivas, E., & Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería*, 18(1), 29–41. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532012000100004>
- Galindo-Vázquez, O., Benjet. C., Juárez, F., Rojas, E., Riveros, A., Aguilar, J., Álvarez, M. & Alvarado, S., (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, vol. 38, núm. 4, pp. 253-258.

- Galindo-Vázquez, O., Benjet, C., Cruz, M., Rojas, E., Riveros, A., Meneses, A., Aguilar, J., Álvarez, M. & Alvarado, S. (2015). Psychometric properties of the Zarit Burden Interview in Mexican caregivers of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 24: 612-615. DOI: [10.1002/pon.3686](https://doi.org/10.1002/pon.3686)
- Gallicchio, L., Siddiqi, N., Langenberg, P., & Baumgarten, M. (2002). Gender differences in burden and depression among informal caregivers of demented elders in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 154–163.
- García-Alberca, J., Cruz, B., Lara, P., Garrido, V., Gris, E., Lara, A., & Castilla, C. (2012). Disengagement coping partially mediates the relationship between caregiver burden and anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease. Results from the MALAGA-AD study. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 848–856. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.09.026>
- Gentile, S., Durand, A.-C., Vignally, P., Sambuc, R., & Gerbeaux, P. (2009). [Do non-urgent patients presenting to an emergency department agree with a reorientation towards an alternative care department?]. *Revue D'épidemiologie Et De Sante Publique*, 57(1), 3–9. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2008.09.007>
- Gómez, J. (2006). Urgencias, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. *Emergencias: Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 18, 156-164.
- Gonyea, J., O'Connor, M., Carruth, A., & Boyle, P. (2005). Subjective appraisal of Alzheimer's disease caregiving: The role of self-efficacy and depressive symptoms in the experience of burden. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 20, 273–280.
- Guía Salud. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Versión completa (2008). Definición, manifestaciones clínicas y clasificaciones, 4. 31-136. http://www.guiasalud.es/egpc/ansiedad/completa/apartado04/definicion_diagnostico.html

- Haines, K. J., Denehy, L., Skinner, E. H., Warrillow, S., & Berney, S. (2015). Psychosocial outcomes in informal caregivers of the critically ill: a systematic review. *Critical Care Medicine*, 43(5), 1112–1120. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000865>
- Harper, K., & Armelagos, G. (2010). The Changing Disease-Scape in the Third Epidemiological Transition. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(2), 675–697. <https://doi.org/10.3390/ijerph7020675>
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C., Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*, México, DF, México: McGraw-Hill.
- How Caregiving is Defined. (s/f). Recuperado el 15 de mayo de 2017, a partir de <http://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/research/methods/definition.aspx>
- Jofré, V., Sanhueza, O. (2010). Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es Informales. *Ciencia y Enfermería*, vol. XVI, núm.3, 111-112.
- Koyanagi, A.; DeVylder, J., Stubbs, B., Carvalho A., Veronese, N., Haro J. & Santini ZI. (2017). Depression, sleep problems, and perceived stress among informal caregivers in 58 low-, middle-, and high-income countries: A cross-sectional analysis of community-based surveys. *Journal of Psychiatric Research*, 96, 115-123. [doi: 10.1016/j.jpsychires.2017.10.001](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.10.001)
- La Salud de México en Cifras. (2016, noviembre 25): Recuperado 27 de marzo de 2017, a partir de <http://www.paho.org/mex/index.php>
- Lim, V., Tong, W., Ting, H., Ping, R., H, J., Kam, S. & Keung, D. (2016). A Brief Cognitive-Behavioral Psycho-Education (B-CE) Program for Managing Stress and Anxiety of Main Family Caregivers of Patients in the Intensive Care Unit. *Revista Res Public Health*, 13(10), 28. [doi: 10.3390/ijerph13100962](https://doi.org/10.3390/ijerph13100962)
- López-Alvarenga, C., Vázquez, V., Arcila, D., Sierra, A., González, J., Salín, R. (2002). Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)

en una muestra de sujetos obesos mexicanos. *Revista de investigación clínica*, 54(5), 403–409.

López, M., Orueta, R., Gómez, S., Sánchez, A., Carmona, J. & Alonso, F. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(7), 332–339.

Martínez, L., Robles, M., Ramos, B., Santiesteban, M., García, M., Morales, M. & García, L. (2008). Carga percibida del cuidador primario del paciente con parálisis cerebral infantil severa del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 20, 23-29.

Matarazzo, D. (1980). Behavioral health's changelle to academic scientific and profesional psychology. *American Psychologist*, 37, 1-14.

Montero, P., Jurado, C., Valencia, C., Méndez, V. & Mora, M. (2014) Escala de Carga del Cuidador de Zarit: Evidencia de Validez en México. *Psicooncología*. 11 (1), 81-85

Montorio, C., Fernández, T., López L. & Sánchez, C., (1998). La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. Vol. 14, (2) 229-248.

Morales, F. (1997). *Introducción al estudio de la psicología de la salud*. República Mexicana: UniSon, 1-82.

Morales, F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires: Paidós.

Morales, F. (2012). Psicología de la Salud. Realizaciones e interrogantes tras cuatro décadas de desarrollo. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4 (2), 98-107. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333127382005> , doi: 10.5872/psiencia/4.2.71

Morales, F. y Azcaño, R. (1987). El marco conceptual de la Psicología de la Salud y su relación con la atención primaria. XXI Congreso Interamericano de Psicología, pp. 31-49.

- Morrison, V. & Bennett, P. (2006). *Psicología de la Salud*. España: Pearson Prentice Hall, 1, 3-36.
- Morse, S. (1995). Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg. Infect. Dis.*, 1, 7-15.
- Moyano, E., Icaza, G., Mujica, V., Núñez, Leiva, E., Vásquez, M. (2011). Patrón de comportamiento tipo A, ira y enfermedades cardiovasculares (EVC) en población urbana chilena. *Revista latinoamericana de psicología*, 43(3), 443-453. <http://www.scielo.org.co>.
- Omran, A. (1971). The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change: *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(4), 509–538. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x>
- OMS (2013). *Estadísticas sanitarias mundiales 2013*: Organización Mundial de la Salud. www.who.int.
- OMS | Depresión. (s/f). Recuperado el 24 de abril de 2017, a partir de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2013). Conferencia Internacional conmemorativa del XXX aniversario de la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud. Recuperado el 2 de julio de 2017, a partir de http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/alma_ata/es/
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Recuperado de <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
- Pervin, A. (1998). *La ciencia de la Personalidad*. McGraw Hill. Madrid. 348-354.
- Piña, J. & Rivera B. (2006). Psicología de la Salud: Algunas Reflexiones Críticas Sobre Su Qué y Su Para Qué. *Univ. Psychol. Bogotá*, 5 (3), 669-679.

- Piqueras, J., Martínez, A., Ramos, V., Rivero, R., García, J. & Oblitas, L. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma psicológica*, 15, 43-74.
- Polanco-González, C., Castañón, J., Bushe T., Samaniego, J., Arreguín, R., Villanueva, S. (2013). Índice de saturación modificado en el servicio de urgencias médicas. *Gaceta Médica de México*, 149, 417-424.
- Rojas, G. (1991). Evaluar la validez de la escala de depresión geriátrica (GDS) y la escala de ansiedad y depresión para hospitales generales (HADS). Tesis de maestría. México: Fac de Medicina, Depto de Psiquiatría, UNAM.
- Salleras, L. (1994). La medicina clínica preventiva: el futuro de la prevención. *Medicina clínica*, 102 (1), 5-12. <http://www.sisman.utm.edu.ec>.
- Segura, N., Gómez, R., López, R., Gil, E., Saiz, C., & Guevara, C. (2006). El anciano dependiente y el desgaste físico y psíquico de su cuidador. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 15-20.
- Sheehan, V., Lecrubier, Y., Sheehan, H., Amorin, P., Janavs, J., Welleir, E., Herqueta, T., Dunbar, C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10.
- Silva, T. (2016). Tercer Nivel de Atención en Salud. <https://prezi.com/j9vktqpxulg0/tercer-nivel-de-atencion-en-salud/>
- Smarr, L. & Keefer, L. (2011). Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Arthritis care & Research*, 63 (S11), S454-S466.
- Villegas, G. (2014). Reporte de experiencia profesional. Tesis de maestría en Psicología. México: Facultad de Psicología, UNAM.

- Weinick, M., Burns, M. & Mehrotra, A. (2010). Many emergency department visits could be managed at urgent care centers and retail clinics. *Health Affairs*;29(9):1630–1636.
- Weyrich, P., Christ, M., Celebi, N., & Riessen, R. (2012). Triage-systeme in der Notaufnahme. *Medizinische Klinik-intensivmedizin und Notfallmedizin*, 107(1), 67-79. <https://doi.org/10.1007/s00063-011-0075-9>
- Whaley, J. (1992). Diagnóstico de ansiedad y depresión en pacientes quemados (Escala HADS como una herramienta diagnóstica). Tesis de maestría. México: Fac de Medicina, Depto de Psiquiatría. UNAM; 1992.
- Williams, W., Williams, S., Zimmerman, S., Munn, J., Dobbs, D., & Sloane, D. (2008). Emotional and Physical Health of Informal Caregivers of Residents at the End of Life: The Role of Social Support. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 63 (3), S171.
- WHO Centre for Health Development (2004). A glossary of terms for community health care and services for older persons. *World Health Organization*, 12. http://www.who.int/kobe_centre/ageing/ahp_vol5_glossary.pdf
- Zarit, H., Reever, E. & Bach, J. (1980). Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of feelings and Burden. *Gerontologist*, 20, 649-655.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370.
- <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Anexos

Anexo 1



Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
Ficha de identificación "Cuidador Primario Informal"

Hora de inicio A: _____
 Hora de término A: _____
 Hora de inicio B: _____
 Hora de término B: _____

I. DATOS GENERALES

Expediente: _____

Fecha: _____
 Nombre: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____
 Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____
 Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Creencia religiosa: _____
 Domicilio: _____
Calle Número Interior Colonia
 Ciudad/Estado: _____ Delegación/municipio: _____ CP: _____
 Teléfono casa: _____ Celular: _____ Facebook: _____
 Nivel socioeconómico: _____
 Psicólogo que evaluó: _____ Psicólogo responsable: _____
 ¿Con quien vive?: _____
 Total de miembros de su familia: _____
 Número de personas a las que cuida: _____

Personas a las que ha cuidado				
Parentesco	Edad	Escolaridad	Motivo	Tiempo dedicado al cuidado

1

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

Ficha de identificación "Cuidador Primario Informal"
II. CUIDADOS AL PACIENTE HOSPITALIZADO, SITUACIÓN ACTUAL

No. De horas de cuidado al día: _____ Tiempo de hospitalización: _____

Antes de la hospitalización, ¿cuánto tiempo lleva cuidando al paciente?: _____

En qué lugar mayoritariamente se encuentra el CPI cuando espera: _____

Número de personas que ayudan a cuidar al paciente: _____

Personas que apoyan al cuidador			
Parentesco	Edad	Tipo de apoyo	Tiempo dedicado al cuidado

Percepción del cuidador

 ¿Sabe del diagnóstico de su paciente? SÍ NO ¿Qué sabe? _____

 ¿Sabe del pronóstico de su paciente? SÍ NO ¿Qué sabe? _____

Ficha de identificación "Cuidador Primario Informal"

III. CONDICIÓN MÉDICA DEL CUIDADOR

¿Tiene alguna enfermedad?: SÍ NO ¿Cuál?: _____

Medicamentos que toma: _____

Esquema y Dosis: _____

Tiempo de evolución: _____ Alguna complicación: _____

Consume alguna sustancia: _____ Algún problema emocional: _____

Horas de sueño: _____ Fue reparador: _____

Se siente cansado: _____ En una escala del 0-10, ¿qué tan cansado se siente?: _____

Desde que está hospitalizado el paciente ¿ha comido?: _____ Fue una comida balanceada: _____

OBSERVACIONES

Anexo 2

Hospital General "Dr. Manuel Gea González" Ficha de identificación "Paciente y familiar"						
HADS						
1. Me siento tenso(a) o nervioso(a)					A	D
Todo el día 3	Casi todo el día 2	De vez en cuando 1	Nunca 0			
2. Sigo disfrutando las mismas cosas de siempre					A	D
Casi siempre 0	Frecuentemente 1	Rara vez 2	No en lo absoluto 3			
3. Siento una especie de temor como si algo fuera a suceder					A	D
Sí y muy intenso 3	Sí, pero no muy intenso 2	Sí, pero no me preocupa 1	No siento nada de eso 0			
4. Soy capaz de reírme y ver el lado bueno de las cosas					A	D
Casi siempre 0	Frecuentemente 1	Rara vez 2	No en lo absoluto 3			
5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones					A	D
Todo el día 3	Casi todo el día 2	De vez en cuando 1	Nunca 0			
6. Me siento alegre					A	D
Casi siempre 0	Frecuentemente 1	Rara vez 2	No en lo absoluto 3			
7. Soy capaz de permanecer sentado(a) tranquila y relajadamente					A	D
Casi siempre 0	Frecuentemente 1	Rara vez 2	No en lo absoluto 3			
8. Me siento lento(a) y torpe					A	D
Todo el día 3	Casi todo el día 2	De vez en cuando 1	Nunca 0			
9. Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en el estómago					A	D
Casi siempre 3	Frecuentemente 2	Rara vez 1	No en lo absoluto 0			
10. He perdido interés por mi aspecto personal					A	D
Casi siempre 3	Frecuentemente 2	Rara vez 1	No en lo absoluto 0			
11. Me siento inquieto(a) como si no pudiera dejar de moverme					A	D
Casi siempre 3	Frecuentemente 2	Rara vez 1	No en lo absoluto 0			
12. Espero las cosas con ilusión					A	D
Casi siempre 0	Frecuentemente 1	Rara vez 2	No en lo absoluto 3			
13. Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor					A	D
Casi siempre 3	Frecuentemente 2	Rara vez 1	No en lo absoluto 0			
14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro, un programa de radio o televisión.					A	D
Casi siempre 0	Frecuentemente 1	Rara vez 2	No en lo absoluto 3			
Ansiedad: _____			Depresión: _____			

Anexo 3






Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

Ficha de identificación "Paciente y familiar"

Estado de ánimo

Edmonton Symptom Assess System (ESAS)

Síntoma	Intensidad										
	Ausencia					Lo más alto que te puedas imaginar					
Depresión	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ansiedad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bienestar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Otro: _____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

MINI

DEPRESIÓN

A. Episodio depresivo mayor

(= SIGNIFICARÁ A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SÍ	1
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SÍ	2
	¿CODIFICO SÍ EN A1 O EN A2?	NO	SÍ	
A3	En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:			
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? CORRIGIR SI, SI CONTISTO SI EN ALGUNA	NO	SÍ	3
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ	4
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SÍ	5
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SÍ	6
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SÍ	7
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	8
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SÍ	9



Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
Ficha de identificación "Paciente y familiar"

¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL	

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL,
 CONTÍNUE CON A4. DE LO CONTRARIO CONTÍNUE CON EL MÓDULO B:

A4 a ¿En el transcurso de su vida, tuvo otros periodos de dos o más semanas, en los que se sintió
 deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas
 de los que acabamos de hablar?

NO	SÍ	10
----	----	----

b ¿Ha tenido alguna vez un periodo de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta
 de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este periodo entre dos episodios depresivos?

NO	SÍ	11
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE		

ANSIEDAD

O. Trastorno de ansiedad generalizada

(⇒ MODIFICA TR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODIAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

O1 a ¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante
 los últimos 6 meses?

NO	SÍ	1
----	----	---

b ¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?

NO	SÍ	2
----	----	---

CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RISTRINGIDA
 EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA
 DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.

NO	SÍ	3
----	----	---

O2 ¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse
 en lo que hace?

NO	SÍ	4
----	----	---

O3 CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA
 DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.

En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:

a ¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?

NO	SÍ	5
----	----	---

b ¿Se sentía tenso?

NO	SÍ	6
----	----	---

c ¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?

NO	SÍ	7
----	----	---

d ¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?

NO	SÍ	8
----	----	---

e ¿Se sentía irritable?

NO	SÍ	9
----	----	---

f ¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media
 noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?

NO	SÍ	10
----	----	----

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
Ficha de identificación "Paciente y familiar"

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?

NO SÍ

**TRASTORNO
DE ANSIEDAD
GENERALIZADA
ACTUAL**

RIESGO SUICIDA

C. Riesgo de suicidio

Durante este último mes:				Puntos:
C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO	SÍ	1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SÍ	2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SÍ	6
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SÍ	10
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	10
A lo largo de su vida:				
C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	4

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

NO SÍ

RIESGO DE SUICIDIO

1-5 puntos	Leve	<input type="checkbox"/>
6-9 puntos	Moderado	<input type="checkbox"/>
≥ 10 puntos	Alto	<input type="checkbox"/>

SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6)
RODEAR CON UN CÍRCULO «SÍ» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO
DE SUICIDIO

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
Ficha de identificación "Paciente y familiar"

I. Estado por estrés postraumático (opcional)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

11	¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física? EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO DE REHÉN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATASTROFE NATURAL	NO	SÍ	1
12	¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiosa (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intrusas)?	NO	SÍ	2
13 En el último mes:				
a	¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?	NO	SÍ	3
b	¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento?	NO	SÍ	4
c	¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	NO	SÍ	5
d	¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	NO	SÍ	6
e	¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	NO	SÍ	7
f	¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	NO	SÍ	8
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE 13?	NO	SÍ	
14 Durante el último mes:				
a	¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado particularmente irritable o le daban arrebates de cólera?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	NO	SÍ	11
d	¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	NO	SÍ	12
e	¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	NO	SÍ	13
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE 14?	NO	SÍ	
15	¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?	NO	SÍ	14

**ESTADO POR ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO
ACTUAL**

Anexo 4






Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

Ficha de identificación "Cuidador Primario Informal"

ZARIT

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Cree que su paciente le pide más ayuda del que realmente necesita?					
2. ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?					
3. ¿Se siente tenso(a) cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?					
4. ¿Se siente avergonzado(a) por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado(a) cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa su relación con amigos y otros miembros de su familia?					
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?					
8. ¿Siente que su familiar depende de usted?					
9. ¿Se siente agobiado(a) cuando tiene que estar junto a su familiar?					
10. ¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?					
11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?					
12. ¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo(a) para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?					

5



Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

Ficha de identificación "Cuidador Primario Informal"

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
14. ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?					
15. ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?					
16. ¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?					
18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?					
19. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?					
20. ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?					
21. En general: ¿Se siente muy sobrecargado(a) por tener que cuidar de su familiar?					

Anexo 5

Secretaría de Salud. Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Formato para el Cuidador

(2ª versión) (17-11-2017)

De acuerdo con las disposiciones contenidas en la Ley General de Salud, Título Quinto "Investigación para la Salud", Capítulo Único, artículo 100, fracción IV; así como del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo "De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos" Capítulo I, Disposiciones Comunes, artículo 13 que señala que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, artículos 14 fracción V, 20, 21 y 22 de dicho Reglamento; y, de conformidad con los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, se me ha explicado e informado que:

Se me ha invitado a participar de manera voluntaria a un estudio que tiene como objetivo identificar la asociación entre los factores psicosociales del paciente y de su cuidador primario y su asociación con los problemas emocionales, así como, los días de estancia hospitalaria y reingreso a urgencias médicas en Hospital General "Dr. Manuel Gea González.

Soy cuidador de un paciente de urgencias médicas en Hospital General "Dr. Manuel Gea González y se me ha informado que mi participación consiste en contestar algunos instrumentos que contienen preguntas de mi persona y mi percepción sobre el estado físico, emocional y redes de apoyo de mi paciente o mi persona, mientras me encuentro en el servicio de urgencias del Hospital General "Dr. Manuel Gea González, dichos cuestionarios se aplicarán durante un espacio en el que no tenga ninguna actividad o mi paciente tenga algún estudio; y se me ha informado que el tiempo promedio de aplicación es de 45 minutos (rango: 30 minutos-60 minutos). Se me informó que la aplicación del cuestionario será dentro del hospital, en algún cubículo de psicología o en un lugar que a mí me resulte conveniente.

Se me informó que las preguntas del cuestionario podrían causarme una molestia leve debido a que tocan temas de mi estado emocional, si así sucediera, la persona entrevistadora es un psicólogo capacitado que podría brindarme asesoría y apoyo para resolver dicho malestar emocional. También se me mencionó que, en caso de ser requerido, se me puede brindar un apoyo psicológico estructurado por parte del personal perteneciente al servicio de Psicología Urgencias o se me puede canalizar a un centro especializado para recibir el apoyo psicológico.

Con el presente estudio se obtendrá conocimiento para poder entender cómo los factores psicosociales se asocian con el tiempo de hospitalización de los pacientes o el número de veces que los pacientes ingresan a urgencias; y esto a su vez, podría ayudar a entender principios que en futuras investigaciones generen intervenciones psicológicas enfocadas a combatir los principales problemas emocionales identificados en los pacientes y familiares usuarios de este hospital.

Se me ha asegurado que puedo preguntar hasta mi complacencia todo lo relacionado con el estudio; y se me aclaró, que puedo abandonar el estudio en cualquier momento que yo lo decida, sin que ello, afecte la calidad de la atención a mi paciente o a mi trato por parte del personal de salud de este hospital.

Autorizo la publicación de los resultados del estudio, a condición de que en todo momento se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con mi privacidad, autorizando la publicación de los resultados mientras no se publique mi nombre o revele mi identidad.

Este estudio no tiene financiamiento externo, por lo que no tienen ni los investigadores ni los sujetos de investigación inscritos al estudio ningún beneficio económico.

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, yo _____ acepto participar en el estudio titulado: "Factores psicosociales del paciente, cuidador primario y su correlación con problemas emocionales así como con el uso hospitalario en el servicio de urgencias médicas".

Nombre y firma del sujeto de investigación _____

Nombre, y firma del testigo
1 _____

Dirección

Relación que guarda con el sujeto

Nombre, y firma del testigo

2 _____

Dirección

Relación que guarda con el sujeto

Nombre y firma del Investigador Responsable o
Principal _____

Nombre y firma de quien aplica el consentimiento
informado _____

Este documento se extiende por triplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal y el otro en poder del investigador, así mismo es obligatorio integrar al expediente clínico una copia del mismo, anexando una nota donde se especifique que el sujeto de estudio esta participando en el protocolo (señalando título y número de registro y nombre del investigador responsable). Queda entendido que la Dirección de Investigación, o los Comités podrán requerir este documento en cuanto lo consideren necesario. Este documento deberá ser conservado por el investigador responsable durante un mínimo de 5 años.

Para preguntas o comentarios comunicarse con la Dr. Pablo Maravilla Campillo 4000-3000 Ext. 3217 Presidente del Comité de Investigación o con el Dr. Samuel Weingerz Mehl, Presidente del Comité de Ética en Investigación al 40003000 3217 y 3040