



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**La relación de la sobrecarga y el apoyo social percibido del cuidador primario informal  
en el servicio de urgencias**

TESIS  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
PRESENTA  
**Mariana Brenda Angeles Basilio**

DIRECTOR: Dr. Edgar Landa Ramírez  
REVISOR: Aime Edith Martínez Basurto

CIUDAD DE MÉXICO

2017



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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 siguiente espacio está dedicado a aquellas personas que a lo largo de este camino me han apoyado a lo largo de este camino me han apoyado con su conocimiento, amor, comprensión y paciencia.

No habría forma de imaginarme aquí sin mis padres quienes me dieron la vida día a día al ser mi soporte incondicional en mis mejores y peores días, al igual que mis hermanos quienes fueron mis confidentes y me cuidaron a la distancia con su cariño en este andar.

Por otro lado quiero reconocer la confianza y guía que me ha brindado el Dr. Edgar Landa durante todo este proceso; así mismo agradecer a mis revisores por el tiempo y dedicación que invirtieron para ver concluido este trabajo.

Pero que sería la vida sin aquellas personas que sin ningún parentesco u obligación han estado ahí para mí, por ello les digo gracias Lalo y Nadia, por haber compartido su conocimiento, experiencia, confianza y amistad durante nuestra estancia aquí, pese al tiempo que pase no olvidarse la huella que han dejado en m. gracias amigos.

No crean que los he olvidado Jenny, Alejandro, Liz, Juan, Fer, Ma. Fer, Cynthia y Ale Santa Ana, a ustedes les quería agradecer en especial la paciencia que me tuvieron durante todos los meses que llevamos como compañeros en el hospital y las aventuras que atravesamos juntos por lo que sé que les podre llamar amigos por muchos años más.

Sobre todo me gustaría reconocer y agradecer a Tania, quien ha sido mi amiga desde los 16 años y desde ese momento no me ha dejado de apoyar o impulsar aunque nuestras vidas se hayan bifurcado para lograr nuestras metas profesionales.

También quiero darle las gracias a todo el equipo de burnout, por alegrar y amenizar mis días en el hospital. Al Dr. Edgar Landa por su conocimiento y apoyo durante el proyecto de psicología de urgencias, de igual forma le doy gracias a todos los que conforman el equipo de Triage por su pasión y entrega por el servicio.

Aunque te haya dejado al final de esta lista, quiero que sepas que eres una de las personas más importantes en mi vida y le agradezco tanto a la vida como a ti por habernos cruzado y que de esa forma tu hayas sido la encargada de mi formación académica y por eso te estaré por siempre agradecida, gracias por tu amistad y consejos que nunca me dejaron en la oscuridad.

Carpe Diem

# Índice

<b>Resumen.....</b>	<b>4</b>
<b>Capítulo 1:</b> Psicología de la salud.....	<b>6</b>
<b>Capítulo 2:</b> La relación de la sobrecarga y el apoyo social percibido del cuidador primario informal en el servicio de urgencias.....	<b>16</b>
<b>Método.....</b>	<b>22</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>31</b>
<b>Discusión.....</b>	<b>36</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>43</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>55</b>

## 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 apoyo social percibido Medical Outcome Study MOS y la sobrecarga en el cuidador primario informal ante el cuidado de un paciente hospitalizado en el área de urgencias médicas. Se utilizó un enfoque cuantitativo con alcance correlacional y diseño no experimental transversal, en el que participaron 96 CPI de pacientes hospitalizados en el área de urgencias médicas del Hospital “Dr. Manuel Gea González”. Se utilizó un cuestionario creado para la entrevista, que evaluó el nivel de apoyo social percibido y para el nivel de sobrecarga la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit versión mexicana. Los resultados mostraron una correlación negativa leve y estadísticamente significativa entre la sobrecarga y el apoyo social ( $r = - 0.364$ ,  $p < 0.01$ ). Se identificó que sólo el 11.34 % de los CPI presentó un nivel de sobrecarga leve. 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 previniendo posibles alteraciones de tipo emocional que pudieran estar experimentando por el cuidado de su paciente.

**Palabras clave:** Cuidadores primarios informales, Apoyo social, Sobrecarga, MOS, Zarit.

## **Abstract**

Some informal primary caregivers before the care of a sick patient in the emergency medical area, with a chronic degenerative, terminal and incapacitating condition come to present modifications in their daily life, such as anxiety, depression or overload, causing some unfavorable imbalances in their organism, which may compromise their own health and / or even generate a partial or total abandonment towards the patient. The aim of the present investigation was to evaluate the association between perceived social support and the overload in the IPC in the care of a patient hospitalized in the area of medical emergencies. A quantitative approach with a correlational scope and transversal non-experimental design was used, in which 96 CPI of patients hospitalized in the medical emergency area of the Hospital "Dr. Manuel Gea González ".The results showed a slight and statistically significant negative correlation between overload and social support ( $r = - 0.364$ ,  $p < 0.01$ ). It was identified that only 11.34% of the CPI presented a level of slight overload. Given these findings, it is proposed to continue carrying out interventions aimed at the IPC through interviews and the application of tests to continue investigating and preventing possible emotional disturbances that they may be experiencing due to the care of their patient.

**Keywords:** Informal primary caregivers, social support, overload, MOS, Zarit.

## Capítulo 1. Psicología de la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978), en su declaración del “Alma Ata” define el concepto de salud como: “Un estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; añade que debe ser una de las principales políticas y económicas para todas las organizaciones gubernamentales, de tal manera, que se debe promover la salud de forma equitativa para todas las personas del mundo; por lo tanto esta definición ha sido un antecedente para abordar el tema de salud a nivel global, ya que las políticas, programas y el personal implicado tratan de garantizar un estado de salud integral.

Uno de los principales factores para que la OMS concordara esta definición de salud fue la teoría de la transición epidemiológica, donde Omran (1977) trata de explicar el complejo cambio en los patrones de salud y enfermedad, las interacciones entre estos y sus características demográficas, económicas y sociológicas. Se puede observar cómo las enfermedades crónicas degenerativas han desplazado las enfermedades infecciosas como la primera causa de morbilidad y mortalidad. De acuerdo con la teoría de Omran de 1977, hay cinco proposiciones que tratan de explicar la relación de la salud y la enfermedad en función de la principal causa de muerte que prevalece en ellas, siendo así:

Primera proposición: La mortalidad es un factor principal en la dinámica de la población, ya que el ciclo sube o baja dependiendo del tamaño de ésta, su ritmo de crecimiento está delimitado por las principales causas de mortalidad. Actualmente la tasa de mortalidad es menor y la tasa de nacimientos es mayor

Segunda proposición: Durante la transición, se produce un cambio a largo plazo en la mortalidad y los patrones de enfermedad por los cuales las pandemias de la infección son desplazadas por las enfermedades crónico degenerativas como forma principal de la morbilidad y primera causa de muerte, al respecto Omran distingue 3 etapas:

1. La era de las epidemias y la peste:

En la cual, la mortalidad es alta y el crecimiento de la población se ve frenado principalmente por la frecuencia de epidemias, enfermedades infecciosas, desnutrición severa y complicaciones en el parto. La esperanza de vida oscila entre los 20 y 40 años.

2. Edad de las pandemias retraídas:

Debido a una menor frecuencia en las epidemias se genera un descenso en la mortalidad y un aumento en el crecimiento de la población en forma exponencial. Las enfermedades parasitarias y deficitarias predominan mientras que las enfermedades transmisibles disminuyen. La esperanza de vida oscila entre los 30 y 50 años.

3. Enfermedades degenerativas y causadas por el hombre:

La mortalidad continúa disminuyendo y finalmente se acerca a la estabilidad en un nivel relativamente bajo. La esperanza media de vida al nacer se eleva gradualmente, inclusive supera los 50 años, es durante esta etapa que la fertilidad se convierte en el factor crucial en el crecimiento demográfico, además, las enfermedades crónico-degenerativas y accidentes desplazan paulatinamente a las infecciones. Dentro de esta proposición se describe que la transición de enfermedades infecciosas a degenerativas (y no transmisibles), es el resultado de una serie de determinantes que han interactuado para crear las condiciones de cambio. Se mencionan tres categorías principales:

a. Determinantes eco biológicos: Agentes de la enfermedad el nivel de hostilidad en el ambiente, la resistencia del huésped, entre otros.

b. Determinantes socioeconómicas, políticas y culturales: Hábitos de salud, nutrición, higiene y demás condiciones que son dependientes en gran medida del contexto.

c. Determinantes de salud pública y atención médica: Son medidas preventivas y curativas específicas utilizadas para combatir la enfermedad; como ejemplo, el saneamiento público, la inmunización y el desarrollo de terapias decisivos.

Tercera proposición: Durante la transición epidemiológica los cambios más notorios entre los patrones de salud y enfermedad se dieron entre los niños y las mujeres jóvenes debido a la disminución de enfermedades infecciosas. La supervivencia infantil incrementa significativamente mejorando los niveles de vida, avances en nutrición y las medidas de saneamiento. La esperanza de vida llega a ser de 74 años.

Cuarta proposición: Los cambios de los patrones de salud y enfermedad están estrechamente asociados con las características demográficas y económicas que constituyen la compleja modernización. El cambio en la mortalidad afecta indirectamente a la fertilidad y la composición de la población. Esta transición se puede atribuir en gran medida a los siguientes factores:

Factores biopsicológicos: la tasa de natalidad aumenta progresivamente a medida que aumenta la esperanza de vida.

Factores socioeconómicos: Debido a una mejor nutrición y sistema de salud se reduce el riesgo de muerte infantil. A medida que incrementa la probabilidad de supervivencia infantil se reduce el deseo de querer tener muchos hijos, a causa de los cambios en el sistema social y económico que ponen a los niños como una responsabilidad económica más que un activo.

Factores emocionales y psicológicos: El mejoramiento de la infancia y el aumento de la supervivencia infantil tiende a debilitar el complejo social, económico y emocional. A medida que las parejas hacen conciencia de la cercana certeza de que sus hijos, en particular un hijo les sobrevivirá, la probabilidad de practicar la limitación familiar es mayor.

Quinta proposición: De acuerdo a las variaciones en el tiempo y a las dinámicas peculiares en el cambio se identifican tres modelos básicos de la transición epidemiológica.

- a. El primer modelo es el clásico u oeste, está representado por Inglaterra, Gales y Suecia. Describe el cambio de altas tasas anuales de muerte (30 por mil) y altas tasas anuales de natalidad (40 a 50 por mil) a bajas tasas de mortalidad (10 por mil) y fecundidad (menos de 20 por mil). En esas sociedades el descenso de la mortalidad fue gradual y ocurrió en respuesta a mejoras sociales, económicas y ambientales, que constituyeron un complejo proceso de modernización. En las etapas tempranas tales cambios poco deben a la medicina, en contraste con la gran influencia lograda sobre la mortalidad por el progreso médico del siglo XX. El descenso en la fecundidad fue también gradual, pero se precipitó debido a los cambios sociales ocurridos en sociedades donde la práctica de métodos de control natal era más o menos conocida.
- b. El segundo es el modelo acelerado, representado por Japón .En este modelo la transición de la mortalidad inicialmente estuvo determinada socialmente por un modelo clásico, pero se vio beneficiada por la revolución médica. Este cambio fue exponencial.
- c. El modelo acelerado o tardío representado por Chile y Ceilán. A diferencia del modelo clásico la disminución de la mortalidad ha sido sustancialmente influenciada por la moderna tecnología médica, en gran parte importada. En este modelo el descenso en la fecundidad ha sido considerablemente tardío, como consecuencia del impulso que se observó en el control natal.

Teniendo en cuenta las proposiciones anteriores Armelagos, Brown & Turner (2005) indican que históricamente hasta principios del siglo XX las enfermedades infecto contagiosas eran las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, por tanto, los esfuerzos se concentraban en erradicar este tipo de afecciones a partir de medidas de salud pública y el avance científico, esta idea se mantuvo en la década

de los 60, donde se pensaba en poder lograr un estado completo de salud al contar con las medidas pertinentes para contrarrestar cualquier agente patógeno, es en este contexto que tiene sentido que la salud haya sido definida con base a su relación con la enfermedad (Grau y Hernández, 2005).

Se considera que actualmente la población humana está a la mitad de la tercera transición epidemiológica, en donde hay una reaparición de las enfermedades infecciosas, de las cuales muchas son resistentes a los antibióticos, en este sentido, la transición contemporánea no elimina la posibilidad de que coexistan las enfermedades infecciosas y las crónico degenerativas (Armelagos et al., 2005). El modelo de la transición epidemiológica considera una amplia variedad de causas de enfermedad y cómo impactan en la capacidad de una población para poder adaptarse en maneras diferentes, hay varios factores que afectan negativamente a la capacidad de la población para poder responder con éxito al medio ambiente, como patógenos, toxinas, fuerzas físicas, contaminantes e incluso factores psicológicos (Armelagos et al., 2005).

Dentro del modelo infectocontagioso surgió el modelo biomédico clásico donde el proceso salud enfermedad no contempla otras causas más que las biológicas para enfocarse al diagnóstico. Bajo este modelo se encuentra una concepción negativa de salud en donde el funcionamiento corporal es afectado por un patógeno, a la que se entenderá como ausencia de enfermedad. Para asumir que estamos saludables debe haber una notoria ausencia de signos o síntomas de la enfermedad. A su vez, la enfermedad se explica a partir de las alteraciones fisiológicas de la persona, desconociendo los procesos psicológicos y los aspectos socioambientales del proceso salud-enfermedad.

Durante los últimos trescientos años ha predominado tanto en la filosofía como en la ciencia una concepción dualista del hombre que asume la separación entre mente y cuerpo (Engel, 1977). Sin embargo, esta concepción no fue siempre dominante en la historia de la humanidad. De ahí que la enfermedad sea una especie de “desperfecto”

en el funcionamiento corporal, provocada por un agente patógeno, herida o herencia. Este modelo promovía la búsqueda de tratamientos curativos que redujeran la mortalidad de la población, los cuales funcionaban bajo el supuesto de que la salud era la ausencia de alguna enfermedad. Si existiese alguna, era necesario eliminar lo que la ocasionaba, sin considerar ninguna variable o dimensión de otra índole (Nunez, García y Alba, 2006).

A pesar de que el modelo biomédico ha aportado beneficios al estudio de algunos padecimientos, tiene grandes limitaciones: primero, es un modelo reduccionista, esto significa que reduce a la enfermedad a un proceso de bajo nivel, como células desorganizadas o desbalances químicos, en lugar de reconocer los procesos sociales y psicológicos generales. El modelo biomédico, es un modelo unitario o exclusionista de enfermedad ya que explica la enfermedad en términos de mal funcionamiento biológico en lugar de reconocer una variedad de factores, de los cuales solamente algunos son biológicos y probablemente responsables del desarrollo de la enfermedad (Engel, 1977).

Una segunda limitación es que tiene gran dificultad para explicar por qué un conjunto de condiciones somáticas no siempre conllevan a la enfermedad y que existen factores psicológicos y sociales que influyen en el desarrollo de enfermedades y estos son ignorados por el modelo biomédico.

El viejo modelo biomédico ha ido cediendo lugar a un nuevo modelo biopsicosocial, que no restringe el diagnóstico de la enfermedad a la presencia de anomalías bioquímicas e incorpora variables psicológicas y sociales en su etiología, que presta importancia a la habilidad del médico para comprender determinantes psicosociales y culturales de los síntomas y considera la influencia de las situaciones vitales en la salud, que destaca el papel de la relación médico-paciente en una comunicación de diálogo, no autoritaria, y refleja nuevos cambios en la preocupación sanitaria, desplazando la atención hacia las enfermedades crónicas y otras alteraciones. (Engel, 1977).

De esta manera, se dio apertura para la inclusión de nuevas disciplinas, que trabajaban directamente con el componente comportamental de la enfermedad. Dentro de ellas, una de las más importantes fue la psicología de la salud, que tuvo un auge cuando se creó la División 38 de la Asociación Americana de Psicología (APA) que se encargaba de su estudio. Matarazzo (1980) definió a la psicología de la salud como la suma de las contribuciones educativas, científicas y profesionales específicas de la psicología en general para la promoción y el mantenimiento de la salud; la prevención y el tratamiento de enfermedades, la identificación de las causas, y sus correlaciones con la salud, enfermedad y la disfuncionalidad relacionada a estas; el mejoramiento de los sistemas de salud y la formulación de políticas al respecto.

La psicología de la salud se ha seguido desarrollando como un campo de estudio dedicado a analizar cómo los principios y mecanismos psicológicos básicos pueden ser aplicados para mejorar las posibilidades de un individuo de mantenerse saludable. Y en condiciones críticas, enfermedades crónicas, reducir la discapacidad o facilitar la rehabilitación (Sánchez-Sosa, 2002). El desarrollo de la psicología de la salud ha sido resultado de las controversias con el modelo biomédico tradicional y sus limitaciones en la práctica actual en salud, el fracaso en los sistemas sanitarios, la posibilidad de comprender las variables sociales y psicológicas (creencias, conductas, emociones, actitudes, apoyo social) que mediatizan los problemas de salud como factores desencadenantes, facilitadores o moduladores del proceso salud-enfermedad. (Grau y Hernández, 2005).

A lo largo del desarrollo de la psicología de la salud se observaron numerosas aportaciones como: un marco teórico para los fenómenos psicológicos dentro de los fenómenos de enfermedad, marco conceptual que explica la relación entre salud y el estilo de vida, evidenció el papel de estrés en la salud, marcó la existencia de las conductas relacionadas con la enfermedad, manifestó la importancia que tiene la representación de la gente en cuanto a su estado de salud, determinó el papel del afrontamiento en la enfermedad, señaló los factores que influyen en la adaptación de las personas a la enfermedad. Si se interrelacionan estos puntos se hacen algunas consideraciones importantes como la introducción del psicólogo en el ámbito de la salud como un profesional independiente con un campo propio y el desarrollo científico y tecnológico, teórico y aplicado de la psicología (Bazán, 2003).

Entre los objetivos de la psicología de la salud están la promoción de la salud, prevención de las enfermedades, evaluación y tratamiento de las enfermedades específicas (diabetes, SIDA, cáncer) y la evaluación y mejoramiento del sistema sanitario en los tres niveles de salud (Nunez, García y Alba, 2006):

- a) Nivel primario (Atención Primaria de Salud APS), las intervenciones deben volcarse en la salud general de los individuos dentro de sus colectivos sociales, priorizándose la asistencia de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- b) Nivel secundario (Atención secundaria de la salud ASS), se brindan las intervenciones especializadas, cuyo objetivo es la salud mental.
- c) Nivel terciario (Atención terciaria de salud ATS), intervenciones en hospitales e investigaciones epidemiológicas

La literatura científica destaca que los tres componentes psicológicos que principalmente afectan el estado de salud son las emociones, las cogniciones y el comportamiento. (Grau y Hernández, 2005; Sánchez-Sosa, 2002).

Así, las intervenciones de la psicología de la salud (prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades) buscan impactar en los componentes del comportamiento humano (Matarazzo, 1980) con el fin de proveer a las personas de habilidades que les permitan proteger su salud mediante factores de protección, además de identificar y evitar aquellos factores de riesgo que comprometan su estado de salud y calidad de vida. Estas intervenciones permiten a los psicólogos de la salud incidir en cualquier momento a lo largo del deterioro de la salud.

El ámbito hospitalario inauguró el campo de acción de los psicólogos de la salud; trabajando de manera interdisciplinaria con diversos profesionales de la salud a nivel de investigación y aplicación (Matarazzo, 1982; 1983; 1980). La inserción de psicólogos en los hospitales ha permitido que estos profesionales intervengan en la

prevención, diagnóstico y tratamiento de diferentes problemas de salud (Matarazzo, 1980), tales como: cáncer, enfermedades del corazón y accidentes cerebrovasculares; tratamiento o manejo conductual del dolor crónico, control de la diabetes, enuresis, migraña, la disfunción sexual, la hipertensión esencial, la aprehensión y la recuperación después de la cirugía o en la preparación preoperatoria, el abuso de alcohol, la obesidad, estrategias psicológicas sociales para impedir el inicio del consumo de tabaco en los niños, relación entre factores psicosociales y manejo del estrés, entre muchos otros.

Una de las áreas en que la psicología de la salud ha incursionado de forma limitada es en el área de cuidados críticos y urgencias. Lo anterior es preocupante ya que existen algunos estudios que refieren que los cuidadores primarios informales padecen afecciones físicas y emocionales a causa del desgaste de cuidar un paciente con enfermedades crónicas en áreas de cuidados críticos (Wang, Zhong, Ji, & Chen, 2016; Shiba, Kondo, & Kondo, 2016; Parker Oliver et al., 2017). Sin embargo, en la literatura científica se encuentran muy pocos estudios que describan cómo los cuidadores primarios informales son afectados en su dimensión física o emocional en el área de urgencias. La falta de evidencia en el área, crea una necesidad importante de desarrollar trabajos que aborden el tema ya que esta población muestra una vulnerabilidad debido a las características que ocasiona la fuerte carga de cuidar un paciente en urgencias lo cual puede llegar a provocar un desgaste que genere afecciones en el cuidador.

La importancia de evitar que el cuidador llegue a sentirse sobrecargado con su tarea radica en garantizar el bienestar de éste, no obstante, es importante mencionar que la mayoría de las veces se le da más importancia y atención a las necesidades del paciente, dejando de lado al cuidador que también se encuentra en riesgo. Por consiguiente, es esencial generar investigaciones que ayuden a identificar factores que pueden afectar la salud del cuidador para que en ulteriores trabajos se desarrollen intervenciones enfocadas a esta población. Es así que el presente trabajo constituye un incipiente esfuerzo por generar evidencia de los factores que pueden estar influyendo en el desarrollo de la sobrecarga en el cuidador primario informal en el servicio de urgencias

## Capítulo 2. La relación de la sobrecarga y el apoyo social percibido del cuidador primario informal en el servicio de urgencias

Según el Colegio Americano de Médicos de Emergencia (por sus singlas en inglés ACEP) la medicina de urgencia se define como la especialidad médica dedicada al diagnóstico y tratamiento de enfermedades y/o lesiones imprevistas o inesperadas que pueden poner en peligro la vida del paciente. La práctica de esta incluye además la evaluación inicial, la coordinación entre múltiples proveedores y la disposición de cualquier paciente que requiera atención médica, quirúrgica o atención psiquiátrica, se puede realizar en diversos ambientes como hospitales, salas de emergencias independientes, vehículos de respuesta, entre otros lugares, ya que no se define por una localización como otras especializaciones («Definition of Emergency Medicine», 2016).

Debido a la alta demanda de pacientes en el departamento de emergencias, se desarrolló un sistema para clasificar la gravedad de una urgencia médica y la prioridad con la que debe ser tratado; a este sistema se le conoce como *triage* (Farrohknia et al., 2011). En el triage se establecen niveles de priorización en la atención, adecuados a la gravedad del pacientes, y a partir del cual se va a determinar el tiempo óptimo entre la llegada del paciente y la atención del mismo, es así, que se pueden identificar los siguientes niveles dentro del triage: nivel I: prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora; nivel II: situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. Demora de asistencia médica hasta 15 minutos; nivel III: urgente pero estable hemodinámicamente con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. Demora máxima de 60 minutos; nivel IV: urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente. Demora máxima de 120 minutos; nivel V: no urgencia, poca complejidad en la patología o cuestiones administrativas. Demora de hasta 240 minutos.

En las últimas décadas la cantidad de trabajo en urgencias ha aumentado y colateralmente le ha pegado a la calidad del servicio que se brinda, disminuida a causa del aumento y mal cuidado de pacientes que padecen enfermedades crónicas y requieren acudir constantemente a este servicio médico. De acuerdo con los reportes

de la Secretaría de Salud de México, en el año 2014 se brindaron 35.9 millones de consulta en el servicio de urgencias, 10 millones más de consultas que las que se dieron en el 2004 (25.4 millones). Del total de consultas en urgencias en el 2014, 11.7 millones pacientes no eran derechohabientes, en tanto que 24.1 millones sí lo eran (Secretaría de Salud, 2016).

Desde el momento en que se diagnostica una enfermedad cuyo tratamiento va a requerir un ingreso hospitalario para realizar una intervención, tanto el paciente como sus familiares o cuidadores primarios se ven implicados en un proceso durante el cual pueden experimentar diversas alteraciones emocionales como estrés o ansiedad. La ansiedad experimentada por los pacientes puede causar problemas fisiológicos que lleven a una curación más lenta de las heridas, una disminución de la respuesta inmune y un incremento del riesgo de infecciones. Además, puede exacerbar el dolor y dañar significativamente el bienestar psicológico y la cooperación con las actividades de autocuidado y propiciar una recuperación más lenta y difícil (Gómez-Carretero, Monsalve, Soriano & de Andrés, 2007). Durante su estancia en urgencias las alteraciones emocionales citadas con mayor frecuencia por los pacientes son la ansiedad, el estrés, la depresión o el denominado síndrome de cuidados intensivos, en cuyo desarrollo se encuentran implicados factores como el ruido excesivo que puede dificultar el sueño, descanso y el dolor. (Schulz & Sherwood, 2008). Mientras que a los cuidadores al estar en urgencias les afecta en su estado de salud, fatiga crónica, insomnio, problemas de estómago y cambios de peso. Problemas psicológicos como la depresión enojo preocupación, desaliento, culpa y ansiedad y socialmente mediante la retracción social, dejando sus pasatiempos y su recreación. Problemas familiares por sentirse obligados a cuidar del paciente. Problemas económicos ya que los cuidadores trabajan parcialmente o dejan de trabajar para proporcionar la atención (Chou, 2000; Schulz & Sherwood, 2008).

El cuidador primario informal (CPI) se ha definido como la persona que asume la responsabilidad total del paciente, ayudándole a realizar actividades que no puede llevar a cabo; generalmente, es un miembro de la red social inmediata (familiar, amigo o incluso vecino), que no recibe ayuda económica ni capacitación previa para la atención del paciente (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014). De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía 10.1% mexicanos requieren de cuidados por estar enfermos de entre los cuales destacan 6.9 millones de personas con alguna

enfermedad temporal, 1.3 millones de personas con alguna limitación física o mental y 3.5 millones de personas con alguna enfermedad crónica que requirieron de cuidado especial o continuo, dicho cuidado fue realizado por 7.8 millones de CPI de las cuales 63.7% fueron mujeres. (INEGI 2013). Se ha reportado que un cuidador promedio pasa aproximadamente 20.4 horas por semana; aquellos que viven con el paciente pasan 39.3 horas por semana. Las mujeres pasan más tiempo proporcionando atención que los hombres, en promedio 21,9 vs. 17,4 horas / semana (Novaes et al., 1999).

Los CPI de pacientes en unidades de cuidados críticos, enfrentan considerables desafíos físicos, psicológicos, económicos y domésticos, ya que se han reportado diversos problemas, algunos de los más comunes son: declive en la salud física y mental, bajo nivel de resiliencia, enojo, depresión (OMS, 2017) ansiedad (OMS, 2017) distrés (Ridner, 2004) síndrome de sobrecarga del cuidador primario, pérdida del empleo y problemas económicos (Haines, Denehy, Skinner, Warrillow, & Berney, 2015).

Este cuidado que usualmente brinda un solo miembro de la familia, suele ser agotador y desgastante, por tanto, puede deteriorar severamente la calidad de vida de quien lo brinda. Se ha observado que ser cuidador constituye un factor de riesgo para desarrollar enfermedades, e inclusive eleva la posibilidad de experimentar una muerte prematura (Schulz & Beach, 1998; Wittenberg-Lyles et al. 2012).

Al respecto, la sobrecarga se ha definido como el agobio o malestar originado por los continuos cuidados que requiere el familiar enfermo, y es el resultado de un conjunto de sentimientos y percepciones negativas con respecto a su función de cuidar (Carretero, Garcés, Ródenas, & Sanjosé, 2009). Puede dividirse en dos partes: una sobrecarga objetiva; que se debe al esfuerzo que implica el desempeño de las tareas de cuidado con las demandas económicas y restricciones sociales derivadas de las mismas; y una subjetiva que se refiere a la dimensión de los sentimientos y emociones que le provocan dicha labor (Espinoza Miranda & Jofre Aravena, 2012).

La sobrecarga puede afectar la salud del CPI, ya que es usual que bajo esta percepción los cuidadores no presenten un estilo de vida que les permita vigilar su salud y presenten síntomas físicos como: fatiga, problemas para dormir, pérdida de

peso, dolor de cabeza y poca adherencia al tratamiento médico en caso de estar enfermos también (Grbich, Parker & Maddocks, 2001; Zarit & Femia, 2008). Los cuidadores también realizan pocas acciones en su propio beneficio para el mantenimiento de su vida, salud y bienestar, es decir, ellos tienen menor probabilidad de desarrollar conductas que protejan su salud o bien de buscar apoyo médico en caso de ser necesario (Wolff, Sydney, Frick, & Kasper, 2008). La carga asociada con las tareas de cuidado puede ser evitada o reducida compartiendo o delegando tareas específicas a otros, cuanto más apoyo reciben, menor es la carga percibida por el cuidador.

Es así, que las respuestas emocionales como la sobrecarga se modifican o se amortiguan dependiendo del apoyo social recibido por otras personas. El apoyo social se refiere a la ayuda real de una persona por parte de sus familiares, amigos, compañeros de trabajo, vecinos, entre otros (Barrón & Alvarado 2009). En cuanto al apoyo social percibido, se refiere a la percepción que tiene el paciente o CPI de que se es amado, estimado y apoyado por otras personas, supone una percepción que promueve la salud, alivia el impacto de las enfermedades crónicas, afecta benéficamente a la salud del CPI (Vinnancia et al., 2005). El apoyo social se clasifica como: apoyo instrumental; apoyo Informativo y apoyo emocional.

Un apoyo social suficiente podría servir para reducir el estrés, depresión, ansiedad y enojo dando como resultado una mayor capacidad para que el CPI procure su salud y aprenda a tomar mejores decisiones (Wang, Zhong, Ji, & Chen, 2016). Un estudio examinó en China la sobrecarga de los cuidadores de pacientes con retinoblastoma y la relación entre la sobrecarga, la depresión y el apoyo social en una muestra de 117 cuidadores, se obtuvo que la sobrecarga de los cuidadores se asoció con menores ingresos mensuales, bajo apoyo social subjetivo y menos uso del apoyo social. El apoyo social tuvo una correlación negativa con la depresión y la sobrecarga, mientras que la sobrecarga tuvo una correlación positiva con la depresión, es decir, los cuidadores que percibían mayor apoyo social reportaron una sobrecarga menor.

(Shiba, Kondo, & Kondo, 2016) Además en un estudio examinó la asociación entre el apoyo social de los cuidadores formales e informales con la sobrecarga en un tiempo

de cuidado largo y la relación entre el número de fuentes disponibles de apoyo social y la sobrecarga del cuidador. Mediante una encuesta por correo se utilizaron los datos de 2998 de cuidadores principales de adultos mayores de Aichi, Japón. Se encontró una correlación negativa entre apoyo social y la sobrecarga en los cuidadores informales mientras que en los cuidadores formales no, además se encontró una sobrecarga significativa leve en los cuidadores informales que reciben apoyo social de los familiares del cuidado o parientes, mientras que en los cuidadores formales, se encontró una asociación significativamente pequeña con una sobrecarga menor en el cuidador. No se encontró una asociación entre el número de fuentes disponible de apoyo social y el nivel de sobrecarga en el cuidador. Se encontró un efecto benéfico del apoyo social informal, el cual es independiente de si los cuidadores tienen apoyo social informal así como que las personas con bajos recursos económicos tienen menos apoyo social.

(Parker Oliver et al., 2017) Igualmente en un estudio se analizó el efecto de las intervenciones de apoyo a grupos basados en internet en el apoyo social, la autoeficacia y la sobrecarga en el cuidador primario informal. Se utilizó un proceso de búsqueda de dos etapas para revisar la evidencia y responder la pregunta de investigación. Se utilizaron múltiples bases de datos, MEDLINE, Cochrane, CINAHL y PsycINFO. Se identificaron revisiones sistemáticas a partir de las cuales se identificaron los artículos finales para la extracción de los datos. Se encontró que las intervenciones de apoyo tienen un efecto positivo en el apoyo social y la autoeficacia, el tamaño y la calidad de los estudios son moderados y por lo tanto los ensayos controlados aleatorios son necesarios para una mayor evidencia.

Como se ha descrito, la relación entre la sobrecarga y el apoyo social pueden jugar un papel indispensable en el cuidado físico y emocional del paciente y CPI que acuden a urgencias, sin embargo, a nivel internacional son escasas las investigaciones que han evaluado el fenómeno, lo cual genera un hueco en el área de investigación. De igual forma, en México son escasas las investigaciones que relacionen la sobrecarga junto con el apoyo social percibido y su impacto en el área de urgencias médicas por tal razón, se sabe muy poco sobre la forma en que los cuidadores mexicanos son afectados de forma física, psicológica, social y el papel que juega el apoyo social en el desarrollo de este problema.

Por lo anterior, es recomendable seguir aportando evidencia entre la relación de estas variables, y sobre todo comenzar a hacer investigación en el área de urgencias ya que esta área representa retos importantes que ~~Lo anterior es especialmente importante, ya que estudios han reportado que las condiciones de urgencias en México~~ son poco favorables para los pacientes y los CPI, pues la literatura y la experiencia clínica describen que los médicos de urgencias están sobrecargados con gran frecuencia y esta sobrecarga afecta en forma negativa la calidad de la atención médica ya que excede los recursos disponibles en los servicios de urgencias médicas del hospital. La sobrecarga le impide a la población recibir una atención médica de urgencia oportuna, ya que los pacientes esperan tiempos prolongados para ser admitidos, tratados y aún más para ser ingresados a una cama de hospitalización, esto impacta desfavorablemente en la morbilidad y mortalidad, en el incremento de los costos de la atención médica, la satisfacción de los usuarios y prestadores de los servicios (Polanco-González et al., 2013).

Debido a lo anteriormente descrito, es que se vuelve relevante preguntarse ¿existe una relación entre el apoyo social percibido y el nivel de sobrecarga de los cuidadores primarios informales de pacientes del área de urgencias? Es así que el objetivo del presente estudio es identificar la relación entre el nivel de sobrecarga y apoyo social percibido en los cuidadores primarios informales de pacientes en urgencias médicas del Hospital Gea González.

### **Pregunta de Investigación:**

¿Existe una relación entre el apoyo social percibido y el nivel de sobrecarga de los cuidadores primarios informales de pacientes del área de urgencias?

### **Objetivo General:**

Identificar la relación que existe entre el apoyo social percibido y el nivel de sobrecarga que presentan los cuidadores primarios informales de pacientes del área de urgencias.

## **Objetivos específicos:**

- 1.- Identificar el nivel de sobrecarga que existe en cuidadores primarios de pacientes del área de urgencias del Hospital General Manuel Gea González.
- 2.- Identificar el nivel de apoyo social que existe en cuidadores primarios de pacientes del área de urgencias del Hospital General Manuel Gea González.

## **Método**

### **Variables**

- De Agrupación: Cuidadores Primarios Informales
- Dependiente<sub>1</sub>: Sobrecarga
- Dependiente <sub>2</sub> :Apoyo social percibido

### **1.- Cuidador Primario Informal**

#### **a) Definición conceptual**

La persona que asume la responsabilidad total del paciente, ayudándole a realizar actividades que no puede llevar a cabo; generalmente, es un miembro de la red social inmediata (familiar, amigo o incluso vecino), que no recibe ayuda económica ni capacitación previa para la atención del paciente. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014).

## **b) 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.- Sobrecarga**

### **a) Definición conceptual**

La sobrecarga es una valoración o interpretación que hace el cuidador ante los estresores derivados del cuidado en función de los recursos y habilidades con lo que éste cuenta, es decir, la sobrecarga se origina cuando la persona no se observa capaz de afrontarlos (Burton et al., 2012).

### **b) Definición operacional**

La Sobrecarga se evaluó mediante la evaluación de la carga en cuidadores de pacientes Zarit (Zarit, Reeve & Bach-Peterson, 1980) en su versión validada en población mexicana por Galindo, Benjet, Cruz, Rojas y Rivero (2015).

## **3.- Apoyo social**

### **a) Definición conceptual**

“El apoyo social se refiere a la provisión de recursos psicológicos y materiales de una red social destinados a beneficiar la capacidad de un individuo para enfrentar el estrés” (Cohen, 2004).

### **b) Definición operacional**

El apoyo social se evaluó mediante la escala de Medical Outcomes Study (Sherbourne & Stewart, 1991) en su versión validada en población mexicana por Martínez, Sánchez, Aguilar, Rodríguez y Riveros (2014).

## **Participantes**

Participaron 97 cuidadores primarios informales (CPI) seleccionados de manera no probabilística por conveniencia cuyo paciente fue admitido en el servicio de Urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” del turno matutino de las áreas de observación, sillas y choque durante el periodo comprendido entre febrero y octubre del 2017. Se consideraron los siguientes criterios:

### Criterios de inclusión

- Cuidadores primarios de pacientes hospitalizados en el área de urgencias
- Cuidadores primarios que deseen participar
- Cuidadores primarios mayores de 18 años

### Criterios de exclusión

- Cuidadores no primarios
- Cuidadores que se nieguen al uso del servicio
- Cuidadores que vivan en un albergue
- Cuidadores menores de 18 años
- Cuidadores primarios formales

### Criterios de Eliminación

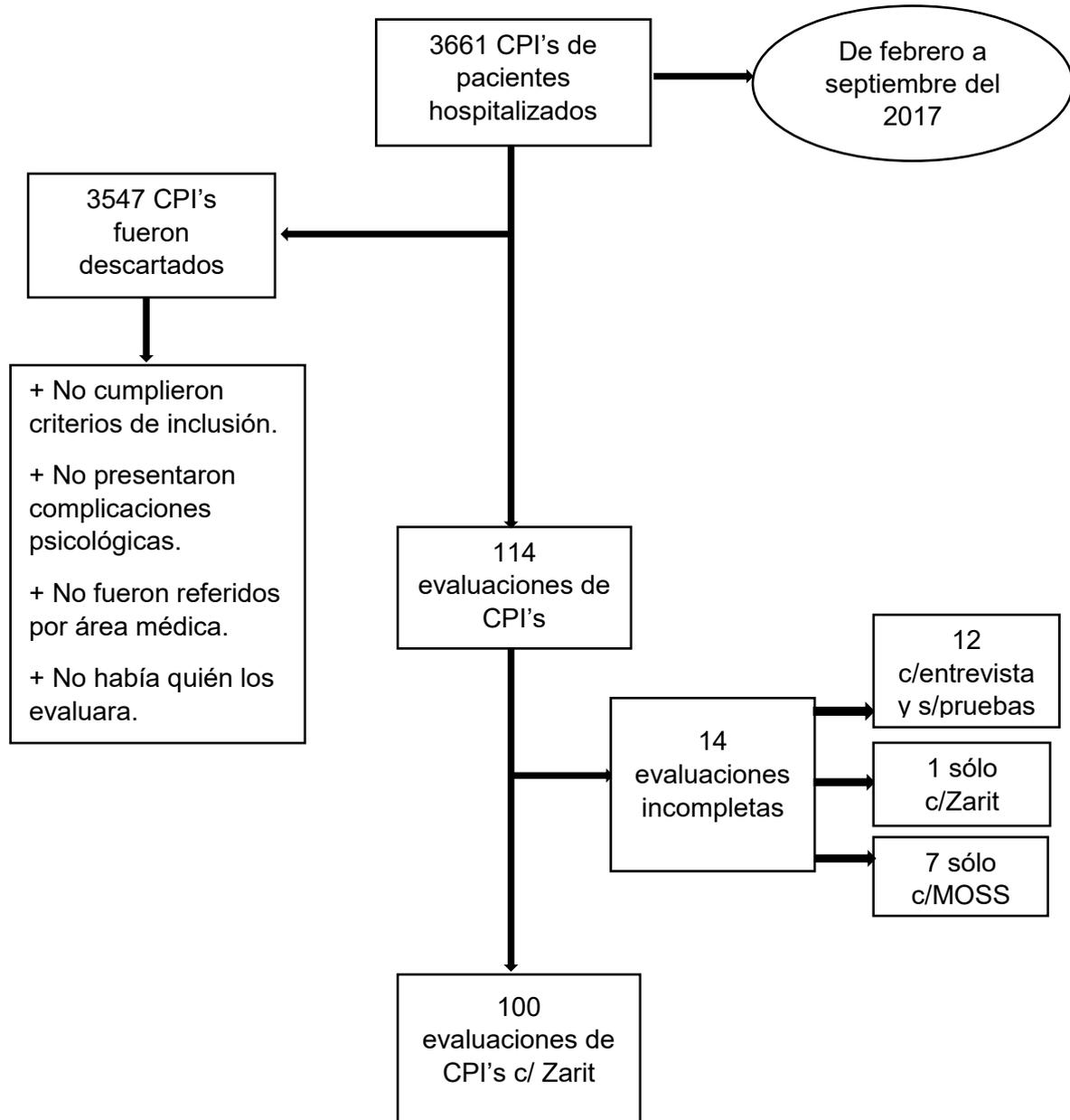
- No haber completado la evaluación

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes

Variables	N (DE 97)
<b>Edad</b>	42.7 (DE=16.03)
	N(%)
<b>Sexo</b>	
Hombres	27 (27.84%)
Mujeres	70 (72.16%)
<b>Estado Civil</b>	
Soltero	22 (22.68%)
Casado	44 (45.33%)
Unión libre	16 (16.49%)
Divorciado	5 (5.15%)
Viudo	5 (5.15%)
NR	5 (5.15%)
<b>Escolaridad</b>	
Sin escolaridad	1 (1.03%)
Primaria	21 (21.65%)
Secundaria	31 (31.96%)
Preparatoria	14 (14.43%)
Carrera Técnica	8 (8.24%)
Licenciatura	13 (13.40%)
Maestría	1 (1.03%)
NR	5 (5.15%)
<b>Ocupación</b>	
Desempleado	7 (7.22%)
Ama de casa	32 (32.99%)
Empleado	16 (16.49%)
Comerciante	7 (7.22%)
Oficio	4 (4.12%)
Profesionista	5 (5.15%)
Negocio propio	2 (2.06%)
Otro	20 (3.9%)
NR	4 (4.12%)
<b>Religión</b>	
Católico	60 (61.86%)
Cristiano	6 (6.19%)
Creyente	7 (7.22%)
Mormón	1 (1.03%)
Testigo de Jehová	1 (1.03%)
Otro	9 (9.28%)
NR	13 (13.40%)

En la tabla 1. Se describen los porcentajes de las características sociodemográficas de los cuidadores primarios informales del servicio de urgencias.

**Tabla 2. Proceso de selección de los participantes.**



En la figura 1. Se puede observar cómo se fue realizando la deserción de los pacientes que entraron y se evaluaron en el servicio de urgencias del Hospital Manuel Gea González.

*Figura 1. Deserción de los CPI's durante la evaluación.*

## Medición

Los datos sociodemográficos serán recuperados por medio de un cuestionario creado de manera “ex profesa” (Anexo 1).

### 1.- Evaluación de la carga de cuidadores de pacientes de Zarit

La entrevista de carga Zarit: Fue creada por Zarit, Reever y Bach Peterson (1980), tiene como propósito evaluar la carga en el cuidador primario informal (Zarit, Reever & Bach-Peterson, 1980). Está constituido por 22 reactivos y tres sub escalas (impacto de la atención, relación interpersonal y expectativas de autoeficacia) en una escala tipo Likert puntuando de 0 “nunca” al 4 “siempre” (Galindo-Vázquez et al., 2015). Este instrumento fue validado por Galindo, Benjet, Cruz, Rojas y Rivero para la población mexicana en cuidadores de pacientes con cáncer, tiene una buena consistencia interna ( $\alpha = 0.90$ ), con un alfa de Cronbach para cada sub escala, 0.90 para la primer sub escala impacto de carga, la segunda sub escala de 0.74 relación interpersonal y la tercer sub escala 0.67 expectativas de autoeficacia (Galindo-Vazquez et al., 2015). Se aplicó en cada evaluación. Consta de 21 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= Batantes veces; 4 =Casi Siempre). La puntuación total es el resultado de la suma de las puntuaciones de los 21 reactivos, su rango oscila desde el 0 hasta el 84; considerando como puntos de corte  $< 46$  como no sobrecarga y como  $< 56$  como sobrecarga intensa (Galindo-Vazquez 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.

### 2.- Apoyo Social Percibido (MOS)

EL ESTUDIO DE MEDICAL OUTCOME STUDY (MOS, por sus siglas en inglés): Fue creada por Sherbourne y Stewart (1991), tiene como propósito evaluar el apoyo social percibido (Sherbourne & Stewart, 1991) Está constituido por 16 reactivos, 12 reactivos miden el apoyo emocional/ instrumental y 4 miden el apoyo tangible. Es una escala tipo Likert puntuando de 1 “nunca” al 5 “casi siempre”. Este estudio se validó por

Martínez Basurto, Sánchez Román, Aguilar Villalobos, Rodríguez Pérez y Riveros Rosas en población mexicana con VIH + (Martínez, Sánchez, Aguilar, Rodríguez & Riveros, 2014). Se obtuvieron dos factores que explicaron el 72.22% de la varianza; el primero llamado Apoyo Emocional/Informativo con 14 reactivos y un alfa de Cronbach de 0,97, y el segundo factor nombrado Apoyo Tangible con 5 reactivos y un alfa de Cronbach de 0,89. Posteriormente, en el análisis factorial confirmatoria se reafirmó la estructura de dos factores (Apoyo Emocional/Informativo y Apoyo Tangible), aunque se eliminaron 3 reactivos (dos reactivos del primer factor y un reactivo del segundo factor). Es una escala con respuesta tipo Likert, con puntuaciones que van desde el nunca, pocas veces, algunas veces, la mayoría de las veces y siempre. Cuenta con 80 puntos, de los cuales a mayor puntaje se percibe mayor apoyo social.

## **Diseño de Investigación**

Debido al objetivo de este trabajo, se decidió utilizar un estudio no experimental de tipo transversal, con alcance correlacional. Es no experimental, debido a que no habrá manipulación de las variables, ya que estas relaciones se realizarán sin influencia directa y se observarán tal como se darán en su contexto. Se considera transversal debido a que la recolección de los datos se obtendrá en un solo momento y se considera correlacional debido a que solo se explorará la asociación entre dos variables: sobrecarga y apoyo social (Hernandez- Sampier, Fernandez, Baptista, 2014).

## **Procedimiento**

El equipo de psicólogos del área de urgencias en el Hospital “Dr. Manuel Gea González” que acudió de lunes a viernes durante al turno matutino tomaron datos del diagnóstico y pronóstico de los pacientes de las tres áreas de urgencias (Metabólicas I y II, Sillas y Choque), para observar e indagar la situación médica de los pacientes, tomando algunos datos como la edad, diagnóstico y fecha de ingreso, después le preguntó al médico adscrito sobre el pronóstico de los pacientes, considerando como

prioritario un mal diagnóstico o pronóstico para poder abordar y evaluar a los CPI de los pacientes con un mal diagnóstico. Mediante los altavoces de la sala de urgencias el cuerpo de seguridad apoyó al equipo de psicólogos para llamar a los CPI. Lo anterior se realizó con el fin de canalizar a los CPI a los cubículos de psicología de urgencias o en el área de informes médicos a la evaluación psicológica donde se les aplicaron los instrumentos y se les realizó una entrevista para conocer sus datos sociodemográficos para eventualmente hacer su ficha de identificación. Posteriormente aquellos que lo requirieron recibieron atención por parte del servicio, finalmente se hizo la captura y el análisis de los datos.

Si el CPI presentaba alguna crisis emocional el equipo de psicología de urgencias lo atendía de forma inmediata y se le llevaba a uno de los cubículos para disminuir la crisis emocional.

Dado el carácter exploratorio de la investigación y la demanda clínica del servicio no se contaba en ese momento con una carta de consentimiento informado sin embargo se les comunicó de manera verbal el propósito, el método y la confidencialidad de los datos obtenidos. El protocolo de investigación se encuentra en revisión por parte de comité de ética del hospital con el número de registro CEI/225/17

## **Escenario**

Las aplicaciones se realizaron en el área de urgencias del hospital “Dr. Manuel Gea González” en las tres diferentes áreas de urgencias, choque, sillas, metabólicas I y metabólicas II.

## **Análisis estadístico**

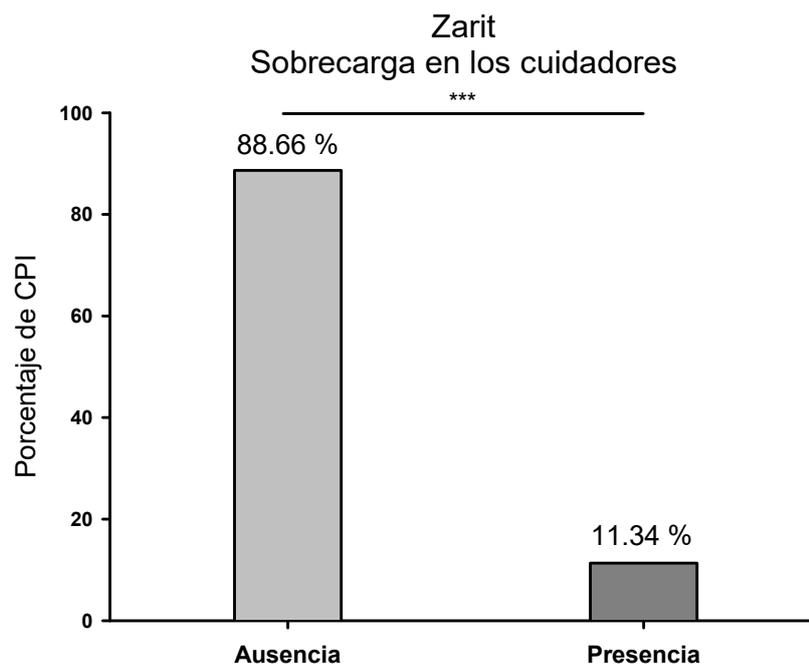
El conjunto de datos obtenidos mediante las aplicaciones de los diferentes instrumentos se calificaron por el personal acreditado, se capturaron en una base de datos y se analizaron estadísticamente con el programa SPSS versión 24.0. Inicialmente se realizó un análisis descriptivo empleando las medidas de tendencia central y de dispersión para identificar el comportamiento de las diferentes variables de sobrecarga y apoyo social, así como un análisis de frecuencias para las variables sociodemográficas.

Dado el nivel de medición de las variables (por convención en las escalas tipo Likert) se consideró ordinal, su distribución normal y el tipo de pregunta de investigación, que en este caso buscaba encontrar la relación entre dos variables, se llevó a cabo una correlación de Spearman entre las variables de sobrecarga y el apoyo social percibido, utilizando el nivel de significancia de  $p = 0.05$ . Se utilizó la  $X^2$  para comparar la fuerza de niveles para las variables y la  $V$  de Cramer para evaluar la fuerza de asociación de las variables

## Resultados

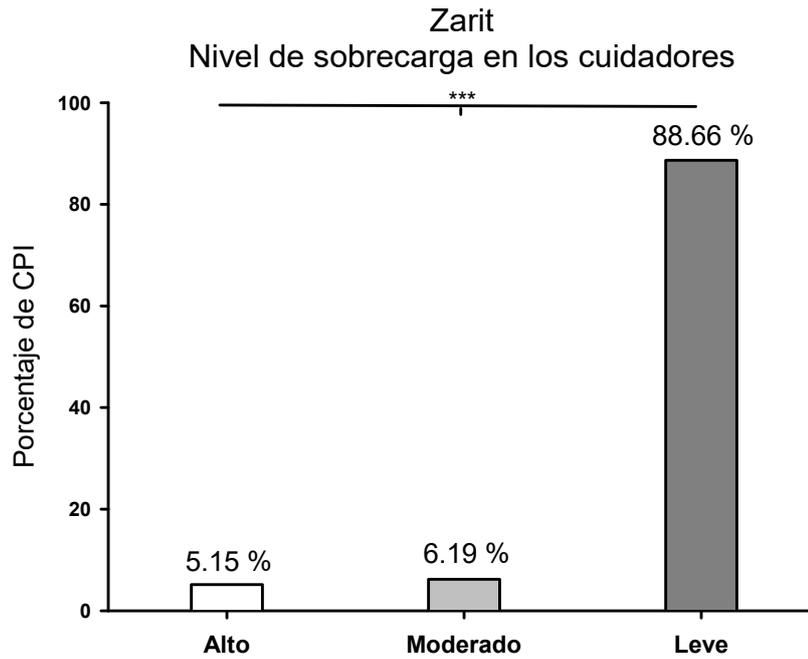
### *Análisis descriptivos*

En la figura 2 puede observarse el nivel de sobrecarga en los CPI de urgencias con un 11.34% (n= 11); un 88.66% (n= 89) obtuvo una ausencia de sobrecarga, de acuerdo al punto de corte propuesto por la escala de Zarit (véase figura 2).



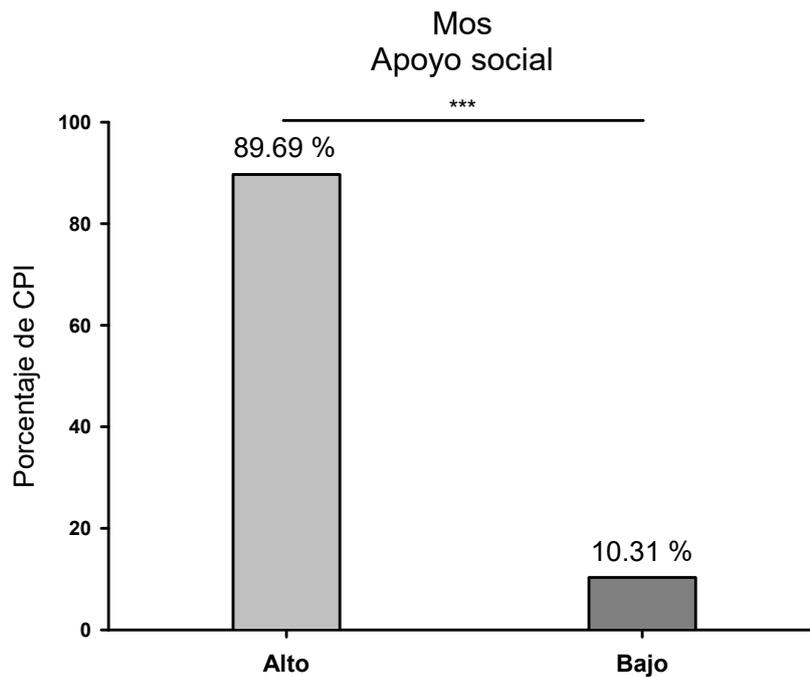
**Figura 2.** Presencia de sobrecarga en los participantes de acuerdo al instrumento Zarit. La barra gris claro representa la ausencia de sobrecarga, la barra gris oscura representa la presencia de sobrecarga. Se aplicó  $\chi^2$

En la figura 3, puede observarse la distribución de acuerdo a los niveles de sobrecarga que marca el instrumento, donde 88.66% (n=89) de los participantes se agruparon dentro de la categoría sobrecarga débil, un 6.19% (n=6) moderada, mientras que en las categorías de sobrecarga alta se obtuvo un 5.15% (n=5) respectivamente.



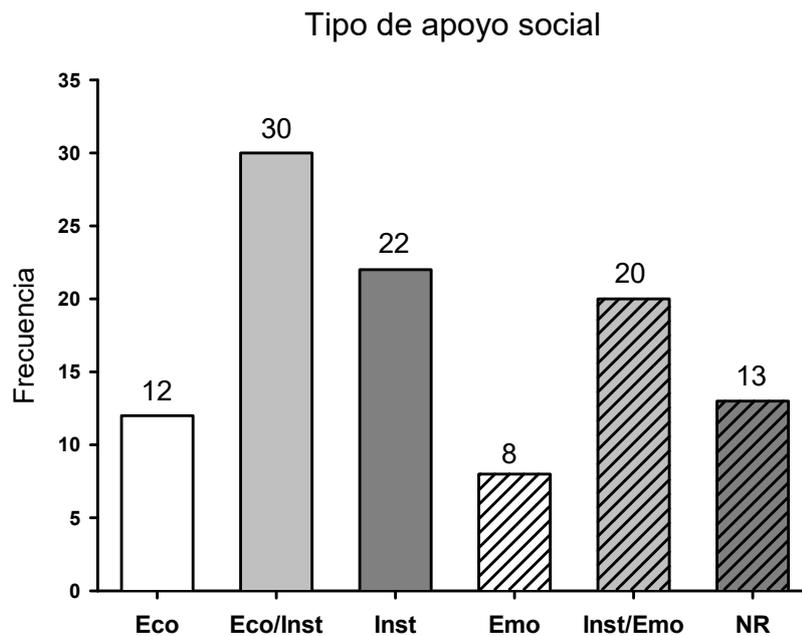
**Figura 3.** Niveles de sobrecarga. La barra blanca representa el nivel de sobrecarga alta, la barra gris claro representa el nivel de sobrecarga moderada, la barra gris oscuro representa el nivel de sobrecarga leve.

En la figura 4, puede observarse la proporción de la muestra de acuerdo a los niveles de apoyo social, donde el 10,31% de los participantes reportó un apoyo social bajo, mientras que en el 89,69% reportó un apoyo social alto.



**Figura 4.** Porcentaje por niveles de apoyo social de acuerdo al instrumento de MOS. La barra de color gris claro, representa el nivel de apoyo social alto, la barra de color gris oscuro representa el nivel de apoyo social bajo. Se aplicó  $\chi^2$

En la figura 5, puede observarse el tipo de apoyo social percibido expresado durante el interrogatorio, es decir a través de preguntas abiertas se indagaba que tipo de apoyo y que les proporcionaba esto. Donde un 30% de los cuidadores percibe apoyo social de tipo económico e instrumental, mientras que el 20% percibe un apoyo social de tipo instrumental y emocional, un 22 % percibe apoyo de tipo instrumental, un 12% de tipo económico y un 8% percibe apoyo social de tipo emocional.



**Figura 5.** Tipos de apoyo social percibido de acuerdo al instrumento de MOS. La barra blanca representa el apoyo económico (Eco), barra gris claro el apoyo económico e instrumental (Eco/Inst), la barra gris oscuro representa el apoyo instrumental (Inst), la barra blanca sesgada representa el apoyo emocional (Emo), la barra gris claro sesgada representa el apoyo instrumental y emocional (Inst/Emo) y la barra gris oscuro sesgada representa el total de datos no reportados (NR).

Se computaron las correlaciones de Spearman para encontrar una posible relación entre el puntaje total de sobrecarga y el apoyo social (Ver Tabla revisar). Los resultados revelaron una correlación negativa débil estadísticamente significativa entre el puntaje total de sobrecarga y el apoyo social, ( $r_s = - 0.364$ ,  $p < 0.01$ ).

Tabla 3. Tabla de correlación entre MOS y Zarit

	Zarit
Mos	-0.3639***

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$  y \*\*\*  $p < 0.001$

Tabla 4. Tabla de  $\chi^2$  y V de Cramer

$\chi^2$ *	GL**	$p$ ***	V de Cramer****
9.240	2	< 0.01	0.3086

\*El valor de  $\chi^2$  es obtenida a partir de la matriz de 2x3 entre bajo y alto de Mos y leve, moderado y alto de Zarit; \*\* GL (grados de libertad); \*\*\*probabilidad; \*\*\*\*V de Cramer, utilizada para evaluar la fuerza de asociación entre las variables.

Se computaron las correlaciones de Spearman para encontrar una posible relación entre el puntaje de sobrecarga leve y el apoyo social (Ver Figura 3).

Los resultados revelaron una correlación negativa estadísticamente significativa entre el puntaje de sobrecarga leve y apoyo social, ( $r = - 0.262$ ,  $p < 0.01$ ) aunque débil.

**Tabla 5.** Características de los cuidadores con sobrecarga y apoyo social

<b>Sexo</b>	<b>Personas que cuidaron antes</b>	<b>Personas que apoyan al cuidador</b>	<b>Personas que apoyan a su familiar</b>
Mujer	----	----	Hipertensión
Mujer	----	3	Ácido Úrico
Mujer	3	---	---
Mujer	----	4	---
Mujer	1	---	Diabetes
Mujer	2	1	---
Mujer	1	---	Hipotiroidismo
Mujer	2	6	Hipertiroidismo
Mujer	----	2	---
Mujer	1	1	Hipertensión
<b>Hombre</b>	----	---	<b>Cirrosis</b>

## Discusión

El objetivo del presente trabajo fue identificar la relación que existe entre el apoyo social que perciben los cuidadores primarios de pacientes de urgencias y el nivel de sobrecarga que presentan, teniendo como escenario el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. De igual forma, se buscó identificar el nivel de sobrecarga que existe en cuidadores primarios de pacientes del área de urgencias de dicho hospital e identificar el nivel de apoyo social que existe en la muestra.

Con respecto a la correlación entre la sobrecarga y el apoyo social percibido, se obtuvo que si existió una relación entre dichas variables, esta fue débil y negativa, pero estadísticamente significativa, ( $r = -0.364$ ,  $p < 0.01$ ) lo que indica que a mayor apoyo social percibido es menor el nivel de sobrecarga en los CPI o bien, cuando el CPI tiene menor sobrecarga los miembros de su entorno tienden a ofrecer mayor apoyo social (Aoun et al., 2013; Chou, 2000). La relación supone que si los cuidadores perciben mayor apoyo social tendrán menor probabilidad de experimentar sobrecarga a un nivel más intenso, lo que le permite mantener mayor tiempo y/o calidad en sus actividades y funciones como CPI. Esta relación coincide con la literatura la cual refiere una correlación de Spearman de entre -0.26 y -0.48, en una muestra mínima de 243 participantes (Chappell&Reid, 2002; Chou, 2000). El hallazgo es congruente con otras investigaciones que sugieren que la sobrecarga podrá ser desarrollada o no, de acuerdo a cómo el cuidador percibe el apoyo social (Chappell & Reid, 2002; Chou, 2000). Es decir el CPI con mayor percepción de apoyo social, no tendrá que verse obligado a dejar de lado pasatiempos o verse frustrado ante la incertidumbre económica que genera la falta de trabajo o el estrés por cumplir con sus obligaciones laborales y personales, lo que mantiene menos factores de riesgo para la salud física, social y psicológica, incluyendo emocional del individuo (Aoun et al., 2013).

A la par los resultados encontrados en el presente estudio indicaron un nivel bajo de sobrecarga en los CPI, este dato contrasta con la evidencia internacional donde demuestra que los cuidadores primarios presentan un nivel de sobrecarga alto hasta de un 88 % (Martínez et al, 2012; Martínez & M.V.R., 2008), sin embargo, estos porcentajes se asemejan a estudios posteriores realizados en el país, en donde se ha

obtenido hasta un 20 % de sobrecarga (Espinoza & Jofre 2012; Lara et al, 2008). Posiblemente esta similitud entre los resultados y la evidencia nacional, pero no con la internacional se deba por ciertos rasgos culturales propios de la cultura mexicana, en donde las creencias favorecen a que el CPI perciba la labor de cuidar como “una obligación familiar”, o bien “como un hacer” esto podría impactar en la actitud que se forman ante el cuidado; posiblemente algunos factores que también pudieran estar influyendo en el comportamiento del cuidador serían el estado de ánimo y la forma en cómo percibe la carga del cuidado al verse como un pilar del paciente. (Galindo-Vázquez et al., 2015; Barrón & Alvarado 2009).

Los CPI llegaron a presentar un nivel de apoyo social de un 89.69 %, siendo este porcentaje similar al reportado a nivel internacional en un 87 % (Chapell & Reid 2002) y al nacional en un 76.7 % (Lara et al., 2008). Estos datos son importantes ya que se ha reportado que la alta percepción de apoyo social positivo, puede ayudar a mitigar una gran cantidad de problemas físicos, económicos y emocionales en el CPI que mantiene un prolongado cuidado en un paciente con alguna enfermedad crónica o que tiene alguna condición crítica (Aoun et al., 2013). Los resultados observados podrían sugerir que gracias al alto apoyo social que percibe el cuidador primario, le permite percibirse con mayor capacidad al asumirse como cuidador y aminorar quizás el impacto negativo de la carga del cuidado (Petruzzo et al., 2017, Shiba, Kondo, & Kondo, 2016).

En esta investigación se encontró que los CPI perciben un mayor apoyo económico e instrumental según la puntuación del instrumento MOS, lo que sugiere que son personas autosuficientes y no tienen la necesidad de trabajar de forma remunerada (Aoun et al., 2013). Posiblemente este fenómeno también sea muy particular de la cultura mexicana, pues así como algunos CPI toman como deber el cuidado de su paciente, habrá otros (normalmente familiares) que decidan invertir económicamente en el CPI que se asumió como cuidador, en vez de hacerse responsables de forma directa del enfermo. El apoyo monetario complementa el cuidado instrumental brindando al CPI apoyo de manera intermitente, lo cual podría ayudar a evitar posibles críticas sociales por el cuidado brindado, aunque la idea anterior podría tener sentido a partir de la observación de eventos diarios en el ámbito hospitalario, se necesitan investigaciones para sustentarla ( Barrón & Alvarado 2009).

Es importante señalar que en los presentes resultados se reveló que en la población de este estudio el apoyo emocional fue escaso en comparación con los demás tipos de apoyo. Con base en nuestra observación clínica podemos suponer que este hecho quizá corresponde a partir de cómo las personas de la red cercana al CPI consideran que hacen lo necesario solo con apoyarlo de forma económica, Otra posible explicación es que esta red primaria puede considerar el apoyo emocional como algo extra e innecesario para el CPI, así ofrecen un apoyo económico e instrumental dejando de lado las necesidades o afecciones emocionales del cuidador primario. Este hecho podría deberse no necesariamente a una falta de interés, sino tal vez por una incapacidad o falta de entrenamiento y conocimiento para lidiar con las emociones (Del Río Lozano, García-Calvente, Calle-Romero, Machón-Sobrado, & Larrañaga-Padilla, 2017).

En cuanto al rubro sociodemográfico se encontró que los datos corresponden con lo reportado tanto en los estudios nacionales como internacionales, ya que la mayoría son mujeres quienes se convierten en CPI y en la mayoría de los casos tienen 50 años de edad. Sin embargo, se observó un incremento del 27.84 % en la participación de hombres como CPI, contrastado este dato con lo encontrado en la literatura nacional entre un 11.7 y 18.8 % (Lara et al., 2008) e internacional de 16.8 % (Duggleby et al., 2016). En cuanto al nivel de escolaridad del CPI, encontramos que a diferencia de la evidencia nacional, el 31.96 % de los cuidadores reportaron tener una escolaridad a nivel de secundaria (Lara et al., 2008). Adicionalmente, en el presente trabajo se encontró una menor proporción de la muestra con escolaridad de primaria que fue de 21.65 %\_mientras que en la literatura internacional reportan una escolaridad de 54.6% (Petruzzo et al., 2017, Shiba, Kondo, & Kondo, 2016).

A pesar del exhaustivo cuidado que se tuvo en la presente investigación, se deben mencionar algunas limitaciones que deben ser tomadas en cuenta para su apropiada interpretación: a pesar de realizar una revisión de la literatura nacional e internacional, no existe hasta el momento una batería específica creada para las necesidades y características de la población de urgencias, lo cual constituye una posible limitante, ya que no tenemos la suficiente certeza de que los métodos que utilizamos para medir ambas variables sean los más sensibles y específicos.

Otra limitante para el alcance del presente estudio es la naturaleza y características de la muestra utilizada (García-García., Reding-Bernal., & López-Alvarenga., 2013), en futuras replicas se podría no solo aumentar la cantidad de población, sino buscar la relación entre apoyo social y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes con diferentes afecciones, incluyendo demencias, cáncer, enfermedades neuromotoras o enfermedades crónico degenerativas en general; no solo en área de urgencias sino en otras áreas dentro del hospital. Así como pacientes de otros centros de salud públicos o privados o clínicas donde la mayoría de los pacientes no lleguen necesariamente con un diagnóstico crónico o una enfermedad, sino con un accidente o lesión. Así mismo, en el presente trabajo se contó con una muestra por conveniencia cuyas características como el tamaño en la  $n$  igual a 96, distribución y representatividad no fueron las más adecuadas para reproducir el fenómeno que podría observarse en la población, principalmente porque se completó la muestra después de un año de recabar datos y se incluyó un muy amplio rango de edad de los CPI. En este sentido, recientemente se reportó un estudio de (López et al., 2017) en el cual se evaluó este tipo de muestra y se determinó el tamaño apropiado en función de la extensión de la población, también se podrían aplicar varias estrategias aplicables a este fenómeno para disminuir la fuente de error durante la medición y aumentar tanto la validez interna como la validez externa de las investigaciones enfocadas en la relación existente entre la sobrecarga y el apoyo social percibido del CPI en la actual población mexicana.

Dentro del presente trabajo se identificaron varios elementos que pudieron disminuir la validez interna de la investigación como fueron la muerte experimental, es decir un alto número de participantes, aproximadamente 200, que no concluyeron con el proceso de evaluación, abandonando el estudio con datos insuficientes para responder la pregunta de investigación y alcanzar los objetivos. Este fenómeno podría explicarse debido a las condiciones del servicio de urgencias, que dificultaban muchas veces la capacidad emocional del cuidador para responder una batería de forma fiable, o bien de contar con el tiempo necesario para hacerlo; una posible solución podría ser desarrollar instrumentos que sean breves y específicos.

Otra posible limitación es que la instrumentación utilizada en el presente estudio, está validada y estandarizada, sin embargo en el caso del MOS no se cuenta con puntos de corte que permitirían precisar la medición del apoyo social percibido por el CPI. Por

el contrario el instrumento Zarit está ampliamente aplicado a distintas poblaciones y cuenta con validez y confiabilidad, que podría ser demasiado estricta al buscar una relación con las puntuaciones del MOS.

Por otra parte, al tratarse de una investigación novedosa, no solo en cuanto a la pregunta de investigación, sino al marco muestral y la utilización de los instrumentos en la muestra específica, la fuente de error derivado de ello podría disminuir significativamente la validez externa de la presente investigación, por lo que se recomienda realizar al menos una réplica y comprobar la estabilidad de los resultados, o bien incluir uno o varios instrumentos previamente validados para medir tanto sobrecarga como apoyo social percibido en la muestra de estudio. No obstante la investigación en el campo es muy escasa, por lo tanto se deberá esperar o desarrollar un instrumento o batería especializado en el futuro.

Debido a las condiciones del servicio y al curso de ciertas enfermedades agudas no siempre había un CPI identificable ya que había más personas involucradas en el cuidado cercano, sin embargo, aunque se trató de resolver buscando a la persona responsable de tomar decisiones, se sugiere para futuras investigaciones identificar al cuidador primario de acuerdo a las tareas que realiza y la cantidad de tiempo que cuida.

Durante la realización del presente estudio, una observación interesante que no se contempló ni se midió, fue la deseabilidad social, especialmente en el caso de la sobrecarga, factor que pudo marcar una diferencia entre los resultados reportados, entendido como un sesgo en la tendencia de respuesta de los participantes con el objetivo de dar una imagen más positiva ante el evaluador (Espinoza, Acosta & Del Carmen, 2014). Esta deseabilidad se pudo ver favorecida por el ambiente hospitalario, ya que probablemente los cuidadores preferían ser percibidos por el equipo de psicología de urgencias como eficientes y funcionales, además de que eran los psicólogos del servicio siendo ellos quienes aplicaban los instrumentos. A su vez, en México se tiene una creencia sobre el manejo del “cuidado”, el cual se percibe como una “obligación familiar”, logrando hacer que el significado de “carga en el cuidado” se minimice, considerándose como un valor moral significativo que conllevaba a que el CPI deba poder “soportar” tal situación sin objetar (Galindo-Vázquez et al., 2015). A este respecto y sin ánimo de cambiar el enfoque sería de relevancia social estudiar

este fenómeno en relación a la interacción entre sobrecarga y percepción de apoyo social, ya sea mediante el desarrollo de un nuevo instrumento o bien, buscando las relaciones existentes entre estas variables, a nivel México.

Es muy importante mencionar que la investigación científica desde sus diferentes enfoques y alcances aportan información muy útil al conocimiento del fenómeno, cuando se trabaja con una población o muestra intacta es difícil realizar manipulaciones específicas y controladas en relación a una variable independiente, sin embargo considerando las variables relacionadas en el presente estudio se podría plantear el desarrollo y aplicación de un taller o terapia de grupo en la cual se enseñen estrategia y ofrezcan herramientas para afrontar los retos de un CPI, así se podría evaluar tanto la sobre carga como el apoyo social percibido antes y después de dicha intervención. E incluir otras variables como satisfacción personal e integración social del CPI o tiempo de recuperación y calidad de bienestar del paciente. O bien, se podría establecer un programa de apoyo social a los CPI que les brindan tanto apoyo económico como instrumental y emocional a los CPI y comparar sus resultados en cuanto a apoyo social percibido y sobrecarga con un grupo que no cuente con el acceso a dicho programa, así teniendo una situación o grupo control podría identificarse la magnitud del efecto y esclarecer si existe una relación de causalidad entre las variables antes mencionadas en la población de estudio.

A pesar de las limitaciones, se resaltan las siguientes aportaciones de este estudio, a partir de la experiencia clínica, se puede recomendar que no solo se entrevisten a los CPI, sino que se desarrollen habilidades de empatía, metas en común y la alianza terapéutica como la literatura lo ha marcado a la hora de recabar la información, ya que así se ayudará a que la aplicación de los instrumentos no prescindan de estos elemento esenciales en una población con amplia necesidad psicológica (Norcross & Lambert, 2011)

Finalmente a manera de conclusión, se puede decir que existe una correlación negativa entre el apoyo social percibido y la sobrecarga o bien, a menor sobrecarga del CPI se percibe mayor apoyo social, ya que gracias a estas variables los cuidadores primarios se perciben menos sofocados por sus labores y responsabilidades ante el gran apoyo recibido por parte de los otros involucrados. A la vez se encontró un nivel de sobrecarga bajo en los cuidadores con pacientes en urgencias. También se

encontró que los CPI perciben un mayor apoyo económico e instrumental, lo que los convierte en personas autosuficientes sin tener la necesidad de trabajar de forma remunerada en otra actividad. Así mismo, los CPI son mayormente mujeres que hombres, y la mayoría de los CPI cuenta con una escolaridad básica a nivel primaria.

## Referencias:

- Armelagos, G. J., Brown, P. J., & Turner, B. (2004). Evolutionary, historical and political-economic perspectives on health and disease. *Social Science & Medicine* (1982), 61(4), 755–765. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.066>
- Armelagos, G. J., Brown, P. J., & Turner, B. (2005). Evolutionary, historical and political-economic perspectives on health and disease. *Social Science & Medicine* (1982), 61(4), 755-765. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.066>
- Aoun, S. M., Bentley, B., Funk, L., Toye, C., Grande, G., & Stajduhar, K. J. (2013). A 10-year literature review of family caregiving for motor neurone disease: moving from caregiver burden studies to palliative care interventions. *Palliative Medicine*, 27(5), 437–446. <https://doi.org/10.1177/0269216312455729>
- Bazan, G. E. (2003). Contribuciones de la psicología de la Salud en el ámbito hospitalario de México. *Psicología y Ciencia Social*, 5 (1), 20-26.
- Barrón R., Alvarado A., (2009). Desgaste Físico y emocional del cuidador primario en cancer. *Cancerología* 4, 39-46.
- Bevans, M., & Sternberg, M. (2012). Caregiving Burden, Stress, and Health Effects Among Family Caregivers of Adult Cancer Patients. *Journal of the American Medical Association* 307(4), 398-493.
- Bonin-Guillaume, S., Durand, A.-C., Yahi, F., Curiel-Berruyer, M., Lacroix, O., Cretel, E., ...Gentile, S. (2015). Predictive factors for early unplanned rehospitalization of older adults after an ED visit: role of the caregiver burden. *Aging Clinical and Experimental Research*, 27(6), 883–891. <https://doi.org/10.1007/s40520-015-0347-y>

Burton, M., Sautler, M., Tulskey, A., Hoff, L., Hays, C., Olsen, R. Steinhauser, E. (2012). Burden and Well-Being Among a Diverse Sample of Cancer, Congestive Heart Failure, and Chronic Obstructive Pulmonary Disease Caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 44(3), 410-419. doi:10.1016/j.jpainsymman.2011.09.018

Caregiving in the United States. (2009). National Alliance for Caregiving in collaboration with American Association of Retired Persons [AARP] (2009). Retrieved from [http://www.caregiving.org/data/Caregiving\\_in\\_the\\_US\\_2009\\_full\\_report.pdf](http://www.caregiving.org/data/Caregiving_in_the_US_2009_full_report.pdf)

Carretero, S., Garcés, J., Ródenas, F., & San José, V. (2009). The informal caregiver's burden of dependent people: theory and empirical review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(1), 74-79. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.05.004>

Chappell, N. L., & Reid, R. C. (2002). Burden and well-being among caregivers: examining the distinction. *The Gerontologist*, 42(6), 772-780.

Choo, W.-Y., Low, W.-Y., Karina, R., Poi, P. J. H., Ebenezer, E., & Prince, M. J. (2003). Social support and burden among caregivers of patients with dementia in Malaysia. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 15(1), 23-29. <https://doi.org/10.1177/101053950301500105>

Chou, K. R. (2000). Caregiver burden: a concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 15(6), 398-407. <https://doi.org/10.1053/jpdn.2000.16709>

Coira Fernandez G, Bailón Muñoz E. La invisibilidad de los cuidados que realizan las mujeres. *Aten Primaria* 2014;46(6):271-272

Cydulka, R. K., & Korte, R. (2008). Career satisfaction in emergency medicine: the ABEM Longitudinal Study of Emergency Physicians. *Annals of Emergency Medicine*, 51(6), 714-722.e1. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2008.01.005>

Del Río Lozano, M., García-Calvente, M. D. M., Calle-Romero, J., Machón-Sobrado, M., & Larrañaga-Padilla, I. (2017). Health-related quality of life in Spanish informal caregivers: gender differences and support received. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1678-2>

De Valle-Alonso, M. J., Hernández-López, I. E., Zúñiga-Vargas, M. L., & Martínez-Aguilera, P. (s. f.). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 19-27. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.05.004>

Definition of Emergency Medicine. (2016). *Annals of Emergency Medicine*, 68(1), 142-143. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2016.04.040>

División Técnica de Información Estadística en Salud. El IMSS en Cifras. La demanda de servicios en urgencias, 2004. *RevMedInstMex Seguro Soc*. 2006;44(3):261–73.

Duggleby, W., Williams, A., Ghosh, S., Moquin, H., Ploeg, J., Markle-Reid, M., & Peacock, S. (2016). Factors influencing changes in health related quality of life of caregivers of persons with multiple chronic conditions. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14, 81. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0486-7>

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)*, 196(4286), 129-136.

Espinoza D, Acosta, C., & Del Carmen (2014). El manejo de la impresión y su influencia sobre el bienestar psicológico en dos comunidades Latinoamericanas. *Psychological Research Records*, 4(2),1535-1553.

Espinoza Miranda, K., & Jofre Aravena, V. (2012). Burden, social support and self-care in informal caregivers. *Ciencia y enfermería*, 18(2), 23-30. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532012000200003>

Farrohknia, N., Castrén, M., Ehrenberg, A., Lind, L., Oredsson, S., Jonsson, H., Göransson, K. E. (2011). Emergency department triage scales and their components: a systematic review of the scientific evidence. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 19, 42. <https://doi.org/10.1186/1757-7241-19-42>

Fitzgerald, G., Jelinek, G. A., Scott, D., & Gerdtz, M. F. (2010). Republished paper: Emergency department triage revisited. *Postgraduate Medical Journal*, 86(1018), 502-508. <https://doi.org/10.1136/pgmj.2009.077081rep>

Galindo-Vazquez, O., Benjet, C., Cruz-Nieto, M. H., Rojas-Castillo, E., Riveros-Rosas, A., Meneses-Garcia, A. Alvarado-Aguilar, S. (2015). Psychometric properties of the Zarit Burden Interview in Mexican caregivers of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 24(5), 612-615. <https://doi.org/10.1002/pon.3686>

García-García, J. A., Reding-Bernal, A., & López-Alvarenga, J. C. (2013). Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Investigación En Educación Médica*, 2(8), 217–224.

Gómez-Carretero, P., Monsalve, V., Soriano, J. F., & de Andrés, J. (2007). Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina Intensiva*, 31(6), 318-325.

Grau, A. y Hernández, E. (2005). Psicología De La Salud: Aspectos Históricos y conceptuales. Hernández, E., Grau, J. (Comps) Psicología de La Salud: Fundamentos y Aplicaciones. Guadalajara: Centro Universitario En Ciencias de La Salud, 2005, 33 84, 1-41.

Grbich, C., Parker, D., & Maddocks, I. (2001). The emotions and coping strategies of caregivers of family members with a terminal cancer. *Journal of Palliative Care*, 17(1), 30-36.

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>

Han, J. H., Zhou, C., France, D. J., Zhong, S., Jones, I., Storrow, A. B., & Aronsky, D. (2007). The effect of emergency department expansion on emergency department overcrowding. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 14(4), 338-343. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2006.12.005>

Hernández Sampieri, Roberto; et al. Metodología de la Investigación. 2ª. ed. McGraw-Hill. México, D.F (2001). Pág. 52 - 134

Hoot, N. R., & Aronsky, D. (2008). Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. *Annals of Emergency Medicine*, 52(2), 126-136. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2008.03.014>

HowCaregivingisDefined. (s. f.). Recuperado 9 de mayo de 2017, a partir de <http://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/research/methods/definition.aspx>

Juárez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70–79

Lara P., Gonzales P & Blanco L. (2008). Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*; 13(4):159-66

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?option=com\\_content&view=category&id=780&Itemid=310](http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=category&id=780&Itemid=310)

López G., Landa R., Castillo C., Vidal V., Dominguez V., Mendoza A., Murillo Cruz., Peña O., (2017). Protocolo de investigación. Secretaría de Salud. Hospital General "Dr. Manuel Gea González". (2da Ed).

Luna, J. M. R. (2011). 25 años de la Medicina de Urgencia. Los retos... ¿siguen siendo los mismos? *Archivos de Medicina de Urgencia de México*, 3(1), 3-5.

Martínez B., Sánchez R., Aguilar V., Rodríguez P. & Riveros R. (2014). Adaptación y Validación del Cuestionario MOS de Apoyo Social en pacientes mexicanos con VIH+ *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 11(1), 71-85.

Martínez L., Ramos R., Robles R., Martínez G. & Figueroa L. (2012). Carga y dependencia en cuidadores primarios informales en pacientes con parálisis cerebral infantil severa. *Revista Psicología y Salud*, 22( 2), 275-282.

Martínez, M. V. R. (2008). Asociación entre la habilidad de cuidado del cuidador, el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor que vive situación de enfermedad crónica, en la ciudad de Girardot. *Avances en Enfermería*. 25(1), 33-45.

Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. *The American Psychologist*, 35(9), 807-817.

Matarazzo, J., (1982). Behavioral Health's Challenge to Academic, Scientific, and Professional Psychology. *American Psychologist*, 37 (1), 1-14.

Matarazzo, J., (1983). Education and Training in Health Psychology: Boulder or Bolder. *American Psychologist*, 2(1), 73-113.

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

Norcross & Lambert M. (2010). *Evidence-Based Therapy Relationships*. (2nd ed) New York: Oxford University Press.

Novaes, M. A., Knobel, E., Bork, A. M., Pavão, O. F., Nogueira-Martins, L. A., & Ferraz, M. B. (1999). Stressors in ICU: perception of the patient, relatives and healthcare team. *Intensive Care Medicine*, 25(12), 1421-1426.

Nunez, M., Garcia, C., y Alba, S. (2006). Evaluación psicológica en la salud: contextos actuales. *Estudios Sociales*, 14 (28), 137–161.

Organización Mundial de la Salud (1978). Alma Ata. Recuperado el 18 de octubre 2015 de: <http://www.who.int/cancer/media/FINAL-PalliativeCareModule.pdf>

Organización Mundial de la Salud MS Depresión. Recuperado 29 de mayo de 2017, a partir de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Omran, A. R. (1971). TheEpidemiologicTransition: A Theory of theEpidemiology of PopulationChange. *TheMilbankQuarterly*, 83(4), 731-757. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x>

Palancar-Sanchez A. Trabajo Grupal con cuidadores de personas dependientes. Texto base de la presentación del día 3 de octubre de 2009, espacio abierto de la Asociación para el estudio de temas psicosociales, grupales e institucionales. Acceso en septiembre 2014. Disponible en:<http://www.area3.org.es/Uploads/a3-13-Cuidadores-APalancar.pdf>

Parker Oliver, D., Patil, S., Benson, J. J., Gage, A., Washington, K., Kruse, R. L., &Demiris, G. (2017). TheEffect of Internet GroupSupportforCaregiverson Social Support, Self-efficacy, and CaregiverBurden: A Meta-analysis. *TelemedicineJournal and E-Health: TheOfficialJournal of the American TelemedicineAssociation*. <https://doi.org/10.1089/tmj.2016.0183>

Perruche, F., Elie, C., d'Ussel, M., Ray, P., Thys, F., Bleichner, G., ...Claessens, Y.-E. (2011). Anxiety and depression are unrecognised in emergencypatientsadmittedtotheobservationcareunit. *Emergency Medicine Journal: EMJ*, 28(8), 662-665. <https://doi.org/10.1136/emj.2009.089961>

Petruzzo, A., Paturzo, M., Buck, H. G., Barbaranelli, C., D'Agostino, F., Ausili, D., ... Vellone, E. (2017). Psychometric evaluation of the Caregiver Preparedness Scale in caregivers of adults with heart failure. *Research in Nursing & Health*, 40(5), 470–478. <https://doi.org/10.1002/nur.21811>

- Polanco-González, C., Castañón-González, J., Buhse, T., Samaniego-Mendoza, J., Arreguín-Nava, R., y Villanueva-Martínez, S. (2013). Índice de saturación modificado en el servicio de urgencias médicas. *Gaceta Médica de México*, 149, 417-424.
- Rodakowski, J., Skidmore, E. R., Rogers, J. C., & Schulz, R. (2012). Role of social support in predicting caregiver burden. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(12), 2229-2236. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2012.07.004>
- Ridner, S. H. (2004). Psychological distress: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 536-545.
- Ramírez del Castillo, O., Morales, V., Vázquez, P., Sánchez, R. S., & Ramos del Río, B. (2008). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(5), 485-494.
- Richardson, T. J., Lee, S. J., Berg-Weger, M., & Grossberg, G. T. (2013). Caregiver health: health of caregivers of Alzheimer's and other dementia patients. *Current Psychiatry Reports*, 15(7), 367. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0367-2>
- Rodríguez Maroto O, Llorente Álvarez S, Casanueva Gutiérrez M, Álvarez Álvarez B, Menéndez Somoano P, De la Riva Miranda G. Mortalidad en un servicio de urgencias hospitalarias. Características clínico epidemiológicas. *Emergencias*. 2004;16:17-22.
- Ruiz-Ríos AE, Nava-Galán MG, Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Enf Neurol (Mex)* 2012;11(3):163-169

- Sánchez-Sosa, J. J. (1998). Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: La interfaz intervención investigación en psicología de la salud. En: G. Rodríguez, O. y M. Rojas, R. (Coords.). *La Psicología de la Salud en América Latina* (33-44). México: Porrúa.
- Sánchez Sosa, J. J. (2002). Healthpsychology: prevention of disease and illness; maintenance of health. *Encyclopedia of LifeSupportSystems (EOLSS)*, 1-12.
- Sánchez-Sosa, J.J. (2015). Algunos aspectos del agregado histórico-social de factores contribuyentes al desarrollo continuo salud enfermedad. Documento de circulación interna de apoyo docente. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Secretaria de Salud. Servicios Otorgados 2016. Obtenido del [http://www.dgjs.salud.gob.mx/contenidos/sinai/serviciosotorgados\\_gobmx.html](http://www.dgjs.salud.gob.mx/contenidos/sinai/serviciosotorgados_gobmx.html)
- Schulz , R., & Beach, S. R. (1998). Caregiver as a risk factor formortality: Thecaregiverhealtheffectsstudy. *Jama*, 282(23), 2215- 2219. doi:282:2215-2219
- Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and Mental HealthEffects of FamilyCaregiving. *The American journal of nursing*, 108(9 Suppl), 23-27. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000336406.45248.4c>
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social supportsurvey. *Social Science& Medicine* (1982), 32(6), 705-714.
- Shiba, K., Kondo, N., & Kondo, K. (2016). Informal and Formal Social Support and CaregiverBurden: The AGES CaregiverSurvey. *Journal of Epidemiology*, 26(12), 622-628. <https://doi.org/10.2188/jea.JE20150263>

- Talley, R. C., & Crews, J. E. (2007). Framing the Public Health of Caregiving. *American Journal of Public Health*, 97(2), 224-228. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.059337>
- Tekwani, K. L., Kerem, Y., Mistry, C. D., Sayger, B. M., & Kulstad, E. B. (2013). Emergency Department Crowding is Associated with Reduced Satisfaction Scores in Patients Discharged from the Emergency Department. *Western Journal of Emergency Medicine*, 14(1), 11-15. <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.11.11456>
- Van Beusekom, I., Bakhshi-Raiez, F., de Keizer, N. F., Dongelmans, D. A., & van der Schaaf, M. (2016). Reported burden on informal caregivers of ICU survivors: a literature review. *Critical Care (London, England)*, 20, 16. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1185-9>
- Vinaccia, S. & Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1, 125 -137.
- Wang, L.-J., Zhong, W.-X., Ji, X.-D., & Chen, J. (2016). Depression, caregiver burden and social support among caregivers of retinoblastoma patients in China. *International Journal of Nursing Practice*, 22(5), 478-485. <https://doi.org/10.1111/ijn.12458>
- Weyrich, P., Christ, M., Celebi, N., & Riessen, R. (2012). [Triage systems in the emergency department]. *Medizinische Klinik, Intensivmedizin Und Notfallmedizin*, 107(1), 67-78; quiz 79. <https://doi.org/10.1007/s00063-011-0075-9>
- Widgren, B. R., & Jourak, M. (2011). Medical Emergency Triage and Treatment System (METTS): a new protocol in primary triage and secondary priority decision in emergency medicine. *The Journal of Emergency Medicine*, 40(6), 623-628. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2008.04.003>
- Wood, F. G. (1991). The meaning of caregiving. *Rehabilitation Nursing: The Official Journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 16(4), 195-198.

Wolff, J. L., Sydney , M. D., Frick, K. D., &Kasper, J. D. (2008). End-of-LifeCare: FindingsFrom a NationalSurvey of Informal Caregivers. Archieves of InternalMedicine , 167(40), 40 - 46.

Zarit, Reeve& Bach-P., ZaritBurden Interview.

(1980).<http://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/zarit.aspx>



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD







Facultad  
de Psicología

---

**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

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

Ficha de identificación "Cuidador Primario Informal"

MOSS

	Nunca	Pocas veces	Algunas	La mayoría de	Siempre
1. Alguien que le ayude cuando tenga que estar enfermo en la cama	1	2	3	4	5
2. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
4. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
5. Alguien en quien confiar o con quien hablar de usted mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
6. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
8. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
9. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
10. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
11. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
12. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
13. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
15. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
16. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

17. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el número de amigos íntimos y familiares cercanos: \_\_\_\_\_

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?					

**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?					