



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Apoyo social, ansiedad y depresión en el cuidador primario informal de urgencias médicas

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

Jenifer Anayeli Hernández de la Cruz

DIRECTOR: Dr. Edgar Landa Ramírez

REVISOR: Dra. Aimé Edith Martínez Basurto

SINODALES: Dra. Corina Margarita Cuevas Renaud

Dr. Samuel Jurado Cárdenas

Mtra. Karla Suárez Rodríguez

CIUDAD DE MÉXICO

2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por todo el apoyo que me brindaron, por sus consejos, así como las personas que aportaron sus recomendaciones para que este proyecto culminara.

De primera instancia quisiera agradecer al Dr. Edgar Landa quien en todo momento me apoyo, guío, aconsejo y tuvo la disponibilidad para orientarme, Gracias; al Dr. Antonio López de Urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, quien nos brindó su apoyo durante nuestra estancia en el Hospital, y durante nuestras evaluaciones e intervenciones como equipo de Psicología, así mismo, en aspectos médicos, brindando en todo momento su apoyo. En conjunto con cada uno de los Residentes y Adscritos del Hospital así como, a cada una de las autoridades que apoyaron el proyecto.

A mis compañeros que en este tiempo nos apoyamos en este largo camino.

A la Dra. Corina quien con sus recomendaciones, tiempo me guío para poder terminar este trabajo, así mismo a la Dra. Aimé Basurto y Mtra. Karla Suárez.

A los Residentes de Medicina Conductual por sus consejos y apoyo. Y a cada uno de los profesores que me formaron durante mis estudios.

Dedicatoria

Quiero dedicar este trabajo a mi familia, que con su apoyo esta etapa de mi vida ha concluido. A mi mamá Carmen quién en todo momento estuvo conmigo, me apoyo en todo aspecto y con sus enseñanzas, regaños consejos he logrado cumplir mis objetivos, a mi padre Carlos quien de igual forma, estuvo conmigo en todo momento. A mis hermanas Carmen e Ingrid que siempre me acompañaron en mis alegrías, frustraciones, enojos, locuras. Especialmente quiero dedicar este trabajo a las tres personas más importantes en mi vida a Hanna, Vania y Carlos mis sobrinos quienes son una pieza fundamental en mis logros y a quienes quiero.

A Lic. Esmeralda, quien supervisó los últimos meses mi trabajo clínico y teórico, siendo mi maestra y a quien tengo mucho que agradecer, con sus consejos, regaños y comprensión; Lic. Nadia por sus consejos, risas, compartiendo conocimiento, estuvo conmigo, finalmente a Lic. Eduardo, mi maestro (burnout), quien me capacito durante los primeros meses en el Hospital y quien durante mi instancia y proceso de tesis me brindo sus consejos, guía, comprensión, tiempo y con sencillez compartió conocimiento.

A mis compañeros Fernando, Fernanda, Lizbeth, que estuvimos juntos durante un largo tiempo; Daniela, Alejandro, Ricardo, Juan Manuel quienes se integraron en el camino. Especialmente a dos amigos importantes Brenda, quien me brindó su apoyo incondicional, compañía, tiempo, enseñanzas, con quien compartí toda mi instancia en el hospital, evaluaciones, regaños, alegrías, tristezas y quien en momentos difíciles estuvo a mi lado GRACIAS; a Juan quien me apoyó en todo momento, guío, acompañó y brindó su amistad y comprensión. A mis amigas y amigo Karina, Ely, Mayra, Alma y David que compartimos años de formación; a mi amiga Ale por estar desde el inicio de este gran sueño. Y al equipo Triage Lore, Mariel, Chris, Meli, Viri, por tantas risas.

Índice

	Página
Resumen	4
Capítulo 1	6
Psicología de la Salud	
Capítulo 2	16
Apoyo social, ansiedad y depresión en el CPI de Urgencias	
Método	27
Resultados	37
Discusión	45
Conclusiones	50
Referencias	52
Anexo	64

Resumen

Los cuidadores primarios informales (CPI) se caracterizan por brindar apoyo y asistencia informal sin remuneración económica, siendo susceptibles a presentar sintomatología ansiosa o depresiva y a cubrir criterios diagnósticos para episodio depresivo mayor (EDM) o trastorno de ansiedad generalizada (TAG), sin embargo, el apoyo social percibido por el CPI puede mitigar los estresores ante dicho cuidado. El propósito de este estudio fue identificar la relación que existe entre la sintomatología ansiosa y depresiva con apoyo social, así como la relación entre criterios diagnósticos de EDM y TAG con apoyo social. Además se buscó describir las características que poseen los cuidadores de los pacientes en urgencias. Se realizó un estudio no experimental, transversal y correlacional, en el que participaron 100 CPI de pacientes hospitalizados en el área de urgencias del hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Se utilizó el cuestionario MOS de apoyo social, la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y los módulos de MINI Entrevista Neuropsiquiatría Internacional para Episodio Depresivo Mayor (EDM) y Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). Se encontró una correlación negativa baja pero estadísticamente significativa entre la sintomatología ansiosa y apoyo social ($r_s = -0.267$, $p < 0.05$); así como entre sintomatología depresiva y apoyo social ($r_s = -.244$, $p < 0.01$). Por otro lado, un 58% de los CPI presentaron sintomatología ansiosa, 47% sintomatología depresiva, 19.8% EDM, 21.8% TAG y 45% reportaron contar con apoyo social en ese momento. Así pues, bajo los resultados obtenidos en esta investigación se evidencia la importancia de realizar mayor investigación de CPI de pacientes hospitalizados en urgencias.

Palabras claves: Cuidadores primarios informales, sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva, apoyo social, depresión, ansiedad.

Abstract

Caregivers are characterized by providing informal support and assistance without economic compensation, being susceptible to presenting anxious or depressive symptomatology and diagnostic criteria for major depressive episode (EDM) and generalized anxiety disorder (TAG), as well as the social support that can be perceived by the CPI can mitigate the stressors to such care. This study aims to identify the relationship between anxiety and depressive symptomatology with social support, as well as diagnostic criteria EDM, TAG with social support. It also seeks to describe the characteristics that caregivers of patients in the emergency room have. A non-experimental, cross-sectional and correlational study was used, in which 100 CPI of patients hospitalized in the emergency area of the General Hospital "Dr. Manuel Gea González ". The MOS questionnaire for social support, the Hospital Anxiety Scale for anxious and depressive symptomatology (HADS) and the MINI Interview International Neuropsychiatry for Major Depressive Episode (EDM) and Generalized Anxiety Disorder (TAG) modules were used. A low but statistically significant negative correlation was found between anxious symptomatology and social support ($r_s = -0.267$, $p < 0.05$); similarly, for depressive symptomatology and social support ($r_s = -.244$, $p < 0.01$). Likewise, 58% of the CPI presented anxious symptomatology, 47% depressive symptomatology, 19.8% EDM, 21.8% TAG and 45% reported having social support. Therefore, it is evident the importance of carrying out further investigation of CPI of patients hospitalized in the emergency department, based on the results obtained in this investigation.

Keywords: Caregivers, anxious symptoms, depressive symptomatology, social support, depression, anxiety.

Capítulo 1. Psicología de la Salud

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978), se define a la salud como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, así mismo, se declaró que es un derecho humano fundamental, del cual, la atención primaria debe ser basada en métodos y tecnología científica orientada a aquellos principales problemas que se presenten y poder así ofrecer servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

La teoría de la *transición epidemiológica* de Omran (1971), permite entender los diversos elementos económicos, sociales y demográficos, que ha influido en la conceptualización que se tiene actualmente sobre la salud, y la cual se desarrolla a través de las siguientes cinco proposiciones:

Proposición uno: se centra en que la mortalidad es un factor fundamental en la dinámica de la población, es decir, hay aumento de la población y esta disminuye de acuerdo al ciclo de vida, delimitada por la mortalidad.

Proposición dos: Las razones de mortalidad sufren cambios a largo plazo, las pandemias infecciosas son desplazadas gradualmente por las enfermedades degenerativas convirtiéndose en los factores de riesgo y causa de muerte. Es así que Omran describe tres aspectos principales:

- a) La era de la peste y el hambre: donde la mortalidad es alta impidiendo el crecimiento de la población, es decir, la esperanza de vida al nacer es baja y cambiante por lo que oscilará entre los 20 y 40 años de vida. A lo que se atribuye a las enfermedades infecciosas, desnutrición, problemas durante el parto.

- b) La era de pandemias retraídas: la tasa de mortalidad decae y aumenta constantemente las esperanzas de vida, favoreciendo a que la población se mantenga y los picos epidémicos se hacen menos frecuentes y se extinguen.
- c) La era de las enfermedades degenerativas y las generadas por el hombre: la mortalidad sigue disminuyendo, hay una proximidad en la estabilización y la esperanza de vida al nacer se eleva hasta superar los 50 años, donde la fertilidad juega un papel importante para el crecimiento de la población, y las enfermedades crónico-degenerativas siguen predominando.

Omran considera indispensable, entender algunas determinantes que favorecen a entender cómo se desarrollaron estos cambios, a saber: determinantes eco-biológicas, en donde se explica el complejo equilibrio entre la enfermedad, el nivel de hostilidad en el ambiente y la resistencia del huésped; el segundo determinante, recae en los factores socioeconómicos, políticos y culturales en donde incluyen hábitos de salud, higiene y nutrición. Finalmente, el tercer determinante es la atención de la salud médica y pública, donde existen medidas preventivas y curativas específicas que se utilizan para combatir la enfermedad incluyendo la mejoría de la salud.

Proposición tres: los cambios más notorios están en los patrones de salud y enfermedad, se observan con mayor frecuencia entre los niños y las mujeres jóvenes, siendo estas susceptibles en las enfermedades infecciosas en estos grupos.

Proposición cuatro: Los cambios en los patrones de salud y enfermedad están estrechamente asociados con la transición demográfica y socioeconómica que constituyen aspectos de modernización.

Proposición cinco: Se observan variables de tiempo y dinámicas de cambio y de acuerdo a ellas se identifican tres modelos básicos de transición epidemiológica:

1. El modelo clásico u oeste, describe la transición progresiva de la modernización destacando los factores socioeconómicos quienes fueron los principales determinantes de la transición así como el descenso de la mortalidad fue gradual.
2. Modelo acelerado, describe la transición de la mortalidad en la era de la peste y el hambre así como la fase gradual de la era de pandemias en retroceso representada por Japón así como los avances sanitarios y médicos.
3. Modelo tardío, describe la transición relativamente reciente, un componente importante de la tecnología médica que ha jugado un papel importante en las bases para el crecimiento de la población y la mortalidad baja.

El modelo de Omran no ha sido el único en tratar de explicar los procesos de cambios en la transición epidemiológica, de manera reciente, Armelagos, Brown & Turner (2010) desarrollaron una teoría para describir la relación entre la transición epidemiológica y los procesos económicos y sociales, ya que consideran que debido a la desigualdad entre jerarquías sociales se obtienen diferencias en la atención brindada por los servicios de salud. La transición a la producción de alimentos primarios y la aparición de la estratificación social fueron tan dramáticas, que crearon un diferencial significativo en el riesgo de enfermedad dentro de una comunidad, describiendo así, tres transiciones epidemiológicas:

Primer transición: Se marca el cambio del forrajeo a la agricultura, dicha transición a la alimentación fue llamada la revolución neolítica, y fue marcada por la aparición de estratificación social, económica, sedentarismo, estilo de vida,

cultivo, que creó una diferencia significativa en el riesgo de enfermedad infecciosas, tamaño y densidad de la población, es decir, la agricultura crece en un área extendiéndose a nuevas regiones. Es en este contexto, que se presentaron las enfermedades como tuberculosis, brucelosis, sarampión, viruela, fiebre amarilla, dengue.

Segunda transición: Período en el que se desarrolló la mejora en la nutrición y el nivel de vida, hubo una reducción en enfermedades infecciosas y tasa de mortalidad, debido al desarrollo de prácticas médicas, nutrición adecuadas, medidas de salud pública, sin embargo, se reportó que al tener mayor número de población longeva hubo un aumento en las enfermedades crónicas-degenerativas, por ejemplo, las enfermedades del corazón, cáncer, diabetes se tornaron más importantes y preocupantes.

Finalmente la tercera transición: Es donde la humanidad se encuentra actualmente, caracterizada por la persistencia de enfermedades crónicas que aumentan por la reaparición de enfermedades infecciosas. La presencia de nuevos patógenos resistentes a múltiples antibióticos, la transición se caracteriza como un sistema de transporte que da como resultado una transición de patógenos, es decir, se caracteriza por los cambios demográficos y tecnológicos, el comercio internacional, los viajes, las inundaciones, deforestaciones, sequías y cambios climáticos y estos han provocado la aparición de algunas enfermedades.

Se puede considerar con lo dicho hasta ahora, que las transiciones epidemiológicas dieron un auge importante para entender la evolución de la morbilidad y mortalidad y las concepciones teóricas que las describían, es así, que en la humanidad se pudo transitar de enfermedades infectocontagiosas a crónico degenerativas, debido a lo anterior, la definición de salud entendida como ausencia de enfermedad a no cubría con las necesidades de las nuevas enfermedades (OMS, 1978), es por ello, que se volvió necesario crear una nueva definición y un nuevo modelo adaptados a los cambios demográficos, biológicos, sociales, políticos y económicos, como lo es el modelo biopsicosocial.

Explicado por Engel (1977) el modelo biomédico está inspirado en el dualismo mente-cuerpo, en donde se entiende a la enfermedad como un fallo de algún elemento del cuerpo, por lo cual, la salud y la enfermedad pasan a ser vistas como una cuestión bioquímica, aunque esta explicación era pertinente para las enfermedades infectocontagiosas dominantes en la segunda transición epidemiológica, trajo problemas en la situación actual ya que tiene limitaciones o críticas como el ser *reduccionista*, es decir, todos los fenómenos deben de ser explicados a partir de términos físico-químicos y *exclusionistas*, que es todo aquello que no puede ser explicado por la medicina a partir de elementos biológicos debe ser excluido de la categoría de la enfermedad, considerando así a diversas enfermedades como la enfermedad mental como un mito, que no tiene cupo en el modelo y ante el cual se debe excluir de la explicación médica. Presentándose así la crisis de la medicina que es derivada de la inferencia lógica de que la "enfermedad" se define en términos de parámetros somáticos, dónde los médicos no debían preocuparse por cuestiones psicosociales, generando un gran hueco en la atención de los servicios de salud; debido a lo anterior, nace el modelo biopsicosocial, al que se define como el conjunto de los factores biológicos, psicológicos y sociales lo que determina la salud y la enfermedad.

Descrito lo anterior el modelo biopsicosocial de Engel (1977) proporciona gran información en la aproximación a la salud, otorga al modelo libertad suficiente para explorar múltiples causas presentes en los problemas de salud. Es decir, es una propuesta comprehensiva, integradora y sistémica de niveles, biológicos, psicológicos y sociales del individuo (Sperry, 2008).

Como resultado surge la necesidad de crear disciplinas acordes con la nueva definición y modelo, que se encarguen del estudio comportamental, es así que en la Asociación Americana de Psicología (APA) se crea la División 38, encargada de todos los factores psicológicos relacionados con la salud, y en donde existe la función de promover nuevas formas de atención a las comunidades, comenzando a reconocer la importancia que tiene el comportamiento en la aparición de la

enfermedad. De igual manera, en este contexto surgen interdisciplinas que integran el conocimiento de diversas disciplinas para un mejor entendimiento de la salud, por lo cual surgen disciplinas como la medicina conductual y la psicooncología (Reynoso, 2013).

Por consiguiente las evaluaciones psicológicas ya en un ambiente médico es considerado una adecuada herramienta frente a la toma de decisiones sobre un diagnóstico, la detección precoz de problemas del comportamiento, psicológico o psiquiátrico que llega a modificar la calidad y tipo de atención hacia los pacientes, la psicología basada en evidencia ha ganado mucho terreno en la medicina y en erradicar errores de los profesionales (Nunez, García & Alba, 2006). Hay que mencionar a demás, que la psicología se ve en la necesidad de crear tres niveles sanitarios que permitirán que la atención brindada sea de una manera ordenada y estratificada, los cuales son (Alves, Eulalio, & Brobeil, 2009):

- Primer nivel de atención (Atención Primaria de Salud, APS) consiste en la prevención de la salud, detección de enfermedades frecuentes, promoción de la salud.
- Segundo nivel de atención (Atención Secundaria de Salud, ASS) se refiere a pacientes que requieren de procedimientos terapéuticos, acompañamiento del paciente durante el seguimiento del tratamiento ya sea físico o psicológico así como el psicólogo cumple con la función de investigar las causas y factores que son asociados a la falta de adherencia terapéutica.
- Tercer nivel de atención (Atención Terciaria de Salud, ATS) seguimiento de pacientes en tratamiento clínico, quirúrgico.

Es por ello que al surgimiento de la Psicología de la Salud a permitido crear conocimientos para explicar diversos factores que son asociados al concepto actual de salud, Matarazzo (1980) define así a la Psicología de la Salud como: “el conjunto de contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología la promoción y el mantenimiento de la salud, la

prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud y la enfermedad” (p.815). Y a su vez, tiene como objetivo de acuerdo con la división 38 de la (APA):

- La comprensión y evaluación de la interacción que existe entre un estado de bienestar físico y los diversos factores biológicos, sociales y psicológicos.
- Comprender las teorías, principios y métodos de investigación en psicología que pueden aplicarse para que el enfoque biomédico tenga mejores resultados y este sea acompañado de la promoción de salud y el tratamiento de la enfermedad.
- Comprender la naturaleza de las respuestas ante el estrés, su etiología y los procesos de adquisición de los problemas de salud.
- Así mismo, entender los métodos y técnicas conductuales que ayuden a las personas a afrontar y controlar el estrés y la enfermedad.

Teniendo en cuenta que la importancia e interés de estudiar al ser humano como una unidad biológica, con mente y capacidad de sentir, percibir, y pensar así mismo, dentro de contexto social (Engel, 1977), la labor del psicólogo en el ámbito de la salud se ha justificado en la medida en que el modelo biopsicosocial surge como una nueva forma de entender y atender esta relación salud enfermedad. Es por ello que el interés de la psicología de la salud es el aprender a identificar los comportamientos saludables y poder darles el valor que requieren, teniendo en cuenta, los procesos de identificar, adquirir, mantener, desarrollar los comportamientos de los cuales es importante la condición saludable, y una secuencia de eventos que tendrá una interacción con los diferentes factores biopsicosociales (Cortes, Ramírez, Olvera & Arriaga, 2009).

La psicología de la Salud está dedicada al entendimiento de las influencias psicológicas en la salud de las personas, por ello, los psicólogos tienen como objetivo enfocarse en la promoción y mantenimiento de la misma, en prevención y tratamiento de la enfermedad, así como, la etiología refiriéndose a los orígenes o

causas de la enfermedad, la correlación entre enfermedad, padecimiento y disfuncionalidad. Especialmente, en los componentes conductuales y sociales que pueden contribuir a la salud o enfermedad, para finalmente, mejorar el sistema de salud y sus políticas (Taylor, 2007).

En el caso del paciente hospitalizado, el psicólogo debe tomar en cuenta que las hospitalizaciones son usualmente cortas y en este período se tiene la responsabilidad de la evaluación, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Es importante apoyarse del personal médico y enfermería, así como, de los familiares del paciente ya que puede ser benéfico y proporcionar al psicólogo información conductual (Robinson & Baker, 2006).

Por consiguiente cuando la enfermedad se encuentra avanzada y el paciente está en el final de su vida, los aspectos psicológicos son muy importantes, al respecto, Grau & Hernández (2005) indican que se está relacionado con la discapacidad, invalidez de sí mismo, así como los cambios y adaptaciones que se requieren hacer ante una enfermedad y sus síntomas, tratar de tener y brindar una mejor calidad y bienestar de vida al paciente y familiares, al mismo tiempo, las reacciones de afrontamiento ante la muerte inminente, sufrimiento y el apoyo psicológico e intervenciones al final de la vida, poder manejar el duelo y el agotamiento que puede presentar el cuidador primario informal. Mientras que Cardozo & Rondón (2014), mencionan que se deben considerar diversas variables para formular intervenciones dentro de la psicología de la Salud como son el mal manejo de la ira, el poco control de impulsos, los hábitos pocos saludables, la hostilidad, la rumiación, los estilos de afrontamiento inadecuados, ansiedad, depresión, estrés los cuales destacan como las variables más relevantes tanto en el inicio como en el mantenimiento y cronificación de las enfermedades.

No sólo resulta afectado el paciente cuando recibe un diagnóstico o pronóstico no favorable, también su entorno puede verse afectado, es por ello, que toda persona que está a su alrededor cuidando también puede sufrir cambios

emocionales, económicos, personales, ya que tomarán decisiones del paciente cuando ya no lo puedan realizar cumpliendo con este rol son denominado cuidador primario informal (CPI). Al respecto, se ha definido al CPI como aquella persona encargada de ayudar en la mayoría de necesidades básicas e instrumentales del paciente durante la mayor parte del día, sin recibir entrenamiento o paga por dicho cuidado (Badía & Lara & Roset, 2004) . Así mismo, al entrar en el rol del cuidador se puede ver afectado todo su entorno, dejando de hacer las actividades habituales por el cuidado, en un contexto hospitalario las horas de espera para que pueda ser informado de la evolución de su paciente, el apoyo que pueda o no recibir y las afectaciones en la salud.

Si bien es cierto que la Psicología de la Salud ha tenido contribuciones y avances dentro de diversas áreas en la salud, aún falta mucho trabajo por recorrer para cumplir con dicho objetivo en el área de urgencias médicas, se ha definido a las urgencias médicas como: la especialidad médica que se dedica al diagnóstico y tratamiento de enfermedades o lesiones imprevistas. Como se puede observar, esta disciplina da un peso importante a conservar la vida y función del paciente, razón por la cual, se han dejado en segundo término los aspectos psicológicos y sociales que afectan al paciente y CPI de urgencias médicas, por lo cual diversos problemas emocionales como ansiedad, depresión, estrés, sobrecarga, ideación suicida son “sub-diagnosticados” (Miranda, 2012).

Lo anterior resulta preocupante debido a la gran cantidad de problemas emocionales y sociales que se presentan en el servicio de urgencias y los cuales pueden afectar el desarrollo de la enfermedad, la satisfacción del servicio percibido, la satisfacción del servicio recibido, así como, el tiempo de estancia hospitalaria (Badia, Lara & Roset, 2004; Hernández & León, 2012) y en el caso del CPI, se ha reportado que el tipo de información que recibe se relaciona con entendimiento de la enfermedad y la petición de esfuerzos heroicos terapéuticos para el cuidado del paciente (Lautrette et al., 2007); y además se ha reportado a nivel internacional que el CPI del paciente de urgencias, puede ser vulnerable para

desarrollar problemas de ansiedad y depresión. Por tal razón, se vuelve necesario generar evidencia que permita identificar los factores involucrados en el desarrollo de ansiedad y depresión de los cuidadores primarios informales de pacientes que se encuentren en las diversas áreas de urgencias médicas, para entender así, la etiología de dicho problema, en el CPI del paciente de urgencias del Hospital “Dr. Manuel Gea González”, es así, que en el siguiente capítulo se presentará una investigación en la cual se abordan las variables previamente mencionadas.

Capítulo 2. Apoyo social, ansiedad y depresión en el CPI de Urgencias

El Colegio Americano de Médicos de Emergencia (por sus siglas en inglés, ACEP) define a la medicina de emergencia como: la especialidad médica que se dedica al diagnóstico y tratamiento de enfermedades o lesiones imprevistas. Dicha práctica incluye la evaluación inicial, diagnóstico, tratamiento, coordinación de la atención entre múltiples proveedores y la disposición de cualquier paciente que requiera atención médica, quirúrgica o psiquiátrica, a través de los departamentos de emergencias, clínicas, unidades médicas de observación (Definition of Emergency Medicine, 2016). En el caso de México, se añade que es la atención brindada a aquellas personas que precisan de atención inmediata, para poder limitar la progresión de la enfermedad o daño físico que pone en riesgo su vida, un órgano o función (Diario Oficial de la Federación, 2013).

En México los departamentos de Urgencias, tienen además la característica de estar saturados, es decir, en dichos departamentos se encuentra una situación en la cual los servicios de emergencia exceden la capacidad de proporcionar atención de calidad dentro de un tiempo razonable (Holroyd et al., 2007). Para brindar ese servicio, se implementó el sistema Triage que rige como principal objetivo la clasificación de los pacientes que acuden a urgencias y el cual sigue los criterios de gravedad clínica que permite diferenciar a los pacientes (García, 2013).

Otro dato importante es que según el Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018, menciona que en un día típico se atienden cerca de 500 mil consultas, de las cuales sólo 50 mil son en urgencias médicas, esta cantidad excede los recursos de la atención brindada en el servicio. De este dato es importante recalcar que las enfermedades con mayor prevalencia y también mayores costos médicos son las enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares, hipertensión, así como, diversos tipos de cánceres. De acuerdo, el Sistema Nacional de Salud en

su reporte 2016, en el año 2015 menciona que se atendieron 37 471 913 urgencias hospitalarias (Secretaría de Salud [SSA], 2016).

Esto concuerda con lo reportado por otros países, donde el uso de los servicios de urgencias registrados, aumentó en las últimas décadas en todos los países desarrollados, provocando así, una disminución de primer instancia en la calidad de los servicios, al igual que se observa los aumentos en los costos de la atención. (SSA, 2012). Por tal motivo, el servicio se ve afectado, llevando a efectos negativos sobre la calidad de la atención médica ofrecida por los departamentos de urgencias, también general insatisfacción de los pacientes, una mayor demanda realizadas al personal médico, así como, su productividad, toma de decisiones del médico y su insatisfacción brindando el servicio. (Holroyd et al., 2007). Ante la espera y dificultad de ingreso se ha observado el aumento de un número de pacientes esperando visita, atención médica y estudios provocando un colapso hospitalario. (Sesma Sánchez, 2012).

En cuanto a las características de los pacientes que se atienden en este servicio, se calcula que un 72% de los pacientes presentan ansiedad, depresión y delirio, debido a la condición de salud nueva para el paciente, a las alteraciones propias de la enfermedad, medicación, falta de sueño, así como procedimientos invasivos y dolorosos (Martín Rodríguez & Pérez San Gregorio, 2005). También se ha reportado que en estos pacientes se presenta miedo, angustia. Esto puede verse modulado por otros factores como la edad, el género, el apoyo social percibido, la creencia religiosa y el diagnóstico y pronóstico propio del paciente. La condición misma de hospitalización hace que un individuo sea vulnerable a varios estímulos a su alrededor, no sólo los de la enfermedad, también el medio ambiente y la relación que establezca médico-paciente (Mitchell, Courtney, & Coyer, 2003).

Debido a estas situaciones y a las condiciones del servicio es usual que los pacientes requieren de un Cuidador Primario Informal. De acuerdo con la

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) al CPI se le define como aquella persona que proporciona apoyo y asistencia informal, con diversas actividades a personas con discapacidad o largo plazo al igual que personas de edad avanzada. Esta persona puede proporcionar apoyo emocional o financiero, así como, ayuda práctica con diferentes tareas, no suele recibir capacitación formal para cuidar y no recibe una remuneración económica.

Se ha reportado en la literatura que generalmente este rol de cuidador primario lo desempeñan mujeres que son las cuidadoras cuya ocupación en un 83.6% es ser amas de casa, con una edad entre los 45 a 65 años, sin estudios y con un parentesco directo con la persona a cuidar, no reciben ayuda de otras personas en un 53.7% y comparten el domicilio (véase tabla 1). En una gran cantidad de casos, los CPI tiene una alta tasa de deserción de empleos o estudios para cumplir con el rol de cuidador (Caqueo-Urizar, Segovia-Lagos, Urrutia-Urrutia, Castillo, & Lechuga, 2013; Espinoza Miranda & Jofre Aravena, 2012; Larrañaga et al., 2008).

Estos resultados concuerdan por lo hallado en el estudio de Del Río-Lozano et al. (2013) donde los autores mencionan que el perfil de los cuidadores informales es el 76% son mujeres y la mayoría vive con los familiares, el 55 % tiene entre 45 y 64 años de edad y no cuentan con un empleo remunerado ya que son amas de casa o jubilados. Hay una diferencia de roles y actividades realizadas entre un cuidador primario informal femenino y masculino, así como el tiempo dedicado al cuidado. Las mujeres con mayor prevalencia proporcionan atención personal e instrumental. Así mismo, hay un impacto negativo en el cuidador ya que se ve afectada su salud física y psicológica, dependiendo de la discapacidad o enfermedad del cuidado.

Tabla 1. Características sociodemográficas del CPI

Autor	Muestra	Características sociodemográficas
Caqueo-Urizar, Segovia-Lagos, Urrutia-Urrutia, Castillo, & Lechuga, 2013/Chile	34 cuidadores primarios informales	Femenino 88,2% - Masculino 11,8% Edad promedio 30-49 años Casado 52,9%
Larrañaga et al., 2008/España	836 Cuidadores mayores de 29 años de edad	Nivel educativo medio 29,4% 61% mujeres – 39% hombres Edad media de 59,9. Casados 73,2% Nivel educativo básico 80,2%
Espinoza Miranda & Jofre Aravena, 2012/ Chile	30 Cuidadores informales	90% mujeres Edad promedio 57 años 80% tiene pareja nivel educativo básico incompleto 43% 63% presentan alguna enfermedad 17 horas de cuidado al día

De acuerdo con las características de los CPI, la literatura reporta que ante el cuidado brindado a los pacientes se experimentan una variedad de comportamientos y emociones como: miedo, desesperanza, culpa, ansiedad,

confusión, al mismo tiempo que deben de asumir el cuidado del paciente después de ser dado de alta, corriendo el riesgo de no atender sus propias necesidades (Martín Rodríguez & Pérez San Gregorio, 2005), tomando las decisiones importantes de vida del paciente y estas llegan a ser cruciales para el cuidador (Mitchell, et al. 2003).

Estas consecuencias del cuidado son espacialmente visibles en el departamento de urgencias, ya que tanto para el paciente como para el CPI recibir un diagnóstico no esperado genera angustia, presentando niveles de estrés los primeros días y semanas después de la hospitalización, ya que los cuidadores toman el control de la enfermedad del paciente brindando cuidados personales, médicos, así como, la toma de decisiones, generando así una falta de confianza y preparación para el cuidado afectando el bienestar psicológico del cuidador ya que corre el riesgo de deteriorarse y a su vez el bienestar del paciente se ve afectado (Hendrix et al., 2016).

Es por ello que los cuidadores se enfrentan a un ambiente estresante y una angustia que puede comprometer su sistema inmunológico del cuidador o aumentar su riesgo de padecer enfermedades, así mismo, sus funciones también interfieren con las responsabilidades del trabajo creando un ambiente hostil y estrés social y emocional (Wittenberg-Lyles et al., 2012). Los factores de riesgo a los que se enfrenta el cuidador sobre todo del sexo femenino, son el bajo nivel educativo, el lugar donde viven con el cuidador, depresión, aislamiento social, el mayor número de horas dedicadas al cuidado así como todas las obligaciones que se tienen durante todo el día, sobre todo cuando se asocian con necesidades de atención alta. Incluyendo actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y apoyo médico, emocional, económico, y estos no tienen una preparación previa para el cuidado (Adelman, Tmanova, Delgado, Dion, & Lachs, 2014).

Por lo tanto, una de las preocupaciones que tiene el CPI, es que ante dicho cuidado se perciben con poca o nula preparación ante la enfermedad, sintiéndose temerosos, preocupados e inseguros acerca de su manejo (véase tabla 2; Haines,

Denehy, Skinner, Warrillow, & Berney, 2015; Ladera et al., 2008). Por el contrario, un cuidador que se siente bien preparado para satisfacer las necesidades físicas del paciente, también se siente bien preparado para satisfacer las necesidades emocionales del paciente. Mientras que los cuidadores más jóvenes pueden sentirse más preparados que los cuidadores mayores para cuidar a los pacientes, ya que obtienen una mayor preparación educativa o de su propia salud y tecnología (Petruzzo, et al., 2017).

Tabla 2. Consecuencias del cuidado en el CPI a nivel físico, psicológico y social.

Física	Psicológica	Social
- Decline de salud/ riesgo de padecer enfermedades	- Distrés	- Aislamiento
- Tensión muscular	- Depresión	- Pérdida de empleo
- Fatiga crónica	- Ansiedad	- Problemas económicos
- Alteración en el ciclo sueño-vigilia	- Enojo	- Abandono de actividades sociales
	- Frustración	- Conflictos familiares
	- Irritabilidad	
	- Miedo	
	- Insomnio	
	- Sobrecarga	
	- TEPT	
	- Dificultad para concentrarse	
	- Sentimiento de culpa	

Es por ello que hay un mayor riesgo de morbilidad de salud mental, como ansiedad, depresión y TEPT, interfiriendo en su estilo de vida, con limitaciones físicas, psicológicas y en sus relaciones sociales y laborales (Ladera et al., 2008).

Como se observa en la tabla 2, el CPI se ve afectado en aspectos físicos, psicológicos y socioeconómicos que interfieren en el manejo adecuado del cuidado del enfermo y en la misma evolución de la enfermedad, provocando un deterioro de la calidad de vida del cuidador (Andrade & Margarita, 2008). Así mismo, en un estudio de Castillo et al. (2008) reportaron que algunos de los factores que se identifican en los cuidadores primarios informales y que son importantes para una evaluación es la presencia de miedo, cólera, negación, aislamiento social, depresión y ansiedad. Estos autores realizaron un estudio donde participaron 100 cuidadores en el período entre junio y diciembre del 2006 en la Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición “Salvador Zubirán” donde encontraron que el CPI manifestaba mayor sintomatología depresiva cuando su paciente era paliativo en comparación con el CPI de pacientes con dolor crónico, manifestando irritabilidad, fatiga, tristeza, problemas de concentración, de sueño y dolores de cabeza, así mismo, se presentaban puntuaciones de ansiedad y se encontró que se reportaban síntomas como tensión nerviosa o estrés, problemas de concentración, nerviosismo o ansiedad con mayor prevalencia en depresión que en ansiedad.

Es decir, ante las características que brinda el cuidador la literatura ha reportado la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva ante un cuidado afectando la salud de los CPI (véase Tabla 3).

Tabla 3. Estudios sobre ansiedad y depresión en el CPI

Autores / País	Muestra	Resultados
Vázquez, García, Gómez, Tinoco, & Ponce, 2015/ México	200 CPI del Instituto Nacional de Cancerología	<p>Mayoría de cuidadores fueron mujeres</p> <p>39% poco apoyo social</p> <p>* < escolaridad y apoyo social > niveles de ansiedad y depresión</p> <p>Puntuación medias HADS Ansiedad de 7,38 y HADS Depresión 5,85</p> <p>48% presentan una enfermedad (hipertensión arterial, diabetes y obesidad)</p>
Gough & Hudson, 2009/Australia	106 cuidadores de cuidados paliativos	<p>Puntuaciones medias de HADS Ansiedad 8.45 y HADS Depresión 5.88</p> <p>Ansiedad 32% depresión 12%</p>
Mahoney, Regan, Katona, & Livingston, 2005/ London	153 pacientes y CPI	<p>Puntación promedio HADS A 7,4 y HADS D 5.</p> <p>23.5% ansiosos y 10.5% deprimidos.</p> <p>En mujeres 86.1% presentaban ansiedad y 68% depresión.</p>

De igual modo Van Beusekom, Bakhshi-Raiez, de Keizer, Dongelmans, & van der Schaaf (2016) reportaron una revisión sistemática acerca de la sobrecarga y factores emocionales en CPI de pacientes sobrevivientes de la Unidad de

Cuidados Intensivos (UCI), en dicho estudio, se reportó que los CPI presentaron depresión en un rango del 4.7 al 36%; ansiedad, del 15 al 62% y estrés post traumático en un rango del 35 al 57%.

Se ha reportado que uno de los factores protectores para evitar una comorbilidad psicológica en el CPI es el apoyo social percibido, que puede definirse como la percepción subjetiva de apoyo con que cuenta el CPI, y el cual puede ser catalogado como emocional, instrumental e informacional, de igual manera, se considera importante la confianza e intimidad por parte de sus redes de apoyo, que pueden ser familiares y toda aquella persona cercanas, por ejemplo amigos (Martínez, Sánchez, Aguilar, Rodríguez, & Riveros, 2014).

Se han identificado tres aspectos principales en el apoyo social, a saber: apoyo emocional, que se relacionan con el cuidado, confort, afectividad, interés, confianza e intimidad que percibe el paciente; apoyo informativo, que incluye el recibir orientación y consejos; y finalmente, apoyo instrumental, que es toda ayuda directa ofrecida en el cuidado del CPI o paciente o recursos materiales. El tipo de apoyo, tiene una relación con aspectos del proceso de la salud/enfermedad y la manera de enfrentar el progreso de la enfermedad, así como, la recuperación de la misma, así mismo, el CPI puede diferenciar el apoyo recibido del percibido (Almagiá, 2014; Andrés, Remesal, & Torrico, 2009).

En un estudio realizado por Karahan et al. (2014), se menciona que el CPI al tener un paciente con un diagnóstico de accidente cerebrovascular experimenta diversos problemas físicos, psicológicos, sociales, económicos y espirituales así como problemas familiares. Se reclutaron 90 pacientes de los cuales sólo 83 de los participantes cumplieron los criterios del estudio, siendo el 41% mujeres y el 59% hombres. Observándose un aumento en los niveles de ansiedad y depresión, reportándose de un 23 a un 29% de depresión obteniendo una relación mayor con el sexo femenino con mayor prevalencia las cuestiones económicas, así mismo, se encontró una relación que fue estadísticamente significativa en

hombres y mujeres con respecto al apoyo social percibido, lo cual significa que el apoyo social percibido se relacionaba con la mejoría de la rehabilitación de los pacientes.

Otro aporte realizado por Haines et al. (2015) tenía por objetivo evaluar la prevalencia de los factores de riesgo, como la depresión, ansiedad, estrés, trastorno por estrés postraumático y sobrecarga en el cuidador primario informal de pacientes en una UCI. Se realizó una búsqueda sistemática y meta-análisis en bases de datos como: PsychInfo, PubMed/Mediline, Cochran Library, Published International Literature of Traumatic Stress, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature. Donde se encontró que los síntomas depresivos en los cuidadores fueron los resultados psicológicos con mayor prevalencia del 75.5% en 370 CPI en uno de los estudios de la revisión, de igual forma identificaron una falta de apoyo para los cuidadores después del alta del paciente, y en los cuidadores se observó que sufrían de tensión emocional cuando se trataba de equilibrar el cuidado del paciente con otras actividades como las laborales o referentes al cuidado de niños, lo cual resultó una tensión en la relación con el paciente y una lejanía con ellos. Por otra parte, el período de riesgo en el CPI de morbilidad psicológica fue durante el ingreso de los pacientes a UCI, que en la mayoría de veces es un tiempo de estrés para el CPI, sin embargo, dichos síntomas disminuían cuando el paciente era dado de alta o era cambiado de área.

Jeong & An (2017) realizaron un estudio que tuvo como objetivo evaluar la relación entre el apoyo social y el desarrollo de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer gástrico, estudiaron a 52 díadas de pacientes con cuidadores y encontraron que la percepción de apoyo social es un predictor de depresión y ansiedad en los pacientes y en los CPI que participaron en el estudio. De igual forma, se describió que los ingresos de los pacientes, interactuaban con el apoyo social como predictores de depresión y ansiedad; y en el caso de los CPI, sus ingresos interactuaron con el apoyo social como variables predictoras de ansiedad.

Como se puede ver, en la actualidad predominan las investigaciones y estudios en la UCI, que se caracteriza por su atención al paciente que se encuentra fisiológicamente inestables, que requieren soporte vital avanzado y una evaluación clínica estrecha, con ajustes continuos de terapia, varias de las condiciones anteriores, se comparten con el servicio de urgencias médicas, en donde también se atienden pacientes críticos, sin embargo, al ser un servicio de primer contacto y alta demanda, el personal de urgencias, se enfrenta con un servicio que presenta mayor saturación, menor personal y equipo especializado para manejar situaciones complejas en el cuidado del paciente, por lo cual, la información obtenida en UCI no es completamente generalizable a las condiciones de urgencias médicas, por lo cual, se vuelve relevante identificar evidencia en el área que permita caracterizar el problema en urgencias (Lara et al., 2016).

Por tal razón, con la finalidad de identificar cómo el apoyo social se relaciona con ansiedad y depresión en el CPI del paciente de urgencias, se realizó una búsqueda en bases de datos internacionales como: PsychInfo, PubMed, Cochrane Review, Scielo, Redalyc, en donde se combinaron términos MeSH y “text word” (emergencies, Anxiety AND depression, disorder, social support, caregiver). Sin embargo, no se encontraron estudios que evaluaran la relación entre las variables descritas en el departamento de Urgencias Médicas. Lo anterior se vuelve relevante, debido a que como se ha mostrado en la literatura, existen amplias posibilidades de que la falta de apoyo social esté asociado con el desarrollo de estos problemas en población en condición crítica como lo sería urgencias, por tal motivo, podrían influir en el cuidado del paciente, y en el desarrollo de problemas físicos, psicológicos, económicos, sociales en el CPI. Cabe mencionar, que las investigaciones internacionales son escasas en el área de Urgencias, de igual forma, las investigaciones en México sobre la materia son igualmente escasas, desconociendo así los niveles de ansiedad, depresión y apoyo social percibido de los cuidadores primarios informales.

Método

Pregunta de investigación

¿Existe una correlación entre la ansiedad, depresión y el apoyo social percibido en los cuidadores primarios informales de urgencias médicas?

Objetivo

Identificar la relación entre el apoyo social percibido, ansiedad y depresión de los cuidadores primarios informales de pacientes que se encuentren en las diversas áreas de urgencias médicas del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Objetivos específicos:

- Identificar la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva de los cuidadores primarios informales de pacientes hospitalizados en el área de urgencias del Hospital General Dr. Manuel Gea González.
- Identificar la presencia de apoyo social percibido en los cuidadores primarios informales de pacientes hospitalizados en el área de urgencias del Hospital General Dr. Manuel Gea González.
- Identificar la relación de sintomatología ansiosa, depresiva y Apoyo Social de los cuidadores primarios informales de pacientes hospitalizados en el área de urgencias del Hospital General Dr. Manuel Gea González.
- Identificar relación que existe entre la presencia de criterios diagnósticos para Episodio Depresivo Mayor (EDM) y Apoyo Social de los cuidadores primarios informales de pacientes hospitalizados en el área de urgencias del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Objetivo secundario

- Descripción de las características de los CPI de urgencias del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Medición

Variables:

1. Apoyo social

1. 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).

Definición operacional

El cuestionario MOS de apoyo social, que fue validado en población mexicana, mostrando propiedades psicométricas aceptables, se utilizó para evaluar dos factores como lo son el apoyo emocional/informacional y tangible. Por lo cual obtuvo una percepción del apoyo social tangible ($\alpha = .97$) y apoyo emocional / instrumental ($\alpha = .89$) (Martínez et al., 2014).

2. Sintomatología ansiosa

a) Definición conceptual

La sintomatología ansiosa es una reacción emocional, que surge ante situaciones estresantes externas, de alarma, ambigua y llegan a ser percibidas con pocas posibilidades de solucionar, estado afectivo de temor, inseguridad, tensión o alerta (Moreno Núñez et al., 2004)

b) Definición operacional

Se evaluó Sintomatología ansiosa con la Escala Hospitalaria De Ansiedad y Depresión (HADS) con los reactivos 1, 3, 5, 7, 9, 11 y 13 en su versión validada en la población mexicana, con punto de corte 8 (Vázquez, García, Gómez, Tinoco, & Ponce, 2015).

3. Sintomatología depresiva

a) Definición conceptual

Síntomas psicológicos de la depresión, estado de ánimo caracterizado por una sensación de tristeza intensa. Caracterizándose por la pérdida de interés por actividades, fatiga, problemas de concentración, sentimiento de culpa, desesperanza, aumento o pérdida de apetito, peso y deseo sexual, pensamientos negativos sobre sí mismo. (Piqueras Rodríguez et al., 2008)

b) Definición operacional

Se evaluó Sintomatología depresiva con la Escala Hospitalaria De Ansiedad y Depresión (HADS) con los reactivos 2, 4, 6, 8, 10, 12 y 14 en su versión validada en la población mexicana, con punto de corte 7 (Vázquez, García, Gómez, Tinoco, & Ponce, 2015).

4. Depresión

a) Definición conceptual.

La depresión es un trastorno que se caracterizan por tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, sueño o apetito perturbado, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS, 2017).

b) Definición operacional

La entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI permite evaluar la presencia de depresión en su Módulo A, que explora criterios del DSM-IV para la presencia de Episodio Depresivo Mayor (EDM), Episodio Depresivo Recidivante, en su

entrevista estructurada por lo que fue validada en su versión en español (Fernando, Bobes y Gilbert, 2000).

5. Ansiedad

a) Definición conceptual

La Ansiedad es una enfermedad mental que se caracteriza por sentimientos de ansiedad y miedo, incluyendo trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno de pánico, fobias, trastorno de ansiedad social, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y trastorno de estrés postraumático (TEPT) (OMS, 2017).

b) Definición operacional

La entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI permite evaluar la presencia de ansiedad en su Módulo O, que explora criterios del DSM-IV para la presencia del Trastorno de ansiedad Generalizada (TAG), a través de su entrevista estructurada por lo que fue validada en su versión en español (Fernando, Bobes y Gilbert, 2000).

Diseño de investigación: Debido al objetivo de esta investigación, se decidió recurrir a un estudio no experimental, transversal y correlacional. Es un estudio no experimental ya que no se realizó manipulación de variables y sólo se evaluó en su contexto natural. Transversal porque se hicieron mediciones en un sólo momento, así mismo, es correlacional porque se desea relacionar entre las variables a evaluar; apoyo social, ansiedad y depresión (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010).

Participantes:

Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico accidental. En total fueron evaluados 3661 CPI de pacientes hospitalizados en urgencias, en el periodo de febrero – octubre 2017, 3530 CPI fueron eliminados por no cumplir los criterios de inclusión (véase la descripción abajo) obteniendo así 114 evaluaciones, se eliminaron 14, debido a que los cuestionarios e instrumentos estaban incompletos (Véase Figura 1). En total, se incluyeron 100 CPI de pacientes admitidos en el servicio de Urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, de las áreas de hospitalización Metabólicas I y II, Choque y Sillas. Las principales características sociodemográficas de los CPI son: edad media de 43.59 años (D.E.= 13.19); 71% de los participantes fueron mujeres y 29% hombres. El 49% de los participantes reportó estar casado, 20% soltero, 16% en unión libre, 7% divorciado y el 4% viudos.

Criterios de inclusión

- Cuidadores Primarios de pacientes hospitalizados en el área de urgencias.
- Cuidadores Primarios que deseen participar voluntariamente
- Cuidadores hombre o mujeres mayores de 18 años

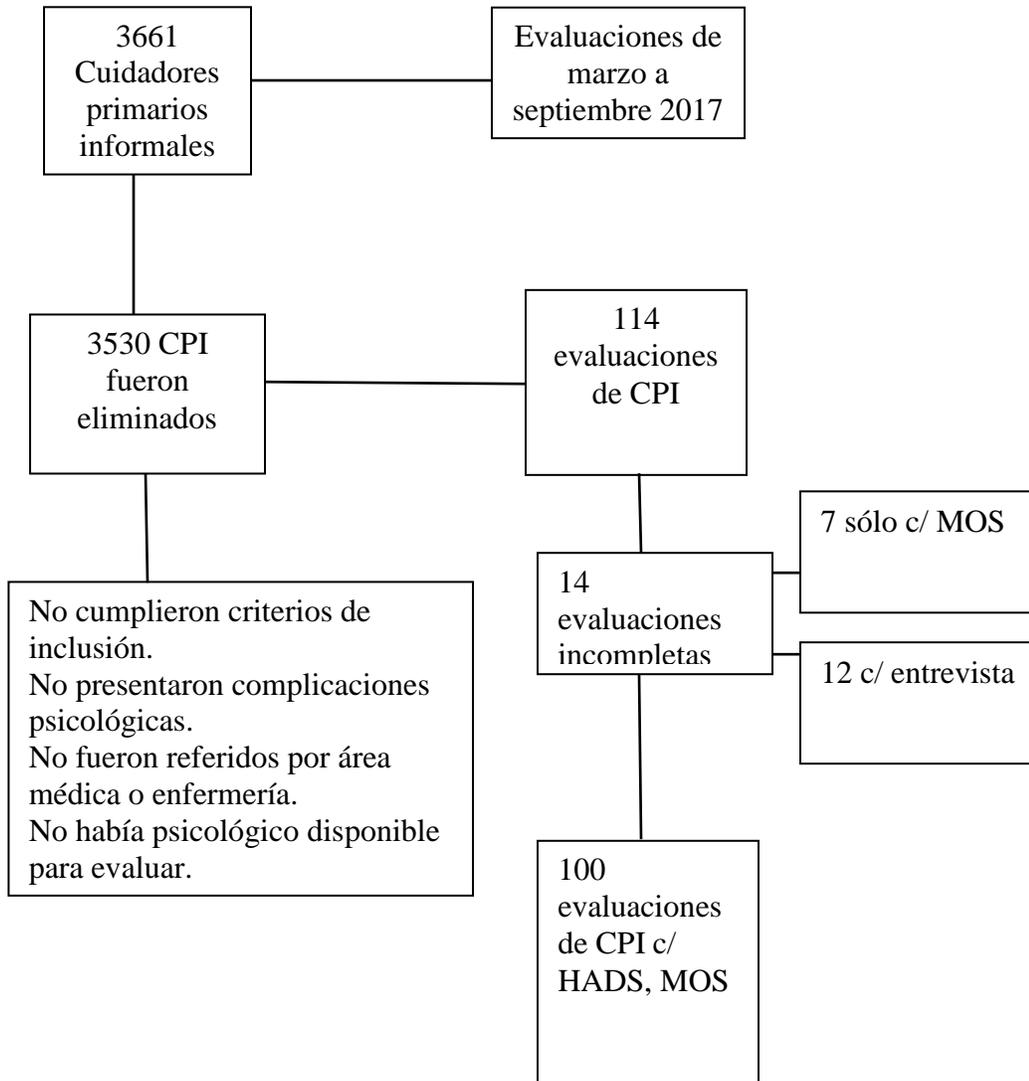
Criterios de exclusión

- Cuidadores que se nieguen al uso del servicio.
- Cuidadores que reciben servicio de otra área (Psiquiatría /Paliativos)
- Cuidadores que viven en un albergue. (Sólo del análisis estadístico)

Criterios de eliminación:

Cuestionarios e instrumentos incompletos (80% HADS, MOS).

Figura 1. Proceso de selección de participantes.



Escenario

Las evaluaciones se realizaron en el área de Urgencias en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” en los consultorios de psicología de urgencias o el área de informes médicos.

Procedimiento:

El equipo del Servicio de Psicología de Urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” conformado por 11 tesisistas y 3 alumnos de la Residencia de la Maestría en Medicina Conductual UNAM, bajo la supervisión del Coordinador del Departamento de Psicología de la Salud y Medicina Conductual realizaron las evaluaciones siguiendo algunos pasos: como la anotación de diagnósticos de pacientes hospitalizados en urgencias en las áreas metabólicas I y II, sillas y Choque, así mismo, preguntando al personal médico y enfermería los diagnósticos y/o pronósticos negativos de los pacientes para identificar prioridades de atención tanto para los pacientes hospitalizados y sus CPI, y así brindarles la atención en el orden siguiente:

- ✓ CPI de pacientes referidos por el personal médico.
- ✓ CPI de pacientes con diagnóstico y/o pronóstico negativo.
- ✓ CPI referidos por los mismos pacientes.

Así mismo, fueron llamados con el apoyo del cuerpo de seguridad en la sala de espera a través de los altavoces. Dicha atención fue brindada al CPI por el equipo de psicología en un horario de 8:00 a 13:00 horas de lunes a viernes, donde se les canalizó a los cubículos de psicología de urgencias o el área de informes médicos para aplicarles evaluación psicológica y entrevista para conocer sus datos sociodemográficos. Los instrumentos que se llevaron a cabo corresponden al protocolo de investigación (Entrevista semiestructurada, Cuestionario MOS de Apoyo Social, Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional 5.0.0 MINI Módulos A y O y Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria HADS y Escala de la carga de cuidadores de pacientes ZARIT) que se encuentra en revisión por el comité de ética del Hospital con número de registro CEI/225/17. De los cuales para esta investigación sólo se toman en cuenta la Entrevista semiestructurada, MOS y HADS. Se les comunicó a los CPI de manera verbal la confidencialidad de los

datos proporcionados. De igual forma, en casos específicos se les proporcionó contención emocional a los CPI que presentaron necesidades en ese momento, si requerían una atención prolongada fueron canalizados a consulta externa, donde se les ofreció atención psicológica por parte de los residentes de Maestría en Psicología, Residencia en Medicina Conductual. Finalmente, se hizo captura y análisis de datos.

Instrumentos:

Los datos sociodemográficos fueron recuperados por medio de un cuestionario creado de manera “ex profesa” en donde se preguntaban datos sociodemográficos de los CPI, aspectos de los cuidados al paciente hospitalario, la percepción del diagnóstico y pronóstico, así como condiciones médicas del cuidador.

1.- Apoyo Social Percibido (MOS)

EL ESTUDIO DE MEDICAL OUTCOME STUDY (MOS, por sus siglas en inglés) el cual tuvo como objetivo evaluar el apoyo social percibido funcional con pacientes crónicos (Sherbourne & Stewart, 1991). Este cuestionario se validó en población mexicana con VIH+ está constituido por 16 reactivos, de los cuales se divide en apoyo emocional / instrumentan evaluados por 12 reactivos y apoyo tangible evaluado con 4 reactivos. 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, y posee una buena confiabilidad con un valor de alfa de Cronbach de .97 (Martínez et al., 2014).

2.- Escala Hospitalaria De Ansiedad Y Depresión (HADS, por sus siglas en inglés): Fue creada por Zigmond & Snaith (1983), tiene como propósito evaluar la ansiedad y los síntomas de depresión en una población médica general. Está constituida por 14 reactivos con dos sub escalas entremezcladas, 7 reactivos

miden aspectos cognitivos y emocionales de la depresión, principalmente anhedonia; y 7 de ansiedad. Se excluyen elementos somáticos relacionados con trastornos emocionales y físicos (Smarr & Kefer, 2011). Es una escala tipo Likert de 4 puntos que va de 0 a 3; el rango de puntuación es de 0 a 21 para cada subescala; En un estudio realizado en el año 2002 con población mexicana, se determinó que el mejor punto de corte es de 8 puntos para ansiedad y 7 para depresión y que la escala cuenta con un coeficiente α de Cronbach que va de 0.84 a 0.86; con una consistencia interna global ($\alpha=0,83$), para la subescala de ansiedad se obtuvo un $\alpha=0,82$ y subescala de depresión de $\alpha=0,78$ (López-Alvarenga et al., 2002; Galindo Vázquez et al., 2015).

3.- MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview)

Es una entrevista de diagnóstico estructurada fue desarrollada para criterios del DSM-IV y CIE-10 trastornos psiquiátricos (Sheehan et al., 1998).

Está diseñada para uso en atención primaria y ensayos clínicos, cuenta con una fiabilidad en el interrater acuerdo y test-retest de $\geq 0,75$ para todos los diagnósticos, excepto para el episodio maníaco actual (0,35). (Amorim, 2000). MINI L está dividida en módulos que son identificados por letras, cada uno de ellos correspondientes a una categoría diagnóstica de la letra A hasta la P con respuestas dicotómicas es decir, un sí o no. Para los objetivos de este estudio sólo se retomarán 2 módulos; Episodio depresivo mayor (A), Trastorno de ansiedad generalizada TAG (O). (Bobes, Paz, Bascarán, Sáiz, Bousoño, 2002). De igual forma MINI demuestra tener propiedades psicométricas aceptables.

Análisis de resultados:

Se realizó un análisis descriptivo de datos sociodemográfico de los CPI para conocer las principales características que presentaban. Se emplearon medidas de tendencia central y de dispersión para identificar el comportamiento de las diferentes variables. Así mismo, se realizó un análisis descriptivo de los reactivos del HADS y Cuestionario MOS de Apoyo Social. Dado el nivel de medición de las variables (consideradas ordinales), su distribución y el tipo de pregunta de investigación, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, entre las variables apoyo social, sintomatología ansiosa y depresiva. Se consideró estadísticamente significativo el dato si $p \leq .05$. Se realizó estandarización con puntuaciones Z para obtener los puntos de corte para el Cuestionario de Apoyo Social MOS (bajo, moderado y alto) con cuartiles y analisis factorial con rotación varimax, así mismo, se utilizó la X2 para comparar la fuerza de niveles para las variables y razón de momios para obtener los niveles de riesgo entre la presencia de criterios para EDM y apoyo social.

Resultados

Se realizó un análisis descriptivo para identificar las características que poseen los CPI, encontramos que de los 100 participantes la media de edad fue de 43.59 años, (desviación estándar [DE]= 13.19); 71% fueron mujeres y 29% hombres. El 49% de los participantes reportó estar casado, 20% soltero, 16% en unión libre, 7% divorciado y el 4% viudos. Así mismo, la religión que predominó fue en un 63% católico. Así mismo, reportaron las siguientes ocupaciones: en un 30% ocupaciones del hogar, 17% empleado, 8% desempleado, 8% comerciante; 5% fueron profesionistas, 4% contaban con negocio propio. Finalmente la escolaridad de los participantes 1% no cuentan con estudios, el 51% cuenta con educación básica, 24% media superior, 13% nivel superior y 1% Posgrado (Véase tabla 4).

Tabla 4. Características sociodemográficas de los participantes.

Variable	Media
	Desviación estándar
Edad	43.59 (DE=13.19) N=100 (%)
Sexo	
Hombre	29 (29%)
Mujer	71 (71%)
Estado Civil	
Casado	49 (49.0%)
Soltero	20 (20.0%)
Unión libre	16 (16.0%)
Divorciado	7 (7.0%)
Viudo	4 (4.0%)
Sin reportar	4 (4.0%)
Religión	
Católico	63 (63.0%)
Cristiano	5 (5.0%)
Testigos de Jehová	1 (1.0%)
Mormón	1 (1.0%)
Creyente	6 (6.0%)
Otros	8 (8.0%)
Sin reportar	16 (16.0%)
Ocupación	
Desempleado	8 (8.0%)
Ama de casa	30 (30.0%)
Empleado	17 (17.0%)
Comerciante	8 (8.0%)
Oficio	3 (3.0%)
Profesionista	5 (5.0%)
Negocio propio	4 (4.0%)
Otro	21 (21.0%)
Sin reportar	4 (4.0%)
Escolaridad	
Sin estudios	1 (1.0%)
Primaria	22 (22.0%)
Secundaria	29 (29.0%)
Preparatoria	17 (17.0%)
Carrera técnica	7 (7.0%)
Licenciatura	13 (13.0%)
Maestría	1 (1.0%)
Sin reportar	11 (10.0%)

Nota: M= Media; DE= Desviación estándar

El 86% de los cuidadores habitan en el mismo domicilio con el paciente, de los cuales el 71% se encarga de dicho cuidado y un 15% cuida a una persona adicional al paciente hospitalizado. Durante la hospitalización en un 77% los CPI tenían conocimiento del diagnóstico de su paciente y un 54% refería comprenderlo, mientras que un 49% no sabe del pronóstico de su paciente.

Así mismo, un 44% de los CPI reportaron alguna enfermedad y un 28% consumían alguna sustancia adictiva como alcohol o tabaco.

Al realizarse el análisis descriptivo de los datos se identificó la presencia y ausencia de sintomatología ansiosa y depresiva que reportaron los CPI. Se puede observar de acuerdo con la Escala HADS el 58% de los participantes presentan sintomatología ansiosa y el 47% sintomatología depresiva (Véase figura 3).

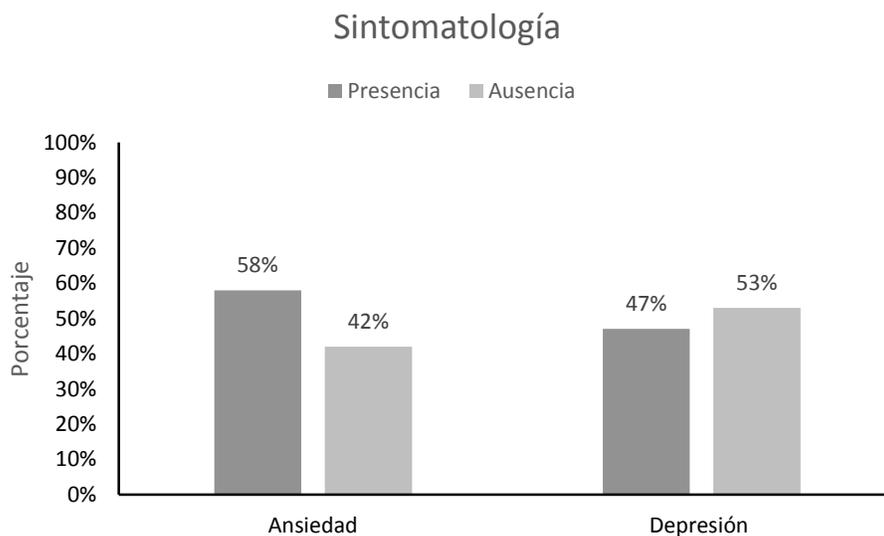


Figura 3. Sintomatología ansiosa y depresiva de acuerdo con la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS).

De igual forma, para la Entrevista MINI se obtuvo que el 19.8% cumplen con los criterios diagnósticos de Episodio Depresivo Mayor y un 21.8% para Trastorno de Ansiedad Generalizada.

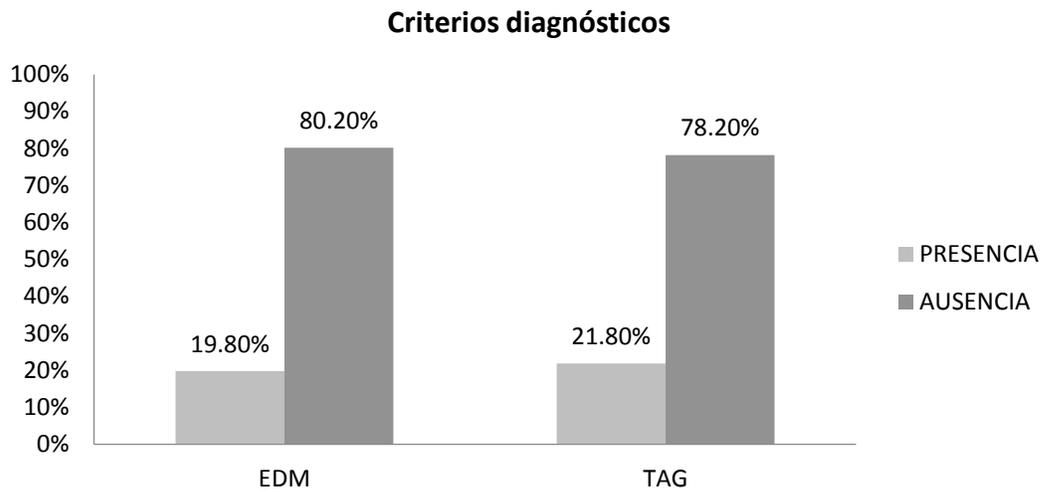


Figura 4. CPI que cumplen con los criterios diagnósticos para Episodio Depresivo Mayor y Trastorno de Ansiedad Generalizada.

De acuerdo, al Cuestionario de Apoyo Social los CPI reportaron que el 45% perciben un apoyo social alto, un 27% apoyo social moderado y un 28% bajo.

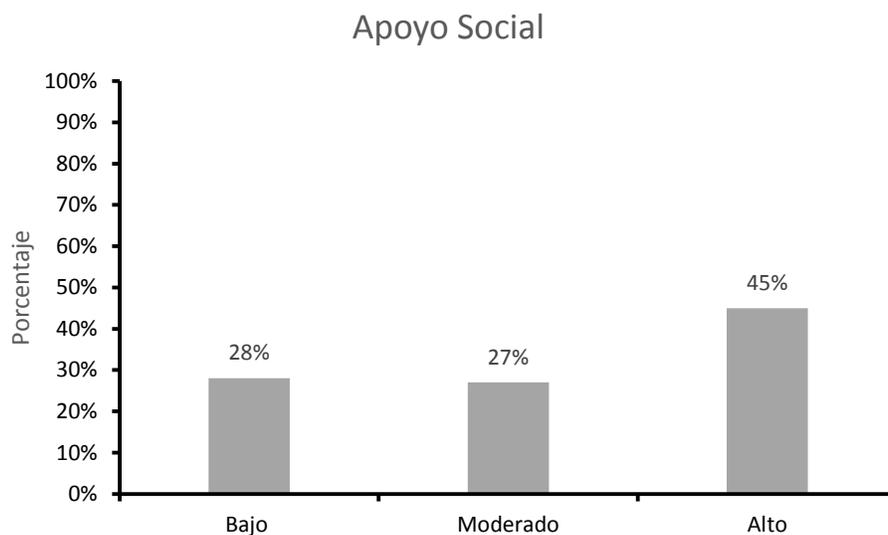


Figura 5. Apoyo Social de acuerdo al Cuestionario de Apoyo Social.

Por consiguiente el apoyo que refieren los participantes de acuerdo a sus redes de apoyo que mencionaron en la entrevista semiestructurada ante las preguntas de quiénes los apoyaban y de qué forma, el 20.3% refieren tener apoyo económico/Instrumental, 17.6% Instrumental /Emocional, 14% Instrumental, 8.3% Económico, 4.6% Emocional y el 34.9% no reportó algún tipo de apoyo durante la hospitalización de su paciente.

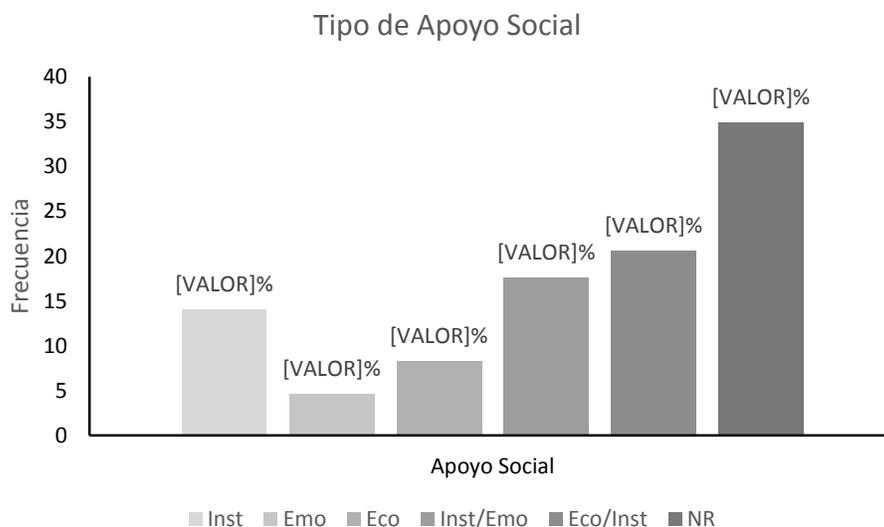


Figura 6. Tipos de Apoyo Social percibido de acuerdo con la entrevista. Representando Apoyo Instrumental (Inst), Emocional (Emo), Económico (Eco), Instrumental/Emocional (Inst/Emo), Económico / Instrumental (Eco/Inst), No reporto (NR).

Se realizó un análisis de frecuencias de los reactivos del HADS y se encontró que se tiene una mayor respuesta fueron los reactivos que corresponden a ansiedad; como el sentirse tensos o nervioso y tener la cabeza llena de preocupaciones (Todo el día), sentir una especie de temor (muy intenso). Mientras que para los reactivos de sintomatología depresiva No disfrutaban las mismas cosas, y ya no ser capaz de reírse y ver el lado bueno de las cosas y no disfrutaban de un programa de TV, radio o un libro.

Así mismo, se realizó un análisis de frecuencias de los reactivos del Cuestionario MOS Apoyo Social que se divide en apoyo tangible de los cuales los reactivos que tuvieron una mayor respuesta (Siempre) en recibir este apoyo fueron *de ayuda cuando enferma y no puede moverse, que la(o) lleven al médico cuando lo requiera*. Al igual que el Apoyo Informativo/Emocional tuvo una mayor respuesta (Siempre) fue *Alguna persona con quien pasar un buen rato, que le abracen, y con quien divertirse*.

Se llevaron a cabo correlaciones de Spearman para explorar la posible asociación entre apoyo Social y HADS ansiedad. Los resultados revelaron una correlación negativa baja y estadísticamente significativa entre puntaje de apoyo social y ansiedad HADS, ($r_s = -0.267, p < 0.05$). Mientras que para apoyo social y HADS depresión la correlación fue negativa, baja y estadísticamente significativa ($r_s = -0.244, p < 0.01$).

Tabla 5. Coeficiente de correlación de Spearman entre el Cuestionario MOS de apoyo social y Escala de Ansiedad y depresión Hospitalaria HADS

	Sintomatología depresiva	Sintomatología ansiosa
Puntaje Apoyo Social (MOS)	-.267**	-.244*
**P= .007	*P=.014	.007
		.014

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Se realizó Chi Cuadrada de Pearson 2 x 2 (χ^2) para la entrevista MINI Episodio Depresivo Mayor (EDM) y Apoyo Social al obtener resultados dicotómicos, y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por lo que en los CPI no existen diferencias entre los que perciben apoyo social y los que cumplen con criterios de EDM ($\chi^2 = 2.414$, $gl = 1$, $p = .120$). También se puede ver en la figura 6 que las cuatro personas que no contaban con el punto de corte en apoyo social cursaban con episodio depresivo mayor.

		Episodio Depresivo Mayor		
		Sí	No	Total
Apoyo Social	Sí	16	69	85
	No	4	6	10
	Total	20	75	95

Tabla 6. CPI que cumplen con criterios diagnósticos de Episodio Depresivo Mayor de acuerdo con la presencia y ausencia de Apoyo Social.

$$RM = \frac{16 \times 6}{69 \times 4} = .347$$

Así mismo, se obtuvo la razón de momios con el objetivo de encontrar el riesgo relativo entre las variables de apoyo social y presencia de criterios diagnósticos para episodio depresivo mayor (EDM). Encontrando como resultado que los pacientes que no cuentan con apoyo social tenderían a presentar criterios diagnósticos para EDM (OR.347; 95% [IC: 0.087 - 1.378]; P=0.21).

Se realizó Chi Cuadrada de Pearson 2 x 2 (χ^2) para la entrevista MINI para Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y Apoyo Social al obtener resultados dicotómicos, y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por lo que le CPI no existe diferencias en los que perciben apoyo social y los que cumplen con criterios de TAG ($\chi^2 = 1.719$, $gl = 1$, $p = .190$) También se puede ver en la figura 7 que de aquellas personas que no contaban con el punto de corte en apoyo social 4 presentaban Trastorno de Ansiedad Generalizada.

		Trastorno de Ansiedad Generalizada		
		Sí	No	Total
Apoyo Social	Sí	18	66	84
	No	4	6	10
	Total	22	72	94

Tabla 7. CPI que cumplen con criterios diagnósticos para Trastorno de Ansiedad Generalizada de acuerdo con la presencia y ausencia de Apoyo Social.

Discusión

El objetivo de esta investigación fue identificar la relación que existe entre la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva con el apoyo social de los cuidadores primarios informales, así mismo, la relación que existe entre cuidadores que presentaron criterios diagnósticos para Episodio Depresivo Mayor (EDM), Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y apoyo social. De igual forma, como objetivos específicos se tuvo el identificar las características que poseen los CPI de pacientes hospitalizados en el área de urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

Los hallazgos en este estudio indican que el 45% de los CPI perciben un apoyo social, correspondiendo dicha información con lo reportado en la literatura nacional, en donde hasta un 54% de los CPI reportaron un adecuado apoyo social (Salas et al., 2006), pero difiere con el estudio internacional, en donde hasta un 77% de los CPI, percibieron un buen apoyo social (Palomino, González Pedraza Avilés, & Loyola, 2008) Por lo que se puede decir, que los CPI de urgencias de esta investigación perciben contar con redes de apoyo que les fueron funcionales para realizar el cuidado y este pudo fungir como un mediador entre la enfermedad y el cuidado, sin embargo, se necesitan más investigaciones en el área. Además, la literatura propone que tal vez el estrés del CPI puede verse disminuido, gracias al apoyo social percibido que tiene al realizar el cuidado de su paciente durante la estancia hospitalaria, y esto podría llegar a fungir como una variable protectora para enfrentar mejor la situación estresante desencadenada por un desfavorable diagnóstico y pronóstico (Linde, Velasco & Velasco, 2014; Serrani, 2014).

Los CPI reportaron contar con apoyo informacional/ emocional y tangible de acuerdo al análisis de frecuencias, los cuales permiten llevar a cabo el cuidado de su paciente y disminuir posibles dificultades en aspectos económicos, sociales y físicos (Martínez et al., 2014; Salas et al., 2006; Aoun et al., 2013). Se ha reportado que la falta de apoyo en los CPI puede llegar a provocar tensión

emocional al tratar de equilibrar el cuidado de tu paciente con otras actividades de su vida diaria (Haines, 2015). A su vez, el apoyo social podría proporcionar al individuo estabilidad, protección, prevención, promoción, control; además de un ambiente saludable, el cual puede llegar a influir en el bienestar del CPI, tratando de disminuir las consecuencias ante situaciones críticas o respuestas no favorecedoras del organismo (Beltrán, 2012).

Con referencia a los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva se encontró que la presencia de sintomatología ansiosa fue mayor (58%) que la sintomatología depresiva (47%) lo que muestra una discrepancia con respecto a los hallazgos en la literatura internacional depresión (90%) y ansiedad (80%), esto puede ser explicado de acuerdo a la revisión sistemática que se realizó donde los CPI presentaban mayor sintomatología depresiva que ansiosa no obstante son puntajes obtenidos en el área de Unidad de Cuidados Intensivos donde las características de la población pueden diferir con las encontradas en Urgencias (Van Beusekom, et al., 2016). De igual manera, la evidencia menciona que el 46% y el 59% de los CPI presentan depresión, ello por la consecuencia estresante que le genera el deterioro de su paciente ante el cuidado que realizan, llegándole a causar además desgastes a nivel físico, psicológico y social (Castillo et al., 2008).

Respecto al análisis de frecuencias de los componentes de la Escala HADS en este estudio, se observó en los CPI presencia de preocupaciones, temor, tensión y anhedonia. De acuerdo a la literatura internacional, se puede decir que, las sintomatologías, tanto ansiosa como depresiva, ante el cuidado del paciente, llegan a presentarse ante el ambiente estresante que están inmersos, lo que puede provocar angustia, afecciones a nivel social, psicológico y físico, sin embargo, no todos los CPI van a presentar esta sintomatología, ya que también pueden desarrollar distintos problemas como: mayor prevalencia tristeza, fatiga, problemas para concentrarse y para poder dormir, así mismo, estrés, nerviosismo. (Castillo et al., 2008; Haines et al., 2015; Wittenberg-Lyles et al., 2012).

En cuanto a los criterios diagnósticos de Episodio Depresivo Mayor (EDM), los criterios diagnósticos para Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y Apoyo social; se compararon a través de la prueba χ^2 y se encontró que 69 CPI perciben apoyo social y no cumplen con criterios diagnósticos para EDM, mientras que 16 CPI cumplen con criterios diagnósticos. Así mismo, para TAG, 66 CPI no cumplieron criterios diagnóstico y 18 sí cumplieron con criterios diagnósticos. Lo anterior difiere de la literatura nacional donde se menciona que los síntomas que mayormente prevalecen en esta población son aspectos depresivos, ya que en el cuidado se realiza un desgaste físico y emocional; además, el tipo de población (pacientes en su mayoría graves) y el tiempo de cuidado requerido, podrían tener un impacto en el estado de ánimo de los CPI e inclusive en el diagnóstico o pronóstico del paciente (Castillo et al., 2008). Datos similares con el estudio de Jeong & An (2017) donde reporta que los cuidadores que percibían menor apoyo social referían sentirse deprimidos y ansioso, factores que identificaron con mayor prevalencia fue aspectos económicos, por lo que el autor menciona que apoyo social puede amortiguar la carga psicológica por la falta de recursos monetarios en el proceso de tratamiento, así como otros factores que podrían tener un impacto en cómo el CPI lleva a cabo el cuidado del paciente y las redes de apoyo con las que cuenta.

En cuanto a las características sociodemográficas que presentan los CPI, se encontró que en su mayoría fueron de sexo femenino (71%), con una edad promedio de 47 años de edad y un estado civil casado(49%), dedicadas al hogar (30%), habitando en el mismo domicilio con el paciente (86%), y con una escolaridad básica (51%). Esto es explicado de acuerdo a la literatura nacional e internacional, donde se visualiza que las mujeres en su mayoría se encargan del cuidado del paciente, así como, de las actividades del hogar y trabajo, siendo la esposa, hija o nuera, las personas encargadas del cuidado, con poca o nula capacitación de cómo hacerlo y sin descanso establecido desde que iniciaron el cuidado del paciente (Flores, Rivas & Seguel, 2012; Valadez-Roque, Martín del

Campo-Arias, & Hernández-Arenas, 2017; Petruzzo et al., 2017). Lo anterior representa un dato importante, ya que las mujeres son las que prioritariamente fungen el rol de cuidador, esto podría ser explicado por la cultura mexicana, en donde los estilos de crianza enseñan a las mujeres a asumir dichos roles a costa de sus propias actividades, convirtiendo estos eventos en una obligación, sin embargo, se necesitan más estudios en esta área para identificar el efecto que esta situación podría acarrear a las cuidadoras (Montero, Jurado, Valencia, Méndez & Mora, 2014).

De la misma forma, la correlación que se encontró entre sintomatología ansiosa, depresiva y apoyo social fue negativa débil y estadísticamente significativa, dicho de otra manera, a mayor niveles de ansiedad y depresión menos percepción de apoyo social. Que corresponde a datos similares a la literatura internacional donde encontraron el mismo hallazgo, dicho en otras palabras, se podría mencionar que al percibir un apoyo social subjetivo disminuye la carga y la presencia de sintomatología depresiva por la misma red de apoyo que contaban, ya que, al percibirla los Cuidadores enfrentan dicha actividad de forma distinta, acompañados (Wang, Zhong, Ji, & Chen, 2016). En la literatura internacional se ha descrito que el apoyo social puede ser una variable protectora ante las diversas situaciones estresantes que el CPI enfrenta en su día a día, por lo cual al percibir una mayor calidad en el apoyo social recibido, podría estar relacionado con un menor impacto -como suerte de amortiguador- ante los efectos adversos en eventos vitales, podríamos decir que, ante el cuidado al percibir este apoyo y ser un factor protector, el cuidador reporta sentir acompañado ya sea de forma emocional, instrumental o informacional (Cohen, 1992; Cohen & McKay, 1984; Cohen, & Wills, 1985), por lo cual el apoyo social podría ayudar a que el CPI, no desarrolle problemas en su salud mental; por tal razón, se podría explicar que aquellos cuidadores con mejor percepción de apoyo social presentaron menores problemas de ansiedad o depresión o viceversa,

A pesar del cuidado que se tuvo en este escrito, existen algunas limitaciones que podrían ser tomadas en cuenta para futuras investigaciones, a continuación se describen algunas de ellas: se sugiere que en futuras investigaciones la selección de instrumentos sean sensibles a la población de urgencias médicas, ya que aunque los instrumentos empleados en este escrito han sido validados en población mexicana, no han sido adaptados a las necesidades específicas de los pacientes y CPI de urgencias, lo anterior es una limitante observada en este estudio, ya que la falta de sensibilidad de los instrumentos ante las necesidades de esta población, pudieron llevar a la muerte experimental de los CPI en nuestra evaluación, debido a las condiciones que se tiene en el área de urgencias, tales como: restringidos horarios de visitas, procedimientos médicos, realización de trámites administrativos o acompañamiento del paciente a estudios o pronóstico no favorable del paciente y cuidados personales del CPI. Por lo que se sugiere la adaptación y validación de instrumentos de evaluación sensibles y adecuados a las necesidades particulares de esta población (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010). Un ejemplo de lo anteriormente descrito es el uso del cuestionario MOS, para evaluar apoyo social, a pesar de ser un cuestionario validado y estandarizado en población mexicana, no cuenta con puntos de corte que permitan especificar diversos niveles de apoyo social. Por lo que se sugiere que de acuerdo al Cuestionario MOS se pueda contar con puntos de corte para su exactitud y así poder obtener puntajes indicando la percepción de los participantes.

A pesar de que los participantes evaluados eran todos CPI, hubo ocasiones donde no eran necesariamente los primarios, sino secundarios o en turno, lo anterior podría representar un problema importante, ya que es el CPI, el que lleva mayor carga en el cuidado del paciente y por ende, desarrolla también mayor desgaste. Es así, que al tener acceso al cuidador en turno –y no al CPI-, se podría estar subestimando el verdadero impacto que ha tenido el cuidar al paciente en urgencias. Lo anterior es sumamente relevante, ya que se calcula que una gran cantidad de pacientes que llegan a urgencias médicas, lo hacen debido a la

complicación de una enfermedad crónica degenerativa (Enard & Ganelin, 2013) lo cual hace suponer que existe un CPI que durante largo periodo han cuidado al paciente y podrían estar desarrollando complicaciones de sobrecarga por esta actividad. A pesar de lo anterior y por motivos éticos, se decidió evaluar a los cuidadores, por lo que se recomienda que se establezcan criterios más precisos sobre cómo identificar a aquel que tenga la mayor carga de cuidado y por tanto el rol de primario. Algunos criterios que se proponen para diferenciarlos son: las horas de cuidado al día, tiempo del mismo, tipo de apoyo, que no obtengan pago por ello, distinguiendo así, a los cuidadores primarios informales. Cabe mencionar que en este estudio se excluyeron del análisis a los cuidadores en turno o secundario.

Finalmente, se recomienda contar con un número mayor de la población de CPI evaluados, ya que al contar con una muestra pequeña, se podrían cometer errores de no representar adecuadamente a la población evaluada y por lo tanto obtener resultados que podrían no ser del todo ciertos (Martínez, 2014; Pérez, González, Mielles, & Uribe, 2017). Al respecto, se realizó el cálculo del tamaño de la muestra para futuros estudios y se encontró que se podrían evitar los problemas previamente descritos si se evalúan a 233 CPI, futuras investigaciones podrían beneficiarse de dicho dato.

A pesar de las limitaciones previamente descritas, este estudio proporciona evidencia de la importancia que tiene la evaluación de factores sociales y psicológicos en el área de urgencias con los CPI, y estos sin lugar a dudas representa un paso adelante en el entendimiento de la población, ya que tradicionalmente, la literatura únicamente se ha enfocado en pacientes y CPI pertenecientes a la Unidad de Cuidados Intensivos soslayando las necesidades particulares en el área de urgencias médicas. Además, en México, son escasas las investigaciones que se tienen respecto a los CPI de urgencias, es así que este estudio presenta un primer paso para identificar las características psicosociales de la población en el área, evidenciando así, la gran necesidad de apoyo

psicológico que existe, lo cual con base en nuestra experiencia, contrasta con el escaso apoyo psicológico que se brinda en los servicios de urgencias en los Hospitales de México; lo anterior representa un gran reto para la Psicología de la Salud, ya que en su mayoría no se cuenta con dicha atención, a pesar de que la evidencia reporta que los CPI manifiestan malestares físicos, sociales y psicológicos y que de no ser atendida esta necesidad del cuidador podrían llegar a cambiar su rol al cuidador a los pacientes de urgencias.

Finalmente y debido a todo lo anterior, se puede concluir que sí existe una asociación entre la depresión, ansiedad y apoyo social, en los CPI de pacientes hospitalizados en el área de urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” sin embargo, se necesitan más investigaciones en el área.

Referencias

- Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S. (2014). Caregiver burden: a clinical review. *JAMA*, 311(10), 1052-1060. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.304>.
- Almagiá, E. B. (2014). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(2), 237-243.
- Alves, R. F., Eulalio, M. do C., & Brobeil, S. A. J. (2009). La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(2), 1–12.
- Andrade, E., & Margarita, A. (2008). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(3), 0-0.
- Andrés, M., Remesal, R., & Torrico, E. (2009). Apoyo social percibido en hombres operados de cáncer de laringe. *Psicooncología*, 6(1), 227–241. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2009.v6.n1.16195
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106-115. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000300003>
- 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>

Armelagos, G.J., Brown, P.L., Turner, B., (2010). The Changing Disease-Scape in the Third Epidemiological Transition. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 7, 675-697.

Badia Llach, X., Lara Suriñach, N., & Roset Gamisans, M. (2004). Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. *Atención Primaria*, 34(4), 170–177.

Beltrán, C. A. (2012). La influencia de las redes de apoyo en el bienestar social. *Revista Waxapa*, 4(7), 82–88.

Bobes, J., Paz G. M., Bascarán, M., Sáiz, P., Bousoño, M. (2002). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. *Ars Medica. Barcelona*, (2), 3]

Caqueo-Urizar, A., Segovia-Lagos, P., Urrutia-Urrutia, Ú., Castillo, C. M., & Lechuga, E. N. (2013). Impacto de la relación de ayuda de cuidadores primarios en la calidad de vida de pacientes con cáncer avanzado. *Psicooncología*, 10(1), 95-108. <https://doi.org/10.5209/rev PSIC.2013.v10.41950>

Camargo, G. M., & Pineda, E. E. (2011). Sensibilidad del triage clínico en el Servicio de Urgencias Adultos del HRLALM del ISSSTE. *Archivos de Medicina de Urgencia de México*, 3(3), 96-98.

Cardozo, I. & Rondón, J., (2014). La salud desde una perspectiva psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 17(3). 1079-1107.

Castillo, O. I. A.-R. del, Morales-Vigil, T., Vázquez-Pineda, F., Sánchez-Román, S., Ramos-Del Río, B., & Guevara-López, U. (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.

Cohen, S. (1992). Stress, social support, and disorder. En H. O. F. Veiel & U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support* (pp. 109–124). Washington, DC: Hemisphere. Recuperado a partir de <http://psycnet.apa.org/record/1991-99017-007>

Cohen, S., & McKay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis. A theoretical analysis. En A. Baum, J. E. Singer, & S. E. Taylor (Eds.), *Handbook of psychology and health* (pp. 253–267). Hillsdale: Erlbaum.

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310–57. Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3901065>

Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *The American Psychologist*, 59(8), 676-684. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676>

Cortés, E., Ramírez, M., Olvera, J., Arriaga, Y. (2009). El comportamiento de salud desde la salud: la salud como un proceso. *Alternativas en Psicología UNAM. FES. Iztacala.*, XIV(20) febrero – marzo, 89-103.

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

Del Río-Lozano, M., García-Calvente, M. del M., Marcos-Marcos, J., Entrena-Durán, F., & Maroto-Navarro, G. (2013). Gender identity in informal care: impact on health in Spanish caregivers. *Qualitative Health Research*, 23(11), 1506-1520. <https://doi.org/10.1177/1049732313507144>

Diario Oficial de la Federación. (2013). p. 2 Recuperado 8 de mayo de 2017, a partir de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312893&fecha=04/09/2013

Diario Oficial de la Federación. (2013). Programa Sectorial de Salud 2013 2018. p. 8 Recuperado 3 de junio de 2017, a partir de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5326219&fecha=12/12/2013

Enard, K. R., & Ganelin, D. M. (2013). Reducing preventable emergency department utilization and costs by using community health workers as patient navigators. *Journal of Healthcare Management / American College of Healthcare Executives*, 58(6), 412–427; discussion 428.

Engel, G.L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Scienc, New Series*, 196 (4286), 129-136.

Espinoza Miranda, K., & Jofre Aravena, V. (2012). SOBRECARGA, APOYO SOCIAL Y AUTOCUIDADO EN CUIDADORES INFORMALES. *Ciencia y enfermería*, 18(2), 23-30. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532012000200003>

Fernando L., Bobes J., Gilbert J. (2000). MINI International Neuropsychiatric interview Versión en Español 5.0.0 DSM-IV. *Instituto IAP*. Madrid

Flores G, E., Rivas R, E., & Seguel P, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia Y Enfermería*, 18(1), 29–41. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532012000100004>

Frenk, J., Frejka, T., Bobadilla, J., Stern, C., Lozano, R., Sepúlveda, J. & Marco, J. (1991). La transición epidemiológica en América Latina. *Boletín de la Organización Panamericana de la Salud*, 111(6), 485-496.

García, M. M. (2013). ESTUDIO DEL TRIAJE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO. *Revista Enfermería CyL*, 5(1), 42-49.

Galindo Vázquez, O., Benjet, C., Juárez García, F., Rojas Castillo, E., Riveros Rosas, A., Ponce, A., Alvarado Aguilar, S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, 38(4), 253–258.
<https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.035>

Grau, J. & Hernández, E. (2005). *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*. México: Centro Universitario en Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

Gough, K., & Hudson, P. (2009). Psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale in family caregivers of palliative care patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37(5), 797-806.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2008.04.012>

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>

Hendrix, C. C., Bailey, D. E., Steinhauer, K. E., Olsen, M. K., Stechuchak, K. M., Lowman, S. G., Tulsky, J. A. (2016). Effects of enhanced caregiver training program on cancer caregiver's self-efficacy, preparedness, and psychological well-being. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 24(1), 327-336. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2797-3>

Hernández, Fernández, & Batista. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.

- Hernández, N. A., & León, M. G. M. (2012). Satisfacción de los usuarios de Urgencias basada en la sistematización del Servicio. Hospital General Dolores Hidalgo; Guanajuato, México. *Archivos de Medicina de Urgencia de México*, 4(1), 13–19.
- Holroyd, B. R., Bullard, M. J., Latoszek, K., Gordon, D., Allen, S., Tam, S., ... Rowe, B. H. (2007). Impact of a triage liaison physician on emergency department overcrowding and throughput: a randomized controlled trial. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 14(8), 702-708. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2007.04.018>
- Jeong, A., & An, J. Y. (2017). The moderating role of social support on depression and anxiety for gastric cancer patients and their family caregivers. *PLOS ONE*, 12(12), e0189808. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189808>
- Karahan, A. Y., Kucuksen, S., Yilmaz, H., Salli, A., Gungor, T., & Sahin, M. (2014). Effects of rehabilitation services on anxiety, depression, care-giving burden and perceived social support of stroke caregivers. *Acta Medica (Hradec Kralove)*, 57(2), 68-72. <https://doi.org/10.14712/18059694.2014.42>
- Kumate, J. (2002). La transición epidemiológica del siglo XX: ¿vino nuevo en odres viejos? *Revista de la Facultad de Medicina*. 45(3), 97-102.
- Kuri-Morales, P. (2011). La transición en salud y su impacto en la demanda de servicios. *Gaceta Médica de México*, 147, 451-454.
- La Salud de México en Cifras. (2016, Noviembre 25). Recuperado 23 de mayo de 2017, a partir de http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=category&id=780&Itemid=310
- Ladera, S., María, G., Huidobro, B., Ramón, J., Pascual, G., & Natividad, J. (2008). El cuidador como paciente. *FMC. Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 15(7), 418–426. [https://doi.org/10.1016/S1134-2072\(08\)72207-2](https://doi.org/10.1016/S1134-2072(08)72207-2)

- Lara, B. A., Cataldo, A., Castro, R., Aguilera, P. R., Ruiz, C., & Andresen, M. (2016). Medicina de urgencia y unidades de cuidados intensivos: Una alianza necesaria en busca de la mejoría de la atención de pacientes críticos. *Revista médica de Chile*, 144(7), 911-917. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872016000700014>
- Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., María Begiristáin, J., José Valderrama, M., & Arregi, B. (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta sanitaria: Organo oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, ISSN 0213-9111, Vol. 22, N^o. 5, 2008, pags. 443-450, 22. <https://doi.org/10.1157/13126925>
- Lautrette, A., Darmon, M., Megarbane, B., Joly, L. M., Chevret, S., Adrie, C., ... Azoulay, E. (2007). A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *The New England Journal of Medicine*, 356(5), 469-478. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa063446>
- Linde, J. M. M., Velasco, M. de los Á. I., & Velasco, B. I. (2014). El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. *Psicología y Salud*, 15(1), 33-43.
- López, J., Vázquez, V., Arcilla, D., Sierra, Á., González J., Salin, R. (2002). Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obesos mexicanos. *Revista de Investigaciones Clínicas*; 54(5) : 403-409.
- Mahoney, R., Regan, C., Katona, C., & Livingston, G. (2005). Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer disease: the LASER-AD study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 13(9), 795-801. <https://doi.org/10.1176/appi.ajgp.13.9.795>
- Martín Rodríguez, A., & Pérez San Gregorio, M. A. (2005). Psychosocial adaptation in relatives of critically injured patients admitted to an intensive care unit. *The Spanish Journal of Psychology*, 8(1), 36-44.

- 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.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. *The American Psychologist*, 35(9), 807-817.
- Miranda, G. (2012). ¿Qué es una urgencia? *Archivos de Medicina de Urgencia de México* 4 (2), 81-84
- Mitchell, M. L., Courtney, M., & Coyer, F. (2003). Understanding uncertainty and minimizing families' anxiety at the time of transfer from intensive care. *Nursing & Health Sciences*, 5(3), 207-217.
- 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
- Morales, F. (1997). Introducción a la psicología de la salud. Hermosillo, México: UNISON.
- Moreno Núñez, E., Jiménez, A., Dolores, M., Porta Bellmar, E., Escalant Calpena, L., García, C., M, J. (2004). Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. *Revista de La Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 7(4), 17–25.
- Nunez, M., Garcia, C., y Alba, S. (2006). Evaluación psicológica en la salud: contextos actuales. *Estudios Sociales*, 14 (28), 137–161.
- Observatorio del desempeño hospitalarios 2011, Secretaria de Salud. Subsecretaria de Integridad y Desarrollo del Sector Salud. Recuperado 22 de mayo de 2017, a partir de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/58337/ODH_2011.pdf
- Omran, A. R. (1971). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 731-757. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x>
- Organización Mundial de la Salud (1978). Alma Ata. Recuperado el 22 de julio 2017 de: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21370es/s21370es.pdf>

- Organización Mundial de la Salud, 2014. Un glosario de términos para la atención de la salud y los servicios comunitarios a las personas mayores. *World Health Organization*. Recuperado 14 de mayo de 2017, a partir de http://www.who.int/kobe_centre/ageing/ahp_vol5_glossary.pdf
- Organización Mundial de la Salud OMS Depresión. Recuperado 29 de mayo de 2017, a partir de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Palomino, G. L., González Pedraza Avilés, A., & Loyola, L. A. B. (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), 159–166.
- Pérez, P., González, A., Mielles, I., & Uribe, A. F. (2017). Relación del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los factores clínicos y sociodemográficos en pacientes oncológicos. *Pensamiento Psicológico*, 15(2), 41–54. <https://doi.org/10.11144/1475>
- 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>
- Piqueras Rodríguez, J. A., Martínez González, A. E., Ramos Linares, V., Rivero Burón, R., García López, L. J., & Oblitas Guadalupe, L. A. (2008). ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SALUD. *Suma Psicológica*, 15(1). Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=134212604002>
- 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.

Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018. Recuperado 22 de mayo de 2017, a partir de http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/PIIMSS_2014-2018_FINAL_230414.pdf

Reinhard, S. C., Given, B., Petlick, N. H., & Bemis, A. (2008). Supporting Family Caregivers in Providing Care. En R. G. Hughes (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US). Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2665/>

Reséndiz, J. L., Estrada, M. D. V. M., & Quezada, R. L. (2006). Triage en el servicio de urgencias. *Medicina Interna de México*, 22(4), 310-316.

Reynoso, L. & Becerra, G. (2013). Medicina Conductual. *Medicina Conductual: teoría y práctica*. (11-27). México: Qartuppi.

Robinson, J., Baker, J. (2006). Psychological Consultation and Services in a General Medical Hospital. *American Psychological Association*. 37(3), 264-267 DOI: 10.1037/0735-7028.37.3.264

Rojas, G., & Teresa, M. (2007). La psicología de la salud en un hospital de cuarto nivel de complejidad. *Psychologia: Avances de La Disciplina*, 1(2), 159–179.

Salas, I., Lucero, N., Ramos del Río, B., Estrada, A., Guadalupe, M., Guillén, G., & Lourdes, M. de. (2006). Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Revista Del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 19(4), 266–271.

Sánchez-Sosa, J.J. (1998). Desde la prevención primaria hasta ayudar al bien morir: La 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.

Secretaría de Salud. Servicios Otorgados 2012. Obtenido del http://www.dgjs.salud.gob.mx/contenidos/sinais/serviciosotorgados_gobmx.html

Secretaría

de Salud. Servicios Otorgados 2016. Obtenido del http://www.dgjs.salud.gob.mx/contenidos/sinais/serviciosotorgados_gobmx.html

Sesma Sánchez, J. (2012). Saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 35(2), 195-198. <https://doi.org/10.4321/S1137-66272012000200001>

Serrani, D. (2014). Influencia de apoyo social y uso de servicios de salud sobre la depresión en cuidadores de adultos mayores en zona rural. *Revista Chilena de Salud Pública*, 18 (1) 61-71.

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59 Suppl 20, 22-33;quiz 34-57.

Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine* (1991), 32(6), 705-714

Sklenarova, H., Krümpelmann, A., Haun, M. W., Friederich, H.-C., Huber, J., Thomas, M., ... Hartmann, M. (2015). When do we need to care about the caregiver? Supportive care needs, anxiety, and depression among informal caregivers of patients with cancer and cancer survivors. *Cancer*, 121(9), 1513-1519. <https://doi.org/10.1002/cncr.29223>

Smarr, K. L., & Keefer, A. L. (2011). Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Arthritis Care & Research*, 63(S11), S454-S466. <https://doi.org/10.1002/acr.20556>

Sperry, L. (2008). The Biopsychosocial Model and Chronic Illness: Psychoterapeutic Implications. *The Journal of Individual Psychology*, 64(3), 369-376.

Taylor, S. (2007). *¿Qué es la psicología de la salud?*. En *Psicología de la salud* (2-14). México: Mc Gran Hill.

- Valadez-Roque, G., Martín del Campo-Arias, S., & Hernández-Arenas, C. (2017). Estado psicológico y físico relacionado con estilos de afrontamiento en cuidadores primarios informales de pacientes con EVC. *Investigación en Discapacidad*, 6(1), 3–11.
- 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>
- Vázquez, Ó. G., García, A. M., Gómez, Á. H., Tinoco, M. del R. C., & Ponce, J. L. A. (2015). Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer: propiedades psicométricas. *Psicooncología*, 12(2-3), 383-392. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51016
- 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>
- Wittenberg-Lyles, E., Demiris, G., Oliver, D. P., Washington, K., Burt, S., & Shaunfield, S. (2012). Stress Variances Among Informal Hospice Caregivers. *Qualitative health research*, 22(8), 1114-1125. <https://doi.org/10.1177/1049732312448543>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

ANEXOS



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

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

II. CUIDADOS AL PACIENTE HOSPITALIZADO, SITUACIÓN ACTUAL

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

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

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

Número de personas que ayudan a cuidar al paciente: _____

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

Percepción del cuidador

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

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

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
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: _____

Consumo 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

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

HADS

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

Ansiedad: _____

Depresión: _____

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

Estado de ánimo

Edmonton Symptom Assess System (ESAS)											
Síntoma	Intensidad										
	Ausencia					Lo más alto que te puedas imaginar					
Depresión	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ansiedad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bienestar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Otro: _____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

MINI

DEPRESIÓN

A. Episodio depresivo mayor

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

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

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

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

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL	

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

- A4 a ¿En el transcurso de su vida, tuvo otros periodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?
- b ¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?

NO SÍ 10

NO	SÍ	11
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE		

ANSIEDAD

O. Trastorno de ansiedad generalizada

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

- | | | | | | |
|---|---|---|----|----|----|
| O1 | a | ¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses? | NO | SÍ | 1 |
| | b | ¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días? | NO | SÍ | 2 |
| CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS. | | | NO | SÍ | 3 |
| O2 | | ¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace? | NO | SÍ | 4 |
| O3 | | CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS. | | | |
| En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo: | | | | | |
| | a | ¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado? | NO | SÍ | 5 |
| | b | ¿Se sentía tenso? | NO | SÍ | 6 |
| | c | ¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente? | NO | SÍ | 7 |
| | d | ¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco? | NO | SÍ | 8 |
| | e | ¿Se sentía irritable? | NO | SÍ | 9 |
| | f | ¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)? | NO | SÍ | 10 |

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?

NO	SÍ
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL	

RIESGO SUICIDA

C. Riesgo de suicidio

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

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

NO	SÍ	
RIESGO DE SUICIDIO		
1-5 puntos	Leve	<input type="checkbox"/>
6-9 puntos	Moderado	<input type="checkbox"/>
≥ 10 puntos	Alto	<input type="checkbox"/>

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

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

I. Estado por estrés postraumático (opcional)

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

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

ESTADO POR ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO
ACTUAL

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
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 quién 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 quién divertirse	1	2	3	4	5
15. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
16. Alguien a quién 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: _____